

LI Congreso Mexicano de Reumatología

Carteles generales

CG001

Asociación de la expresión del IL-10R/IL-17R en linfocitos B con activación celular, autoanticuerpos y actividad clínica (DAS28) en artritis reumatoide

Morales-Núñez JJ¹, Muñoz-Valle JF¹, García-Chagollán M¹, Cerpa-Cruz S², Martínez-Bonilla GE², Medina-Rosales VM¹, Díaz-Pérez SA¹, Hernández-Bello J¹

⁽¹⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria que afecta a las articulaciones diartrodiales. Su patogenia se debe en gran medida a la disregulación de citocinas y la secreción de autoanticuerpos, en las cuales las células B son una población clave en este proceso. Algunos informes han sugerido que la IL-10 y la IL-17 podrían ser citocinas clave en la activación y diferenciación de células B y que CD69 es un marcador de activación. Pueden distinguirse diferentes subpoblaciones de células B en sangre periférica, que corresponden a distintas etapas de maduración, activación y diferenciación y que podrían determinar la actividad clínica de la enfermedad (DAS28).

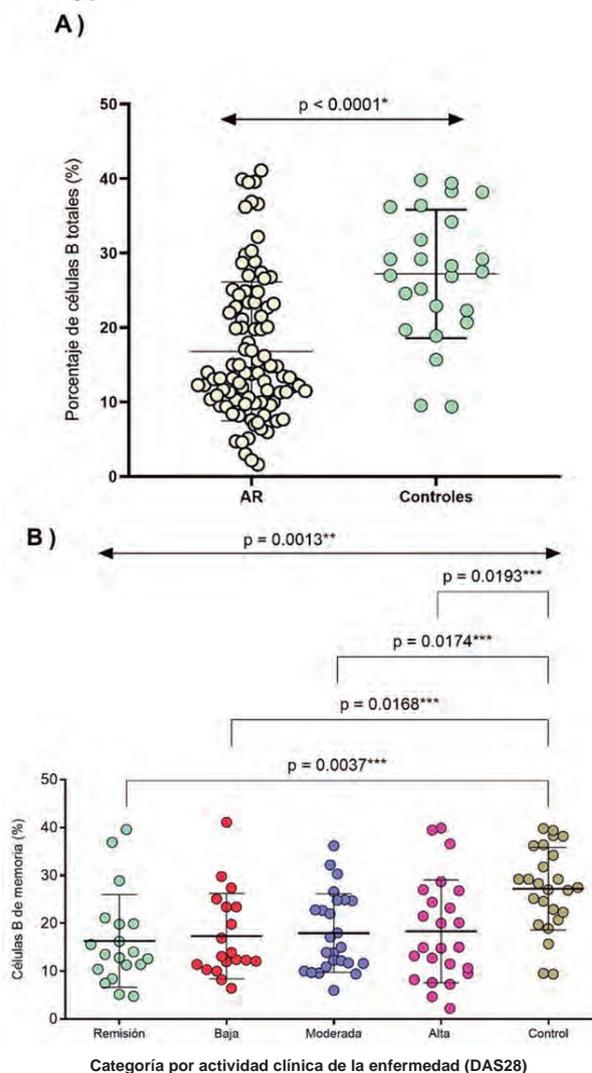
Objetivos: Establecer la relación de la expresión del receptor de IL-10 e IL-17 en subpoblaciones de células B con activación celular, niveles de autoanticuerpos, niveles séricos de IL-10 e IL-17 y actividad clínica de la enfermedad en pacientes con AR.

Material y métodos: Se incluyó a 90 pacientes con AR clasificados con base en el índice DAS28 y 25 sujetos control. Se utilizó citometría de flujo para determinar las frecuencias de las subpoblaciones de células B periféricas (%), marcadores CD69, IL10R e IL17R. La tasa de velocidad de sedimentación globular (VSG) se midió con el método de Westergren. Los anti-CCP, IL-10 e IL-17 séricos se cuantificaron mediante ELISA.

Resultados: Las células B totales no difirieron entre pacientes y controles ($p > 0.05$). Las células B de memoria disminuyeron ($p = 0.0013$) y las células B maduras aumentaron ($p = 0.0186$) en AR en comparación con los controles (Figura 1). Se activó un mayor porcentaje de células B totales en pacientes (CD69+, $p = 0.0026$) que en los controles y los pacientes con alta actividad mostraron mayor activación ($p = 0.0373$). Los receptores IL-10R e IL-17R se expresaron más en plasmablastos ($p < 0.0001$), pero su expresión no difiere según sea la actividad clínica ($p > 0.05$). IL-17R se expresa más en células B que IL-10R ($p < 0.0001$).

Conclusiones: La expresión de IL-10R e IL-17R sugiere que IL-10 e IL-17 tienen un papel fundamental en los linfocitos B en AR. Destaca que la expresión del IL-17R es mayor que la de IL-10R, lo cual no se ha informado hasta el momento. Las células B de memoria predominan en los sujetos de control en comparación con los pacientes con AR, lo que se traduce en un proceso mayor de diferenciación a otras subpoblaciones como células productoras de autoanticuerpos y en que IL-17R podría tener un papel relevante en el control de la enfermedad.

Figura 1. (CG001)



Bibliografía

- Hernández-Bello J, Oregón-Romero E, Vázquez-Villamar M, García-Arellano S, Valle Y, Padilla-Gutiérrez JR, et al. Aberrant expression of interleukin-10 in rheumatoid arthritis: relationship with IL10 haplotypes and autoantibodies. *Cytokine*. 2017;95:88-96.

- Qu CH, Hou Y, Bi YF, Han QR, Jiao CH, Zou QF. Diagnostic values of serum IL-10 and IL-17 in rheumatoid arthritis and their correlation with serum 14-3-3 protein. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* marzo de 2019;23(5):1899-906.
- Wang Y, Lloyd KA, Melas I, Zhou D, Thyagarajan R, Lindqvist J, et al. Rheumatoid arthritis patients display B-cell dysregulation already in the naïve repertoire consistent with defects in B-cell tolerance. *Sci Rep [Internet].* 27 de diciembre de 2019;9(1):1-13.

CG002

La mejor calculadora de riesgo cardiovascular para predecir la presencia de placas carotídeas en mujeres con artritis reumatoide

Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza IJ, Azpiri-López JR, González-González V, Beltrán-Aguilar VM, Arias-Peralta AG, De Ávila-González N, Cárdenas-De La Garza JA, Guajardo-Jáuregui N, García-Arellano G

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La enfermedad cardiovascular aterosclerótica es la principal causa de muerte en los pacientes con artritis reumatoide (AR). La inflamación crónica eleva el riesgo cardiovascular (RCV) en estos pacientes. Las enfermedades cardiacas son aún la causa más probable de muerte para una mujer y se establece un riesgo mayor respecto de los hombres.

Objetivos: Comparar seis algoritmos de RCV con los hallazgos del ultrasonido carotídeo (PC) en mujeres con AR e identificar el algoritmo con el punto de corte con mejor sensibilidad para identificar placa carotídea.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo. Se incluyó a pacientes de 40 a 75 años con diagnóstico de AR que satisficieran los criterios de clasificación de ACR/EULAR 2010. Se excluyó a los pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular. El RCV se calculó mediante seis algoritmos: ACC/AHA 2013, FRS-Lípidos, FRS-IMC, RRS, QRISK3 y SCORE2.

Se realizó un ultrasonido carotídeo a todos los participantes del estudio y se valoró la presencia de placa carotídea (PC), definida como un grosor de la íntima media carotídea (GIMc) ≥ 1.2 mm o un grosor focal ≥ 0.5 mm. Se realizó un análisis de curva ROC y se determinaron los puntos de corte de cada algoritmo mediante el índice de Youden. Se calcularon el área bajo la curva (AUC), la sensibilidad, la especificidad y los cocientes de probabilidad (LR). Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 158 mujeres con diagnóstico de AR. La prevalencia de placa carotídea fue de 32.3%. El algoritmo de la ACC/AHA 2013 mostró una AUC de 0.666 (0.578-0.755), punto de corte de 3.525, sensibilidad de 67.0% y especificidad de 59.0%. La FRS-Lípidos mostró una AUC de 0.665 (0.574-0.757), punto de corte de 8.025, sensibilidad de 75.0% y especificidad de 57.0%. El FRS-IMC registró una AUC de 0.685 (0.595-0.776), punto de corte de 11.175, sensibilidad de 73.0% y especificidad de 57.0%. El RRS reveló una AUC de 0.653 (0.558-0.747), punto de corte de 2.25, sensibilidad de 55.0% y especificidad de 75.0%. QRISK3 mostró una AUC de 0.700 (0.616-0.785), punto de corte de 6.15, sensibilidad de 67.0% y especificidad de 62.0%. El SCORE2 señaló una AUC de 0.671 (0.582-0.759), punto de corte de 5.25, sensibilidad de 61% y especificidad de 61%. ¿Todos los algoritmos tuvieron un valor $p < 0.002$ (Figura 1 y Tabla 1).

Conclusiones: El algoritmo de FRS-Lípidos fue uno de los mejores algoritmos para la detección de PC en mujeres, con la mejor sensibilidad en comparación con los otros algoritmos; sin embargo, en el grupo de bajo riesgo ninguno de los algoritmos demostró efectividad suficiente para predecir el riesgo cardiovascular. En consecuencia, se sugiere integrar el ultrasonido carotídeo como parte de la valoración inicial en las mujeres con artritis reumatoide.

Bibliografía

- Solomon DH, Karlson EW, Rimm EB, Cannuscio CC, Mandl LA, Manson JAE, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in women diagnosed with rheumatoid arthritis. *Circulation.* 2003 Mar 11;107(9):1303-7.
- Kurmann RD, Mankad R. Atherosclerotic vascular disease in the autoimmune rheumatologic woman. Vol. 41, *Clinical Cardiology.* John Wiley and Sons Inc; 2018. p. 258-63.

Figura 1. (CG002)

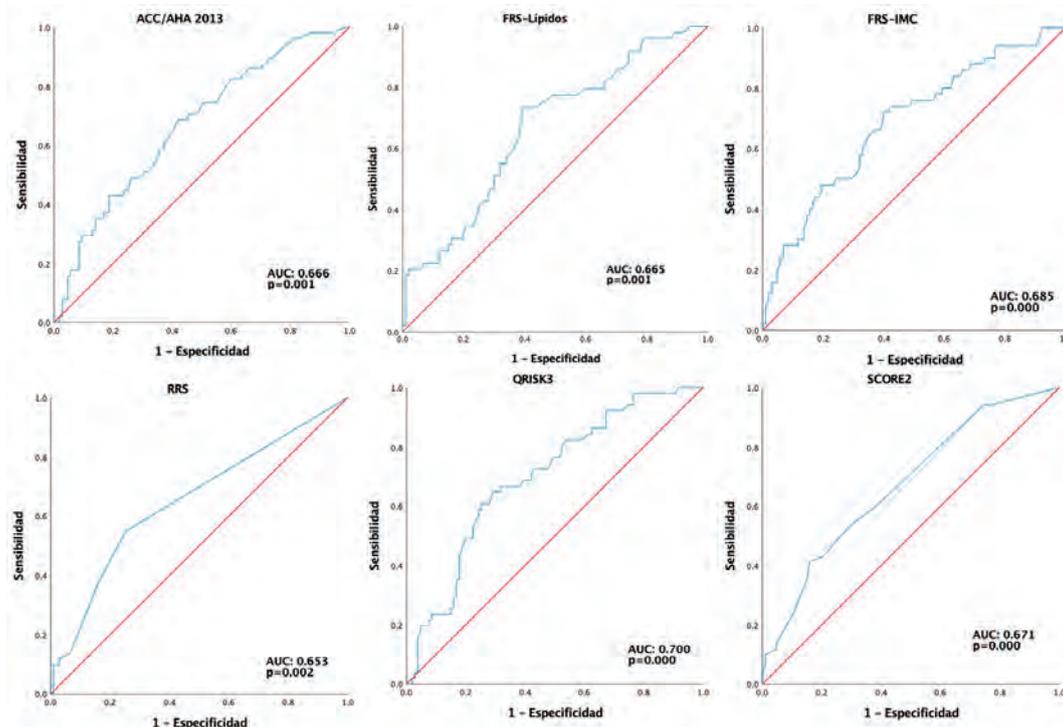


Tabla 1. Capacidad de los algoritmos cardiovasculares para detectar la presencia de placa carotídea en mujeres con artritis reumatoide. (CG002)

Algoritmo (punto de corte)	AUC	IC95%			Sensibilidad	Especificidad	Cocientes de probabilidad	
		Límite inferior	Límite superior	ρ			+	-
ACC/AHA 2013 (3.5250)	0.666	0.578	0.755	0.001	67	59	1.63	0.56
FRS-Lípidos (8.0250)	0.665	0.574	0.757	0.001	75	57	1.74	0.44
FRS-IMC (11.1750)	0.685	0.685	0.595	0.000	73	57	1.7	0.42
RRS (2.2500)	0.653	0.653	0.558	0.002	55	75	2.2	0.6
QRISK3 (6.1500)	0.700	0.616	0.785	0.000	67	62	1.76	0.53
SCORE2 (5.2500)	0.671	0.582	0.759	0.001	61	61	1.56	0.64

CG003

Características de pacientes con artritis reumatoide difícil de tratar en un centro de referencia en México

Íñiguez-Venegas VJ1, Alpízar-Rodríguez D2, Pérez-Román DI1, Irazoque-Palazuelos F1

⁽¹⁾ Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽²⁾ Colegio Mexicano de Reumatología

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria sistémica inflamatoria crónica que afecta al 1.6% de los adultos mexicanos. El tratamiento tiene como objetivo lograr la remisión de la enfermedad o la más baja actividad posible; sin embargo, existe un grupo de pacientes con AR difícil de tratar (ARDDT) que permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento adecuado, que constituye 5% a 20% de todos los enfermos con AR. EULAR propuso que para definir ARDDT debían cumplirse tres características: a) fracaso de dos fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (FARMEb) o sintéticos dirigidos (JAK) con diferentes mecanismos de acción, tras el fracaso del tratamiento con FARME sintéticos convencionales (FARMEsc); b) signos indicativos de enfermedad activa/progresiva; y c) tratamiento de signos o síntomas percibido como problemático por el reumatólogo o el paciente. Hasta la fecha no existe información publicada sobre ARDDT en la población mexicana.

Objetivos: Describir características clínicas y demográficas de pacientes mexicanos con ARDDT que cumplan la definición propuesta por EULAR en comparación con pacientes con AR en control.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo en el que se incluyó a pacientes adultos con AR que acudieron al servicio desde 1998 hasta 2022. Los datos se recabaron del expediente clínico electrónico. La fecha inicial fue la fecha de primera consulta. El desenlace primario fue cumplir la definición propuesta por EULAR de ARDDT. Se determinó la relación de ARDDT con variables demográficas y clínicas mediante análisis de regresión logística univariante y multivariante, ajustada por edad y sexo.

Resultados: Un total de 263 pacientes identificados con AR se incluyó en este análisis. Los pacientes tuvieron una edad mediana de 50.1 años (intervalo intercuartílico 25%-75% [RIC], 42.2-57.7); 92.8% correspondió a mujeres. La **Tabla 1** muestra características clínicas y demográficas de pacientes con ARDDT y no difícil de tratar. Los pacientes con ARDDT fueron 54 (20.5%). Los factores basales vinculados con ARDDT fueron edad al diagnóstico (OR, 0.9; IC95%, 0.8-0.9), número de articulaciones dolorosas, inflamadas y EVA basales (OR, 1.1; IC95%, 1.1-1.2; OR, 1.2; IC95%, 1.1-1.3; y OR, 1.2; IC95%, 1.1-1.5, respectivamente). Se observó una tendencia de relación con la mayor duración de la enfermedad en pacientes con ARDDT, sin ser significativa estadísticamente. En el análisis multivariante ajustado por edad y sexo, los factores basales cuya relación persistió fueron número de articulaciones inflamadas y número de articulaciones dolorosas (OR, 1.1; IC95%, 1.0-1.3 y OR, 1.1; IC95%, 1.0-1.2, respectivamente). Los pacientes con ARDDT mostraron más carga de comorbilidad como hipotiroidismo (OR, 2.6; IC95%, 1.2-5.4), fibromialgia (OR, 2.7; IC95%, 1.4-5.1) y osteoporosis (OR, 1.8; IC95%, 1.0-3.4). Comparados con los pacientes sin difícil tratamiento, los individuos con ARDDT usaron un mayor número de FARMEsc y FARMEb. Los FARMEb administrados con más frecuencia por pacientes con ARDDT fueron tocilizumab, rituximab, abatacept y etanercept (**Tabla 1**).

Conclusiones: Los pacientes mexicanos de este centro con ARDDT se caracterizan por tener factores basales como menor edad al diagnóstico y más articulaciones dolorosas e inflamadas. Requieren mayor número de FARMEsc y FARMEb. A lo largo de su evolución tienen una mayor carga de comorbilidad, como hipotiroidismo, fibromialgia y osteoporosis. Las personas con ARDDT requieren vigilancia y tratamiento estricto. Se realizarán futuros análisis con un mayor número de pacientes para dilucidar otros factores vinculados con ARDDT.

Bibliografía

1. Peláez-Ballestas I, Sanin LH, Moreno-Montoya J, et al. J Rheumatol Suppl. 2011;86:3-8.
2. Roodenrijs NMT, Kedves M, Hamar A, et al. RMD Open. 2021;7(1):e001511.
3. Nagy G, Roodenrijs NMT, Welsing PMJ, et al. Ann Rheum Dis 2021;80:31-35.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de pacientes con ARDDT y sin tratamiento difícil. (CG003)

	Total n = 263	ARDDT, n (%) 54 (20.5)	Sin tratamiento difícil, n (%) 209 (79.5)	OR (IC95%)
Características basales				
<i>Características sociodemográficas</i>				
Mujeres, n (%)	244 (92.8)	52 (96.3)	192 (91.9)	1.8 (0.5-10.3)
Edad (años), mediana (RIC)	50.1 (42.2-57.7)	48.0 (45.6-53.3)	50.2 (42.2-58.3)	0.9 (0.9-1.0)
≤ 30	12 (4.6)	3 (4.6)	9 (4.3)	1
> 30-50	115 (44.1)	27 (50.0)	89 (50.0)	0.9 (0.2-3.6)
> 50-65	111 (42.2)	23 (42.5)	23 (42.6)	0.8 (0.2-3.1)
> 65	24 (9.1)	1 (1.9)	1 (1.9)	0.1 (0.1-1.4)
IMC	25.4 (23.0-29.1)	26.5 (23.0-30.0)	25.3 (23.1-28.6)	1.0 (0.9- 1.1)
Edad de diagnóstico	42.5 (33.2- 51.2)	41.2 (33.2-44.4)	43.0 (33.2-51.9)	0.9 (0.8-0.9)

Duración de la enfermedad	4.1 (0.4-11.1)	6.5 (0.5-13.4)	3.2 (0.3-10.4)	1.0 (0.9 -1.0)
Jubilado	29 (11.1)	5 (9.3)	24 (11.5)	0.8 (0.3-2.2)
Familiar de primer grado	44 (16.7)	10 (18.5)	34 (16.3)	1.2 (0.5-2.5)
Tabaquismo previo o actual	101 (38.4)	22 (40.7)	79 (37.8)	1.1 (0.7-2.0)
<i>Características clínicas</i>				
Articulaciones dolorosas	6 (4-8)	7 (5-10)	6 (4-8)	1.1 (1.1-1.2)
Articulaciones inflamadas	3 (1-4)	4 (1-8)	3 (1-4)	1.2 (1.1-1.3)
EVA paciente	6 (5-7)	7 (6-8)	6 (5-7)	1.2 (1.1-1.5)
VSG	34.1 (23-44)	36 (22-47)	34 (23-43)	1.0 (0.9-1.0)
PCR	4.6 (1.7-14.0)	6.3 (1.6-22)	4.4 (1.7-13)	1.0 (0.9-1.0)
FR	249 (94.7)	50 (92.6)	199 (95.2)	0.6 (0.2-2.1)
ACPA	126 (47.9)	24 (44.4)	102 (48.8)	0.8 (0.5-1.5)
Características de pacientes al diagnóstico de ARDDT				
Edad al diagnóstico de ARDDT		56.4 (49.1-64.1)		
Duración de la enfermedad		16.7 (9.9-22.1)		
Dosis de corticoide, media (DE)		4.2 (5.2)		
DAS28		4.3 (3.7-4.8)		
EVA		7 (5-8)		
VSG		31.5 (14.5-41.0)		
PCR		6.7 (3.4-11.5)		
Características acumuladas en pacientes con AR y ARDDT en la última consulta				
<i>Comorbilidades</i>				
Hipertensión arterial	86 (32.7)	18 (33.3)	68 (32.5)	1.0 (0.5-1.9)
Diabetes mellitus 2	48 (18.3)	12 (22.2)	36 (17.2)	1.4 (0.7-2.9)
Enfermedad cardiovascular	29 (11.3)	8 (14.8)	21 (10.1)	1.6 (0.6-3.7)
Hipotiroidismo	39 (14.8)	14 (25.9)	25 (11.9)	2.6 (1.2-5.4)
Fibromialgia	61 (23.2)	21 (38.9)	40 (19.1)	2.7 (1.4-5.1)
Osteoartritis	123 (46.8)	27 (51.8)	95 (45.5)	1.3 (0.7-2.4)
Osteoporosis	91 (34.6)	25 (46.3)	66 (31.6)	1.8 (1.0-3.4)
Enfermedad psiquiátrica	47 (17.9)	10 (18.5)	37 (17.7)	1.1 (0.5-2.3)
Fracturas	46 (17.5)	13 (24.1)	33 (15.8)	1.7 (0.8-3.5)
Cirugías articulares	62 (23.6)	12 (22.2)	50 (23.9)	0.9 (0.4-1.9)
Prótesis	42 (15.9)	7 (12.9)	35 (16.8)	0.7 (0.3-1.7)
<i>Manifestaciones extraarticulares de AR</i>				
Oculares	5 (1.9)	1 (1.9)	4 (1.9)	0.9 (0.1-8.8)
Nódulos reumatoides	23 (8.8)	4 (7.4)	19 (9.1)	0.8 (0.3-2.5)
EPID	18 (6.8)	5 (9.3)	13 (6.2)	1.5 (0.5-4.5)
Síndrome de Felty	2 (0.8)	0	2 (0.9)	-
Vasculitis	1 (0.38)	0	1 (0.5)	-
<i>Tratamiento</i>				
Número FARME sintético convencional	3 (2-3)	3 (2-4)	2 (2-2)	1.4 (1.1-1.8)
Número de FARME biológicos/iJak	2 (1-2)	4 (3-5)	1 (1-2)	3.9 (2.7-5.8)
Etanercept	84 (31.9)	35 (64.8)	49 (23.4)	6.0 (3.2-11.4)
Infliximab	42 (15.9)	18 (33.3)	24 (11.5)	3.8 (1.9-7.8)
Adalimumab	66 (25.1)	31 (57.4)	35 (16.8)	6.7 (3.5-12.8)
Certolizumab	21 (7.9)	5 (9.3)	16 (7.7)	1.2 (0.4-3.5)
Golimumab	15 (5.7)	7 (12.9)	8 (3.8)	3.7 (1.3-10.8)
Abatacept	70 (26.6)	37 (68.7)	33 (15.8)	11.6 (5.9-23.0)

Tocilizumab	82 (31.2)	45 (83.3)	37 (17.7)	23.2 (10.5-51.7)
Rituximab	145 (55.1)	45 (83.3)	100 (47.9)	5.5 (2.5-11.7)
Tofacitinib	28 (10.6)	13 (24.1)	15 (7.2)	4.1 (1.8-9.3)
Baricitinib	12 (4.6)	5 (9.3)	7 (3.4)	2.9 (0.9-9.7)
Upadacitinib	7 (2.7)	1 (1.9)	6 (2.9)	0.6 (0.1-5.4)

Abreviaturas: RIC, intervalo intercuartílico; IMC, índice de masa corporal; EVA, escala visual análoga de dolor; ARDDT, AR difícil de tratar; EPID, enfermedad pulmonar intersticial difusa.

CG004

Asociación de toxicidad hepática en pacientes con artritis reumatoide con el uso de metotrexato y leflunomida en monoterapia y combinado

Veloz-Aranda JA¹, Torres-Gutiérrez JL², Medina-Sánchez PJ², Guarda-mendoza R³

⁽¹⁾ Servicio de Reumatología, Hospital Regional ISSSTE León, Guanajuato, ⁽²⁾ Coordinación de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional ISSSTE León, Guanajuato, ⁽³⁾ Laboratorio de Investigación en Metabolismo de la Universidad de Guanajuato, Campus León, Guanajuato

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria de origen multifactorial, autoinmunitaria y potencialmente incapacitante. Se requiere la instalación de un esquema de tratamiento energético para modificar el curso de la enfermedad. La elección de los diferentes medicamentos disponibles se basa en la gravedad de la enfermedad, el perfil de seguridad del medicamento en particular y los factores de riesgo del paciente. Existen diversos tipos de efectos secundarios; la toxicidad hepática es uno de los más comunes. Algunos estudios han descrito en diferentes escenarios estos fenómenos, pero aun así resulta impredecible la aparición de los efectos adversos.

Objetivos: Analizar la relación de metotrexato y leflunomida con la toxicidad hepática en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico con datos obtenidos de los expedientes de pacientes de la clínica de artritis reumatoide del Hospital Regional del ISSSTE de León, Guanajuato, quienes recibieron tratamiento a base de metotrexato, leflunomida o la combinación de ambos. Se recopiló información clínica de interés y sobre toxicidad hepática con base en los valores séricos de transaminasas. Se definió la toxicidad hepática como el aumento de transaminasas (TGO/AST, TGP/ALT), mayor de 2 veces los límites superiores normales. Se utilizó estadística descriptiva para medición de variables cualitativas nominales u ordinales en frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizaron media y desviación estándar. Como pruebas inferenciales se usó ANOVA para determinar diferencias significativas en variables cuantitativas, como TGO y TGP, SDAI y CDAI, entre pacientes tratados con metotrexato, leflunomida o su combinación. Para establecer si había diferencias en variables cualitativas como la toxicidad entre los tres grupos se empleó la ji cuadrada. Un valor de $p < 0.05$ se consideró significativo. Se empleó el paquete estadístico SPSS v.23.

Resultados: Se incluyó a un total de 193 pacientes de edad media de 53.5 ± 12.1 años, el 90.7% correspondiente a pacientes femeninos y el 9.3% a masculinos. El 38.9% se trató con metotrexato, el 22.3% con leflunomida y el 38.9% con la combinación de metotrexato y leflunomida. La actividad de la enfermedad, clase funcional y positividad para anticuerpos anti-CCP y factor reumatoide no fueron significativamente distintos entre grupos. En los pacientes que recibieron metotrexato, las cifras medias de TGO fueron de 37.8 ± 29.4 UI/L, en los que recibieron leflunomida de 61.3 ± 135.0 UI/L y en los que recibieron la combinación de metotrexato más leflunomida de 42.1 ± 29.4 UI/L ($p = 0.188$). Las cifras medias de TGP fueron de 43.9 ± 32.5 UI/L en el grupo de metotrexato, 59.4 ± 102.3 UI/L en el grupo de leflunomida y 50.4 ± 57.3 UI/L ($p = 0.358$) en la combinación. Se registró toxicidad hepática en 12% de los pacientes que recibieron

metotrexato, en 16.3% de los que recibieron leflunomida y en 18.7% de los que recibieron la combinación de metotrexato y leflunomida. En pacientes con toxicidad hepática, la dosis de metotrexato fue de 15.8 ± 3.0 mg y en pacientes sin toxicidad hepática de 15.9 ± 3.5 mg ($p = 0.826$).

Conclusiones: No se hallaron diferencias significativas en la toxicidad hepática entre los pacientes que recibieron metotrexato, leflunomida o la combinación de ambos, un resultado similar al notificado en las publicaciones médicas. Se requieren estudios clínicos aleatorizados para definir otros factores relacionados con la toxicidad.

Bibliografía

1. Visser K. Multinational evidence-based recommendations for the use of methotrexate in rheumatic disorders with a focus on rheumatoid arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E Initiative. *Ann Rheum Dis* 2009;68:1086-1093.
2. Alfaro-Lara R. Systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of leflunomide and methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis. *Reumatol Clin*. 2019;15(3):133-139.

CG005

Asociación del polimorfismo +49 A>G CTLA-4 con la susceptibilidad a la artritis reumatoide en pacientes del norte de México

Martínez-Pulido RL¹, Sánchez-Zuno GA¹, Mátuz-Flores MG¹, Rosas-Rodríguez JA², Tortoledo-Ortiz O³, Pacheco-Tena C⁴, Muñoz-Valle JF¹

⁽¹⁾ Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (IICB), Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾ Departamento de Ciencias Químico Biológicas y Agropecuarias, Universidad de Sonora, Unidad Regional Sur, Navojoa, Sonora, ⁽³⁾ Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C., Coordinación de Nutrición, Laboratorio de Cromatografía, Hermosillo, Sonora, ⁽⁴⁾ Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Chihuahua, Chihuahua

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria crónica e inflamatoria que afecta el revestimiento sinovial. En términos patogénicos, inicia con una respuesta de tipo adaptativo, en la cual una reacción exacerbada de linfocitos T (LT) autorreactivos induce hiperplasia sinovial, producción de autoanticuerpos, daño del cartilago y erosión ósea. La vía de inhibición CTLA-4:CD80/86 posee la capacidad para suprimir a estos LT; por lo tanto, las alteraciones de la expresión de los genes que intervienen en la regulación de esta respuesta, como el gen de CTLA-4, podría conducir a la pérdida de la tolerancia inmunológica. El SNP +49 A>G de CTLA-4 afecta la expresión de esta glucoproteína y en consecuencia su función reguladora; asimismo, se ha postulado con anterioridad que es un marcador genético de susceptibilidad a la AR en la población del occidente de México.

Objetivos: Relacionar el polimorfismo +49 A>G CTLA-4 con la susceptibilidad a la AR en la población del norte de México.

Material y métodos: Se realizó un análisis transversal analítico en el cual se incluyó a 189 pacientes con AR y 200 sujetos control (SC). A partir de sangre periférica se extrajo el ADN genómico (ADNg) para la posterior genotipificación del SNP (+49 A>G) del gen CTLA-4 por PCR-RFLP.

Los resultados se analizaron con los softwares GraphPad Prism v8.0.1.244 y SPSS v25, y se tomó como nivel de significancia una $p < 0.05$.

Resultados: En la comparación de los parámetros clínicos evaluados, entre ellos los reactantes de fase aguda (pCr y VSG) y los autoanticuerpos (FR y anti-CCP), se reconocieron diferencias significativas entre ambos grupos (pacientes con AR y SC) ($p < 0.001$). Para el SNP +49 A>G del gen *CTLA-4* se realizó el análisis de equilibrio de Hardy-Weinberg y se encontró que la distribución de los alelos polimórficos en el grupo de SC no estaba desviada de dicho equilibrio (0.74). Se identificó un 49.74% del genotipo A/G en pacientes con AR y un 48% en los SC, con frecuencias muy similares. No se hallaron diferencias significativas entre las frecuencias alélicas y genotípicas entre ambos grupos ($p > 0.05$). Al estratificar por genotipo (A/A, A/G y G/G), no se identificaron diferencias significativas con la evolución de la enfermedad, los reactantes de fase aguda, los títulos de autoanticuerpos, la actividad de la enfermedad o la discapacidad funcional.

Conclusiones: Se encontraron niveles significativamente más elevados de los parámetros clínicos (pCr, VSG, anti-CCP y FR) en pacientes con AR en comparación con los niveles hallados en SC ($p > 0.001$). El SNP +49 A>G del gen de *CTLA-4* no es un marcador de susceptibilidad genética para la AR y no se relaciona claramente con los reactantes de fase aguda (pCr y VSG), los niveles séricos de autoanticuerpos (anti-CCP y FR) y la actividad de la enfermedad en pacientes con AR del norte de México.

Bibliografía

- Smolen JS, Aletaha D, Barton A, Burmester GR, Emery P, Firestein GS, et al. Rheumatoid arthritis. *Nat Rev Dis Primer.* 2018;4(1):18001.
- McInnes IB. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *N Engl J Med.* 2011;15.

CG006

Factores asociados a la limitación en el trabajo doméstico en mujeres mexicanas con artritis reumatoide

Guaracha-Basáñez GA, Contreras-Yáñez I, Ortiz-Haro A, Pascual-Ramos V

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad prevalente en las mujeres adultas. Éstas realizan trabajo doméstico con una mayor frecuencia que los hombres, lo cual es más evidente en América Latina. Con anterioridad los autores han desarrollado y validado un instrumento para medir el efecto de la AR en la limitación del trabajo doméstico (LTD).

Objetivos: Explorar los factores vinculados con la LTD en el seguimiento de las mujeres integrantes de una cohorte de AR de diagnóstico reciente.

Material y métodos: En el 2004 se inició una cohorte dinámica de AR de reciente inicio (= 12 meses de aparición de los síntomas), en la cual los

pacientes reciben valoraciones reumatológicas estandarizadas y periódicas, las cuales incluyen cuando menos número de articulaciones dolorosas e inflamadas, desenlaces informados por el paciente (HAQ-DI, SF36, EVA de dolor, EVA de estado general), y evaluación de las comorbilidades y del tratamiento. En el año 2020 se incorporó el cuestionario de LTD a las valoraciones estandarizadas. El estudio fue transversal y se llevó a cabo entre septiembre del año 2020 y abril del 2022, cuando la cohorte contaba con 122 mujeres con AR, quienes efectuaban trabajo doméstico (pagado y no pagado). De ellas, 114 (93.4%) tuvieron las valoraciones reumatológicas completas y contestaron el cuestionario de LTD, un cuestionario sobre las responsabilidades familiares, las características del trabajo doméstico, la dependencia económica y el índice de Apgar familiar. El cuestionario de LTD se calificó del 0 al 10 y se consideró un valor por encima de 3.33 como LTD. El Apgar familiar se calificó del 0 a 10 y se consideró una función familiar normal con un valor de Apgar = 7. Se realizó una regresión logística múltiple para identificar los factores relacionados con LTD.

Resultados: Al ingreso al estudio, las pacientes tenían una mediana de edad de 49 años (RIC, 39.8-61), un tiempo de evolución de la enfermedad de 12 años (RIC, 7-16) y 74 pacientes (67.5%) se encontraban en remisión de la enfermedad (DAS28 = 2.6). La puntuación general del HOWL-Q fue de 0.67 (0-3.33) y 33 pacientes (28.9%) experimentaron LTD. La **Tabla 1** resume las características sociodemográficas y clínicas de la población al momento del ingreso a la cohorte y al estudio, así como la comparación entre quienes tuvieron LTD y sus contrapartes. La **Tabla 2** resume las responsabilidades familiares, dependencia económica de las pacientes, características del trabajo doméstico y el índice de Apgar familiar al ingreso al estudio, en la población general, así como la comparación entre las pacientes con LTD y sus contrapartes. La regresión logística múltiple identificó que recibir apoyo económico para los gastos familiares (HR, 9.8 [IC95%, 1.5-64.8]; $p = 0.018$), requerir asistencia para realizar actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria (HR, 6.9 [IC95%, 1.6-29.3]; $p = 0.008$) y una mayor puntuación del DAS-28 al ingreso al estudio (HR, 2.0 [IC95%, 1.3-3.2]; $p = 0.001$) se vincularon con LTD. Por su parte, una mejor calidad de vida (SF36) al ingreso a la cohorte se relacionó con la ausencia de LTD (HR, 0.9 [IC95%, 0.91-0.98]; $p = 0.002$).

Conclusiones: El trabajo doméstico en mujeres mexicanas con AR de larga evolución podría verse afectado por determinantes sociales, la actividad de la AR reciente y la calidad de vida relacionada con la salud al inicio de la enfermedad. El estudio amplía el conocimiento sobre el efecto de la AR en la vida de las mujeres.

Bibliografía

- Ortiz-Haro AB, Lerma-Talamantes A, Cabrera-Vanegas A, Contreras-Yáñez I, Pascual-Ramos V. Development and validation of a questionnaire assessing household work limitations (HOWL-Q) in women with rheumatoid arthritis. *PLoS One.* 2020;15(7):e0236167. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0236167>.
- Suárez-Cuba MA, Alcalá-Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev médica - Col Méd Paz.* 2014;20(1):53-7. http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010.

Tabla 1. Características de los pacientes al ingreso a la cohorte y al ingreso al estudio y la comparación entre los que tuvieron LTD y sus contrapartes. (CG006)

	Población general n = 114	Pacientes con LTD n = 33	Pacientes sin LTD n = 81	P
Al ingreso a la cohorte				
Edad, años	37.5 (26.4-49.7)	48 (27-56)	36 (26.3-47.5)	0.012
Escolaridad, años	12 (9-15)	11 (6-14)	12 (9-15)	0.267
Pacientes con pareja ¹	42 (39.3)	10 (33.3)	32 (41.6)	0.512
Duración de la enfermedad, meses	5.3 (3.2-6.7)	4.8 (2.9-6.6)	5.6 (3.5-7.1)	0.267
Paciente con FR positivo ¹	102 (89.5)	31 (93.9)	71 (87.7)	0.504
Pacientes con APCC positivos ¹	105 (92.1)	30 (90.9)	75 (92.6)	0.717
Pacientes con enfermedad erosiva ¹	13 (11.4)	2 (6.1)	11 (13.6)	0.341
Puntuación de Charlson	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)	0.151
Puntuación del DAS28	5.6 (4.2-6.4)	6 (5.3-7)	4.9 (4-6.4)	0.009

Pacientes en remisión (DAS28 ≤ 2.6) ¹	4 (3.5)	1 (3)	3 (3.7)	1
PCR, mg/dL	0.5 (0.18-1.7)	1.2 (0.4-4)	0.4 (0.14-1)	0.001
Puntuación HAQ	1.1 (0.5-1.8)	1.8 (1.3-2.2)	0.9 (0.4-1.4)	0.000
Puntuación de SF-36	49 (33-63.25)	34 (25.5-51)	54.5 (38.5-68.8)	0.000
Al ingreso al estudio				
Edad, años	49 (39.8-61)	56 (40.5-67)	48 (39-57)	0.031
Duración de la enfermedad	12 (7-16)	12 (5.5-15.5)	12 (7.5-16)	0.573
Puntuación del DAS28	2 (1.2-3.1)	2.7 (1.9-3.9)	1.8 (2.1-2.6)	0.001
Pacientes en remisión (DAS28 ≤ 2.6) ¹	75 (67.6)	16 (50)	59 (84.7)	0.015
PCR, mg/dL	0.3 (0.2-0.8)	0.6 (0.3-1.7)	0.3 (0.1-0.6)	0.006
Puntuación HAQ	0 (0-0.25)	0.5 (0-1.1)	0 (0-0)	0.000
Puntuación de SF-36	80.2(62.2-87.5)	52.8 (44.3-69.4)	84.7 (75.6-90.3)	0.000

Los datos se presentan como medianas (RIC).

¹N (%) de pacientes.

Tabla 2. Responsabilidades familiares, características del trabajo doméstico, dependencia económica de pacientes y puntuación del índice de Apgar familiar de la población general y la comparación entre los que presentaron LTD y sus contrapartes. (CG006)

	Población general n = 114	Pacientes con LTD n = 33	Pacientes sin LTD n = 81	P
Responsabilidades familiares				
Vivir con familiar(es) con ≥ 1 enfermedad crónica	52 (45.6)	16 (48.5)	36 (44.4)	0.836
Vivir con persona(s) con capacidades diferentes	3 (2.6)	0	3 (3.7)	0.555
Vivir con ≥ 4 miembros de la familia	40 (35.1)	11 (33.3)	29 (35.8)	0.833
Ser el cuidador principal de un familiar que requiere asistencia con las actividades de la vida diaria	40 (35.1)	11 (33.3)	29 (35.8)	0.833
Requerir asistencia para realizar las actividades de la vida diaria básicas o instrumentales	17(14.9)	13(39.4)	4(4.9)	0.000
Tener una mascota en casa	74 (64.9)	21 (63.6)	53 (65.4)	1
Estar a cargo del cuidado de una mascota	52 (45.6)	11 (33.3)	41 (50.6)	0.102
Características del trabajo doméstico				
Realizar trabajo doméstico remunerado	72 (63.2)	12 (36.4)	60 (74.1)	0.000
Horas/semana de trabajo doméstico remunerado ^{1,2}	40 (24-48)	27 (14-56.3)	40 (26.3-48)	0.301
Trabajar durante más de 40 h/sem	27 (23.7)	4 (12.1)	23 (28.4)	0.089
Realizar trabajo doméstico no remunerado	108 (94.7)	27 (91.8)	81 (100)	0.000
Horas/semana de trabajo doméstico no remunerado ^{1,2}	22.5 (12-42.5)	24 (6-49)	21 (14-37.5)	0.787
Trabajar durante más de 40 h/sem	29 (25.4)	10 (30.3)	19 (23.5)	0.482
Combinar trabajo doméstico remunerado y no remunerado	72 (63.2)	12 (36.4)	60 (74.1)	0.000
Dependencia económica del paciente				
Ser dependiente de alguien	68 (59.6)	23 (69.7)	45 (55.6)	0.208
Recibir apoyo económico para los gastos familiares	93 (81.6)	31 (93.9)	62 (76.5)	0.034
Función familiar				
Puntuación Apgar familiar	9 (8-10)	9 (7.5-10)	9 (8.5-10)	0.049
Disfunción familiar (Apgar < 7)	6 (5.3)	3 (9.1)	3 (3.7)	0.354

Los datos se presentan como puntaje n° (%), a menos que se indique lo contrario.

¹Mediana (RIC).

CG007

Hallazgos patológicos por ultrasonido del tendón de Aquiles y de la fascia plantar en pacientes con artritis reumatoide

Díaz-Mendoza AC, Villaseñor-Padilla JL, Ochoa-Arce P, Ramírez-Rojas JJ, Durán-Barragán S

Clinica de Investigación en Reumatología y Obesidad

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, sistémica, autoinmunitaria y poliarticular caracterizada por cambios en el tejido sinovial, si bien también se ha descrito afectación de diferentes tendones, como el tendón de Aquiles y la fascia plantar. La entesitis aquilea es un predictor de la discapacidad funcional y la fascitis plantar es un predictor de dolor de pie, ambas poco valoradas por el médico reumatólogo y por lo tanto sin la suficiente atención. Con el creciente uso del ultrasonido musculoesquelético es posible identificar lesiones en los pies de los pacientes con AR.

Objetivos: Describir hallazgos patológicos del tendón de Aquiles y la fascia plantar por ultrasonido en pacientes con AR y describir sus características clínicas.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional realizado en la Clínica de Investigación en Reumatología y Obesidad, durante el periodo de julio a octubre del 2022, en el que se incluyó a pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010). Se recopilaron características clínicas y demográficas. Todos los pacientes fueron objeto de un ultrasonido del tendón de Aquiles y de la fascia plantar. El ultrasonido lo realizó un reumatólogo con entrenamiento en ultrasonido musculoesquelético. Se utilizó un equipo Sonoscape E3 expert con una sonda lineal de 8-16 MHz. Se definió entesitis como una inserción hipoeoica o engrosada de la entesis a máximo 2 mm de la cortical con señal Doppler si se encuentra activa y que podía mostrar datos de daño estructural como erosiones (discontinuidad de la cortical de la superficie ósea que es visible en dos planos perpendiculares), entesofitos (protuberancia ósea identificada en dos planos perpendiculares perientésicos observada como una imagen hiperecoica con sombra acústica) y bursitis (incremento del diámetro de la bolsa con un área bien definida, con o sin incremento del flujo vascular).

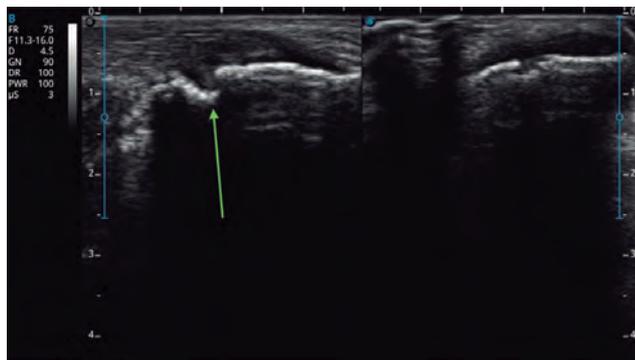
Resultados: Se incluyó a 18 pacientes con AR seropositiva, del sexo femenino, con un promedio de edad de 46.6 (± 11.5) años, tiempo de evolución de 5 años (± 4.2) e IMC de 27 (± 4.1) kg/m². El 94% se encontraba en tratamiento con fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico. Hallazgos ultrasonográficos: tendón de Aquiles: entesofitos en el tendón en 14 (77%), bursitis retroaquilea en 6 (33%), bursitis retrocalcánea en 5 (27%), erosión ósea en calcáneo en 2 (11%), engrosamiento en 7 (38%) y entesitis aquilea en 1 (6%); fascia plantar: entesofitos en 3 (16%), engrosamiento en 9 (50%) y calcificación en 1 (6%). Durante la exploración física sólo un paciente tenía síntomas de dolor en fascia plantar y el resto de los enfermos se encontraba asintomático.

Conclusiones: Todos los pacientes tenían al menos alguna alteración por ultrasonido, en particular en el tendón de Aquiles, y la más frecuente fueron los entesofitos; en muchos de los pacientes se identificaron lesiones como bursitis, erosiones y engrosamientos tendinosos, en la gran mayoría asintomáticos. Cabe destacar que casi todos los pacientes tenían sobrepeso/obesidad, lo que también se ha vinculado con una mayor prevalencia de entesopatías. Es importante realizar una valoración para detectar entesopatías en el pie del paciente con artritis reumatoide, que muchas veces son asintomáticas y podrían estar relacionadas con actividad de la enfermedad o contribuir a otras afecciones.

Bibliografía

1. Abdelzaher MG, Finzel S, Abdelsalam A, Enein A, Abdelsalam N. Ankle and foot pathologies in early rheumatoid arthritis, what can ultrasound tell us. *International Journal of Rheumatic Diseases*. (2022, 26 agosto).
2. Balint PV, Terslev L, Aegerter P, Bruyn GAW, Chary-Valckenaere I, Gandjbakhch F, Iagnocco A, Jousse-Joulin S, Möller I, Naredo E, Schmidt WA, Wakefield RJ, D'Agostino MA. Reliability of a consensus-based ultrasound definition and scoring for enthesitis in spondyloarthritis and psoriatic arthritis: an OMERACT US initiative. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2018;77(12):1730-1735.

Figura 1. Erosión del calcáneo derecho.(CG007)



CG008

Efectos a corto plazo de una dieta basada en plantas en pacientes con artritis reumatoide: propuesta de intervención

Peña-Peña M, Mora-Ramírez M, Sánchez-Gloria JL, Bermúdez-Benítez E, Rada-Pascual KM, Silveira-Torre LH, Martínez-Martínez LA, Tavera-Alonso C, Amezcua-Guerra LM, Domínguez-López A, Sánchez-Muñoz F

Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica autoinmunitaria caracterizada sobre todo por inflamación sinovial que conduce a un daño articular progresivo. Por otro lado, la mala calidad de las dietas occidentales se ha vinculado con el desarrollo de enfermedades no transmisibles. En fecha reciente, el interés en los patrones de alimentación basados en plantas, como evitar la carne o el pescado o excluir por completo los productos animales (vegetarianos o veganos), ha tenido efectos beneficiosos para la salud. Estos hábitos alimentarios se han relacionado con enfermedades inflamatorias como la AR. Las intervenciones dietéticas basadas en plantas han mostrado efectos beneficiosos sobre la inflamación; sin embargo, los efectos y el apego a corto plazo no se han estudiado en pacientes mexicanos con AR.

Objetivos: Evaluar los efectos metabólicos y el apego en respuesta a una dieta basada en plantas a corto plazo en pacientes con AR.

Material y métodos: Se incluyó a 17 pacientes con artritis reumatoide con actividad de la enfermedad moderada, 16 mujeres y 1 hombre. Antes de la intervención nutricional, todos los pacientes fueron objeto de un recordatorio dietético de 24 horas y siguieron un plan isocalórico individualizado de dos semanas. Los requerimientos individuales de proteína dietética estaban compuestos por 90% de proteína vegetal y 10% de origen animal. Las fuentes de alimentos procesados fueron limitadas (protocolo institucional número 21-1247). La evaluación antropométrica y las muestras de sangre en ayuno se recolectaron al inicio y al final del protocolo. Las medidas bioquímicas (glucosa en suero, ácido úrico, colesterol total, cHDL, triglicéridos, PCR y VSG) se determinaron en suero mediante electroquimioluminiscencia.

Resultados: De los pacientes incluidos en este estudio, 16 concluyeron el estudio y mostraron un apego mayor de 80%. En la **Tabla 1** se muestran los valores antropométricos de laboratorio al inicio y al final del estudio.

Tabla 1. (CG008)

	Basal	15 días	p
Peso, kg	71.83 (13.37)	72.6 (14.6)	0.678
ICC	0.88 (0.08)	0.87 (0.06)	0.384
IMC, kg/m ²	30.6 (4.89)	30.56 (5.0)	0.869
% Grasa corporal	43.93 (8.0)	44.21 (8.04)	0.569
% Grasa visceral	10.75 (2.7)	10.8 (3.0)	0.86
Glucosa, mg/dl	96.4 (18)	91.9 (13.6)	0.047
Ácido úrico, mg/dl	5.4 (0.9)	5.2 (0.96)	0.332
Colesterol total, mg/dl	179.4 (30.9)	166.18 (28.19)	0.027
HDL, mg/dl	51.28 (15.4)	50.02 (14.1)	0.431
Triglicéridos, mg/dl	152.7 (59.6)	139.6 (42.5)	0.288
PCR, mg/dl	6.63 (4.9)	6.1 (4.7)	<u>0.055</u>
VSG, mm/h	23.2 (20.8)	18.9 (17.5)	<u>0.06</u>

Análisis realizado mediante la prueba de Wilcoxon o T pareada.

Conclusiones: La dieta basada en plantas a corto plazo en pacientes con artritis reumatoide redujo las concentraciones de glucosa y colesterol en sangre. Sin embargo, sólo se observó una tendencia a la disminución de PCR y VSG.

Bibliografía

- Safiri S. Global, regional and national burden of rheumatoid arthritis 1990-2017: a systematic analysis of the Global Burden of Disease study 2017. *Ann Rheum Dis.* 2019;78:1463-1471.
- Smolen JS. Rheumatoid arthritis. *Nat Rev Dis Prim.* 2018;4:18001.

CGoog

Asociación de niveles de anticuerpos y actividad clínica de la enfermedad con grosor íntima-media carotídeo en pacientes con artritis reumatoide

Valdivinos-Bañuelos A, Beltrán-Aguilar VM, Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza JJ, Azpiri-López JR, Cárdenas-De la Garza JA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad articular inflamatoria crónica y autoinmunitaria caracterizada por la presencia de autoanticuerpos, en especial el factor reumatoide (FR) y los anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (anti-CCP), que se relacionan con evolución y pronóstico del padecimiento. La enfermedad cardiovascular (CV) aterosclerótica es la principal causa de muerte en este grupo y representa hasta 50% más riesgo de sufrir infarto agudo de miocardio (IAM) respecto de la población general. El riesgo CV es la probabilidad de desarrollar un episodio clínico CV aterosclerótico, como resultado del efecto combinado de múltiples factores. Los factores de riesgo CV habituales sólo explican el 40% del riesgo CV total de los pacientes con AR, y las características propias de la enfermedad son los factores adicionales que lo incrementa, como la seropositividad, la duración y actividad de la enfermedad, las manifestaciones extraarticulares y los efectos del tratamiento. El ultrasonido carotídeo (USc) es una herramienta útil en la detección de aterosclerosis subclínica que emplea como parámetros la medición del grosor íntima-media carotídeo (GIMc) y la presencia de placa carotídea (PC), la cual se vincula con episodios o muerte CV.

Objetivos: Determinar la relación entre la positividad de anticuerpos y el grado de actividad clínica de la enfermedad con el GIMc en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio observacional y descriptivo. Se incluyó a pacientes de 40 a 75 años que acudieran al servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de agosto del 2014 a septiembre del 2022. Se excluyó a pacientes con desenlaces cardiovasculares previos (IAM y EVC), embarazadas u otros diagnósticos reumatológicos. Se analizaron los valores de anticuerpos anti-CCP (positivo ≥ 5) y factor reumatoide (20), las cifras de actividad clínica de la enfermedad por DAS-28-PCR y el GIMc en milímetros mediante USc. Se analizó la distribución mediante Kolmogorov-Smirnov, se utilizó mediana (p25-p75) según fuera la normalidad de distribución de la variable y se usaron frecuencias, n (%) para variables categóricas. Se utilizó la prueba de rho de Spearman para evaluar correlaciones entre variables continuas.

Resultados: Se incluyó a 202 pacientes con AR. Las características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. Los resultados de la prueba rho de Spearman para valorar la correlación entre variables fueron los siguientes: 0.041 (p = 0.566) para DAS 28-PCR-GIMc; -0.030 (p = 0.678) para anti-CCP-GIMc; 0.065 (p = 0.372) para FR IgG-GIMc; -0.096 (p = 0.182) para FR IgM-GIMc; 0.060 (p = 0.406) para FR IgA-GIMc.

Conclusiones: No se encontró correlación estadísticamente significativa entre el grado de actividad de la enfermedad medido por DAS 28-PCR o las concentraciones de anticuerpos valorados en el estudio con el GIMc. Se requiere la realización de futuros estudios con una muestra mayor a la utilizada en este protocolo para determinar con certeza la existencia o no de correlación entre la actividad clínica de la enfermedad y el valor de anticuerpos con el GIMc.

Bibliografía

- Smolen JS, Aletaha D, Barton A, Burmester GR, Emery P, Firestein GS, et al. Rheumatoid arthritis. *Nat Rev Dis Primers.* 2018 Jun 7;4(1):18001.

- Semb AG, Ikdahl E, Wibetoe G, Crowson C, Rollefstad S. Atherosclerotic cardiovascular disease prevention in rheumatoid arthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2020 Jul 3;16(7):361-79.

Tabla 1. Características demográficas. (CG009)

Variable	Pacientes AR (n = 202)
Duración de la enfermedad, años, mediana (RIC)	8.22 (3.15-15.26)
Mujeres, n (%)	191 (94.6)
Edad, años, mediana (RIC)	56 (49-61)
Comorbilidades, n (%)	
Tabaquismo activo	21 (10.4)
Dislipidemia	70 (34.7)
DM2	33 (16.3)
HTA	66 (32.7)
Sobrepeso/obesidad	161 (79.7)
Medicamentos, n (%)	
MTX	154 (76.2)
Prednisona	109 (54)
Fármacos biológicos	27 (13.4)
Características de la enfermedad, mediana (RIC)	
DAS 28-VSG	4.26 (3.08-5.40)
DAS 28-PCR	3.20 (2.01-4.25)
CDAI	10 (2-20)
Positividad de anticuerpos, n (%)	
Anti-CCP	117 (57.9)
FR IgG	36 (17.8)
FR IgM	160 (79.2)
FR IgA	115 (56.9)
Hallazgos en USc	
GIMc, mm, mediana (RIC)	0.08 (0.06-0.12)
Hiperplasia íntima, n (%)	42 (20.8)

La tabla muestran las características de los pacientes incluidos en el estudio. RIC, intervalo intercuartílico; DM2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; MTX, metotrexato; DAS 28-PCR, *Disease activity score 28*; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; CDAI, *Clinical Disease Activity Index*; Anti-CCP, antipéptido cíclico citrulinado; FR, factor reumatoide; GIMc, grosor íntima-media carotídeo; USc, ultrasonido carotídeo.

CGo10

Miostatina sérica y su relación con el deterioro funcional en artritis reumatoide

González-López LC¹, Gómez-Ramírez EE², González-Ponce F³, Ramírez-Villafañá M¹, Gómez-Camarena JJ², Ponce-Guarneros JM¹, Rodríguez-Jiménez NA¹, Cabrera-Pivaral CE³, Celis A³, Gámez-Nava JI¹

⁽¹⁾Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Programa de Doctorado en Farmacología, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Departamento de Salud Pública, CUCS, Universidad de Guadalajara

Introducción: La miostatina es una proteína que pertenece a la familia de los factores de crecimiento transformador beta, expresada en diversos tejidos, sobre todo en el músculo estriado. En estudios experimentales, esta miocina muestra características proinflamatorias e induce un incremento de TNF- α e IL-6. Hasta la fecha existen pocos estudios que investiguen la relación entre miostatina y las características clínicas en la artritis reumatoide (AR).

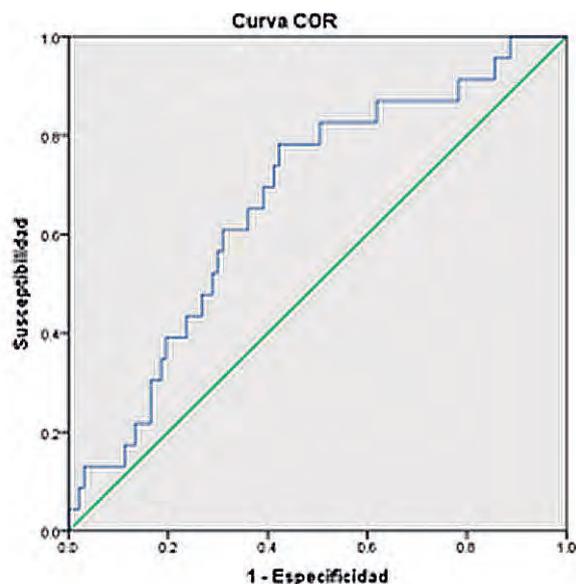
Objetivos: Evaluar la relación de miostatina sérica con el deterioro funcional en AR.

Material y métodos: Estudio transversal; se incluyó a 120 mujeres con AR y 40 controles (CL). Se evaluaron características clínicas y tratamientos. La actividad de la enfermedad se determinó mediante DAS28-VSG. El deterioro funcional se determinó con dos métodos: a) puntuación de HAQ-DI ≥ 1 y b) Steinbrocker de III o más. Análisis estadístico: se realizó una comparación de las concentraciones de miostatina en AR en comparación con CL por t de Student para muestras independientes. Correlación de los valores séricos de miostatina con variables cuantitativas. Se compararon las cifras séricas de miostatina entre pacientes con HAQ-DI < 1 vs. HAQ-DI ≥ 1 por t de Student para muestras independientes. La comparación secundaria se realizó en los pacientes con Steinbrocker ≤ 2 vs. pacientes de clase funcional 3-4 con t de Student. Se realizó una curva ROC para identificar el punto de corte de las concentraciones de miostatina relacionados con el deterioro de la clase funcional por HAQ-DI. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valores predictivos y sus intervalos de confianza del 95% de este punto de corte.

Resultados: Los pacientes con AR tuvieron cifras de miostatina más elevadas en comparación con los controles (19.6 ± 23.1 vs. 8.4 ± 4.3 , $p < 0.001$). Las concentraciones séricas de miostatina se correlacionaron de forma positiva con la puntuación de DAS28-VSG ($p = 0.049$) y la puntuación de HAQ-DI ($p = 0.032$). No se correlacionaron con la edad del paciente, dosis de glucocorticoides, IMC ni tiempo de duración de la AR. En la comparación de los valores de miostatina de acuerdo con la puntuación obtenido de HAQ-DI se observó que los pacientes con una puntuación ≥ 1 presentaban mayores cifras de miostatina en comparación con los pacientes con HAQ-DI < 1 (28.6 ± 31.3 vs. 17.5 ± 20.4 , $p = 0.038$), aunque hubo una tendencia a mayores valores de miostatina en personas con clase funcional 3-4 respecto de los individuos con clase funcional 1-2 (24.9 ± 26.6 vs. 16.8 ± 20.8 , $p = 0.067$). La curva ROC buscó el punto de corte de las concentraciones de miostatina que reflejaran mejor el deterioro funcional en HAQ-DI; el área bajo la curva fue de 0.67, lo que reveló que un valor de miostatina > 9 ng/ml posee una sensibilidad del 82.6% (IC95%, 61.2-95.1) y una especificidad del 48.5% (IC95%, 38.2-58.8). Las concentraciones elevadas de miostatina se relacionaron con un incremento del riesgo para un HAQ-DI ≥ 1 OR 4.47 (IC95%, 1.41-14.09; $p = 0.007$).

Conclusiones: Los valores de miostatina sérica se vinculan con la discapacidad funcional medida por HAQ-DI en AR. Este marcador muestra una gran sensibilidad, pero baja especificidad; sin embargo, este estudio identifica la miostatina sérica como un factor de riesgo para la discapacidad funcional que debe tomarse en cuenta para evitar el deterioro de la calidad de vida de estos pacientes.

Figura 1. (CG010)



CG011

Eventos cardiovasculares adversos mayores en pacientes con artritis reumatoide: seguimiento a cinco años

Azpiri-López JR, Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza IJ, González-González V, Beltrán-Aguilar VA, Arias-Peralta AA, De Ávila-González N, Cárdenas-De La Garza JA, García-Arellano G

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La principal causa de mortalidad en los pacientes con artritis reumatoide (AR) es la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, la cual se considera una de las principales causas para desarrollar episodios cardiovasculares adversos mayores (ECAM), entre ellos infarto agudo de miocardio (IAM), muerte súbita cardíaca, accidente cerebrovascular (ACV), hospitalización por causa CV y revascularización.

Objetivos: Determinar la prevalencia de ECAM en pacientes con AR a cinco años en una clínica preventiva de cardio-reuma y su relación con la estratificación de riesgo cardiovascular (RCV) por medio de seis algoritmos.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyó a pacientes de 40 a 75 años con diagnóstico de AR que cumplieran con los criterios de clasificación de ACR/EULAR 2010. El RCV se calculó mediante seis algoritmos: ACC/AHA 2013, FRS-Lípidos, FRS-BMI, RRS, QRISK3 y SCORE2. La distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, las comparaciones con la prueba ji cuadrada, las variables cualitativas con la exacta de Fisher y las variables cuantitativas con la t de Student o U de Mann-Whitney. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 81 pacientes de los cuales ocho tenían algún ECAM. Las características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. La prevalencia de los ECAM a cinco años fue de 3 (42.9%) para ACV, 2 (28.6%) para procedimientos de revascularización, 1 (14.3%) para hospitalización por causa cardiovascular y 1 (14.3%) para IAM. De todos los pacientes que mostraron algún ECAM durante su seguimiento, 5 (62.5%) fallecieron. Al comparar los algoritmos de RCV para predecir el RCV entre los individuos con y sin ECAM se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el algoritmo de FRS-Lípidos ($p = 0.026$), FRS-IMC ($p = 0.001$) y QRISK3 ($p = 0.008$).

Tabla 1. Características demográficas y hallazgos de los algoritmos de RCV. (CG011)

Características	Pacientes con AR sin ECAM (n = 73)	Pacientes con AR y ECAM (n = 8)	Valor de p
Edad años, media \pm DE	56.62 \pm 9.23	62.38 \pm 8.12	NS
Mujeres, n (%)	68 (93.2)	7 (87.5)	NS
DMT2, n (%)	6 (8.2)	2 (25.0)	NS
HTA, n (%)	25 (34.2)	7 (87.5)	0.003
Dislipidemia, n (%)	17 (23.3)	1 (12.5)	NS
Obesidad, n (%)	24 (32.9)	6 (75.0)	0.019
Tabaquismo activo, n (%)	6 (8.2)	1 (12.5)	NS
ACC/AHA 2013, mediana (RIC)	3.67 (1.80-7.72)	9.00 (4.65-37.95)	NS
FRS-Lípidos, mediana (RIC)	8.47 (5.51-12.48)	16.06 (8.70-53.10)	0.026
FRS-IMC, mediana (RIC)	7.50 (4.67-11.95)	21.90 (13.95-48.60)	0.001
RRS, mediana (RIC)	1.50 (1.50-3.37)	1.50 (1.50-15.00)	NS
QRISK3, mediana (RIC)	5.65 (3.80-10.60)	12.60 (7.60-24.90)	0.008
SCORE2, mediana (RIC)	4.50 (3.00-12.00)	9.00 (6.00-21.00)	NS

AR, artritis reumatoide; NS, no significativo; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; FRS, puntuación de Framingham; IMC, índice de masa corporal; RRS, puntuación de Reynolds.

Conclusiones: Los algoritmos de RCV de FRS-Lípidos, FRS-IMC y QRISK3 predijeron de mejor manera el riesgo cardiovascular a 10 años de los pacientes que tenían algún ECAM durante el seguimiento en los pacientes de la clínica de cardio-reuma.

Bibliografía

1. Crowson CS, Rollefstad S, Ikdahl E, Kitas GD, van Riel PLCM, Gabriel SE, et al. Impact of risk factors associated with cardiovascular outcomes in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2018 Jan 1;77(1):48-54.

CG012

La obesidad como factor de riesgo para actividad elevada de enfermedad en pacientes con artritis reumatoide de reciente diagnóstico

Alanís-Sáenz EA, García-De La Cruz G, Ortiz-Treviño L

UMAE, Hospital de Especialidades No. 25 del IMSS, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a las articulaciones y es de carácter autoinmunitario. Es una enfermedad compleja en la que intervienen diferentes factores ambientales en individuos genéticamente susceptibles. Se han identificado múltiples factores de riesgo para una mayor actividad de la enfermedad. Entre éstos, la obesidad ha generado controversia entre varios autores en los últimos años sobre su nexa con una mayor actividad de la enfermedad.

Objetivos: Demostrar la relación de obesidad como factor de riesgo para una alta actividad de la artritis reumatoide.

Material y métodos: Estudio retrospectivo analítico de casos y controles. Se realizó una revisión de expedientes de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide tras identificar el momento del diagnóstico, con seguimiento a dos años, evaluación de la presencia o no de obesidad y definición de la obesidad como IMC > 30 y actividad de la enfermedad mediante uso de escalas de actividad (DAS28, CDAI).

Resultados: Se evaluó a 64 pacientes, de los cuales el 85.9% correspondió a mujeres y 14.1% a hombres. La media de edad fue de 49.1 ± 12.8 años. El porcentaje de pacientes con obesidad fue de 45.3% y el de no obesos de 4.7%.

Conclusiones: En este estudio se evidenció una relación entre la obesidad y una ausencia de remisión de la enfermedad a dos años. Se encontró que la obesidad se vincula con una mayor tasa de pacientes con actividad moderada-alta a los dos años, lo cual fue estadísticamente significativo.

Tabla 1. Comparación entre pacientes con y sin obesidad y actividad de la enfermedad. (CG012)

Variable	Obesidad		
	Sí, n (%)	No, n (%)	p
Remisión a dos años	7 (28)	18 (72)	0.026
Actividad de la enfermedad a los dos años			0.037
Baja	6 (21.4)	6 (21.4)	
Moderada	9 (32.1)	3 (10.7)	
Alta	1 (3.6)	3 (10.7)	

Cantidad de pacientes con obesidad que llegaron a la remisión de la enfermedad a dos años. Se muestra el grado de actividad de la enfermedad en pacientes con obesidad a los dos años. Se utilizó la prueba ji cuadrada o de Fischer según fuera el caso para el análisis.

Bibliografía

1. Smolen JS, Aletaha D, Barton A, Burmester GR, Emery P, Firestein GS, et al. Rheumatoid arthritis. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 2018;4:1-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2018.1>

2. De Resende Guimarães MFB, Rodrigues CEM, Gomes KWP, MacHado CJ, Brenol CV, Krampe SF, et al. High prevalence of obesity in rheumatoid arthritis patients: association with disease activity, hypertension, dyslipidemia and diabetes, a multi-center study. *Adv Rheumatol.* 2019;59(1):1-9.

CG013

Calidad ósea trabecular en artritis reumatoide: una comparación con controles

Gómez-Camarena JJ¹, Gómez-Ramírez EE¹, Ramírez-Villafañá M², Esparza-Guerrero Y¹, Saldaña-Cruz AM², Rodríguez-Jiménez NA², Totsuka-Sutto SE², Cardona-Muñoz EG², Gámez-Nava JI², Gonzáles-López LC²

⁽¹⁾Programa de Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Departamento de Fisiología, CUCS, Universidad de Guadalajara

Introducción: Para el diagnóstico de la osteoporosis (OP) se emplea como principal herramienta la densidad mineral ósea (DMO). Los pacientes que sufren fracturas por fragilidad no tienen diagnóstico de osteoporosis por DMO; estas fracturas pueden ser efecto de otros aspectos, como la calidad ósea. La evaluación de la calidad ósea trabecular mediante la cuantificación del *Trabecular Bone Score* (TBS) constituye una técnica para identificar la microarquitectura del hueso trabecular. Esta medición tiene validación actual como un predictor independiente de fracturas vertebrales osteoporóticas. Sin embargo, existen pocos estudios en pacientes mexicanos con AR.

Objetivos: Comparar la calidad ósea trabecular vertebral mediante TBS en pacientes con AR respecto de los controles.

Material y métodos: Diseño transversal analítico. Se incluyó a 100 mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de AR y 91 mujeres sin enfermedad inflamatoria autoinmunitaria como grupo control. En ellas se evaluaron variables como sedentarismo, tabaquismo, anomalías comórbidas (diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica); en el grupo de pacientes con AR se evaluaron índices de actividad de la enfermedad por medio de DAS28-VSG y discapacidad por medio de HAQ-DI. Se analizaron las variables vinculadas con la calidad ósea trabecular vertebral y componentes incluidos en la DMO. La comparación de proporciones entre grupos se realizó con ji cuadrada (prueba exacta de Fisher cuando se requirió) y la comparación de medias con t de Student para muestras independientes. Se consideró una significancia estadística con p ≤ 0.05.

Resultados: La comparación de la puntuación TBS L1-L4 entre AR y CL identificó 1.340 ± 0.111 en comparación con los controles de 1.401 ± 0.118 (p < 0.01); DMO TBS L1-L4, AR 1.04 ± 0.17 respecto de los controles de 1.11 ± 0.18 (p < 0.01). DEXA %masa magra: AR 51.60 ± 4.9 contra controles de 55.80 ± 7.4 (p < 0.01) y %masa grasa: AR 46.32 ± 5.1 contra controles de 42.65 ± 6.6 (p < 0.01). Densidad mineral de columna, AR 1.04 ± 0.17 respecto de los controles de 1.10 ± 0.17. Se observó una puntuación de TBS baja (≤ 1.300) en el 35% de los pacientes con AR en comparación con un 18% en CL (p = 0.01), mientras que el diagnóstico de osteoporosis central se registró en 25% de pacientes con AR en comparación con 12% en CL (p = 0.04).

Conclusiones: Una de cada tres mujeres posmenopáusicas con AR tiene baja calidad ósea trabecular vertebral. Esto representa dos veces más la prevalencia de lo observado en mujeres posmenopáusicas sin enfermedad reumática. Debido a que la calidad ósea trabecular es importante para la detección de fracturas vertebrales, es necesario el desarrollo de estudios de detección oportuna del deterioro de la calidad ósea trabecular, con objeto de ofrecer medidas preventivas y terapéuticas para reducir la tasa de presentación de fracturas vertebrales.

Bibliografía

1. Kim D, Cho SK, Kim JY, Choi YY, Sung YK. Association between trabecular bone score and risk factors for fractures in Korean female patients with rheumatoid arthritis. *Mod Rheumatol.* 2016;26(4):540-5.

CG014

Diferencia en el daño estructural en paciente con artritis reumatoide con y sin atopía

López-Suárez RF¹, Maya-Piña LV¹, Sabido-Sauri RA¹, Hernández-Díaz C², Barbosa-Cobos RE¹, Lugo-Zamudio GE¹

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: Diversos estudios han demostrado una relación entre la artritis reumatoide (AR) y las manifestaciones más frecuentes de atopía, como rinoconjuntivitis alérgica (OR, 2.14), asma (OR, 1.28), dermatitis atópica (OR, 3.45) y alergia a alimentos (OR, 1.38%). Asimismo, se ha sugerido que los pacientes que al momento del diagnóstico de AR tienen eosinofilia, la cual representa otra expresión de la atopía, pueden tener una respuesta deficiente al tratamiento.

Objetivos: Identificar la diferencia en el daño estructural en pacientes con AR, con y sin atopía.

Material y métodos: Estudio de casos y controles en pacientes con AR (ACR/EULAR 2010). Se evaluaron las manifestaciones más frecuentes de atopía, DAS28-PCR y tratamiento para AR (dosis de glucocorticoides, dosis y número de FARME). Se determinó daño estructural acorde a la definición de erosiones, tenosinovitis y paratenonitis del OMERACT 2019 por ultrasonido musculoesquelético (USME). Se realizó el análisis descriptivo y el inferencial mediante prueba t de Student en el software SPSSv28.

Resultados: Se incluyó a 58 mujeres con diagnóstico de AR, con media de edad de 53.69 años (DE ± 11.9) y tiempo de evolución de la enfermedad de 12.9 años (DE ± 7.6), de las cuales se identificaron 34 (58.63%) con atopía, con media de edad de 56.85 años (DE ± 10.38) y tiempo de evolución de la enfermedad de 13.56 años (DE ± 7.96); y 24 (41.37%) sin atopía, con media de edad de 49.21 (DE ± 12.68) años y tiempo de evolución de 11.96 años (DE ± 7.33). Con respecto a las manifestaciones de atopía, se identificó a 20 pacientes (36.4%) con conjuntivitis alérgica, 3 (5.4%) con sinusitis, 16 (29.1%) con rinitis alérgica, 1 (1.8%) con asma, 10 (18.2%) con dermatitis atópica, 10 (17.5%) con alergia a medicamentos, 6 (10.5%) con alergia a alimentos y 2 (3.5%) con eosinofilia. Se identificó una diferencia estadística en el número de erosiones en pacientes con alergia a alimentos (p = 0.041) y medicamentos (p = 0.39) y también en el DAS28 en el grupo de atopía con alergia a medicamentos (p = 0.009) y rinitis alérgica (p = 0.041). Los pacientes con alergia a alimentos informaron una dosis mayor de glucocorticoides (p = 0.035) y aquellos con atopía en general una dosis mayor de MTX (p = 0.035). No se encontró diferencia en tenosinovitis/paratenonitis y en el número de FARME.

Conclusiones: En este estudio se identificó que los pacientes con AR y alergia a alimentos y medicamentos tuvieron mayor daño estructural determinado por el número de erosiones en USME. De igual modo, aquellos con AR y alergia a fármacos y rinitis alérgica mostraron mayor actividad por DAS28-PCR; los individuos con alergia a alimentos registraron mayor dosis de glucocorticoides y todos los pacientes atópicos mostraron mayor dosis de MTX. Se requieren más estudios para determinar si existe diferencia, en presencia de atopía, en la evolución de los pacientes con AR.

Bibliografía

- Kronzer VL, Crowson CS, Sparks JA, Vasallo R, Davis JM 3rd. Investigating asthma, allergic disease, passive smoke exposure, and risk of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71:1217-1224.
- Karatay S, Yildirim K, Ugur M, Senel K, Erdal A, Durmus B, et al. Prevalence of atopic disorders in rheumatic diseases. *Mod Rheumatol.* 2013;23:351-6.

Tabla 1. Promedio de erosiones y tendones con tenosinovitis o paratenonitis por manifestaciones atópicas. (CG014)

Atopia	n		Erosiones	p	Teno/paratenonitis	P
Rinitis alérgica	16	Sí	2.72	0.423	4.31	0.208
		No	2.62		3.88	

Conjuntivitis alérgica	20	Sí	2.95	0.237	3.05	0.111
		No	2.50		4.50	
Dermatitis atópica	10	Sí	3.60	0.073	4.80	0.260
		No	2.46		3.83	
Alergia a alimentos	6	Sí	4.17	0.041	4.17	0.460
		No	2.48		3.98	
Alergia a medicamentos	10	Sí	3.80	0.039	5.60	0.098
		No	2.42		3.67	
Asma	1	Sí	2	0.386	0	0.388
		No	2.67		4.07	
Todas las atopias	34	Sí	2.88	0.183	4.38	0.211
Sin alergia	24	No	2.33		3.46	

CG015

Eficacia a largo-plazo de baricitinib en pacientes con artritis reumatoide con respuesta inadecuada a bFARME: resultados del RA-BEYOND hasta 6.9 años

Caporali R¹, Aletaha D², Sanmartí R³, Takeuchi T⁴, Haladyl E⁵, Zaremba-Pechmann L⁶, Taylor Peter C⁷, Barragán-Garfias JA⁸

⁽¹⁾Dept. of Clinical Sciences & Community Health, Research Center for Adult and Pediatric Rheumatic Diseases, Università degli Studi di Milano, Milán, Italia, ⁽²⁾Dep. of Medicine III, Division of Rheumatology, Medical University of Vienna, Austria, ⁽³⁾Rheumatology Dep., Hospital Clinic de Barcelona and IDI-BAPS, España, ⁽⁴⁾Division of Rheumatology, Dep. of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japón, ⁽⁵⁾Eli Lilly and Company, Indianapolis, EU, ⁽⁶⁾HaaPACS GmbH, Schriesheim, Alemania, ⁽⁷⁾Botnar Research Centre, Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences, University of Oxford, Reino Unido, ⁽⁸⁾Eli Lilly y Compañía de México, S.A. de C.V., México

Introducción: El baricitinib (BARI) es un inhibidor selectivo oral de la JAK-1/2 aprobado para el tratamiento de adultos con artritis reumatoide (AR) activa de moderada a grave. El BARI demostró eficacia en pacientes con AR que tienen una respuesta inadecuada a los fármacos antiinflamatorios modificadores de la enfermedad biológica (bFARME-IR) en un estudio de fase 3 de 24 semanas (semana), el RA-BEACON. La eficacia de BARI se evaluó hasta tres años de tratamiento en un estudio de extensión a largo plazo (LTE), el RA-BEYOND.

Objetivos: Evaluar la eficacia a largo plazo de BARI de 4 mg y 2 mg en pacientes bFARME-IR en el estudio completado RA-BEYOND.

Material y métodos: En el protocolo RA-BEACON, los pacientes se aleatorizaron 1:1:1 a BARI de 4 mg, 2 mg o placebo. Los pacientes sin respuesta pudieron ser rescatados después de la semana 16. Quienes completaron la semana 24 podían ingresar con BARI de 4 mg o 2 mg hasta por 360 semanas (6.9 años). Los datos de LTE se analizaron mediante el tratamiento asignado al inicio en el estudio RA-BEACON, como se observara hasta el momento de la reducción (si correspondía), la interrupción del estudio o la finalización del estudio, lo que ocurriera antes. Las tasas de respuesta de eficacia (RR) se evaluaron como proporciones de pacientes con datos observados hasta 360 semanas para la actividad de baja enfermedad (LDA) (SDAI ≤ 11, DAS28-hsCRP 3.2, CDAI 10), remisión (REM) (SDAI 3.3, DAS28-hsCRP < 2.6, CDAI 2.8, booleano) y función física (HAQ-DI 0.5). No se realizaron comparaciones estadísticas formales.

Resultados: Un total de 156, 152 y 140 pacientes ingresaron en el LTE (4 mg, 2 mg y placebo, respectivamente). Los pacientes en los brazos de BARI 4 y 2 mg tuvieron mayor LDA y REM respecto del placebo al ingreso al LTE (semana 24) (Tabla 1). Los pacientes tratados con placebo lograron un RR comparable con pacientes en el brazo de BARI de 4 mg por 48 semanas (24 semanas después del cambio a BARI de 4 mg) y hasta 360 semanas. De los individuos inscritos en el RA-BEYOND, aproximadamente el 50% en BARI de 4 mg, el 65% en BARI de 2 mg y el 61% en placebo permanecieron activos en la semana 156 (17%, 26% y

Tabla 1. Resultados de eficacia en el estudio RA-BEYOND. (CG015)

Tiempo ^a	N/n (%)	LDA			REM				
		SDAI	CDAI	DAS-28 CRP	SDAI	CDAI	DAS-28 CRP	Boolean	HAQ-DI ≤ 0.5
Sem 24	PBO ^b	135/31 (23.0)	138/32 (23.2)	135/31 (23.0)	135/6 (4.4)	138/8 (5.8)	135/14 (10.4)	135/3 (2.2)	139/6 (4.3)
	BARI 2 mg	148/42 (28.4)	152/43 (28.3)	148/38 (25.7)	148/10 (6.8)	152/10 (6.6)	148/22 (14.9)	148/9 (6.1)	152/17 (11.2)
	BARI 4 mg	150/57 (38.0)	156/60 (38.5)	150/60 (40.0)	150/14 (9.3)	156/17 (10.9)	150/37 (24.7)	150/11 (7.3)	156/17 (10.9)
Sem 48	PBO	128/59 (46.1)	129/58 (45.0)	128/58 (45.3)	128/14 (10.9)	129/15 (11.6)	128/31 (24.2)	128/5 (3.9)	130/6 (4.6)
	BARI 2 mg	139/54 (38.8)	140/56 (40.0)	139/53 (38.1)	139/13 (9.4)	140/14 (10.0)	139/30 (21.6)	139/11 (7.9)	140/16 (11.4)
	BARI 4 mg	147/70 (47.6)	149/71 (47.7)	147/68 (46.3)	147/22 (15.0)	149/19 (12.8)	147/49 (33.3)	147/14 (9.5)	149/19 (12.8)
Sem 156	PBO	84/47 (56.0)	85/47 (55.3)	84/45 (53.6)	84/15 (17.9)	85/14 (16.5)	84/33 (39.3)	84/9 (10.7)	85/8 (9.4)
	BARI 2 mg	98/60 (61.2)	99/60 (60.6)	98/58 (59.2)	98/25 (25.5)	99/27 (27.3)	98/43 (43.9)	98/13 (13.3)	99/21 (21.2)
	BARI 4 mg	76/36 (47.4)	78/35 (44.9)	76/37 (48.7)	76/11 (14.5)	78/13 (16.7)	76/25 (32.9)	76/9 (11.8)	78/12 (15.4)
Sem 360	PBO	33/26 (78.8)	35/25 (71.4)	34/27 (79.4)	33/8 (24.2)	35/9 (25.7)	34/17 (50.0)	34/6 (17.6)	36/1 (2.8)
	BARI 2 mg	38/28 (73.7)	38/28 (73.7)	38/27 (71.1)	38/10 (26.3)	38/8 (21.1)	38/20 (52.6)	38/5 (13.2)	39/6 (15.4)
	BARI 4 mg	27/19 (70.4)	27/20 (74.1)	27/20 (74.1)	27/7 (25.9)	27/7 (25.9)	27/15 (55.6)	27/4 (14.8)	27/7 (25.9)

N, número de pacientes con datos observados; n, número de pacientes con respuesta. ^aNúmero de semanas de aleatorización. ^bGrupos de tratamiento asignados al azar.

26% a la semana 360, respectivamente). Los RR de SDAI LDA fueron de 47%/70% y 61%/74% para los pacientes tratados con BARI de 4 mg y 2 mg, a la semana 156 (año 3)/360 (año 6.9), respectivamente; SDAI REM RR fue de 15%/26% y 26%/26% para BARI de 4 mg y 2 mg, a la semana 156/360, respectivamente (Tabla 1). SDAI y CDAI tenían RR comparables. DAS-28CRP LDA RR fueron similares a SDAI y CDAI, mientras que REM RR fueron aproximadamente el doble que SDAI y CDAI. HAQ-DI ≤ 0.5 RR fue de 15%/26% (BARI de 4 mg), 21%/15% (BARI de 2 mg) y 9%/3% (placebo) a los 3/6.9 años.

Conclusiones: En los datos observados, BARI mantuvo la eficacia y la función física de la población bDMARD-IR hasta los 6.9 años (360 semanas).

Bibliografía

- Genovese MC et al. N Engl J Med. 2016;374:1243-52.
- Wells AF. Rheumatol Ther. 2021;8:987-1001.

CG016

Sostenibilidad de la respuesta entre upadacitinib y adalimumab en pacientes con artritis reumatoide: resultados a tres años del ensayo SELECT-COMPARE

García-García EG¹, Nash P², Kavanaugh A³, Buch MH⁴, Combe B⁵, Besette L⁶, Song IH⁷, Shaw T⁸, Song Y⁷, Suboticki JL⁷, Fleischmann RM⁹

⁽¹⁾AbbVie Farmacéuticos S.A. de C.V. ⁽²⁾School of Medicine, Griffith University, Brisbane, Australia, ⁽³⁾University of California San Diego, Rheumatology, San Diego, Estados Unidos, ⁽⁴⁾University of Manchester & NIHR, Manchester Biomedical Research Centre, Manchester, Reino Unido, ⁽⁵⁾Montpellier University, Rheumatology Montpellier, Francia, ⁽⁶⁾Université Laval, Centre Hospitalier de l'Université Laval, Laval, Canadá, ⁽⁷⁾AbbVie Inc., Immunology, North Chicago, Estados Unidos, ⁽⁸⁾AbbVie Inc., Immunology, Maidenhead, Reino Unido, ⁽⁹⁾University of Texas Southwestern Med Center, Metroplex Clinical Research Center, Dallas, Estados Unidos

Introducción: El objetivo principal del tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide (AR) es la remisión clínica sostenida (RCS) o la baja actividad de la enfermedad (LDA). Una mayor proporción de pacientes con AR y respuesta inadecuada a metotrexato tratados con upadacitinib alcanzó RCS/LDA en comparación con el adalimumab, ambos con metotrexato de base, a las 26 semanas en el estudio SELECT-COMPARE.

Objetivos: Evaluar la sostenibilidad de la respuesta a lo largo de tres años en pacientes con AR tratados con upadacitinib.

Material y métodos: SELECT-COMPARE tuvo un periodo doble ciego de 48 semanas que incluyó a un control con placebo de 26 semanas, y una extensión a largo plazo hasta de 10 años. Los pacientes con metotrexato de base recibieron upadacitinib (15 mg) una vez al día, placebo o adalimumab (40 mg) cada dos semanas. Los pacientes que no lograron al menos un 20 % de mejora en el recuento de articulaciones dolorosas e inflamadas (semanas 14-22) o LDA por CDAI (semana 26) se rescataron de upadacitinib a adalimumab o de placebo/adalimumab a upadacitinib. Este análisis *a posteriori* evaluó la RCS y la LDA por CDAI, SDAI y DAS28-PCR en la primera aparición (antes del rescate), así como durante los tres años siguientes a la respuesta inicial en los pacientes aleatorizados a upadacitinib o adalimumab. Para los enfermos que alcanzaron la RCS/LDA se utilizó el método de Kaplan-Meier para definir el tiempo transcurrido desde que se alcanzó la primera respuesta hasta la fecha inicial en que se perdió la respuesta en dos visitas consecutivas, la discontinuación del medicamento del estudio o la pérdida de la respuesta en el momento del rescate. Se empleó la imputación de no respondedor para los datos faltantes.

Resultados: A lo largo de tres años, una proporción significativamente mayor de pacientes que recibieron upadacitinib + metotrexato en comparación con adalimumab + metotrexato alcanzaron RCS por CDAI (47% vs. 35%, p = 0.001), así como LDA por CDAI (70% vs. 60%, p = 0.001). A los 30 meses de la primera aparición de la respuesta, RCS/LDA se mantenían en el 19%/42% de los pacientes aleatorizados a upadacitinib y en el 10%/30% de los pacientes aleatorizados a adalimumab (Figura 1). El tiempo hasta la respuesta clínica inicial no pareció predecir el control sostenido de la enfermedad. Hasta la última visita de seguimiento, el 37%/58% de los pacientes que recibieron upadacitinib y el 27%/48% que recibieron adalimumab seguían en RCS/LDA por CDAI, respectivamente (Figura 2). De los pacientes que perdieron la RCS por CDAI, el 68% en upadacitinib y el 55% en adalimumab permanecieron en LDA. Además, proporciones aproximadamente similares en upadacitinib y adalimumab recuperaron RCS/LDA por CDAI (upadacitinib, 40%/17%; adalimumab, 48%/19%). Se observaron resultados similares para RCS/LDA por SDAI y por DAS28-PCR.

Conclusiones: Entre los pacientes con respuesta inadecuada a metotrexato, una mayor proporción de los que recibieron upadacitinib + metotrexato alcanzó remisión o LDA en todas las medidas de actividad de la enfermedad respecto de adalimumab + metotrexato. Los pacientes tratados con upadacitinib demostraron una tasa de respuesta sostenida más alta durante tres años en comparación con los que recibieron adalimumab. Además, proporciones significativas de pacientes que perdieron la respuesta en upadacitinib o adalimumab fueron capaces de recuperar RCS/LDA.

Bibliografía

- Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and

- biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis* 2020;79(6):685-699.
2. Fleischmann R, Pangan AL, Song IH, et al. Upadacitinib versus placebo or adalimumab in patients with rheumatoid arthritis and an inadequate response to methotrexate: results of a Phase III, double-blind, randomized controlled trial. *Arthritis Rheumatol* 2019;71(11):1788-1800.

Figuras 1. Proporción de pacientes que mantuvieron remisión o baja actividad de la enfermedad por CDAI hasta 30 meses después de la aparición de la respuesta entre el total de la población aleatorizada. (CG016)

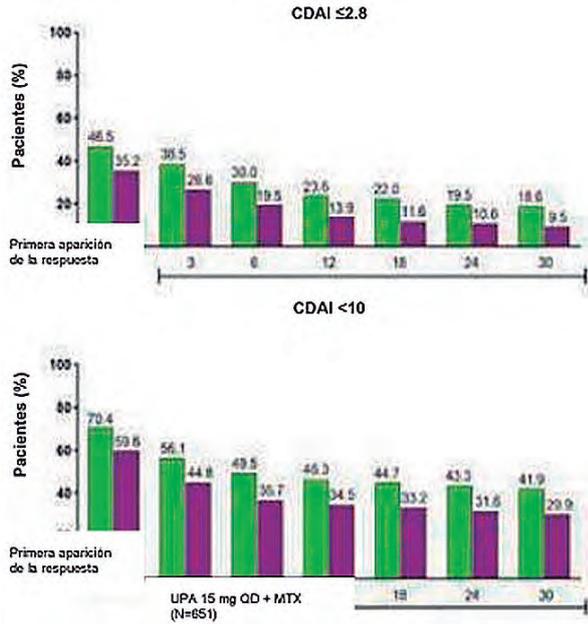
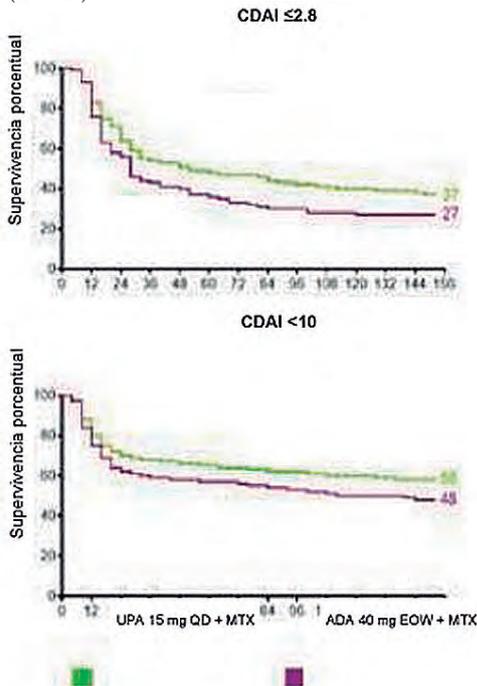


Figura 2. Análisis de Kaplan-Meier del tiempo hasta la pérdida de remisión clínica o baja actividad de la enfermedad por CDAI o baja actividad de la enfermedad después de la primera aparición de respuesta durante tres años. (CG016)



CG017

Efectividad de baricitinib después de una respuesta inadecuada a inhibidor alternativo de JAK: resultados del registro suizo de artritis reumatoide (SQM-RA)

Gilbert B¹, Courvoisier DS¹, Mongin D¹, Lauper K¹, Guimarães VA², Mueller RB³, Finckh A¹, Barragán-Garfías JA⁴

⁽¹⁾Division of Rheumatology, Geneva University Hospitals, G^énova, ⁽²⁾Eli Lilly (Suisse), SA, ⁽³⁾Division of Rheumatology, Medical University Department, Suiza, ⁽⁴⁾Eli Lilly y compañía, Ciudad de México

Introducción: Las investigaciones anteriores han sugerido que el cambio entre b/tsDMARD con diferentes modos de acción puede ser más efectivo que cambiar de agente dentro del mismo mecanismo de acción. Existen datos limitados sobre el efecto de una respuesta inadecuada a un inhibidor de JAK previo (JAKi) en la efectividad posterior de JAKi.

Objetivos: Estudiar la efectividad del baricitinib después de una respuesta inadecuada anterior a un inhibidor de JAK alternativo.

Material y métodos: Éste es un estudio anidado dentro del registro suizo de gestión de calidad clínica (SQM) de pacientes con AR. Se incluyó a todos los pacientes que iniciaron un curso de tratamiento con baricitinib (BARI) entre el 1 de septiembre de 2017 y el 1 de junio de 2020, con al menos una visita de seguimiento. Se comparó el tiempo hasta la interrupción del tratamiento, como medida de la efectividad del fármaco, de BARI con antecedentes de una respuesta inadecuada (RI) al tofacitinib (“BARI-post-TOFA”) o sin (“BARI-inicial”). La RI del tofacitinib se definió como la interrupción previa del tratamiento con tofacitinib por efectos adversos o por ineficacia. Las características basales se compararon mediante pruebas t o χ^2 . Se utilizó la curva de Kaplan-Meier para mostrar el tiempo bruto hasta la interrupción y un modelo de Cox para determinar el cociente de riesgos instantáneos (CRI) ajustado. El modelo de Cox se ajustó por posibles factores de confusión: edad, IMC, csDMARD concomitante, uso concomitante de esteroides, CDAI basal, duración de la enfermedad, estado de tabaquismo, línea de tratamiento, sexo y seropositividad a RF/ACPA.

Resultados: De los 273 BARI incluidos, 72 se iniciaron en pacientes con antecedentes de una RI de tofacitinib (Tabla 1). No se encontraron diferencias entre los grupos “BARI-post-TOFA” y “BARI-inicial” en términos de tiempo hasta la interrupción, como lo demuestran tanto el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier no ajustado (Log-rank p = 0.44) como el análisis de Cox totalmente ajustado (*hazard ratio* BARI-post-TOFA vs. BARI-inicial = 0.76 (IC95%, 0.42-1.34; p = 0.34). Otras covariables significativamente relacionadas con el mantenimiento del fármaco fueron el tabaquismo activo (p = 0.03) y la puntuación CDAI (p < 0.01).

Conclusiones: En este análisis preliminar, un antecedente de IR antes de tofacitinib no pareció afectar en grado significativo el mantenimiento posterior del fármaco de baricitinib.

Bibliografía

1. Previously presented at British Society for Rheumatology-2022 Annual Meeting.

Tabla 1. Características basales de la población. (CG017)

	BARI inicial	BARI-post-TOFA	p
Número de TC	201	72	
Uso concomitante de esteroides	33%	44%	0.11
Dosis media de esteroides (mg de prednisona)	3 (5)	4 (8)	0.07
Uso concomitante de csDMARD	45%	47%	0.83
Género femenino	75%	88%	0.04
Edad	59 (14)	59 (14)	0.81
Obesidad	11% [33% NA]	8% [51% NA]	1.0

CDAI score	19 (10) {63% NA}	19 (11) {67% NA}	0.98
Duración de la enfermedad (años)	11 (9)	16 (11)	< 0.01
Tabaquismo			0.17
Fumador actual	18%	15%	
Ex fumador	30%	24%	
Nunca fumador	39%	54%	
NA	13%	7%	
Línea de terapia			< 0.01
1ra	23%	0%	
2da	23%	11%	
3ra	20%	15%	
4ta o más	34%	7%	
Duración TC > 1 año	36%	40%	0.60
Número de FARMEsd anteriores			< 0.01
0	90%	0%	
1	9% *	96%	
≥ 2	1% *	4%	
Dosis de baricitinib 4 mg	87%	85%	0.77
Seropositividad (FR y/o ACPA)	78%	65%	0.04
Año de inicio del TC			0.11
2017	12%	17%	
2018	47%	58%	
2019	39%	25%	
2020	2%	0%	

BARI, baricitinib; TOFA, tofacitinib; SD, desviación estándar; TC, curso de tratamiento; CDAI, *Clinical Disease Activity Index*; NA, no asignado (es decir, valor faltante); FARMEsd, fármaco antirreumático modificador de enfermedades sintético dirigido; FR, factor reumatoide; ACPA, anticuerpo antipéptido citrulinado. Valores de P calculados en casos completos (es decir, sin tener en cuenta los valores de NA). *El 10% de los pacientes del grupo BARI-inicial tenía antecedentes de tofacitinib, pero se interrumpieron por otras razones no relacionadas con una respuesta inadecuada (p. ej., remisión, cambio posológico, etc).

CG018

Consistencia en el tiempo hasta la respuesta con upadacitinib como monoterapia o coterapia entre poblaciones de pacientes con artritis reumatoide

González-Gómez I¹, Rubbert-Roth A², Combe B³, Szekanez Z⁴, Hall S⁵, Harauoui N⁶, Attar S⁷, Ekwall H⁸, Song Y¹, Shaw T¹, Nagy O⁹, Xavier R¹⁰

⁽¹⁾Abbie, ⁽²⁾Montpellier University Hospital, ⁽⁴⁾University of Debrecen, ⁽⁵⁾Monash University, ⁽⁶⁾Institut de Rhumatologie de Montreal, ⁽⁷⁾King Abdulaziz University, ⁽⁸⁾University of Gothenburg, ⁽⁹⁾Maidenhead University, ⁽¹⁰⁾Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introducción: El upadacitinib (UPA) ha demostrado su eficacia en pacientes con artritis reumatoide (AR) de moderada a grave en diversas poblaciones de pacientes.

Objetivos: Evaluar *a posteriori* la consistencia en el tiempo hasta lograr una respuesta clínica significativa con UPA de 15 mg + DMARD sintéticos convencionales (cs) en pacientes con AR que responden de manera inadecuada (IR) a DMARD biológicos (b) en comparación con los pacientes

con IR a los csDMARD, así como con UPA de 15 mg en monoterapia contra UPA de 15 mg + csDMARD en pacientes con IR a los csDMARD. **Material y métodos:** Este análisis incluyó a pacientes que se aleatorizaron a UPA de 15 mg una vez al día de cuatro estudios de fase III: SELECT-BEYOND1 y SELECT-CHOICE2 (UPA de 15 mg + csDMARD en pacientes con IR a los bDMARD), SELECT-NEXT3 (UPA de 15 mg + csDMARD en pacientes con IR a los csDMARD), y SELECT-MONOTERAPIA4 (monoterapia con UPA de 15 mg en pacientes con IR a metotrexato). El tiempo hasta la respuesta se calculó mediante el método de Kaplan-Meier para los resultados clínicos durante 24 semanas (26 semanas en SELECT-MONOTHERAPY). Los resultados clínicos incluyeron la consecución de una puntuación de la actividad de la enfermedad de 28 articulaciones con proteína C reactiva (DAS28[PCR]) 3.2; una baja actividad de la enfermedad (LDA) definida como un índice de actividad de la enfermedad clínica (CDAI) 10 y un índice de actividad de la enfermedad simple (SDAI) 11; y una mejora del 50% en los componentes principales del *American College of Rheumatology* (ACR) y en la duración/gravedad de la rigidez en la mañana (MS) A.

Resultados: Se incluyó a 905 pacientes (SELECT-BEYOND: n = 164; SELECT-CHOICE: n = 303; SELECT-NEXT: n = 221; SELECT-MONOTHERAPY: n = 217). Los pacientes con IR a los csDMARD tenían una duración media de la enfermedad de 7.3 (SELECT-NEXT) o 7.5 años (SELECT-MONOTHERAPY); los pacientes con IR a los bDMARD tenían una duración media de la enfermedad de 12.4 años, con una población más resistente (3 antes de los bDMARD) en SELECT-BEYOND (23%) que en SELECT-CHOICE (10%). La mediana del tiempo hasta DAS28(CRP) de 3.2, el CDAI LDA, la mejora del 50% en los componentes principales del ACR y la mejora del 50% en la duración/gravedad de MS fueron consistentes en todos los estudios en los pacientes con IR a los bDMARD y con IR a los csDMARD. Para SELECT-BEYOND, SELECT-CHOICE, SELECT-NEXT y SELECT-MONOTHERAPY, la mediana (IC95%) del tiempo para alcanzar DAS28 (PCR) 3.2 fue de 12 (12, 16); 12 (8, 12); 12 (8, 12) y 14 (8, 14) semanas, respectivamente (Figura 1), y la mediana del tiempo para alcanzar el CDAI-LDA de 20 (12, 24); 16 (12,16); 16 (12, 16) y 20 (14, 20) semanas, respectivamente (Figura 2). Se observó una mediana (IC95%) de tiempo más larga para alcanzar el SDAI LDA con la monoterapia con UPA (20 [14, 20] semanas) respecto de UPA + csDMARD (12 [12,16] semanas) en pacientes con IR a los csDMARD. Entre los pacientes con IR a los bDMARD, la mediana (IC95%) del tiempo hasta la mejora del 50% del dolor fue mayor en SELECT-BEYOND en comparación con SELECT-CHOICE (16 [12, 20] vs 8 [8,12] semanas).

Conclusiones: En diversas poblaciones de pacientes con AR, los enfermos tratados con UPA de 15 mg, como monoterapia o con csDMARD, demostraron en general un tiempo consistente para alcanzar DAS28(CRP) de 3.2, CDAI LDA, y una mejora del 50% en los resultados clínicos.

Figura 1. Gráfica de Kaplan-Meier del tiempo hasta el primer logro de DAS28(CRP). (CG018)

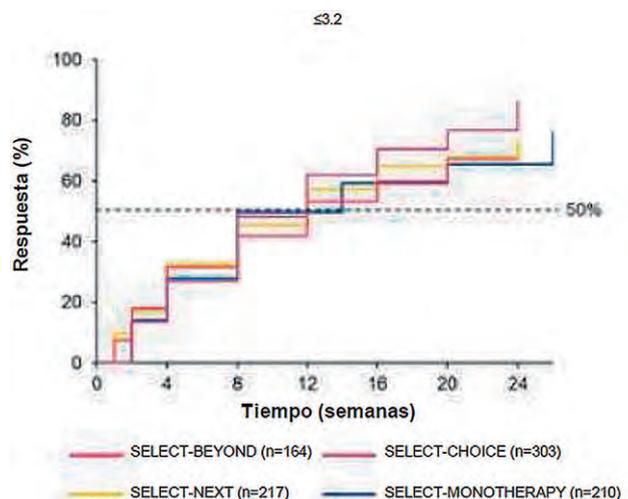
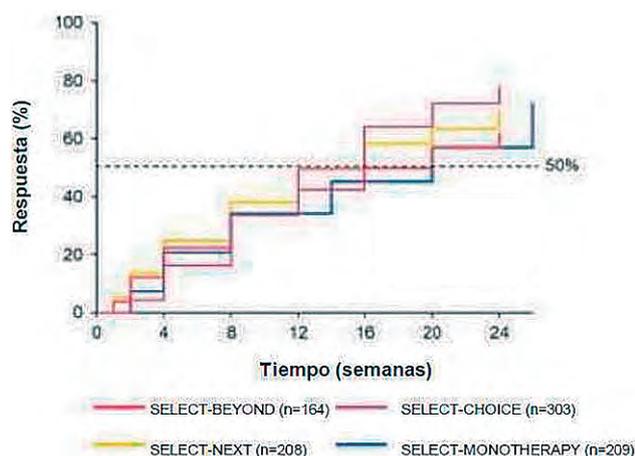


Figura 2. Gráfica de Kaplan-Meier del tiempo hasta el primer logro de CDAI ≤ 10 (LDA).(CG018)



Bibliografía

1. Genovese MC, et al. Lancet 2018;391:2513-24.
2. Rubbert-Roth A, et al. N Engl J Med 2020;383:1511-21.
3. Burmester GR, et al. Lancet 2018;391:2503-12.
4. Smolen JS, et al. Lancet 2019;393:2303-11.

CG019

Asociación de la relación neutrófilos/linfocitos y plaquetas/linfocitos con actividad de la enfermedad clínica y ultrasonográfica en pacientes con artritis reumatoide

Ventura-Ríos L¹, Duarte-Salazar C¹, Hernández-Díaz C¹, Barbosa-Cobos RE², Rodríguez-Henríquez P¹, Navarro-Zarza E¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS, ⁽²⁾Hospital Juárez de México

Introducción: Los neutrófilos y linfocitos juegan un papel importante en la inflamación, por lo cual se han desarrollado índices que han demostrado estar más elevados en pacientes con AR que en sujetos sanos, así como en pacientes con alta actividad; sin embargo, en aquellos con baja actividad, la correlación es pobre y se desconoce la utilidad de los índices en el seguimiento de los pacientes y su desempeño respecto del ultrasonido (US).

Objetivos: Evaluar la relación entre neutrófilo/linfocito (RNL) y plaquetas/linfocitos (RPL) con conteo 7 (US), y también con marcadores clínicos y de laboratorio de la actividad de la enfermedad en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio longitudinal, observacional, multicéntrico y analítico. Se incluyó a pacientes con artritis reumatoide mayores de 18 años de la consulta de cuatro centros hospitalarios de México. A todos se le realizó DAS28 con PCR o VSG y se calcularon los índices RNL y RPL, US 7. La evaluación fue basal y a los seis meses.

Resultados: Se ha evaluado a 106 pacientes. Los datos clínicos y media de los índices basales se muestran en la **Tabla 1**. No se registró una relación significativa entre RNL y DAS28 (Rp = 0.1175, p = 0.975), y RPL y DAS28 (Rp = 0.0582, p = 0.4132), ni entre conteo US 7 y RNL (Rp = 0.1097, p = 0.872) y US 7 y RPL (Rp = 0.1122, p = 0.981). El número de pacientes con dos evaluaciones no permite hacer evaluaciones hasta el momento.

Conclusiones: Los índices RNL y RPL no se correlacionan con DAS 28 ni conteo US 7; es necesario continuar el seguimiento y aumentar el tamaño de la muestra.

Tabla 1. Características clínicas e índices. (CG019)

Edad	45.6 ± 12.3
Género, mujer/hombre	100/6 (94.3/5.7%)
Evolución, años	7.8 ± 6.3
Factor reumatoide, UI	87/106 (82%)
Anti-CCP UI	98/106 (92%)
DAS28	3.6 ± 1.5
HAQ	0.44
RNL (relación neutrófilo/linfocito)	3.9 ± 1.4
RPL (relación plaquetas/linfocitos)	186.5 ± 101.8
US 7 # articulaciones inflamadas	2.3 ± 1.4

CG020

Linfangioleiomiomatosis pulmonar en un paciente con artritis reumatoide seropositiva: presentación de un caso clínico

Castillo-Ortiz A

Hospital Regional Mérida, ISSSTE

Introducción: La linfangioleiomiomatosis pulmonar es una enfermedad rara y progresiva, caracterizada por proliferación excesiva de células musculares lisas a partir de vasos linfáticos, sanguíneos y vías respiratorias. Junto con el crecimiento celular anormal descrito, se identifica una degeneración quística difusa del parénquima pulmonar, lo que puede reflejarse desde cuadros completamente asintomáticos hasta el deterioro grave del intercambio gaseoso con insuficiencia respiratoria fulminante; es una enfermedad pulmonar rara de difícil control y tratamiento.

Objetivos: Informar un caso de una paciente con artritis reumatoide (AR) seropositiva y linfangioleiomiomatosis pulmonar.

Resultados: La paciente, una mujer de 31 años de edad, contaba con el antecedente de AR con factor reumatoide (FR) positivo, diagnosticado en el 2015 y en la actualidad bajo tratamiento con metotrexato (20 mg/sem), ácido fólico (5 mg/sem) y prednisona (5 mg/24 h). Inicia un cuadro clínico en el 2021 consistente en tos seca ocasional, en relación con dolor leve de características pleuríticas en ambos hemitórax, más disnea progresiva. Ante la falta de mejoría clínica, se indica estudio de tomografía axial computarizada (TAC) de tórax que demuestra múltiples lesiones de aspecto quístico con paredes delgadas diseminadas (**Figuras 1, 2 y 3**); la espirometría solicitada registra un FEV₁ de 62% y FVC de 68%.

Conclusiones: La linfangioleiomiomatosis pulmonar se describió y conoció en las publicaciones histopatológicas de la época como cirrosis muscular pulmonar. Los primeros informes provenían de casos de mujeres que desarrollaban insuficiencia respiratoria terminal y cuyos estudios patológicos *post mortem* describían cambios quísticos y extensa proliferación de tejido muscular liso. Se presenta por lo general con disnea progresiva, neumotórax espontáneo recidivante y en ocasiones hemoptisis. No se han notificado casos en la bibliografía de esta enfermedad en pacientes con AR. La presentación clínica de la paciente correspondía a un cuadro insidioso indiferenciado hasta la aparición de disnea progresiva; asimismo, se agregaron lesiones parenquimatosas típicas identificadas en la TAC de tórax. La disnea progresiva en una mujer en edad reproductiva con artritis reumatoide debe suscitar sospecha de enfermedad pulmonar intersticial. En este caso en particular no había una enfermedad pulmonar intersticial como manifestación extraarticular de la AR, sino una linfangioleiomiomatosis como manifestación no relacionada con la AR. La paciente no ha presentado neumotórax espontáneo y por la afectación tan grave pulmonar se decidió no realizar la biopsia pulmonar por el alto riesgo de complicaciones. Al considerar las características de imagen pulmonar y el patrón restrictivo en la espirometría, junto con la ausencia clínica de otras enfermedades que podrían ser diferenciales, como fibrosis quística y esclerosis tuberosa, se

estableció el diagnóstico. La linfangioleiomiomatosis en esta paciente con AR plantea un problema tanto en su diagnóstico como en el tratamiento, además de las posibles complicaciones pulmonares agregadas inherentes a la AR. El tratamiento para la linfangioleiomiomatosis depende de la función y compromiso pulmonar; por lo tanto, se recomiendan sirolimus y trasplante pulmonar si la afección se encuentra en estado avanzado o etapa terminal, además de continuar con su tratamiento regular para el control de la AR.

Bibliografía

1. Jonhson Sr. Lymphangioleiomyomatosis. Eur Respir J. 2006;27:1056-65.
2. McCormack FX. Lymphangioleiomyomatosis: a clinical update. Chest. 2008;133:507-16.
3. Antón E, Casanova A, Xaubert A, Roman A, Villena V, Montero MC. Lymphangioleiomyomatosis: a study of 72 patients from the Spanish register. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 2009;26:85-91.
4. Tanaka H, Imada A, Morikawa T, Shibusa T, Satoh M, Sekine K, et al. Diagnosis of pulmonary lymphangioleiomyomatosis by HMB45 in surgically treated spontaneous pneumothorax. Eur Respir J. 1995;8:1879-82.
5. Taveira-Dasilva AM, Moss J. Clinical features, epidemiology a therapy of limphangioleiomyomatosis. Clinical Epidemiology. 2015;7:249-57.
6. McCormack F, Inoue Y, Moss J, Singer L, Strange CH, Nakata K, et al. Multicenter International Lymphangioleiomyomatosis Efficacy of Sirolimus Trial. Am J Respir Crit Care Med. 2011;183:A641.

Figuras 1, 2, 3. (CG020)



CG021

Rituximab en perforación corneal por artritis reumatoide

Hubbe-Tena CB¹, Silva Morela¹, Cheja-Kalb R¹, Barbosa-Cobos RE², Concha-Del Río LE¹

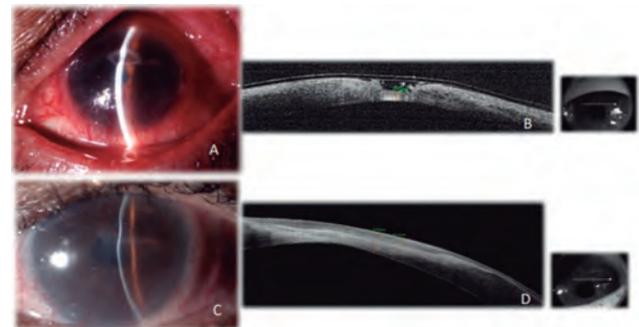
⁽¹⁾APEC, ⁽²⁾Hospital Juárez de México

Introducción: La artritis reumatoide (AR) puede causar inflamación ocular y manifestarse como keratoconjuntivitis seca, epiescleritis, escleritis, queratitis ulcerativa periférica (QUP), uveítis anterior y vasculitis retinianas. La ulceración central o paracentral es una rara complicación ocular. No existe información publicada sobre el curso de las úlceras centrales vinculadas con artritis reumatoide tratadas con rituximab; sin embargo, sí hay informes de casos que demuestran su éxito en la queratitis ulcerativa periférica y la escleritis resistente al tratamiento, con preservación del globo ocular hasta en un 92% de los casos.

Objetivos: Documentar por tomografía ocular de segmento anterior (OCT-SA) si hay mejoría de la perforación corneal con rituximab.

Material y métodos: Estudio prospectivo. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de AR (que cumplieran con los criterios de clasificación de ACR), mayores de 18 años con lisis o perforación corneal central no infecciosa, tratados en el servicio de uveítis y un reumatólogo del APEC. Se realizó seguimiento de tres meses, en el periodo comprendido entre agosto de 2021 y agosto de 2022 (**Figura 1**). Se excluyó a los pacientes con perforación corneal de origen infeccioso, traumático o con otra enfermedad autoinmunitaria. Se programó una serie de visitas; en la primera se solicitaron estudios de laboratorio generales y anticuerpos específicos para AR. Se midió la lesión corneal con OCT-SA y se inició el tratamiento tópico con lubricantes y prednisolona en gotas. En la segunda (durante la primera semana posterior al ingreso) y con la valoración por reumatología, los estudios y DAS28-PCR se inició el tratamiento sistémico con 3 dosis de 1 g IV de metilprednisolona, 12.5 mg/sem de metotrexato y 2 dosis de 1 g IV de rituximab. Después de los bolos de metilprednisolona se continuó con prednisona (1 mg/kg VO). A los tres meses del tratamiento se midió nuevamente la lesión con OCT-SA, con estudios de laboratorios y DAS28-PCR.

Figura 1. (CG021)



Resultados: Se incluyó a tres pacientes, todas femeninas, con media de edad de 57 años. El periodo entre diagnóstico y lisis corneal fue en el caso 1 de 20 años, en el caso 2 de 15 años y en el caso 3 de 26 años. La evolución clínica en los tres casos fue favorable con la administración del rituximab por OCT-SA. En el caso 1, OCT-SA/inicial con grosor de 165 m y OCT-SA/final de 421 m. En el caso 2, OCT-SA/inicial con grosor de 340 m y OCT-SA/final de 471 m. En el caso 3, OCT-SA/inicial con grosor de 268 m y OCT-SA/final de 488 m. Además, se reconoció una mejoría clínica en la superficie ocular, con una disminución de la vascularización periférica y mejoría del ojo seco. En ningún caso hubo progresión o empeoramiento de la lisis corneal. En los tres casos se consiguió una mejor agudeza visual final: en el caso 1, el DAS28-PCR/inicial en 3.1 y DAS28PCR/final de 2.8; caso 2, 2.7 y 2.6; caso 3, 5.2 y 4.4 (**Tabla 1**). Los medicamentos se toleraron de manera adecuada y no hubo efectos adversos graves.

Conclusiones: Éste es el primer estudio que demuestra el efecto que tiene el rituximab sobre el desenlace clínico y anatómico de la úlcera corneal por AR. Se logró la regeneración del tejido y la remisión de la lisis corneal, que se documentó por OCT-SA.

Bibliografía

1. Kervick GN, Pflugfelder SC, Haimovici R, et al. Paracentral rheumatoid corneal ulceration. Clinical features and cyclosporine therapy. *Ophthalmol.* 1992;99:8088.
2. Hardy S, Hashemi K, Catanese M, et al. Necrotising scleritis and peripheral ulcerative keratitis associated with rheumatoid arthritis treated with Rituximab. *Klin Monbl Augenheilkd.* 2017.

Tabla 1. (CG021)

	Caso # 1	Caso # 2	Caso # 3
Sexo	Femenina	Femenina	Femenina
Edad	54	55	62
Lisis corneal	Sí	Sí	Sí
Perforación corneal	No	No	No
Localización	Paracentral superior	Central	Paracentral inferior
Vascularización de lesión	No	No	S
Grosor corneal OCT-SA inicial	195 µm	340 µm	268 µm
Grosor corneal OCT-SA final	421 µm	471 µm	488 µm
Tratamiento quirúrgico	Ninguno	Parche de cianoacrilato	Ninguno
Agudeza visual inicial	20/200	Cuenta dedos	Movimiento de manos
Agudeza visual final	20/50	20/80	20/800
VSG inicial	29	50	36
VSG final	23	23	11
PCR inicial	Negativo	Negativo	Positivo
PCR final	Negativo	Negativo	Negativo
Calificación DAS 28 inicial	3.1	2.7	5.6
Calificación DAS 28 final	2.8	2.6	4.4

CG022

Rol de dos puntajes ecográficos en la evaluación de artritis reumatoide de larga evolución en remisión clínica con FARME convencionales

García-Cedeño MJ¹, Sabido-Sauri RA¹, Hernández-Díaz C², Barbosa-Cobos RE¹, Lugo-Zamudio GE¹

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: En la artritis reumatoide (AR), alrededor del 30% de los pacientes con FARME convencionales logra alcanzar la remisión clínica, aunque a través de ecografía más del 12% muestra señal Doppler de poder como marcador de actividad subclínica. En México y Latinoamérica es habitual el tratamiento con dos o más FARME convencionales a largo plazo. Se han explorado poco las características ecográficas musculoesqueléticas en pacientes con AR de larga evolución, remisión clínica y tratamiento con FARME convencionales. El abordaje de este aspecto podría modificar la decisión terapéutica y el pronóstico.

Objetivos: Identificar actividad subclínica mediante puntajes ecográficos de 7 y 12 articulaciones en pacientes con AR de larga evolución, remisión clínica y tratamiento con FARME convencionales.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyó a pacientes del sexo femenino con AR de larga evolución, remisión clínica y tratamiento con FARME convencionales del Hospital Juárez de México. Se excluyó a pacientes con tratamiento previo o actual con biológicos o signos de actividad clínica. El muestreo fue consecutivo y a conveniencia. Se recolectaron los siguientes datos: edad, tiempo de evolución, DAS28VSG, puntuación ecográfica de Backhaus de siete articulaciones y puntuación ecográfica de Naredo de 12 articulaciones. Se utilizó el programa estadístico SPSS para la obtención de medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias y porcentajes.

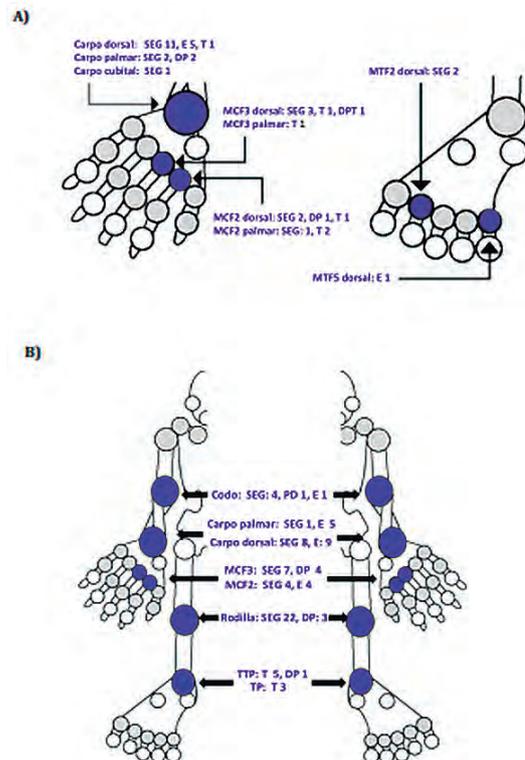
Resultados: Se incluyó a 24 mujeres con AR con media de edad de 54 años (intervalo, 38-81) y evolución promedio de la enfermedad de 17 años (intervalo, 5-33), en remisión por DAS28VSG con media de 1.56 (intervalo, 0.1-2.6). Se evaluaron 360 articulaciones a través de las puntuaciones ecográficas. Los hallazgos ecográficos se describen en la **Figura 1**. Las articulaciones afectadas con más frecuencia por sinovitis y Doppler de poder fueron las rodillas; la zona anatómica que mostró erosiones con mayor frecuencia fue el carpo dorsal. Se identificó a 4 (17%) pacientes con actividad subclínica por puntuación de Backhaus y 5 (21%) por puntuación de Naredo.

Conclusiones: En pacientes con AR de larga evolución, en remisión clínica tratados con FARME convencional, las puntuaciones ecográficas de 7 y 12 articulaciones fueron útiles para determinar la actividad subclínica. En este grupo, la puntuación de 12 articulaciones encontró un mayor número de articulaciones con sinovitis y señal Doppler de poder. La ecografía musculoesquelética, aun en pacientes de larga evolución con remisión clínica, logró identificar actividad subclínica en más de 20% de los casos.

Bibliografía

1. Brown PM, Isaacs JD. Rheumatoid arthritis: from palliation to remission in two decades. *Clin Med* 2014;14(Suppl6):s50-5.
2. Ventura-Ríos L, Sánchez-Bringas G, Hernández-Díaz C, Cruz-Arenas E, Burgos-Vargas R. Subclinical synovitis and tenosynovitis by ultrasonography (US) 7 score in patients with rheumatoid arthritis treated with synthetic drugs, in clinical remission by DAS28. *Reumatol Clín* 2019;15(5):e5-e9.

Figura 1. (CG022)



CGo23

Prevalencia de osteosarcopenia en pacientes con artritis reumatoide

Galindo-Domínguez LA, Lozada-Pérez CA, Espinosa-Morales R, Vega-Nava CT, Olascoaga Gómez de León A, Álvarez-Ruiz Z

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: Los efectos de la inflamación crónica, actividad de la enfermedad y tratamiento en la artritis reumatoide (AR) producen disminución de la actividad física y pérdida de masa muscular; los glucocorticoides reducen la masa ósea. La osteoporosis (OSTP) y sarcopenia (SCP) pueden coexistir y se denominan osteosarcopenia. Conocer la frecuencia de esta coexistencia en pacientes con AR hará posible mejorar el tratamiento para evitar esta triada devastadora (AR, OSTO, SCP).

Objetivos: Determinar la prevalencia de osteosarcopenia en pacientes con artritis reumatoide y evaluar el desempeño de los criterios del EWGSOP2 en el diagnóstico de sarcopenia.

Material y métodos: Estudio transversal en un hospital de tercer nivel. Se incluyó a pacientes de la consulta externa que cumplieran los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 para AR. Se excluyó a pacientes con prótesis en ambas caderas, instrumentación en columna lumbar y fractura de ambos radios, déficit motor, incapacidad para la marcha y menores de 18 años. Mediante un cuestionario clínico estructurado se recabaron datos epidemiológicos de la AR; se les realizó densitometría Hologic Horizon W (DXA corporal y óseo [columna lumbar, cadera y radio 33]), se aplicó el cuestionario SARC-F y se realizaron pruebas de rendimiento físico (velocidad de la marcha y batería corta de rendimiento físico) y fuerza muscular (dinamometría de mano). Para clasificarlos como sarcopenia se usaron los criterios del EWGSOP2 siguiendo su algoritmo y se diagnosticó osteoporosis con un valor de Z score ≤ -2.0 en hombres menores de 50 años y mujeres premenopáusicas y un T score de 2.5 en hombres mayores de 50 años y mujeres posmenopáusicas. Análisis estadístico: se calcularon las medias para variables con distribución normal y se determinaron medianas para variables con distribución no normal. Se utilizó para el análisis el paquete estadístico Stata v.14 con un nivel de significancia estadística de 0.05.

Resultados: Se incluyó a 63 pacientes, 57 (90.48%) mujeres y 9 (9.52%) hombres. La media de edad para mujeres y hombres fue de 56.52 y 64.04 años, respectivamente, y la media de tiempo de diagnóstico de AR al momento del estudio fue de 13.15 años. El factor reumatoide fue positivo en 96.83% y anti-CPP en 44.44%; la actividad por DAS28 PCR fue de 2.37 puntos (baja actividad); 10.93% se encontraba con glucocorticoides a dosis bajas y 98.43% con FARME. Se identificó a 18 (25.57%) pacientes con osteosarcopenia, de los cuales 7/18 casos (38.88%) siguieron los algoritmos (EWGSOP2 e ISCD) y 11/18 (61.12%) sólo tuvieron valores de DXA (índice de masa muscular esquelética apendicular disminuido y presencia de osteoporosis); 17 casos en mujeres. Se determinó la sensibilidad y especificidad de DXA + algoritmo en 31% y 71%, respectivamente para diagnóstico de sarcopenia, con valor predictivo positivo de 63% y predictivo negativo de 39%. El 80% de los pacientes con sarcopenia se encontraba con mala calidad ósea (osteopenia u osteoporosis) y con relación entre mayor edad en pacientes con osteosarcopenia respecto de quienes no la tenían con una media de 65.62 contra 53.89 años, respectivamente ($p = 0.0005$).

Conclusiones: Un 25% de la muestra evaluada mostró osteosarcopenia y fue una entidad poco explorada en estos pacientes, por lo que la evaluación constante, seguimiento y tratamiento deben tener un carácter global. El desempeño de los criterios EWGSOP2 para sarcopenia en AR tiene baja sensibilidad, por lo que su uso como instrumento de tamizaje es objetable y es necesario desarrollar un instrumento con mejor desempeño.

Bibliografía

- Clynes MA, Gregson CL, Bruyère O, Cooper C, Dennison EM. Osteosarcopenia: where osteoporosis and sarcopenia collide. *Rheumatology*. Febrero de 2021;52937.
- Radkowski MJ, Sawiski P, Targowski T. Osteosarcopenia in rheumatoid arthritis treated with glucocorticosteroids-essence, significance, consequences. *Reumatología*. Abril de 2020;1016.

CGo24

Comparación del riesgo cardiovascular según el número de FARME en el tratamiento de la artritis reumatoide

Colunga-Pedraza JJ, Azpiri-López JR, Galarza-Delgado DA, De Ávila-González N, Beltrán-Águilar VM, González-González V, Arias-Peralta AG, Guajardo-Jáuregui N, Cárdenas-De la Garza JA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se vincula con un mayor riesgo cardiovascular (RCV) y mortalidad cardiaca, lo que se atribuye en parte a la inflamación sistémica que favorece la aterosclerosis prematura. El tratamiento de la AR con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME), incluidos los sintéticos y los biológicos, se ha relacionado con una disminución del riesgo de efectos cardiovasculares. Este nexo protector del empleo de FARME puede atribuirse a un mejor control de la enfermedad que da lugar a una menor carga inflamatoria sistémica. Algunos algoritmos de predicción del riesgo CV son: *Framingham risk score* (FRS), *Systematic Coronary Risk Evaluation 2* (SCORE 2), el algoritmo de la *American College of Cardiology/American Heart Association* para evaluación de riesgo de enfermedad aterosclerótica cardiovascular (ACC/AHA ASCVD), la puntuación de riesgo de Reynolds (RRS), QRISK3, entre otros, cuyo resultado debe multiplicarse por un factor de 1.5, dado que no incluyen en su evaluación la presencia de AR como factor de riesgo, según las recomendaciones de la EULAR 2016.

Objetivos: Comparar el RCV en pacientes con AR de acuerdo con el número de FARME o compuesto biológico empleado en su tratamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y comparativo. Se incluyó a pacientes con AR de 40 a 75 años que cumplieran con los criterios de clasificación de ACR/EULAR 2010 y que acudieron al servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José E. González. Se evaluaron las características demográficas, bioquímicas, antropométricas y factores de riesgo cardiovascular. Los resultados obtenidos mediante las calculadoras de riesgo se corrigieron por el factor de 1.5, según las recomendaciones de la EULAR 2016. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para las características demográficas, acorde a su distribución, lo cual se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis comparativo entre grupos se utilizó Kruskal-Wallis o ji cuadrada según fuera el tipo de variable. Los pacientes se dividieron en tres grupos según se encontraran en monoterapia, politerapia de FARME o tratamiento biológico.

Resultados: Se incluyó a 371 pacientes con AR. Las características demográficas se muestran en el **Tabla 1**. Se encontró una diferencia significativa en la duración de la enfermedad ($p = 0.002$) entre los diferentes grupos. Dentro de los resultados de laboratorio, el colesterol total y LDL mostraron una diferencia significativa ($p = 0.047$, 0.049 , respectivamente); sin embargo, no mostraron tendencia a aumentar o disminuir al agregar fármacos o un compuesto biológico. Sólo FR IgM tuvo una diferencia significativa ($p = 0.017$). El resto de variables estudiadas no mostró diferencias significativas. El metotrexato (MTX) fue el medicamento más utilizado dentro de los grupos, seguido por la leflunomida y sólo un paciente utilizaba fármaco biológico como monoterapia. Ninguna calculadora mostró una diferencia significativa entre los grupos estudiados.

Conclusiones: No se encontró disminución ni incremento del RCV en relación con el número de FARME o uso de fármacos biológicos; no obstante, sí hubo un aumento de la duración de la enfermedad entre los tres grupos. Según este estudio, a mayor duración de la AR mayor número de FARME empleado y mayor frecuencia de adición de un compuesto biológico al tratamiento.

Bibliografía

- Singh S, Fumery M, Singh AG, Singh N, Prokop LJ, Dulai PS, et al. Comparative risk of cardiovascular events with biologic and synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis HHS public access.
- Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes IB, Peters MJL, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis*. 2016 Oct 3;76(1):1728.

Tabla 1. Características demográficas (n = 371). (CG024)

Variable	Monoterapia (n = 168)	Politerapia (n = 176)	Fármaco biológico (n = 27)	p
Duración de la enfermedad, años, mediana (RIC)	5.85 (3.00-13.50)	7.75 (3.00-14.06)	10.62 (9.03-12.80)	0.002
Sexo, n (%)				
Mujer	147 (87.5)	169 (96.0)	26 (96.3)	0.009
Edad, años, mediana (RIC)	55 (48-61)	54 (48-59)	54 (49-59)	NS
IMC, kg/m ² , mediana (RIC)	27.623 (24.695-31.952)	27.766 (24.450- 31.229)	28.353 (25.458- 30.863)	NS
Presión arterial, mmHg				
PAS, mediana (RIC)	120 (110-130)	120 (112-131)	120 (110-130)	NS
PAD, mediana (RIC)	74 (70-80)	76 (69-80)	80 (70-85)	NS
Resultados de laboratorio				
Glucosa sérica, mg/dL, mediana (RIC)	91.6 (84.0-98.77)	90.05 (83.35-100.0)	93.00 (82.4-103.1)	NS
Colesterol total, mg/dL, mediana (RIC)	172.50 (156.00-196.75)	170.00 (148.50-189.00)	192.00 (164.00-205.00)	0.047
Triglicéridos, mg/dL, mediana (RIC)	130.6 (96.67-165.47)	123.2 (94.57-158.55)	133.9 (97.0-171.3)	NS
Colesterol HDL, mg/dL, mediana (RIC)	49.8 (42.97-60.15)	53.80 (44.52-64.05)	52.10 (42.80-68.50)	NS
Colesterol LDL, mg/dL, mediana (RIC)	93.45 (77.22-114.82)	85.55 (69.72-108.02)	97.60 (78.40-123.80)	0.049
Colesterol VLDL, mg/dL, mediana (RIC)	26.4 (19.75-33.30)	24.25 (19.00-31.60)	26.80 (19.40-34.30)	NS
PCR, mg/dL, mediana (RIC)	0.71 (0.36-1.20)	0.80 (0.39-1.44)	0.71 (0.58-1.37)	NS
VSG, mm/H, mediana (RIC)	23.50 (15.00-35.00)	26.50 (17.00-38.75)	18.00 (10.00-44.00)	NS
Anticuerpos				
Anti-CCP, U/mL, mediana (RIC)	45.54 (1.92-195.87)	101.17 (2.13-199.58)	117.00 (5.61-199.30)	NS
FR IgG, U/mL, mediana (RIC)	4.64 (2.00-15.60)	5.07 (2.00-11.95)	8.67 (3.50-21.58)	NS
FR IgM, U/mL, mediana (RIC)	196.75 (29.38-200.00)	200.00 (72.33-200.00)	179.05 (27.12-200.00)	0.017
FR IgA, U/mL, mediana (RIC)	67.68 (7.04-200.00)	67.53 (9.45-198.65)	83.20 (22.00-200.00)	NS
FARME utilizados por grupo, n (%)				
MTX	143 (85.1)	167 (94.9)	18 (22.2)	0.000
LFN	7 (4.2)	76 (43.2)	6 (22.2)	0.000
SSZ	6 (3.6)	57 (32.4)	2 (7.4)	0.000
HCQ	6 (3.2)	47 (26.7)	2 (7.4)	0.000
CQN	5 (3)	52 (29.5)	1 (3.7)	0.000
Biológicos	1 (0.6)	0 (0.0)	27 (100.0)	0.000
Calculadoras de riesgo cardiovascular, %				
ASCVD	3.3	2.7	3.6	NS
FRS-lípidos	7.8	7.2	9.3	NS
FRS-BMI	10.87	10.8	12.3	NS
SCORE 2	6.0	4.5	4.5	NS
Q-RISK III	8.17	7.95	8.7	NS
RRS	1.5	1.5	1.5	NS

En esta tabla se observan las características demográficas y clínicas de la muestra estudiada. Los grupos se dividieron de acuerdo con la cantidad de FARME que se emplean en el tratamiento: 1, 2 o más FARME o compuesto biológico, mientras que en cada grupo se informaron las variables de manera individual. RIC, rango intercuartílico; PAS, presión arterial sistólica; PAD, presión arterial diastólica; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; anti-CCP, antipéptido cíclico citrulinado; FR, factor reumatoide; MTX, metotrexato; LFN, lefunomida; SSZ, sulfasalazina; HQC, hidroxicloroquina; CQN, cloroquina; ASCVD, calculadora de riesgo de enfermedad aterosclerótica cardiovascular; FRS, calificación de riesgo de Framingham; RRS, calificación de riesgo de Reynolds; SCORE 2, *Systematic Coronary Risk Evaluation 2*.

CG025

Frecuencia de utilización de herbolaria como medicina no convencional en pacientes con artritis reumatoide

Santiago-Gutiérrez AP

Doctorado de Farmacología, CUCS, Universidad de Guadalajara

Introducción: El uso de herbolaria como medicina tradicional no convencional tiene raíces prehispánicas. En el occidente de México, los pacientes con enfermedades reumáticas la consumen con frecuencia con la intención de tratar los síntomas de la enfermedad, enfocada en particular en reducir el dolor y la actividad inflamatoria, así como buscar recobrar los grados comunes de funcionalidad; por ende, es necesario considerar su presencia dentro del tratamiento clínico de la enfermedad para un mejor tratamiento.

Objetivos: Identificar la frecuencia y tipos de herbolaria utilizados en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Diseño: estudio transversal. Se incluyó a pacientes consecutivos adultos con artritis reumatoide (AR) de acuerdo con los criterios del ACR 1987 atendidos en una consulta externa de reumatología de un hospital universitario en Guadalajara, Jalisco. Se excluyó a pacientes con síndrome de superposición, cáncer, insuficiencia renal crónica, embarazo o lactancia. Desarrollo del estudio: se entrevistó directamente a todos los pacientes con AR mediante un cuestionario estructurado para identificar la frecuencia de uso y tipo de herbolaria. Se investigó si al momento de uso los pacientes informaron a sus reumatólogos. Todos los pacientes se evaluaron con el índice de actividad de la enfermedad (DAS-28 VSG) y funcionalidad (HAQ-DI). Análisis estadístico: se utilizó t de Student para comparar variables cuantitativas y ji cuadrada para la comparación de proporciones.

Resultados: De un total de 100 pacientes con AR, 90 (90%) correspondió a mujeres, con edad de 52.4 ± 13.9 años y un tiempo de evolución de la enfermedad de 11 ± 10 años. Las comorbilidades más frecuentes en estos pacientes fueron hipertensión en 30 (30%) y diabetes en 15 (15%). El 70% de los pacientes recibió AINES y el 100% FARME sintéticos. De estos pacientes con AR, 61 (61%) emplearon medicina herbolaria y los principales tipos de medicina herbolaria utilizada fueron productos orales a base de ajo en 32%; marihuana sistémica con fines terapéuticos, en forma oral o inhalada, en 21%, cúrcuma en 21%, flores de Bach en 10% y *Ginkgo biloba* en 4%. Sólo 39 de 61 pacientes (47.5%) que utilizaron herbolaria informaron al reumatólogo su consumo. Ninguno de estos pacientes suspendió su tratamiento farmacológico para la AR. Se identificó una tendencia no significativa a un menor uso de la herbolaria con menor duración de enfermedad (p = 0.07); también se observó una tendencia no significativa al mayor uso de herbolaria en pacientes con comorbilidades (p = 0.07). La herbolaria no se vinculó con la actividad de la enfermedad y discapacidad funcional. La **Tabla 1** muestra las comparaciones de características entre los consumidores de herbolaria y quienes no recurren a ella.

Conclusiones: La herbolaria es muy frecuente en pacientes con AR y se consumen uno a nueve productos, entre ellos la marihuana que se consume de manera regular en uno de cada cinco pacientes. Uno de cada tres pacientes que consumen herbolaria no informa a su reumatólogo. El consumo de herbolaria deber identificarse en los pacientes, ya que esto puede modificar la respuesta a los tratamientos y la tasa de efectos secundarios.

Bibliografía

- Miranda J. Rheumatological therapy in prehispanic mesoamerica. *Reumatol Clin.* 2021;17. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2020.09.001>
- Aceves-Ávila F, Medina F, Fraga A. Herbal therapies in rheumatology: the persistence of ancient medical practices. *Clin Exp Rheumatol.* 2001;19(2):177-83.

Tabla 1. Comparación de variables relacionadas con el uso de herbolaria. (CG025)

Variable	Consumo herbolaria n = 61 (%)	No consumo herbolaria n = 39 (%)	p
Sexo femenino, n (%)	53 (87.0)	37 (95.0)	0.3
Edad, promedio ± DS	51.4 ± 12.8	53.9 ± 15.8	0.3
Años de estudio, promedio ± DS	7.5 ± 4.0	8.1 ± 3.6	0.4
Dur. enf. (años), promedio ± DS	9.3 ± 9.2	13.0 ± 10.3	0.07
Act. enf., promedio ± DS	4.0 ± 1.20	4.1 ± 1.1	0.6
Funcionalidad-HAQ-DI < 1, n (%)	50 (82.0)	30 (76.9)	0.5
Funcionalidad-HAQDI ≥ 1, n (%)	11 (18.0)	9 (23.1)	
Comorbilidades, n (%)	33 (54.1)	14 (35.9)	0.07
Hipertensión, n (%)	21 (34.4)	9 (23.1)	0.2
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	12 (19.7)	3 (7.7)	0.1

HAQ-DI, Cuestionario de valoración de Salud-Índice de discapacidad (Health Assessment Questionnaire-Diability Index). Comparaciones de frecuencias por ji cuadrada y comparaciones de promedio por t de Student.

CG026

Evaluación clínica de la artritis reumatoide, más allá del DAS-28

Guerrero-Solís C¹, Cisneros-Ventura IG¹, Amaya-Estrada C²

⁽¹⁾Unidad de Especialidades Médicas, Secretaría de la Defensa Nacional, ⁽²⁾Hospital Central del Sur, Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos

Introducción: El DAS es un índice compuesto basado en una fórmula de regresión múltiple, con diversas variantes hasta la actual utilizada. Desde 1993, la evaluación clínica de la artritis reumatoide (AR) se realiza mediante DAS-28 según el esquema de Fuchs et al. Se usa uno de los dos biomarcadores, como la proteína C reactiva (PCR), una proteína producida en el hígado; su elevación es sinónimo de respuesta de fase aguda (inflamación). La velocidad de sedimentación globular (VSG) representa la velocidad a la cual los eritrocitos caen a través del plasma. En su mayoría, el DAS-28 se evalúa mediante VSG; en su modelo teórico representa el 40% de la puntuación final, las articulaciones dolorosas el 30%, mientras que las inflamadas y la valoración global del paciente, traducida hoy en día como escala visual analógica (EVA), ocupan el 15% cada una. La puntuación final determina en la práctica diaria la continuación o cambio de tratamiento.

Objetivos: Identificar la correlación entre los diversos componentes de la puntuación de DAS-28 y valorar las situaciones que pueden elevar la puntuación final.

Material y métodos: Estudio transversal analítico y unicéntrico en pacientes subsecuentes con diagnóstico de AR; se realizó clinimetría y las articulaciones inflamadas se corroboraron mediante ultrasonografía. Se evaluaron características demográficas, clínicas, serológicas y terapéuticas con correlación de Pearson (r) entre las variables incluidas en DAS-28.

Resultados: Se incluyó a 101 pacientes; 92 (91.1%) mujeres y edad media de 53.6 años. Tiempo desde el diagnóstico de 8.84 años. Se diagnosticó fibromialgia en 12 (11.9%) y se registró la clase funcional I en 77 (76.2%). En cuanto al tratamiento, se encontró consumo de fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos (FARMEs) en 71 (70.3%) y fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FARMEb) en 30 (29.3%). El promedio en los componentes de DAS-28: EVA, 5.06; articulaciones dolorosas, 4.07; inflamadas, 1.19; VSG, 35.19; PCR, 5.27. La correlación de Pearson (r) fue alta en EVA con articulaciones dolorosas y DAS-28 (0.706), pero la correlación fue muy débil con articulaciones inflamadas. Articulaciones dolorosas: alta con DAS 28 y EVA (0.707), débil con articulaciones inflamadas (0.368) y nula con VSG (0.08). Articulaciones inflamadas: moderada con DAS 28 y débil con PCR (0.322). VSG y PCR no tuvieron correlación (moderada o alta) con ninguno parámetro.

Conclusiones: El método DAS se ha utilizado desde hace casi 30 años y se ha consolidado desde entonces como una herramienta fundamental en la valoración y seguimiento de los pacientes con AR. Existen efectos importantes en la puntuación total, sobre todo en VSG y articulaciones dolorosas, ya que con valores elevados se producen saltos variables, desde la remisión hasta la actividad, muchas veces sin tener el suficiente sustento y al final determinan la eficacia o ineficacia de los tratamientos. Por ende, debe tomarse con cautela el resultado del DAS-28, ya que las articulaciones inflamadas son en la práctica clínica más consideradas como marcador objetivo de actividad, que puede corroborarse mediante USG. En este estudio se demostró que no existe adecuada correlación del EVA con las articulaciones inflamadas, ni tampoco de las articulaciones dolorosas con las inflamadas o con VSG. La correlación sólida se estableció con EVA y articulaciones dolorosas y entonces debe considerarse que existen diversos factores (dolor crónico/fibromialgia, trastornos del estado de ánimo) que alteran la percepción del paciente, ya que éstos elevan el valor del DAS-28.

Bibliografía

- Kolarz B, Podgorska D, Podgorski R. Insights of rheumatoid arthritis biomarkers. *Biomarkers.* 2021 May;26(3):185-195.
- Janet E Pope, Ernest H Choy. C-reactive protein and implications in rheumatoid arthritis and associated comorbidities. *Semin Arthritis Rheum* 2021 Feb;51(1):219-229.

CGo27

Artritis reumatoide y riesgo cardiovascular

Mejía-Ávila MF, Espinosa-Orantes A, Tello-Vera EA, Vargas-Guerrero A

Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica autoinmunitaria con una prevalencia aproximada de 0.5% a 1% en la población general. Los pacientes con AR tienen dos a tres veces mayor riesgo cardiovascular en comparación con la población en general, lo cual representa menor supervivencia. El riesgo es atribuible a la activación y la disfunción endotelial inducida por la inflamación y lo potencian los factores de riesgo habituales.

Objetivos: Establecer la prevalencia de factores de riesgo comunes y la enfermedad cardiovascular en pacientes con AR, así como conocer la frecuencia del control de dichos factores.

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo de 198 pacientes consecutivos con AR en un centro de tercer nivel. Se obtuvieron los datos demográficos, comorbilidades, actividad de la AR por DAS28-3v, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular (valvular, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca) y control de los factores de riesgo cardiovascular de acuerdo con guías internacionales.

Resultados: De los 198 pacientes, sólo 64 (32.3%) carecían de factores de riesgo cardiovascular, además de la AR. Las mujeres sumaron 178 casos (86.36%) y la mediana de edad fue de 56 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron fibromialgia con 38 (19.19%), hipotiroidismo con 27 (13.63%) y síndrome de Sjögren con 24 (12.12%). De los pacientes sin factores de riesgo cardiovascular, 39 (60.9%) tenían remisión o actividad baja y 25 (39.1%) moderada. De los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, 19 (70.3%) se hallaban en remisión o actividad baja, 6 (22.2%) con moderada y 2 (7.4%) con alta. Los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida al momento del estudio fueron 27 (13.63%), de los cuales 13 (48.14%) tenían enfermedad valvular, 12 (44.44%) cardiopatía isquémica y 2 (7.4%) insuficiencia cardíaca. Ninguno de los pacientes tenía antecedentes de episodios cerebrovasculares. De este grupo de pacientes, 8 (29.62%) eran diabéticos, 11 (40.7%) hipertensos, 5 (18.51%) obesos y 10 (37.03%) tenían dislipidemia. Del total de pacientes, los factores de riesgo cardiovascular presentes fueron hipertensión arterial sistémica en 56 (28.28%), de los cuales 17 (30.35%) estaban fuera de objetivos; obesidad (IMC > 30), 43 (21.71%); diabetes, 41 (20.70%), 17 de ellos (41.46%) fuera de objetivos; dislipidemia mixta, 86 (43.43%), 53 (61.62%) fuera de objetivos de colesterol total (> 200 mg/dL), 84 (97.67%) de LDL (> 110 mg/dL), 84 (97.67%) de HDL (< 40 hombres y < 50 mujeres) y 58 (29.29%) de triglicéridos (> 150 mg/dL). La hiperuricemia se demostró en 35 pacientes (17.6%). De los 86 pacientes con dislipidemia, 33 (38.37%) recibían estatinas y 1 bezafibrato (1.16%); de aquéllos con hiperuricemia, 7 (20%) alopurinol y de los pacientes con diabetes 30 (73%) recibían hipoglucemiantes y 5 (12.19%) insulina.

Conclusiones: Los pacientes con AR tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y el control de la enfermedad es indispensable, así como de los factores de riesgo modificables. Se alcanzan los objetivos de control de los factores de riesgo en escasa medida y deben buscarse alternativas para tomar conciencia y mejorar el apego al tratamiento.

Bibliografía

1. Avina-Zubieta JA, Choi HK, Sadatsafavi metalrisk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Arthritis Rheum* 2008;59:1690-7.
2. Gabriel SE, Crowson CS, Kremers HM, et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. *Arthritis Rheum* 2003;48:54-8.
3. Batún-Garrido JA, Olán F, Hernández-Núñez E. Dislipidemia y riesgo aterogénico en pacientes con artritis reumatoide. *Clin Investig Arterioscler*. 2016;123-31.

CGo28

Factores de riesgo de fractura mayor osteoporótica determinados por FRAX-México en pacientes con artritis reumatoide

Galindo-Domínguez LA, Palacios-Mendoza EB, Jara-Quezada LJ, Puerta-Escalante IX, Vega-Nava CT, González-Hernández MF, Espinosa-Morales R, Rodríguez-Vega LP, Lozada-Pérez CA

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica y autoinmunitaria caracterizada por inflamación crónica y cursa con una densidad ósea menor comparada con la población general, debido a la inmovilidad, deficiencia de vitamina D, factores fisiopatológicos y tratamiento con glucocorticoides. Estos factores contribuyen a la pérdida de la masa ósea. FRAX-México® es una herramienta útil para determinar el riesgo de fractura mayor osteoporótica (FMO) y fractura de cadera (FC) a 10 años; por lo tanto, la identificación temprana del riesgo de fractura es de gran importancia para prevenirlas.

Objetivos: Determinar la prevalencia de factores de riesgo de FMO e informar el riesgo por FRAX® de FMO y FC.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (2020-2022) y transversal realizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Se incluyó a pacientes de la consulta externa de reumatología ≥ 40 años y ≤ 90 años que cumplieran los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 para AR. Se realizó un cuestionario estandarizado para recabar las variables clínico-demográficas: edad, peso, talla, índice de masa corporal, tiempo de evolución de la enfermedad, DAS28-PCR de remisión (2.6), baja actividad (3.2) y moderada actividad (5.1) y tratamiento. Los factores de riesgo fueron determinados de acuerdo con los parámetros del FRAX®: fractura previa, antecedente de fractura de cadera en padres, tabaquismo activo, tratamiento actual con glucocorticoides, osteoporosis secundaria y alcoholismo de tres o más dosis por día. Se calculó el riesgo mediante FRAX-México® con los puntos de corte FMO 20% y FC 3%. Se obtuvo el coeficiente de correlación de Spearman y se utilizó para el análisis el paquete estadístico SPSS v.23 con un nivel de significancia estadística de 0.05.

Resultados: Se incluyó a 59 pacientes, 57 (96.61%) de ellos mujeres. La media de edad para mujeres y hombres fue de 56.52 y 64.04 años, respectivamente; la media de tiempo de diagnóstico de AR fue de 13.48 años. El factor reumatoide fue positivo en 96.6% y el anti-CPP en 44.06%, con insuficiencia de vitamina D en 31 (42.37%) y deficiencia moderada en 15 (23.7%); por DAS28-PCR, 69.49% se encontró en remisión, 16.94% en baja actividad y 13.55% en actividad moderada. Se identificaron los siguientes factores de riesgo para el desarrollo de fractura mayor osteoporótica: fractura previa en 7 (11.11%), antecedente de fractura de cadera en padres en 8 (13.55%), fumadores activos en 7 (11.11%), osteoporosis en 3 (4.73%) y glucocorticoides en 6 (10.16%). Con lo anterior se determinó un riesgo de fractura mayor osteoporótica con una media de 7.56. De interés: 5.08% tuvo riesgo de fractura mayor osteoporótica y 30.5% alto riesgo de fractura de cadera. El coeficiente de correlación de Spearman arrojó una sólida correlación directa entre mayor edad y FRAX® (0.81). En pacientes con actividad moderada de la enfermedad se encontró que la vitamina D tiene una correlación negativa, moderada y significativa con FMO de -0.709 (p = 0.022) y FC de -0.732 (p = 0.01).

Conclusiones: Este estudio sugiere que el riesgo de FC determinado por FRAX® es mayor que el riesgo de FMO y la hipovitaminosis D incrementa este riesgo en pacientes con actividad moderada de AR. FRAX-México® es una herramienta útil para la identificación temprana de factores de riesgo que conducen a fracturas. Se debe implementar un programa de erradicación de estos factores identificados por FRAX® a edades tempranas con el objeto de mejorar la calidad de vida y disminuir costos por afecciones secundarias potencialmente prevenibles.

CGo29

Niveles de IL-1 en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide de difícil tratamiento

Lucas-Hernández A, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L, Íñiguez-Venegas VJ, Espinosa-Zúñiga E, Jiménez-Farfán E, Pérez-Román DI, Reyes-Villareal JC, Torres-Urbola IM, Valdez-Vargas G

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El término de artritis reumatoide de difícil tratamiento (ARDT) comenzó a utilizarse desde 2020 después de que la EULAR publicara su definición para englobar a aquellos pacientes que permanecen sintomáticos a pesar de tener un tratamiento de acuerdo con las recomendaciones. Se han propuesto algunos factores que se relacionan con la presentación de ARDT dentro de las que destacan las comorbilidades, obesidad, fibromialgia, alteraciones psiquiátricas, entre otras más. Sin embargo, también se ha propuesto como origen un proceso de inflamación sistémica persistente evidenciado en forma específica por incremento de la IL-1 y la IL-17, con la existencia de mecanismos de escape y emergencia de nuevos mediadores inflamatorios posterior al bloqueo crónico de vías inmunológicas por tratamientos específicos.

Objetivos: Investigar las concentraciones de IL-1 en pacientes con artritis reumatoide de difícil tratamiento y compararlas con los pacientes controles.

Material y métodos: De una cohorte de 920 pacientes se realizó la búsqueda de pacientes que cumplieran con diagnóstico de ARDT. Se analizaron las variables clínicas, reactantes de fase aguda y sus características demográficas. En los pacientes que cumplieron con diagnóstico de ARDT se midió la concentración sérica de IL-1 en forma transversal, se compararon los resultados con los obtenidos en un grupo control: AR en tratamiento biológico sin criterios de ARDT pareados por sexo y edad.

Resultados: De los 920 sujetos estudiados, 53 cumplieron con definición de ARDT, de los cuales 51 fueron mujeres y 2 hombres; la edad promedio al diagnóstico fue de 38 años. El tiempo de evolución de la enfermedad al momento de diagnóstico de ARDT fue de 22 años. Al diagnóstico de ARDT, el DAS-28 tuvo un promedio de 4.24. Se identificó a 19 individuos con antecedente de hipertensión arterial sistémica, 12 con diabetes tipo 2, 7 con ambas comorbilidades y 22 con antecedente de tabaquismo. La medición de IL-1 encontró que en más del 40% de estos pacientes tenía elevaciones por arriba del límite superior.

Conclusiones: La ARDT es un diagnóstico que conlleva peor pronóstico y deterioro en la calidad de vida, por lo que los factores que se vinculan con ella pueden abrir un panorama más amplio para su tratamiento y mejorar las probabilidades de llegar a actividad baja o remisión de la enfermedad. La medición de citocinas que reflejen persistencia de actividad inflamatoria, como es el caso de la IL-1, podrá ayudar a definir de mejor manera los factores importantes en este grupo de pacientes.

Bibliografía

1. Nagy G, Roodenrijs NMT, Welsing PM, et al. EULAR definition of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2021;80(1):31-35. doi:10.1136/annrheumdis-2020-217344.
2. Buch MH, Eyre S, McGonagle D. Persistent inflammatory and non-inflammatory mechanisms in refractory rheumatoid arthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2021;17(1):17-33. doi:10.1038/s41584-020-00541-7.

CG030

Artritis reumatoide mutilante en el siglo XXI: deformidad de lápiz y copa

Palacios-Mendoza EB, González-Hernández MF, Galindo-Domínguez LA, Lozada-Pérez CA, Jara-Quezada LJ

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad multifactorial crónica, inflamatoria, autoinmunitaria y de origen desconocido, con factores genéticos, inmunológicos, hormonales y ambientales cuya consecuencia es la infiltración por células del sistema inmunológico y neovascularización;

esto causa hiperplasia, erosiones y cambios clínicos característicos. Sin el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado, los pacientes progresan a complicaciones articulares y extraarticulares, con mal pronóstico para la vida y la función. En la actualidad se dispone de tratamientos para disminuir la actividad en forma significativa y progresión de la enfermedad para evitar estas complicaciones.

Material y métodos: En una cohorte de 920 pacientes se realizó la búsqueda de pacientes que cumplieran con diagnóstico de artritis reumatoide de difícil tratamiento (ARDT). Se analizaron las variables clínicas, reactantes de fase aguda y sus características demográficas. En los pacientes que cumplieron con diagnóstico de ARDT se midió la concentración sérica de IL-1 en forma transversal, se compararon los resultados con los obtenidos en un grupo control: AR en tratamiento biológico sin criterios de ARDT pareados por sexo y edad.

Resultados: Se estudió a un paciente femenino de 40 años, con 18 años de evolución y poliartrosis, de pequeñas y grandes articulaciones, con factor reumatoide positivo y retraso de cuatro años en el diagnóstico. Inició tratamiento con metotrexato sin apego y se continuó con glucocorticoides y desarrollo de necrosis avascular de cadera bilateral en 10 años, sometida a artroplastia total de ambas caderas y referida en 2019 al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra por aflojamiento aséptico de prótesis de cadera derecha. En la evaluación reumatológica destacaron los cambios crónicos mutilantes en paciente con clase funcional IV en la escala de Steinbrocker y con hallazgos en radiografía AP de manos (**Figura 1**) de anquilosis de ambos carpos, subluxación de metacarpofalángicas, desviación cubital, aflamamiento de la cabeza de la falange proximal con ensanchamiento de la base de la falange media; todo ello provocaba deformidad característica de lápiz y copa, en primera, segunda, tercera y quinta articulaciones metacarpofalángicas de la mano derecha y la segunda a la quinta articulaciones metacarpofalángicas de la mano izquierda; se reinicia FARME convencional, pero se pierde el seguimiento por pandemia por SARS-CoV-2 y discontinuación de tratamiento.

Figura 1. (CG030)



Discusión: La artritis reumatoide con cambios mutilantes se caracteriza por daño articular con alto grado de reabsorción, destrucción ósea y marcada inestabilidad; se ha descrito una relación de la artritis destructiva grave y mutilante con una amplia variedad de artropatías, entre ellas artritis psoriásica, artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil, esclerosis sistémica, enfermedad mixta de tejido conjuntivo; las dos primeras enfermedades son las más comunes. Es importante excluir diagnósticos diferenciales, ya que éstos pueden retrasar el diagnóstico y el tratamiento adecuado en estos pacientes. Hoy en día, la evolución notable con compromiso articular grave ha disminuido en grado considerable, debido a la introducción de FARME convencionales y biológicos y el uso del tratamiento basado en objetivos (*treat-to-target*), como la remisión o baja actividad de la enfermedad para limitar complicaciones. Sin embargo, esta evolución a artritis con cambios mutilantes muestra las fallas del sistema de salud: acceso tardío al especialista con consecuente retraso en el diagnóstico y tratamiento, falta de acceso a tratamientos actuales, diversificación de los sistemas de salud, además de falta de programa educativo para los pacientes.

Conclusiones: La artritis reumatoide es una enfermedad grave que conduce a discapacidad y aumenta los costos hospitalarios; el sistema de salud debe modificarse, con mayor número de reumatólogos y accesos a tratamientos actuales.

Bibliografía

1. Park Y-J, Gherghe AM, van der Heijde D. Radiographic progression in clinical trials in rheumatoid arthritis: a systemic literature review of trials performed by industry. *RMD Open*. 2020 Jul;6(2):e001277.
2. Namiki O. The definition and clinical features of the mutilans type of rheumatoid arthritis. *Modern Rheumatology*. 2002 Jun;12(2):134-43.

CG031

Dermatosis purpúrica pigmentada (de Doucas y Kapetanakis): simulador de vasculitis en artritis reumatoide

Vargas-Avilés AS¹, Puebla-Miranda M¹, Vega-Memije ME²

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

Introducción: Las dermatosis purpúricas pigmentadas (DPP) son un grupo de enfermedades cutáneas, raras y benignas que afectan a vasos de pequeño calibre; se definen por hemorragia petequial, capilaritis, extravasación de eritrocitos, púrpura no palpable e hiperpigmentación localizada, sobre todo en miembros inferiores. Existen cinco subtipos de DPP, uno de ellos, la púrpura de Doucas y Kapetanakis (DK), se reconoce por pápulas pruriginosas, liquenoides, purpúricas, poligonales o circulares que forman placas violáceas, y en el plano histológico destacan la espongirosis epidérmica y el infiltrado de neutrófilos. La afección cutánea (vasculitis reumatoide) se presenta en pacientes con artritis reumatoide de larga data y se acompaña de títulos altos de factor reumatoide. Comparte con la DK ciertas características como el tamaño de los vasos afectados, el infiltrado de neutrófilos y la extravasación de eritrocitos.

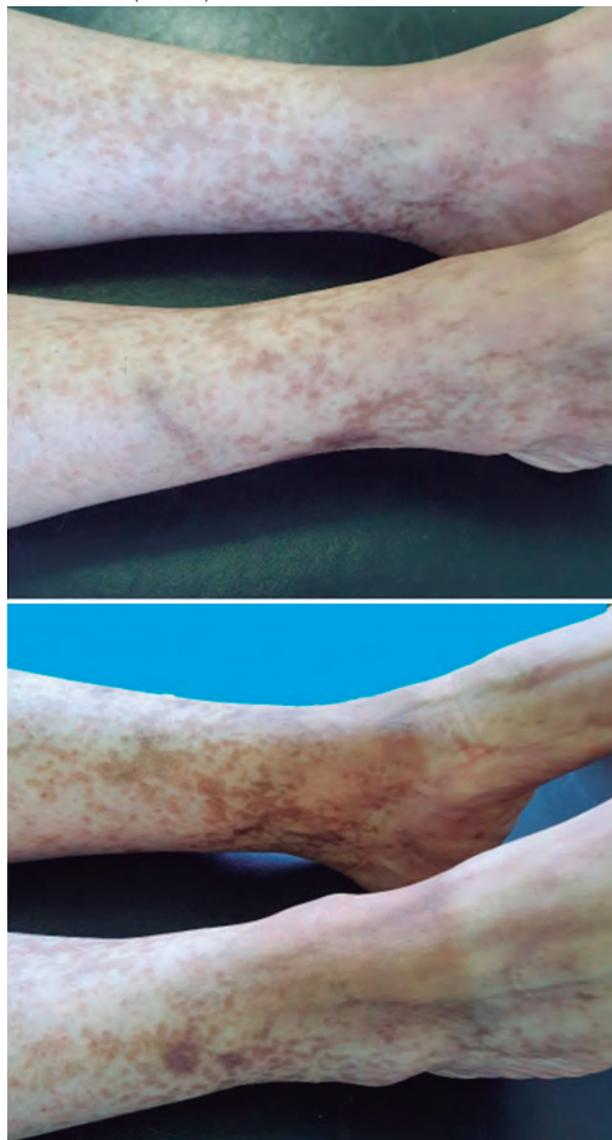
Resultados: Mujer de 33 años de edad con antecedente de artritis reumatoide de 10 años de evolución en tratamiento con leflunomida y sulfasalazina (2 g). Inició el padecimiento con manchas eritematosas y pruriginosas de un mes de evolución, las cuales se extendieron de manera progresiva a ambas piernas. En el plano articular refirió artralgiás intermitentes, en hombro derecho, segunda y tercera metacarpofalángicas (MCF) de mano derecha y rigidez articular menor de 30 minutos de duración; negó episodios de artritis. Exploración física: TA 110/70 mmHg, FC 68 x, FR 18 x. Dolor en segunda MCF de mano derecha, sin evidencia de artritis, cambios articulares crónicos en manos, nódulo reumatoide menor a 5 mm en el olecranon derecho. En la piel se identificó dermatosis diseminada a piernas en todas sus caras, caracterizada por placas eritematosas de 5 mm hasta 2 cm de diámetro, alternando con zonas café claro, sin desaparecer a la digitopresión (**Figura 1**). Laboratorios: HB 12.8 g/dl, VSG 18 mm/h, PCR 1.30 mg/dl, factor reumatoide 758.3 UI/ml, anti-CCP 692.1 UR/ML, anticuerpos antinucleares, anti-SSA y anti-SSB negativos. Estudios de gabinete: radiografía de tórax sin alteraciones y placas de manos con cambios erosivos. CDAI en 4 puntos. Biopsia de piel: dermatitis espongi-forme con infiltrado inflamatorio superficial y perivascular de linfocitos y extravasación de eritrocitos, consistente con púrpura ecematoide de Doucas y Kapetanakis. La paciente recibió tratamiento con glucocorticoides tópicos, emolientes con mejoría gradual de la lesión, y sólo mostró hiperpigmentación residual.

Conclusiones: En pacientes con artritis reumatoide de larga evolución, con autoanticuerpos altamente positivos y manifestaciones extrarticulares como nódulos reumatoides, la afección cutánea se explica principalmente por vasculitis reumatoide; sin embargo, hay que considerar otras afecciones tales como DPP, y de modo específico el subtipo DK, dado que pueden compartir manifestaciones clínicas similares. Es importante recordar que el estudio histopatológico es fundamental para su diferenciación, dado que el tratamiento y pronóstico son diferentes. En el caso de DPP y DK, su curso es benigno, pueden ser autolimitadas, responden por lo general al tratamiento con glucocorticoides tópicos y sólo originan secuelas estéticas en los pacientes.

Bibliografía

1. Lora V, Cerroni L, Cota C. Skin manifestations of rheumatoid arthritis. *G Ital Dermatol Venereol*. 2018 Apr;153(2):243-255.
2. Martínez-Pallás M, Conejero del Mazo R, Lezcano-Biosca V. Dermatitis purpúricas pigmentadas. Revisión de la literatura científica. *Actas Dermosifiliogr*. 2020;111(3):196-204.
3. Spigariolo C, Giacalone S, Nazzaro G. Pigmented purpuric dermatoses: a complete narrative review. *J Clin Med*. 2021;10:2283.

Figura 1. Placas eritematosas que alternan con zonas café claro en miembros inferiores. (CG031)



CG032

Artritis reumatoide: aplicación de un proceso de atención de enfermería con metodología NANDA

Lozano-Hernández M, Bernal-González A, Peña-Ayala A, Hernández-González L, Jara-Quezada LJ, Pineda-Villaseñor CJ

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: La artritis reumatoide se considera el tipo más común de artritis autoinmunitaria y representa un gran efecto en la capacidad funcional de los pacientes como consecuencia de la actividad de la enfermedad y el daño articular. Por esa razón se realizó una valoración de enfermería por patrones funcionales de salud como parte del método de enfermería NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), cuya finalidad es definir y promover una estandarización del lenguaje enfermero a nivel mundial; con ese objetivo se decidió realizar un abordaje integral e individualizado para mejorar en grado sustancial la capacidad funcional del paciente como coadyuvante al tratamiento médico por el reumatólogo.

Objetivos: Implementar un plan de atención de enfermería en una paciente con artritis reumatoide para promover la independencia e incrementar la capacidad funcional. Valorar los aspectos y riesgos situacionales que se beneficiarían o potenciarían con la aplicación de este proceso de atención de enfermería al formular un plan de cuidados individualizado para mejorar la condición actual.

Resultados: Paciente con artritis reumatoide seropositiva de 20 años de evolución, hipertensión arterial de tres años bajo tratamiento farmacológico actual con metotrexato (2.5 mg, 4 tabletas 1 vez por semana), ácido fólico (5 mg dos veces por semana), celecoxib (200 mg 1 tableta cada 24 h); refiere adecuado apego terapéutico en años previos. Se aplicó el índice de Barthel con grado de dependencia leve a moderado, e índice de Lawton-Brody con deterioro funcional y cuestionario intrahospitalario de caídas con riesgo moderado. Con posterioridad se realizó valoración por patrones funcionales de salud con metodología NANDA y se identificó un total de 8/13 patrones de salud afectados, lo que reveló mayor afección en promoción de la salud, nutrición, eliminación e intercambio, actividad/reposo, autopercepción, afrontamiento, principios de vida y comodidad (**Tabla 1**). Se identificó un total de 18 etiquetas diagnósticas y con dichos

hallazgos se realizó la clasificación de resultados NOC (*Nursing Outcomes classification*) para obtener un intervalo de desviación de moderada a grave en seis de los ocho patrones y se identificaron las intervenciones NIC (*Nursing interventions classification*) para su implementación y evaluación en un periodo de tiempo de dos meses.

Conclusiones: El uso de la metodología NANDA proporciona una valoración integral, objetiva e individualizada del paciente reumatólogo con una intervención oportuna de salud para limitar las posibles complicaciones de la enfermedad; esto hace posible que el paciente retome su independencia de forma gradual con adaptación a su situación actual, que se tome como referencia la identificación oportuna de riesgos de salud y que se proporcionen herramientas útiles para la recuperación del estado de salud.

Bibliografía

1. Artritis reumatoide [Internet]. www.rheumatology.org. Available from: <https://www.rheumatology.org/1-Am-A/Patient-Caregiver/Enfermedades-y-Condiciones/Artritis-Reumatoide>.
2. Nanda. Welcome to NANDA International Defining the Knowledge of Nursing | Just another WordPress site [Internet]. Nanda.org. 2018. Available from: <https://nanda.org/>
3. Metodología NANDA-NIC-NOC para el enfermero residente de salud mental | NURE Investigación. [www.nureinvestigaciones](http://www.nureinvestigaciones.com) [Internet]. [cited 2022 Apr 14]; Available from: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/415>
4. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. 1997 Mar 1 [cited 2021 Aug 23];71(2):127-37. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11355727199700020000.

Tabla 1. (CG032)

Dominio	Clase	Código	Etiqueta diagnóstica	Factores relacionados	Características definitorias
1. Promoción de la salud	1. Conciencia acerca de la salud	00097	Disminución de la participación en actividades de diversión	Movilidad física deteriorada, resistencia física insuficiente, malestar físico	Expresar descontento a situación actual, des acondicionamiento físico y aburrimiento
1. Promoción de la salud	1. Estilo de vida sedentario	00168	Estilo de vida sedentario	Vida sedentaria, disminución de la tolerancia a la actividad, movilidad física deteriorada, apoyo social inadecuado, dolor, discapacidad física percibida	Actividad física diaria promedio menor que la recomendada, realiza la mayoría de las tareas en una postura sedente, des acondicionamiento físico
3. Eliminación e intercambio	1. Función urinaria	00016	Eliminación urinaria alterada	Relajación involuntaria de esfínter, obesidad	Disuria, vacilación urinaria ocasional, nicturia, urgencia urinaria
3. Eliminación e intercambio	2. Funcionamiento gastrointestinal	00011	Estreñimiento	Actividad física promedio menor a la recomendada, movilidad física deteriorada, ingestión insuficiente de fibra, consumo insuficiente de líquidos	Heces endurecidas, frecuencia menor a tres evacuaciones al día, tenesmo rectal, esfuerzo a la defecación
4. Actividad/reposo	1. Dormir/descansar	00198	Patrón perturbado del sueño	Perturbaciones ambientales	Dificultad en el funcionamiento diario, expresa insatisfacción con el sueño y cansancio
4. Actividad/reposo	2. Actividad/ejercicio	00085	Movilidad física deteriorada	IMC > 30, disminución de la tolerancia a la actividad, disminución de fuerza muscular, rigidez articular, dolor, estilo de vida sedentario	Alteración de la marcha, uso de auxiliar de la marcha (bastón), disminución de la motricidad fina y gruesa, dificultad para girar, realiza sustituciones de movimiento, expresa malestar, inestabilidad postural y movimiento lento

CG033

Asociación de niveles séricos de irisina con glucocorticoides en pacientes con artritis reumatoide

Ramírez-Villafaña M¹, Gómez-Ramírez EE², Gámez-Nava JI¹, Gómez-Camarena JJ², Esparza-Guerrero Y², Ponce-Guarneros JM¹, Alcaraz-López MF³, Del Río-O'Brien F⁴, Celis A⁵, Cabrera-Pivaral CE⁵, Cardona-Muñoz EG¹, Totsuka-Sutto SE¹

⁽¹⁾Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara (UDG), ⁽²⁾Programa de Doctorado en

Farmacología, CUCS, UDG, ⁽³⁾Departamento de Medicina Interna, Hospital General Regional 46, IMSS, ⁽⁴⁾Médico Pasante de Servicio Social con Vinculación Universitaria, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽⁵⁾Programa de Doctorado en Salud Pública, CUCS, UDG, Guadalajara, México

Introducción: La irisina es una miocina secretada en el músculo esquelético y tejido adiposo con efectos anabólicos sobre el metabolismo energético, óseo y muscular; se le han atribuido también algunos efectos antiinflamatorios. En la artritis reumatoide (AR) se han descrito bajas concentraciones de irisina en comparación con sujetos sanos. La síntesis de irisina puede afectarse por algunos fármacos utilizados con regularidad en la AR.

Hoy en día es escasa la información acerca de la relación entre irisina y los glucocorticoides en la AR.

Objetivos: Evaluar la relación entre la administración de glucocorticoides con las concentraciones séricas de irisina en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Transversal analítico. Se incluyó a 104 mujeres con diagnóstico de AR (ACR: 1987). Se evaluaron características sociodemográficas y clínicas, entre ellas duración de la AR, actividad de la enfermedad (DAS28-VSG) y discapacidad funcional (HAQ-DI). De los glucocorticoides se especificaron dosis/día y tiempo de uso. La cuantificación de los valores séricos de irisina se realizó mediante la técnica ELISA (sándwich). Análisis estadísticos: t de Student para comparación de promedios y ji cuadrada para las diferencias de frecuencias entre grupos (AR con y sin glucocorticoides).

Resultados: Se observó una edad promedio de 59 años y una duración de la AR de 14 años. El consumo de glucocorticoides se observó en el 51% de las pacientes, con una dosis promedio de 5.74 ± 1.7 mg/día y un promedio de años de uso de 9.3 ± 8 . Las concentraciones de irisina promedio fueron de 94.5 ± 51.2 ng/ml y una proporción de 41.3% tenía cifras bajas de irisina (< 73 ng/ml). Los pacientes de AR con administración de glucocorticoides presentaron mayor IMC (27.9 ± 6 vs. 25.7 ± 4.9 , $p = 0.04$).

Conclusiones: Las bajas concentraciones de irisina en AR se vinculan con la presencia de diabetes mellitus y el consumo de glucocorticoides. Estos resultados indican la necesidad de conducir estudios longitudinales que clarifiquen esta relación y otros desenlaces clínicos en AR.

CG034

Miositis ocular bilateral como una complicación tardía de dermatomiositis seronegativa y sobreposición con artritis reumatoide

Mora-Rosas AM, Rull-Gabayet M, Cimé-Aké EA, Peña-Ojeda MN, Loeza-Urbe MP

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las manifestaciones oculares son infrecuentes en la DM y aún más raras en la PM, y los datos se limitan a unos pocos informes de casos y series de casos breves. Varios autores describieron conjuntivitis, iritis, ptosis, oftalmoplejía, exoftalmos y nistagmo en la dermatomiositis. La afectación ocular en la dermatomiositis y la polimiositis puede preceder a otros síntomas sistémicos o correlacionarse con la actividad de la enfermedad.

Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente con miositis ocular bilateral como una complicación tardía de dermatomiositis seronegativa y sobreposición con artritis reumatoide.

Resultados: En esta ocasión ingresó este paciente al instituto debido a debilidad proximal de 10 días de evolución en relación con mialgias, además de diplopía. A su ingreso se documentaron úvula central, lesiones levemente eritematosas en MCF y codos, manos de mecánico con fisuras de manera bilateral, y debilidad proximal con MMT8 de 134/150. En los estudios de laboratorio destacaron elevación de CPK (23 653), AST (990), ALT (606) y DHL (1315), además de linfopenia (620). Debido a la presencia de debilidad proximal, elevación de CPK y lesiones correspondientes a signo de Gottron y manos de mecánico, se estableció el diagnóstico de dermatomiositis y se inició PDN (1 mg/kg/día), con lo que el paciente experimentó mejoría progresiva hasta alcanzar MMT8 de 150/150 durante su hospitalización. Como abordaje se solicitaron antinucleares (1:320 homogéneo), anti-Jo1 6.2 (REF < 6.5) y perfil de miopatías (negativo para anti-Mi2, anti-TIF 1 gamma, anti-SAE, anti-NXP2, anti-MDA5, anti-Ku, anti-Ro52, anti-SRP). En la biopsia de músculo se observó infiltrado linfocítico de localización perivascular y perimisial, consistente con el diagnóstico de dermatomiositis. En cuanto a la diplopía, se realizó resonancia magnética de cráneo y de órbita en la que se documentó engrosamiento central y apical de los músculos extraoculares del ojo. Con el tratamiento ya establecido el paciente evolucionó de manera satisfactoria, con recuperación completa de la fuerza muscular y sin referir diplopía; en

la resonancia magnética de cráneo y órbitas ya no se observaba el engrosamiento central y apical de los músculos extraoculares.

Conclusiones: Las complicaciones oculares en la dermatomiositis aparecieron en el 0.07% (intervalo, 0%-19%) de los casos analizados. Esto es significativamente menor en comparación con otras enfermedades del tejido conectivo. La miositis orbitaria es otra manifestación rara pero grave de la dermatomiositis. El primer informe conocido de esta aparición data de 2005, cuando un paciente varón experimentó dolor muscular seguido de edema palpebral y dolor ocular, de forma concurrente con una dermatomiositis no diagnosticada. La resonancia magnética reveló agrandamiento bilateral del músculo recto lateral e inferior, como en el caso de este paciente. Es importante conocer las manifestaciones extramusculares que se pueden llegar a presentar en las miopatías inflamatorias.

Bibliografía

- O'Connell KA, LaChance AH. Dermatomyositis. The New England Journal of Medicine. 2021;384(25):2437.
- Lundberg IE, Fujimoto M, Vencovsky J, et al. Idiopathic inflammatory myopathies. Nat Rev Dis Primers. 2021;7:86.

Figura 1. (CG034)



CG035

Niveles séricos de AICAR y polimorfismo rs2372536 del gen ATIC con la respuesta a metotrexato en pacientes con artritis reumatoide

Gallardo-Moya SG, Saldaña-Cruz AM, Nava-Valdivia CA, Rodríguez-Jiménez NA, Ramírez-Villafañá M, Vázquez-Villegas ML, Ramos-Estrada LG, Totsuka-Sutto SE, Cardona-Muñoz EG, Gámez-Nava JI, Gómez-López L

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El metotrexato (MTX) es la piedra angular en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR); sin embargo, se notifica una falla terapéutica del 52%. El metotrexato aumenta la enzima 5-aminoimidazol-4-carboxiamida ribonucleótido transformilasa (AICAR) y ello provoca una disminución de la producción de citocinas proinflamatorias (IL-6, TNF α). La enzima AICAR es una proteína bifuncional y se considera el blanco terapéutico del MTX. Se han registrado polimorfismos de nucleótido simple (SNP) que afectan los valores séricos de AICAR y el metabolismo de MTX en enfermedades reumáticas. El polimorfismo rs237253 del gen *ATIC* puede participar en la respuesta a MTX en pacientes con AR.

Objetivos: Evaluar la relación de las concentraciones séricas de AICAR y el polimorfismo rs2372536 del gen *ATIC* con la respuesta terapéutica a MTX en la AR.

Material y métodos: Casos y controles. Se incluyó a 132 pacientes con diagnóstico de AR (ACR1987) en tratamiento con MTX por al menos tres meses. Se evaluó la respuesta terapéutica mediante el DAS-28. Se conformaron dos grupos: el grupo con respuesta terapéutica (DAS28 < 3.2) y el grupo sin respuesta terapéutica (DAS28 \geq 3.2). Se cuantificaron los valores séricos de AICAR por medio de ELISA. La genotipificación se realizó por qPCR con discriminación alélica. Se compararon las frecuencias genotípicas de *ATIC* entre grupos y también las cifras de AICAR entre los dos grupos con t de Student. Se realizaron comparaciones bivariadas entre características clínicas, demográficas y genéticas. Se determinó el riesgo que confieren los genotipos mediante *odds ratio* (IC95%). Se consideró significancia estadística con $p \leq 0.05$.

Resultados: De 132 pacientes estudiados, 53 (40%) tuvieron respuesta terapéutica y 79 (60%) sin ella. Las cifras séricas de AICAR fueron de 207 (\pm 181) pg/mL en el grupo de respuesta terapéutica y 211 (\pm 152) pg/mL en el grupo sin respuesta terapéutica, sin encontrar diferencia significativa ($p = 0.325$). Las frecuencias genotípicas del polimorfismo rs2372536 del gen *ATIC* que se registraron en el grupo con respuesta respecto del grupo sin respuesta a MTX en GG fueron 23% vs. 32%, GC: 62% vs. 46% y CC: 15% vs. 22% ($p = 0.811$). En el modelo dominante (CC vs. GC+GG) se observó un OR = 1.58 (IC95% = 0.71-3.51, $p = 0.35$). En el modelo recesivo (GG vs. GC+CC) un OR = 0.60 (IC95% = 0.24-1.50, $p = 0.38$). Adicionalmente se realizó ANOVA para comparar las concentraciones séricas de AICAR entre los genotipos y se encontró lo siguiente: CC = 222 pg/mL, GC = 208 pg/mL, GG = 197 pg/mL, sin significancia estadística ($p = 0.835$).

Conclusiones: En este estudio no se encontró relación entre los valores séricos de AICAR y el polimorfismo rs2372536 del gen *ATIC*. No hubo incremento de riesgo con este polimorfismo por falla terapéutica.

Bibliografía

- Cheong CG, Wolan DW, Greasley SE, Horton PA, Beardsley GP, Wilson IA. Crystal structures of human bifunctional enzyme aminoimidazole-4-carboxamide ribonucleotide transformylase/IMP cyclohydrolase in complex with potent sulfonyl-containing antifolates. *Journal of Biological Chemistry*. 2004;279(17):18034-18045.
- Montesinos MC, Takedachi M, Thompson LF, Wilder TF, Fernández P, Cronstein BN. The antiinflammatory mechanism of methotrexate depends on extracellular conversion of adenine nucleotides to adenosine by ecto-5'-nucleotidase: findings in a study of ecto-5'-nucleotidase gene-deficient mice. *Arthritis Rheum*. 2007 May;56(5):1440-5.

CG036

Impacto en el riesgo cardiovascular a 10 años por retraso en el diagnóstico de artritis reumatoide basado en el género

Colunga-Pedraza IJ, Azpiri-López JR, Galarza-Delgado DA, González-González V, Beltrán-Aguilar VA, Arias-Peralta AA, De Ávila-González N, Cárdenas-De La Garza JA, García-Arellano G

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es un trastorno inflamatorio, autoinmunitario y crónico con una prevalencia global aproximada de 0.5%

a 1%. La enfermedad cardiaca es todavía la causa más probable de muerte para una mujer.

Objetivos: Comparar el retraso en el diagnóstico en pacientes con AR según el sexo y evaluar la estratificación de riesgo cardiovascular y gravedad de la enfermedad en dichos pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y comparativo. Se incluyó a pacientes de 40 a 75 años con diagnóstico de AR, de acuerdo con los criterios de clasificación de ACR/EULAR 2010. Se define como retraso del diagnóstico una diferencia de al menos seis meses entre la fecha de inicio de los síntomas y la fecha de diagnóstico. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante DAS-28 PCR. La clasificación se realizó con uso de valores de corte comunes: remisión (< 2.6), baja actividad de la enfermedad (> 2.6 a < 3.2), actividad moderada de la enfermedad (3.2 a 5.1) y alta actividad de la enfermedad (> 5.1). Se excluyó a los pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular. Se realizó un ultrasonido carotídeo a todos los participantes del estudio y se valoró la presencia de placa carotídea (PC), definida como un grosor de la íntima media carotídea (GIMc) de 1.2 mm o un grosor focal de 0.5 mm. La aterosclerosis subclínica se definió como la presencia de PC o un GIMc de 0.8 mm. La distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se efectuaron con las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher para las variables cualitativas o t de Student para las variables cuantitativas. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 64 pacientes. Las características demográficas y características de la enfermedad se muestran en la **Tabla 1**. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el retraso del diagnóstico de la enfermedad entre mujeres y hombres con AR (23.96 meses, $p = 0.549$). Al comparar los algoritmos para la evaluación del RCV se encontró que ninguna calculadora muestra una diferencia estadísticamente significativa para predecir el RCV alto en pacientes con retraso en el diagnóstico de AR independientemente del género (ACC/AHA 2013, $p = 0.999$; FRS-Lípidos, $p = 0.999$; FRS-IMC, $p = 0.999$; RRS, $p = 0.999$; SCORE2, $p = 0.999$).

Conclusiones: En pacientes con retraso en el diagnóstico de AR, al margen del género, no se identificó una diferencia estadísticamente significativa para la predicción RCV alto por medio de los algoritmos de RCV. En consecuencia, se sugiere integrar el ultrasonido carotídeo como parte de la evaluación inicial en los pacientes con artritis reumatoide para la reclasificación de los pacientes de bajo riesgo y prevenir la aparición de futuros episodios cardiovasculares.

Bibliografía

- Kvien TK, Balsa A, Betteridge N, Buch MH, Durez P, Favalli EG, et al. Considerations for improving quality of care of patients with rheumatoid arthritis and associated comorbidities. *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*. 2020;6:1-12.
- Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report from the American Heart Association. Vol. 135, *Circulation*. Lippincott Williams and Wilkins; 2017:e146-603.

Tabla 1. Características demográficas y algoritmos de riesgo cardiovascular. (CG036)

Características	Mujeres con AR (n = 45)	Hombres con AR (n = 15)	Valor de p
Edad años, media \pm DE	54.86 \pm 7.74	55.80 \pm 7.36	NS
DMT2, n (%)	1 (2.2)	0 (0.0)	NS
HTA, n (%)	11 (24.4)	2 (13.3)	NS
Dislipidemia, n (%)	4 (8.9)	2 (13.3)	NS
Obesidad, n (%)	18 (40.0)	3 (20)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	7 (15.6)	8 (53.3)	0.003
Duración de la enfermedad años, mediana (RIC)	10.22 (2.64-15.83)	4.64 (1.42-6.67)	NS
DAS28-PCR, media \pm DE	3.78 \pm 1.25	2.64 \pm 1.01	0.002
DAS28-PCR, n (%)			

Actividad moderada-alta	29 (65.9)	5 (33.3)	0.017
Retraso en el diagnóstico de la enfermedad meses, mediana (RIC)	23.96 (11.96-38.14)	23.96 (11.96-71.86)	NS
ACC/AHA 2013, n (%)	1 (2.6)	3 (23.1)	NS
FRS-Lípidos, n (%)	3 (7.5)	6 (46.2)	NS
FRS-IMC, n (%)	7 (17.5)	6 (46.2)	NS
RRS, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	NS
QRISK3, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	NS
SCORE2, n (%)	5 (12.2)	3 (21.4)	NS

AR, artritis reumatoide; NS, no significativo; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; DAS28-PCR, Índice de actividad de la enfermedad de 28 articulaciones basado en la proteína C reactiva; FRS, puntuación de Framingham; IMC, índice de masa corporal; RRS, puntuación de Reynolds.

CG037

Eficacia y seguridad de rituximab en pacientes con artritis reumatoide del departamento de reumatología en Centro Médico Nacional Siglo XXI

Hernández-Zavala MR, Catana-Hernández R, Camargo-Coronel A, Hernández-Vásquez JR

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

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmunitaria crónica que provoca inflamación y rigidez articular; si la enfermedad no se trata causa discapacidad y daño articular irreversible. Dentro de la valoración integral se incluyen instrumentos de evaluación que miden grado de actividad y estado actual de la enfermedad que sirven como apoyo en el ajuste de terapéutica (CDAI, SDAI, DAS28). El tratamiento se basa en fármacos modificadores de la enfermedad y biológicos; estos últimos se indican luego de la falla de los primeros, dentro de los que se incluye el rituximab, el cual puede provocar efectos adversos hasta en 30% de los casos.

Objetivos: Evaluar la eficacia, indicaciones y seguridad de pacientes con artritis reumatoide que recibieron rituximab tras emplear como medida de respuesta clínica CDAI, indicación para recibir tratamiento y efectos adversos graves después de un año de recibir el fármaco biológico.

Material y métodos: Cohorte retrolectiva de enero de 2018 a diciembre de 2021 que incluyó a pacientes con artritis reumatoide que recibieron tratamiento con rituximab; se usó CDAI en la evaluación subsecuente. Se identificó el puntaje basal antes de administrar el fármaco (CDAI0) y se comparó con puntaje posterior (CDAI1) mediante el cambio porcentual entre ambas mediciones por prueba T; se dividió en grupos a los pacientes con base en la indicación de rituximab y presencia de un efecto adverso grave (infecciones que exijan hospitalización o prescripción de antimicrobiano intravenoso, cáncer o muerte) posterior a un año.

Resultados: En los 175 episodios se identificó mejoría clínica por cambio de CDAI 0 a CDAI 1 por una disminución de 11.944 (IC95%, 10.5057-13.3823) con desviación estándar de 9.6400 y significación p de un factor < 0.001 por prueba T para muestras emparejadas. La principal indicación fue dosis de mantenimiento (46.9%), seguida de falla al tratamiento con triple FARMÉ sintético convencional y doble FARMÉ sintético convencional (23.4% y 13.7%, respectivamente). Durante el seguimiento tras un año se documentó un 16.57% de efectos adversos, de los cuales 1.12% correspondió a efectos adversos graves.

Conclusiones: El tratamiento con rituximab se vinculó con una disminución significativa de CDAI y la principal indicación para su uso fue el tratamiento de mantenimiento; durante el seguimiento por un año se encontró que 2% de los pacientes experimentó un efecto adverso grave.

Bibliografía

- Funovits J, Aletaha D, Bykerk V, et al. The 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for rheumatoid arthritis: methodological report phase I. *Ann Rheum Dis* 2010;69:1589.
- Aletaha D, Wang X, Zhong S, Florentinus S, Monastiriakos K, Smolen JS. Differences in disease activity measures in patients with rheumatoid arthritis who achieved DAS, SDAI, or CDAI remission but not boolean remission. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2019.
- García-Montoya L, Villota-Eraso C, Yusof MYM, Vital EM, Emery P. Lessons for rituximab therapy in patients with rheumatoid arthritis. *The Lancet Rheumatology*. 2020.

CG038

Prevalencia de polifarmacia en adultos mayores con artritis reumatoide

Ávalos-Salgado FA¹, González-López L², Santiago-García AP², Rodríguez-Jiménez NA², Arellano-Cervantes R², Gutiérrez-Aceves JA², Alcazar-López MF³, Gámez-Nava JI²

⁽¹⁾ Universidad de Guadalajara, CUCS; Instituto de Terapéutica Experimental y Clínica, ⁽²⁾ Universidad de Guadalajara, Doctorado de Farmacología, CUCS, ⁽³⁾ Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital Regional 46 del IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El adulto mayor con artritis reumatoide (AR) representa un reto adicional para el médico tratante, ya que durante el envejecimiento existe un paulatino deterioro de la función de órganos encargados del metabolismo y la excreción de fármacos, como son el hígado y el riñón. En esta etapa de la vida, la polifarmacia puede tener mayor tendencia a desarrollar episodios adversos que dificultan la terapéutica. Sin embargo, pocos estudios han investigado la frecuencia de polifarmacia en el adulto mayor con AR.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de polifarmacia en el adulto mayor diagnosticado con AR.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a 203 adultos mayores con AR. Se investigó la prevalencia de polifarmacia identificada como el uso de cinco o más fármacos por al menos 90 días. Se investigaron relaciones clínicas con la polifarmacia. Análisis estadístico: la prevalencia se calculó como sigue: (total de adultos mayores con polifarmacia/total de adultos mayores investigados) x 100. Se realizó correlación de Pearson entre variables cuantitativas y número de fármacos consumidos. Se compararon proporciones con ji cuadrada y promedios con t de Student. La significancia estadística se consideró con un valor de $p \leq 0.05$.

Resultados: La prevalencia de polifarmacia en el adulto mayor con AR fue del 80.3%. El número de fármacos consumidos se correlacionó con la duración de la enfermedad ($r = 0.18$, $p = 0.01$) y el número de enfermedades comórbidas ($r = 0.16$, $p = 0.03$). Las mujeres con AR tuvieron mayor frecuencia de polifarmacia que los hombres (83.8% vs. 63.9%, $p = 0.006$). Una mayor duración de la enfermedad se vinculó con polifarmacia (12.4 ± 9 vs. 9.6 ± 6 años, $p = 0.019$). No hubo relación de la polifarmacia con el DAS-score.

Conclusiones: La prevalencia de polifarmacia en el adulto mayor con AR es alta y se vincula con la duración de la enfermedad, el sexo femenino y las enfermedades comórbidas (Tabla 1). Esta polifarmacia es relevante porque las interacciones medicamentosas existentes pueden potenciar un mayor riesgo de efectos adversos a los fármacos y ello dificulta el adecuado tratamiento.

Bibliografía

- Tamez-Peña A, Tamez-Pérez H, Peña-Lazo A, Ocampo-Candiani J, Torres-Pérez J. Use of medications on the elderly. *Medicina Universitaria*, 2014;16(65):199-206.
- Bechman K, Clarke BD, Rutherford AI, Yates M, Nikiphorou E, Molokhia M, et al. Polypharmacy is associated with treatment response

and serious adverse events: Results from the British Society for Rheumatology biologics register for rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2019;58(10):1767-76.

Tabla 1. Comparación de variables relacionadas con polifarmacia. (CG038)

Variable	Polifarmacia (≥ 5 medicamentos) n = 163 (80.3%)	Sin polifarmacia (≤ 4 medicamentos) n = 40 (19.7%)	p
Sexo femenino, n (%)	140 (83.8)	27 (63.9)	0.006
Edad, promedio ± DS	67.1 ± 5.9	68.2 ± 8.8	0.3
Comorbilidades, n (%)	94 (57.7)	17 (42.5)	0.08
Dur. enf. (años), n (%)	12.4 ± 9.1	9.7 ± 5.7	0.019
Factor reumatoide, prom. ± DS	129.4 ± 84.9	91.9 ± 49.4	0.008
Uso de FARME sintéticos, n (%)	157 (96.3)	28 (70.0)	< 0.001
AINE, n (%)	157 (96.3)	35 (87.5)	0.027
Analgésicos, n (%)	120 (73.6)	27 (67.5)	0.4
Uso de glucocorticoides, n (%)	147 (90.2)	21 (52.5)	< 0.001
Medicamentos concomitantes, prom ± DS	5.6 ± 2.7	2.4 ± 1.9	< 0.001

Abreviaturas: FARME, fármacos modificadores de la enfermedad; AINE, antiinflamatorios no esteroideos. Comparaciones de frecuencias por ji cuadrada y comparaciones de promedio por t de Student.

CG039

Presencia de aterosclerosis carotídea en mujeres con artritis reumatoide con y sin hipotiroidismo

Azpíri-López JR, Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza IJ, González-González V, Beltrán-Aguilar VM, Arias-Peralta AG, De Ávila-González N, Cárdenas-De La Garza JA, García-Arellano G

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: En los pacientes con artritis reumatoide (AR), el hipotiroidismo clínico se ha vinculado con un riesgo cuatro veces mayor de episodios cardiovasculares (ECV) en comparación con las pacientes eutiroideas con AR, cualesquiera que sean los factores de riesgo habituales.

Objetivos: Comparar si los pacientes con artritis reumatoide e hipotiroidismo tienen mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica que los pacientes con artritis reumatoide eutiroideas.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyó a pacientes de 40 a 75 años con diagnóstico de AR que cumplieran con los criterios de clasificación de ACR/EULAR 2010. El hipotiroidismo clínico se definió por historia clínica documentada de hipotiroidismo; se excluyó a los pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular; se realizó un ultrasonido carotídeo a todos los participantes del estudio y se valoró la presencia de placa carotídea (PC), definida como un grosor de la íntima media carotídea (GIMc) ≥ 1.2 mm o un grosor focal de 0.5 mm. La aterosclerosis subclínica se definió como la presencia de PC o un GIMc de 0.8 mm. La distribución se evaluó con la prueba de Shapiro-Wilk. Las comparaciones con prueba de ji cuadrada o exacta de Fisher para las variables cualitativas o t de Student para las variables cuantitativas. Un valor de p < 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 46 pacientes. Las características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. Al realizar la comparación entre las mujeres con AR e hipotiroidismo y mujeres con AR eutiroideas no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la presencia de aterosclerosis subclínica (21.7% vs. 26.1%, p = 0.451).

Conclusiones: Las mujeres con AR e hipotiroidismo demostraron no tener diferencia estadísticamente significativa en la presencia de aterosclerosis subclínica en comparación con las mujeres con AR eutiroideas.

Bibliografía

1. Raterman HG, van Halm VP, Voskuyl AE, Simsek S, Dijkman BAC, Nurmohamed MT. Rheumatoid arthritis is associated with a high prevalence of hypothyroidism that amplifies its cardiovascular risk. *Ann Rheum Dis*. 2008 Feb;67(2):229-32.

Tabla 1. Características demográficas y hallazgos en el ultrasonido. (CG039)

Características	Mujeres con AR e hipotiroidismo (n = 23)	Mujeres con AR eutiroideas (n = 23)	Valor de p
Edad años, media ± DE	56.35 ± 9.67	57.00 ± 9.92	NS
DMT2, n (%)	1 (4.3)	1 (4.3)	NS
HTA, n (%)	11 (47.8)	11 (47.8)	NS
Dislipidemia, n (%)	5 (21.7)	4 (17.4)	NS
Obesidad, n (%)	9 (39.1)	22 (95.7)	0.000
Tabaquismo activo, n (%)	2 (8.7)	1 (4.3)	NS
PC, n (%)	4 (17.4)	6 (26.1)	NS
PC unilateral, n (%)	0 (0.00)	5 (21.7)	NS
PC bilateral, n (%)	4 (17.4)	1 (4.3)	NS
GIMc ≥ 0.8 mm, n (%)	1 (4.3)	0 (0.00)	NS
Aterosclerosis subclínica, n (%)	5 (21.7)	6 (26.1)	NS

AR, artritis reumatoide; NS, no significativo; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; PC, placa carotídea; GIMc, grosor íntima-media carotídeo.

CG040

Asociación entre CD74 y CXCR7 con la expresión de RORγt, FOXP3 y citocinas secretadas del perfil Th17 en artritis reumatoide

Zerpa-Hernández DA

Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas, UDG

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria crónica de origen inflamatorio que puede conducir al final a la destrucción articular. La inmunopatogenia inflamatoria en la AR se caracteriza a partir de la activación celular y la producción de citocinas. La mayoría de las citocinas promueve la expresión de factores transcripcionales (FT) en la polarización de linfocitos T colaboradores, tales como RORγt y FOXP3, relacionados con la modulación de los receptores del factor inhibidor de la migración de macrófagos (MIF, *macrophage migration inhibitory factor*) CD74 y CXCR7 en células mononucleares de sangre periférica de AR *in vitro*.

Objetivos: Relacionar la expresión de CD74 y CXCR7 con la expresión de RORγt, FOXP3 y citocinas secretadas del perfil Th17 en PBMC de sujetos control y pacientes con AR.

Material y métodos: Las PBMC se obtuvieron de pacientes de control y pacientes con AR para ser cultivadas (Medio RPMI 1640, 1 X 10⁶ células/mL/pozo x 3 por 24 h, sin estímulos). Los receptores CD74 y CXCR7, así como los factores de transcripción RORγt y FOXP3, se determinaron por citometría de flujo, respectivamente. Las citocinas secretadas se determinaron mediante inmunoanálisis ELISA multiplex con perlas magnéticas del sobrenadante del cultivo después de 24 h.

Resultados: Los pacientes con AR tienen mayor expresión de CD74 (p = 0.0200) en linfocitos T en comparación con los sujetos control, a diferencia de los monocitos (p = 0.0125). Los linfocitos B de pacientes con

AR poseen mayor porcentaje de células positivas para CD74 comparados con los sujetos control ($p = 0.0009$). Los pacientes con AR tienen mayor porcentaje de linfocitos T positivos para CXCR7 en comparación con los sujetos control ($p = 0.0002$). Los linfocitos T tienen una mayor expresión ROR γ t y FOXP3, así como citocinas secretadas del perfil Th17 ($p < 0.0001$) en pacientes con AR al compararlos con los sujetos control. Los pacientes con AR muestran una correlación positiva entre la expresión de CD74 y FOXP3 ($r = 0.7545$, $p = 0.0001$) y de CXCR7 con ROR γ t ($r = 0.5494$, $p = 0.010$), pero mantienen una correlación negativa entre CXCR7 y las citocinas secretadas por el perfil Th17 ($p < 0.05$).

Conclusiones: Existe una relación de la expresión de CD74 en sujetos control y de CXCR7 en pacientes con AR con la secreción de citocinas del perfil Th17, mediada posiblemente por la activación de FOXP3 a través de CD74 y de ROR γ t por CXCR7 por vía endocítica.

Bibliografía

- Sánchez-Zuno GA, Bucala R, Hernández-Bello J, Román-Fernández IV, García-Chagollán M, Nicoletti F, et al. Canonical (CD74/CD44) and non-canonical (CXCR2, 4 and 7) MIF receptors are differentially expressed in rheumatoid arthritis patients evaluated by DAS28-ESR. JCM. 27 de diciembre de 2021;11(1):120.

CG041

Asociación de la presencia de placa carotídea con el tiempo de evolución en pacientes con artritis reumatoide

Colunga-Pedraza IJ, Galarza-Delgado DA, Azpiri-López JR, Beltrán-Aguilar VM, González-González V, Arias-Peralta AG, De Ávila-González N, Cárdenas-De la Garza JA, Guajardo-Jáuregui N

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica. Los pacientes con AR tienen riesgo incrementado de morbilidad y mortalidad cardiovascular (CV) y la enfermedad CV aterosclerótica es la principal causa de muerte. Los factores de riesgo habituales no son capaces de explicar este aumento por completo. La placa

carotídea (PC) se relaciona con enfermedad CV y es un hallazgo que puede encontrarse mediante la utilización del ultrasonido carotídeo (USc), el cual equivale a un alto riesgo de desarrollar episodios CV en el futuro. La PC es un hallazgo frecuente en los pacientes con AR.

Objetivos: Comparar la presencia de PC entre pacientes de AR temprana y AR tardía.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y comparativo. Se incluyó a pacientes de 40 a 75 años que cumplieran con los criterios de clasificación de ACR/EULAR 2010 que acudieron al servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José E. González en Monterrey, de agosto del 2014 a septiembre del 2022. Se evaluaron las características demográficas, bioquímicas, antropométricas y factores de riesgo cardiovascular. Se realizó USc a todos los pacientes. La PC se definió como un grosor de la íntima media carotídeo (GIMc) ≥ 1.2 mm o un grosor focal ≥ 0.5 mm. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para las características demográficas, acorde a su distribución, lo cual se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis comparativo entre grupos se utilizó ANOVA y Kruskal-Wallis o ji cuadrada según el tipo de variable. Los pacientes se dividieron en cuartiles según fuera la duración de la enfermedad.

Resultados: Se incluyó a 208 pacientes con AR. Las características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. Se encontró un incremento de los resultados de anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado ($p = 0.000$), factor reumatoide IgG ($p = 0.000$), IgM ($p = 0.029$) e IgA ($p = 0.001$). No se hallaron diferencias significativas de la presencia de placa carotídea unilateral o bilateral entre los diferentes cuartiles ($p = 0.322$).

Conclusiones: No se identificó un aumento significativo de la frecuencia de la presencia de placa carotídea entre los diferentes cuartiles de acuerdo con el tiempo de evolución de la enfermedad. Se encontró un aumento significativo de los valores de anticuerpos evaluados entre los cuartiles del tiempo de evolución de la enfermedad, lo que podría sugerir que juegan un papel en el desarrollo de la placa carotídea en pacientes con AR.

Bibliografía

- England BR, Thiele GM, Anderson DR, Mikuls TR. Increased cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: Mechanisms and implications. BMJ (Online). 2018;361.
- Wah-Suarez MI, Galarza-Delgado DA, Azpiri-López JR, Colunga-Pedraza IJ, Abundis-Márquez EE, Dávila-Jiménez JA, et al. Carotid ultrasound findings in rheumatoid arthritis and control subjects: a case-control study. Int J Rheum Dis. 2019 Jan;22(1):25-31.

Tabla 1. Características demográficas (n = 208). (CG041)

Variable	Cuartil 1 (n = 54)	Cuartil 2 (n = 50)	Cuartil 3 (n = 52)	Cuartil 4 (n = 52)	p
Duración de la enfermedad, años, mediana (RIC)	1.69 (1.00-2.81)	5.07 (4.00-6.00)	10.92 (9.58-12.84)	20.35 (16.81-24.73)	
Sexo, n (%)					
Mujer	50 (92.6)	45 (90.0)	51 (98.1)	50 (96.2)	NS
Edad, años, media (\pm DE)	53 (7.97)	55 (9.28)	56 (8.49)	58 (9.08)	0.040
IMC, kg/m ² , mediana (RIC)	28.080 (24.71-32-52)	29.857 (26.491-34.460)	27.181 (24.624-30.118)	27.118 (24.607-30.343)	0.010
Presión arterial, mmHg					
PAS, mediana (RIC)	122 (110-130)	124 (110-135)	122 (110-138)	120 (111-132)	NS
PAD, mediana (RIC)	80 (70-83)	72 (68-80)	75 (70-82)	78 (70-80)	NS
Resultados de laboratorio					
Glucosa sérica, mg/dL, mediana (RIC)	89.3 (83.5-98.4)	92.2 (85.3-104.4)	92.8 (82.9-99.7)	88.10 (83.9-100.5)	NS
Colesterol total, mg/dL, mediana (RIC)	179.00 (160.00-198.25)	168.00 (157.50-194.25)	168.50 (148.25-191.75)	184.00 (163.25-201.5)	NS
Triglicéridos, mg/dL, mediana (RIC)	129.5 (96.2-158.5)	121.3 (95.2-155.7)	111.7 (89.8-150.3)	139.5 (94.2-173.6)	NS
Colesterol HDL, mg/dL, mediana (RIC)	52.75 (43.60-65.00)	50.30 (41.87-61.95)	52.85 (45.12-64.90)	52.4 (46.3-64.1)	NS
Colesterol LDL, mg/dL, mediana (RIC)	99.50 (80.77-119.67)	97.00 (79.47-110.25)	85.75 (68.40-109.75)	93.50 (80.32-117.5)	NS
Colesterol VLDL, mg/dL, mediana (RIC)	26.00 (19.40-31.70)	24.25 (19.07-32.10)	22.35 (18.00-30.75)	27.40 (18.85-34.45)	NS
PCR, mg/dL, mediana (RIC)	0.54 (0.21-1.10)	0.84 (0.47-1.63)	0.64 (0.35-1.10)	0.82 (0.53-1.24)	NS

VSG, mm/H, mediana (RIC)	19.00 (13.75-30.00)	25.00 (14.0-42.50)	22.00 (12.00-35.00)	24.00 (15.00-39.00)	NS
Anticuerpos					
Anti-CCP, U/mL, mediana (RIC)	2.02 (1.01-121.05)	7.12 (1.36-118.88)	20.19 (2.81-196.04)	171.51 (9.60-199.25)	0.000
FR IgG, U/mL, mediana (RIC)	2.00 (2.00-5.91)	4.47 (2.00-13.05)	6.11 (2.00-11.48)	9.35 (3.49-27.60)	0.000
FR IgM, U/mL, mediana (RIC)	68.72 (17.99-200.00)	193.18 (32.39-200.00)	170.07 (58.19-200.00)	200.00 (71.74-200.00)	0.029
FR IgA, U/mL, mediana (RIC)	12.70 (2.00-127.60)	24.61 (6.88-126.74)	57.62 (8.41-179.22)	85.87 (27.12-200.00)	0.001
Presencia de placa carotídea aterosclerótica, n (%)					
Unilateral	6	6	7	10	NS
Bilateral	14	12	13	10	
Total	20	18	20	20	

En esta tabla se registran las características demográficas y clínicas de la muestra estudiada. Los cuartiles se dividieron de acuerdo con la duración de la artritis reumatoide en años, mientras que en cada cuartil se registran las variables de manera individual. DE, desviación estándar; iQR rango intercuartilico; IMC, índice de masa corporal; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; Anti-CCP, antipéptido cíclico citrulinado; FR, factor reumatoide; PAS, presión arterial sistólica; PAD, presión arterial diastólica.

CG042

Comorbilidades en artritis reumatoide y su relación con actividad de la enfermedad

Espinosa-Orantes A¹, Mejía-Ávila MF¹, Tello-Vera EA¹, Rivas-Bucio RI², Chiapas-Gasca K², Vargas-Guerrero A¹

⁽¹⁾ Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez, ⁽²⁾ Hospital Regional Adolfo López Mateos ISSSTE

Introducción: Las comorbilidades relacionadas con artritis reumatoide (AR) se acompañan de efectos adversos, como disminución de la función, calidad de vida e incremento de la morbimortalidad. Se informa que el 27% de los pacientes con AR padece al menos una enfermedad crónica. La diabetes mellitus, hiperlipidemia y comorbilidad cardiovascular se han vinculado con actividad de la enfermedad en algunos estudios. Las adipocinas participan en la modulación de la inflamación; si bien no está claro, algunos autores señalan que el sobrepeso y la obesidad se relacionan con mayor número de articulaciones inflamadas en pacientes con AR.

Objetivos: Establecer el riesgo de las comorbilidades en pacientes con AR con respecto a la gravedad de la actividad.

Material y métodos: PCR de tres variables. El grupo 1 incluyó a pacientes en remisión y actividad leve (DAS28 > 3.2); el 2 con actividad moderada y grave (DAS28 > 3.2). El análisis estadístico se ejecutó con SPSS versión 27. Se llevaron a cabo pruebas de normalidad. Las variables con distribución normal se expresaron en medias y desviaciones estándar; las variables con distribución no normal en mediana y percentiles como medidas de dispersión. Para establecer diferencia entre los grupos se utilizó la t de Student para variables cuantitativas con distribución normal; para variables numéricas con distribución no normal se empleó la U de Mann-Whitney y para variables cualitativas la ji cuadrada. Se estableció una p < 0.05 como significativa. En variables que se obtuvo una diferencia significativa o cercana a ésta se efectuó un estudio bivariado para el cálculo de OR con intervalo de confianza al 95% (IC95%). Se realizó un estudio multivariado ajustado por edad.

Resultados: La media de edad en el grupo 1 fue de 57.83 años y de 55.36 años en el grupo 2. El 34.3% (n = 49) del grupo 1 y el 44.4% (n = 20) del 2 cumplían criterios para sobrepeso/obesidad según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, que fue la comorbilidad más frecuente. En el estudio multivariado, la obesidad de grado 2 se relacionó en grado significativo con actividad (OR, 6.35 [IC95%, 1.66-24.18] p 0.007). En el análisis por ji cuadrada de las variables con significancia estadística, el hipotiroidismo mostró significancia cercana a 0.05 en relación con actividad, pero no en el estudio multivariado (OR, 0.26 [IC95%, 0.05-1.23] p 0.09). No se observaron diferencias significativas con alguna otra comorbilidad. El 63% de los pacientes tuvo por lo menos una comorbilidad. La proteína C reactiva, como era esperable, fue mayor en el grupo 2 (mediana, 12.75

g/dL), con diferencia estadística respecto del grupo 1. Véanse la **Figura 1** y la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características generales por actividad de la enfermedad (estado basal), n = 189 (%). (CG042)

Variable	Grupo 1 Remisión y actividad leve, n = 143 (%)	Grupo 2 Actividad moderada y grave, n = 46 (%)	Valor de p
Edad (años) Media ± DE	57.83 ± 13.38	55.36 ± 13.90	0.284*
Mujeres	129 (90.2)	36 (78.3)	0.034*
Diabetes mellitus	32 (22.4)	7 (15.2)	0.297*
Hipertensión arterial sistémica	40 (28)	8 (17.4)	0.152*
Hipotiroidismo	24 (16.8)	2 (4.3)	0.033*
Cardiopatía isquémica	8 (5.6)	4 (8.7)	0.453*
Fibromialgia	28 (19.6)	9 (19.6)	0.998*
Síndrome de Sjögren	20 (14)	3 (6.5)	0.178*
IMC			
Normal	66 (46.2)	13 (28.9)	0.116*
Sobrepeso	49 (34.3)	20 (44.4)	0.071*
Obesidad grado 1	18 (12.6)	5 (11.1)	0.560*
Obesidad grado 2	6 (4.2)	6 (13.3)	0.013*
Obesidad grado 3	4 (2.8)	1 (2.2)	0.837*
Hipercolesterolemia	33 (23.1)	11 (25)	0.793*
LDL > 100 mg/dL	77 (55.4)	18 (42.9)	0.154*
Hipertrigliceridemia	38 (27.5)	12 (28.6)	0.896*
Anti-PCC > 150 U/mL	14 (9.8)	8 (17.8)	0.146*

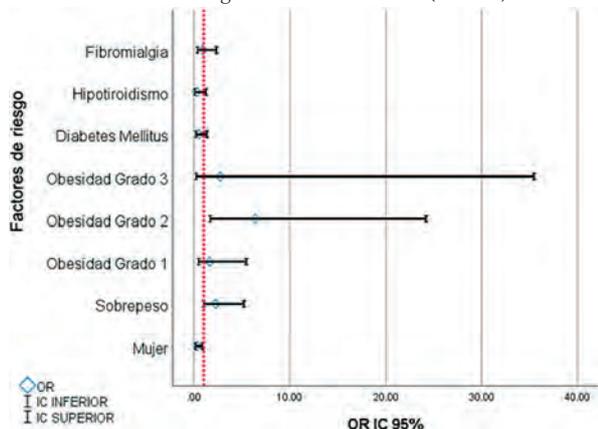
*t de Student; *ji cuadrada; Anti-PCC, antipéptidos cíclicos citrulinados; DE, desviación estándar.

Conclusiones: Los pacientes con obesidad de grado 2 tienen 6.35 veces mayor riesgo de presentar actividad moderada y grave en relación con los pacientes que no la tienen. Como se esperaba, el sexo masculino es un factor de riesgo para actividad moderada a grave de la enfermedad. El hipotiroidismo tuvo una tendencia a ser un factor de riesgo; sin embargo, se requiere mayor tamaño de la muestra para establecer la relación.

Bibliografía

- Taylor PC, Atzeni F, Balsa A, et al. The key comorbidities in patients with rheumatoid arthritis: a narrative review. *J Clin Med.* 2021;10(3):509.
- Kroot EJ, van Gestel AM, Swinkels HL, et al. Chronic comorbidity in patients with early rheumatoid arthritis: a descriptive study. *J Rheumatol.* 2001;28(7):1511-7.

Figura 1. Estudio multivariado: comorbilidades como factores de riesgo para actividad moderada a grave de la enfermedad. (CG042)



3. Crepaldi G, Scirè CA, Carrara G, et al. Cardiovascular comorbidities relate more than others with disease activity in rheumatoid arthritis. *PLoS One*. 2016;11(1):e0146991.
4. Álvarez-Nemegyei J, Pacheco-Pantoja E, González-Salazar M, et al. Association between overweight/obesity and clinical activity in rheumatoid arthritis. *Reumatol Clin*. 2020;16(6):462-7.

CG043

Factores asociados a actividad detectada por ultrasonido musculoesquelético en pacientes con artritis reumatoide clínicamente en remisión o actividad baja

Ramírez-Pérez AA, Catana-Hernández R, Vázquez-Zaragoza MA, Pérez-Cristóbal M, Hernández-Vásquez R

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

Introducción: El 30% de los pacientes con artritis reumatoide que obtienen índices de actividad bajos o en remisión pueden tener actividad de la enfermedad detectada por ultrasonido musculoesquelético (USME). La presencia de este tipo de actividad tiene incremento en el riesgo de progresión de la enfermedad (OR, 6.95; IC95%, 3.4-13.9; $p < 0.0001$) y recaída clínicamente evidente (OR, 3.2; IC95%, 1.8-5.9; $p = 0.0001$). La búsqueda de factores relacionados con esta actividad puede ayudar a la detección temprana de grupos de riesgo.

Objetivos: Detectar factores de riesgo para actividad de artritis reumatoide sustentada por ultrasonido musculoesquelético en pacientes con remisión o actividad baja de la enfermedad.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes que cumplieran criterios de clasificación ACR/EULAR 2010, en remisión o actividad baja por SDAI e informe de USME de manos en expediente electrónico (consulta de USME). Se evaluaron los datos clínicos de las dos consultas anteriores a la realización del ultrasonido (consultas 1 y 2). De las consultas 1 y 2 se evaluaron factores sociodemográficos y aquellos relacionados con la artritis reumatoide y su tratamiento. El análisis descriptivo de todas las variables se llevó a cabo con estadística de tendencia central y dispersión para variables continuas, frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Las variables se sometieron a un análisis de regresión logística para analizar inicialmente la razón de momios de forma bivariada y multivariada para predecir el riesgo de actividad persistente por ultrasonido.

Resultados: De 84 pacientes, el 94% correspondió a mujeres, con una media de edad de 53.14 años (± 11.04); la mediana de presentación de la enfermedad fue de 14 años (RIC 7,23) y la media de SDAI de 6.22 (± 3.06). Se analizaron múltiples variables para valorar la posible relación de

riesgo y predicción de actividad por ultrasonido; sólo el incremento de articulaciones dolorosas de las consultas 1 y 2 y la PCR persistentemente elevada tuvieron relaciones de riesgo. El resto de variables careció de relevancia estadística (Tabla 1).

Figura 1. Estudio multivariado: comorbilidades como factores de riesgo para actividad moderada a grave de la enfermedad. (CG043)

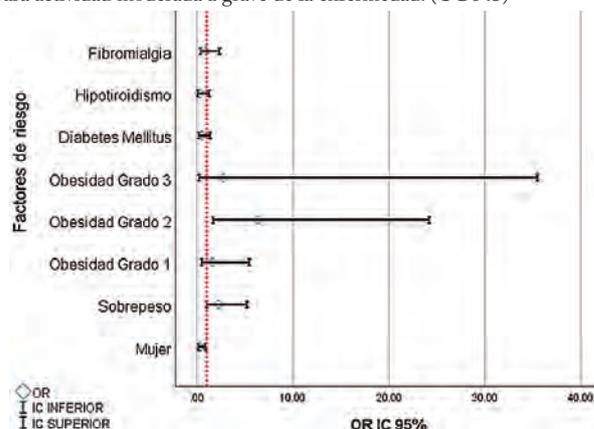


Tabla 1. Características generales por actividad de la enfermedad (estado basal), n = 189 (%). (CG043)

Variable	Grupo 1 Remisión y actividad leve, n = 143 (%)	Grupo 2 Actividad moderada y grave, n = 46 (%)	Valor de p
Edad (años) Media \pm DE	57.83 \pm 13.38	55.36 \pm 13.90	0.284*
Mujeres	129 (90.2)	36 (78.3)	0.034*
Diabetes mellitus	32 (22.4)	7 (15.2)	0.297*
Hipertensión arterial sistémica	40 (28)	8 (17.4)	0.152*
Hipotiroidismo	24 (16.8)	2 (4.3)	0.033*
Cardiopatía isquémica	8 (5.6)	4 (8.7)	0.453*
Fibromialgia	28 (19.6)	9 (19.6)	0.998*
Síndrome de Sjögren	20 (14)	3 (6.5)	0.178*
IMC			
Normal	66 (46.2)	13 (28.9)	0.116*
Sobrepeso	49 (34.3)	20 (44.4)	0.071*
Obesidad grado1	18 (12.6)	5 (11.1)	0.560*
Obesidad grado 2	6 (4.2)	6 (13.3)	0.013*
Obesidad grado 3	4 (2.8)	1 (2.2)	0.837*
Hipercolesterolemia	33 (23.1)	11 (25)	0.793*
LDL > 100 mg/dL	77 (55.4)	18 (42.9)	0.154*
Hipertrigliceridemia	38 (27.5)	12 (28.6)	0.896*
Anti-PCC > 150 U/mL	14 (9.8)	8 (17.8)	0.146*

*t de Student; *Ji cuadrada; Anti-PCC, antipeptidos cíclicos citrulinados; DE, desviación estándar.

Conclusiones: El incremento de dos o más articulaciones dolorosas de una consulta a otra y la persistencia de la proteína C reactiva por arriba de 0.47 mg/dL en por lo menos dos consultas son factores de riesgo que pueden predecir actividad de artritis reumatoide por ultrasonido.

Bibliografía

1. Nguyen H, Ruysen-Witrand A, Gandjbakhch F, Constantin A, Foltz V, Cantagrel A. Prevalence of ultrasound-detected residual synovitis and risk of relapse and structural progression in rheumatoid arthritis patients in clinical remission: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2014 Nov;53(11):2110-8.

- Gärtner M, Alasti F, Supp G, Mandl P, Smolen JS, Aletaha D. Persistence of subclinical sonographic joint activity in rheumatoid arthritis in sustained clinical remission. *Ann Rheum Dis*. 2015 Nov;74(11):2050-3.
- Ohrndorf S, Fischer IU, Kellner H, et al. Reliability of the novel 7-joint ultrasound score: results from an inter- and intraobserver study performed by rheumatologists. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 Aug;64(8):1238-43.
- Brulhart L, Ziswiler HR, Tamborini G, Zufferey P; SONAR/SCQM programmes. The importance of sonographer experience and machine quality with regards to the role of musculoskeletal ultrasound in routine care of rheumatoid arthritis patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2015 Jan-Feb;33(1):98-101.

CG044

Cambios en la geometría ventricular en pacientes con artritis reumatoide, con y sin síndrome metabólico

Azpiri-López JR, Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza IJ, Arias-Peralta ÁG, Beltrán-Aguilar VM, González-González V, De Ávila-González N, Cárdenas-De La Garza JA, Guajardo-Jáuregui N

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que incrementa el riesgo cardiovascular en los pacientes; asimismo, se ha relacionado con cambios funcionales y estructurales del corazón. El síndrome metabólico (SM) es un conjunto de anomalías metabólicas consideradas como factores de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular y diabetes; este síndrome se vincula con cambios en la geometría del ventrículo izquierdo, lo que incrementa el desarrollo de enfermedad cardiovascular.

Objetivos: Determinar la prevalencia de cambios estructurales del ventrículo izquierdo en pacientes con artritis reumatoide, con y sin síndrome metabólico.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo, comparativo. En el grupo de AR y SM se incluyó a pacientes de 40 a 75 años que cumplieran con los Criterios ACR/EULAR 2010 que acudieron al servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José E. González; SM se definió de acuerdo con los criterios NCEP ATP III. Se excluyó a los pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular. Se realizaron un ecocardiograma transtorácico a todos los pacientes, la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la distribución y la prueba ji cuadrada para la comparación de los grupos.

Resultados: Se incluyó a 90 pacientes en el estudio, de los cuales 85 (94.4%) fueron mujeres con un IMC de 28.23 (± 4.7). Se dividieron en dos grupos, con un total de 32 personas en el grupo de pacientes con AR y SM, y 58 pacientes en el grupo de AR sin SM. El cambio morfológico más frecuente encontrado en el ecocardiograma fue la remodelación concéntrica del ventrículo izquierdo en ambos grupos con una prevalencia de 31.3% en pacientes con AR y SM, y de 24.1% en pacientes con AR sin SM (Tabla 1).

Conclusiones: En los pacientes con AR no sólo es importante un óptimo tratamiento de las comorbilidades cardiovasculares, sino también mantener un control adecuado de la enfermedad reumatológica para disminuir el daño cardiovascular puesto que no hay diferencia en la prevalencia de cambios en la geometría ventricular en pacientes con AR, con y sin síndrome metabólico.

Bibliografía

- Azpiri-López JR, Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza IJ, Arvizu-Rivera RI, Cárdenas-de la Garza JA, Vera-Pineda R, et al. Echocardiographic evaluation of pulmonary hypertension, right ventricular function, and right ventricular-pulmonary arterial coupling in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2021;40(7):2651-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-020-05544-z>.
- Mahmud A, Almutaser I, Brown A, King G, Crean P, Feely J. Left ventricular structural and functional changes in the metabolic syndrome. *J Cardiometab Syndr* [Internet]. 2009;4(2):81-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-4572.2008.00043.x>.

Tabla 1. Características demográficas y geometría del ventrículo izquierdo de la población (n = 90). (CG044)

	AR y SM (n = 32)	AR sin SM (n = 58)	Valor de p
Mujeres, n (%)	30 (93.8%)	55 (94.8%)	NS
Edad, años Media (DE)	55.18 (DE ± 11.2)	54.38 (DE ± 8.2)	NS
IMC promedio kg/m ² , mediana (RIC)	31.8 Kg/m ² (28.7-34.8)	26.4 Kg/m ² (24.0-28.0)	< 0.001
Dislipidemia, n (%)	10 (31.3%)	9 (15.5%)	NS
HTA, n (%)	20 (62.5%)	10 (17.2%)	< 0.001
TAS promedio mmHg, mediana (RIC)	121.0 mmHg (117.2-139.7)	112.0 mmHg (108.0-120.7)	< 0.001
TAD promedio mmHg, mediana (RIC)	80.0 mmHg (71.0-82.2)	72.5 mmHg (69.0-80.0)	0.003
DMT2, n (%)	11 (34.4%)	6 (10.3%)	0.005
Osteoporosis, n (%)	2 (6.3%)	11 (19%)	NS
Hipotiroidismo, n (%)	2 (6.3%)	4 (6.9%)	NS
Geometría del ventrículo izquierdo			
Normal, n (%)	20 (62.5%)	40 (69%)	NS
Hipertrofia concéntrica, n (%)	2 (6.3%)	4 (6.9%)	NS
Remodelación concéntrica, n (%)	10 (31.3%)	14 (24.1%)	NS

AR, artritis reumatoide; SM, síndrome metabólico; HTA, hipertensión arterial; TAS, tensión arterial sistólica; TAD, tensión arterial diastólica; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; NS, no significativo.

CG045

Eficacia y seguridad de upadacitinib en un escenario de la vida real

Pinto-Ortiz M¹, Irazoque-Palazuelos F²

⁽¹⁾Hospital Ángeles Mocol, ⁽²⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El upadacitinib es un inhibidor reversible y selectivo de las cinasas Janus (JAK), enzimas que transducen las señales intracelulares que intervienen en una amplia gama de procesos celulares, como la inflamación, la hematopoyesis y la función inmunitaria; este fármaco inhibe de manera preferente a JAK1 y permite así la modulación de la respuesta inflamatoria e inmunitaria. Está indicado para el tratamiento de la AR activa de moderada a grave.

Objetivos: Comparar en este grupo de pacientes la efectividad y la seguridad de dicho tratamiento respecto de lo descrito con anterioridad.

Material y métodos: Cohorte de 19 pacientes con artritis reumatoide con actividad grave seguidos a un año, con diferentes escenarios de líneas terapéuticas, para evaluar la eficacia por DAS 28 mediante PCR y VSG, así como la seguridad del upadacitinib.

Resultados: En el total de la cohorte se demostró que, en relación con la evolución de la enfermedad, la respuesta a los tres meses en cuanto a la remisión se logró en un 52.7% de los pacientes y un 21% tuvo actividad baja a moderada; asimismo, a los 12 meses, tres pacientes que fueron los que continuaron con el tratamiento alcanzaron la remisión en un 66.6% y actividad moderada en 33.4%, con un valor de p < 0.001, lo cual lo hace clínicamente significativo (Figura 1 y Tabla 1). También se observó una reducción persistente en DAS28 VSG, DAS28PCR, EVA, articulaciones inflamadas y dolorosas, VSG y PCR a lo largo de un año. De los efectos adversos, sólo un paciente tuvo infección de vías respiratorias inferiores, dos pacientes infección de vías urinarias y uno herpes zóster con afectación en un solo dermatoma. Las comorbilidades relacionadas en estos pacientes fueron las siguientes: 5 pacientes DM, 4 HAS, 2 antecedente de cáncer de mama y 4 tabaquismo.

Figura 1. (CG045)

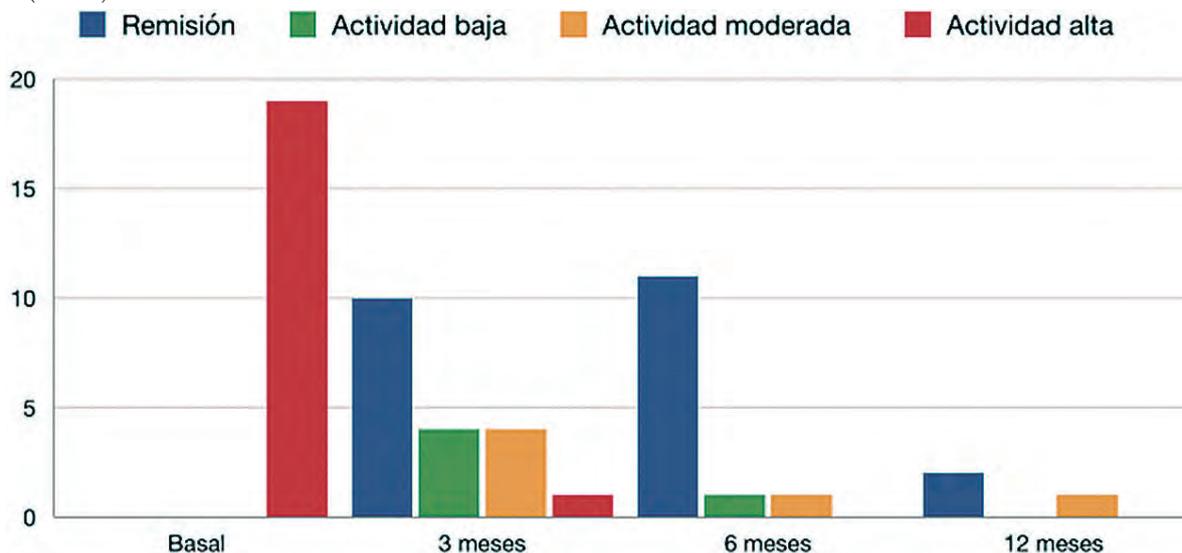


Tabla 1. Respuesta terapéutica al upadacitinib. (CG045)

Variable respuesta	Basal (n = 19/100%)	Respuesta 3 meses (n = 19/100%)	Respuesta 6 meses (n = 13/68%)	Respuesta 12 meses (n = 3/16%)	Valor p B-3m
Estado de la enfermedad [n/%]					< 0.001 ^a
Remisión	0/0	10/52.7	11/84.6	2/66.6	
Actividad baja	0/0	4/21.0	1/7.7	0/0	
Actividad moderada	0/0	4/21.0	1/7.7	1/33.4	
Actividad alta	19/100	1/5.3	0/0	0/0	
DAS28-VSG ^a [media (DE)]	5.9 (1.3)	2.8 (1.3)	2.2 (1.4)	2.5 (0.9)	< 0.001 ^c
DAS28-PCR ^a [media (DE)]	5.9 (1.3)	2.4 (1.3)	2.0 (1.1)	2.5 (0.9)	0.002 ^c
EVA [mediana (intervalo)]	8 (5-10)	1 (0-6)	2 (0-4)	1 (0-4)	< 0.001 ^d
Articulaciones inflamadas [mediana (intervalo)]	6 (2-14)	0 (0-5)	0 (0-2)	0 (0-2)	< 0.001 ^d
Articulaciones dolorosas [mediana (intervalo)]	12 (6-22)	2 (0-12)	0 (0-6)	0 (0-3)	< 0.001 ^d
VSG ^a (mm/h) [media (DE)]	33.6 (11.9)	13.8 ()	8.7 ()	12 ()	0.005 ^c
PCR (mg/dl) [mediana (intervalo)]	6.2 (4.4-8.1)	1.3 (1.0-1.6)	1.4 (1.0-2.0)	1.0 (1.0-2.0)	0.019 ^d

Conclusiones: El perfil de eficacia mostró una mejoría gradual y persistente en todos los pacientes, con reducción de la intensidad de la enfermedad y una $p < 0.001$, por lo cual es consistente con una buena respuesta clínica. Con respecto al perfil de seguridad, no se registraron episodios graves. El upadacitinib representa una opción de tratamiento para los pacientes con artritis reumatoide.

Bibliografía

1. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update.
2. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Annals of the Rheumatic Diseases* Published Online First: 22 January 2020.
3. Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Annals of*

the Rheumatic Diseases Published Online First: 06 March 2017. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-210715.

CG046

Sitosterolemia en paciente pediátrico: reporte de caso

Aparicio-Vera LA, García-Herrera IP

Hospital para el Niño Poblano

Introducción: La sitosterolemia es una enfermedad autosómica recesiva en extremo rara. Se caracteriza por la deficiencia de las vías que normalmente impiden la absorción y retención de esteroides de tipo no colesterol, como los provenientes de vegetales y mariscos. El gen causante de la enfermedad se localiza en el cromosoma 2p21 y las mutaciones en cualquiera

de los genes que conforman el *locus* ABCG5 o ABCG8 causan la enfermedad. La referencia de los pacientes con esta afección a reumatología pediátrica se fundamenta en la afectación articular, hematológica y su relación con episodios isquémicos.

Objetivos: Notificar el caso de un paciente pediátrico con sitosterolemia. **Material y métodos:** Cohorte de 19 pacientes con artritis reumatoide y actividad grave seguidos a un año, con diferentes escenarios de líneas terapéuticas, para evaluar la eficacia por DAS 28 por PCR y VSG, así como la seguridad del upadacitinib (**Figura 1** y **Tabla 1**).

Resultados: Un paciente femenino de dos años acude al departamento de reumatología pediátrica por un padecimiento iniciado al año de edad, caracterizado por crisis convulsivas y EVC isquémico. La exploración física destaca microcefalia, hepatomegalia y esplenomegalia, y los estudios de laboratorio revelan leucopenia y linfopenia, anemia, trombocitopenia y elevación de enzimas hepáticas. Se decide ampliar abordaje y se descartan infección por virus hepatotropos, causas hematológicas relacionadas con trombofilias y errores innatos del metabolismo. El servicio de reumatología sospecha un síndrome antifosfolípidos, ya que se documenta de manera inicial una positividad para anticoagulante lúpico; sin embargo, después se informan de manera persistente anticuerpos negativos relacionados con SAF. El resto del perfil autoinmunitario también es negativo. La paciente persiste con trombocitopenia, leucopenia, linfopenia y elevación de transaminasas, por lo que se decide realizar análisis genético en búsqueda de citopenias autoinmunitarias relacionadas con errores innatos del sistema inmunológico. El panel genético registra positividad para sitosterolemia (mutación ABCG5), más linfocitosis hemofagocítica familiar tipo 3 (UNC13D).

Conclusiones: La sitosterolemia es una alteración relacionada con el metabolismo de los fitoesteroles; es una enfermedad muy rara con cerca de 100 casos notificados en el plano internacional. Sus síntomas suelen aparecer después del año de edad, tras la exposición de otro tipo de esteroides. La mutación relacionada se encuentra en los genes *ABCG5* (*ATP binding cassette subfamily G member 5*) o *ABCG8*. Sus síntomas pueden incluir esplenomegalia, hipertensión portal, trombocitopenia, afectación articular, cutánea y nexo con episodios isquémicos. Este caso corresponde al segundo notificado en este país y el primero en el centro de los autores. Otro punto relevante es la alteración genética concomitante en este paciente, la cual se vincula con linfocitosis hemofagocítica familiar, por lo que no se descarta un fenotipo poligénico, cuyos síntomas pueden exacerbarse en cualquier momento.

Bibliografía

1. Kori Williams, Allison Segard, Gregory A. Graf. Sitosterolemia. Twenty years of discovery of the function of ABC5 ABCG8. *Int J Mol Sci.* 2021;22:264.
2. Tada H, Nomura A, Ogura M, Ikewaki K, Ishigaki Y, Inagaki K, et al. Diagnosis and management of sitosterolemia 2021. *J Atheroscler Thromb.* 2021 Aug 1;28(8):791-801.

CG047

Síndrome periódico asociado al receptor 1 de TNF-alfa (TRAPS): reporte de caso

Escamilla-Violante R, Arellano-Valdez CA

Centro Médico Nacional de Occidente IMSS (Pediatria)

Introducción: El síndrome periódico relacionado con el receptor 1 de TNF es una enfermedad autoinflamatoria rara, autosómica dominante, vinculada con variantes patogénicas heterocigotas, localizadas en el cromosoma 12, en el gen de la superfamilia del receptor TNF-1A (*TNFRSF1A*), que consta de tres dominios: extracelular, transmembranal e intracelular. Este receptor defectuoso es incapaz de desprenderse de la membrana celular, producir un defecto en la apoptosis, perpetuar la señalización proinflamatoria e inducir también la producción de IL-1.

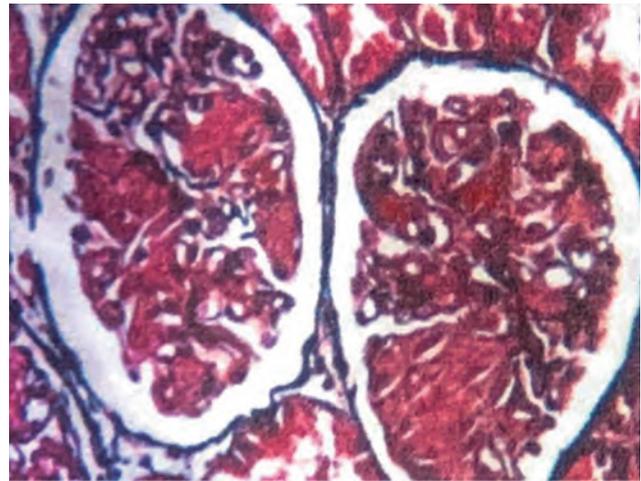
Se han descrito 170 variantes de secuencia sin sentido, 43 validadas como patogénicas y 56 como probables patogénicas. Las variantes causales se

encuentran en el dominio extracelular, codificado por los exones 2-6, y son las más causantes de una mayor predisposición a desarrollar amiloidosis. Las manifestaciones clínicas dependen de la variante y su penetrancia, pero las más frecuentes son dolor abdominal, exantema maculopapular, fiebre, edema periorbitario y mialgias. El diagnóstico debe sospecharse al existir síntomas inflamatorios periódicos por más de cinco días, mejoría de los síntomas después del tratamiento con corticoides y antecedentes familiares positivos; se confirma con estudio genético.

Objetivos: Presentar un caso clínico.

Resultados: Paciente masculino de nueve años a quien de forma incidental se detecta proteinuria (y atendido inicialmente por el servicio de nefrología como síndrome nefrótico), además de hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia e hipertensión. Se inicia tratamiento con antihipertensivo y corticoide, pero se observa que es dependiente de los corticoides debido a la persistencia de proteinuria, por lo que se decide toma de biopsia renal, la cual se informa con amiloidosis AA (**Figura 1**). Se envía al servicio de reumatología pediátrica al sospecharse una anomalía renal secundaria. Se identificó historial desde el año de vida de fiebre recurrente, periódica, acompañada de dolor abdominal y exantema de una semana de duración, infecciones de vías aéreas recurrentes y antecedente de padre con amiloidosis renal AA. La exploración física muestra edema periorbitario, por lo que se inicia abordaje para síndrome autoinflamatorio. Además, se documenta hiperuricemia y plaquetosis, por lo que se agregó ASA y colchicina al tratamiento. Se solicitó secuenciación de exoma dirigido que revela variante patogénica en estado heterocigoto en el gen *TNFRSF1A* y se integra el diagnóstico de TRAPS. A pesar del tratamiento con corticoide de manera prolongada, se observó persistencia de síntomas inflamatorios, por lo que inicia tratamiento anti-TNF (etanercept) y el paciente se mantiene asintomático luego de éste.

Figura 1. Tinción de Jones: se reconocen depósitos de material amiloide amorfo en el mesangio. (CG047)



Conclusiones: A pesar de que entre los síndromes autoinflamatorios, el TRAPS es uno de los más comunes, con una incidencia de 1 por cada 1 000 000 de personas y distribución mundial, el mecanismo exacto por el cual se induce la activación de la respuesta inflamatoria aún no se comprende por completo debido, en parte, a la gran variedad de variantes patogénicas que originan presentaciones clínicas heterogéneas; esto conduce a un diagnóstico tardío y en ocasiones incidental, como parte del abordaje de las complicaciones, como la amiloidosis. Es por ello de gran importancia que, ante un cuadro con síntomas característicos de la enfermedad, como fiebre, dolor abdominal, exantema migratorio, mialgias y edema periorbitario, se reconozca y trate de manera temprana. El tratamiento con fármacos anti-TNF ha mostrado una respuesta parcial y previene la amiloidosis AA hasta en el 80% de pacientes, pero con persistencia de los síntomas inflamatorios. Los inhibidores de interleucina 1 se consideran la primera línea de tratamiento, ya que han mostrado remisión total de los síntomas, normalización de marcadores inflamatorios y prevención de complicaciones. Sin embargo, no están disponibles en México.

Bibliografía

1. Delaleu J, Deshayes S, Rodrigues F, Savey L, Riviere E, Martin-Silva N, et al. Tumour necrosis factor receptor-1 associated periodic syndrome (TRAPS)-related AA amyloidosis: a national case series and systematic review. *Rheumatology*. 2021;60:12. 5775:5784.
2. Cudrici C, Deutch N, Aksentijevich I. Revisiting TNF receptor-associated periodic syndrome (TRAPS): Current Perspectives. *Int J Mol Sci*. 2020;21:3263. 1-18.

CG048

Colecistitis alitiásica como forma de debut de lupus eritematoso sistémico juvenil

Rojas-Sigala LA, Arellano-Valdez CA, Méndez-Núñez M, Portillo-Rivera AC

Centro Médico Nacional de Occidente IMSS (Pediatria)

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria con manifestaciones orgánicas múltiples. Dentro de las manifestaciones gastrointestinales, la colecistitis alitiásica aguda suele presentarse luego del diagnóstico y es una forma sumamente rara de inicio de la enfermedad, con una incidencia menor al 0.05%.

Objetivos: Se describe el caso de una paciente femenina con anemia hemolítica y colecistitis alitiásica como presentación inicial de LES.

Resultados: Informe de caso: paciente femenina de 11 años referida a la institución de los autores por anemia hemolítica, dolor abdominal, fiebre y hepatitis con patrón colestásico, sin antecedente de enfermedades hepáticas o autoinmunitarias en la familia. A su ingreso muestra anemia hemolítica grave, resistente al tratamiento con metilprednisolona e inmunoglobulina, y requiere tratamiento biológico con rituximab. Evoluciona con datos de respuesta inflamatoria sistémica, dolor abdominal intermitente, elevación de transaminasas

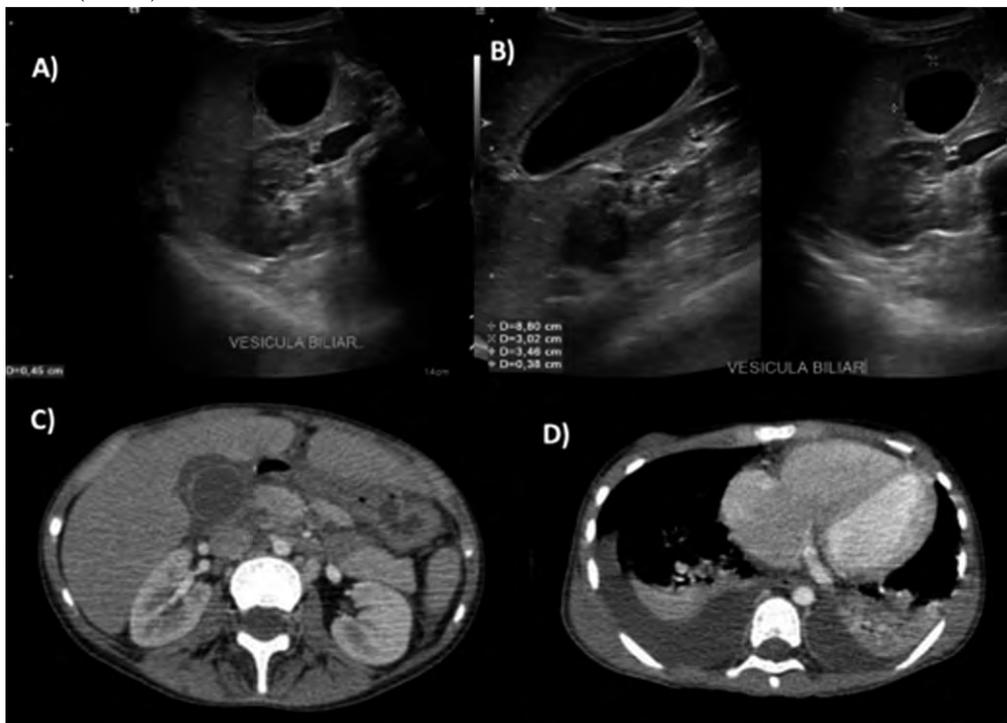
y patrón colestásico. El ultrasonido abdominal delinea una vesícula biliar con pared engrosada hasta de 4.5 mm y la TAC contrastada señala hidrocolecisto (**Figura 1**). En una primera intervención quirúrgica se practica colecistostomía por presentar estado de choque secundario a respuesta inflamatoria por afeción abdominal y se drenan 40 mL de hidrocolecisto y líquido libre en cavidad abdominal (200 mL); tras la estabilización se realizó colecistectomía. Se establece el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con base en los siguientes criterios SLICC 2012: serositis (derrame pleural por estudio de imagen), anemia hemolítica, trombocitopenia, positividad de anticuerpos antinucleares, anti-DNAs y antifosfolípidos, e hipocomplementemia. Después de la colecistectomía y el tratamiento con rituximab (375 mg/m²/sem) por cuatro semanas, evoluciona de manera favorable y se continúa el tratamiento con esquema de glucocorticoides y antimalárico.

Conclusiones: Entre las manifestaciones gastrointestinales de LES, aquellas que afectan a la vesícula biliar son raras. En esta paciente se determinó un diagnóstico por clínica y con apoyo de estudios de gabinete mediante ultrasonido y TAC hepatobiliar. Aunque su patogenia se desconoce, se ha propuesto que pueden relacionarse con vasculitis, trombosis y enfermedad venooclusiva inflamatoria. Se han descrito sólo 11 casos de colecistitis alitiásica como manifestación inicial de LES. Aún no existe una normativa sobre el tratamiento indicado, pero en algunos casos se han publicado resultados favorables con el uso de esteroides a dosis altas, que en esta paciente se prescribieron para el tratamiento de la anemia hemolítica, sin mostrar mejoría de la afeción abdominal y con necesidad en un primer tiempo quirúrgico de colecistostomía por estado de choque y, con posterioridad, tras la estabilización hemodinámica, se practicó colecistectomía. La mortalidad de la colecistitis alitiásica varía desde el 90% en pacientes críticamente enfermos, como en el caso de esta paciente, hasta el 10% en pacientes ambulatorios. La adecuación de un tratamiento oportuno es indispensable para disminuir las comorbilidades y el pronóstico a largo plazo.

Bibliografía

1. Lee J, Lee YJ, Kim Y. Acute acalculous cholecystitis as the initial manifestation of systemic lupus erythematosus: a case report. *Medicine*. 2021;100(22):e26238.

Figura 1. A y B. Engrosamiento de la vesícula biliar, edema y líquido libre circundante, signos indicativos de proceso agudo tipo colecistitis. **C.** Vesícula biliar con incremento de su volumen y presencia de líquido perivesicular, consistente con hidrocolecisto. **D.** Consolidación basal bilateral y presencia de derrame pleural bilateral. (CG048).



2. Mendonça JA, Marques-Neto JF, Prando P, Appenzeller S. Acute acalculous cholecystitis in juvenile systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2009;18(6):561-3.

Tabla 1. Estudios de laboratorio basales y durante la evolución. (CG048)

Estudio (valor de referencia)	Valor en la paciente
Hemoglobina (11.5-13.5 g/dL)	3.3
Plaquetas (150-350 miles/ μ L)	145
Leucocitos (4.5-13.5 miles/ μ L)	14.92
Linfocitos (1.5-6.5 miles/ μ L)	2.39
Neutrófilos (1.5-8.5 miles/ μ L)	10.00
Procalcitonina (< 0.5 ng/mL)	0.47
PCR (0-10 mg/L)	49.5
VSG (0.15 mm/h)	25
Ferritina (14-79 ng/mL)	882.5
GGT (7-21 U/L)	225
AST (14-35 U/L)	430
ALT (9-24 U/L)	268
DHL (157-272 U/L)	2,147
Bilirrubina total (0.1-0.7 mg/dL)	7.56
Bilirrubina directa (0.05-0.3 mg/dL)	5.01
Bilirrubina indirecta (0-1.1 mg/dL)	2.56
FA (150-530 u/L)	346
Glucosa (80-120 mg/dL)	98
Urea (7.3-19 mg/dL)	39
Creatinina (0.3-0.6 mg/dL)	0.7
Amilasa (25-101 u/L)	64
Lipasa (4-39 UI/mL)	196
Albumina (4.1-4.8 g/dL)	3.5
Perfil inmunológico:	
Anticuerpos antinucleares (Neg)	1:80 Homogéneo (IFI)
Anticuerpos anti-DNAbs (Neg)	Positivo 1:10
Anticuerpos anti-Ro/SSa (< 20 UR/mL)	11.92 UR/mL
Anticuerpos anti-La/SSb (< 20 UR/mL)	< 2 UR/mL
Anticuerpos anti-Smith (< 20 UR/mL)	12.77 UR/mL
Anticuerpos anti-nucleosomas (< 1 UR/mL)	< 1 UR/mL
Ac anti-B2 Glicoproteína 1 IgG (< 20 UR/mL)	4.87 UR/mL
Anticuerpos anti-B2 Glicoproteína 1 IgM (< 20 UR/mL)	89.64 UR/mL
Anticuerpos anticardiolipina IgG (< 20 UR/mL)	5.73 UR/mL
Anticuerpos anticardiolipina IgM (< 20 UR/mL)	14.36 UR/mL
C3	44 mg/dL
C4	8 mg/dL
Coombs	Positivo 1:32 (+++)

PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; GGT, gammaglutamil transpeptidasa; AST, aspartato aminotransferasa; ALT, alanina aminotransferasa; DHL, deshidrogenasa láctica; FA, fosfatasa alcalina.

CG049

SAF catastrófico en paciente pediátrico con antecedente de cardiopatía congénita: reporte de caso

Aparicio-Vera LA, García-Herrera IP

Hospital para el Niño Poblano

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por el desarrollo de autoanticuerpos contra fosfolípidos de membrana o proteínas de unión a fosfolípidos que de manera secundaria desencadenan distintas manifestaciones clínicas; la principal de ellas es la trombosis. El SAF catastrófico es una entidad que

surge secundaria a este proceso de trombosis rápido y diseminado. Esta complicación es poco frecuente en pediatría y conlleva una elevada mortalidad.

Objetivos: Notificar un caso de un paciente pediátrico que inicia con SAF catastrófico, durante un procedimiento correctivo de cardiopatía congénita.

Resultados: Se trata de un paciente femenino de seis años con antecedente de coartación de la aorta diagnosticada al mes de edad. Aunque operada de coartectomía y plastia de aorta, sufre una nueva recoartación, por lo que se realiza otra intervención para corregir la cardiología intervencionista. Durante el último procedimiento se presenta deterioro súbito y de modo inicial se sospecha vasoespasmo reactivo a intervencionismo. En clínica se observan datos de hipoperfusión en extremidades inferiores, sangrado de tubo digestivo, más pancreatitis y lesión renal aguda. Se efectúa un segundo abordaje y se documentan trombosis de arteria iliaca común derecha, trombosis de arteria iliaca externa izquierda, trombosis de vena iliaca externa, trombosis de arteria femoral derecha, trombosis renal bilateral, trombosis en rama pancreatoduodenal y esplénica del tronco celiaco, y trombosis en arteria mesentérica superior, todas dentro de la semana posterior al cateterismo. Con base en ello se decide ampliar el estudio de la paciente en búsqueda de trombofilias primarias. La paciente presenta en la primera determinación anticuerpos anti-beta 2, glucoproteína IgG positiva, más anticoagulante lúpico positivo. Se inicia tratamiento a base de metilprednisolona, azatioprina y enoxaparina. Luego del egreso de terapia intensiva y medicina interna se documenta segundo esquema positivo para anticoagulante lúpico. La paciente actualmente se encuentra con recuperación de la función renal y pancreática, y tiene secuelas en la extremidad inferior derecha.

Conclusiones: El SAF catastrófico se debe considerar en pacientes con episodios trombóticos súbitos en más de tres órganos o sistemas con poco tiempo de evolución; el tratamiento oportuno es primordial y se basa en la anticoagulación, la inmunosupresión y las medidas de apoyo. El objetivo es interrumpir la cascada inflamatoria e inmunológica y, por consiguiente, las manifestaciones clínicas letales. El inicio de esta enfermedad puede vincularse con infecciones o lesiones endoteliales, como segundo HIT. El caso informado es relevante por la escasa frecuencia del SAF catastrófico en edad pediátrica, más la vinculación con la cardiopatía basal; es probable que el segundo HIT correspondiera a la lesión endotelial recibida durante el tratamiento intervencionista.

Bibliografía

- Arzu Soybilgic, Tadej Avcin. Pediatric APS: state of the art. *Current Rheumatology Reports*. 2020 Mar 3;22(3):9.
- Ali Nayer, Luis M Ortega. Catastrophic antiphospholipid syndrome: a clinical review. *J Nephropathol*. 2014 Jan;3(1):9-17.

CG050

Colitis pseudomembranosa por citomegalovirus en un paciente con neurolupus

Flores-Hernández JA, Ventura-Ríos L

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: Las infecciones son todavía una causa importante de morbilidad y hospitalización en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Se ha informado que hasta una cuarta parte de los pacientes presentará una infección dentro de los primeros cinco años de la enfermedad y hasta un 50% una infección grave en el transcurso de la afección. A continuación se presenta un caso de una paciente con infección por citomegalovirus (CMV) gastrointestinal tras recibir tratamiento con dosis altas de glucocorticoides.

Resultados: Mujer de 54 años con antecedente de hipotiroidismo, cefalea crónica de aproximadamente seis años de evolución y psoriasis, esta última sin tratamiento actual y sin lesiones aparentes. En julio de 2022 presentó cuadro de limitación para la abducción de ojo derecho y mirada primaria no conjugada, debilidad de miembros pélvicos, caracterizado por limitación para la deambulacion y subir escaleras, y luego incapacidad para miccionar, sin otras manifestaciones clínicas aparentes. Se hospitaliza para

Figura 1. Radiografía y tomografía (fase simple y contrastada) de abdomen al momento del diagnóstico. Se observa dilatación de las asas intestinales y se cumplen criterios de megacolon por asas intestinales > 6 cm de diámetro y pérdida de haustración. (CG050)



estudio; se realiza estudio de neuroconducción que revela polineuropatía motora-sensitiva y un perfil inmunológico en el cual se revelaron anticuerpos antinucleares en patrón nuclear homogéneo 1:640 (AC-1) y nuclear granular grueso 1:1 280 (AC-5), anti-DNA doble cadena 77 y anti-RNP en 643.8; se diagnosticó LES neurológico. Recibió tratamiento con pulsos de glucocorticoides y con posterioridad prednisona a dosis altas y azatioprina. Por sospecha de infección se prescribieron antibióticos. Luego de dos semanas de su egreso, la paciente mostró dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal y evacuaciones diarreicas, unas 20 a 25 evacuaciones por día, sin moco ni sangre, además de fiebre hasta 38°C. Se sospechó diarrea relacionada con antibióticos por lo que se indicó tratamiento con loperamida y metronidazol, con mejoría inicial, pero 72 horas después se consideró colitis inespecífica debido a la persistencia. Se descartó infección por *Clostridium difficile*. La endoscopia delineó colitis con presencia de pseudomembranas y patrón en empedrado en zona de colon sigmoideas. La biopsia de mucosa gastrointestinal no mostró enfermedad inflamatoria intestinal. Se descartó infección por virus de VIH. La carga viral para CMV fue de 2 108 copias, por lo que se inició tratamiento con antiviral (ganciclovir), que luego de tres semanas de tratamiento produjo resolución clínica, radiológica y serológica (carga viral < 1.0 copias).

Conclusiones: Éste es un caso de interés dado que casi al inicio del neurolupus desarrolló infección por CMV. Se ha descrito una alta tasa de infecciones por CMV en pacientes con LES, a menudo con manifestaciones graves y atípicas, de forma similar a una agudización de la enfermedad por afección respiratoria (neumonía), gastrointestinal (sangrado de tubo digestivo) o en sistema nervioso (encefalitis). Los glucocorticoides, la ciclofosfamida y la plasmaféresis se han relacionado con presentaciones graves. No existe hoy día una guía de tratamiento para infecciones por CMV en pacientes con LES, por lo que el tratamiento dirigido es similar a lo sugerido por las guías de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) para pacientes con infección por VIH, en quienes la respuesta al tratamiento se valora con base en la clínica y la carga viral.

Bibliografía

1. Dorgham DA, Anwar S, Khaled AS. Infection in systemic lupus erythematosus patients. The Egyptian Rheumatologist. 2021;43(2):1158. <https://doi.org/10.1016/j.ejr.2020.12.007>.
2. Danza A, Ruiz-Irastorza G. Infection risk in systemic lupus erythematosus patients: susceptibility factors and preventive strategies. Lupus. 2013;22(12):1286-94. <https://doi.org/10.1177/0961203313493032>.

CG051

Lupus eritematoso sistémico juvenil y malnutrición: reporte de un caso y revisión de la literatura

López-Noguera MA

Hospital General Regional #1 Culiacán

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmunitaria caracterizada por afectación multisistémica, cuyo tratamiento es aún complicado. Los factores que contribuyen al deterioro nutricional de estos pacientes incluyen la duración prolongada de la enfermedad, la gravedad, la edad de inicio, la nutrición subóptima y el consumo de fármacos, en especial corticosteroides, que constituyen el pilar terapéutico del LES, por lo que son susceptibles de padecer un mayor riesgo cardiovascular y cerebrovascular. Por otro lado, estos individuos también pueden sufrir desnutrición y se ha sugerido que la causa probable es la sobreproducción de autoanticuerpos que podría anular los requisitos para la producción de otras proteínas, por lo que la evaluación del estado nutricional debe ser una parte integral de la atención del paciente.

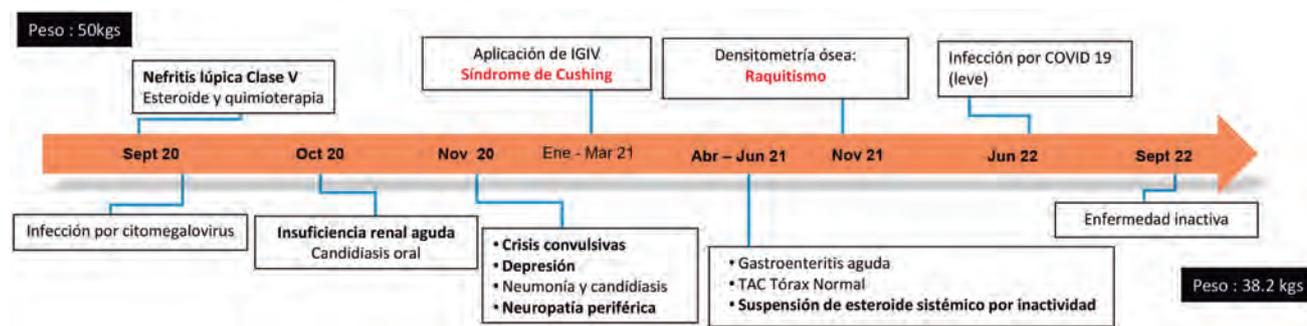
Objetivos: Paciente femenino de 15 años de edad diagnosticada con síndrome de Fisher-Evans a los 10 años tratada con prednisona y azatioprina. Dos años después se establece LES con afección cutánea (eritema malar), neurológica (crisis convulsivas/neuropatía), hematológica (anemia hemolítica), articular (poliartritis), vascular, serosa (derrame pleural), inmunológica y renal (nefritis lúpica clase V), cuyas complicaciones se desarrollaron en un lapso de dos meses, con una pérdida ponderal de 12 kg (Figuras 1 y 2). Se la trató de modo inicial con pulsos de metilprednisolona y rituximab y con posterioridad con prednisona, hidroxicloroquina y tratamiento de multiobjetivo. Se indicaron protectores renales más complementos de vitamina D, potasio, ácido fólico y sulfato ferroso. Se inició reducción de esteroide hasta suspender por inactividad. En septiembre de 2022 se encuentran en la exploración emaciación, extremidades hipotróficas, fuerza muscular 4/4 y marcha neuropática; se reconocen detención del medro y desnutrición aguda, según los estándares de la OMS. La densitometría ósea revela raquitismo. La evaluación dietética arroja un consumo menor a los requerimientos necesarios, hiporexia y baja actividad física.

Resultados: La evolución de la paciente pasó de un estado nutricional adecuado a un estado de desnutrición grave más detención de medro por causas multifactoriales. Los pacientes con LES pueden tener una falla de crecimiento debido al tratamiento médico y falta de exposición solar, la cual contribuyó a una densidad mineral ósea baja en esta paciente. La nefritis lúpica clase V también participa en el estado nutricional debido a la proteinuria significativa que mantuvo en su primera etapa de la enfermedad. Los hábitos dietéticos de los pacientes con lupus consumen cantidades significativamente menores de calorías, lo que lleva a varias deficiencias, entre ellas hierro, magnesio, ácido fólico, vitamina B₁, niacina y vitamina E; esto puede conducir a concentraciones elevadas de citocinas proinflamatorias, lo que eleva el riesgo cardiocerebrovascular. En conse-

Figura 1. Variación de peso e IMC durante la evolución de la enfermedad. (CG051)



Figura 2. Dos años de evolución: complicaciones y repercusión en el estado nutricional. (CG051)



cuencia, se recomienda una dieta con alimentos ricos en vitaminas y minerales, y ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados para controlar los hallazgos inflamatorios de la enfermedad.

Conclusiones: Los pacientes con LES son un reto en cuanto al tratamiento nutricional, ya que deben tomarse en cuenta los requerimientos, las comorbilidades, el uso y el empleo de esteroide sistémico. Al considerar el alto riesgo de desnutrición, el retraso del crecimiento óseo, las infecciones, la osteoporosis y el riesgo cardiovascular es posible sugerir que el estado nutricional óptimo puede interferir en el curso de la enfermedad y que los cambios dietéticos pueden mejorar la calidad de vida, por lo que se aconseja un tratamiento conjunto con nutrición y endocrinología pediátrica.

Bibliografía

1. Aparicio-Soto M. An update on diet and nutritional factors in systemic lupus erythematosus management. *Nutrition Research Reviews* (2017);30:118-137.
2. Montoya T. Epigenetic linkage of systemic lupus erythematosus and nutrition. *Nutr Res Rev* . 2021 Aug 16;1-21.

CG052

Comportamiento de Z score y proteína C reactiva en pacientes con enfermedad de Kawasaki refractaria tratados con recambio plasmático

Barba-Aguilar MAV, Primero-Nieto AK, Bermúdez-Canales HW, Guzmán-Revilla A, Rodríguez-Aguayo S, Faugier-Fuentes E

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Desde hace varios años, la administración de inmunoglobulina intravenosa se ha estandarizado como tratamiento inicial en la enfermedad de Kawasaki (EK) y ha demostrado que reduce el riesgo de aneurismas coronarios. A pesar de ello, se han publicado algunos infor-

mes de casos resistentes a este fármaco, por lo que se ha descrito en guías internacionales el uso de otras medidas farmacológicas.

Objetivos: Implementar el recambio plasmático como una opción en pacientes pediátricos con enfermedad de Kawasaki resistente, dado que existe evidencia de que su aplicación reduce las citocinas proinflamatorias y los reactantes de fase aguda, y disminuye la progresión del Z score. No obstante, a pesar de los múltiples beneficios, la casuística publicada en el mundo es escasa. Por esta razón, este trabajo tiene como propósito aportar la experiencia obtenida en el centro de los autores y describir los beneficios clínicos y bioquímicos de este tratamiento.

Resultados: Caso 1: paciente masculino de dos años, sano previamente. Cumplió criterios AHA 2017 para EK y el ecocardiograma reveló aneurismas coronarios. Se administró inmunoglobulina intravenosa (IGIV) a dosis de 2 g/kg/día y ácido acetilsalicílico a dosis antiinflamatoria. Ante Kobayashi > 5 puntos se inició la administración de cinco pulsos de metilprednisolona (30 mg/kg/día) de acuerdo con guías SHARE 2018 y ACR 2021. Persistió con PCR elevada y fiebre, por lo que se administró una segunda dosis de IgIV (2 g/kg/día) y el ecocardiograma de control registró un incremento del Z score de aneurismas pequeños a Z score medianos y persistió la PCR elevada; en consecuencia, se administró infliximab (5 mg/kg/dosis). A pesar de ascender a una tercera línea de tratamiento, se informó un incremento del Z score por lo que se pasó a tratamiento con ciclofosfamida (750 mg/m²/dosis), 3 pulsos con metilprednisolona (30 mg/kg/día) y azatioprina (2.5 mg/kg/día). No hay mejoría de reactantes y sí una nueva progresión de Z score a aneurismas gigantes; por lo tanto, se incrementó a tres sesiones de plasmáferesis como tratamiento. Presentó descenso de PCR y no hubo progresión del Z score de aneurismas (Tabla 1). Caso 2: paciente masculino de dos años previamente sano. Cumplió criterios para EK; Harada < 4 puntos y Kobayashi < 5 puntos al diagnóstico. El ecocardiograma al diagnóstico no revela alteraciones; se administró IgIV (2 g/kg/dosis) y el control ecocardiográfico delinea dos aneurismas pequeños y una dilatación, con incremento de PCR con respecto al diagnóstico; se administró una segunda dosis de IgIV (2 g/kg/dosis) y 3 pulsos con metilprednisolona (30 mg/kg/dosis) sin lograr disminución de reactantes y con progresión del Z score, por lo que se administró infliximab (5 mg/kg/dosis). Continuó la progresión del Z score a pesar de la administración de una tercera línea de tratamiento, por lo que se incrementa a 5 sesiones de

plasmaféresis. Al término de las sesiones presentó reactantes negativos y sin progresión del Z score (Tabla 2).

Conclusiones: En la actualidad existen informes de casos que hacen uso del recambio plasmático, en el cual se cuantifican la PCR y otras citocinas proinflamatorias antes y después del procedimiento; en este estudio sólo fue posible la medición de PCR debido a la disponibilidad, pero en las determinaciones posteriores al tratamiento con recambio plasmático se observó un descenso de PCR. Por otro lado, en ambos pacientes, el Z score en controles ecocardiográficos inmediatos no mostró progresión ni evidencia de nuevos aneurismas, por lo que se puede considerar esta modalidad como una opción terapéutica en casos resistentes. A largo plazo se documentó en ambos pacientes descenso del Z score.

Bibliografía

1. Imagawa T, Mori M, Miyamae T, Ito S, Nakamura T, Yasui K, et al. Plasma exchange for refractory Kawasaki disease. *European Journal of Pediatrics*. 1 de abril de 2004;163(4-5):263-4.
2. Koizumi K, Hoshiai M, Moriguchi T, Katsumata N, Toda T, Kise H, et al. Plasma exchange downregulates activated monocytes and restores regulatory T cells in Kawasaki disease: plasma exchange in Kawasaki disease. *Ther Apher Dial*. Feb 2019;23(1):92-8.

Tabla 1. Z score y PCR realizados en el paciente del caso 1. (CG052)

Día	13	17	20	24	26	32
Tratamiento	IgIV	IgIV	IFX	CF	PLEX	Control
PCR mg/dL	9.8	8.4	5.6	6.7	13.2	0.33
IP	-	Z 3.5	Z 5.4	Z 4.5	Z 5.9	Z 3.3
DA	-	Z 2.7	Z 5.1	Z 5.07	Z 3.5	Z 2.4
CDP	Z 2.1	Z 2.3	Z 4.2	Z 6.9	Z 7.4	Z 1.73
CDM	Z 3.6	-	Z 5.2	Z 5.1	Z 7.36	Z 3.8
CDD	-	-	Z 4.3	Z 4.5	Z 6.9	Z 1.64

Z score de ecocardiogramas. IgIV, inmunoglobulina; IFX, infliximab; CF, ciclofosfamida; AZT, azatioprina; AAS, ácido acetilsalicílico; MPS, metilprednisolona; PLEX, plasmaféresis; PCR, proteína C reactiva (mg/dL); IP, izquierda proximal; DA, descendente anterior; CDP, coronaria derecha proximal; CDM, coronaria derecha medial; CDD, coronaria derecha distal. Datos obtenidos del Archivo Clínico del Hospital Infantil de México.

Tabla 2. Z score y PCR realizados en el paciente del caso 2. (CG052)

Día	7	9	13	18	24	34
Tratamiento	IgIV	IgIV	IFX	CF	PLEX	Control
PCR mg/dL	9.2	8	6.2	0.7	0.7	< 0.3
IP	-	Z 3.28	Z 1.97	Z 4.8	Z 7.67	Z 4.98
DA	-	-	Z 2.22	Z 6.9	Z 10.79	Z 10
CF	-	-	-	Z 11.2	Z 11.15	Z 6.35
CDP	-	Z 3.28	Z 3.83	Z 11.1	Z 12.6	Z 11.4
CDD	-	-	Z 3.26	Z 12	Z 7.29	Z 4.99

Z score de ecocardiogramas. IgIV, inmunoglobulina; IFX, infliximab; CF, ciclofosfamida; AZT, azatioprina; AAS, ácido acetilsalicílico; MPS, metilprednisolona; PLEX, plasmaféresis; PCR, proteína C reactiva (mg/dL); IP, izquierda proximal; DA, descendente anterior; CDP, coronaria derecha proximal; CDM, coronaria derecha medial; CDD, coronaria derecha distal. Datos obtenidos del Archivo Clínico del Hospital Infantil de México.

CG053

Lesiones seudovasculíticas más hemorragia como manifestación inicial de síndrome antifosfolípidos en lupus eritematoso sistémico

Martínez-García F, Frutis-Meléndez M

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (Pediatria)

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) es una trombofilia, cuya características principal es la trombosis; suele presentarse de forma primaria o secundaria, sobre todo en relación con lupus. En la actualidad no existen criterios validados universalmente para el SAF pediátrico y las recomendaciones basadas en la evidencia para el diagnóstico y el tratamiento del SAF pediátrico y neonatal, publicados en fecha reciente por la iniciativa SHARE, establecen con claridad que los criterios de Sapporo 2006 son específicos, pero no sensibles en grado suficiente para el diagnóstico de SAF en niños.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente masculino de 16 años de edad, que inició su afección con aparición de lesiones cutáneas, tipo máculas (Figura 1), y pápulas en codos, palma de las manos y dedos de las manos; esto ocasiona dolor, sin prurito ni lesiones residuales. De manera inicial se realiza el diagnóstico diferencial con lesiones cutáneas por viruela símica, se solicitan estudios de laboratorios y se detectan plaquetas de 35 000, TGP 78, TGP 105, AU 10.5, TP 48, TTPA 206, serología IGG para CMV positivo. El ultrasonido abdominal indica hepatoesplenomegalia y la tomografía de tórax y abdomen linfadenopatía generalizada. Una biopsia en ganglio inguinal derecho registra un proceso inflamatorio. El servicio de hematología concluye infección por citomegalovirus, hepatopatía con esplenomegalia, coagulopatía por trombocitopenia secundaria e infección por CMV; se instituye apoyo transfusional con plaquetas y plasma fresco, sin remisión del cuadro hematológico. Se valora en el servicio de reumatología pediátrica y en el interrogatorio se identifican fiebre sin causa, caída de cabello, artralgias, úlceras orales, coluria e ictericia conjuntival. EGO: proteinuria de 25 mg/dL, leu 25, eritrocitos de 150, plaquetas 21 000, linf 640, anticardiolipinas IGG 280, anticardiolipinas IGM 12.5, anti-Smith 5.05 positivo débil, anti-DNA 10.80 negativo, complemento 3 (40), complemento 4 (8). Durante su estancia sufre hemorragia en áreas de punción, hematuria macroscópica y hematoma en cuello al intentar colocar el acceso venoso central por punción; ingresa al área de UTIP por el riesgo de sangrado y obstrucción de la vía aérea. Se concluyó por criterios de SLICC 2012 lupus eritematoso sistémico con afectación cutánea, serológica, hematológica, articular, renal y hepática. Se relaciona con anticuerpos antifosfolípidos. Se instituye tratamiento con pulsos de metilprednisolona (1 g/24 h), con inducción a la remisión con ciclofosfamida y rituximab.

Figura 1. Lesiones iniciales del paciente de tipo máculas. (CG053)



Conclusiones: Las lesiones cutáneas en el síndrome antifosfolípidos forma parte del cuadro clínico, pero en mínima presentación; lo esperado es la trombosis que forma parte de los criterios, pero las manifestaciones hemorrágicas son poco frecuentes si bien muy letales. Se ha documentado sangrado por la trombocitopenia, deficiencia de factores, en particular el factor VIII adquirido; este caso representó un reto diagnóstico por las lesiones cutáneas iniciales y la prolongación de los tiempos de coagulación, que no se corregían con plasma fresco. Es necesario realizar un interrogatorio completo basado en la sospecha diagnóstica y realizar estudios de extensión.

Bibliografía

- Rosina S, Chighizola CB, Ravelli A, Cimaz R. Pediatric antiphospholipid syndrome: from pathogenesis to clinical management. *Curr Rheumatol Rep.* 2021 Jan 28;23(2):10. doi: 10.1007/s11926-020-00976-7.
- Harris EN, Asherson RA, Gharavi AE, Morgan SH, Derue G, Hughes GR. Thrombocytopenia in SLE and related autoimmune disorders: association with anticardiolipin antibody. *Br J Haematol.* 1985 Feb;59(2):227-30.

CG054

Descripción de características demográficas, clínicas y terapéuticas de pacientes con arteritis de Takayasu del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Guzmán-Revilla A, Barba-Aguilar MAV, Primero-Nieto AK, Rodríguez-Aguayo S, Faugier-Fuentes E, Ramos-Tiñini P, Bermúdez-Canales HW

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es la arteritis de grandes vasos más frecuente en la edad pediátrica. El daño de la pared del vaso suele afectar a la adventicia y se caracteriza por comprometer la aorta y sus ramas principales. Los criterios en la población pediátrica validados son EULAR/PRINTO/PRÉS 2008.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con AR en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. **Material y métodos:** Informe de serie de casos de AT. Se incluyó a pacientes menores de 18 años que cumplieron criterios de clasificación EULAR/PRINTO/PRÉS 2008, valorados en el servicio de reumatología del Hospital Infantil de México (HIM) Federico Gómez entre enero del 2015 y mayo del 2022. Se describieron las características demográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes (**Tabla 1**).

Resultados: Se incluyó a seis pacientes, con predominio del sexo femenino (83%). La media de edad al diagnóstico fue de 10 años (DE 1.2). El tiempo máximo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 60 meses (media de 20 meses, tiempo mínimo de 1 mes y máximo de 60 meses). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron disminución de pulsos (83%) y diferencial de presiones (50%). Las arterias afectadas con más frecuencia fueron: carótidas (67%), subclavias (67%), renales (50%) y aorta abdominal (50%). Todos los pacientes recibieron metotrexato y esteroide de primera línea. El 83% de los pacientes requirió fármacos biológicos y el tocilizumab fue el más utilizado (4/6), seguido del infliximab (2/6). El 67% presentó recaída. Las comorbilidades más frecuentes fueron disfunción sistodiastólica (33%) y tuberculosis latente (33%).

Conclusiones: Ésta fue una serie realizada en población pediátrica mexicana del HIM Federico Gómez. Concordante con lo informado en las publicaciones médicas, el sexo femenino fue el predominante y las arterias afectadas principales fueron la carótida y las subclavias. A diferencia de la edad media referida por estudios internacionales, en esta serie fue de 10 años y llamó la atención el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico con un máximo de 60 meses, lo cual se ha vinculado con una mayor progresión de la enfermedad debido quizá al desconocimiento de esta enfermedad. El tratamiento inicial se basó en FARME y esteroides, casi todos los casos con necesidad de fármacos biológicos. A pesar de una frecuencia de recaída de 67% no se obtuvo ningún caso de mortalidad. El pronóstico depende del diagnóstico oportuno, tratamiento de inicio temprano y adecuado, y seguimiento estrecho para detectar datos de recaída. La AT es una vasculitis poco frecuente que requiere una alta sospecha en la población pediátrica, además de abordaje adecuado y tratamiento temprano combinado con esteroide, FARME, fármaco biológico y cirugía vascular; la finalidad es limitar la progresión de la enfermedad y disminuir el riesgo de comorbilidades.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y terapéuticas de pacientes con AT. (CG054)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino	Femenino
Edad	12	10	11	10	9	12
Tiempo transcurrido desde inicio de síntomas (meses)	6	24	1	5	24	60
Manifestación clínica	Disminución de pulsos Discrepancia de presiones Hipertensión arterial Fiebre Disminución de peso	Claudicación Disnea Fatiga Dolor torácico Disminución de peso	Disminución de pulsos Soplo Cefalea	Disminución de pulsos Hipertensión arterial Soplo Cefalea	Claudicación Disminución de pulsos Discrepancia de presiones	Disminución de pulsos Claudicación Discrepancia de presiones
Reactantes elevados	Sí	No	Sí	Sí	No	No
Comorbilidad	Osteoporosis	Disfunción sistodiastólica biventricular	AIJ Osteomielitis crónica	Infarto pulmonar Tuberculosis latente ERC	Tuberculosis latente	Disfunción sistodiastólica biventricular
Esteroides a dosis altas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Fármaco biológico	Tocilizumab	Tocilizumab	Tocilizumab	Tocilizumab Infliximab	No	Infliximab
FARME	Metotrexato Azatioprina	Metotrexato	Metotrexato	Metotrexato Ciclofosfamida	Metotrexato Azatioprina	Metotrexato
Afección	Carótida Subclavias vertebrales Braquiocéfálicas Aorta abdominal Tronco celiaco	Carótida Subclavias vertebrales Aorta descendente Aorta abdominal Renales	Carótida Subclavias	Aorta abdominal Renales	Aorta abdominal Pulmonares Renal	Subclavias Aorta ascendente Carótidas
Recaída	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No
Cirugía vascular	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Bibliografía

1. Russo R, Katsicas M. Takayasu arteritis. *Front Pediatr.* 2018;6:265.

CG055

Hemorragia alveolar difusa en nefropatía por IgA: reporte de un caso

Casasola-Vargas JC, Barba-Aguilar MAV, Primero-Nieto AK, Rodríguez-Aguayo S, Faugier-Fuentes E, Ramos-Tiñini P, Bermúdez-Canales HW, Lara-Herrera PB

Centro Medico Issemym Ecatepec

Introducción: La nefropatía por inmunoglobulina A (NIgA) es la causa más común de glomerulonefritis en todo el mundo. El síndrome renal pulmonar (SRP) se refiere a la concordancia de glomerulonefritis de rápida progresión y hemorragia alveolar difusa (DAH) debido a una causa autoinmunitaria. Las causas más comunes de SRP incluyen anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) para vasculitis relacionada con ANCA, enfermedad de antimembrana basal glomerular (anti-MBG) y lupus eritematoso sistémico. Si bien se ha descrito una variedad de manifestaciones extrarrenales en NIgA, las manifestaciones son extremadamente raras.

Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente femenino de 17 años de edad, que inicia con dolor abdominal intenso, dificultad para respirar, astenia, adinamia y amenorrea de ocho semanas.

Resultados: La paciente acude a urgencias por dolor abdominal, donde se registran saturación de O₂ al 70% y taquipnea; se decide realizar LAPE por datos de abdomen agudo y sospecha de embarazo ectópico, además de signos de ascitis; sólo se identifican líquido libre en cavidad y datos de vasculitis y se confirma embarazo de 14 sdg; después del acto quirúrgico, la paciente persiste con taquipnea y se obtiene radiografía de tórax que revela hemorragia alveolar y derrame pulmonar leve; los estudios de laboratorio señalan signos de nefritis por proteinuria en límites nefróticos, hematuria microscópica, anemia grave y sin datos de respuesta inflamatoria sistémica; se realiza TAC que corrobora la hemorragia alveolar (**Figura 1**). Con lo anterior y tras descartar un proceso infeccioso, se sospecha afección reumatológica y se solicita abordaje para descartar lupus y vasculitis relacionada con ANCA: anticuerpos negativos, C3, C4 normales, Coombs negativo, y se descartan causas infecciosas (COVID 19, influenza, TB); ante la urgencia se decide administrar pulsos con bolos de metilprednisolona (5 en total), con mejoría significativa, sin O₂ y con resolución total de la hemorragia pulmonar; se realiza biopsia renal por la persistencia de proteinuria y hematuria, y se reconocen signos de nefropatía por IgA; se continúa tratamiento con prednisona, azatioprina, ácido acetilsalicílico y se continúa el embarazo, actualmente con 20 sdg y sin complicaciones.

Figura 1. (CG055)



cífico y se continúa el embarazo, actualmente con 20 sdg y sin complicaciones. **Conclusiones:** Nefropatía por IgA; si bien es cierto que en los pacientes adultos es la causa de nefropatía más común, la complicación con hemorragia alveolar sólo se ha descrito en series de casos pequeñas; asimismo, no se encontró evidencia en pacientes pediátricos ni embarazadas. Por tal motivo es importante dar a conocer este tipo de casos.

Bibliografía

1. Rajagopala S. Diffuse alveolar hemorrhage in IgA nephropathy: case series and systematic review of the literature. *International Journal of Rheumatic Diseases* 2017;20:109121.
2. Donadio JV, Grande JP. IgA nephropathy. *N Engl J Med.* 2002; 347:738-48.
3. Malik A. Diffuse alveolar hemorrhage as the presenting feature of an IgA vasculitis: an unusual presentation. *Int J Clin Rheumatol.* 2019;14(6):274-278.

CG056

Enfermedad relacionada con IgG4, presentación en edad pediátrica con involucro nasal: a propósito de un caso

Cortina-Olvera GC, Céspedes-Cruz AI, Torres-Jiménez AR, Zeferino-Cruz M, Velázquez-Cruz A

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (Pediatria)

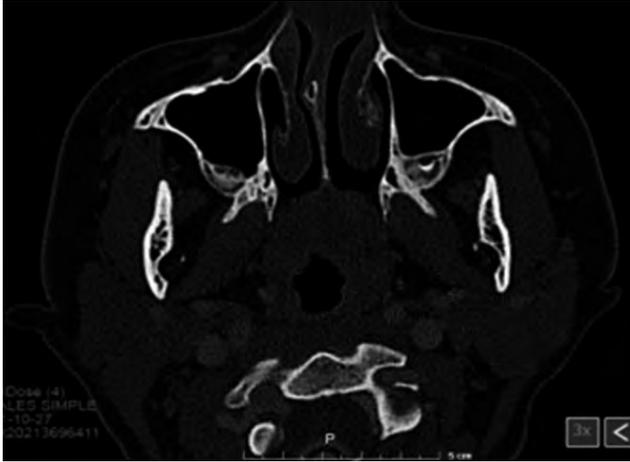
Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una anomalía multisistémica inflamatoria, caracterizada por un infiltrado de células plasmáticas positivas para IgG4, que genera esclerosis, infiltrados linfoplasmocitarios y flebitis.

Los órganos afectados con mayor frecuencia son el páncreas, ganglios linfáticos, vía biliar, tiroides, riñones, retroperitoneo, pulmón, glándulas salivares y región orbitaria.

Objetivos: Describir un caso clínico de presentación en edad pediátrica de enfermedad relacionada con IgG4 con afección nasal exclusiva.

Resultados: Paciente femenino de 13 años de edad, con carga genética para hipertensión arterial y diabetes mellitus; tiene esquema de vacunación incompleto y niega alérgicos; antecedentes transfusionales, exantemáticos y quirúrgicos (+): biopsia-resección por rinoplastia externa + cirugía endoscópica de nariz y senos paranasales en febrero de 2022. Inicia el padecimiento en 2019 al referir crecimiento de los huesos nasales, acompañado de epistaxis autolimitada; dicho crecimiento se torna notorio a finales del 2020, sin tratamiento; acude a valoración por otorrinolaringología en septiembre de 2021 y la rinoscopia revela dorso con aumento de volumen de predominio izquierdo, indurado a la palpación, no doloroso, sin cambios tróficos de la piel, válvula izquierda con colapso, neoformación rosada regular con áreas de vascularización dependiente de área II y septal que se extiende al área III, lo cual abomba los cartílagos laterales superiores y crea un efecto de masa en el dorso nasal y el tabique con desviación a la derecha; en consecuencia, se programa tomografía de senos paranasales y posterior resección por rinoplastia externa (**Figura 1**). Al interrogatorio niega síntomas lagrimales, pulmonares, cardiovasculares, pancreáticos, renales y ganglionares. Estudios de laboratorio: 18.7.22 leu, 6 430 no 3 380, linfa 2 310, mono 560, hb 13.3, hto 40.5, plaq 267 000, VSG 8, AST 14.5, ALT 11, FA 112, BT 0.47, c3 123, c4 24.3, IGA 134, IGG 1 245, IGM 187, anti-SM/RNP 1.29 (-), anti-SM 1.20 (-), anti-RO 0.53 (-), anti-LA 1.93 (-), ADN_a doble cadena 1.19 (-), subclase de IgG 4: 0.235 g/L; intervalo de edad (0.049-1.985 g/L). Tomografía de senos paranasales contrastada: se muestra lesión dependiente de la porción cartilaginosa del tabique internasal. Biopsia nasal: fibrosis con hiperplasia folicular reactiva, abundantes células plasmáticas policlonales con incremento de la expresión de IgG4; se realiza inmunohistoquímica con CD138, IGG4, kappa, lambda, positivos. Dado el informe histopatológico de enfermedad relacionada con IgG4, y afección limitada al plano nasal, se decide iniciar tratamiento inmunosupresor con micofenolato de mofetilo, que produce adecuada evolución clínica hasta el momento.

Figura 1. Tomografía de senos paranasales en la que se identifica una lesión dependiente de la porción cartilaginosa del tabique internasal, isodensa a tejidos blandos, con morfología ovalada, bordes parcialmente definidos, de unos 35 x 23 x 19 mm en sus diámetros mayores. (CG056)



Conclusiones: La enfermedad relacionada con IgG4 es un trastorno crónico de fisiopatología poca conocida descrita en 2011, que suele afectar mayormente a hombres de mediana edad, con pocos casos notificados en edad pediátrica y una localización exclusiva en la cavidad nasal, como en el caso de esta paciente. Por lo tanto, los diagnósticos diferenciales en estos pacientes incluyen procesos malignos u otras enfermedades autoinmunitarias como las granulomatosas con colangitis. Para el abordaje y diagnóstico de esta entidad es importante la tomografía o la resonancia magnética, la cuantificación de los valores séricos de inmunoglobulinas, así como el estudio histopatológico que registra un infiltrado linfoplasmocitario denso con más de 10 células plasmáticas IgG4 por campo y flebitis obliterante.

Figura 1. (CG057)



Bibliografía

1. García-Curdi F, Lois-Ortega Y, Gonzales-Sejas AG, Alfonso-Collado JI, Fumanaal-Senz L, Vallés-Varela H. Enfermedad relacionada con IgG4 con afectación exclusiva nasosinusal: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Rev Esp Patol [Internet]. 2019;52(2):125-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.patol.2018.05.002>.
2. Ueno M, Nakano K, Miyagawa I, Tanaka Y. Five cases of IgG4-related disease with nasal mucosa and sinus involvement. Intern Med [Internet]. 2020;59(15):1905-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2169/internalmedicine.4127-19>

CG057

Enfermedad gonocócica diseminada en pediatría: reporte de caso

Leos-Leija AK, Calderón-Zamora RC, Villarreal-Treviño AV, García-Rodríguez F, De la O-Cavazos ME, Rubio-Pérez NE

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: *Neisseria gonorrhoeae* es un diplococo gramnegativo que infecta a una variedad de superficies mucosas, como uretra, cérvix, faringe, conjuntiva y recto, y se observa principalmente, pero no de manera exclusiva, en adultos jóvenes sexualmente activos. La infección mucosa local asintomática más frecuente en mujeres, y motivo de tratamiento tardío, favorece la propagación a través del torrente sanguíneo hasta causar enfermedad gonocócica diseminada (EGD) entre 0.5% y 3% de los pacientes, con alteraciones cutáneas, artritis poliarticular asimétrica y tenosinovitis. El aumento de la resistencia antimicrobiana de *N. gonorrhoeae* en la última década ha originado el resurgimiento de sus complicaciones, por lo que es importante identificar sus manifestaciones clínicas. **Objetivos:** Notificar un caso cuya presentación puede confundirse con el inicio de enfermedades reumáticas juveniles.

Resultados: Paciente femenino de 14 años que acude por fiebre y artritis, previamente sana. Inicio de vida sexual activa nueve meses antes, sin protección, dos parejas sexuales. Cinco días antes sufre dolor en tercera articulación metacarpofalángica derecha, súbito, y en muñeca y tobillo derechos, con fiebre.

Muestra incapacidad para la bipedestación y marcha, artritis en segunda a quinta articulaciones metacarpofalángicas bilateral en ambas muñecas. Tobillo y pie derechos con aumento de volumen, hiperemia y calor local, dolor intenso al tacto y movilización (**Figura 1**). Exploración ginecológica: vulva eritematosa y edematizada, con abundante leucorrea verde espumosa, cervicitis periorificial leve, no dolorosa a la movilización. Estudios de laboratorio: leucocitosis y neutrofilia, proteína C reactiva (PCR) elevada, velocidad de sedimentación globular (VSG) normal. VDRL, anticuerpos anti-HIV1/HIV2, hepatitis B y C negativos; cultivo de exudado vaginal positivo a *N. gonorrhoeae*, hemocultivo negativo. Se inicia ceftriaxona (1 g/12 h) por siete días. Después del inicio de la antibioticoterapia experimenta mejoría clínica, por lo que comienza a deambular, pero hay tenosinovitis persistente y tendencia a la mejoría; artritis de manos y muñecas con resolución.

Conclusiones: Ante un paciente adolescente, con artritis y tenosinovitis de inicio aguda, y síntomas constitucionales, como fiebre y malestar general, es indispensable incluir el inicio de actividad sexual, el número de compañeros sexuales y el uso de métodos de barrera en el interrogatorio. En esta paciente se sospechó el inicio de artritis idiopática juvenil; sin embargo, dentro de los criterios de la *International League of Associations for Rheumatology* (ILAR) del 2001 para su clasificación se requiere una evolución de al menos seis semanas. Se describió el caso de una adolescente con EGD; si bien es un espectro de presentación poco común de infección gonocócica, es importante diferenciarla de otras formas de artritis.

Bibliografía

- Hill SA, Masters TL, Wachter J. Gonorrhea an evolving disease of the new millennium. Vol. 3, Microbial Cell. Shared Science Publishers OG; 2016:371-89.
- Kreisel KM, Weston EJ, St Cyr SB, Spicknall IH. Estimates of the prevalence and incidence of Chlamydia and gonorrhea among US men and women, 2018. Sex Transm Dis. 2021 Apr 1;48(4):222-31.

CG058

Seguimiento a largo plazo de pacientes con artritis idiopática juvenil en un centro mexicano

Lizárraga-Marín LG, Calderón-Zamora RC, Leos-Leija AK, Hernández-Villarreal LC, Ochoa-Alderete H, Villarreal-Treviño AV, García-Rodríguez F, De la O-Cavazos ME, Rubio-Pérez NE

Hospital Universitario José Eleuterio González (Pediatria), UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más frecuente en pediatría, afecta la calidad de vida y causa discapacidad a corto y largo plazos.

Objetivos: Describir las variables que pueden modificar el diagnóstico, evolución y pronóstico de los pacientes con AIJ.

Material y métodos: Es un estudio observacional ambispectivo que incluye a pacientes diagnosticados con AIJ y en seguimiento por la clínica de reumatología pediátrica del Hospital Universitario Dr. José E. González en Monterrey, Nuevo León, en un periodo de cinco años (2016-2021). Se recolectaron variables como género, edad al diagnóstico, subtipo de AIJ, estudios de laboratorio, tratamiento, seguimiento en meses, medidas de actividad de la enfermedad, y efectos adversos.

Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias, porcentajes, medidas de dispersión y tendencia central, según correspondiera. Se evaluaron los tiempos al diagnóstico, a la remisión y a la recaída con análisis de supervivencia.

Resultados: Se incluyó a 98 pacientes con AIJ, 71 (72%) femeninas, con edad al diagnóstico de 10 años (RIC, 6-11.5). El subtipo más frecuente fue poliarticular con factor reumatoide positivo (38, 39%) y el retraso

en el diagnóstico fue de cinco meses (RIC, 2-10). No hubo diferencia significativa en el tiempo al diagnóstico relacionado con el género o subtipo (**Figura 1**, $p = 0.966$). La actividad de la enfermedad (JADAS10) al diagnóstico fue de 6 (RIC, 0.8-12.7). La mayoría (87, 89%) consumió metotrexato en algún momento de la evolución de su enfermedad y tuvo un seguimiento de 22.5 meses (RI, 11-63). El JADAS10 en la última visita fue de 2 (RIC, 0-4.2) y se registraron muy pocos efectos adversos (mediana 0; RIC, 0-1).

Figura 1. Gráfica de Kaplan-Meier que muestra el tiempo al diagnóstico en los pacientes. (CG058)

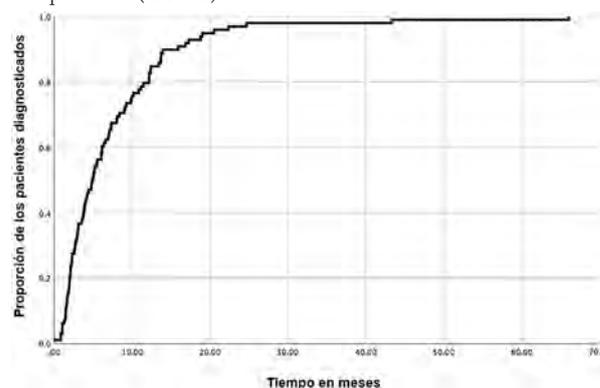


Tabla 1. Características generales de los pacientes. (CG058)

	Todos los pacientes, n = 98 n (%)
Femenino	71 (72)
Edad del diagnóstico en años*	10 (6-11.5)
Tiempo para el diagnóstico en meses*	5 (2-10)
JADAS 10 al diagnóstico*	6 (0.8-12.7)
Seguimiento en meses*	22.5 (11-63)
JADAS 10 en el último seguimiento*	2 (0-4.2)
Número de efectos adversos por paciente*	0 (0-1)

* Se muestra en mediana (rango intercuartílico).

Conclusiones: El subtipo más frecuente en esta población fue la AIJ poliarticular. No hubo diferencias significativas en el tiempo al diagnóstico relacionadas con el género o el subtipo. La mayoría de los pacientes redujo los grados de actividad de la enfermedad durante el seguimiento.

Bibliografía

- Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. Lancet. 2007;369 (9563):767-78.
- Ruperto N, Ravelli A, Levinson JE, Shear ES, Murray K, Link Tague B, et al. Long-term health outcomes and quality of life in American and Italian inception cohorts of patients with juvenile rheumatoid arthritis. II. Early predictors of outcome. J Rheumatol [Internet]. 1997;24(5):952-8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9150088.
- Thierry S, Fautrel B, Lemelle I, Guillemin F. Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: a systematic review. Vol. 81, Joint Bone Spine. 2014:112-7.

CG059

Impacto económico de la artritis idiopática juvenil en México

Calderón-Zamora RC¹, Leos-Leija AK¹, García-Rodríguez F¹, Villarreal-Treviño AV¹, Rubio-Pérez N¹, Peláez-Ballestas I²

CG061

Eritema flagelado en enfermedad de Still: una entidad poco reconocida

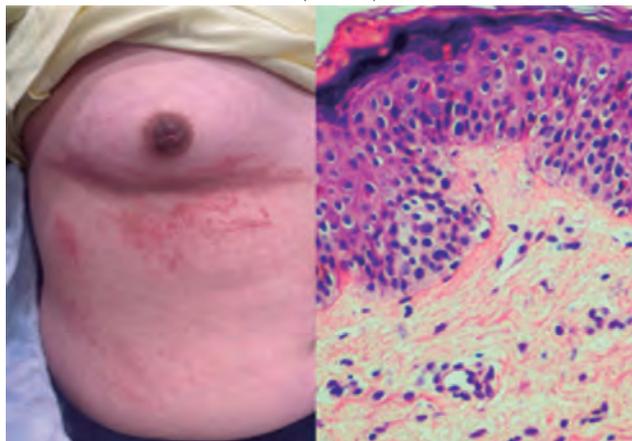
Jiménez-Soto R, Camacho-Morán EA, Arvizu-Rivera RI, Peña-Ojeda MN, Medina-Fonseca B

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El eritema flagelado es una manifestación cutánea atípica y no patognomónica de la enfermedad de Still. Esta presentación se ha relacionado con el desarrollo de neoplasias sólidas y hematológicas.

Objetivos: Describir el caso de una mujer de 20 años de edad con antecedente de migraña catamenial y artritis idiopática juvenil sistémica diagnosticada a los 9 años con múltiples esquemas de tratamiento, entre ellos glucocorticoides y tocilizumab. En su historial destaca un episodio de síndrome de activación macrófagica, necrosis avascular de cadera y síndrome de Cushing. El tratamiento anterior a su atención incluía prednisona (2.5 mg/día), leflunomida (20 mg/día), levetiracetam (1 000 mg/día), lacosamida (200 mg/día) y calcio. Inició el padecimiento dos semanas antes de su valoración con artralgiás en hombros, codos, carpos y rodillas de intensidad 10/10 junto con rigidez matutina de una hora. Con posterioridad se agregaron fatiga y fiebre cuantificada en 39.2°C, odinofagia y dolor a la palpación anterior del cuello. Dos días después desarrolló dermatosis diseminada a región de tórax anterior y posterior, inframamaria, dorso de carpo derecho y muslo ipsolateral. La exploración física documentó artritis y la dermatosis descrita, consistentes con eritema flagelado (Figura 1). Estudios de laboratorio: hemoglobina 12.9 g/dL, leucocitos 24 000 µL, 21 360 neutrófilos, 1 920 linfocitos y 149 000 plaquetas/µL, PCR 36.8 mg/L, VSG 3 mm/h, ferritina 1 387 ng/ml y triglicéridos 265 mg/dL. La función renal y hepática era normal. Se realizó biopsia de piel y se agregó al tratamiento prednisona (45 mg, 1 mg/kg/día) y metotrexato (15 mg) semanal. En la revaloración, los reactantes de fase aguda presentaron los siguientes cambios: PCR 15.78 mg/L, VSG 15 mm/h y ferritina 1 387 ng/ml. El resultado histopatológico fue indicativo de enfermedad de Still y de manera clínica se integró el diagnóstico de eritema flagelado vinculado con esta enfermedad autoinflamatoria. En la evolución se encontró asintomática con resolución de la dermatosis y mejoría bioquímica.

Figura 1. Izquierda: dermatosis en región inframamaria con tendencia a la simetría caracterizada por placas lineales de eritema, de bordes irregulares, pruriginosa, consistente con eritema flagelado. **Derecha:** patrón histológico indicativo de enfermedad de Still. (CG061)



Resultados: La biopsia cutánea no es necesaria para establecer el diagnóstico de la enfermedad de Still, ya que los hallazgos no son patognomónicos, se consideran relativamente nuevos y se aconseja tan sólo en presentaciones atípicas (pápulas y placas pruríticas persistentes,

hiperpigmentación, erupciones urticariformes, vesiculopustulares, edema periorbitario o eritema flagelado). Algunos hallazgos histopatológicos descritos son la ortoqueratosis en tejido de cesta y numerosos queratinocitos disqueratósicos agrupados en las capas superiores de la epidermis, sin compromiso de la capa basal, con inflamación perivascular e intersticial o infiltrado en la dermis papilar con neutrófilos y linfocitos. Entre los diagnósticos diferenciales del eritema flagelado se encuentra dermatomiositis, síndrome hipereosinofílico, ingestión de hongo *shiitake* o quimioterapéuticos.

Conclusiones: La importancia de identificar esta manifestación radica en la relación con neoplasias; por lo tanto, ante este escenario, debe realizarse tamizaje oncológico de acuerdo con el género y la edad del paciente.

Bibliografía

1. Patidar A, Parikh PM, Balai M, Mittal A. Flagellate rash in adult-onset still-s disease. Indian Dermatol Online J [Internet]. 2021;12(1):159-61. http://dx.doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_178_20.
2. Bhatia R, Kaeley N, Kant R, Basi A. Fever with persistent flagellate erythema in a primigravida: a rare presentation of adult-onset Still's disease. BMJ Case Rep [Internet]. 2019;12(7):e229332. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2019-229332>.

CG062

Artritis idiopática juvenil en preescolar con diagnóstico inicial de hemosiderosis pulmonar: reporte de un caso

Hernández-Huirache HG

Hospital Regional de Alta Especialidad Bajío

Introducción: La hemosiderosis pulmonar (HP) se caracteriza en clínica por una triada de infiltrados pulmonares, anemia por deficiencia de hierro y hemoptisis; puede ser idiopática, relacionada con alergia a la leche de vaca o con anticuerpos contra la membrana basal del pulmón. Su nexa con artritis es raro, tanto en adultos como en niños. El desarrollo de enfermedades autoinmunitarias a largo plazo ocurre en casi el 25% de los pacientes con esta enfermedad.

Objetivos: Presentar la relación entre la hemosiderosis pulmonar y el desarrollo de artritis idiopática juvenil (AIJ).

Resultados: Niña de tres años de edad, con diagnóstico de alergia a las proteínas de la leche de vaca a los dos meses, que sufre hemorragia pulmonar anemizante a los cuatro meses de vida. Diagnóstico de HP a los seis meses de edad, tratada con prednisona e hidroxicloroquina. A los dos años de edad inicia con artritis en tobillos y muñecas; se envía al servicio de reumatología pediátrica y se identifica sinovitis en codos, muñecas, interfalángicas proximales, rodillas y tobillos. Anticuerpos antipépticos cíclicos citrulinados y factor reumatoide positivos. Se inicia tratamiento con prednisona y metotrexato con buena respuesta, sin hemorragia pulmonar. Al iniciar el descenso gradual de la prednisona, reinicia con artritis y es apta para tratamiento biológico; previo protocolo se inicia tratamiento con adalimumab y la respuesta es excelente; a los cuatro meses se logra suspender el metotrexato y mantener el adalimumab como monoterapia.

Discusión: Virchow describió la HP en 1864. Es una enfermedad de la infancia, que comienza por lo general antes de los 10 años de edad. Su causa se desconoce, aunque algunos autores sugieren causas inmunológicas ya que puede vincularse con vasculitis sistémicas y otros trastornos inmunológicos. La bibliografía registra que hasta un 25% de los pacientes desarrolla alguna otra alteración inmunológica. Le Clainche et al. publicaron una serie de casos en los que el 20% de los pacientes con HP desarrolla AIJ con un intervalo de seis meses a 20 años tras el diagnóstico de HP; además, dos terceras partes desarrolló una segunda enfermedad autoinmunitaria. De acuerdo con el mismo estudio, se encuentra un total predominio del sexo femenino.

Conclusiones: La HP se ha relacionado con el desarrollo de padecimientos inmunológicos en un porcentaje menor dentro de su evolución. En este caso, el desarrollo de AIJ fue posterior al diagnóstico de HP y alergia a la

proteína de leche de vaca. El tiempo entre el diagnóstico de HP y AIJ fue de seis meses. Se observó buena respuesta al tratamiento con adalimumab como monoterapia.

Bibliografía

- Noor S, Hanum A, Rasool G. Pulmonary haemosiderosis with juvenile idiopathic arthritis in a Malaysian child. *no. July 2017, 2007.*
- Le Clainche, Le Borgeous, Fauroux B. Long-term outcome of idiopathic pulmonary hemosiderosis in children. *Medicine 2000;79:318-26.*

CG063

Artritis idiopática juvenil: cuando el diagnóstico parece sencillo, pero no lo es

Carmona-Lara GA¹, Carrillo-Vázquez SM¹, Xibillé-Friedmann DX², Alcocer-León M¹, Candia-Zúñiga L³

⁽¹⁾Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca Dr. José G. Parres, ⁽³⁾Facultad de Medicina, Universidad Juárez del Estado de Durango

Introducción: El término AIJ (artritis idiopática juvenil) engloba a todas las artritis de causa desconocida de al menos seis semanas con inicio antes de los 16 años. Este término incorpora las formas más frecuentes de artritis inflamatoria crónica pediátrica, sin que se trate de una entidad. Hay evidencia sólida de que representa un conjunto de enfermedades heterogéneas, en términos clínicos y genéticos.

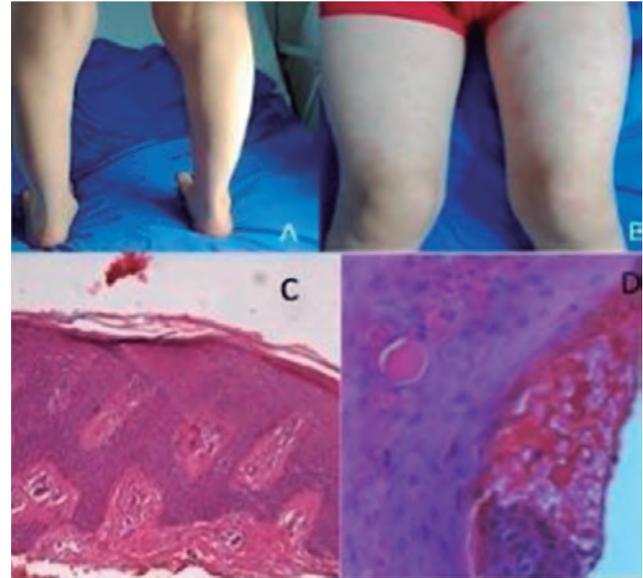
Objetivos: Analizar un caso de relevancia tanto para reumatólogos pediatras como para reumatólogos de adultos.

Resultados: Presentación del caso: paciente masculino de 8 años, originario y residente de la Ciudad de México, estudiante de primaria. Tuvo enfermedad por COVID-19 en 2021 con síndrome inflamatorio multisistémico, sin secuelas. Resto de signos negado. La abuela materna tenía artritis reumatoide. El 15/05/22 muestra dermatosis de tipo macular, asalmónada y pruriginosa, de manera inicial en muslo derecho, con extensión tras 48 horas a ambos miembros pélvicos y región lumbar; al concluir la semana se propagó al tórax anterior y los miembros torácicos. No cedió a los antihistamínicos. Se agregaron artralgiás, al principio en rodillas y astragalocalcáneas, y después a carpos, metacarpofalángicas, codos y las áreas ya mencionadas. Luego de 12 días del exantema se agregó fiebre de difícil control hasta 39°C y se presenta al servicio de urgencias. El servicio de reumatología lo valora a los 22 días de inicio y se documentan temperatura de 38.5°C, pérdida del interés en el entorno, exantema asalmónado en tórax anterior y extremidades (**Figura 1**), sinovitis aguda en codo izquierdo, rodilla izquierda y ambas astragalocalcáneas, además de tobillo en varo, marcha anormal y alteraciones en la fuerza de carga. Estudios de laboratorio: leucopenia con linfopenia y anemia grado I, velocidad de sedimentación globular 38, proteína C reactiva 0.75. Policultivos, TORCH, panel viral, parvovirus B19 y Epstein-Barr, antipeptido citrulinado, anti-Smith, HLAB27, factor reumatoide y antinucleares negativos. Ferritina 383. El ultrasonografía delinea hepatoesplenomegalia. Se inició tratamiento con 5 mg de prednisona y 10 mg de metotrexato por semana, tras el cual cambió el exantema y se realizó biopsia de piel que mostro signos de psoriasis. Se consideró tocilizumab, pero después del hallazgo se inició adalimumab (40 mg cada 14 días). En la última valoración se observó remisión del dolor articular, disminución del exantema y regreso a las actividades diarias.

Discusión: La artritis indiferenciada es aquella que no cumple criterios para ninguna categoría o bien satisface dos o más. El caso descrito, aunque se logró caracterizar primero como AIJ sistémica, puede incluirse en otras categorías al considerar otros hallazgos: la fiebre que no cumple la regularidad habitual, la leucocitosis y la trombocitosis reactiva ausentes, los reactantes de fase aguda y la ferritina sólo elevados discretamente y la dificultad para replicar el fenómeno de Koebner. Se identificó respuesta a adalimumab, con excepción de la piel; el resultado en la biopsia sugería de forma sólida psoriasis y dicho exantema se modificó tras el inicio de corticoesteroides; todo ello lleva a dudar de

que se trate sólo de AIJ sistémica, además de que en niños el exantema con psoriasis puede ser evanescente y eczematoso. Esto suscita un gran interés. Sin duda, la AIJ no es una sino múltiples entidades que deben clarificarse con el paso del tiempo y el informe de entidades clínicas indiferenciadas, además de que la descripción de respuestas a tratamientos aportan datos valiosos para tales fines.

Figura 1. A. Tobillos. B. Exantema asalmónado. C. Hiperqueratosis disqueratósica epidérmica focal. D. Áreas de microabscesos focales con infiltrado linfoplasmocítico.



Conclusiones: La artritis indiferenciada podría estar subdiagnosticada. La biopsia de piel ayuda a dilucidar el diagnóstico de forma ocasional.

Bibliografía

- Zaripova LN, Midgley A, Christmas SE, Beresford MW, Baildam EM, Oldershaw RA. Juvenile idiopathic arthritis: from aetiopathogenesis to therapeutic approaches. *Pediatr Rheumatol Online J. 2021;19(1):135.*

CG064

Características clínicas de pacientes con artritis idiopática juvenil en tratamiento con terapia biológica: información de BIOBADAMEX

Mendieta-Zerón S¹, Torres-Jiménez AR², Irazoque-Palazuelos F³, Sick-sik-Ayala S⁴, Colunga-Pedraza F⁵, Xibillé-Friedmann D⁶, Alpizar-Rodríguez D⁷, Rivera-Terán Vijaya⁷

⁽¹⁾Hospital Materno Infantil ISSEMYM, ⁽²⁾Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽³⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽⁴⁾Unidad Médica de Alta Especialidad No. 71, IMSS, ⁽⁵⁾Centro Médico Conchita, ⁽⁶⁾Torre Médica San Diego, ⁽⁷⁾Colegio Mexicano de Reumatología

Introducción: La administración de fármacos biológicos en el tratamiento de la artritis idiopática juvenil (AIJ) ha permitido un mejor control de la enfermedad, menor exposición a polifarmacia e incluso alcanzar remisión. A pesar de su amplio uso, la eficacia y seguridad a corto y largo plazo es motivo de vigilancia. El registro BIOBADAMEX es una cohorte prospectiva de pacientes con enfermedades reumatológicas bajo tratamiento biológico desde 2016.

Objetivos Conocer las características clínicas y terapéuticas de los pacientes con AIJ en tratamiento con fármacos biológicos. Describir el desarrollo de efectos adversos (EA) entre los diferentes tipos de AIJ.

Material y métodos: En este análisis se incluyó a todos los pacientes menores de 18 años con diagnóstico de AIJ registrados. Se utilizó estadística descriptiva para las características basales y prueba de ji cuadrada para analizar las diferencias entre las características de los grupos en relación con el desarrollo de EA.

Resultados: Se incluyó a 25 pacientes de los cuales 19 (76%) fueron de sexo femenino, con una media de edad de 14 (\pm 2.9) años, e índice de masa corporal medio de 18.6 (\pm 3.3). De los tipos de AIJ, la poliarticular fue la más frecuente con 18 (72%) pacientes, de los cuales 9 (36%) tuvieron factor reumatoide positivo (FR+) y 9 (36%) negativo (FR-). Un paciente (4%) tenía AIJ oligoarticular y 3 (12%) sistémica y relacionada con entesitis, respectivamente. La media de duración de la enfermedad fue de 6.12 (\pm 2.9) años. Los tratamientos indicados fueron adalimumab en 12 (48%), tocilizumab en 9 (36%), rituximab en 3 (12%) y abatacept en 1 (4%). En el análisis por tipo de AIJ, la forma poliarticular FR+ utilizó adalimumab, rituximab y tocilizumab en tres pacientes cada uno; en la forma poliarticular FR-, el adalimumab fue el fármaco biológico más usado con cinco pacientes, seguido por el tocilizumab con tres y el abatacept con uno; la forma sistémica se trató sólo con tocilizumab; el adalimumab fue el compuesto biológico administrado en la AIJ oligoarticular y en relación con entesitis. Siete pacientes (28%) usaron glucocorticoides con una dosis mediana de 10 mg (RIC, 5-10), y 22 (88%) recurrieron a un FARMÉ sintético. La duración del tratamiento tuvo una mediana de 34.2 meses (RIC, 14.6-49.3). Tres pacientes suspendieron el tratamiento, uno por falta de eficacia, uno por EA y uno por motivo desconocido. En 9 pacientes (36%) se notificaron EA: 3 (33%) infección, 2 (22%) neutropenia, 1 (11%) alergia y 3 (33%) otro tipo de efecto. Al comparar los grupos: la forma FR+ presentó 3 EA: 2 neutropenia y 1 alergia; la FR- 3: 2 infecciones y 1 no especificada; la oligoarticular: un efecto desconocido; la relación con entesitis 2: infección y el otro no especificado ($p = 0.9$). No se informaron EA en la AIJ sistémica. Ninguna forma presentó efectos letales y sólo la FR- mostró un EA grave ($p = 0.61$). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características basales de los pacientes con AIJ bajo tratamiento biológico. (CG064)

Características basales (n = 25)	
Sexo femenino, n (%)	19 (76)
Edad, media (DE)	14 (\pm 2.9)
Índice de masa corporal, media (DE)	18.58 (\pm 3.3)
Tipo AIJ	
- Poliarticular FR positiva	9 (36)
- Poliarticular FR negativa	9 (36)
- Oligoarticular	1 (4)
- Sistémica	3 (12)
- Entesitis	3 (12)
Duración de enfermedad, años, media (DE)	6.12 (\pm 2.9)
Biológico previo, n (%)	9 (36)
Tratamiento actual, n (%)	
- Adalimumab	12 (48)
- Rituximab	3 (12)
- Abatacept	1 (4)
- Tocilizumab	9 (36)
Uso de glucocorticoides, n (%)	7 (28)
Dosis de glucocorticoides (mg), mediana (RIC)	10 (5-10)
Uso de FARMÉ, n (%):	22 (88)
Duración del tratamiento (meses), mediana (RIC)	34.2 (14.6-49.3)
Tratamiento suspendido, n (%)	3 (12)

Motivo de suspensión, n (%)	
- Falta de eficacia	1 (33.3)
- Efecto adverso	1 (33.3)
- Desconocido	1 (33.3)
Efectos adversos, n (%):	9 (36)

Conclusiones: Este estudio demostró que la forma más frecuente de AIJ en tratamiento con biológicos es la poliarticular, con igual frecuencia de FR+ y FR-. Esto es similar a lo informado en registros internacionales como CARRA o BIKER, pero a diferencia de ellos no se identificó a ningún paciente en etanercept. Los efectos adversos más frecuentes fueron las infecciones, lo cual es similar a la estadística mundial, aunque sin diferencia con los otros EA, como alergia y neutropenia (**Tabla 2**). Se continuará con el registro de pacientes con AIJ para conocer su evolución y respuesta al tratamiento.

Tabla 2. Efectos adversos. (CG064)

Tipo AIJ	Tipo de efecto adverso ¹				Gravedad de efecto adverso ²	
	Infección	Alergia	Neutropenia	Otro	Grave	No grave
- Poliarticular	0	1	2	0	0	3
- FR positiva	2	0	0	1	1	2
- Poliarticular	0	0	0	1	0	1
- FR negativa	0	0	0	0	0	0
- Oligoarticular	1	0	0	1	0	2
- Sistémica						
- Entesitis						

*Análisis por ji², ¹p = 0.9, ²p = 0.61.

Bibliografía

- Beukelman T, Kimura Y, Ilowite N, et al. The new Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance (CARRA) registry: design, rationale, and characteristics of patients enrolled in the first 12 months. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2017;15:30.
- Onel K, Horton DB, Lovell DJ, et al. American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Therapeutic Approaches for Oligoarthritis, Temporomandibular Joint Arthritis, and Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis. 2021.

CG065

Artritis idiopática juvenil relacionada a entesitis en paciente con síndrome de Karsch-Neugebauer (ectrodactilia)

García-Herrera IP, Aparicio-Vera LA

Hospital para el niño poblano

Introducción: Se describe el caso de un paciente masculino de 12 años de edad con agenesia del tercer dedo de la mano izquierda, con artritis de tobillo bilateral; durante el abordaje del departamento de reumatología pediátrica se integra el diagnóstico de artritis idiopática juvenil relacionada con síndrome de Karsch-Neugebauer (ectrodactilia).

Objetivos: Notificar el caso de un paciente masculino de 12 años de edad que acudió al departamento de reumatología pediátrica; tiene como antecedentes de relevancia el diagnóstico de pie equino varo y síndrome de Karsch-Neugebauer en la mano izquierda (**Figura 1**), y padre con la misma anomalía, pero de la mano derecha. El paciente es referido al departamento de los autores por presencia de artritis bilateral en tobillos; la exploración física reconoce artritis en la rodilla izquierda y ambos tobillos, y la radiografía de tobillo muestra signos de artritis crónica. Estudios de laboratorio: PCR de 14 mg/dl y VSG de 20 mm/h. Tras considerar género y evolución periférica se inicia abordaje para artritis relacionada con entesitis. A continuación se corroboran reactantes de fase aguda, que son positivos, al igual

que HLA-B27, con anticuerpos antinucleares negativos, factor reumatoide negativo y antipéptido cíclico citrulinado negativo. Con base en éstos y la evolución clínica, se establece el diagnóstico de artritis idiopática juvenil relacionada con entesitis de acuerdo con los criterios ILAR 2011. Se indica tratamiento con metotrexato, ácido fólico y prednisona. En la mano izquierda, la radiografía revela agenesia de metacarpofalángicas del tercer dedo. Debido a la relación del síndrome de Karsch-Neugebauer con manifestaciones renales, se decidió realizar USG renal, que no muestra afección demostrable ecográficamente al momento del estudio.

Resultados: El síndrome de Karsch-Neugebauer (ectrodactilia) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante, con expresividad variable que afecta en particular a las extremidades y puede acompañarse de anomalías del conducto lagrimal y dientes; la prevalencia es de 1 por cada 90 000 recién nacidos vivos. De igual forma puede afectar al sistema genitourinario y en el renal puede identificarse hidronefrosis bilateral, pielonefritis bilateral crónica, contractura del cuello vesical, duplicación renal o sistema colector, y agenesia renal.

Bibliografía

1. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol.* 2004;31(2):390-2.
2. Preus M, Fraser FC. The lobster claw defect with ectodermal defects, cleft lip-palate, tear duct anomaly and renal anomalies. *Clin Genet [Internet].* 1973;4(5):369-75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-0004.1973.tb01162.x>.

Figura 1. (CG065)



CG066

Sinovitis villonodular pigmentada como causa de derrame articular recurrente en adolescente

Contreras-Díaz KB, Vélez-Burboa RE, Gómez-Limón L, Llamas-García A, Vázquez-Del Mercado M

Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca Guadalajara, Jalisco

Introducción: La sinovitis villonodular pigmentada (SVP) es una neoplasia benigna poco frecuente caracterizada por proliferación sinovial. En el 80% de los casos afecta a la rodilla y suele presentarse entre la tercera y cuarta décadas de la vida. En la población pediátrica es inusual. Se manifiesta con dolor, limitación y derrame articular. Por lo regular se confunde con lesiones meniscales, traumatismos o artritis. La norma de referencia para el diagnóstico es el estudio histopatológico, si bien los estudios de imagen como la resonancia magnética (RMI) permiten la detección. El tratamiento es quirúrgico.

Objetivos: Presentar el caso clínico de una mujer de 15 años, previamente sana, quien inicia tres años antes con cuadros recurrentes de gonalgia derecha no traumática y limitación vinculada con derrame articular sin antecedente de compromiso en otras articulaciones (Figura 1).

Figura 1. Paciente con aumento de volumen de la rodilla derecha. (CG066)



Resultados: A pesar de múltiples artrocentesis con líquido sinovial de características no inflamatorias, tinciones y cultivos negativos, no se logró establecer el diagnóstico. Se solicitó RMI de rodilla, la cual delineó derrame articular e hipertrofia sinovial indicativa de sinovitis villonodular pigmentaria relacionada con cambios por condromatosis sinovial. La paciente fue remitida al servicio de traumatología, que realizó sinovectomía artroscópica. El resultado histopatológico reveló hiperplasia del revestimiento sinovial consistente con SVP. Durante el seguimiento a seis meses no se ha presentado recurrencia.

Conclusiones: La SVP es un proceso proliferativo de la membrana sinovial de causa desconocida. Se ha sugerido que la SVP evoluciona como un tumor benigno. La incidencia calculada es de 1.8 casos por millón de personas/año. Suele presentarse entre los 20 y 50 años de edad, pero se ha informado desde los 12 meses de edad. La rodilla es el sitio más común de presentación (66%-80% de los casos), pero también se ha notificado en otras articulaciones, como cadera, tobillo, hombro, codo, muñeca,

y la articulación temporomandibular. Debe sospecharse en pacientes con monoartritis y derrame articular recurrente sin causa aparente. Existe un retraso en el diagnóstico hasta de 18 meses, ya que suele confundirse con padecimientos inflamatorios, traumáticos, artritis séptica o trastornos hemorrágicos. La RMI con secuencias de eco gradiente es el estudio de imagen de elección. Los hallazgos histológicos suelen mostrar gran proliferación sinovial, células mononucleares con depósito de hemosiderina, células gigantes multinucleadas y, en ocasiones, inclusiones intranucleares. El tratamiento definitivo es la sinovectomía total, en condiciones ideales por artroscopia, para prevenir la recurrencia que suele ser hasta de 40% con complicaciones como erosiones y cambios degenerativos.

Bibliografía

1. Willimon SC, Busch MT, Perkins CA. Pigmented villonodular synovitis of the knee: an underappreciated source of pain in children and adolescents. *J Pediatr Orthop.* 2018;38(8):e482-5.
2. Karami M, Soleimani M, Shiari R. Pigmented villonodular synovitis in pediatric population: review of literature and a case report. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2018;16(1):6.
3. Verspoor FGM, van der Geest ICM, Vegt E, Veth RPH, van der Graaf WT, Schreuder HWB. Pigmented villonodular synovitis: current concepts about diagnosis and management. *Future Oncol.* 2013;9(10):1515-31.
4. Tyler WK, Vidal AF, Williams RJ, Healey JH. Pigmented villonodular synovitis. *J Am Acad Orthop Surg.* 2006;14(6):376-85.

CG067

Hallazgos ultrasonográficos en 12 pacientes con artritis psoriásica temprana

Benites-Gutiérrez CL¹, Rincón-Pérez C¹, Mota-Mondragón BA², Hernández-Díaz C³, Díaz-Vega M¹

⁽¹⁾Unidad de Especialidades Médicas Militar, ⁽²⁾Hospital Central Militar, ⁽³⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria crónica relacionada con la psoriasis que puede afectar a las articulaciones del esqueleto periférico y axial. La prevalencia de la AP es de 23.8% a 30% en los pacientes con psoriasis. La artritis psoriásica temprana es un concepto reciente, que la mayoría de los investigadores ha considerado dentro de los primeros 12 o 24 meses después del inicio de síntomas y signos inflamatorios articulares consistentes. El estudio de imagen preferido para evaluar la artritis periférica en la AP es el ultrasonido y la radiografía básica. La ventaja del ultrasonido sobre esta última es que permite evaluar mejor la afección en tejidos blandos.

Objetivos: Describir e identificar los hallazgos ultrasonográficos más frecuentes en los pacientes con diagnóstico de artritis psoriásica temprana.

Material y métodos: Se evaluó a pacientes con diagnóstico de psoriasis del servicio de dermatología de la Unidad de Especialidades Médicas, con sospecha de artritis psoriásica. Previa firma de consentimiento informado, una dermatóloga y una reumatóloga expertas los evaluaron de forma clínica y luego se realizó el estudio ultrasonográfico a cargo de una reumatóloga con entrenamiento en ultrasonido musculoesquelético de manera ciega a la exploración clínica. Los pacientes fueron objeto de ultrasonido de articulaciones de manos y pies, así como alguna articulación afectada que mencionara el paciente durante la revisión por el reumatólogo experto en ultrasonido.

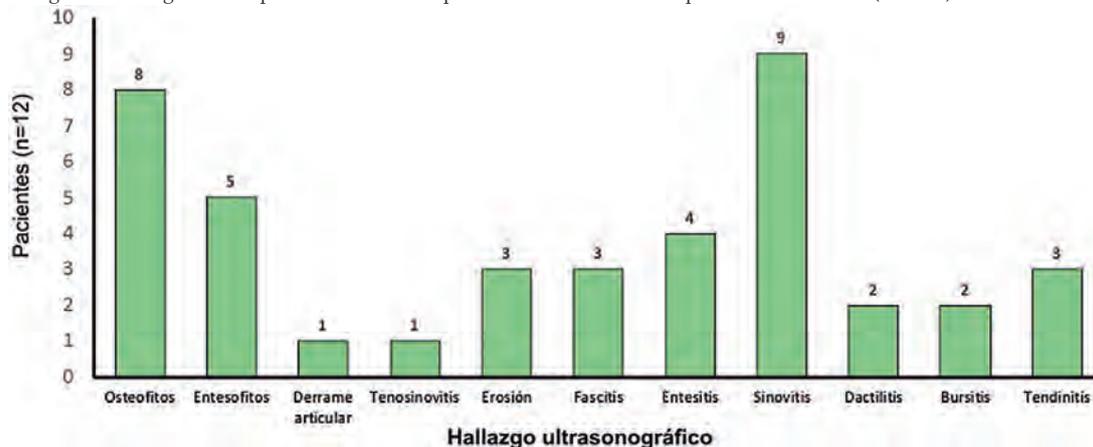
Resultados: Se incluyó a 12 pacientes con diagnóstico de psoriasis, con sospecha clínica de artritis psoriásica, de los cuales siete fueron hombres y cinco mujeres. Se evaluaron articulaciones de manos y pies, así como de alguna articulación afectada que mencionara el paciente durante la revisión. Se identificaron hallazgos ultrasonográficos, como osteofitos, entesofitos, derrame articular, tenosinovitis, erosión ósea, fascitis, entesitis, sinovitis, dactilitis, bursitis y tendinitis (**Figura 1**). Los hallazgos ultrasonográficos más frecuentes fueron la sinovitis, los osteofitos, los entesofitos y la entesitis, en ese orden de frecuencia. Las articulaciones más afectadas por sinovitis fueron la rodilla derecha y las articulaciones metatarsofalángicas del pie derecho. En cuanto a los osteofitos, es más frecuente la afección distal que la proximal en ambas manos. La fascitis afectó con más frecuencia al pie izquierdo; la entesitis a las articulaciones metatarsofalángicas del pie izquierdo.

Conclusiones: El hallazgo ultrasonográfico más común en esta población estudiada fue la sinovitis y se identificó que la ecografía tiene una mayor sensibilidad para detectar sinovitis en comparación con el estudio clínico del médico experto, lo cual puede deberse a que la manifestación de los síntomas se presenta en estadios tardíos de la enfermedad. También se observó que la topografía más afectada en este hallazgo fue la rodilla derecha y las articulaciones metatarsofalángicas del pie derecho.

Bibliografía

1. Veale DJ, Fearon U. The pathogenesis of psoriatic arthritis. *The Lancet.* 2 de junio de 2018;391(10136):2273-84.
2. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic arthritis. *N Engl J Med.* 9 de marzo de 2017;376(10):957-70.
3. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, Gladman DD, Coates LC, Jullien D, et al. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *J Am Acad Dermatol.* enero de 2019;80(1):251-265.e19.
4. Gladman DD. Early psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin N Am.* mayo de 2012;38(2):373-86.
5. Siannis F, Farewell VT, Cook RJ, Schentag CT, Gladman DD. Clinical and radiological damage in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2006;65(4):478-81.

Figura 1. Hallazgos ultrasonográficos de pacientes con artritis psoriásica en la unidad de especialidades médicas. (CG067)



CGo68

Fenotipo funcional de los linfocitos T activados en el intestino de pacientes con espondiloartritis y psoriasis

Romero-López JP¹, Gómez-Martínez D², Gómez-Mosqueira R², Ortega-Tapia GT², Bernal-Alferes B², Domínguez-López ML², Casasola-Vargas JC³, Soto-Rojas LO¹, Prieto-Chávez JL⁴, Arriaga-Pizano L⁴, Estrada-Aguilar L⁵, García-Latorre E², Burgos-Vargas R³

⁽¹⁾FES Iztacala, UNAM, ⁽²⁾Laboratorio de Inmunquímica 1, ENCB, IPN, ⁽³⁾Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, ⁽⁴⁾UMAE Hospital de Especialidades, ⁽⁵⁾Hospital General Dr. Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción: Las espondiloartritis (SpA) y la psoriasis son enfermedades inmunomediadas que tienen en común la presencia de inflamación intestinal subclínica en un porcentaje elevado de los pacientes. Como parte de la fisiopatología de estas enfermedades se ha propuesto la existencia de migración de células inmunes desde el intestino hasta la piel y la articulación de los pacientes, y que estas células son las potenciadoras de la inflamación, y el vínculo entre la inflamación intestinal, articular y cutánea. Cuando los linfocitos T se activan en el tejido linfóide intestinal, se induce en ellos la expresión de la integrina 47, la cual es ligando de la molécula de adhesión MadCAM y permite la identificación de células circulantes activadas a nivel intestinal. Se han notificado antecedentes de células linfoides innatas tipo 3 positivas a la integrina 47 en la sangre y el líquido sinovial de pacientes con espondiloartritis, por lo que resulta interesante investigar la existencia y características de los linfocitos T 47+ en la espondiloartritis y la psoriasis.

Objetivos: Determinar la frecuencia y el fenotipo funcional de los linfocitos T gamma delta positivos a la integrina 47 en pacientes con espondiloartritis y psoriasis.

Material y métodos: Se incluyó a 15 pacientes con espondiloartritis del Hospital General de México y 10 con psoriasis del Hospital Dr. Adolfo López Mateos del ISSSTE; se tomaron muestras de sangre periférica y se determinaron mediante citometría de flujo las frecuencias de linfocitos T positivos y negativos al TCRγδ que expresaran a la integrina α4β7; posteriormente se determinó en estas células la expresión de TLR2 y TLR4, así como la producción de las citocinas proinflamatorias IL-17 e IL-22 ante estimulación con PMA, LPS, IL-23 y ácido hialurónico de bajo peso molecular. De igual forma, se midió la concentración de calprotectina fecal mediante la técnica de ELISA en los pacientes con espondiloartritis para medir de forma indirecta la inflamación intestinal.

Resultados: Los resultados mostraron un aumento de la concentración de calprotectina fecal en los pacientes con espondiloartritis, lo que indicaba inflamación intestinal subclínica. Además, se observó que a pesar de que existe una frecuencia disminuida de las células T circulantes en pacientes con SpA, se reconoce una mayor frecuencia de células T TCR+ y TCR-positivos a la integrina 47. Al comparar las poblaciones de células T 47+ con 47- se advierte una diferencia significativa en la expresión de TLR2 y TLR4. Al evaluar la producción de citocinas en pacientes con SpA se identifica una tendencia al incremento de la producción de IL-17 bajo los diferentes estímulos, con un predominio a esta respuesta en la población con mayor expresión del TCR gamma delta (*TCR high*). En el caso de los pacientes con psoriasis, se observó que a pesar de que no hay diferencias en las frecuencias de células T 47+, las células T positivas a la integrina 47 producen significativamente más IL-17 que las células 47 negativas.

Conclusiones: Las células T positivas a la integrina α4β7 tienen un fenotipo funcional proinflamatorio en pacientes con SpA y psoriasis que podría participar en el eje intestino-piel-articulación.

Bibliografía

1. Ciccía F, Guggino G, Rizzo A, Saieva L, Peralta S, Giardina A, Cannizzaro A, Sireci G, de Leo G, Alessandro R, Triolo G. Type 3 innate lymphoid cells producing IL-17 and IL-22 are expanded in the gut, in the peripheral blood, synovial fluid and bone marrow of patients with ankylosing spondylitis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2015;74(9):1739:1747. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-206323>.

2. Romero-López JP, Gómez-Martínez D, Domínguez-López ML, Jiménez-Zamudio L, Casasola-Vargas JC, Burgos-Vargas R, García-Latorre E. Differential expression of TLR2 and TLR4 in γδ7-positive leukocytes of patients with axial spondyloarthritis. *Rheumatology*. 2018. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kez364>.

CGo69

Caracterización clínica de los pacientes con síntomas de afección axial en artritis psoriásica atendidos en clínicas de atención multidisciplinaria

Casasola-Vargas JC¹, López-Tello A², Vázquez-González D¹, Castro-Colín Z³, Godínez-Luna L³, Benites-Rangel CJ¹, Mendoza-Fuentes A²

⁽¹⁾Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, ⁽²⁾Centro Médico IS-SEMyM Metepec, ⁽³⁾Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La prevalencia de afección axial en la artritis psoriásica (AP) se ha descrito en 25% a 70% de los casos y hay disparidad debido a los distintos criterios utilizados para su definición. Las manifestaciones son variables, desde dolor lumbar inflamatorio hasta cambios radiográficos con fusión de articulaciones sacroiliacas. Es importante conocer la prevalencia de la afección axial en pacientes mexicanos con AP y cuáles son los posibles factores relacionados para una identificación más temprana de este tipo de manifestación.

Objetivos: Describir las características clínicas y los factores vinculados con la afección axial en pacientes mexicanos con artritis psoriásica.

Material y métodos: Pacientes atendidos en las tres clínicas de atención multidisciplinaria de artritis psoriásica en diferentes instituciones de salud en la Ciudad de México; se investigó si tenían síntomas de afección axial en los primeros seis y 12 meses del inicio de la enfermedad, o bien síntomas axiales actuales. De manera específica se interrogó sobre la presencia de dolor dorsolumbar de tipo inflamatorio actual o por historia, dolor cervical de características inflamatorias o dolor glúteo alternante. La definición de dolor lumbar inflamatorio utilizada fue la del grupo ASAS. Se registraron variables demográficas, clínicas y de laboratorio de todos los pacientes. Tres reumatólogos con experiencia en la atención de pacientes con espondiloartritis los evaluaron en forma independiente. Análisis estadístico: estadística descriptiva, prueba de t, ² y razón de momios (OR).

Resultados: Un total de 24 pacientes (18%) presentó síntomas axiales en el primer año del inicio de la enfermedad. El promedio de edad fue de 50 años (+4), el 60% correspondió a hombres y los pacientes con afección axial tenían con mayor frecuencia dolor glúteo (17%), entesitis (40%), dactilitis (20%) y afección ungueal (16%). En relación con la actividad de la enfermedad se encontró que tenían una mayor puntuación en el índice de DAPSA. Cuando se calcularon los riesgos para tener afección axial se encontró lo siguiente: dolor glúteo con OR 4.8 (IC95%, 3.3-7.1); dactilitis con 2.3 (IC95%, 1.1-4.6); entesitis con 4.0 (IC95%, 2.4-6.7). No se halló diferencia en el patrón de afección periférica, la actividad cutánea, uveítis u otra manifestación extraarticular. Respecto de las comorbilidades no se identificó nexo con DM, HAS, obesidad o síndrome metabólico. La determinación de HLB 27 se tuvo en muy pocos casos, por lo que no se incluyó en el análisis.

Conclusiones: En este estudio multicéntrico se encontró que la frecuencia de afección axial en pacientes mexicanos con AP atendidos en clínicas de atención multidisciplinaria fue el 20%; los factores relacionados con esto fueron la presencia de dactilitis, el dolor glúteo y la entesitis.

Bibliografía

1. Fernández-Sueiro JL. The challenge and need of defining axial psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 2009;36:2633-2634.
 2. Fernández-Sueiro JL, González Díaz-De Rábago E. *Reumatol Clin*. 2010 Mar;6 Suppl 1:22-4. doi: 10.1016/j.reuma.2009.12.007. Epub 2010 Feb 12.

CG070

Mapa de experiencia del paciente, carga clínica y satisfacción del tratamiento en espondiloartritis axial (radiográfica y no radiográfica) en población mexicana

Oelke K¹, Vadhariya A¹, Lisse J¹, Massey N², Hughes M², Bolce R¹, Kronbergs A¹, Hunter-Gibble T¹, Barragán-Garfias JA³

⁽¹⁾Eli Lilly and Company, Indiana, Estados Unidos, ⁽²⁾Adelphi Real World, Bollington, Reino Unido, ⁽³⁾Eli Lilly and Company, Ciudad de México

Introducción: La espondiloartritis axial (axSpA) incluye pacientes con axSpA no radiográfica (nr-axSpA) y espondilitis anquilosante (AS) o axSpA radiográfica. En México existe poca evidencia publicada sobre el mapa de experiencia del paciente, la carga clínica de la enfermedad y el grado de satisfacción del tratamiento en pacientes con axSpA.

Objetivos: Comprender mejor la calidad de vida (QoL), características clínicas, síntomas y patrones de tratamiento de pacientes con EsA-nr y la forma de comparar con pacientes con EA.

Material y métodos: Se realizó un Programa Específico Adelphi Real World AxSpA, un estudio observacional del mundo real con reumatólogos y pacientes consultores con axSpA en México, realizado entre abril de 2021 y junio de 2021. Los reumatólogos completaron encuestas en línea con respecto a la información demográfica de los pacientes, el historial de tratamiento y el estado clínico, incluidos el dolor, la gravedad percibida por el reumatólogo y el estado de la enfermedad. Las características clínicas se informaron al inicio y a la recolección de datos, y todos los análisis fueron descriptivos.

Resultados: Intervino un total de 42 reumatólogos encuestados, 200 pacientes con EA y 200 pacientes con EsA-nr. En pacientes con EA, el 72% era del género masculino, con una edad promedio de 44.9 años, 93% correspondiente a pacientes hispanos. Con respecto a EsA-nr, 53% fue del género femenino, con un promedio 38.5 años y 94% de hispanos. En EA, el promedio en el retraso del diagnóstico fue de 5.1 años después de iniciar los síntomas de la enfermedad (2.2 años en EsA-nr); de éstos, 54% se debió a desidia del paciente (46% en EsA-nr), 40% por falta de derivación a un especialista por parte de su médico (36% en EsA-nr). En cuanto a los informes de la gravedad de la enfermedad de los pacientes al momento del cuestionario realizado por los médicos, el 72% de los pacientes con EA se hallaba en remisión o baja actividad de la enfermedad (82% en EsA-nr). El 49% de los pacientes no había tenido recaída de la enfermedad en los últimos 12 meses (52% en EsA-nr). En relación con el tratamiento, 68% de los pacientes con EA toma AINE, 73% FARMEB o sd y 50% FARMESC. En EsA-nr, 72% consume AINE, 56% FARMESC y 56% FARMEB. En cuanto a EA, sólo en 53% está alineado el nivel de satisfacción entre médico y paciente, en el 32% el médico considera que su paciente está satisfecho con el tratamiento, con discrepancia al valorar las encuestas de los pacientes (25% en EsA-nr). Véase la **Figura 1**.

Conclusiones: El retardo en el diagnóstico es una brecha importante en la enfermedad, al igual que la discrepancia en el tema de satisfacción en el tratamiento actual, desde el punto de vista del médico y del paciente. En ambas entidades más del 50% de los pacientes recibía un FARMEB.

Bibliografía

1. Anderson P, Benford M, Harris N, Karavali M, Piercy J. Real-world physician and patient behaviour across countries: disease-specific programmes - a means to understand. *Curr Med Res Opin.* 2008 Nov;24(11):3063-72.

Figura 1. (CG070)



CG071

Comparación de índices compuestos de actividad de artritis psoriásica en pacientes tratados con upadacitinib: un análisis *a posteriori* de select-PsA1.

González-Gómez I⁵, Smolen JS¹, Lubrano E¹, Kishimoto M², Balanescu A³, Strand V⁴, Gao T⁵, Vranich N⁵, Lippe R⁵, Tillet W⁶

⁽¹⁾University of Molise, ⁽²⁾Kyorin University School of Medicine, ⁽³⁾Sf Maria Hospital Bucharest, ⁽⁴⁾Stanford University, ⁽⁵⁾Abbvie, ⁽⁶⁾Royal National Hospital

Introducción: Lograr una baja actividad de la enfermedad (LDA) o la remisión es un objetivo principal del tratamiento de la PsA. Los índices compuestos utilizados para evaluar la actividad de la enfermedad incluyen el índice de la actividad de la enfermedad para la PsA (DAPSA) y la puntuación de la actividad de la enfermedad para la PsA (PAS-DAS), que tienen puntos de corte para los estados de remisión y LDA. La LDA y la remisión se pueden evaluar mediante el instrumento de estado puro de la actividad mínima de la enfermedad (MDA)/actividad muy baja de la enfermedad (VLDA).

Objetivos: Identificar la interferencia y las diferencias entre estos índices compuestos en los pacientes con PsA tratados con upadacitinib (UPA) o adalimumab (ADA) en el estudio de fase III SELECT-PsA 1.

Material y métodos: En el SELECT-PsA 1 (estudio de fase III, con extensión a largo plazo hasta cinco años), los pacientes con PsA de moderada a grave con respuesta previa inadecuada o intolerancia a ≥ 1 DMARD no biológico se aleatorizaron a UPA oral en dosis de 15 mg o 30 mg (una vez al día), ADA subcutáneo a razón de 40 mg (cada dos semanas), o placebo. La LDA se evaluó con MDA (5/7 criterios), DAPSA (≥ 14), PASDAS (≥ 3.2) y la evaluación global de la actividad de la enfermedad por parte del paciente (PtGA; ≥ 3). Estos análisis descriptivos *a posteriori* incluyen los datos de un año (corte: semana 56) según lo observado de UPA de 15 mg y ADA.

Resultados: Hasta 850 pacientes (UPA, 15 mg, n = 429; ADA, n = 429) se incluyeron en estos análisis. Los pacientes que recibieron UPA y ADA

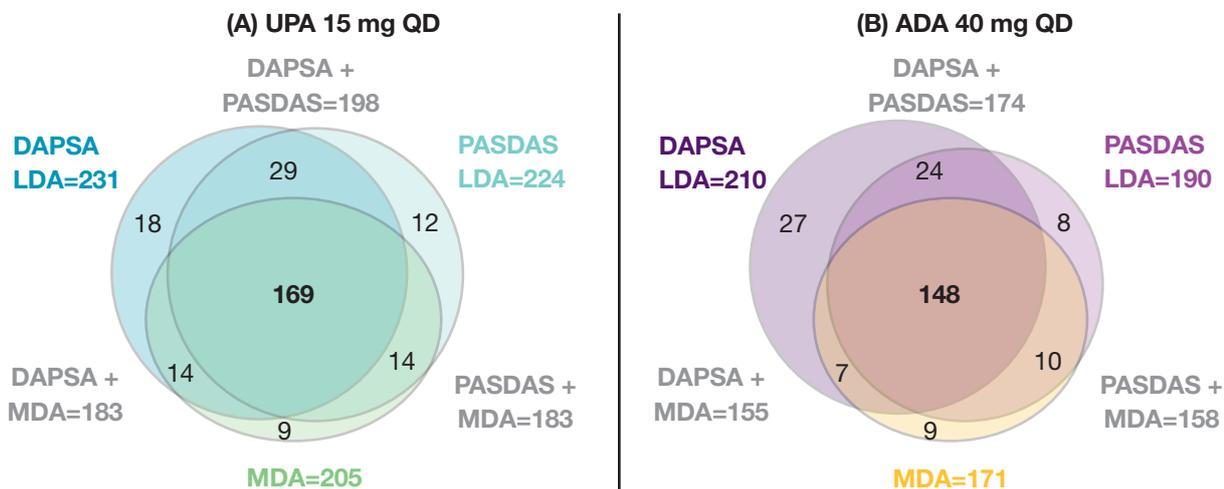
tenían una edad media de 52 años, 54% correspondía mujeres, con una duración promedio de la enfermedad de seis años. Tanto con UPA como con ADA se registró un alto grado de interferencia en la proporción de pacientes que alcanzaron los umbrales de LDA en MDA, DAPSA y PASDAS (Figura 1), y las mejoras de PtGA notificadas mostraron una tendencia similar. Al definir LDA según MDA o los respectivos puntos de corte para DAPSA, PASDAS o PtGA, en la Figura 2 se muestra la proporción de "pacientes que no responden al tratamiento", los pacientes que no alcanzaron dichos estados. De los componentes individuales incluidos en estos índices, un menor número de pacientes informó cifras bajas en las puntuaciones del resumen del componente físico del SF-36 (SF36-PCS), de la escala de calificación numérica del dolor del paciente (NRS del dolor) y del cuestionario de evaluación de la salud-Índice de discapacidad (HAQ-DI), así como del recuento de articulaciones sensibles 68 (TJC68), con respuestas similares en todos los índices.

Conclusiones: En este análisis se reconoció un alto grado de interferencia entre los pacientes en la LDA a través de los índices compuestos, incluidos MDA, DAPSA y PASDAS, sin importar el tratamiento con UPA de 15 mg o ADA, y a pesar de la variabilidad en la inclusión de ciertos componentes en algunos índices, pero no en otros. En todos los índices, menos pacientes informaron valores bajos de las puntuaciones SF36-PCS, NRS del dolor y HAQ-DI y TJC68. Estos datos muestran que las mejoras en los componentes (subjetivos) "orientados al paciente" fueron las más difíciles de conseguir. Estos datos indican un patrón similar de actividad residual de la enfermedad, o de influencia del daño residual o de factores externos, cualquiera que sea el criterio de valoración compuesto utilizado.

Bibliografía

- McInnes IB. Trial of upadacitinib and adalimumab for psoriatic arthritis. N Engl J Med. 2021;384(13):1227-39.
- Kerschbaumer. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol. 2018;32:401-14.
- Gorlier C. Comparing patient-perceived and physician-perceived remission and low disease activity in psoriatic arthritis: an analysis of 410 patients from 14 countries. Ann Rheum Dis. 2019;78:201-208.

Figura 1. Número de pacientes con PsA tratados con UPA o ADA en LDA por MDA, † DAPSA, ‡ y/o PASDAS §. (CG071)

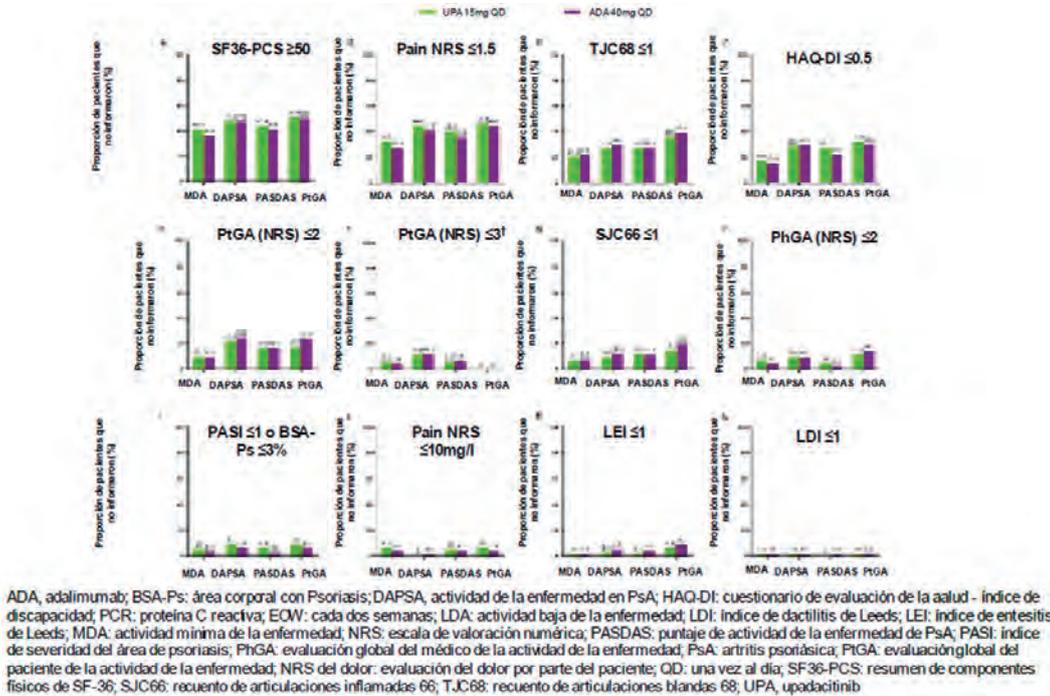


ADA: adalimumab; DAPSA: actividad de la enfermedad en la PsA; HAQ.D1: cuestionario de evaluación de la salud - Índice de discapacidad; LDA: baja actividad de la enfermedad; LEI: Índice de entesitis de Leeds; MDA: actividad mínima de la enfermedad; NRS: escala de calificación numérica; PASDAS: puntuación de la actividad de la enfermedad de la APS; PASI: Índice de gravedad del área de la psoriasis; APS: artritis psoriásica; PtGA: evaluación global de la actividad de la enfermedad por parte del paciente; NRS: evaluación del dolor por parte del paciente; CD: una vez al día; SJC66: recuento de articulaciones inflamadas 66; TJC68: recuento de articulaciones sensibles 68; UPA: upadacitinib

*MDA definida como la consecución de 5/7 de los siguientes criterios: TJC68 ≤ 1 , SJC66 ≤ 1 , PASI ≤ 1 o BSA-Ps $\leq 3\%$, NRS de dolor ≤ 1.5 (escala 0-10), NRS de PtGA $\leq 2,0$ (escala 0-10), HAQ-DI $\leq 0,5$ y LEI ≤ 1 .

*Umbral LDA para DAPSA: 514

Figura 2. Proporción de pacientes con PsA tratados con UPA o ADA en LDA por MDA, DAPSA, PASDAS o PtGA ≤ 3 , pero que no informan de mejoras significativas en los componentes individuales del índice. (CG071)



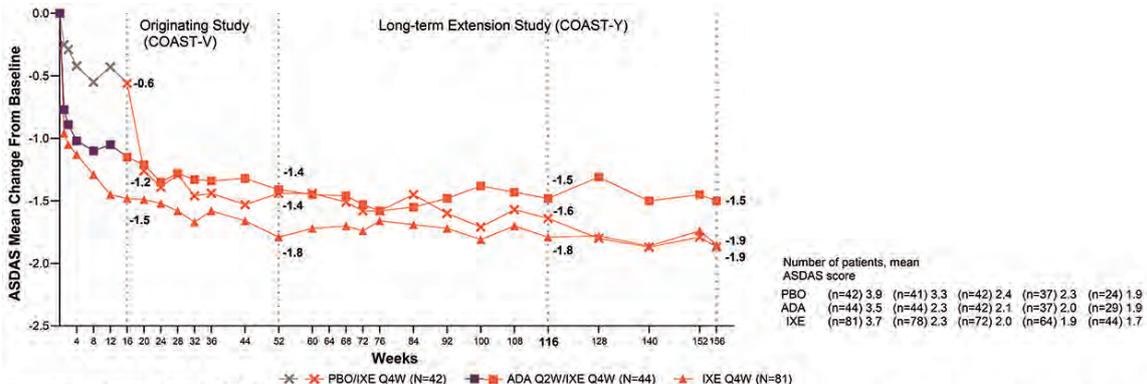
CG072

Seguridad y eficacia del tratamiento con ixekizumab en pacientes con espondiloartritis axial: resultados a tres años del programa COAST

Deodhar A¹, Poddubny D², Rahman P³, Bolce R⁴, Liu Leage S⁴, Kronbergs A⁴, Johnson C⁴, Leung A⁵, Van Der Heijde D⁶, Barragán-Garfías JA⁷

⁽¹⁾Oregon Health & Science University, Portland, OR, Estados Unidos, ⁽²⁾Charité Universitätsmedizin Berlin, Germany and German Rheumatism Research Centre, Berlin, Alemania, ⁽³⁾Memorial University of Newfoundland, St. Johns, NL, Canadá, ⁽⁴⁾Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, Estados Unidos, ⁽⁵⁾Syneos Health, Morrisville, NC, Estados Unidos, ⁽⁶⁾Leiden University Medical Center, Leiden, Países Bajos, ⁽⁷⁾Eli Lilly y Compañía de México, Ciudad de México, México

Figura 1. CFB medio observado en ASDAS para pacientes tratados con IXE Q4W en COAST-V. A las 16 semanas, los pacientes PBO recibieron IXE Q4W. (CG072)



Introducción: Ixekizumab(IXE) ha demostrado eficacia en la semana 16 que se mantuvo durante dos años y se relacionó con un perfil de seguridad consistente en pacientes con r- y nr-axSpA, sin administración previa de bDMARD y no respondedores a TNFi.

Objetivos: Notificar la seguridad y eficacia del programa COAST a los tres años: un año de los estudios de origen (COAST-V/W/X) y dos años de COAST-Y.

Material y métodos: COAST-Y es el estudio de extensión a largo plazo de fase 3 de los tres estudios de origen COAST-V/W/X. Los pacientes continuaron con la dosis recibida al final del protocolo de origen en la semana 52: con 80 mg de IXE cada cuatro semanas (Q4W) o cada dos semanas (Q2W). Los pacientes asignados a adalimumab (ADA) o placebo (PBO) se reasignaron al azar a IXE Q4W o Q2W a la semana 16 en COAST-V y -W (Figura 1). Los pacientes que recibieron PBO durante 52 semanas en COAST-X se cambiaron a IXE Q4W para continuar en COAST-Y. A partir de la semana 116 (semana 64 de COAST-Y), los pacientes que

recibían IXE Q4W podrían tener su dosis escalada a Q2W según la opinión del investigador. Este análisis se centró en los pacientes que recibieron ≥ 1 dosis de IXE Q4W, sin incluir los datos observados mientras que en IXE Q2W no se incluye el incremento de la dosis. Los datos continuos se resumen como se observan. Los datos de seguridad durante el tratamiento con IXE se analizaron para los pacientes que recibieron una dosis de IXE; se excluyeron los datos observados mientras estaban en PBO o ADA.

Resultados: Un total de 932 pacientes recibió ≥ 1 dosis de IXE, 414 recibieron una dosis de IXE Q4W y 562/932 (60%) pacientes completaron tres años de seguimiento (PBOIXE Q4W, 63/119 (53%); ADAIXE Q4W, 29/44 (66%); e IXE Q4WIXE Q4W, 114/251 (45%). A lo largo de tres años, los efectos adversos emergentes del tratamiento informados con mayor frecuencia fueron infecciones (tasa de incidencia [IR] 25.7/100 pacientes-año [PY]) y reacciones en el lugar de la inyección (IR 7.4/100 PY), la mayoría de los cuales mostraron una gravedad leve a moderada. Se informaron efectos adversos graves a una RI de 4.8/100 PY, de los cuales la osteoartritis fue la más frecuente a 0.4/100 PY. Se notificó un total de tres muertes entre todos los individuos que recibieron una dosis de IXE (IR 0.1/100 PY). Para todos los pacientes, la actividad basal de la enfermedad (*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*; ASDAS) fue alta (Tabla 1). El cambio medio (DE) de tres años desde el inicio (observado) en ASDAS entre personas sin bDMARD con r-axSpA, pacientes experimentados con TNFi con r-axSpA e individuos sin bDMARD previo con nr-axSpA se presenta en la Tabla 1. Se confirmó una mejoría similar en la actividad de la enfermedad a lo largo de tres años en los criterios de valoración de eficacia adicionales (Tabla 1).

Conclusiones: Este análisis en COAST-Y demostró que el perfil de seguridad es consistente con el perfil de seguridad establecido, sin que se observen nuevas señales de seguridad. Los pacientes tratados con IXE Q4W tuvieron una mejoría sostenida durante tres años.

Bibliografía

- Heijde D. Spinal radiographic progression and predictors of progression in patients with radiographic axial spondyloarthritis receiving ixekizumab over 2 years. *J Rheumatol*. 2022 Mar;49(3):265-273.

CG073

Eficacia de UPA en pacientes AP con compromiso axial definido por la evaluación del investigador y criterios basados en PRO

Tabla 1. Demografía de referencia y características de la actividad de la enfermedad a través de tres años. Datos presentados como media (DE) a menos que se especifique lo contrario. (CG072)

	COAST-V			COAST-W		COAST-X	
	PBO (n = 87)	ADA (n = 90)	IXE Q4W (n = 81)	PBO (n = 104)	IXE Q4W (n = 114)	PBO (n = 105)	IXE Q4W (n = 96)
Edad	43 (12)	42 (11)	41 (12)	47 (13)	47 (13)	40 (12)	41 (15)
Masculino, n (%)	71 (83)	73 (81)	68 (84)	87 (84)	91 (80)	44 (42)	50 (52)
Duración de los síntomas, años	16.6 (10.1)	15.6 (9.3)	15.8 (11.2)	19.9 (11.6)	18.8 (11.6)	10.1 (8.3)	11.3 (10.7)
HLA-B27, n (%)	76 (89)	82 (91)	75 (93)	86 (83)	91 (80)	77 (74)	71 (75)
ASDAS	3.9 (0.7)	3.7 (0.8)	3.7 (0.7)	4.1 (0.8)	4.2 (0.9)	3.8 (0.9)	3.8 (0.8)
BASDAI	6.8 (1.2)	6.7 (1.5)	6.8 (1.3)	7.3 (1.3)	7.5 (1.3)	7.2 (1.5)	7.0 (1.5)
3 años	PBO→IXE Q4W n = 42	ADA→IXE Q4W n = 44	IXE Q4W→IXE Q4W n = 81	PBO→IXE Q4W n = 46	IXE Q4W→IXE Q4W n = 114	PBO→IXE Q4W n = 31	IXE Q4W→IXE Q4W n = 56
ASDAS CFB	-1.9 (0.9)	-1.5 (0.9)	-1.9 (0.9)	-1.6 (1.0)	-1.7 (1.0)	1.8 (1.0)	-1.7 (1.4)
ASDAS LDA, n (%)	13/24 (54)	21/29 (72)	33/44 (75)	7/20 (35)	16/41 (39)	13/19 (68)	19/29 (66)
BASDAI CFB	-3.9 (1.9)	-3.5 (2.3)	-4.0 (2.2)	-3.7 (1.7)	-3.4 (2.2)	-4.4 (2.1)	-3.4 (2.7)
BASDAI50, n (%)	15/24 (63)	18/29 (62)	31/44 (71)	9/20 (45)	20/41 (49)	12/19 (63)	16/29 (55)
ASAS40, n (%)	13/24 (54)	18/29 (62)	30/44 (68)	10/20 (50)	23/41 (56)	15/19 (79)	17/29 (59)

Gómez-García K¹, Baraliakos X², Ranza R², Ostor A³, Ciccía A⁴, Coates L⁵, Rednic S⁶, Walsh JA⁷, Gao T⁸, Lertratanakul A⁸, Song IH⁸, Ganz F⁹, Douglas K⁸, Deodhar A¹⁰

⁽¹⁾AbbVie Farmacéuticos, ⁽²⁾Serviço de Reumatologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil, ⁽³⁾Monash University, Cabrini Hospital & Emeritus Research, Melbourne, Australia, ⁽⁴⁾University of Campania, Luigi Vanvitelli, Caserta, Italia, ⁽⁵⁾University of Oxford, Medicine, Oxford, Reino Unido, ⁽⁶⁾Emergency Clinical County Hospital, Rheumatology, Cluj-Napoca, Rumania and Iuliu Hatieganu University, Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Rumania, ⁽⁷⁾University of Utah, School of Medicine, Salt Lake City, Estados Unidos; George E. Wahlen, Department of Veterans Affairs Medical Center, Salt Lake City, Estados Unidos, ⁽⁸⁾AbbVie Inc., Immunology, North Chicago, Estados Unidos, ⁽⁹⁾AbbVie Inc., Immunology, Baar, Suiza, ⁽¹⁰⁾Oregon Health & Science University, Rheumatology, Portland, Estados Unidos

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) y compromiso axial tienen una mayor actividad de la enfermedad y una mayor reducción de la calidad de vida; sin embargo, no existen criterios aceptados para identificar la afectación axial en la AP.

Objetivos: Evaluar *a posteriori* la eficacia del upadacitinib (UPA), un inhibidor de la cinasa Janus, sobre los síntomas axiales en pacientes con AP activa y afectación axial definida por la evaluación del investigador y los criterios basados en PRO de dos estudios SELECT de fase III.

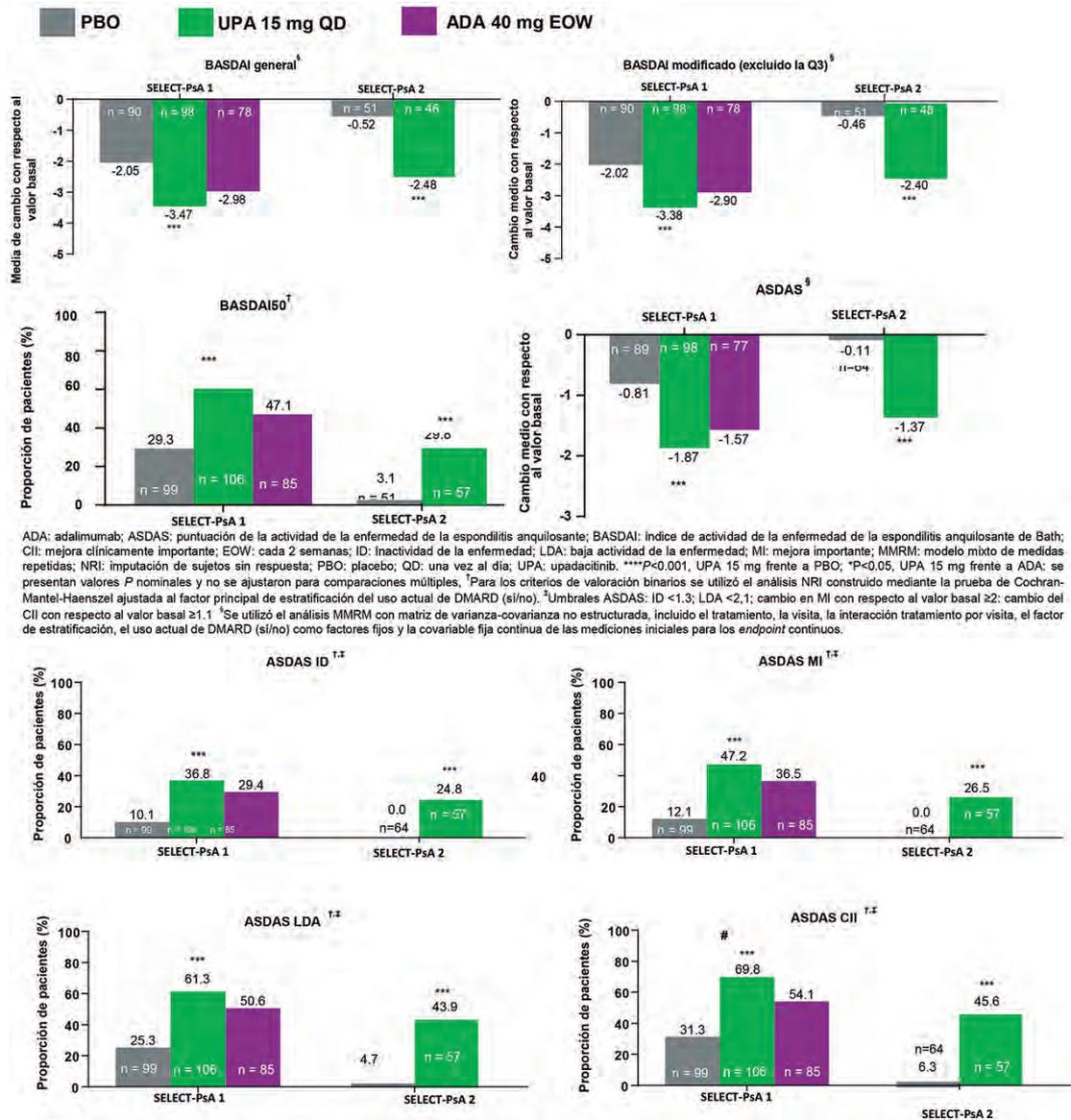
Material y métodos: Los pacientes con AP activa (tres articulaciones inflamadas y tres sensibles) y con respuesta inadecuada o intolerancia antes de un FARME no biológico (SELECT-PsA 1) o uno biológico (SELECT-PsA 2) se asignaron de forma aleatoria a UPA oral una vez al día (15 mg o 30 mg), placebo (PBO) o adalimumab (ADA) (40 mg SC) cada dos semanas (sólo SELECT-PsA 1). Al inicio del estudio, la afectación axial de la AP se determinó mediante una evaluación del investigador basada en la totalidad de la información clínica, como la duración y el carácter del dolor de espalda, la edad de inicio y los estudios de imagen previos. Además de la evaluación del investigador, para este análisis se aplicaron criterios de afectación axial basados en PRO (BASDAI 4 y pregunta 2 de BASDAI 4 en la visita basal) para identificar a los pacientes con enfermedad activa. La eficacia en el subgrupo de pacientes definidos mediante la evaluación del investigador y los criterios basados en PRO se evaluaron en la semana 24 para UPA de 15 mg contra PBO y ADA (sólo SELECT-PsA 1). Los datos se analizaron con el modelo de efectos mixtos de medidas repetidas (MMRM) o la imputación de sujetos sin respuesta (NRI), mostrando los valores de p nominales.

Resultados: Con base sólo en la evaluación del investigador, se definió que el 31.3% (n = 534/1704) de los pacientes de SELECT-PsA 1 y el 34.2% (n = 219/641) de SELECT-PsA 2 tenían afectación axial. Cuando se aplicaron tanto los criterios basados en la evaluación del investigador como los basados en PRO, el 23.1% (n = 393/1704) de los pacientes de SELECT-PsA 1, o el 73.6% (n = 393/534) de los definidos utilizando sólo la evaluación del investigador, y el 27.5% (n = 176/641) de SELECT-PsA 2, o el 80.4% (n = 176/219) usando sólo la evaluación del investigador, cumplían los criterios combinados de afectación axial. En ambos estudios, el UPA de 15 mg mostró respuestas clínicas significativamente mayores en comparación con PBO en la semana 24 en todos los criterios de valoración evaluados (Figura 1). En SELECT-PsA 1, el UPA mostró respuestas numéricamente mayores que ADA en la semana 24 en todos los criterios

de valoración del BASDAI y de la puntuación de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante (ASDAS). La proporción de pacientes que lograron una mejora clínicamente notoria (CII) en la semana 24 fue significativamente mayor con UPA respecto de ADA según el valor de nominal. AC.

Conclusiones: Los pacientes con AP activa y afectación axial definida tanto por la evaluación del investigador como por los criterios basados en PRO demostraron respuestas clínicas estadísticamente mayores relacionadas con su afectación axial con UPA de 15 mg en comparación con PBO, y respuestas numéricamente más altas en comparación con ADA, en la semana 24 en los protocolos SELECT-PsA. Los resultados de este análisis *a posteriori* son coherentes con los datos anteriores con base sólo en la evaluación del investigador.

Figura 1. Respuestas clínicas en pacientes con afectación axial definidas por la evaluación del investigador y los criterios basados en la PRO en la semana 24 de SELECT-PsA 1 y SELECT-PsA 2. (CG073)



ADA: adalimumab; ASDAS: puntuación de la actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante; BASDAI: índice de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante de Bath; CII: mejora clínicamente importante; EOW: cada 2 semanas; ID: Inactividad de la enfermedad; LDA: baja actividad de la enfermedad; MI: mejora importante; MMRM: modelo mixto de medidas repetidas; NRI: imputación de sujetos sin respuesta; PBO: placebo; QD: una vez al día; UPA: upadacitinib. ****P<0.001, UPA 15 mg frente a PBO; *P<0.05, UPA 15 mg frente a ADA; se presentan valores P nominales y no se ajustaron para comparaciones múltiples. Para los criterios de valoración binarios se utilizó el análisis NRI construido mediante la prueba de Cochran-Mantel-Haenszel ajustada al factor principal de estratificación del uso actual de DMARD (sí/no). Umbral ASDAS: ID <1.3; LDA <2.1; cambio en MI con respecto al valor basal ≥2; cambio del CII con respecto al valor basal ≥1.1. Se utilizó el análisis MMRM con matriz de varianza-covarianza no estructurada, incluido el tratamiento, la visita, la interacción tratamiento por visita, el factor de estratificación, el uso actual de DMARD (sí/no) como factores fijos y la covariable fija continua de las mediciones iniciales para los endpoint continuos.

Bibliografía

1. Mease PJ. Influence of axial involvement on clinical characteristics of psoriatic arthritis: analysis from the Corona Psoriatic Arthritis/Spondyloarthritis Registry. *J Rheumatol.* 2018;45(10):1389-96.
2. McInnes IB. Trial of upadacitinib and adalimumab for psoriatic arthritis. *N Engl J Med.* 2021;384(13):1227-39.
3. Mease PJ. Upadacitinib for psoriatic arthritis refractory to biologics: SELECT-PsA 2. *Ann Rheum Dis.* 2020;80(3):312-20.
4. Deodhar A. ACR Convergence 2020 Abstract Supplement. *Arthritis Rheumatol.* 2020;72(Suppl 10).

CG074

Análisis de dos ECC de fase III: predictores para lograr una LDA en pacientes con AP y upadacitinib 15 mg QD

Gómez-García K¹, Aletaha D², Mease PJ³, Lippe R⁴, Behrens F⁵, Haaland D⁶, Palominos P⁷, Lertratanaku A⁸, Lane M⁸, Douglas K⁹, Nash P⁸, Kavanaugh A¹⁰

⁽¹⁾AbbVie Farmacéuticos, ⁽²⁾Department of Medicine III, Division of Rheumatology, Medical University of Vienna, Viena, Austria, ⁽³⁾Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health, University of Washington, Seattle, Estados Unidos, ⁽⁴⁾AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Immunology, Wiesbaden, Alemania, ⁽⁵⁾Rheumatology and Fraunhofer Institute for Translational Medicine and Pharmacology (ITMP), Goethe-University, Frankfurt, Alemania, ⁽⁶⁾McMaster University, Medicine, Hamilton, Canadá, ⁽⁷⁾Division of Rheumatology, Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil, ⁽⁸⁾AbbVie Inc., Immunology, North Chicago, Estados Unidos, ⁽⁹⁾University of Queensland, Rheumatology, Brisbane, Australia, ⁽¹⁰⁾Division of Rheumatology, Allergy Immunology, University of California, San Diego, Estados Unidos

Introducción: El upadacitinib (UPA) a dosis de 15 mg una vez al día (QD) ha demostrado su eficacia y seguridad en pacientes con artritis psoriásica (AP) hasta 56 semanas en los ECC de fase III SELECT-PsA 1 y 2. **Objetivos:** Analizar a posteriori estos estudios y explorar la relación de las características basales y las respuestas a corto plazo con el logro de la actividad mínima de la enfermedad (AME) y la actividad baja de la enfermedad (ABE) mediante el índice de la actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica (DAPSA).

Material y métodos: Los datos se agruparon a partir de pacientes con respuesta inadecuada o intolerancia previa a ≥ 1 FARME no biológico (b) (SELECT-PsA 1) o un FARMEb (SELECT-PsA 2) aleatorizados

al inicio a UPA de 15 mg QD. Se utilizaron modelos de regresión logística para evaluar la relación entre las características basales y las respuestas a corto plazo (semana 12) con el logro de AME o ABE según DAPSA a 56 semanas, AME (semanas 36 y 56) y ABE según DAPSA (semanas 36, 44 y 56) sostenidas. Cada predictor se evaluó por separado en un modelo inicial que incluía los efectos del estudio y el uso de fármacos concomitantes diferentes de FARME no biológicos. Se utilizaron coeficientes de concordancia y razón de momios (c) para determinar la exactitud de la predicción. Los predictores estadísticamente significativos se evaluaron de manera simultánea mediante una regresión logística por pasos con el criterio de información de Akaike para la creación de modelos.

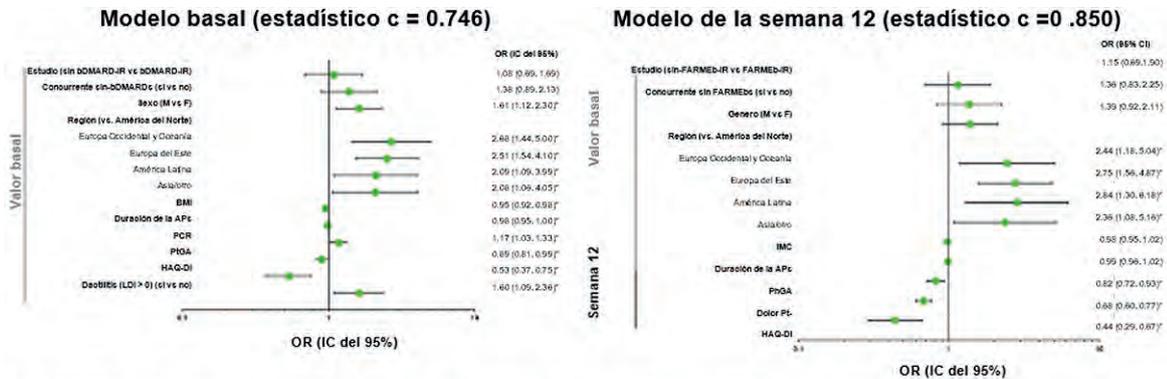
Resultados: Se incluyó a 640 pacientes en el análisis; el 40% y el 47% alcanzaron AME y ABE según DAPSA, respectivamente, a la semana 56. Al evaluarse por separado, la edad más joven, el género (masculino), la región geográfica, el peso más bajo, el IMC más bajo, la presencia de dactilitis o entesitis y las puntuaciones más bajas de la evaluación del dolor por parte del paciente (Pt-dolor), la evaluación global por parte del paciente (PtGA), el recuento de articulaciones sensibles en 68 articulaciones y el cuestionario de evaluación de la salud-índice de discapacidad (HAQ-DI) fueron predictores iniciales significativos para lograr la AME y la ABE según DAPSA a la semana 56. Las puntuaciones más bajas del Pt-dolor (semanas 12-24) y el PtGA (semanas 16-24) fueron sólidamente predictivas (estadística c > 0.8) para lograr AME en la semana 56, y ambas medidas (desde la semana 8) fueron moderadamente predictivas (estadística c > 0.7) para lograr el ABE según DAPSA. Cuando se evaluaron de forma simultánea varias características basales, las puntuaciones más bajas de Pt-dolor y HAQ-DI en la semana 12 incluyeron modelos sólidamente predictivos del logro de AME y ABE según DAPSA (estadística c = 0.850, **Figura 1**; y c = 0.840, **Figura 2**, respectivamente) en la semana 56. Por cada aumento de 1 punto en Pt-Dolor o HAQ-DI en la semana 12 (después de ajustar por otros efectos en el modelo), los pacientes tenían menos probabilidades de alcanzar la AME (en un 32% o 56%, respectivamente) o ABE según DAPSA (en un 23% o 31%, respectivamente) en la semana 56.

Conclusiones: Los pacientes con AP que recibieron UPA de 15 mg, las características basales y las respuestas tempranas predijeron con solidez el logro de AME o ABE según DAPSA en la semana 56. Esto puede orientar las consideraciones sobre los objetivos terapéuticos en los estudios clínicos y alentar a los médicos a optimizar aún más el tratamiento de sus pacientes en la práctica clínica.

Bibliografía

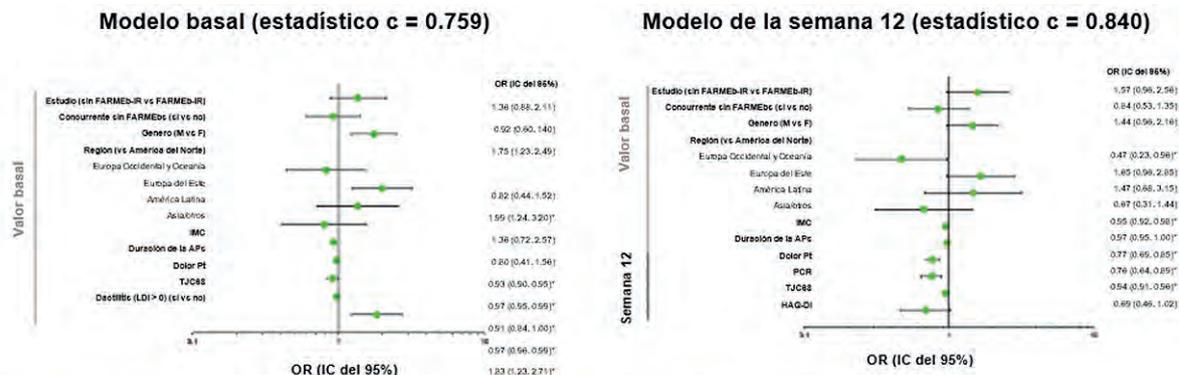
1. McInnes IB, et al. *Ann Rheum Dis* 2020;79:16-7.
2. Mease PJ, et al. *Rheumatol Ther.* 2021.

Figura 1. Predictores del logro de AME en la semana 56 con upadacitinib de 15 mg evaluados de manera simultánea. (CG074)



*p<0.05. Estadística c: 0,6 indica un modelo regular, 0,7 indica un buen modelo y 0,8 indica un modelo sólido. Se utilizó la imputación de sujetos sin respuesta para la MDA en la semana 56. FARMEb: medicamento antineumático modificador de la enfermedad; IMC: índice de masa corporal; IC: intervalo de confianza; PCR: proteína C reactiva; F: mujer; HAQ-DI: cuestionario de evaluación de la salud-índice de discapacidad; IR: sujeto con respuesta inadecuada; LDI: índice de dactilitis de Leeds; M: hombre; MDA: actividad mínima de la enfermedad; OR: Odds Ratio; PHGA: evaluación global del médico; APs: artritis psoriásica; PtGA: evaluación global del paciente; Pt-dolor: evaluación del dolor del paciente.

Figura 2. Predictores del logro de ABE con DAPSA en la semana 56 con upadacitinib de 15 mg evaluados de manera simultánea. (CG074)



p<0.05. Estadística c: 0,6 indica un modelo regular, 0,7 indica un buen modelo y 0,8 indica un modelo sólido. Se utilizó la imputación de sujetos sin respuesta para la MDA en la semana 56. FARMES: medicamento antirreumático modificador de la enfermedad biológico; IMC índice de masa corporal; IC: intervalo de confianza; PCR: proteína C reactiva; DAPSA: índice de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica; F, hembra; HAQ-Di: cuestionario de evaluación de la salud-índice de discapacidad; IR: sujeto con respuesta inadecuada; LDA: baja actividad de la enfermedad; LDI: índice de dactilitis de Leeds; M:hombre; OR, cociente de posibilidades; APs, artritis psoriásica; Pt dolor: valoración del dolor por parte del paciente; TJC68: recuento de articulaciones sensibles en 68 articulaciones

CG075

Persistencia en mundo real y patrones de tratamiento en pacientes con artritis psoriásica tratados con terapia anti-IL17: el estudio PERFIL-17

Joven-Ibáñez B¹, Fito-Manteca C², Rubio E³, Raya E⁴, Pérez-Linaza A⁵, Hernández R⁶, x|Manrique-Arrija S⁷, Núñez M⁸, Díaz S⁸, Trancho L⁸, García-De Vicuña R⁹, Barragán-Garfías JA¹⁰

(¹) Department of Rheumatology, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España, (²) Department of Rheumatology, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España, (³) Department of Rheumatology, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España, (⁴) Department of Rheumatology, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España, (⁵) Department of Rheumatology, Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España, (⁶) Department of Rheumatology, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España, (⁷) Department of Rheumatology, Hospital Carlos Haya, Málaga, España, (⁸) Lilly Spain, Madrid, España, (⁹) Department of Rheumatology, Hospital de la Princesa, Madrid, España, (¹⁰) Eli Lilly y Compañía de México, Ciudad de México, México

Introducción: Los inhibidores de la interleucina 17 (anti-IL17) han proporcionado una opción terapéutica adicional en la artritis psoriásica (AP). **Objetivos:** Describir el perfil del paciente, los patrones de tratamiento y la persistencia en pacientes con AP tratados con ixekizumab y secukinumab en entornos de la vida real. La L-17 ha proporcionado una opción de tratamiento adicional en la artritis psoriásica. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico en ocho hospitales españoles. Se incluyeron tres cohortes de pacientes adultos con AP, que iniciaron en fecha reciente el tratamiento con un anti-IL-17A (secukinumab de 150 mg [SECU150], secukinumab de 300 mg [SECU300], ixekizumab [IXE]), entre enero de 2019 y marzo de 2020. Los datos de los pacientes expuestos a medicamentos anti-IL-17 con una visita de seguimiento se recopilaron hasta marzo de 2021. Las características demográficas y clínicas, los patrones de tratamiento y la persistencia se analizaron de forma descriptiva. Los datos continuos se presentaron como media (desviación estándar [DE]) y las variables categóricas como frecuencias con porcentaje. Se calcularon las tasas de persistencia a tres, seis y 12 meses. **Resultados:** Se analizó un total de 221 pacientes con AP (SECU150: 103 [46.6%], SECU300: 38 [17.2%] e IXE: 80 [36.2%]). Los patrones de tratamiento difirieron de acuerdo con las características clínicas: los pacientes con SECU150 presentaron AP más moderada y menos daño articular periférico, mientras que los pacientes con SECU300 incluyeron mayor tasa con entesitis y psoriasis activa y los pacientes con IXE mostraron más tiempo desde el

diagnóstico de AP, con mayor frecuencia de comorbilidades, daño articular y psoriasis diagnosticada (Tabla 1). El 77.8% de los pacientes se trataron de manera previa con csDMARDs en monoterapia y el 72.9% con bDMARDs/tsDMARDs (93.8% IXE, 68.4% SECU300 y 5.3% SECU150). El número medio de bDMARDs/tsDMARDs anteriores fue de 2.4 (1.5), 1.7 (0.9) y 1.6 (1.0), respectivamente. La persistencia anti-IL-17 se muestra en la Figura 1. La razón más frecuente para la interrupción fue la falta de efectividad (13.8%). **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes con AP tratados con anti-IL-17 en España tenía una enfermedad de moderada a grave, daño articular periférico alto y afectación cutánea y habían recibido al menos un bDMARDs/tsDMARDs previo. Más del 80% de los pacientes con un año de seguimiento fueron persistentes a los tratamientos anti-IL-17, al observar la tasa más alta con IXE, seguido de SECU150 y SECU300.

Bibliografía

Blauvelt A. The immunologic role of IL-17 in psoriasis and psoriatic arthritis pathogenesis. Clin Rev Allergy Immunol. 2018 Dec;55(3):379-390.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas del paciente al inicio del estudio. (CG075)

	Promedio n (%)	SECU150 n (%)	SECU300 n (%)	IXE* n (%)
Pacientes	221 (100.0)	103 (100.0)	38 (100.0)	80 (100.0)
Edad al inicio de tratamiento (años)	51.5 (11.6)	51.8 (12.4)	46.1 (10.3)	53.7 (10.4)
Masculino, n (%)	114 (51.6)	54 (52.4)	18 (47.4)	42 (52.5)
IMC (kg/m ²), n	28.6 (6.3); 90	29.0 (6.8); 32	29.0 (6.7); 21	28.1 (5.9); 37
Duración de la AP desde el diagnóstico (años)	8.1 (7.7)	6.9 (7.3)	6.5 (6.8)	10.5 (8.2)
Duración de la PSO desde el diagnóstico (años), n	15.2 (13.9); 114	13.0 (13.3); 49	16.7 (13.6); 17	16.9 (14.6); 48
Comorbilidades, n (%)	183 (82.8)	82 (79.6)	30 (78.9)	71 (88.8)
Psoriasis diagnosticada				
Sí	191 (86.4)	82 (79.6)	33 (86.8)	76 (95.0)
Desconocido	9 (4.1)	6 (5.8)	2 (5.3)	1 (1.3)
PASI, n	7.9 (6.0); 25	3.9 (3.2); 4	8.3 (6.5); 9	9.0 (6.2); 12
Psoriasis activa				

Sí	133 (69.6)	56 (68.3)	28 (84.8)	49 (64.5)
Desconocida	26 (13.6)	9 (11.0)	2 (6.1)	15 (19.7)
Gravedad de la artritis psoriásica*				
Leve	46 (20.8)	18 (17.5)	13 (34.2)	15 (18.8)
Moderada	119 (53.8)	59 (57.3)	17 (44.7)	43 (53.8)
Grave	36 (16.3)	12 (11.7)	7 (18.4)	17 (21.3)
Desconocido	20 (9.0)	14 (13.6)	1 (2.6)	5 (6.3)
Daño articular				
Sí	206 (93.2)	92 (89.3)	35 (92.1)	79 (98.8)
Periférico	180 (87.4)	72 (78.3)	33 (94.3)	75 (94.9)
Axial	92 (44.7)	43 (46.7)	14 (40.0)	35 (44.3)
Dactilitis				
Sí	41 (18.6)	20 (19.4)	7 (18.4)	14 (17.5)
Desconocido	11 (5.0)	8 (7.8)	0 (0.0)	3 (3.8)
Entesitis				
Sí	56 (25.3)	20 (19.4)	15 (39.5)	21 (26.3)
Desconocido	14 (6.3)	9 (8.7)	1 (2.6)	4 (5.0)

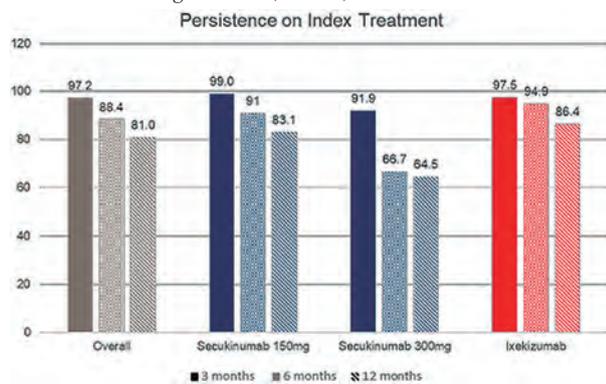
Si no se proporcionan valores específicos de n por variable, los datos corresponden a la muestra completa por cohorte.

* 160 mg como dosis inicial que permite cambiar a una dosis de mantenimiento de 80 mg más tarde según SmPC.

ª Remisión de la enfermedad (DAS28 < 2.6, DAPSA ≤ 4), leve (DAS28 ≥ 2.6 ≤ 3.2, DAPSA > 4 y ≤ 14), moderada (DAS28 > 3.2 y ≤ 5.1, DAPSA > 14 y ≤ 28), grave (DAS28 > 5.1, DAPSA > 28).

IMC, índice de masa corporal; PASI, Psoriasis Area and Severity Index.

Figura 1. Persistencia de anti-IL17 en general y por cohortes de estudio durante un año de seguimiento. (CG075)



CG076

Asociación de títulos de NT-proBNP con aterosclerosis subclínica en pacientes con artritis psoriásica

García-Arellano G, Azpiri-López JR, Colunga-Pedraza IJ, Guajardo-Jáuregui N, Rubio-Torres DC, Cárdenas-De la Garza JA, Flores-Alvarado DE, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) tienen un mayor riesgo cardiovascular debido a la inflamación sistémica y una mayor prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) habituales. Los valores

elevados de péptido natriurético cerebral N-terminal (NT-proBNP), un biomarcador de disfunción cardíaca, se han vinculado con un peor pronóstico cardiovascular y aterosclerosis subclínica en pacientes con artritis reumatoide. Sin embargo, esto no se ha estudiado en pacientes con AP.

Objetivos: Comparar los valores de NT-proBNP en pacientes con AP, con y sin placa carotídea (CP) y controles con CP.

Material y métodos: Este estudio transversal se realizó en una cohorte de AP de la clínica de cardiorreumatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes que cumplieran los criterios de clasificación 2006 para AP con una evaluación de actividad de la enfermedad de la artritis psoriásica (DAPSA) e índice de gravedad de la psoriasis ungueal (NAPSI). Se efectuó una ecografía carotídea en modo B en todos los individuos. La PC se definió como una estructura focal que invadía la luz arterial por al menos 0.5 mm o 50% del espesor de la íntima-media o el grosor de la íntima-media fue ≥ 1.2 mm. El tamaño de la muestra se calculó para comparar dos medias independientes mediante los valores esperados de NT-proBNP. Se requirió a 32 pacientes en cada grupo. Los pacientes se parearon por edad (± 5 años), sexo y FRCV común. El NT-proBNP se midió con ELISA (Abcam, Cambridge, Reino Unido). Para el análisis se utilizó SPSS v.25 y la distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se llevaron a cabo con la prueba ji cuadrada para las variables cualitativas y la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. Un valor de p < 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 32 pacientes con AP y PC y se emparejaron con 32 pacientes con AP sin PC y 32 controles con PC. No hubo diferencias en cuanto a las características demográficas entre los grupos. Se observó una diferencia en el Índice de gravedad de psoriasis ungueal (NAPSI), mayor en pacientes con AP y CP en comparación con pacientes sin CP (6.00 vs. 0.00, p = 0.043). No se encontró diferencia entre los títulos de NT-proBNP en pacientes con AP con o sin PC (40.0 pg/ml vs. 30.0 pg/ml, p = 0.103). Se identificó una diferencia en los títulos de NT-proBNP en individuos con AP y PC y controles con PC (40.0 pg/ml vs. 25.0 pg/ml, p = 0.012) (Tabla 1). No se reconoció una relación entre los títulos de NT-proBNP y la presencia de PC en pacientes con AP.

Tabla 1. Comparación entre pacientes con AP y controles. (CG076)

Características	AP con CP	AP sin CP	p
Edad, año, media ± DE	57.12 ± 12.30	53.06 ± 7.36	0.114
Mujeres, n (%)	17 (53.1)	17 (53.1)	1.000
DM 2, n (%)	12 (37.5)	7 (21.9)	0.171
Hipertensión n (%)	15 (46.9)	13 (40.6)	0.614
Dislipidemia, n (%)	18 (56.3)	18 (56.3)	1.000
Obesidad, n (%)	12 (37.5)	13 (40.6)	0.798
Tabaquismo activo, n (%)	5 (15.6)	8 (25.0)	0.351
MTX, n (%)	24 (75.0)	20 (62.5)	0.281
bFARME n (%)	12 (37.5)	13 (40.6)	0.798
Tiempo enfermedad (años), media (RIC)	6.0 (3.0-11.5)	2.0 (4.0-8.0)	0.303
DAPSA, media (RIC)	11.74 (5.6-25.0)	13.83 (6.1-22.7)	0.788
NAPSI, media (RIC)	6.00 (0.0-19.7)	0.00 (0.0-7.0)	0.043
NT-proBNP, pg/ml, media (RIC)	40.0 (20.0-60.0)	30.0 (20.0-47.5)	0.103
Características	AP con CP	Controles con CP	p
Edad, año, media ± DE	57.12 ± 12.30	55.75 ± 6.13	0.574
Mujeres, n (%)	17 (53.1)	17 (53.1)	1.000
DM 2, n (%)	12 (37.5)	11 (34.4)	0.794
Hipertensión n (%)	15 (46.9)	12 (37.5)	0.448
Dislipidemia, n (%)	18 (56.3)	18 (56.3)	1.000
Obesidad, n (%)	12 (37.5)	14 (43.8)	0.611
Tabaquismo activo, n (%)	5 (15.6)	7 (21.9)	0.522
NT-proBNP, pg/ml, media (IQR)	40.0 (20.0-60.0)	25.0 (20.0-37.5)	0.012

AP, artritis psoriásica; CP, placa carotídea; DM2, diabetes mellitus tipo 2; MTX, metotrexato; bFARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; DAPSA, puntuación de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica; NAPSI, índice de gravedad de la psoriasis ungueal; NT-proBNP, péptido natriurético cerebral N-terminal.

Conclusiones: Las concentraciones de NT-proBNP no fueron útiles para detectar PC en pacientes con AP. Sin embargo, los individuos con AP y PC mostraron títulos de NT-proBNP más altos que el grupo control con PC. Se debe considerar un seguimiento más estrecho en esta población debido a la relación del NT-proBNP con un peor pronóstico cardiovascular.

Bibliografía

- Eder L, Thavaneswaran A, Chandran V, Cook R, Gladman DD. Increased burden of inflammation over time is associated with the extent of atherosclerotic plaques in patients with psoriatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2015;74(10):1830-5.
- Targoska-Stpniak B, Majdan M. Amino-terminal pro-brain natriuretic peptide as a prognostic marker in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*. 2011;30(1):61-9

CG077

Comparación de la estratificación de riesgo cardiovascular según el tiempo de evolución en pacientes con artritis psoriásica

Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza JJ, Azpiri-López JR, Beltrán-Aguilar VM, González-González V, Arias-Peralta AG, De Ávila-González N, Cárdenas-De la Garza JA, Guajardo-Jáuregui N, García-Arellano G
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica, en la cual el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular (CV) es mayor al de la población general, y la enfermedad CV aterosclerótica es la principal causa de muerte. Los factores de riesgo habituales no explican este aumento por sí mismos. Algunos algoritmos de predicción del riesgo CV son el Framingham risk score (FRS), el algoritmo de la American College of Cardiology/American Heart Association para evaluación de riesgo de enfermedad aterosclerótica cardiovascular

(ACC/AHA ASCVD), la puntuación del riesgo de Reynolds (RRS), y el Q-RISK III, cuyo resultado debe multiplicarse por un factor de 1.5, dado que no incluyen en su evaluación la presencia de AP como factor de riesgo, con base en las recomendaciones de EULAR 2016 y Shen et al.

Objetivos: Comparar el riesgo CV medido a través de las calculadoras de riesgo FRS-lípidos, FRS-IMC, ACC/AHA ASCVD, RRS y Q-RISK III entre pacientes con AP, de acuerdo con su tiempo de evolución.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y comparativo. Se incluyó a pacientes de 40 a 75 años que cumplieran con los criterios diagnósticos de AP según los criterios CASPAR 2006 que acudieron al servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José E. González en Monterrey, de agosto del 2014 a septiembre del 2022. Se evaluaron las características demográficas, bioquímicas, antropométricas y factores de riesgo cardiovascular (Figura 1). Los resultados obtenidos mediante las calculadoras de riesgo se corrigieron por un factor de 1.5, según las recomendaciones de la EULAR 2016 y el estudio realizado por Shen et al. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para las características demográficas, acorde a su distribución, lo cual se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis comparativo entre grupos se utilizó ANOVA y Kruskal-Wallis o ji cuadrada según fuera el tipo de variable. Los pacientes se dividieron en cuartiles de acuerdo con el tiempo de duración de la enfermedad.

Figura 1. Riesgo cardiovascular de acuerdo con la duración de la enfermedad. La gráfica muestra los porcentajes de riesgo para cada cuartil medido con cinco calculadoras. ASCVD, calculadora de riesgo de enfermedad aterosclerótica cardiovascular; FRS, calificación del riesgo de Framingham; IMC, índice de masa corporal; RRS, calificación del riesgo de Reynolds. (CG077)

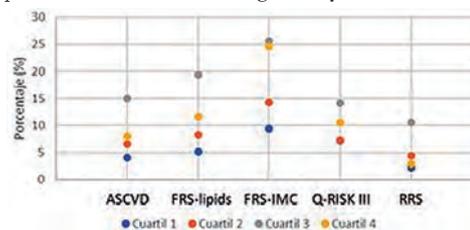


Tabla 1. Características demográficas (n = 82). (CG077)

Variable	Cuartil 1 (n = 24)	Cuartil 2 (n = 22)	Cuartil 3 (n = 17)	Cuartil 4 (n = 19)	p
Duración de la enfermedad, años, mediana (RIC)	1.00 (0.24-2.00)	5.00 (4.00-6.00)	10.00 (8.00-10.50)	17.00 (15.00-20.00)	
Sexo, n (%)					
Mujer	14 (58.3)	13 (59.1)	7 (41.2)	11 (54.9)	NS
Edad, años, media (± DE)	52 (52.54)	53 (7.25)	58 (7.75)	57 (6.90)	NS
IMC, kg/m ² , mediana (RIC)	29.310 (25.91-31.592)	29.040 (26.981-32.288)	27.874 (25.549-32.210)	30.490 (26.280-35.156)	NS
Presión arterial, mmHg					
PAS, media (± DE)	129 (22.61)	132 (16.15)	128 (20.47)	125 (14.44)	NS
PAD, mediana (RIC)	81 (12.46)	82 (7.94)	83 (12.96)	78 (70-80)	NS
Resultados de laboratorio					
Glucosa sérica, mg/dL, mediana (RIC)	89.8 (82.1-100.2)	101.5 (94.7-106.4)	97.3 (89.0-111.9)	100.7 (92.5-122.3)	0.035
Colesterol total, mg/dL, media (± DE)	174.00 (41.47)	177.36 (29.38)	167.18 (40.791)	180.95 (39.76)	NS
Triglicéridos, mg/dL, mediana (RIC)	126.1 (96.1-162.9)	111.0 (93.4-159.4)	132.4 (89.7-239.9)	135.0 (97.2-187.4)	NS
Colesterol HDL, mg/dL, mediana (RIC)	48.05 (39.77-54.65)	47.00 (40.00-52.30)	40.70 (32.05-47.20)	51.90 (46.10-66.00)	0.005
Colesterol LDL, mg/dL, media (± DE)	97.74 (38.97)	104.70 (23.66)	92.51 (26.95)	92.41 (34.34)	NS
PCR, mg/dL, mediana (RIC)	0.48 (0.28-0.95)	0.83 (0.41-1.41)	0.60 (0.30-0.94)	0.58 (0.33-0.63)	NS
VSG, mm/H, mediana (RIC)	16.00 (11.25-21.50)	13.00 (8.50-32.25)	14.00 (7.00-29.50)	24.00 (15.00-32.00)	NS
Calculadoras de riesgo cardiovascular, %, mediana					
ASCVD	4.05	6.52	15.00	8.10	NS
FRS-Lípidos	5.25	8.25	19.35	11.70	NS
FRS-IMC	9.45	14.25	25.65	24.60	NS
Q-RISK III	7.20	7.27	14.10	10.50	0.046
RRS	2.25	4.50	10.50	3.00	0.027

En esta tabla se muestran las características demográficas y clínicas de la muestra estudiada. Los cuartiles se dividieron según la duración de la artritis psoriásica en años, mientras que en cada cuartil se notifican las variables de manera individual. RIC, rango intercuartilico; DE, desviación estándar; IMC, índice de masa corporal; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; PAS, presión arterial sistólica; PAD, presión arterial diastólica; ASCVD, calculadora de riesgo de enfermedad aterosclerótica cardiovascular; FRS, calificación del riesgo de Framingham; RRS, calificación del riesgo de Reynolds.

Resultados: Se incluyó a 82 pacientes con AP. Las características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. No se hallaron diferencias significativas entre las variables de edad y sexo, así como tampoco en el caso de índice de masa corporal (IMC) ni las mediciones de presión arterial. En el caso de los resultados de laboratorio evaluados, la glucosa sérica ($p = 0.035$) y el colesterol HDL ($p = 0.005$) mostraron diferencias significativas entre los grupos, pero no tendencias de aumento o disminución. En el caso de las calculadoras de riesgo CV, las que registraron un incremento conforme avanzaba la duración de la enfermedad fueron la RRS ($p = 0.027$) y el Q-RISK III ($p = 0.046$), mientras que la calculadora de ACC/AHA ASCVD reveló una tendencia a la significancia estadística ($p = 0.052$). Tanto FRS-lípidos ($p = 0.159$) como FRS-IMC ($p = 0.140$) no mostraron diferencias significativas.

Conclusiones: El riesgo CV podría aumentar conforme lo hace el tiempo de evolución de la enfermedad en pacientes con AP. Las variables evaluadas que podrían representar factores de riesgo comunes, como la glucosa sérica y el perfil de lípidos, no registraron aumentos significativos entre los grupos, lo que sugiere que éstos no explican por sí solos el incremento del riesgo CV en pacientes con AP.

Bibliografía

- Colunga-Pedraza JJ, Galarza-Delgado DA, Azpiri-López JR, Rodríguez-Romero AB, Guajardo-Jáuregui N, Cárdenas-De la Garza JA, et al. Nail involvement in psoriatic arthritis patients is an independent risk factor for carotid plaque. *Ann Rheum Dis.* 2021 Dec;80(12):1629-31.
- Shen J, Lam SH, Shang Q, Wong CK, Li EK, Wong P, et al. Underestimation of risk of carotid subclinical atherosclerosis by cardiovascular risk scores in patients with psoriatic arthritis. *Journal of Rheumatology.* 2018;45(2).

CG078

Asociación de la presencia de placa carotídea con el tiempo de evolución en pacientes con artritis psoriásica

Colunga-Pedraza JJ, Galarza-Delgado DA, Azpiri-López JR, Beltrán-Aguilar VM, González-González V, Arias-Peralta AG, De Ávila-González N, Cárdenas-De la Garza JA, Guajardo-Jáuregui N, García-Arellano G

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica. Los pacientes con AP tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular (CV) en comparación con la población general. Los factores de riesgo comunes son incapaces de explicar este aumento por sí solos. La placa carotídea (PC), que se relaciona con enfermedad CV, es un hallazgo que puede encontrarse mediante el ultrasonido carotídeo (USc), y equivale a un alto riesgo de desarrollar episodios CV en el futuro. Es frecuente la presencia de PC en pacientes con AP, aun en ausencia de factores de riesgo habituales.

Objetivos: Comparar la presencia de PC entre pacientes con AP, de acuerdo con el tiempo de evolución de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y comparativo. Se incluyó a pacientes de 40 a 75 años que cumplieran con los criterios de clasificación de diagnóstico de AP según los criterios CASPAR 2006 que acudieron al servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José E. González en Monterrey, de agosto del 2014 a septiembre del 2022. Se evaluaron las características demográficas, bioquímicas, antropométricas y factores de riesgo cardiovascular. Todos los pacientes fueron objeto de USc. La PC se definió como un grosor de la íntima media carotídea (GIMc) de 1.2 mm o un grosor focal de 0.5 mm. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para las características demográficas, acorde a su distribución, lo cual se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis comparativo entre grupos se emplearon ANOVA y Kruskal-Wallis o ji cuadrada según fuera el tipo de variable. Los pacientes se dividieron en cuartiles de acuerdo con la duración de la enfermedad.

Resultados: Se incluyó a 69 pacientes con AP. Las características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. No se reconocieron diferencias significativas de la presencia de placa carotídea entre los diferentes cuartiles ($p = 0.387$). Se hallaron diferencias significativas entre las medias de edad ($p = 0.028$) y colesterol HDL ($p = 0.009$) entre los cuartiles, aunque en ninguno de los casos anteriores se observó alguna tendencia al aumento o la disminución conforme se incrementa la duración de la enfermedad.

Conclusiones: No se identificó un aumento significativo de la frecuencia de la presencia de placa carotídea entre los diferentes cuartiles según el tiempo de evolución de la enfermedad. En este estudio no se registró un incremento de las variables que representarían factores de riesgo comunes, como glucosa sérica o perfil de lípidos, ni tampoco un aumento o una disminución significativos de los reactantes de fase aguda. Se recomienda la realización de más estudios con una muestra mayor de la presentada en este trabajo.

Bibliografía

- Ramírez J, Azuaga-Piñango AB, Celis R, Cañete JD. Update on cardiovascular risk and obesity in psoriatic arthritis. *Frontiers in Medicine.* 2021;8.

Tabla 1. Características demográficas (n = 69). (CG078)

Variable	Cuartil 1 (n = 18)	Cuartil 2 (n = 19)	Cuartil 3 (n = 15)	Cuartil 4 (n = 17)	p
Duración de la enfermedad, años, mediana (RIC)	1.00 (0.42-2.25)	5.00 (4.00-6.00)	8.00 (8.00-10.00)	15.00 (14.00-19.50)	
Sexo, n (%)					
Mujer	12 (66.7)	10 (52.6)	5 (33.3)	9 (52.9)	NS
Edad, años, media (± DE)	52 (8.08)	51 (6.98)	58 (8.42)	57 (6.70)	0.028
IMC, kg/m ² , mediana (RIC)	28.617 (25.83-31.95)	29.036 (26.502-31.327)	28.125 (25.816-33.121)	30.490 (25.288-35.023)	NS
Presión arterial, mmHg					
PAS, media (± DE)	128 (23.25)	129 (12.84)	135 (19.85)	124 (16.85)	NS
PAD, media (± DE)	80 (12.41)	81 (7.67)	86 (12.36)	75 (17.74)	NS
Resultados de laboratorio					
Glucosa sérica, mg/dL, mediana (RIC)	90.6 (83.9-113.3)	101.2 (96.2-105.9)	99.2 (89.4-115.8)	100.7 (93.8-123.4)	NS
Colesterol total, mg/dL, media (± DE)	183.50 (40.44)	179.84 (27.92)	175.53 (39.64)	174.18 (46.40)	NS
Triglicéridos, mg/dL, mediana (RIC)	145.1 (98.9-190.3)	110.9 (95.4-163.7)	152.2 (97.2-241.1)	133.9 (102.9-163.8)	NS
Colesterol HDL, mg/dL, media (± DE)	48.28 (10.68)	47.28 (8.20)	40.24 (11.38)	56.39 (19.29)	0.009
Colesterol LDL, mg/dL, media (± DE)	100.53 (42.54)	107.68 (23.41)	97.72 (26.69)	88.91 (35.79)	NS
PCR, mg/dL, mediana (RIC)	0.38 (0.28-1.00)	0.60 (0.36-1.26)	0.61 (0.29-0.96)	0.58 (0.32-1.02)	NS
VSG, mm/H, mediana (RIC)	16.00 (11.0-22.50)	10.00 (7.00-15.00)	14.00 (7.00-25.00)	22.00 (12.50-32.50)	NS
Presencia de placa carotídea aterosclerótica, n (%)	6 (33.3)	6 (31.6)	8 (53.3)	9 (52.9)	NS

En esta tabla se registran las características demográficas y clínicas de la muestra estudiada. Los cuartiles se dividieron de acuerdo con la duración de la artritis psoriásica en años, mientras que en cada cuartil se informan las variables de manera individual. DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartilico; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; PAS, presión arterial sistólica; PAD, presión arterial diastólica.

2. Colunga-Pedraza JJ, Galarza-Delgado DA, Azpiri-Lopez JR, Rodríguez-Romero AB, Guajardo-Jáuregui N, Cárdenas-de la Garza JA, et al. Nail involvement in psoriatic arthritis patients is an independent risk factor for carotid plaque. *Ann Rheum Dis.* 2021 Dec;80(12):1629-31.

CG079

Prevalencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con artritis psoriásica con y sin síndrome metabólico comparado con controles

Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza JJ, Azpiri-López JR, González-González V, Beltrán-Aguilar VM, Arias-Peralta AG, De Ávila-González N, García-Arellano G, Guajardo-Jáuregui N, Cárdenas-De la Garza JA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad crónica inmunomediada, con afectación osteoarticular axial y periférica que se relaciona con un aumento de la mortalidad por enfermedad cardiovascular (CV).

Objetivos: Comparar si los pacientes con artritis psoriásica y síndrome metabólico (SM) tienen mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica en comparación con artritis psoriásica sin SM y SM sin AP.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a pacientes de 40 a 75 años que cumplieran con los criterios de clasificación para AP 2006. SM se definió de acuerdo con los Criterios NCEP ATP III. En el grupo control con SM, los pacientes se parearon por edad (\pm 5 años), sexo y comorbilidades. Se excluyó a los pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular. Se realizó un ultrasonido carotídeo en todos los participantes del estudio y se valoró la presencia de placa carotídea (PC), definida como un grosor de la íntima media carotídea (GIMc) \geq 1.2 mm o un grosor focal de 0.5 mm. La aterosclerosis subclínica se definió como la presencia de PC o un GIMc de 0.8 mm. La distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, las comparaciones con ji cuadrada o Kruskal-Wallis para las variables cualitativas, o ANOVA para variables cuantitativas. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 96 pacientes. Las variables demográficas se pueden observar en el **Tabla 1**. Al realizar la comparación entre los grupos de AP con y sin SM no se identificó diferencia estadísticamente significativa en la presencia de placa carotídea (43.8% vs. 37.5%, $p = 0.425$), aumento del GIMc (43.8% vs. 37.5%, $p = 1.000$) y aterosclerosis subclínica (43.8% vs. 37.5%, $p = 0.429$) (**Tabla 1**).

Conclusiones: Los pacientes con AP y SM demostraron no tener diferencia estadísticamente significativa en la aterosclerosis subclínica en comparación con los pacientes con AP sin SM, por lo que es posible asegurar que al margen de los factores de riesgo CV habituales, la presencia de AP eleva por sí sola el riesgo de sufrir episodios CV.

Bibliografía

1. Veale DJ, Fearon U. The pathogenesis of psoriatic arthritis. *The Lancet.* Lancet Publishing Group; 2018;391:2273-84.
2. Polachek A, Touma Z, Anderson M, Eder L. Risk of cardiovascular morbidity in patients with psoriatic arthritis: a metaanalysis of observational studies. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2017;69(1):67-74.

Tabla 1. Características demográficas y hallazgos del ultrasonido carotídeo. (CG079)

Características	Pacientes con AP y SM (n = 32)	Pacientes con AP sin SM (n = 32)	Controles con SM (n = 32)	Valor de p
Edad años, media \pm DE	54.53 \pm 7.69	55.06 \pm 9.55	54.25 \pm 7.25	NS
Hombres, n (%)	19 (59.4)	13 (40.6)	19 (59.4)	NS
PC, n (%)	14 (43.8)	11 (34.4)	9 (28.1)	NS
PC unilateral, n (%)	8 (25.0)	10 (31.3)	2 (6.3)	0.037
PC bilateral, n (%)	6 (18.8)	1 (3.1)	7 (21.9)	NS

GIMc \geq 0.8 mm, n (%)	14 (43.8)	12 (37.5)	1 (3.1)	0.001
GIMc \geq 0.8 mm unilateral, n (%)	6 (18.8)	5 (15.6)	0 (0.9)	0.041
GIMc \geq 0.8 mm bilateral, n (%)	8 (25.0)	7 (21.9)	0 (0.0)	0.011
Aterosclerosis subclínica, n (%)	14 (43.8)	12 (37.5)	9 (28.1)	NS

AP, artritis psoriásica; SM, síndrome metabólico; NS, no significativo; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; TG, triglicéridos; PC, placa carotídea; GIMc, grosor de la íntima media carotídeo.

CG080

Síndrome psoriásico e infección por virus de inmunodeficiencia humana

Valenzuela-González L, Rivas-Casillas NC, Velasco-Ibarra E, García-Cerda D, Marín-Rosales M

Hospital General de Occidente, SSA, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad musculoesquelética inflamatoria vinculada con psoriasis. Por lo regular, la artritis aparece después de las lesiones cutáneas, pero pueden preceder las manifestaciones articulares en un 7% a 15%, sobre todo en los fenotipos cutáneos de mayor riesgo como las lesiones de cuero cabelludo, distrofia ungueal, lesiones interglúteas y lesiones perianales. El principal detonante del episodio psoriásico es la activación de linfocitos Th1, con secreción de interleucina (IL)-12/23, interferón γ y factor de necrosis tumoral (TNF). Las células T-CD8+ de memoria juegan un papel central en el desarrollo de lesiones psoriásicas en individuos genéticamente predispuestos; sin embargo, no es suficiente para el desarrollo de la enfermedad y se requiere un factor precipitante ambiental. Entre los factores ambientales, la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) incrementa el riesgo de enfermedades inflamatorias crónicas, como la AP. Esto puede explicarse por una disminución de linfocitos T-CD4 e incremento de T-CD8, lo que favorece la producción de citocinas proinflamatorias.

Objetivos: Presentar un caso clínico y revisar las publicaciones médicas.

Resultados: Paciente masculino de 41 años con carga genética de artritis reumatoide y tiroiditis de Hashimoto. Cuenta con antecedente de tabaquismo, además de infección por VIH (A1) de ocho meses de evolución en tratamiento con Biktarvy. Inició seis meses previos con dolor y aumento de volumen de forma difusa de el cuarto ortoje izquierdo y después se agregaron aumento de volumen, dolor, eritema y deformidad en la primera metacarpofalángica derecha, lo que produjo incapacidad para realizar las actividades diarias. De forma dirigida refiere artralgiás de manos que se exacerbaban con la actividad, sin presentar rigidez articular matinal. Niega dolor lumbar. En la exploración destacan lesiones psoriasiformes en el cuero cabelludo, flogosis de primera metacarpofalángica (MCF) derecha y dactilitis de la cuarta metatarsofalángica (MTF) izquierda. Estudios de laboratorio: factor reumatoide negativo, CD4, carga viral indetectable. Radiografía: 4-MTF izquierda con erosiones en cuatro cuadrantes y pérdida de la arquitectura articular, 1-MCF derecha con luxación y erosiones en cuatro cuadrantes, con colapso articular; ambas imágenes con signo de lápiz y copa. La extensión radiográfica lumbar y sacroiliaca se documentó discartrosis L5-S1 y sacroileítis de grado I del lado izquierdo. Se clasificó como artritis psoriásica (CASPAR, 3 puntos) y se inició tratamiento con metotrexato (15 mg/sem) e indometacina (100 mg/día).

Conclusiones: Cerca de 50% de los pacientes con artritis psoriásica desarrollan dactilitis y de éstos el 70% lo hace en etapas tempranas. Es un dato característico de AP y se incluye como criterio de clasificación en CASPAR y ASAS. Además, tiene un valor pronóstico, no sólo para la función sino como marcador de progresión y gravedad de AP en general, en relación con un mayor daño radiológico. Los antiinflamatorios no esteroideos pueden utilizarse para el tratamiento de la dactilitis, si bien debe combinarse con fármacos modificadores de la enfermedad (FARME). El *Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis* (GRAPPA) recomienda administrar FARME, como el metotrexato; sin embargo, las recomendaciones de AP EULAR sugieren

prescribir el tratamiento biológico de modo inicial. Incluso puede recurrirse al tratamiento combinado con AINE, esteroides y FARME, tanto convencionales como biológicos, entre estos últimos anti-TNF, anti-IL12/23 y anti-IL17 o, con eficacia similar, inhibidores de JAK y PDE4.

Figura 1. Cuero cabelludo con lesiones psoriasiformes. (CG080)



Fig. 1

Figura 2. Sacroilitis izquierda de grado I. (CG080)

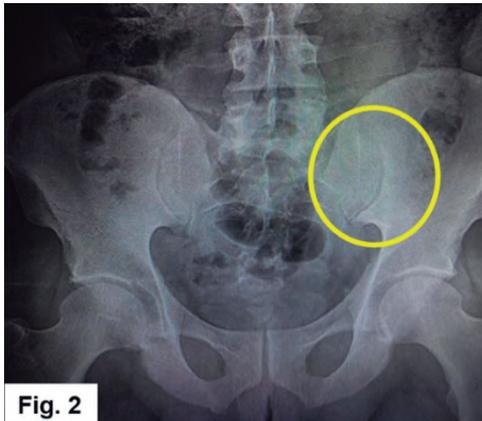


Fig. 2

Figura 3. Primera MCF derecha con luxación y erosiones, con pérdida de la arquitectura articular. (CG080)



Fig. 3

Figura 4. Cuarta MTF izquierda con erosiones e imagen consistente con signo de lápiz y copa. (CG080)



Fig. 4

Bibliografía

1. Coates LC, Soriano ER, Corp N, Bertheussen H, Callis Duffin K, Campanholo CB, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA): updated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2022;18(8):465-79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41584-022-00798-0>.
2. Ceccarelli M, Venanzi Rullo E, Vaccaro M, Facciola A, d'Aleo F, Paolucci IA, et al. HIV-associated psoriasis: epidemiology, pathogenesis, and management. *Dermatol Ther* [Internet]. 2019;32(2):e12806. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/dth.12806>.

CGo81

Guselkumab en el tratamiento de artritis psoriásica con fallas terapéuticas múltiples

Pérez-Álvarez E, Irazoque-Palazuelos F

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La artritis psoriásica es una enfermedad inflamatoria compleja de predominio dermatológico y articular, pero con manifestaciones tan diversas como dactilitis, uveítis y afección inflamatoria intestinal. Altera la calidad de vida de los pacientes y causa discapacidad física, con repercusión emocional. Aunado a esto, se vincula con comorbilidades como síndrome metabólico, obesidad, hipertensión arterial sistémica, entre otras, que deben tomarse en cuenta al momento de elegir el tratamiento. Las guías terapéuticas nacionales e internacionales mencionan el uso de inhibidor de IL-23 (guselkumab) en el mismo nivel que el resto de los tratamientos biológicos, pequeñas moléculas y fármacos modificadores de la enfermedad convencionales.

Objetivos: Describir la eficacia de un inhibidor de IL-23 en pacientes con artritis psoriásica que mostraron falla a diferentes líneas terapéuticas. **Material y métodos:** Se creó una cohorte de pacientes con artritis psoriásica del servicio de los autores, los cuales persistían con actividad cutánea y articular a pesar los tratamientos biológicos y pequeñas moléculas utilizados con anterioridad. Se evaluó la respuesta terapéutica por ACR 20, 50, 70

y de manera secundaria también se midieron PASI y MASES; asimismo, se evaluaron la dactilitis y los efectos adversos.

Resultados: Se evaluó a seis pacientes, todas mujeres, con edad media de 53 años (intervalo, 37 a 73 años) y la media de diferencia de tiempo del inicio de los síntomas articulares respecto de los cutáneos fue de 11.5 años; sólo uno de ellos tuvo factor reumatoide y anticuerpos contra el péptido citrulinado positivo a títulos bajos. Las manifestaciones más prevalentes diferentes de la psoriasis fueron dactilitis (100%), articulares periféricas (83%), articular axial (50%) y entesitis (50%). Las comorbilidades que aparecieron en esos pacientes fueron la obesidad (83%), hipertensión arterial sistémica (66%), diabetes (50%), dislipidemia (33%) y depresión (33%) (**Tabla 1**). Respecto de los tratamientos utilizados antes, el 83% de los pacientes recibió anti-TNF, inhibidor de IL-17 en 50%, inhibidor de IL-12/IL-23 en 33% y pequeña molécula en 33%. El fármaco de primera línea fue anti-TNF, con cambio a un inhibidor de IL-17, inhibidor IL-12/IL-23 y pequeña molécula de manera subsecuente. Los resultados a los tres y seis meses de tratamiento fueron mejoría de ACR 20 en 50% y 33%, de ACR 50 en 33% y 50%, de ACR 70 en 16% y 16% y disminución de BASDAI ≥ 2 en 16% y 33%; a los tres meses se identificó disminución de MASES en 66%, de PASI en 100%, de dactilitis en 50% y de entesitis en 33% de los pacientes. Los efectos adversos más comunes fueron infección de vía respiratoria superior (33%), dolor en el sitio de aplicación (16%) e infección urinaria (16%). Hasta el momento no se han documentado episodios adversos graves.

Tabla 1. Características de los pacientes (CG081)

Características demográficas	
Edad, media	53 (37-73)
Femenino, n (%)	6 (100)
Tiempo de evolución años, media	9.8 (0-14)
Manifestaciones clínicas	
Afectación periférica, n (%)	5 (83)
Afectación oligoarticular, n (%)	2 (33)
Afectación poliarticular, n (%)	3 (80)
Afectación axial, n (%)	3 (50)
Entesitis, n (%)	3 (50)
Dactilitis, n (%)	6 (100)
Afectación ungueal, n (%)	1 (16)
Uveítis, n (%)	1 (16)
Paraclínicos	
HLA B27, n (%)	2 (33)
Factor reumatoide, n (%)	1 (16)
Anticuerpos contra péptido citrulinado, n (%)	1 (16)
Comorbilidad	
Hipertensión arterial sistémica, n (%)	4 (66)
Diabetes tipo 2, n (%)	3 (50)
Dislipidemia, n (%)	2 (33)
Obesidad, n (%)	5 (83)
Cardiopatía isquémica, n (%)	1 (16)
Esteatosis hepática, n (%)	1 (16)
Diagnóstico psiquiátrico, n (%)	2 (33)
Tratamiento previo	
Metotrexato, n (%)	5 (83)
Sulfasalazina, n (%)	2 (33)
Leflunomida, n (%)	3 (50)
Anti-TNF, n (%)	5 (83)
Inhibidor de IL-17, n (%)	3 (50)
Inhibidor de IL-12/IL-23, n (%)	2 (33)
Pequeña molécula, n (%)	2 (33)

Conclusiones: El guselkumab parece ser una alternativa eficaz y segura en la atención de los pacientes con artritis psoriásica de difícil control. Sin embargo, se requiere evaluar la eficacia sostenida a largo plazo, así como la seguridad.

Bibliografía

- Coates LC. Psoriatic arthritis: state of the art review. *Clinical Medicine* 2017;17(1):65-70.
- Coates LC. GRAPPA Treatment Recommendations domain subcommittees. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA): updated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021. *Nat Rev Rheumatology*. 2022;18(8):465-479.
- Wang Y, Lloyd KA, Melas I, Zhou D, Thyagarajan R, Lindqvist J, et al. Rheumatoid arthritis patients display B-cell dysregulation already in the naïve repertoire consistent with defects in B-cell tolerance. *Sci Rep* [Internet]. 27 de diciembre de 2019;9(1):1-13.

CG082

Reporte de caso: eritrodermia y artritis psoriásicas con respuesta ACR 50 y PASI 90 posterior a cinco semanas con secukinumab

Alcocer-León M¹, Carmona-Lara GA¹, Balderas-Reyes V¹, Xibillé-Friedmann DX², Carrillo-Vázquez SM¹

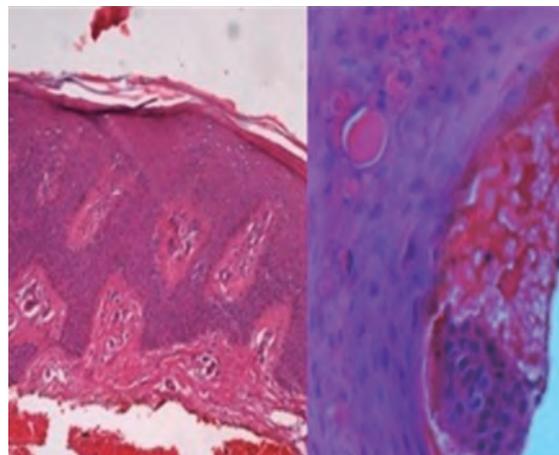
⁽¹⁾Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca Dr. José G. Parres

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria con características clínicas heterogéneas que aparece en pacientes con psoriasis de la piel o las uñas hasta en el 30%. Se han aprobado varias medidas dirigidas de uso en la AP. Los tratamientos dirigidos a la IL-17 e IL-23 no sólo han demostrado ser especialmente eficaces para la psoriasis de la piel, sino también son efectivos y están autorizados para manifestaciones musculoesqueléticas.

Objetivos: Dar a conocer la respuesta al tratamiento con inhibidor de IL-17 en una paciente con eritrodermia psoriásica.

Resultados: Presentación de caso: paciente femenino de 67 años de edad con psoriasis vulgar y artritis psoriásica tratada con adalimumab (40 mg quinencial). Inicia padecimiento actual cinco días antes de la hospitalización, con prurito y descamación generalizada. Exploración física: mucosas parcialmente hidratadas, dermatosis generalizada caracterizada por descamación de láminas medianas sobre fondo eritematoso, uñas con traqueoniquia y leuconiquia; articulaciones dolorosas: hombros, muñecas, IFD de segundo, tercero y cuarto dedos derechos y primero, segundo, tercero y cuarto dedos izquierdos, y rodillas; articulaciones inflamadas: muñecas y rodillas. Se practicó biopsia incisional (**Figura 1**). Se inició secukinumab: dosis de impregnación de 300 mg SC en las semanas 0, 1, 2 y 3 y luego se continuó con 300 mg SC mensuales, así como metotrexato a razón de 10 mg semanales y ácido fólico.

Figura 1. Hiperqueratosis disqueratósica con atrofia epidérmica focal y áreas con microabscesos focales en superficie epidérmica e infiltrado linfoplasmocitario en la unión dermoepidérmica. (CCG082)



Discusión: La relevancia de este caso reside en ser un abordaje multidisciplinario, además de descartar mediante histopatología la presencia de linfoma como causa de eritrodermia, ya que estos pacientes tienen además un riesgo mayor de cáncer, en particular cáncer de queratinocitos y linfomas; asimismo, se observó una respuesta PASI 75 y ACR para psoriasis y artritis psoriásica, respectivamente, con la administración de secukinumab de 300 mg, lo cual concuerda con los estudios clínicos ya publicados (Tabla 1).

Tabla 1. Clinimetría antes de iniciar secukinumab y cinco semanas después del inicio del tratamiento. (CG082)

Clinimetría	Clinimetría basal	Clinimetría después de cinco semanas
DAPSA	37	5
DLQI	29	10
NAPSI	18	12
PASI	55.5	2.80
MHAQ	2.25	0.75
MDA	Cumple criterios	No cumple criterios

Conclusiones: El tratamiento de la enfermedad psoriásica se instituye con base en los dominios más afectados, además de las comorbilidades, en este caso el articular y cutáneo; por lo tanto, dentro de las opciones terapéuticas figuran los anti-TNF y los inhibidores de IL-7; esta paciente ya se había tratado con adalimumab, por lo que se decidió prescribir un FARME biológico con otro mecanismo de acción.

Bibliografía

- Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic arthritis. N Engl J Med. 2017;376:2095:2096.
- McInnes B. Secukinumab versus adalimumab for treatment of active psoriatic arthritis (EXCEED): a double-blind, parallel-group, randomised, active-controlled, phase 3b trial. The Lancet. 2020 May 9;395.

CG083

Eficacia de anti-IL-17 vs. anti-TNF en pacientes con espondilitis anquilosante con falla terapéutica primaria o secundaria a un primer anti-TNF

Pérez-Álvarez E, Irazoque-Palazuelos F

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La espondilitis anquilosante en una enfermedad inmunomediada que afecta de modo predominante a articulaciones del esqueleto axial, así como tejidos blandos adyacentes, lo que ocasiona dolor crónico y, en casos avanzados, fibrosis y calcificación con fusión de la columna, con pérdida de la función y alteraciones en la calidad de vida. Son por ello importantes el diagnóstico temprano y la disponibilidad de terapéuticas para el control de esta anomalía. Las guías de tratamiento nacionales e internacionales recomiendan el uso de primera línea de analgésicos no esteroideos en la enfermedad activa, según sean la gravedad de los síntomas, las preferencias y las comorbilidades del paciente. Si a pesar de los analgésicos no esteroideos continúan la actividad de la enfermedad, se recomienda el inicio de sulfasalazina o metotrexato. Cuando fallan éstos se recomienda el tratamiento con anti-TNF o anti-IL-17.

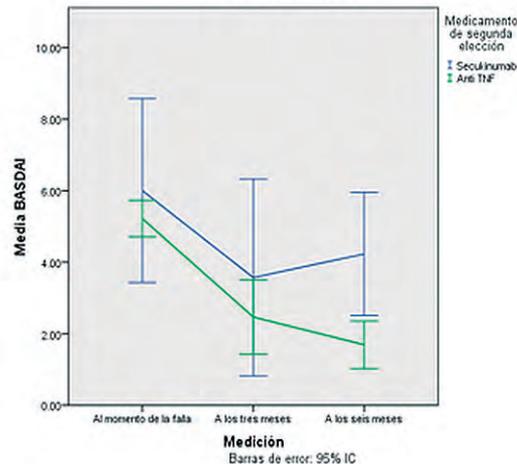
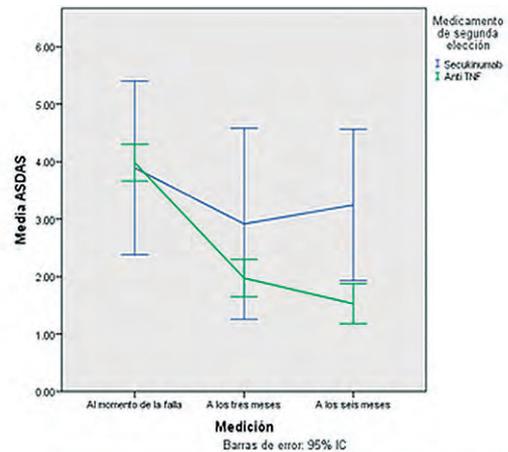
Objetivos: Describir la eficacia del tratamiento con fármacos biológicos anti-IL-17 respecto del anti-TNF en pacientes con espondilitis anquilosante y antecedente de falla primaria o secundaria al tratamiento previo con anti-TNF.

Material y métodos: Se realizó una cohorte histórica tras seleccionar del registro de pacientes del servicio de reumatología a aquellos que cumplieran los criterios de inclusión; se registraron del expediente clínico las variables demográficas, así como las variables de respuesta a los tratamientos mencionados.

Resultados: Se evaluó a 25 pacientes, femeninos en 28% y masculinos en 72%. La media de edad fue de 52 años. Se observó que el 12% (n = 3) de los pacientes tenía el antecedente de uveítis y el 36% (n = 9) contaba con HLA B27 positivo. El tiempo promedio de uso de anti-TNF fue de 4.8 años (DE 3). El tratamiento de segunda línea indicado fue secukinumab en 20% (n = 5) y otro anti-TNF en el 80% (n = 20). A los tres y seis meses se observó que los pacientes tratados con anti-TNF presentaron una mejoría en la puntuación ASDAS en el 90% de los pacientes en comparación con el 40% de los sujetos tratados con secukinumab (p = 0.038). En el caso de la mejoría de la puntuación BASDAI, no hubo diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, los pacientes tratados con anti-TNF mostraron mayores proporciones de mejoría. A los seis meses se observó que los individuos tratados con anti-TNF tuvieron una puntuación de BASDAI y ASDAS significativamente menor que los pacientes tratados con secukinumab, con una diferencia de 2.54 (IC95%, 1.08-4.00, p = 0.003) y 1.72 (IC95%, 0.88 2.55, p = 0.002), respectivamente.

Conclusiones: El control con tratamiento biológico en los pacientes con EA representa una piedra angular para detener la actividad de la enfermedad, lo cual mejora la calidad de vida y las comorbilidad de estos pacientes. En este estudio observacional se identificó en general una disminución de las puntuaciones BASDAI y ASDAS y cifras de VSG y PCR, cualquiera que fuera el medicamento suministrado. Sin embargo, debido al reducido número de pacientes tratados con secukinumab, los intervalos de confianza fueron amplios y la mejoría no fue significativa.

Figura 1. (CG083)



Bibliografía

- Micheroli R, Tellenbach C, Scherer A, Bürki K, Niederman K, Nissen MJ, Zufferey P, Exer P, Möller B, Kyburz D, Ciurea A. Effectiveness of secukinumab versus an alternative TNF inhibitor in patients with axial spondyloarthritis previously exposed to TNF inhibitors in the Swiss

Clinical Quality Management cohort. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2020;79(9):1203-1209.

- Dubash S, Bridgwood C, McGonagle D, Marzo-Ortega H. The advent of IL-17A blockade in ankylosing spondylitis: secukinumab, ixekizumab and beyond. *Expert Review of Clinical Immunology*. 2019;15(2):123-134.

CGo84

Prevalencia de manifestaciones gastrointestinales en los pacientes con espondiloartritis (EspA)

Anaya-Ramos WC¹, Valdivia-Mejía SE¹, Morales-Graciano MJ¹, Cruz-Avendaño RM¹, Huerta-Sil G¹, Romero-López JP², Benites-Rangel CJ¹, Burgos-Vargas R¹, Casasola-Vargas JC¹

⁽¹⁾Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, ⁽²⁾Departamento de Inmunología, ENCB-IPN

Introducción: Las EspA pueden cursar con manifestaciones gastrointestinales (GI), como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que puede ocurrir en 4% a 6% de los pacientes con EspA. Sin embargo, se ha identificado inflamación inespecífica y asintomática en la mucosa ileal y colónica en el 60% de los pacientes por colonoscopia regular. Se desconoce la prevalencia de manifestaciones GI en esta población. Conocer la prevalencia favorecería la colaboración entre gastroenterólogos y reumatólogos para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Objetivos: Determinar la prevalencia de las manifestaciones gastrointestinales en pacientes con EspA de una clínica especializada en un centro de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó una encuesta con preguntas relacionadas con cualquier síntoma GI y se buscó a pacientes que cumplieran criterios del grupo español (PIIASER), del cribado para referencia a gastroenterología por sospecha de EII en pacientes con EspA (criterios ASAS 2009). Se registraron datos demográficos y de actividad (BASDAI y ASDAS), movilidad de la columna (BASMI) y función (BASFI), así como entesitis, dactilitis y manifestaciones extraarticulares. Se clasificaron en dos grupos, uno con síntomas gastrointestinales y otro sin ellos. Análisis estadístico: estadística descriptiva, χ^2 , prueba t, OR y rho de Spearman. Se empleó un programa IBM SPSS Statistics, versión 28.0.0.

Resultados: Se incluyó a 53 pacientes con EspA. La edad media fue de 47.92 ± 12.09 años, con 27 (50.9%) mujeres. La escolaridad media fue de 9.83 ± 3.25 años. El 68% de los pacientes tuvo EspA axial, 26% artritis psoriásica y 1.3% EspA vinculada con EII y artritis reactiva. En 30 pacientes (56.60%) se documentaron manifestaciones GI y las más frecuentes fueron el reflujo gastroesofágico (RGE) en 19 pacientes (35.8%) y el síndrome de colon irritable en 11 (20.8%), si bien sólo 8 (15.09%) cumplieron con los criterios del cribado de la PIIASER para manifestaciones GI vinculadas con EII. Los pacientes con cuestionario positivo tuvieron una edad media de 50.75 ± 7.36 comparados con los de cuestionario negativo con edad media de 47.42 ± 12.75 , de los cuales 5 (62.5%) fueron mujeres y no hubo diferencias en los índices de actividad (BASDAI y ASDAS), función o movilidad de la columna. Hasta 12 (22.6%) con criterios positivos tuvieron mayor frecuencia de antecedentes heredo-familiares de EspA. El diagnóstico relacionado más a menudo con criterios de cribado de la PIIASER fue EspA axial con 4 (50%) pacientes y 18 (60%) tuvieron cualquier manifestación GI. El antecedente de diarrea se vinculó con el grupo de individuos con criterios de la PIIASER positivos, OR 5.7 (IC95%, 1.9-17.2; $p < 0.004$), al igual que la colitis que tuvo un OR de 3.8 (IC95%, 1.1-12.80; $p < 0.028$); la uveítis se presentó con mayor frecuencia en pacientes que cumplieron criterios de PIIASER ($p < 0.000$); la relación del antecedente de pérdida de peso y manifestaciones GI fue en 12 pacientes (40%).

Conclusiones: El 15% de los pacientes tuvo un cuestionario positivo para detectar EII y se identificó con más frecuencia en EspA axial, si bien se registró un porcentaje mayor de otras manifestaciones gastrointestinales no vinculadas con EspA, como RGE. Los factores relacionados con los

criterios del cribado positivo fueron el antecedente de diarrea y la colitis; asimismo, el antecedente de uveítis y la pérdida de peso se presentaron con mayor frecuencia en este grupo.

Bibliografía

- Picchianti A, Lorenzetti R, Chimenti M, et al. Enteropathic spondyloarthritis: Result from a large nationwide database. *Autoimmunity Reviews*. 2019;19(2):1-6.
- Gracey E, Verecke L, McGovern D, et al. Revisiting the gut joint axis: links between gut inflammation and spondyloarthritis. *Nat Rev | Rheumatol*. 2020;16(9):1-19.

CGo85

Asociación del deterioro funcional por BASFI y tabaquismo en pacientes con espondilitis anquilosante

Ponce-Guarneros JM¹, Martelli-García A², Gómez-Ramírez EE², Ramírez-Villafañá M¹, Gómez-Camarena JJ², Esparza-Guerrero Y², Rodríguez-Jiménez NA¹, Gonzáles-Vázquez SA¹, González-López LC¹, Gámez-Nava JI³

⁽¹⁾Departamento de Fisiología y Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, UDG, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Programa de Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, UDG, Guadalajara, Jalisco, ⁽³⁾

Introducción: El tabaquismo es un factor de riesgo para empeoramiento de las enfermedades reumáticas. En la espondilitis anquilosante (EA), la presencia de tabaquismo se ha vinculado con una pobre respuesta terapéutica. Hasta la fecha existe poca información relacionada entre tabaquismo y discapacidad funcional de los pacientes con EA.

Objetivos: Evaluar la correlación del deterioro funcional por BASFI y el tabaquismo en pacientes con EA.

Material y métodos: Se evaluó a 90 pacientes con EA sometidos a un cuestionario estructurado para identificar la frecuencia de tabaquismo y alcoholismo, y la actividad de la enfermedad medida por BASDAI y funcionalidad por BASFI. Análisis estadístico: se realizó una correlación de Spearman entre el número de cigarrillos por día con las variables cuantitativas de interés, incluidos BASDAI, BASFI y BASG. Se identificó si la presencia de tabaquismo se relacionaba con una mayor puntuación del BASFI mediante comparación de medianas con U de Mann-Whitney.

Resultados: Los pacientes presentaban una edad promedio de 49 años y un tiempo de evolución medio de 10 años. El 18% tenía consumo activo de tabaco positivo, el 49% con discapacidad funcional por BASFI. En cuanto la correlación se observó una correlación positiva entre el número de cigarrillos al día y la puntuación del índice de BASFI ($r = 0.260$, $p = 0.01$).

Conclusiones: La presencia de tabaquismo se acompaña de un deterioro de la clase funcional en EA. Es imperativo aconsejar a los pacientes el abandono paulatino del hábito tabáquico, ya que éste puede dificultar la respuesta farmacológica, así como contribuir al deterioro progresivo de la capacidad funcional.

CGo86

Asociación entre niveles de tenascina-C y actividad de la espondilitis anquilosante a pesar del tratamiento

Gámez-Nava JI, Martelli-García A, Ponce-Guarneros JM, Gómez-Ramírez EE, Vázquez-Villegas ML, Gallardo-Moya S, Álvarez-Ayala E, Nava-Valdivia CA, Saldaña-Cruz M, Esparza-Guerrero Y, Totsuka-Sutto SE, González-López L

Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México

Introducción: La tenascina-C (TNC) es una glucoproteína de matriz extracelular que en estudios experimentales ha intervenido en la activación de los receptores TLR-4. Algunos estudios en espondilitis anquilosante (EA) sugieren que la TNC puede relacionarse con la actividad inflamatoria. Sin embargo, se requiere el control de confusores, como el tipo de tratamiento y la respuesta a éste, para identificar el posible papel de TNC como biomarcador de la enfermedad.

Objetivos: Identificar si las concentraciones de TNC son marcadores de una pobre respuesta terapéutica en EA.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal. Se incluyó a 100 pacientes con EA tratados por al menos tres meses con cuando menos un fármaco antirreumático sintético. Se investigaron el BASDAI y el BASFI, así como otros indicadores de respuesta terapéutica. Se incluyó a 40 controles de similar edad y sexo que los pacientes con EA para comparar los valores de TNC. Se realizaron pruebas de correlación de Spearman para identificar la fuerza de relación entre cifras de TNC con variables cuantitativas. Los pacientes con EA se dividieron en dos grupos de acuerdo con el BASDAI observado posterior al tratamiento: a) EA con BASDAI ≥ 4 y b) EA con BASDAI < 4 ; se obtuvo una curva ROC del valor de TNC que marcaba diferencias en la respuesta terapéutica.

Resultados: Los valores séricos de TNC fueron mayores en pacientes con EA respecto de CL (29.3 vs. 0.09, $p < 0.001$). En cuanto a la comparación de los pacientes de EA + falla terapéutica en comparación con EA sin falla terapéutica se observó que los pacientes con falla terapéutica tenían mayores cifras de TNC comparados con pacientes sin falla terapéutica ($p = 0.007$), y mayor prevalencia de valores bajos de TNC que los pacientes sin falla terapéutica ($p = 0.006$). En el análisis multivariado de regresión logística, después de ajustar por edad, sexo y tiempo de duración de la EA, las concentraciones de TNC elevadas permanecieron relacionadas con un mayor riesgo de falla terapéutica, OR, 3.08 (IC95%, 1.29-7.33; $p = 0.01$).

Conclusiones: Los valores séricos de TNC son mayores en EA que en controles y las concentraciones elevadas de esta glucoproteína se vinculan con la falla terapéutica. TNC debe investigarse como un potencial factor del pronóstico y objetivo terapéutico en pacientes con EA.

CGo87

Evaluación ocular de pacientes con espondiloartropatía con tomografía de coherencia óptica

Ramos-Mendoza S, Martínez-Hernández CK, Abud-Mendoza C, Herrera-Van Oostdam D, Tayabas-Castillo MF, Avilés-Ramírez L, Silva-Jiménez G, Velázquez-Guevara BA, González-Enríquez O, García-Mosqueda N, García-Granados R, Fonseca-Hernández MM, Herbert-Anaya Z, Cuevas-Orta E, Aguilera-Pickens G

Hospital Central Dr. Ignacio Morones, SLP

Introducción: La uveítis aguda anterior (UAA), secundaria al proceso inflamatorio de la coroides, es la manifestación extraarticular más frecuente en las espondiloartropatías (EA). La tomografía de coherencia óptica (TCO) evalúa la coroides. No hay estudios sobre la utilidad de la TCO en pacientes mexicanos con EA.

Objetivos: Evaluar los grososres tisulares retinianos mediante TCO (GCFR, grosor de la capa de fibras nerviosas de la retina), GMC (grosor macular central) y VM (volumen macular) en pacientes con EA mexicanos del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo. Un reumatólogo y un oftalmólogo evaluaron a los pacientes con diagnóstico de EA, incluidas las variables demográficas, clínicas y datos de la TCO (GCFR, GMC y VM).

Resultados: Se estudió a 20 pacientes, 40 ojos, 10 hombres y 10 mujeres, con mediana de edad de 40 años (RIC 15 años), EA con 17 (85%), artritis psoriásica con 2 (3%) y artritis reactiva con 1 (2%); IMC de 27.6 y antecedentes de UAA en un paciente. TCO medianas de GCFR OD: 96 (RIC: 15); GCFR OI: 97 (RIC: 16); GMC OD 235 (RIC: 33.5); OI 236 (RIC: 23); VC OD 9.8

(RIC 0.6); VM OI 9.9 (RIC 0.55). Valores de referencia para GCFR: 104.1, GMC: 255.6, VM: 10.9. Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Datos demográficos. (CG087)

	Paciente (n = 40)	
Edad (mediana)	40	
Género %		
Femenino	10 (50%)	
Masculino	10 (50%)	
IMC	27.6	
Ojos evaluados	40	
TCO (mediana)	OD	OI
GCFR	96 (RIC: 15)	97 (RIC: 16)
GMC	235 (RIC: 33.5)	236 (RIC: 23)
VM	9.8 (RIC 0.6)	9.9 (RIC 0.55)

Conclusiones: El grosor macular central se encontró adelgazado y el GCFR y el volumen macular normales; esto podría correlacionarse con la afección retiniana subclínica. Se necesitan más estudios y diferentes métodos para evaluar la afección de la úvea posterior en las EA que permitan su uso en la práctica clínica.

Bibliografía

1. Kola M, Kalkisim A, Karkucak M, Turk A, et al. Evaluation of choroidal thickness in ankylosing spondylitis using optical coherence tomography ocular. *Immunology and inflammation*. 2014;22(6):434-438.
2. Pichi F, Invernizzi A, Tucker WR, Munk MR. Optical coherence tomography diagnostic signs in posterior uveitis. *Progress in retinal and eye. Research*. 2019;75:1-24.

CGo88

Presencia de osteosarcopenia en pacientes con espondilitis axial o periférica en un hospital de tercer nivel de atención

Vega-Nava CT, Espinosa-Morales R, Galindo-Domínguez LA, Álvarez-Ruiz Z, Olascoaga-Gómez de León A, Lozada-Pérez CA, Ángeles-Acuña A

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: La osteosarcopenia es una entidad que se origina por la combinación de osteoporosis y sarcopenia y se relaciona con la presencia de caídas, fracturas y dependencia. Su prevalencia varía de 5% a 37%. Las espondiloartropatías son un conjunto de enfermedades inflamatorias autoinmunitarias, las cuales poseen una sólida relación con el antígeno leucocitario humano (HLA) B27 y con la inflamación articular, neoformación ósea, y afectación musculoesquelética y no musculoesquelética.

Objetivos: Evaluar la osteosarcopenia de pacientes con espondiloartritis axial o periférica. Valorar la sensibilidad y especificidad del algoritmo EWGSOP2 para la detección de sarcopenia.

Material y métodos: Estudio transversal de pacientes con espondiloartritis (SpA) que acudieron a consulta de reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra entre julio de 2021 y junio de 2022. Se evaluaron la fuerza de prensión (dinamometría), el rendimiento físico, los cuestionarios para la detección de sarcopenia (SARC-F) y los cuestionarios para actividad de la enfermedad: BASDAI, ASDAS, CPDAI, según correspondiera. La valoración de funcionalidad se efectuó mediante BASFI y la calidad de vida con ASQoL. Se realizó densitometría (DXA corporal y óseo [columna lumbar, cadera y radio 33]), además de análisis descriptivo de las variables por medio de la prueba de Shapiro-Wilk. Las variables fueron normales y se utilizaron media y desviación

estándar. Mediante análisis bivariado se compararon medias y mediana según correspondiera por medio de t de Student o prueba de Kruskal-Wallis, según correspondiera. Con base en el algoritmo del EWGSOP2 para sarcopenia, se creó la variable sarcopenia probable (SARCC-F > 4), presión palmar (H < 27 kg, M < 16 kg) en cuatro categorías. Después, a partir de los puntos de corte para el índice de masa muscular esquelética apendicular (IMMEA) (H < 7 kg/m², M < 5.5 kg/m²), se creó la variable sarcopenia confirmada. Una vez creada esta variable, se valoró su gravedad, con base en una disminución del rendimiento físico (BCRF) o la velocidad de marcha < 0.8 m/s. En los pacientes con sarcopenia se identificó a quienes sufrían osteoporosis (valor de Z score ≤ -2.0 en hombres menores de 50 años y mujeres premenopáusicas y un T score de 2.5 en hombres mayores de 50 años y mujeres posmenopáusicas) para crear la variable osteosarcopenia. Se llevó a cabo el cálculo de sensibilidad y especificidad del algoritmo EWGSOP tras comparar sólo con el valor de IMMEA por DXA corporal. Se utilizó para el análisis el paquete estadístico Stata v.14, con un nivel de significancia estadística de 0.05.

Resultados: Se incluyó a 50 pacientes, 60% de hombres y 40% de mujeres, 86% con diagnóstico de espondilitis anquilosante y 14% de artritis psoriásica. Según el algoritmo EWGSOP2, se identificó a cinco pacientes con sarcopenia y al considerar sólo los valores del IMMEA se identificó a 17 pacientes con sarcopenia. Se valoró el rendimiento diagnóstico de los criterios de EWGSOP2 y se encontró una sensibilidad del 63% y una especificidad del 60%, con un valor predictivo positivo de 0.23 y negativo de 0.84. Se reconoció a 20 pacientes con osteoporosis y siete en el espectro de osteopenia. Se identificó osteosarcopenia en 13 pacientes (todos con espondilitis anquilosante). Véase la **Figura 1**.

Figura 1. (CG088)



Conclusiones: La osteosarcopenia se identificó en un 30% de los pacientes evaluados. El algoritmo EWGSOP2 es útil para detectar sarcopenia en individuos con espondiloartritis.

Bibliografía

- Dhillon RJ, Hashi S. Pathogenesis and management of sarcopenia. Clin Geriatr Med. 2017 Feb;33(1):17-26.
- Kemmler W, Von Stengel S, Engelke K, et al. Exercisem bodycomposition and functional ability: a randomized controlled trial. Am J Prev Med. 2010;38:279-87.

CG089

Gasto catastrófico en salud en embarazadas con enfermedades reumáticas

Arévalo-Nieto FR, Carrasco-Chapa A, Rubio-Torres DC, Corral-Trujillo ME, Pérez-Campos DP, Pech-Mora SJ, Aguilar-Leal A, Skinner-Taylor CM, Pérez-Barbosa L, Cárdenas-De la Garza JA, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas (ER) se deben con frecuencia al deterioro de la calidad de vida y un alto gasto en salud. Los gastos de bolsillo en salud son las erogaciones que los hogares hacen para adquirir medicamentos y servicios adjuntos que provienen de los ingresos familiares. Se considera una enfermedad con gasto catastrófico aquella cuyo costo elevado y sus gastos derivados de los tratamientos y medicamentos superan el 30% del ingreso disponible. Estos gastos catastróficos pueden influir de modo negativo en el apego terapéutico de las pacientes y el pronóstico. Un reto de la política ha sido lograr la cobertura universal de los servicios de salud. Un elemento clave de dicha consecución fue la implementación del seguro popular (SP) a partir de 2003; sin embargo, los cambios realizados en el actual gobierno respecto de la eliminación del SP en 2020 y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) introdujeron incertidumbre por algunas omisiones detectadas en cuanto la claridad sobre el funcionamiento del INSABI.

Objetivos: Determinar la frecuencia de pacientes embarazadas con ER que incurrían en gastos catastróficos al utilizar los servicios médicos.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y retrospectivo en la Clínica de Embarazo y Salud Reproductiva en Enfermedades Reumáticas (CEER) del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL en Monterrey. Todos los datos se recabaron del expediente clínico y se incluyó a todas las pacientes embarazadas con alguna enfermedad reumática con estudio socioeconómico realizado. Del estudio socioeconómico se obtuvieron los datos sociodemográficos, el núcleo familiar, el ingreso económico mensual familiar, el gasto mensual en salud, el nivel socioeconómico y el servicio médico con el que contaban. Se calculó el porcentaje de gastos invertido en salud (medicamentos) de cada paciente y si éste superaba el 30% se lo definió como gasto catastrófico. Para el análisis estadístico se presentan las características sociodemográficas y clínicas de la población como frecuencias, porcentajes o desviaciones estándar.

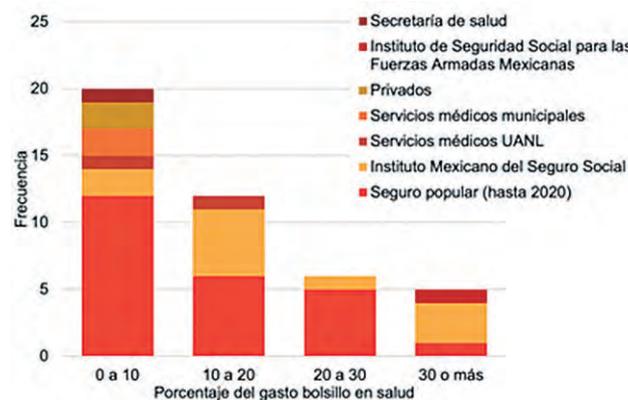
Resultados: Se incluyó a un total de 54 pacientes en el periodo del 2019 al 2022 con una edad media de 28.02 (± 6.45) años. El diagnóstico más frecuente fue artritis reumatoide con 24 (44.4%), seguido de lupus eritematoso sistémico con 13 (24.1%). La escolaridad más frecuente fue universidad o más con 19 (35.2%). La mayoría de las mujeres se dedicaba al hogar con 28 (51.9%) y formaba parte de una familia nuclear con 34 (63%). El resto de las características sociodemográficas se describen en la **Tabla 1**. La mayoría de las pacientes se encontraba afiliada a un servicio médico con 43 (79.6%), el seguro popular como el principal con 24 (55.8%). De las 43 pacientes que contaban con servicio médico, 5 (11.6%) incurrían en gastos catastróficos en salud, lo cual puede observarse en la **Figura 1**. De las 11 (20.4%) pacientes que no contaban con servicios médicos, 1 (9.1%) sufrió gastos catastróficos.

Tabla 1. Características sociodemográficas. (CG089)

	n (%) n = 54
Edad, media ± DE	28.02 ± 6.45
Estado civil, n (%)	
Soltera	12 (22.2)
Casada	26 (48.1)
Unión libre	16 (29.4)
Escolaridad, n (%)	
Primaria	3 (5.6)
Secundaria	17 (31.5)
Bachillerato	15 (27.8)
Universidad o más	19 (35.2)
Ocupación, n (%)	
Hogar	28 (51.9)
Empleada	5 (9.3)
Estudiante	18 (33.3)
Negocio propio	3 (5.6)
Tipo de familia, n (%)	
Nuclear	34 (63)
Extensa	20 (37)
Nivel socioeconómico, n (%)	
1	6 (11.1)
2	16 (29.6)
3	20 (37.0)
4	6 (11.1)
5	2 (3.7)
6	4 (7.4)
Diagnóstico, n (%)	
Artritis reumatoide	24 (44.4)
Lupus eritematoso sistémico	13 (24.1)
Síndrome antifosfolípido	5 (9.3)
Dermatomiositis	3 (9.3)
Artritis idiopática juvenil	2 (3.7)
Síndrome de Sjögren primario	1 (1.9)
Otra*	6 (11.1)
Servicio médico, n (%)	
Sí	43 (79.6)
No	11 (20.4)
Tipo de servicio médico, n (%)	n = 43
Seguro popular (hasta 2020)	24 (55.8)
Instituto Mexicano del Seguro Social	11 (25.6)
Servicio médico UANL	2 (4.7)
Servicios médicos municipales	2 (4.7)
Privado	2 (4.7)
Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas	1 (2.3)
Secretaría de salud	1 (2.3)

DE, desviación estándar. *Esclerosis sistémica, artritis psoriásica, enfermedad indiferenciada del tejido conectivo.

Figura 1. Gasto en salud de pacientes embarazadas con enfermedades reumáticas. Cuando el porcentaje superó el 30% de los ingresos, las pacientes incurrieron en gastos catastróficos. (CG089)



Conclusiones: El 11.6% de las pacientes que cuentan con servicios médicos incurre en gastos catastróficos, en los cuales invierten más del 30% de los ingresos familiares mensuales. El 9.1% de las que no contaban con servicio médico caía en gastos catastróficos. Es de vital importancia que las enfermedades reumáticas se reconozcan como catastróficas para que pueda asegurarse que tengan acceso a una salud digna y de calidad.

Bibliografía

- Sáenz HM, Guzmán AM. Gasto catastrófico y utilización de servicios de salud, México 2018. Revista de Economía, Facultad de Economía, Universidad Autónoma de Yucatán. 2021;38(97).
- Álvarez-Hernández E, Peláez-Ballestas I, Boonen A, Vázquez-Mellado J, Hernández-Garduño A, Rivera FC, et al. Catastrophic health expenses and impoverishment of households of patients with rheumatoid arthritis. Reumatología Clínica. 2012;8(4):168-73.

CGogo

Auto percepción de salud sexual en pacientes reumatológicos: resultados de una encuesta

Vega-Sevilla LF, Serna-Peña G, Hernández-Galarza IJ, Carrizales-Solís JL, Álvarez-González O, Ávila-González N, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

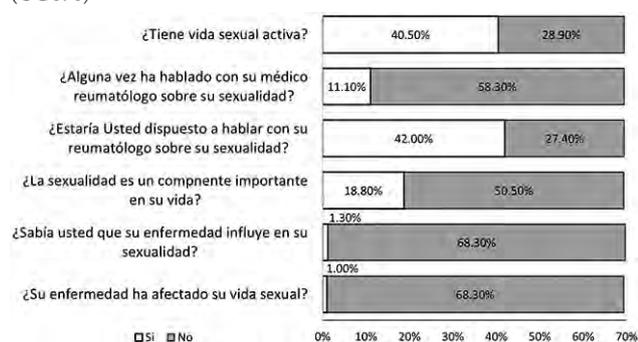
Introducción: La salud sexual es un aspecto importante que debe evaluarse en el paciente reumatológico, dado que se ha relacionado negativamente con su calidad de vida y gravedad de la enfermedad. Asimismo, las encuestas de percepción sexual han señalado que la mayoría de los pacientes no consideran sus problemas de salud sexual. Más aún, 32.5% de ellos desearía que su médico tuviera la iniciativa de abordar temas de sexualidad. Las escalas de percepción sexual en pacientes con artritis reumatoide (AR) han informado que un 37.6% ha experimentado problemas sexuales relacionados con la enfermedad y su grado de actividad, así como el consumo de fármacos, fatiga, dolor, limitación de movimiento y depresión. Sin embargo, hasta el momento hay poca información sobre salud sexual en pacientes reumatológicos en México.

Objetivos: Identificar los datos autoinformados de salud sexual de una población de pacientes reumatológicos, a través de la aplicación de la Encuesta de Percepción de Sexualidad en Enfermedad Reumática (EPSER). **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyó a 398 pacientes con diagnóstico de al menos una enfermedad reumática, que tienen seguimiento en la consulta externa del Hospital Universitario José E. González de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Participaron pacientes mayores de 18 años, no incluidos los pacientes sin

vida sexual activa, embarazadas y aquellos sin capacidad de contestar el cuestionario de manera confiable. Se obtuvo consentimiento verbal antes de aplicar la encuesta. Ésta evalúa las siguientes preguntas: 1) ¿Tiene vida sexual activa? 2) ¿Alguna vez ha hablado con su médico reumatólogo sobre su sexualidad? 3) ¿Estaría usted dispuesto a hablar con su reumatólogo sobre su sexualidad? 4) ¿La sexualidad es un componente importante en su vida? 5) ¿Sabía usted que su enfermedad influye en su sexualidad? 6) ¿Su enfermedad ha afectado su vida sexual? Se recolectaron las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, ocupación laboral, escolaridad, diagnósticos, comorbilidades y tiempo de diagnóstico.

Resultados: Se proporcionó la EPSEER a 398 pacientes: 122 (30.7%) se negaron a responder la encuesta, mientras que 276 (69.3%) accedieron a contestarla. De quienes la respondieron, 161 pacientes (40.5% del total) señalaron tener una vida sexual activa; 167 (42%) comentaron que estarían dispuestos a hablar con su reumatólogo sobre su sexualidad, aunque sólo 44 (11.1%) lo han hecho (**Figura 1**); 75 (18.8%) refirieron que la sexualidad era un componente importante en su vida, sin embargo, sólo cinco de ellos contestaron que consideraban que su enfermedad afectaba su sexualidad. Por último, sólo cuatro consideraron que su padecimiento reumatológico ha afectado su vida sexual.

Figura 1. Encuesta de percepción de sexualidad en enfermedad reumática. Total de pacientes: 398; 122 (30.7%) decidieron no contestar la encuesta. (CG090)



Conclusiones: Los resultados de la EPSEER demuestran que, a pesar de que un porcentaje considerable de los pacientes reumatológicos tiene vida sexual activa y estaría dispuesto a tratarla con su médico reumatólogo, pocos la consideran un componente importante en su vida. De igual modo, un muy pequeño porcentaje asume que la enfermedad ha afectado su vida sexual o que influye en ella.

Bibliografía

- Zhao S, Li E, Wang J, Luo L, Luo J, Zhao Z, et al. Rheumatoid arthritis and risk of sexual dysfunction: a systematic review and metaanalysis. *J Rheumatol* [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 17];45:1375-82. Available from: www.jrheum.org.
- Bay LT, Graugaard C, Nielsen DS, Möller S, Ellingsen T, Giral-di A. Sexual health and dysfunction in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional single-center study. *Sex Med*. 2020 Dec 1;8(4):615-30.
- Ostensen M. Sexual and reproductive health in rheumatic disease. *Nature Reviews Rheumatology*. Nature Publishing Group; 2017;13:485-93.
- Minopoulou I, Pyrgidis N, Tishukov M, Sokolakis I, Baniotopoulos P, Kefas A, et al. Sexual dysfunction in women with systemic autoimmune rheumatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology* (Oxford) [Internet]. 2022 Aug 11 [cited 2022 Sep 27]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35951753/>.

CG091

Experiencia de una clínica de embarazo y salud reproductiva en enfermedades reumáticas en México

Delgado-Ayala SM, Skinner-Taylor CM, Pérez-Barbosa L, Cárdenas-De la Garza JA, Ramos-Suque DJ, Carrasco-Chapa A, Aguilar-Leal A, Cerda-González R, Guajardo-Aldaco AL, Orta-Guerra EV, Palomo-Arnaud K, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Una enfermedad reumática (ER) en el embarazo representa un riesgo a la salud tanto de la madre como del producto. La teratogenia debido al tipo de tratamiento que requieren, así como la actividad de la enfermedad, conllevan una elevada morbimortalidad en el embarazo de estas pacientes en comparación con la población general, por lo que es necesario crear un modelo de atención para disminuir complicaciones y suministrar una mejor atención.

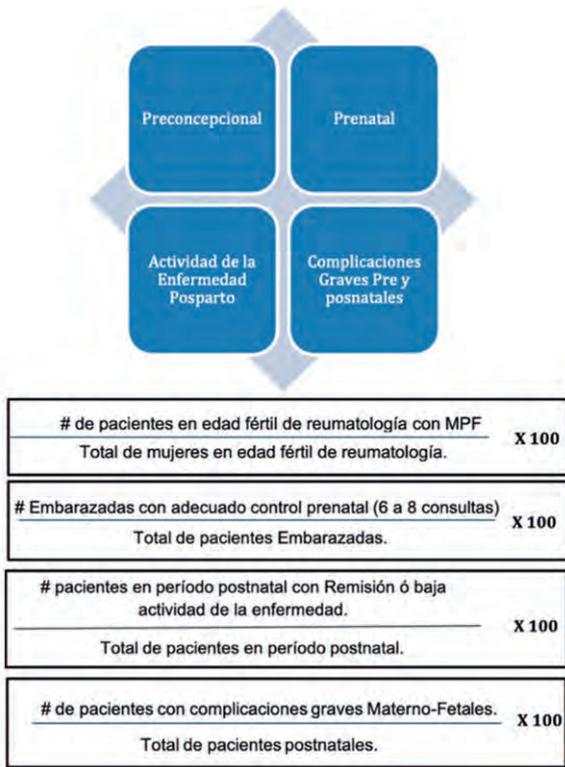
Objetivos: Describir el modelo de la clínica de embarazo y salud reproductiva en enfermedades reumáticas (CEER).

Material y métodos: La CEER pertenece a la consulta de reumatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, creada en 2017; se estructura en tres **módulos:** preconcepcional, prenatal y posnatal (**Tabla 1**). Cuenta con los siguientes servicios: reumatología, ginecología y obstetricia (GYO), medicina materno-fetal (MMF), biología de la reproducción (BR), pediatría, reumatología pediátrica, genética, psicología, nutrición y trabajo social (TS). Los objetivos de la clínica son: a) establecer un método seguro y eficaz de anticoncepción; b) llevar un control preconcepcional: embarazos planeados; c) reducir al mínimo las complicaciones materno-fetales; y d) disminuir la actividad de la enfermedad en el periodo posnatal. Mediante indicadores de calidad se evalúan las estrategias para el cumplimiento de objetivos (**Figura 1**).

Tabla 1. (CG091)

Módulo	
Preconcepcional	A las pacientes de edad fértil que acuden a la consulta de reumatología se les pregunta sobre paridad satisfecha; si no desean un embarazo, se cuestiona sobre un método de planificación familiar (MPF) y, de no contar con él, se realiza envío a GYO para consejería, valoración, elección y su colocación. Si desea un embarazo se valoran la actividad de la enfermedad, los factores de riesgo, la farmacología y las comorbilidades; si no se considera apta para un embarazo próximo, se modifica el tratamiento y se brinda consejería y seguimiento, y se refiere al departamento de GYO para colocación de MPF. En las aptas para embarazo se miden anticuerpos, se realiza una valoración psicológica de ansiedad y depresión, y TS evalúa su situación socioeconómica para detectar posibles riesgos (asistencia a consultas, red de apoyo, etc.). Las pacientes con problemas de fertilidad o complicaciones en embarazos previos se envían a genética y BR.
Prenatal	Se divide por trimestre; cada uno tiene una valoración por TS, psicología, nutrición, genética (elaboración de un familiarograma), además de medición de anticuerpos. GYO decide la frecuencia de valoraciones según sea el riesgo y reumatología las evalúa mensualmente. En primer trimestre se realiza un ultrasonido genético para detección de aneuploidías. En segundo trimestre, MMF y reumatología pediátrica valoran a la paciente para tamizaje de defectos estructurales, nacimientos de pretérmino, riesgo de preeclampsia, así como un ultrasonido para detectar bloqueos cardíacos congénitos. En tercer trimestre pediatría realiza consejería y GYO solicita un ultrasonido anatómico de seguimiento. Durante el trabajo de parto se informa al reumatólogo, MMF y neonatólogo, y se identifica a la paciente como paciente CEER para la atención protocolizada y evaluación de posibles riesgos o complicaciones. Durante todo el embarazo se cuenta con comunicación 24/7 con TS vía telefónica, quien refiere la duda al médico, y además se realiza seguimiento telefónico semanal sobre posibles síntomas o signos de complicación.
Posnatal	Tras el parto, la paciente es valorada de forma intrahospitalaria por reumatólogo, psicólogo, genética y TS para la detección de riesgos. Se realiza vigilancia del puerperio, actividad de la enfermedad, asesoría de lactancia y colocación de MPF. Se cita en un mes con reumatología para valoración posparto y se da seguimiento por un año vía telefónica por TS, para identificar posibles riesgos o complicaciones.

Figura 1. Indicadores de calidad para medición de objetivos. (CG091)



Resultados: En el módulo preconcepcional hay 585 pacientes en edad fecunda, de las cuales el 37% cuenta con un método de planificación familiar. Un número de 23 (3.9%) pacientes refiere deseo de embarazo a corto plazo. El diagnóstico más frecuente es de AR con 196 (33.5%) pacientes, seguido de LES con 131 (22.3%). La media de edad fue de 37.32 (DE) años. Para el indicador se estableció como objetivo el estándar que presenta la OMS como porcentaje del método de planificación familiar (MPF) en México, que es de 60% a 80%. En el módulo prenatal se atendió a 79 pacientes en la CEER. El diagnóstico más común fue AR con el 47%, seguido de LES y SAF, con una media de edad de 32 ± 3 años (DE). Se estableció el indicador de acuerdo con estándares normados por la OMS con seis a ocho consultas prenatales mínimas para un embarazo de alto riesgo. En el último año hubo 17 pacientes en el módulo prenatal, de las cuales el 64.7% (11 pacientes) ingresó entre las semanas 8 y 16 de gestación, referidas de otros hospitales o clínicas, no conocidas por reumatología. En el módulo posconcepcional se registró una tasa de recaídas posnatal de 32.3% en promedio y predominó la recaída por AR. Para establecer el indicador se tomó la evidencia de las publicaciones médicas en las que se establece para cada enfermedad una tasa de recaídas individual. De las 79 pacientes atendidas en la CEER, hubo 64 nacimientos (80.8%), 7 (8.8%) abortos y 8 (10.1%) muertes fetales, con una tasa de complicaciones fetales y perinatales del 20%. Se registró una muerte materna, la cual tenía LES y SAF, que acudió de urgencia con 30 SDG por hemorragia alveolar, sin control prenatal previo. Para establecer el indicador se tomó en cuenta la referencia actual publicada que refiere una tasa de complicaciones materno-fetales de 15% a 30%.

Conclusiones: El modelo del equipo multidisciplinario representó un logro importante para la mejor atención del embarazo en mujeres con ER. El mayor reto que se encontró se localizó en el módulo preconcepcional con la planificación del embarazo, junto con la referencia oportuna por médicos de primer contacto ya que acuden a la CEER sin tener control preconcepcional.

Bibliografía

1. Miedany Y, Palmer D. Rheumatology-led pregnancy clinic: enhancing the care of women with rheumatic diseases during pregnancy. *Clinical*

Rheumatology [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Nov 29];39(12):3593:601. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10067-020-05173-6>.

2. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, Chambers C, Clowse MEB, Lockshin MD, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Arthritis & Rheumatology*. 2020 Feb 23.

CG092

Seguridad y eficacia de las estatinas en enfermedades autoinmunes con riesgo cardiovascular durante el embarazo: revisión sistemática

Herbert-Anaya Z, Borjas-García J, Herrera-Van Oostdam D, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones, SLP

Introducción: El aumento de los factores de riesgo cardiovascular y las enfermedades propias del embarazo han tomado importancia cardinal como principal causa de morbilidad y mortalidad materno-fetal. Los trastornos hipertensivos del embarazo con preeclampsia (PE) son trastornos vasculoplacentarios que afectan al 5% a 10% en México. La disfunción endotelial vascular y el deterioro inmunológico son factores vinculados con PE, y el síndrome antifosfolípido (SAAF), el lupus eritematoso sistémico (LES) y otras enfermedades autoinmunitarias (EAI) son factores de riesgo bien reconocidos de PE, caracterizada por perfusión placenta deficiente, que comparte similitudes con factores de riesgo cardiovascular. Las pacientes con SAAF registran una tasa elevada de aterosclerosis y muy probablemente de desarrollo temprano de aterosclerosis uteroplacentaria. Hasta la fecha no existe un enfoque terapéutico efectivo y óptimo para estas anomalías. Las estatinas han demostrado efectos benéficos sobre los brotes de la enfermedad, resultados del embarazo y deterioro cardiovascular en EAI como LES debido a sus propiedades inmunomoduladoras, vasculoprotectoras y antitrombóticas, pero su utilización durante el embarazo ha sido limitada.

Objetivos: Describir la seguridad y la eficacia del uso de estatinas en el tratamiento de EAI con riesgo cardiovascular durante el embarazo.

Material y métodos: En el periodo de diciembre del 2021 a febrero del 2022 se realizaron estrategias de búsqueda básica, avanzada e historial de búsqueda en fuentes de información electrónicas especializadas, como *PubMed, Trip database, Biblioteca Virtual en Salud [BVS] y Wiley online*, de acuerdo con una estrategia derivada de PICO. Se incluyeron estudios clínicos controlados, series de casos y estudios observacionales en inglés y español que incluyeran a embarazadas con alto riesgo cardiovascular, EAI y riesgo de malformaciones congénitas vinculadas con estatinas. Se excluyeron los estudios de pacientes con cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral y estudios en animales. Se aplicó restricción de calidad basada en la escala OPMER. Dos revisores independientes evaluaron los estudios.

Resultados: Se conjuntaron 11 estudios, 9 protocolos clínicos controlados, uno de casos y controles y uno transversal observacional, que incluyeron a un total de 911 738 pacientes. El 18% (2/11) hizo referencia a hipercolesterolemia familiar homocigota (HFHo), 45% a PE (5/11), 1 a PE y SAAF y 5 estudios (45%) a seguridad y teratogenicidad de estatinas. La estatina más utilizada fue la pravastatina, seguida de la atorvastatina. Los resultados emanados de la revisión de las publicaciones son muy variables y carecen de datos de apoyo y consenso. En PE, los resultados son inconsistentes; sin embargo, se observa eficacia en presencia de factores de riesgo como HAS, ERC, DM2, SAAF y LES. El estudio de SAAF incluyó a pacientes con SAAF resistente al tratamiento con ácido acetilsalicílico y HBPM, con resultados en aumento del flujo sanguíneo placentario, mejoría de las características de PE y relación con nacimientos vivos y cerca del término en el grupo al que se añadió pravastatina, respecto del grupo sin ésta. Sólo en uno de siete estudios se encontró un nexo entre exposición a estatinas y malformaciones cardíacas, con defecto de tabique interventricular.

Conclusiones: Tras el retiro de las estatinas por la FDA como fármacos de categoría X en agosto 2021, resulta necesario realizar protocolos clínicos para aumentar la evidencia y el grado de recomendación para su empleo. En la actualidad, las estatinas parecen medicamentos eficaces y con adecuado perfil de seguridad en el embarazo.

Bibliografía

- Bateman BT, Hernández-Díaz S, Fischer MA, Seely EW, Ecker JL, Franklin JM, et al. Statins and congenital malformations: cohort study. *BMJ*. el 17 de marzo de 2015;350(mar17 10):h1035-h1035.
- Lefkou E, Mamopoulos A, Dagklis T, Vosnakis C, Rouso D, Girardi G. Pravastatin improves pregnancy outcomes in obstetric antiphospholipid syndrome refractory to antithrombotic therapy. *J Clin Invest*. julio de 2016;126(8):2933-40.

CG093

Abordando la salud sexual y reproductiva: perspectiva de los reumatólogos

Pérez-García LF⁵, Röder E¹, Colunga-Pedraza I¹, Lozada-Navarro AC², Flores-Hernández JA³, Vargas-Aguirre T⁴, van Exel J⁵, Vargas-Guerrero A³, Dolhain R⁵

⁽¹⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL, ⁽²⁾ReumaJoven, ⁽³⁾Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez, Ciudad de México ⁽⁴⁾TecSalud Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, NL, ⁽⁵⁾Erasmus University Medical Center, Róterdam, Países Bajos

Introducción: La artritis inflamatoria (AI) se ha vinculado con diversos problemas de la salud sexual y reproductiva masculina (SSR). Sin embargo, abordar este tema en la consulta es todavía un reto debido a diversos factores.

Objetivos: Describir los puntos de vista sobre los factores que influyen en el abordaje del tema de la SSR de los reumatólogos que tratan a hombres diagnosticados con AI en México.

Material y métodos: Se invitó a participar a reumatólogos residentes de la Ciudad de México, Mérida y Monterrey. Este estudio está basado en la metodología Q. Los participantes se clasificaron en una escala de 34 factores de acuerdo con el grado de influencia (menos o más influencia) en el abordaje del tema de SSR con sus pacientes masculinos. Un análisis factorial por participante identificó patrones comunes en las clasificaciones. Estos patrones representan los diferentes puntos de vista de los reumatólogos. Los datos de las entrevistas, en las que los participantes explicaron su clasificación, se utilizaron para interpretar mejor los puntos de vista.

Resultados: Se incluyó a 30 reumatólogos en el estudio; 11 (37%) se encuentran en límites de edad de 35 a 44 años y 16 (53.3%) eran hombres. Los análisis revelaron cuatro puntos de vista:

- Reumatólogo reproductivo. El factor más importante para abordar este tema con sus pacientes es el deseo activo de tener hijos. Considera muy importante que este grupo de pacientes reciba información sobre los efectos negativos conocidos o posibles de medicamentos en la fecundidad.
- Reumatólogo holístico. La importancia de la SSR para la calidad de vida de sus pacientes es el factor fundamental que influye a estos reumatólogos. Tener una relación sólida con sus pacientes y conocer detalladamente sus problemas es un factor de gran influencia para este grupo.
- Reumatólogo corporativo. No considera la SSR como algo muy importante para sus pacientes y tiene poco interés en este tema. Considera que hay aspectos que de manera obligada deben abordarse con sus pacientes, en particular cuando hay efectos secundarios conocidos de medicamentos sobre la fecundidad y sexualidad (al margen del deseo de tener hijos). Le resulta incómodo hablar sobre el tema.
- Reumatólogo *treat-to-target*. Considera que la SSR es importante para la calidad de vida del paciente, pero que el limitado tiempo disponible durante las consultas influye de forma negativa en el abordaje de este tema con sus pacientes. Le concede más relevancia al control de la enfermedad y cree que hablar de otros temas es más importante.

Conclusiones: Se identificaron cuatro puntos de vista en reumatólogos de México acerca de cómo influyen diversos factores en el abordaje del tema de SSR con hombres con AI. En dos de estos puntos de vista (reproductivo y holístico) resulta relativamente fácil abordar este tema y se considera algo importante. Sin embargo, para reumatólogos identificados con otros dos puntos de vista (corporativo y *treat-to-target*) este tema es difícil, incómodo o quizá irrelevante.

Bibliografía

- Pérez-García LF, Te Winkel B, Carrizales JP, Bramer W, Vorstenbosch S, van Puijenbroek E, et al. Sexual function and reproduction can be impaired in men with rheumatic diseases: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum*. 2020;50(3):557-73.
- Pérez-García LF, Röder E, Pastoor H, Bolt H, van Exel J, Dolhain R. It is not just about the sex: viewpoints of Dutch adult men with inflammatory arthritis regarding the impact of the disease on their sexual health. *Ann Rheum Dis*. 2021;80:186.
- Van Exel J, De Graaf G. Q methodology: a sneak preview. Online document available from <http://www.qmethod.org>. 2005.

CG094

Evaluación de salud reproductiva y pregestacional: indicadores de calidad

Aguilar-Rivera LR, Esquivel-Valerio JA, Serna-Peña G, Cárdenas-De La Garza JA, Skinner-Taylor CM, Castillo-De la Garza RJ, De León-Pérez AA, Galarza-Delgado DA, Aguilar-Rivera E, Vázquez-Fuentes BR, Vázquez-Pérez CE

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Objetivos: Describir la adherencia al cumplimiento de los indicadores de calidad (IC) en salud reproductiva y pregestacional con base en las recomendaciones del EULAR del 2019 en pacientes con lupus.

Resultados: De 63 mujeres evaluadas, 41 pacientes fueron elegibles para consejería pregestacional respecto del método anticonceptivo, 27 recibieron orientación con una adherencia de 65.85% (IC95%, 51%-81%) y, de 29 pacientes con deseo gestacional, 13 recibieron educación sobre requerimientos de actividad baja o en remisión para buscar un embarazo y tamizaje de anticuerpos de riesgo antes de la gestación, con una adherencia del 44.82% (IC95%, 26%-64%). El global de atención en salud reproductiva y pregestacional fue de 57.14%.

Conclusiones: En este estudio, el apego global a los indicadores de calidad de atención en salud reproductiva y pregestacional en mujeres con LES fue similar al 62% ya notificado. La consejería preconcepcional, tamizaje y tratamiento preventivo son fundamentales en la atención de calidad de esta población, ya que permiten mejorar los desenlaces obstétricos y de la paciente con LES.

CG095

Absceso cerebral en una paciente con diagnóstico de granulomatosis con poliangeitis de novo durante el embarazo

Olmeda-García A, Piña-Demuner I, Fajardo-Hermosillo LD

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

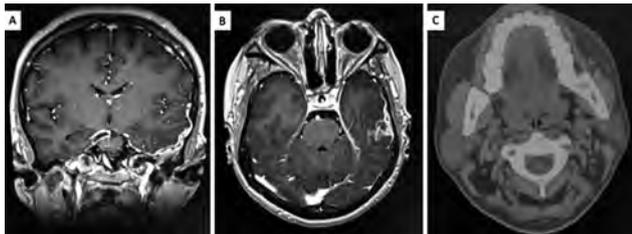
Introducción: La granulomatosis con poliangeitis (GPA) es una vasculitis vinculada con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), caracterizada por estenosis subglótica, granulomas necrosantes en parénquima pulmonar, riñones y, de modo infrecuente, en cerebro. La escasa evidencia de GPA *de novo* durante el embarazo registra su presentación de la 5 a las

39 semanas, en relación con complicaciones como prematurez, preeclampsia y muerte materna, aunque en la mayoría de los casos el embarazo finalizó por cesárea a las 37 semanas en remisión de la enfermedad. El absceso cerebral es una rara infección durante el embarazo y es excepcional que acompañe a una GPA y posee una mortalidad obstétrica de 33%, además de secuelas neurológicas como convulsiones en el 50% de los supervivientes y requiriere un tratamiento multidisciplinario.

Objetivos: Describir el caso de una paciente con diagnóstico de GPA *de novo* con estenosis subglótica al inicio del embarazo que se complicó al final con un absceso cerebral.

Resultados: Mujer de 31 años con enfermedad rinosinusal seis meses antes del embarazo. A las seis semanas de gestación (SDG) sufrió estenosis subglótica que exigió traqueostomía, anticuerpos c-ANCA y anti-PR3, se diagnosticó GPA y se iniciaron prednisona a dosis bajas y azatioprina. A las 28 SDG desarrolló otomastoiditis de predominio derecho con hipoacusia neurosensorial, pansinusitis, nariz en silla de montar, fiebre, crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, cefalea y alteración del estado de alerta, con necesidad de hospitalización. Se practicó punción lumbar para descartar meningitis y se solicitó una resonancia magnética que delineó una lesión de 2 cm de volumen en el lóbulo temporal izquierdo y zonas de reforzamiento de contraste consistentes con paquimeningitis en los planos temporal, occipital y frontal (Figura 1). Debido al volumen de la lesión < 2.5 cm no se efectuó biopsia. De forma concomitante con el tratamiento inmunosupresor de altas dosis de esteroides con tacrolimus se indicó tratamiento antipolimicrobiano con ceftriaxona, vancomicina y metronidazol. A las 72 horas, la paciente se mostró afebril, mejoró su estado de alerta, y remitieron las convulsiones y la cefalea. De las resonancias magnéticas de control, la primera tomada a las tres semanas señaló una reducción de la lesión de 30% y atenuación de las zonas de paquimeningitis; la segunda a las ocho semanas reveló una resolución de la lesión y la paquimeningitis. A las cuatro semanas de su egreso la paciente es observada de manera ambulatoria sin presentar recidiva del absceso cerebral y en remisión de la GPA.

Figura 1. Resonancia magnética cerebral y cervical en secuencias T1 con y sin contraste con gadolinio. **A.** Corte coronal, secuencia T1, contrastada con gadolinio, en el que se observa una lesión con un volumen < 2.5 cm en el ángulo del lóbulo temporal izquierdo; se muestra además el reforzamiento con el contraste de las meninges a niveles temporal, parietal y frontal del lado izquierdo. **B.** Corte axial, secuencia T1 contrastada con gadolinio, a nivel del puente, que delinea la lesión a nivel del lóbulo temporal izquierdo con reforzamiento de las meninges y el contraste a nivel temporal. **C.** Corte axial, secuencia T1, sin contraste, a nivel de la segunda vértebra cervical que permite observar la estenosis subglótica que llevó a la paciente con granulomatosis y poliangeitis al requerimiento de traqueostomía durante la sexta semana de gestación. (CG095)



Conclusiones: El embarazo en una paciente con GPA debe considerarse de alto riesgo por las complicaciones maternas y la emergencia de manifestaciones vinculadas con la enfermedad. Los recursos terapéuticos para inducir y mantener la remisión en estos pacientes son limitados, como esteroides, inmunoglobulinas, tacrolimus y azatioprina. Las complicaciones relacionadas con la inmunosupresión en estos pacientes son, entre otras, el absceso cerebral y la infección polimicrobiana rara, supratentorial y de origen otorrinosinusal. La escasa evidencia de su tratamiento sugiere medidas antipolimicrobianas acordes al embarazo, si el volumen es < 2.5 cm por seis a ocho semanas y control imagenológico con descenso de volumen a las tres semanas. En contraste, si el volumen del absceso es > 2.5 cm debe drenarse. Representa un reto el diagnóstico y terapéutico una paciente embarazada con GPA cuyo diagnóstico diferencial incluye un absceso y un granuloma cerebral. La mejoría inmediata con la atención empírica sugiere

más un absceso cerebral. Sin embargo, las manifestaciones graves de la enfermedad en este caso hacen necesario continuar con la inmunosupresión hasta el periodo posparto.

Bibliografía

1. Erickson VR, Hwang PH. Wegeners granulomatosis: current trends in diagnosis and management. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;15(3):170-6.
2. Veltri NL, Hladunewich M, Bhasin A, Garland J, Thomson B. De novo antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis in pregnancy: a systematic review on maternal, pregnancy and fetal outcomes. *Clin Kidney J.* 2018 Oct;11(5):659-666.

CG096

Síndrome pulmón-riñón en el embarazo

Flores-Gutiérrez DP, Campos-Tinajero E, Serna-Peña G, Galarza-Delgado D

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria crónica e inflamatoria que se presenta con más frecuencia en mujeres en edad fecunda. El embarazo en pacientes con lupus conlleva un incremento de riesgos maternofetales. La actividad de la enfermedad puede usarse como predictor de un efecto adverso durante el embarazo, así como también lo son la presencia de anticuerpos antifosfolípidos, la trombocitopenia o un diagnóstico previo de nefritis lúpica (NL). El daño renal es común en pacientes con enfermedad activa y se relaciona con valores bajos de C3 y altos de anticuerpos anti-ADN. Durante los cambios fisiológicos del embarazo puede empeorar una lesión renal preexistente.

Objetivos: Exponer un síndrome pulmón-riñón como manifestación de LES durante el embarazo.

Descripción del caso: Mujer de 23 años con diagnóstico de LES desde ocho años antes con mal apego al tratamiento y que cursa un embarazo normoevolutivo de 27.2 semanas de gestación (SDG); la paciente acude al servicio de urgencias por hemoptisis de tres semanas de evolución, disnea progresiva mMRC IV y palpitations. Tiene antecedente de biopsia renal en el 2016: glomerulonefritis NL III, actividad: 3, cronicidad: 0. Se decide ingresarla por sospecha de actividad de LES con hemorragia alveolar. Se realiza broncoscopia que revela alicuotas positivas de LBA hemáticas y neutrófilos con depósito de hemosiderina > 5%, lo que confirma el diagnóstico de hemorragia alveolar difusa (HAD). Estudios de laboratorio: hallazgos de hematuria, sedimento activo, valores de complemento bajos y anticuerpos anti-ADN positivos (Tabla 1), por lo que se determinó actividad renal y se estableció el síndrome pulmón-riñón. Se inició tratamiento con 5 bolos de metilprednisolona (1 g), 3 sesiones de hemodiálisis y 5 recambios plasmáticos. Mostró elevaciones hipertensivas, se agregó alfametilodopa y se solicitó panel angiogénico ante la duda diagnóstica de preeclampsia. Los resultados del panel angiogénico descartaron el diagnóstico de preeclampsia y se evaluó la administración de ciclofosfamida en sesión conjunta. Debido a la falta de mejoría, se administraron 500 mg de ciclofosfamida, así como nifedipina y labetalol para el control antihipertensivo. Una semana después, la paciente sufre elevaciones febriles; los policultivos aíslan *Acinetobacter baumannii* en el aspirado traqueal. Se agregó un antibiótico de amplio espectro, pero la paciente continuó con deterioro respiratorio y aumento de infiltrados pulmonares en la radiografía. Se programó una cesárea a las 30 SDG y se obtuvo un producto único vivo; la paciente continuó con deterioro respiratorio e inestabilidad hemodinámica en el puerperio que la llevó a su defunción.

Resultados: El síndrome pulmón-riñón (SPR) es una manifestación poco frecuente de LES, una combinación de glomerulonefritis aguda, por lo general de rápida progresión (GNRP), y hemorragia alveolar difusa (HAD). La HAD tiene una frecuencia de 2% a 5.4% en los pacientes con lupus, la mayoría de las veces se presenta con hemoptisis y dificultad respiratoria y tiene una mortalidad superior al 50%. El tratamiento regular se basa en corticosteroides y ciclofosfamida, pero no hay guías terapéuticas en pa-

cientes embarazadas. La evidencia científica se basa en informes de casos y revisiones sistemáticas, en los que se ha encontrado que la administración de ciclofosfamida a partir del segundo trimestre no produce efectos teratogénicos, y que en el primer trimestre es posible administrar rituximab además de los corticosteroides.

Tabla 1. Resultados de laboratorio. (CG096)

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
HGB	9.4 g/dL	12.2-18.1 g/dL
HCT	26	37.7-53.7%
RBC	3.150	4.04-6.13 M/ μ L
PLT	14.40	142-424 K/ μ L
RET	1.5%	
VSG	33	0-20
PCR	1.50	0-1
Proteínas en orina de 24 h	3.3 g	0
EGO	Cilindros hemáticos en morfología eritrocitaria	Ausentes
dsDNA	1:640	< 1:20
C3	< 90 mg/dL	90-180 mg/dL
C4	4 mg/dL	10-40 mg/dL

Conclusiones: Las agudizaciones de la enfermedad durante el embarazo son un evento poco frecuente, por lo que el abordaje de las manifestaciones atípicas debe concordar con la clínica y siempre debe considerarse el momento en el que se realiza la intervención.

Bibliografía

- Nelson-Piercy C, Agarwal S, Lams B. Lesson of the month: selective use of cyclophosphamide in pregnancy for severe autoimmune respiratory disease. *Thorax* 2016;71:6678. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-208441>.
- Blitz MJ, Fleischer A. Severe maternal morbidity associated with systemic lupus erythematosus flare in the second trimester of pregnancy. *Case Rep Obstet Gynecol* 2018;2018:16. <https://doi.org/10.1155/2018/5803479>.

CG097

Enfermedad por anticuerpos antimembrana basal glomerular como causa de síndrome riñón-pulmón en el embarazo: reporte de caso

Flores-González L, Cabrera-López M, Angulo-Gámez MA, Llamas-García A, Vázquez-Del Mercado M

Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La enfermedad por anticuerpos antimembrana basal glomerular (anti-MBG) es efecto de la presencia de autoanticuerpos dirigidos contra el dominio 1 no colágeno de la cadena $\alpha 3$ del colágeno tipo IV, el cual se encuentra sobre todo en la membrana basal glomerular y membrana alveolar, lo cual ocasiona el síndrome riñón-pulmón. Su incidencia mundial es baja (< 2 casos por millón de personas al año), pero no se cuenta con datos epidemiológicos de esta entidad en el embarazo.

Objetivos: Describir el caso de una mujer de 26 años, previamente sana, la cual fue hospitalizada por síndrome anémico y disnea de tres meses de evolución durante su segundo trimestre de gestación.

Descripción del caso: La paciente tiene antecedente de tabaquismo, consumo de metanfetaminas sintéticas y cannabis de manera regular (suspendidas antes

del ingreso). Durante su abordaje se documenta anemia microcítica hipocrómica de grado III (hemoglobina, 6.1 g/dL), lesión renal aguda (creatinina, 6.53 mg/dL), proteinuria en límites nefróticos (3.6 g/día) y sedimento urinario activo, por lo que se sospecha glomerulonefritis de rápida progresión. Experimentó deterioro respiratorio e hipoxemia; la tomografía de tórax revela infiltrado bilateral en vidrio deslustrado que respeta el espacio subpleural, un signo indicativo de hemorragia alveolar difusa. Se integra el diagnóstico de síndrome riñón-pulmón, por lo que se solicitan anticuerpos anti-MBG, con resultado positivo; p-ANCA y c-ANCA negativos. Una biopsia renal confirma el diagnóstico de enfermedad por anticuerpos anti-MBG Se inició tratamiento en la UCI con hemodiálisis, pulsos de metilprednisolona (1 g/día por 3 dosis), ciclofosfamida intravenosa (750 mg/m²sc) y plasmáferesis de manera diaria durante ocho días (3.4 L/día). A las dos semanas, la paciente egresó de la UCI por adecuada respuesta, anticuerpos anti-MBG negativos y resultados obstétricos favorables. Continuó con ciclofosfamida y tratamiento de sustitución renal. A las 37 semanas de gestación se obtuvo producto sin complicaciones durante el parto. En el seguimiento durante el puerperio se retiró el catéter de hemodiálisis por mejoría de la función renal (creatinina de 1.5 mg/día) y hemoglobina de 10 mg/dL.

Resultados: La enfermedad por anticuerpos anti-MBG es una entidad inusual durante el embarazo; se ha notificado durante el segundo trimestre de gestación y el desenlace para el binomio suele ser letal. Se han utilizado como opciones terapéuticas la administración de glucocorticoides intravenosos y ciclofosfamida oral a dosis de 2 mg/kg/día, además de plasmáferesis todos los días hasta que los títulos de anti-MBG sean indetectables. Las recaídas son infrecuentes y se limitan a un episodio único. El paso de los anticuerpos anti-MBG por la placenta no se ha vinculado con daño renal o pulmonar en el recién nacido.

Conclusiones: La enfermedad por anticuerpos anti-MBG es una entidad poco frecuente en el embarazo; sin embargo, debe considerarse como diagnóstico diferencial ante la presencia de síndrome riñón-pulmón.

Bibliografía

- Huser M, Wagnerova K, Janku P, Malaskova L, Stourac P. Clinical management of pregnancy in women with Goodpasture syndrome. *Gynecologic and Obstetric Investigation* [Internet]. 2015 Jan 28 [revisado el 28 de Septiembre del 2022];79(2):73-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000369998>.
- McAdoo SP, Pusey CD. Anti-glomerular basement membrane disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* [Internet]. 2017 May 17 [revisado el 28 de Septiembre del 2022];12(7):1162-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.01380217>.
- Thomson B, Joseph G, Clark WF, Hladunewich M, Patel A, Blake P, et al. Maternal, pregnancy and fetal outcomes in de novo anti-glomerular basement membrane antibody disease in pregnancy: a systematic review. *Clinical Kidney Journal* [Internet]. 2014 Aug 14 [revisado el 28 de Septiembre del 2022];7(5):450-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ckj/sfu086>.
- West SC, Arulkumaran N, Ind PW, Pusey CD. Pulmonary-renal syndrome: a life threatening but treatable condition. *Postgraduate Medical Journal* [Internet]. 2013 May 1 [revisado el 28 de Septiembre del 2022];89(1051):274-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131416>.

CG098

Influencia de la actividad de lupus eritematoso sistémico y la dosis de prednisona en las complicaciones materno-fetales

Miranda-Hernández DG¹, Rivas-Ruiz R², Sánchez-González A¹, Gracia-Aréchiga TS¹, Sánchez-Briones RE¹, Reynoso-Cruz L², Saavedra-Salinas MA¹

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽²⁾Centro de Adiestramiento en Investigación Clínica, IMSS, ⁽³⁾Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) incrementa el riesgo de desenlace adverso en el embarazo. La administración de prednisona durante la gestación se ha relacionado con un parto prematuro y un menor peso al nacer; sin embargo, existen factores preexistentes que predisponen a complicaciones como la edad materna, paridad y otros antecedentes que pueden tener consecuencias en el embarazo actual.

Objetivos: Evaluar la influencia de la actividad del lupus eritematoso sistémico y la dosis de prednisona en las complicaciones maternofetales.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo cohorte histórica de mujeres embarazadas con LES. Las pacientes se evaluaron una vez por trimestre y en el puerperio, se calculó SLEPDAI por trimestre y se cuantificó la dosis diaria de prednisona prescrita como tratamiento; también se calculó por trimestre y posteriormente se sumó a la dosis acumulada al final del embarazo. Se realizó estadística descriptiva, χ^2 y un análisis de regresión logística. Véase la Figura 1.

Resultados: Se incluyó a 460 embarazos, el 47% (220) tuvo actividad de la enfermedad y el 75% (346) recibió prednisona durante el embarazo. Los factores preexistentes en la mujer (edad materna > 35 años, LES de inicio juvenil, hipertensión y diabetes pregestacional, paridad > 3, aborto o preeclampsia previos) no tuvieron efectos en el desenlace fetal adverso. En un análisis estratificado por prednisona, la actividad de la enfermedad manifestada por hipocomplementemia (RR, 3.1; IC95%, 1.1-12.3; $p = 0.029$) y la proteinuria en primer trimestre (RR, 3.8; IC95%, 0.99-14.7, $p = 0.05$) fueron factores de riesgo independientes para desenlace fetal adverso, y la ausencia de actividad (RR, 0.34; IC95%, 0.13-0.89, $p = 0.029$) fue un factor de protección. No hubo efectos del suministro de prednisona durante el primero, segundo y tercer trimestres a diferentes dosis.

Conclusiones: Este estudio sugiere que la presencia de actividad antes y durante el embarazo son determinantes en el desenlace maternofetal. La actividad renal manifestada por la proteinuria desde etapas tempranas de la gestación es predictor relevante de complicación fetal. Este estudio sugiere que la dosis empleada durante el embarazo como tratamiento de actividad durante el embarazo en las pacientes con lupus eritematoso sistémico no es un factor de riesgo para desenlace fetal adverso.

Bibliografía

1. Louthrenoo W, Trongkamolthum T, Kasitanon N, Wongthanee A. Predicting factors of adverse pregnancy outcomes in Thai patients with systemic lupus erythematosus: a STROBE-compliant study. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(5):e24553.

2. Miranda-Hernández D, Sánchez A, Sánchez-Briones RE, Rivas-Ruiz R, Cruz-Reynoso L, Cruz-Domínguez P, Jara LJ, Saavedra MA. Impact of systemic lupus erythematosus on pregnancy: analysis of a large 10-year longitudinal mexican cohort. *J Clin Rheumatol*. 2021 Sep 1;27(6S):S217-S223.

CG099

Asociación de GAPSS con eventos adversos obstétricos y neonatales en pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico

Delgado-Ayala SM, Skinner-Taylor CM, Carrazco-Chapa A, Pérez-Barbosa L, Cárdenas-de la Garza JA, Sandoval-Torres GG, Neri-Nicole A, Aldama-Cervantes KA, Gorostieta-Espinosa F, Ríos-Medina MG, Reyes-Sierra P, Ponce-Santillán MA, Palomo-Arnaud K, Polina-Lugo RL, Galarza-Delgado DA

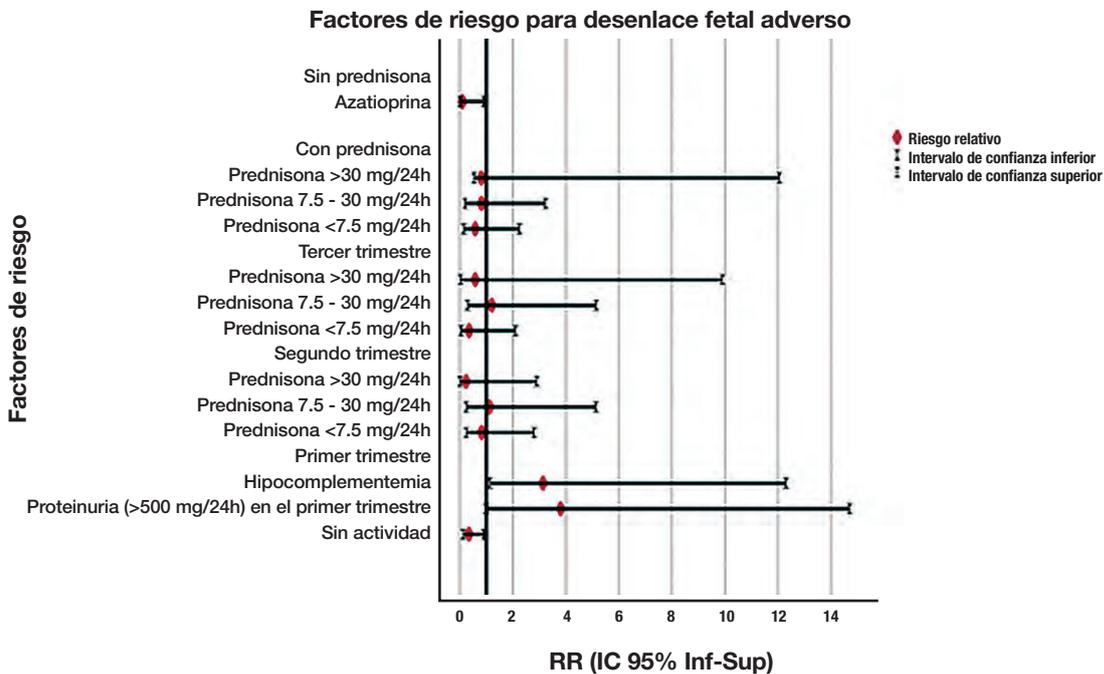
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El GAPSS (*Global Anti-Phospholipid Syndrome Score*) es una herramienta propuesta para cuantificar el riesgo y prevenir desenlaces adversos en pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) primario y se ha descrito en pacientes con lupus y SAF secundario. El GAPSS incluye los factores de riesgo habituales, como la hiperlipidemia y la hipertensión arterial, junto con los anticuerpos antifosfolípidos. Se ha demostrado que toda enfermedad reumática autoinmunitaria (ERA) eleva en general el riesgo cardiovascular, por lo que esta herramienta puede ser útil para cualquier paciente embarazada con ERA.

Objetivos: Evaluar el desempeño de la puntuación global del síndrome antifosfolípido (GAPSS) con episodios adversos obstétricos en pacientes con LES o AR en esta población.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se inscribió a pacientes desde el 1 de enero de 2018 hasta el 1 de agosto de 2022, incluidas mujeres embarazadas en diferentes trimestres, pertenecientes a la Clínica de Embarazo y Enfermedades Reumáticas (CEER) del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, en Monterrey, Nuevo

Figura 1. (CG098)



León, con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico o artritis reumatoide. Se utilizaron variables como edad, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, comorbilidades (diabetes mellitus, hipotiroidismo, otras), así como la puntuación de GAPSS (la cual requiere el antecedente de hipertensión o hiperlipidemia, anticardiolipina, anticoagulante lúpico, glucoproteína anti-β2, anticuerpos antifosfatidil-serina y anticuerpos antiprotrombina) y clasificados de acuerdo con Radin et al. como riesgo bajo (< 6 puntos), riesgo medio (6-11 puntos) y riesgo alto (≥ 12). Se tomaron como efectos adversos la presencia de preeclampsia, muerte neonatal, aborto, parto prematuro, rotura prematura de membranas, muerte materna, retraso del crecimiento intrauterino y oligohidramnios. Los datos recolectados se procesaron mediante SPSS, medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar), además de frecuencias y porcentajes. Se determinó una relación con la prueba ji cuadrada.

Resultados: Se incluyó a 36 pacientes con una media de edad de 36.3 años, 14 pacientes con LES (39%) y 22 con AR (61%). De las pacientes con AR, 10 (45.4%) sufrieron efectos adversos, en comparación con 8 (56%) con LES. El 88.9% (32 pacientes) tenía un riesgo bajo de la escala de GAPSS, 8.3% (3 pacientes) un riesgo moderado (8.3%) y 1 paciente riesgo alto. Se realizaron pruebas de ji cuadrada para valorar la relación del efecto adverso con cada ítem de la calificación por separado, y se identificó una tendencia a la significancia estadística en la variable de hiperlipidemia (p = 0.058). Véase la **Tabla 1**. El mayor episodio adverso reconocido fue el parto de pretérmino en 5 pacientes (28%), seguido de abortos en 4 (22.2%), preeclampsia en 3, muerte neonatal en 2 pacientes, muerte materna en 1 y retraso en el crecimiento intrauterino en 1 (**Figura 1**).

Tabla 1. Relación de efectos adversos con variables del GAPSS. (CG099)

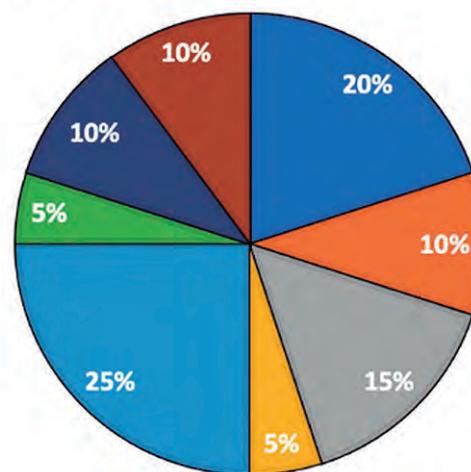
	Efecto adverso		
	No	Sí	Total
Edad media (DE)	37 ± 5	38 ± 3	
Dx de LES	6 (42.8%)	8 (57.1%)	14 (38.8%)
Dx de AR	12 (54.5)	10 (45.4)	22 (61.1%)
GAPSS			p = 0.599
Riesgo bajo	17 (53.1%)	15 (46.8%)	32 (88.8%)
Riesgo moderado	2 (66.6%)	1 (33.3%)	3 (8.3%)
Riesgo alto	1 (100%)	0	1 (2.8%)
Total			36 (100%)
Hipertensión arterial			p = 0.44
Con	2 (33.3%)	4 (66.6%)	6 (16.6%)
Sin	14 (46.6%)	16 (53.3%)	30 (83.3%)
Total			36 (100%)
Hiperlipidemia			p = 0.058
Con	3 (23%)	10 (76.9%)	13 (36.1%)
Sin	13 (56.5%)	10 (43.4%)	23 (63.8%)
Total			36 (100%)
Anticardiolipina IGG/IGM			p = 0.8
Positivo	0	1 (100%)	1 (2.8%)
Negativo	16 (45.7%)	19 (54.2%)	35 (97.2%)
Total			36 (100%)
Anti- 2GP IGG/IGM			p = 0.49
Positivo	1 (100%)	0	1 (2.8%)
Negativo	15 (42.8%)	20 (57.1%)	35 (97.2%)
Total			36 (100%)
Anticoagulante lúpico			p = 0.55
Positivo	0	2 (100%)	2 (5.5%)
Negativo	16 (47%)	18 (52.9%)	34 (94.4%)
Total			36 (100%)

Antiprotrombina/fosfatidilserina			p = 0.86
Positivo	2 (50%)	2 (50%)	4 (11.1%)
Negativo	18 (56.2%)	14 (43.7%)	32 (88.8%)
Total	20	16	36 (100%)

GAPSS, *Global Anti-Phospholipid Syndrome Score*.

Figura 1. Porcentajes de pacientes con efecto adverso. RCIU, retraso del crecimiento intrauterino. (CG099)

■ Abortos ■ Óbito ■ Preeclampsia
 ■ RCIU ■ Parto Pretérmino ■ Muerte Materna
 ■ Muerte Neonatal ■ Bajo Peso al Nacer



Conclusiones: El 88.9% de esta población mostró un riesgo bajo en la escala de GAPSS; sin embargo, 18 pacientes sufrieron complicaciones que no se detectaron con esta escala. Se identificó como hallazgo indicativo la hiperlipidemia como posible factor independiente; no obstante, su utilidad debe analizarse de una manera más amplia con una muestra mayor de efectos adversos materno-fetales en pacientes con enfermedad reumática.

Bibliografía

- Sciascia S, Radin M, Sanna G, Cecchi I, Roccatello D, Bertolaccini ML. Clinical utility of the global anti-phospholipid syndrome score for risk stratification: a pooled analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2018 Apr 1;57(4):661-665. doi: 10.1093/rheumatology/kex466. PMID: 29342292.
- Radin M, Cecchi I, Schreiber K, Rubini E, Roccatello D, Cuadrado MJ, Sciascia S. Pregnancy success rate and response to heparins and/or aspirin differ in women with antiphospholipid antibodies according to their Global Antiphospholipid Syndrome Score. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2020. doi:10.1016/j.semarthrit.2020.0.

CG100

Pérdidas perinatales en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes

Corral-Trujillo ME, Skinner-Taylor CM, Pérez-Barbosa L, Cerda-González RA, Martínez-Sandoval HG, Arévalo-Nieto FR, Cárdenas-De la Garza JA, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El dolor por una muerte neonatal se registra en el aparato psíquico y puede convertirse en un episodio traumático, que puede ge-

nerar diversos comportamientos y reacciones emocionales, como estados de ánimo depresivos o ansiosos, problemas de la alimentación y el sueño, así como una mayor vulnerabilidad a enfermar y un mayor riesgo de la mortalidad materna durante los dos siguientes años a la pérdida. En México, se registraron 23 000 muertes fetales durante el 2021: 83.5% de ellas ocurrieron antes del parto, 15.3% durante el parto y en 1.2% de los casos no se especificó. Las mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) tienen un mayor riesgo de pérdidas perinatales y es fundamental el correcto abordaje psicológico en el proceso de duelo cuando se presentan estos sucesos.

Objetivos: Describir la frecuencia y características de las pacientes con ERA que han tenido una pérdida fetal o perinatal.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en el cual se seleccionó a pacientes con pérdidas fetales o perinatales en el periodo de 2017 hasta la fecha. Se revisaron los expedientes de la Clínica de Embarazo y Enfermedades Reumáticas (CEER) para obtener su historial reumatológico y obstétrico y los estudios socioeconómicos para reunir sus características. La CEER del servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González se encuentra en funciones desde el año 2017.

Resultados: En los 79 pacientes que han ingresado a la clínica se identificaron pérdidas en el embarazo o el periodo posnatal en 16 (20%). El diagnóstico reumatológico más frecuente fue artritis reumatoide (AR) con 7 pacientes (43.8%), seguido por lupus eritematoso sistémico (LES) con 6 (37.5%) y otros diagnósticos (dermatomiositis, síndrome antifosfolípidos y EITC) con 3 (18.9%); las demás características se pueden observar en la **Tabla 1**. A pesar de que 12 pacientes se encontraban con su enfermedad activa durante el embarazo, cuatro de ellas no continuaron su seguimiento en el servicio de reumatología. En cuanto a las pérdidas, 6 (37.5%) tuvieron una pérdida del embarazo en el primer trimestre, 3 (18.7%) en el segundo, 1 (6.2%) en el tercero y 6 (37.5%) fueron pérdidas neonatales. De éstos, 9 fueron embarazos no planeados, aunque 13 fueron embarazos deseados. A todas las pacientes se les ofreció atención y acompañamiento para la atención del duelo por parte de un psicólogo clínico, si bien sólo 5 (31.2%) de las pacientes aceptaron y continuaron por un periodo no especificado. A las pacientes se les pidió que contestaran la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), 11 (69%) de ellas la respondieron y 3 (27.3%) obtuvieron una puntuación > 13 (sospecha de depresión y necesidad de atención con un especialista). Se correlacionaron las puntuaciones > 13 con el nivel educativo, estado civil, número de pérdidas en embarazos y neonatales totales y la aceptación del seguimiento con especialista. No se identificó ninguna correlación estadísticamente significativa.

Tabla 1. Características clínicas. (CG100)

	Pérdida en el embarazo (n = 10)*	Pérdida neonatal (n = 6)*
Edad (media)	33.7	24.33
Escolaridad, n (%)		
Primaria	1 (10%)	1 (16.7%)
Secundaria	4 (40%)	-
Preparatoria	3 (30%)	4 (66.7%)
Universidad	2 (20%)	1 (16.7%)
Estado civil, n (%)		
Soltera	2 (20%)	-
Casada	3 (30%)	1 (16.6%)
Unión libre	5 (50%)	5 (83.3%)
Ocupación, n (%)		
Estudiante	-	1 (16.6%)
Hogar	8 (80%)	2 (33.33%)
Empleo fuera de casa	1 (10%)	3 (50%)
Desempleada	1 (10%)	-
Pérdidas totales** (media)	1.5	1.5

Diagnóstico reumatológico		
Artritis reumatoide	6 (60%)	1 (16.6%)
Lupus eritematoso sistémico	3 (30%)	3 (50%)
Síndrome antifosfolípido	-	1 (16.6%)
Dermatomiositis	-	1 (16.6%)
Enf. intersticial del tejido conectivo	1 (10%)	-

*Se dividieron en dos grupos: pacientes que tuvieron una pérdida durante el embarazo y pacientes con pérdida neonatal.

**Total de pérdidas durante el embarazo o neonatales en su vida fecunda.

Conclusiones: Las pacientes con ERA que han sufrido una pérdida en el embarazo o neonatal pueden tener mayor riesgo de desarrollar complicaciones físicas y emocionales después del evento. Se registró una tasa de 20.2% de pérdidas en esta población. La EPDS no logró diferenciar a las pacientes que podrían tener un duelo complicado en el futuro. Es necesario crear un protocolo para el tratamiento del duelo y poder tener así un seguimiento más cercano y evitar complicaciones posteriores.

Bibliografía

1. Cordero VMA, Palacios BP, Mena NP, Medina HL. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista Chilena de Pediatría*. 2004 Jan;75(1).
2. Song J, Mailick MR, Greenberg JS, Floyd FJ. Mortality in parents after the death of a child. *Social Science & Medicine*. 2019 Oct;239:112522.

CG101

Apego en el tamizaje ginecológico en mujeres de 20 a 69 años de la consulta de reumatología de HGZ 17

Vega-Morales D¹, Arenas-Torres H²

⁽¹⁾Hospital General de Zona No. 17, Monterrey, NL, ⁽²⁾Unidad de Medicina Familiar No. 26, Monterrey, NL

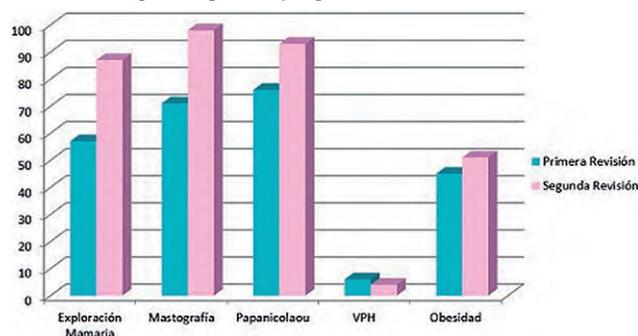
Introducción: Los tumores malignos son una de las principales causas de mortalidad en México; tan sólo en el 2014 representaban 12.2% de las muertes en este país. En la mujer, el cáncer de mama y el cáncer cervicouterino constituyen el 25.7% de las muertes registradas por cáncer en México. Entre los factores de riesgo para cáncer de mama figuran la nuliparidad, tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad, exposición prologada a estrógenos, entre otros. Por su parte, para el cáncer cervicouterino los factores son el virus del papiloma humano (VPH), múltiples parejas sexuales, entre otros; además, en pacientes con lupus eritematoso sistémico se ha observado que en lesiones premalignas y malignas prevalece el VPH como principal agente causal. En la tesis *Cumplimiento del tamizaje de cáncer ginecológico en pacientes con enfermedades reumatológicas del HGZ 17* realizada en el 2019 se menciona que existe un problema importante en cuanto a la realización de tamizajes de cánceres ginecológicos, ya que en ese estudio, que constaba de 503 mujeres, 237 no se habían sometido a mamografía y el 54.9% a Papanicolaou en los últimos dos años.

Objetivos: Conocer el número de mujeres que cumplieron con el tamizaje ginecológico posterior a las recomendaciones suministradas en la consulta de reumatología de HGZ 17 del IMSS.

Material y métodos: Se llevó a cabo un seguimiento de 151 mujeres de 20 a 69 años de la consulta de reumatología del HGZ 17 del IMSS que cumplieron con anterioridad con los criterios de selección para la tesis *Cumplimiento del tamizaje de cáncer ginecológico en pacientes con enfermedades reumatológicas del HGZ 17*; se valoró la Cartilla Nacional de Salud de esas pacientes cuando acudieron a su consulta de reumatología en el transcurso del año. Los resultados se actualizaron en una base de datos, luego se analizaron y se graficaron los resultados obtenidos.

Resultados: Se valoró a un total de 151 mujeres. De ellas, 105 tienen diagnóstico de artritis reumatoide, 21 de lupus eritematoso sistémico, 5 de espondilitis anquilosante, 2 de síndrome de Sjögren, 7 de artritis psoriásica, 6 de dermatomiositis, 2 de vasculitis y 3 de esclerosis sistémica. Las edades de mayor prevalencia fueron: 46-55 años con 56 mujeres y 56-65 años con 50. En cuanto al apego de los tamizajes de cánceres ginecológicos, se identificó un incremento: para la mamografía de 17.89% (de 71 a 98 mujeres), para la exploración mamaria de 19.87% (de 57 a 87 mujeres) y para el Papanicolaou de 11.2% (de 76 a 93 mujeres) con respecto a los resultados previos (**Figura 1**). También se reconocieron algunos de los factores de riesgo revisados y se encontró un aumento del 4.1% en pacientes con obesidad (de 45 a 51 mujeres) y disminución del 1.33% en VPH (de 6 a 4 mujeres).

Figura 1. Gráfica que muestra en las columnas azules a las mujeres que realizaron sus detecciones en la primera revisión, mientras que en las rosas se registran las detecciones de la segunda revisión. También se incluye la valoración entre el número de mujeres que cuentan con algunos de los factores de riesgo en la primera y segunda revisiones. (CG101)



Conclusiones: Este estudio valoró si hubo un apego a la realización del tamizaje de cánceres ginecológicos luego de las indicaciones ofrecidas en la consulta de reumatología. Esto lleva a reforzar las medidas de revisión de cartillas en el primer nivel de atención con la finalidad de mejorar las medidas preventivas y reducir los factores de riesgo modificables.

Bibliografía

1. Cruz-Rodríguez J. Cumplimiento del tamizaje de cáncer ginecológico en pacientes con enfermedades reumatológicas del HGZ 17. 2019. Tesis IMSS UMF 26.
2. Moncada-Madrado M, Aranda-Gutiérrez A. Factores de riesgo modificables del cáncer de mama: una comparación entre mujeres menores y mayores de 40 años. Ginecol Obstet Mex. 2020 marzo;88(3):131-138.
3. Raposo A, Tani C, Costa J. Infección por virus del papiloma humano y lesiones cervicales en enfermedades reumáticas: una revisión sistemática. Acta Reumatol Port. 2016;41:184-190.
4. Reynoso-Noverón N, Torres-Domínguez JA. Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. 2017-2018;8(1).

CG102

Esclerosis sistémica (difusa y limitada): complicaciones y pronóstico

Bernal-Enríquez MB, Ramírez-Pérez AA

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

Introducción: La fibrosis pulmonar se reconoce en un 35% de los pacientes con esclerosis sistémica, representa el 20% a 30% de mortalidad y es de las principales causas de muerte en estos pacientes. Persiste la necesidad de

identificar los factores que puedan establecer en conjunto un perfil de riesgo para el desarrollo de esta manifestación en pacientes con esclerosis sistémica.

Objetivos: Determinar los factores relacionados con el desarrollo de neumoapatía intersticial en pacientes con esclerosis sistémica.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con esclerosis sistémica que cumplieron criterios de clasificación de ARC/EULAR 2013 adscritos al Hospital de Especialidades y se recolectaron los datos clínicos, de laboratorio y gabinete de los pacientes de los expedientes electrónicos en un solo momento a partir de enero de 2017 y hasta mayo de 2022. El análisis descriptivo se llevó a cabo con estadística de tendencia central y dispersión para variables continuas, frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. La relación de riesgo o protección para el desarrollo de fibrosis pulmonar se determinó mediante el cálculo de *odds ratio* y después se efectuó un modelo de regresión logística para la predicción multivariada de este riesgo.

Resultados: Ingresó a este estudio un total de 72 pacientes, de los cuales 68 (95%) fueron mujeres, con una media de edad de 57 años (RIC [rango intercuartílico], 43-65) y la mediana de tiempo del diagnóstico de esclerosis sistémica difusa fue de 11 años (RIC, 6-15). Las comorbilidades más frecuentes fueron enfermedad por reflujo gastroesofágico (31%) e hipertensión arterial sistémica (16.9%). El tratamiento más utilizado fue el ácido micofenólico con 36 pacientes (50.7%), metotrexato con 15 (21.1%) y otro fármaco con 21 (29%) (leflunomida, tacrolimus, nifedipina, captoprilo). En cuanto a la afección pulmonar, la más predominante fue la enfermedad pulmonar intersticial con 45.1%, seguida de neumoapatía intersticial no específica (40.8%) y fibrosis pulmonar (14.1%). Se analizaron las variables clínicas y de laboratorio que podrían ser factor de riesgo para desarrollar neumoapatía intersticial, neumoapatía intersticial inespecífica o fibrosis pulmonar, pero no se relacionó ninguna variable de riesgo para los primeros dos desenlaces por lo que sólo se llevó a cabo el análisis multivariado para el desarrollo de fibrosis pulmonar. La **Tabla 1** muestra los OR y el análisis multivariado para la fibrosis pulmonar.

Tabla 1. Relación de factores sociodemográficos y fibrosis pulmonar (IC95%). (CG102)

Variable	Análisis bivariado OR (IC95%)	p	Análisis multivariado OR (IC95%)	p	Modelo ajustado por edad OR (IC95%)	p
Edad	57 (43-65)	0.28				
Variación difusa	2.58 (0.664-10.885)	0.161				
Antitopoisomerasa	0.80 (0.78-8.189)	0.671				
Fenómeno de Raynaud	0.199 (0.389-1.013)	0.036	0.189 (0.35-1.015)	0.55	0.222 (0.37-1.323)	0.098
Otro medicamento	4.6 (1.142-18.522)	0.033	4.842 (1.13-20.753)	0.034	6.192 (1.193-32.143)	0.03

Análisis por regresión logística. OR, *odds ratio*.

Conclusiones: Se encontró un incremento del riesgo para desarrollar fibrosis pulmonar en pacientes que reciben otro tratamiento diferente del ácido micofenólico o metotrexato. El fenómeno de Raynaud se identificó como factor protector para desarrollar fibrosis pulmonar y la predicción de dicho modelo es superior al 75% y mejora al ajustar el modelo por edad. Este estudio abre la puerta a futuros proyectos de investigación con la finalidad de profundizar sobre la relación de comorbilidades y patrones bioquímicos y mejorar la predicción de riesgo ante la principal causa de muerte en pacientes con esclerosis sistémica.

Bibliografía

1. Bergamasco A, Hartmann N. Epidemiology of systemic sclerosis and systemic sclerosis-associated interstitial lung disease. Clin Epidemiol. 2019;18(11):257-273.

CG103

Esclerosis sistémica y miocardiopatía arritmogénica: un desenlace fatal

Loeza-Urbe MP, Medina-Fonseca B, Merayo-Chalico FJ, Lizardo-Thiebaud MJ, Rivera-Figueroa J

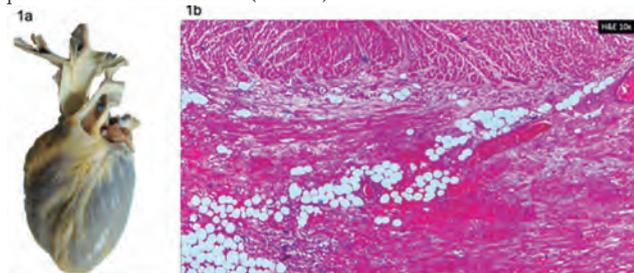
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las manifestaciones cardiacas en pacientes con esclerosis sistémica (SS) son variadas. Algunas series han notificado diversas anomalías electrocardiográficas hasta en 25% a 75% de los pacientes. En la cohorte EUSTAR, las arritmias cardiacas representaron 6% de la mortalidad por todas las causas. La miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD) se caracteriza por pérdida y sustitución de los miocardiocitos por tejido fibroadiposo. La coexistencia de SS y MAVD sólo se ha descrito en informes de casos.

Objetivos: Describir un caso de SS y MAVD.

Resultados: Mujer de 29 años con reciente diagnóstico (un año) de esclerosis sistémica difusa en tratamiento con 1.5 g/día de micofenolato de mofetilo, quien inició tres meses antes de su valoración con palpitaciones y disnea de medianos esfuerzos que progresó hasta el reposo. Sufrió un episodio de síncope por lo que acudió por primera vez al servicio de urgencias del instituto de los autores. La paciente refirió engrosamiento cutáneo, fenómeno de Raynaud trifásico y artralgias inflamatorias de carpos y rodillas de dos años de evolución. Exploración física: taquicardia con ruidos cardiacos arritmicos. Se documentaron lesiones en sal y pimienta en frente y región cervical posterior, disminución de la apertura oral (distancia labio-labio: 3.8 cm y distancia labio-diente: 2 cm), contracturas en flexión de dedos de ambas manos, úlceras digitales y engrosamiento cutáneo generalizado (Rodnan modificado: 40 puntos). La serología registró: anticentrómero: 6.8 U/mL (+), anti-SCL 70: 1 318.4 U/mL (+) y anti-RNA Pol III: 8.5 U (-). TAC de tórax: patrón de neumonía intersticial común. Holter de 24 h: extrasistolia ventricular frecuente (> 42%) y múltiples salvas de taquicardia ventricular sostenida (TVS). Ecocardiograma transtorácico: PSAP 45 mmHg, ventrículo derecho dilatado y FEVI 43%. Se la ingresó para vigilancia hemodinámica y se inició beta-bloqueo; presentó episodio de TVS que exigió cardioversión farmacológica sin respuesta. Se realizaron cardioversión eléctrica y tratamiento avanzado de la vía respiratoria. A pesar de la infusión de lidocaína y amiodarona, persistió con múltiples episodios de TVS, uno de los cuales produjo paro cardiopulmonar que requirió maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) con retorno de la circulación espontánea (RCE). Un par de días se mantuvo sin nuevos episodios de arritmias, pero sufrió un segundo paro cardiaco con fibrilación ventricular (FV) que necesitó desfibrilación y RCP con REC. La resonancia cardiaca demostró discinesia segmentaria del ventrículo derecho y fracción de expulsión del ventrículo derecho de 40%. El servicio de cardiología consideró el diagnóstico de MAVD y se llevó a cabo otra ablación cardiaca en el área del ventrículo derecho. Se mantuvo con altos requerimientos de vasopresor, aunque se logró un descenso de los antiarrítmicos. Los familiares expresaron su deseo de no reanimar. Otra vez se identificó TVS y luego asistolia para declarar al final su defunción. La necropsia completa reconoció datos indicativos de miocardiopatía con infiltración fibroadiposa del ventrículo derecho (Figura 1).

Figura 1. 1a: aspecto macroscópico del corazón. **1b:** infiltración fibroadiposa del ventrículo derecho. (CG103)



Conclusiones: En las publicaciones médicas se han notificado cerca de 12 casos de SS y MAVD. La mayoría ha correspondido a mujeres con variedad difusa de la enfermedad y anti-SCL 70 positivo a títulos altos, lo que coincide con este caso. La MAVD tiene una herencia autosómica dominante y se vincula con mutaciones de genes (*RYR2* y *TGF β 3*) que codifican a proteínas desmosómicas y no desmosómicas. La paciente cumplió criterios para diagnóstico definitivo de MAVD. Dado que carecía de antecedentes familiares se consideró una mutación *de novo*.

Bibliografía

1. Vacca A, Meune C, Gordon J, Chung L, Proudman S, Assassi S, et al. Cardiac arrhythmias and conduction defects in systemic sclerosis. *Rheumatology (Oxford)* 2014;53(7):1172-7.
2. Arai S, Kurasawa K, Maezawa R, Hanaoka R, Fukuda T. Systemic sclerosis complicated by arrhythmogenic right ventricular dysplasia that was misinterpreted as pulmonary arterial hypertension. *Mod Rheumatol* 2012;22(1):152-7.

CG104

Relación de variantes genéticas en los receptores de estrógenos con susceptibilidad a esclerosis sistémica en pacientes del estado de Guerrero

Gutiérrez-Brito JA¹, Muñoz-Valle JF¹, Navarro-Zarza JE², Baños-Hernández CJ¹, Parra-Rojas I³, Hernández-Bello J¹

⁽¹⁾ Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México. ⁽²⁾ Departamento de Reumatología, Hospital General de Chilpancingo Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, México. ⁽³⁾ Facultad de Ciencias Químico-Biológicas, Universidad Autónoma de Guerrero, Chilpancingo, Guerrero, México

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad compleja del tejido conectivo, caracterizada por autoinmunidad, vasculopatía y fibrosis tisular. Existe una mayor proporción mundial de mujeres afectadas que hombres (razón de 3:1), la cual aumenta a 10:1 durante la edad fecunda. Por lo tanto, las hormonas sexuales femeninas podrían contribuir a la patogenia de la enfermedad. Los estrógenos median sus efectos a través de sus receptores y se han señalado en las enfermedades autoinmunitarias por su capacidad de promover la supervivencia y la activación de los linfocitos B, lo que facilita la autorreactividad. Por lo anterior, las variantes en genes de receptores de estrógenos (rs4986938 [C>T] en *ESR2* y rs10235056 [G>A] del gen *GPER*) se han relacionado con autoinmunidad y otras anomalías como el cáncer.

Objetivos: Analizar la relación de variantes genéticas en los receptores de estrógenos con susceptibilidad a ES en pacientes del estado de Guerrero.

Material y métodos: Se genotipificaron 56 muestras de pacientes con ES y 112 de sujetos control (SC) originarios del estado de Guerrero mediante la técnica de discriminación alélica por q-PCR. El estudio recibió aprobación del comité de ética del Hospital Raymundo Abarca Alarcón, de Chilpancingo, Guerrero, México. A todos los participantes se les solicitó una carta de consentimiento informado.

Resultados: Las frecuencias alélicas de la variante rs4986938 (C>T) del gen *ESR2* fueron las siguientes: alelo C (ES 91% vs. 92% en SC), alelo T (9% en ES vs. 8% en SC). Las frecuencias genotípicas fueron: genotipo CC (84% en ES vs. 84% en SC); genotipo CT (14% en ES vs. 15% en SC); genotipo TT (2% en ES vs. 1% en SC). En cuanto a la variante rs10235056 (G>A) del gen *GPER1*, las frecuencias alélicas fueron las siguientes: alelo G (ES 78% vs. 84% en SC), alelo A (22% en ES vs. 16% en SC). Las frecuencias genotípicas fueron: genotipo GG (59% en ES vs. 72% en SC); genotipo GA (37% en ES vs. 24% en SC); genotipo AA (4% en ES vs. 4% en SC). Al respecto, no se observaron diferencias significativas entre la distribución alélica o genotípica de ambos grupos de estudio.

Conclusiones: Las variantes rs4986938 (C>T) del gen *ESR2* y rs10235056 (G>A) del gen *GPER* no son un marcador de susceptibilidad para la ES en la población de Guerrero, México.

Bibliografía

- Freitas R, Martins P, Dourado E, Santiago T, Guimarães F, Fernandes BM, et al. Clinical features and outcome of 1054 patients with systemic sclerosis: analysis of Reuma.pt/SSc registry. *ARP Rheumatol*. marzo de 2022;1(1):21-9.
- Bairkdar M, Rossides M, Westerlind H, Hesselstrand R, Arkema EV, Holmqvist M. Incidence and prevalence of systemic sclerosis globally: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Oxf Engl*. 25 de febrero de 2021.
- Aida-Yasuoka K, Peoples C, Yasuoka H, Hershberger P, Thiel K, Cauley JA, et al. Estradiol promotes the development of a fibrotic phenotype and is increased in the serum of patients with systemic sclerosis. *Arthritis Res Ther*. 10 de enero de 2013;15(1):R10.
- Carreira PE, Carmona L, Joven BE, Loza E, Andreu JL, Riemekasten G, et al. Gender differences in early systemic sclerosis patients: a report from the EULAR scleroderma trials and research group (EUSTAR) database. *Clin Exp Rheumatol*. agosto de 2018;36 Suppl 113(4):68-75.
- Cutolo M, Capellino S, Sulli A, Serio B, Secchi ME, Villaggio B, et al. Estrogens and autoimmune diseases. *Ann N Y Acad Sci*. noviembre de 2006;1089:538-47.
- Campochiaro C, Host LV, Ong VH, Denton CP. Development of systemic sclerosis in transgender females: a case series and review of the literature. *Clin Exp Rheumatol*. agosto de 2018;36 Suppl 113(4):50-2.
- Inoue T, Miki Y, Abe K, Hatori M, Hosaka M, Kariya Y, et al. Sex steroid synthesis in human skin in situ: the roles of aromatase and steroidogenic acute regulatory protein in the homeostasis of human skin. *Mol Cell Endocrinol*. 15 de octubre de 2012;362(1-2):19-28.
- Deroo BJ, Korach KS. Estrogen receptors and human disease. *J Clin Invest*. marzo de 2006;116(3):561-70.
- Asaba J, Bandyopadhyay M, Kindy M, Dasgupta S. Estrogen receptor signal in regulation of B cell activation during diverse immune responses. *Int J Biochem Cell Biol*. noviembre de 2015;68:42-7.
- Campbell L, Emmerson E, Williams H, Saville CR, Krust A, Chambon P, et al. Estrogen receptor- α promotes alternative macrophage activation during cutaneous repair. *J Invest Dermatol*. septiembre de 2014;134(9):2447-57.
- Marini H, Currò M, Adamo EB, Polito F, Ferlazzo N, Bitto A, et al. The ESR2 A1u1 1730G>A (rs4986938) gene polymorphism is associated with fibrinogen plasma levels in postmenopausal women. *Gene*. 25 de octubre de 2012;508(2):206-10.
- Zhang W, Yang F, Luo J, Chen F, Gu J, Guan X. A novel GPR30 rs10235056 A>G polymorphism associated with post-transcriptional regulation in lymphoblastoid cell lines. *Biomark Biochem Indic Expo Response Susceptibility Chem*. agosto de 2014;19(5):417-23.
- Douma Z, Dallel M, Bahia W, Ben Salem A, Hachani Ben Ali F, Al-mawi WY, et al. Association of estrogen receptor gene variants (ESR1 and ESR2) with polycystic ovary syndrome in Tunisia. *Gene*. 30 de mayo de 2020;741:144560.
- Luisi S, Galleri L, Marini F, Ambrosini G, Brandi ML, Petraglia F. Estrogen receptor gene polymorphisms are associated with recurrence of endometriosis. *Fertil Steril*. marzo de 2006;85(3):764-6.

CG105**Deterioro cognitivo y esclerosis sistémica, factores asociados**

Ramírez-Cueva AK, Chico-Capote A, Estévez-del Toro M, Casas-Figueredo N

Hospital Docente Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por un depósito excesivo de colágeno y otros componentes del tejido conectivo en la dermis y otros órganos. La etiopatogenia es variable, con factores fundamentales como el componente inmunitario, el fibrótico y la vasculopatía. Uno de los desafíos diagnósticos

guarda relación con la afección del sistema nervioso central (SNC). Se ha asumido previamente que en la ES las alteraciones del SNC son raras o secundarias a otras alteraciones orgánicas. Informes recientes sugieren que los cambios tienen relación directa con la enfermedad y se ha encontrado evidencia de una mayor probabilidad de deterioro cognitivo (DC) en pacientes con ES respecto de la población general.

Objetivos: Determinar la presencia de DC en pacientes con ES y sus factores relacionados.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal para determinar la frecuencia de DC en pacientes con ES y sus factores socio-demográficos, clínicos e inmunológicos. La muestra la conformaron los pacientes atendidos en la consulta de reumatología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras durante el periodo comprendido entre julio de 2021 y abril de 2022 que tuvieran entre 19 y 65 años y cumplieran con los criterios de clasificación del *American College of Rheumatology*/EULAR para ES. Se excluyó a pacientes con deterioro mental, antecedente de trastorno psiquiátrico, depresión, traumatismo craneoencefálico, sepsis neurológica, enfermedad cerebral vascular, hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipotiroidismo descontrolado. Toda la información se recolectó del expediente clínico individual de cada paciente por el autor y se aplicaron a los participantes el *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) y el cuestionario de salud del paciente PHQ-9 para evaluar DC y depresión, respectivamente.

Resultados: El 91.7% correspondió al sexo femenino, con una edad media de 43.5 ± 13.3 años, 71.7% con piel blanca, 31.3% universitarios y 75% de procedencia urbana. La esclerosis difusa estuvo presente en el 65%. Se identificó DC en el 23.3%. El tiempo de evolución se vinculó de forma significativa con DC (15.2 ± 8.8 frente a 7 ± 6.2 años, $p = 0.005$), así como el grado de depresión moderado y profundo ($p = 0.007$). La forma clínica de ES, las manifestaciones clínicas, las comorbilidades y el índice de gravedad de la enfermedad de Medsger no se relacionaron con la presencia de DC.

Conclusiones: En Latinoamérica, un estudio realizado en México de Moreno-Gutiérrez et al. en 88 pacientes con ES registró una elevada frecuencia de DC (65.9%), en relación con una frecuente disminución de la perfusión cerebral en los lóbulos frontal y temporal. Las principales alteraciones se encontraron en los dominios de atención, lenguaje y recuerdo diferido, esto último en concordancia con los resultados encontrados en este trabajo. Bragazzi et al. señalaron una frecuencia de depresión significativamente mayor en pacientes con ES respecto de los controles, aunque con un porcentaje menor (16.2%) al identificado en este protocolo.

Bibliografía

- Moreno-Gutiérrez J, Coria-Moctezuma LA, del Pilar Cruz-Domínguez M, Vera-Lastra OL. Alteraciones en la perfusión cerebral en pacientes con esclerosis sistémica y deterioro cognitivo. *Rev Méd Instituto Mexicano Seguro Social* [Internet]. 2015 [citado 12 Oct 2021]; 53(S1):42-5. Disponible en: <https://medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=62914>.
- Bragazzi NL, Watad A, Gizunterman A, McGonagle D, Mahagna H, Comaneshter D, et al. The burden of depression in systemic sclerosis patients: a nationwide population-based study. *J Affect Disord*. 2019;243:427-31. DOI: 10.1016/j.jad.2018.09.075.

CG106**Neumatosis intestinal en esclerosis sistémica**

Díaz Arumir-Vergara A¹, Xibillé-Friedmann D², Reyes-Salinas A¹, Rodríguez-Falcón M¹, Candia-Zúñiga L³, Carrillo-Vázquez SM¹

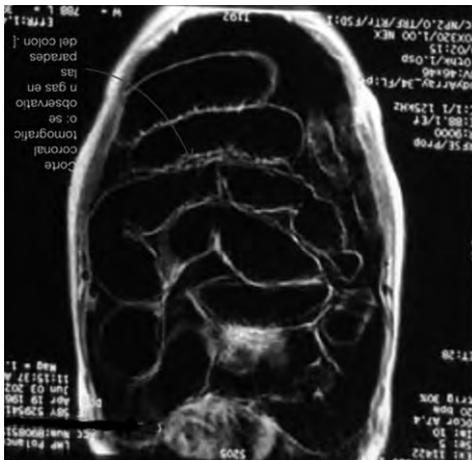
⁽¹⁾Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca Dr. José G. Parres, ⁽³⁾Facultad de Medicina de la Universidad de Juárez del Estado de Durango

Introducción: La neumatosis intestinal es una complicación gastrointestinal poco frecuente de las enfermedades del tejido conectivo, en particular de la esclerosis sistémica. Es importante el diagnóstico diferencial adecuado porque el tratamiento no es quirúrgico en todos los casos.

Objetivos: Describir un caso clínico de neumatosis intestinal.

Resultados: Se describe el caso clínico de un paciente de 51 años quien sufre neumatosis intestinal en relación con esclerosis sistémica. APP: hernia hiatal 2006, hernia pared abdominal en 2018. En 2021 se sometió a laparoscopia practicada por íleo paralítico. Esclerosis sistémica diagnosticada en 2011 por un dermatólogo al mostrar engrosamiento cutáneo y fenómeno de Raynaud. El mismo año tiene calcinosis, despigmentación en áreas extensoras, disfagia y engrosamiento cutáneo bilateral de la región proximal de metacarpofalángicas. ANA 1:640 centromérico, anti-Scl-70 positivo, tratada por los servicios de reumatología y medicina interna de 2009 a 2011. En 2011 ingresa a reumatología y se realiza espirometría que revela patrón restrictivo y obstructivo. En 2012, una endoscopia reconoce esofagitis grado II sin metaplasia y se practica una funduplicatura. En 2014, la paciente experimenta desprendimiento de retina. La escala de Rodnan era de 21 puntos y se observa Raynaud bifásico. Recibe MMF (1 g/día) y deflazacort (6 mg/día). En 2015 se realiza extirpación de fibroma en el glúteo derecho con necrosis grasa extensa, infiltrado inflamatorio crónico e histiocítico moderado. La biopsia de piel muestra fibras de colágena en epidermis, áreas de atrofia, aplanamiento de proceso intercapilar, escasas áreas de hiperpigmentación basal irregular, engrosamiento a expensas de colágeno y áreas de homogeneización. En 2018 padece diarrea ocasional y una úlcera en tercer dedo de la mano derecha. Continúa bajo tratamiento con MMF, diltiazem (30 mg) y eritromicina. Asimismo, se somete a hernioplastia de pared. En 2019, la radiografía de tórax identifica granulomas parahiliares bilaterales y un granuloma calcificado en mediastino de origen indeterminado. USG de tejidos blandos: hernia de pared abdominal. 2020: febrero ANA 1:1280 y anticentrómero positivo. TAC tórax: parénquima pulmonar normal pero gran dilatación esofágica distal, neumomediastino, hepatomegalia, quiste hepático, adenopatías mesentéricas, engrosamiento de mucosa, válvulas conniventes y diverticulosis. La paciente persiste con diarrea para la cual recibe rifaximina. Acude al servicio de reumatología en junio de 2021 por distensión abdominal, diarrea y pérdida de 10 kg en seis meses. Exploración física: hipopigmentación de mucosas, piel de la cara y antebrazos tensa con limitación en la expansión torácica. Rodnan de 21 puntos, distensión abdominal marcada. La distensión abdominal dificulta la palpación, se halla timpanismo a la percusión, dolor intenso y ruidos peristálticos disminuidos. MCF ligeramente dolorosa a la movilización pasiva y activa. Estudios de laboratorio: BUN 10.9 y creatinina 0.5. Se continuó tratamiento con MMF (500 mg) y nifedipina (60 mg/día). TAC abdominal: pseudoobstrucción intestinal con dilatación sin zona de transición, neumoperitoneo y líquido libre en cavidad, sin neumatosis intestinal (**Figura 1**). Se realiza endoscopia que sólo identifica hernia hiatal. La colonoscopia revela divertículos de boca ancha. La paciente persiste con pseudoobstrucción, lo cual genera dolor abdominal intenso. Debido a los datos indicativos de obstrucción y neumatosis intestinal se lleva a cabo una laparotomía exploratoria, y se descartan obstrucción o perforación. La paciente es dada de alta del hospital, pero reingresa un mes más tarde a urgencias con choque séptico de origen intestinal, y fallece.

Figura 1. (CG106)



Conclusiones: El tratamiento quirúrgico no resuelve la neumatosis ni previene su recaída. Incluso en presencia de neumoperitoneo, la laparotomía sólo se justifica con sospecha de isquemia intestinal, obstrucción, perforación o sepsis abdominal.

Bibliografía

1. Vera-Lastra OL. Esclerosis sistémica y tracto gastrointestinal. Abordaje diagnóstico y terapéutico. Reumatol Clin 2006;Nov 2(Suppl 3).
2. Tiev KP, Cabane J. Digestive tract involvement in systemic sclerosis. Autoimmun Rev 2011;11(1):68-73.

CG107

Asociación de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos con características demográficas, clínicas y de tratamiento en pacientes con esclerosis sistémica

Fajardo-Hermosillo LD, López-Ramírez MKL

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una entidad poco común caracterizada por vasculopatía, fibrosis, inflamación, autoinmunidad y en la cual pueden observarse anticuerpos antinucleares, anticuerpos específicos como los anticentrómeros, antitopoisomerasa 1 y antipolimerasa 3. También pueden identificarse otros anticuerpos distintos de los de la fisiopatología de la ES, como los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), las más de las veces con patrón perinuclear (p-ANCA) y, en menor proporción, acompañados de los anticuerpos antimieloperoxidasa (anti-MPO). De modo excepcional se han registrado anticuerpos con patrón citoplasmático (c-ANCA) y su especificidad contra proteínas 3 (anti-PR3). Su prevalencia en ES se ha informado en 0% a 12% y sólo una minoría de pacientes en series de casos desarrolla una vasculitis concomitante a la ES. En cambio, en estudios observacionales estos anticuerpos se han vinculado con mayor gravedad de la ES y enfermedad pulmonar intersticial. Sin embargo, otros estudios no han encontrado relaciones y es incierto el significado clínico de estos hallazgos. Debido a la gran variabilidad que muestra la ES por grupo étnico y distribución geográfica, este estudio evalúa el comportamiento de estos anticuerpos en la población.

Objetivos: Identificar la relación de los anticuerpos ANCA con características demográficas, clínicas y terapéuticas en pacientes con ES.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal en el que se incluyó a pacientes que reunieron criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 para ES mayores de 18 años, que contaban con determinación de ANCA por inmunofluorescencia indirecta y sus especificidades por ELISA, inscritos desde enero del 2020 y hasta septiembre de 2022. Se ex-

ploraron variables demográficas, clínicas y de tratamiento en pacientes con y sin anticuerpos ANCA. En el análisis bivariado se compararon variables en los dos grupos con las pruebas ji cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney y se calcularon riesgos por razón de momios (RM) e intervalos de confianza al 95% (IC95%). Las variables que fueron significativas y clínicamente relevantes se sometieron a un modelo de análisis de regresión logística binaria ajustado por variables confusoras, que luego se representaron en un diagrama de bosque mediante Revman 5. Las pruebas estadísticas se ejecutaron en SPSS versión 25 con un nivel de $p < 0.05\%$.

Resultados: De 80 pacientes con ES, 18 (22.5%) tenían anticuerpos p-ANCA y de ellos sólo cinco (6.3%) registraron anticuerpos anti-MPO. Ningún paciente exhibió anticuerpos c-ANCA, anti-PR3 o vasculitis. Los pacientes con anticuerpos p-ANCA mostraban más a menudo tabaquismo, variedad difusa de ES, mayor actividad de la enfermedad, hipertensión arterial pulmonar (HAP), capilaroscopia con patrón activo, úlceras digitales, enfermedad pulmonar intersticial (EPI) con extensión difusa, menor capacidad vital forzada en mililitros, una mayor área pulmonar afectada en la tomografía, incremento del uso de esteroides y ácido micofenólico en comparación con los pacientes con ES que no manifestaron anticuerpos p-ANCA. Después de ajustar por género, edad, EPI, variedad de ES, patrón capilaroscópico y actividad de ES, sólo la HAP con una RM de 5.36, IC95% (1.31-21.8) y las úlceras digitales con una RM de 6.99, IC95% (1.26-38.8) persistieron significativamente vinculadas con la presencia de anticuerpos p-ANCA (**Figura 1**).

Conclusiones: La prevalencia de anticuerpos p-ANCA en este estudio fue de 22.5%. Estos anticuerpos mostraron una mayor relación con características clínicas vasculares de gravedad de la ES como HAP y úlceras digitales. Después del ajuste de variables confusoras en el modelo multivariado se perdió la relación con EPI y la actividad de la enfermedad con estos anticuerpos.

CG108

Presentación grave y progresiva de la enfermedad pulmonar intersticial secundaria a esclerosis sistémica a pesar de terapia temprana dirigida

Dupon-Tafolla VS, Pérez-Cristóbal M

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

Introducción: La esclerosis sistémica es una enfermedad heterogénea caracterizada por fibrosis incontrolada de la piel y órganos internos, con esperanza de vida reducida, en la cual la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y la hipertensión pulmonar (HP) son las principales causas de muerte a los cinco años (11%-39%). La tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) es la principal herramienta para diagnosticar la EPI y es útil para determinar la extensión de la inflamación o la fibrosis pulmonar. Los inmunosupresores son el tratamiento regular, pero su eficacia

para retrasar la progresión de la EPI aún no es clara; los más utilizados con ácido micofenólico y ciclofosfamida más esteroide y nintedanib como antifibrótico.

Objetivos: Describir el caso de un paciente con progresión y mala respuesta al tratamiento dirigido para enfermedad pulmonar intersticial por esclerosis sistémica.

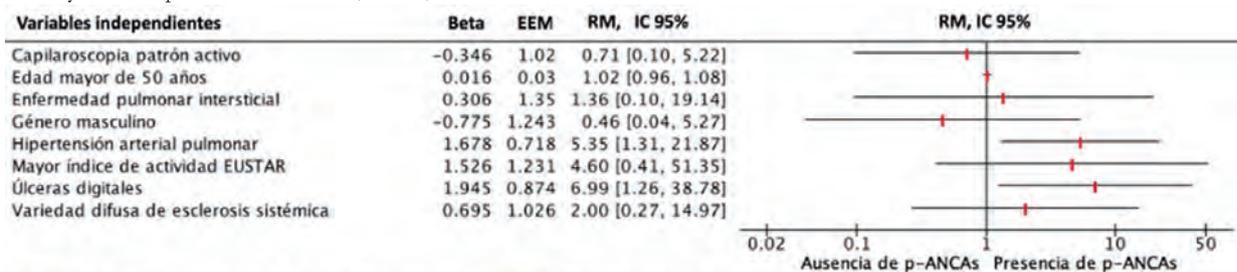
Resultados: Mujer de 43 años con diagnóstico de esclerosis sistémica difusa en 2016, con anti-SCL-70 427 u/mL; inicia con dermatosis en manos junto con edema y engrosamiento cutáneo en falanges, bilateral y con limitación a la flexión y extensión más Raynaud trifásico; se halla bajo tratamiento con esteroides y tacrolimus. Evoluciona con pérdida de peso de 4 kg en dos meses por manifestaciones gastrointestinales, como reflujo gastroesofágico. Se diagnostica enfermedad pulmonar intersticial en 2018 con clínica de tos seca y disnea, y se modifica el tratamiento inmunosupresor con azatioprina y ácido micofenólico, que suspende por intolerancia y deterioro respiratorio de clase; se cambia el inmunosupresor por ciclofosfamida con dosis total acumulada de 7 g en 2019, sin mejoría; evoluciona con persistencia de síntomas y mayores requerimientos de oxígeno complementario; se indica tratamiento con anti-CD20 (rituximab) sin respuesta adecuada y progresión del Rodnan y la fibrosis pulmonar. Espirometría: FEV₁/FVC 99%, FVC 57% (2.31 l), FEV₁ 69% (2.28 l) con patrón restrictivo y pletismografía con patrón restrictivo grave sin respuesta a salbutamol y DLCO con disminución grave. Control ECOTT: PSAP 50 mmHg y FEV₁ 67%; se confirma hipertensión arterial pulmonar en 2019 por cateterismo cardíaco y se instituye tratamiento con sildenafil. Evoluciona con complicaciones relacionadas con bronquiectasias infectadas y progresión de esclerodermia en escala de Rodnan inicial de 22 a 48/150 puntos. Se propone el trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas, pero la paciente no es apta, y se instituye tratamiento antifibrótico ante la extensión de TCAR avanzada (> 20% compromiso; TCAR: fibrosis/opacificaciones en vidrio deslustrado, **Figura 1**) y prueba de función pulmonar alterada (% FVC < 70%); en el 2019 se administra nintedanib durante seis meses sin respuesta y la enfermedad evoluciona con deterioro de la calidad de vida. El tratamiento de la EPI secundaria a esclerosis sistémica en la paciente ha representado un desafío, cuyas decisiones basadas en la evidencia de pacientes resistentes al tratamiento son limitadas y las recomendaciones se basan en la opinión de expertos. Esto representa diversos escenarios ante una presentación de rápida progresión y con mala respuesta a las opciones terapéuticas indicadas, desde los tratamientos citotóxicos habituales hasta los fármacos reumáticos modificadores de enfermedad y los agentes antifibróticos, sin obtener beneficios y con un mal pronóstico de supervivencia a pesar de las medidas terapéuticas adecuadas.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia del abordaje dirigido en la práctica clínica cotidiana para la identificación temprana de la EPI, tras estratificar el riesgo a través del uso de TCAR; la mejor opción a seguir para mejorar el control de esta complicación potencialmente letal es la vigilancia de la progresión y la intervención cuando es necesario.

Bibliografía

- Hoffmann-Vold AM, Fretheim H, Halse AK. Tracking impact of interstitial lung disease in systemic sclerosis in a complete nationwide cohort. *Am J Respir Crit Care Med.* 2019;200(10):1258-1266.

Figura 1. Gráfica de bosque en la que se muestra el modelo de regresión logística binaria con las variables independientemente relacionadas con p-ANCA en pacientes con esclerosis sistémica tras ajustar por género, edad, enfermedad pulmonar intersticial, variedad de esclerosis sistémica, patrón capilaroscópico activo y actividad por índice EUSTAR. (CG107)



p-ANCA: Anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos patrón perinuclear; EUSTAR: European Scleroderma Trial and Research; EEM: Error estándar de la media; RM: Razón de momios; IC: Intervalo de confianza del 95%.

2. Distler O, Highland KB, Gahlemann M. Nintedanib for systemic sclerosis-associated interstitial lung disease. *N Engl J Med*. 2019;380(26):2518-2528.

Figura 1. Tomografía de tórax del 2020: parénquima pulmonar con pérdida de su arquitectura a expensas de engrosamiento del intersticio interlobulillar, subpleural, peribroncovascular y bronquiectasias varicosas por tracción; se identifica la coexistencia de zonas de panalización y áreas de vidrio deslustrado, con un patrón de distribución difuso y bilateral y predominio basal. (CG108)



CG109

Registro mexicano de lupus: beneficios de la sinergia investigación-clínica-pacientes en el estudio del lupus eritematoso sistémico en México

Hernández-Ledesma AL¹, Tinajero-Nieto L², Peña-Ayala A³, Torres-Valdez E³, Rodríguez-Guillermo F⁴, Domínguez-Zúñiga D⁵, Vera-del Valle SV⁶, Alpízar-Rodríguez D⁷, Medina-Rivera A¹

⁽¹⁾Laboratorio Internacional de Investigación sobre el Genoma Humano, Universidad Nacional Autónoma de México, ⁽²⁾Hospital General Regional No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽³⁾Hospital General Regional No. 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽⁴⁾Práctica privada Star Médica. Presidente Capítulo de Reumatología Querétaro, ⁽⁵⁾Práctica privada. Fundación Proayuda Lupus Morelos A.C., ⁽⁶⁾Medicina, Universidad Autónoma de Durango, ⁽⁷⁾Colegio Mexicano de Reumatología

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmunitaria que posee una amplia variedad de manifestaciones. Se ha observado una mayor prevalencia y gravedad en individuos con ascendencia africana, asiática e hispana, aunque son escasos los estudios enfocados en estas poblaciones. Los registros de pacientes representan un sistema organizado y metódico que permite ampliar el entendimiento de las características y la epidemiología de una enfermedad dentro de una población. En México no existen sistemas de vigilancia epidemiológicos enfocados en LES.

Objetivos: Describir la información clínica y sociodemográfica de participantes del primer registro mexicano de lupus (Lupus RGMX).

Material y métodos: El Lupus RGMX es un registro de personas adultas mexicanas con LES. En este análisis se incluyeron registros recabados desde mayo de 2021 hasta octubre de 2022. Se utilizó la plataforma electrónica *Research Electronic Data Capture* (REDCap) para el diseño y aplicación de tres cuestionarios enfocados en evaluar aspectos sociodemográficos y clínicos; estos cuestionarios se elaboraron y revisaron en conjunto con reumatólogos y miembros de comunidades de personas con lupus en

México. La percepción de calidad de vida se determinó con el instrumento WHOQOL-bref (**Tabla 1**). Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas y clínicas; la percepción de la calidad de vida se comparó contra un grupo de personas sin lupus pareadas por edad y sexo.

Resultados: Este estudio comprende 923 registros; 874 (94.7%) eran mujeres, de las cuales 70 (7.5%) se encontraban embarazadas al momento de registrarse. Se observó una media de edad (\pm DE) de 36.3 (\pm 10.3) años, con una media de duración de la enfermedad (\pm DE) de 27.6 (\pm 10.5) años. Se obtuvieron registros de todo el país, con más del 50% de la cohorte concentrado en la Ciudad de México, el Estado de México, Querétaro y Morelos, mientras que Aguascalientes, Colima y Baja California Sur tuvieron menos de cinco registros cada uno (**Figura 1**). En clínica se identificó que el 42% de los participantes se atendía en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), seguido por instituciones privadas (32.3%). La hipertensión y las enfermedades relacionadas con la tiroides son las comorbilidades más frecuentes, y afectaban al 11.7 y 12.4% de los participantes, respectivamente. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron artritis (72%), alopecia (63%) y cefalea lúpica (48%); 219 participantes (23.4%) tenían nefritis lúpica, una de las complicaciones más graves del LES. Los tratamientos más utilizados son los glucocorticoides (92%) y los antipalúdicos (20%). Hasta 35% de los participantes señaló tener algún familiar con LES. Se observó menor percepción de calidad de vida en todos los dominios al comparar con un grupo de personas sin lupus (**Tabla 1**).

Figura 1. Distribución geográfica de personas con lupus eritematoso sistémico incluidas en el registro mexicano de lupus (n = 923). (CG109)



Tabla 1. WHOQOL-bref mediana (25-75 IQR) de pacientes con LES (n = 923) y controles (n = 272). (CG109)

	Controles (n = 272)	LES (n = 923)	Valor p
Percepción de calidad de vida (máximo 5 puntos)	4 (2-4)	3 (2-4)	< 0.001
Percepción de salud (máximo 5 puntos)	4 (2-4)	2 (2-4)	< 0.001
<i>WHOQOL-bref (máximo 20 puntos por función)</i>			
Física	16.6 (14.8-17.7)	11.4 (9.1-13.2)	< 0.001
Psicológica	15.3 (13.3-19.3)	12.7 (10.0-14.7)	< 0.001
Relaciones sociales	14.7 (12-16)	12 (9.3-14.7)	< 0.001
Ambiente	15.5 (14-17)	13 (11-15)	< 0.001

El valor de p es el resultado de análisis con prueba de Mann-Whitney.

Conclusiones: Las personas con LES en México, en su mayoría mujeres, refieren artritis como manifestación clínica más frecuente y como tratamiento más común los glucocorticoides. Destaca que más de una tercera parte tiene familiares con LES. Estos datos concuerdan con estudios previos que muestran una menor calidad de vida en personas con LES respecto de los controles. La plataforma establecida por el Registro Mexicano de Lupus representa una herramienta para la colaboración entre las comunidades de investigación, clínica y de pacientes que permite integrar y evaluar diferentes aspectos vinculados con las características y epidemiología del LES. Esta información podría traducirse en mejoras en el diagnóstico, tratamiento, decisiones, cuidados y servicios médicos, e incrementar la calidad de vida de las personas mexicanas con LES.

Bibliografía

1. Barber MRW, Drenkard C, Falasinnu T, Hoi A, Mak A, Kow NY, et al. Global epidemiology of systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2021;17(9):515-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41584-021-00668-1>.
2. McGettigan P, Alonso-Olmo C, Plueschke K, Castellón M, Nogueiras-Zondag D, Bahri P, et al. Patient Registries: an underused resource for medicines evaluation: operational proposals for increasing the use of patient registries in regulatory assessments. *Drug Saf* [Internet]. 2019;42(11):1343-51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40264-019-00848-9>.

CG110**Asociación de los niveles de IL-17 con actividad de la enfermedad en pacientes con LES de larga evolución**

Vázquez-Villegas ML¹, Saldaña-Cruz AM², Esparza-Guerrero Y³, Ramos-Estrada LG⁴, Munguía-Ramírez M⁵, Gómez-Andrade AJ⁶, Gómez-Ramírez EE³, Ramírez-Villafañá MP, Ponce-Guarneros JM², Celis A¹, Gómez-Camarena JJ³, Gámez-Nava JP, González-López L⁷

⁽¹⁾Doctorado de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Departamento de Fisiología, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Doctorado en Farmacología, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽⁴⁾Programa de Servicio Social en Vinculación Académica, Universidad del Valle de Atemajac, ⁽⁵⁾Programa de Servicio Social en Vinculación Académica, Universidad de Guadalajara, ⁽⁶⁾Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco, ⁽⁷⁾Departamento de Fisiología, Doctorado de Salud Pública, CUCS, Universidad de Guadalajara

Introducción: La IL-17 es una citocina proinflamatoria producida por los linfocitos TH17, los cuales tienen un importante papel en la patogenia de múltiples enfermedades autoinmunitarias, entre ellas el lupus eritematoso sistémico (LES). Esta citocina posee como función promover la quimiotaxis de neutrófilos y macrófagos, así como estimular la producción de citocinas proinflamatorias y moléculas de adhesión. Se ha notificado que los valores elevados de IL-17 se correlacionan con la actividad de la enfermedad y la presencia de nefritis. Esta respuesta se observa sobre todo en pacientes de corta evolución de la enfermedad sin tratamiento previo.

Objetivos: Evaluar la posible relación de las concentraciones de IL-17 con actividad de la enfermedad en pacientes con LES de larga evolución tratados con inmunosupresores o inmunomoduladores.

Material y métodos: Diseño transversal comparativo. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico procedentes de la consulta externa de un hospital de segundo nivel de atención. La actividad de la enfermedad se evaluó con la puntuación de SLEDAI y se categorizó en dos grupos de acuerdo con la puntuación: a) LES activo (SLEDAI < 4), b) LES inactivo (SLEDAI < 4). Los valores séricos de interferón α se determinaron a través del método de ELISA. Para la comparación entre grupos de variables cuantitativas se utilizó la prueba t de Student y para el análisis de correlación la prueba de Pearson.

Resultados: Se evaluó a 122 pacientes con LES con una media de edad de 46 ± 13 años y el 90.2% correspondió al sexo femenino. Se identificó una duración de la enfermedad de 11.35 ± 8.17 , en la cual sólo el 11.5% de los pacientes tenía diagnóstico reciente. En cuanto a la actividad de la enfermedad, se registró una puntuación de 3.8 ± 12.5 , en la que el 45.1% de los pacientes presentaba enfermedad activa. En cuanto al tipo de actividad, se observó que el 22.1% mostraba actividad mucocutánea, el 16.4% actividad renal, el 11.5% actividad del sistema nervioso central y el 6.6% actividad musculoesquelética. Se identificó una media de cifras séricas de IL-17 de 6.2 ± 5.4 . En la comparación entre grupos no se identificaron diferencias entre los valores de IL-17 en pacientes activos respecto de los inactivos (6.5 ± 5.9 vs. 5.9 ± 5.12 , $p = 0.58$). De igual manera, no se halló correlación con la puntuación de SLEDAI y las concentraciones de IL17 ($r = -0.51$, $p = 0.57$).

Conclusiones: No se observó nexo entre los valores de IL-17 y la actividad de la enfermedad en pacientes con LES de larga evolución en la población evaluada. Esto sugiere un cambio en el perfil de citocinas a mayor duración de la enfermedad, que además puede expresar actividad a órganos a pesar del tratamiento con inmunosupresores e inmunomoduladores.

Bibliografía

1. Li D, Guo B, Wu H, Tan L, Chang C, Lu Q. Interleukin-17 in systemic lupus erythematosus: a comprehensive review. *Autoimmunity*. 2015;48(6):353-61. doi: 10.3109/08916934.2015.1037441.

CG111**Síndrome de activación de macrófagos como manifestación de lupus eritematoso sistémico: reporte de un caso**

Torres-Padilla MA, Martínez-Camacho A, Torres-Cuevas JL, Coeto-Cano AM, Márquez-Villegas FG, Rodríguez-Henríquez PJA

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: El síndrome de activación de macrófagos es un trastorno inmunológico caracterizado por un estado de hiperinflamación secundaria a una tormenta de citocinas mediada por linfocitos T y citolíticos. Se reconoce como una linfocitosis hemofagocítica secundaria a enfermedades reumatológicas como lupus eritematoso sistémico. El síndrome de activación de macrófagos puede ser la primera manifestación del lupus eritematoso sistémico; se ha publicado una prevalencia de 1.4%, con un predominio entre pacientes jóvenes. La incidencia en esta población puede llegar ser hasta de 15.73 por 10 000 personas-año.

Objetivos: Describir un caso de síndrome de activación de macrófagos como manifestación en una paciente con lupus eritematoso sistémico.

Resultados: Mujer de 48 años con antecedente de lupus eritematoso sistémico de un año de evolución, con mal apego terapéutico. Inició el padecimiento actual por cuadro caracterizado por elevaciones térmicas de 39°C de cinco días de evolución acompañado de edema de miembros inferiores, dermatosis en extremidades caracterizada por máculas violáceas que no respetaban palmas ni plantas. Biometría hemática: bicitopenia (hemoglobina 6.8 g/dL, volumen corpuscular medio 79.7 fL, plaquetas $56 \times 10^3/uL$), lactato deshidrogenasa: 2 235 IU/L y ferritina 30 030 ng/mL, y el resto sin alteraciones. Al llegar tenía SLEDAI de 17 puntos. Ante la sospecha de síndrome de activación de macrófagos se calculó el *H-score*: 194 puntos (88% probabilidad de LH) y se inició infusión de glucocorticoides. Como parte de la valoración se descartó infección por VIH y enfermedades linfoproliferativas, con determinación de anticuerpos antinucleares 1:320 y patrón citoplasmático, anti-SSA (Ro52) 457 UI/mL, y anti-RNP 411.1 UI/mL, C4: 18 mg/dL; anti-DNA, factor reumatoide y anti-CCP negativos; biopsia de la lesión de la pierna derecha: vasculitis cutánea leucocitoclástica. Se decidió el alta hospitalaria por mejoría clínica, con seguimiento estrecho por la consulta externa. La paciente reingresó 15 días después por recurrencia de síntomas y ferritina de 30 021.4 ng/mL; en el aspirado de médula ósea se documentó hemofagocitosis (**Figura 1**) y se iniciaron ciclosporina y dosis altas de glucocorticoides hasta lograr una respuesta completa.

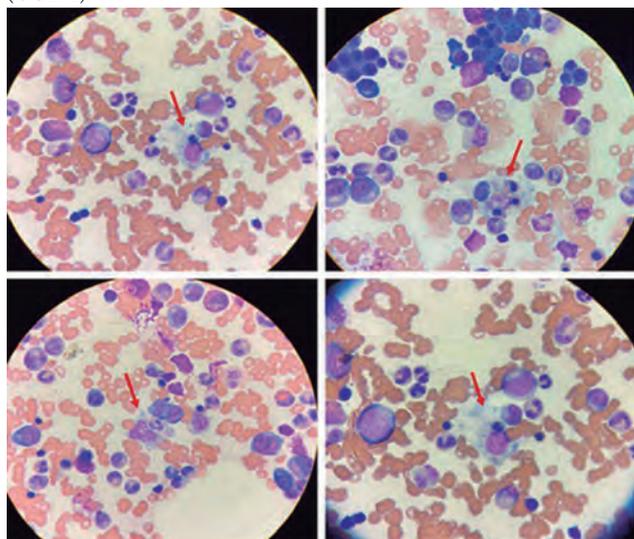
Conclusiones: La prevalencia del síndrome de activación de macrófagos en pacientes con lupus eritematoso sistémico es de 1% a 3%; dado que estas entidades comparten manifestaciones clínicas y bioquímicas, es importante establecer su presencia puesto que representan una elevada mortalidad. Los factores pronósticos más importantes son los valores de ferritina y la puntuación de actividad de la enfermedad (SLEDAI); esta paciente mostró actividad intensa en relación con cifras elevadas de ferritina y resistencia a las grandes dosis de glucocorticoide, de tal modo que se añadió ciclosporina para alcanzar la remisión.

Bibliografía

1. Huang L, Wei J, Chen D, Chen Y, Tang K, Ko T, et al. Bidirectional association between systemic lupus erythematosus and macrophage activation syndrome: a nationwide population-based study. *Rheumatology*. 2021;61(3):1123-1132.

2. Aziz A, Castaneda E, Ahmad N, Veerapalli H, Rockferry A, Lankala C, et al. Exploring macrophage activation syndrome secondary to systemic lupus erythematosus in adults: a systematic review of the literature. *Cureus*. 2021.

Figura 1. Aspirado de médula ósea con hemofagocitosis (flechas rojas). (CG111)



CG112

Asociación de niveles solubles de los receptores del factor activador de linfocitos B (BAFF) en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Espinoza-García N, Cruz A, Salazar-Camarena DC, Palafox-Sánchez CA

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por la pérdida de tolerancia inmunológica frente a los autoantígenos, con la subsecuente producción de autoanticuerpos. Existen tres receptores de la familia del factor de necrosis tumoral (TNF) que se expresan en las células B: receptor de BAFF (BAFF-R), activador transmembranar e interaccionador de ligandos de ciclofilina (TACI) y antígeno de maduración de células B (BCMA). La expresión membranar de estos receptores regula la supervivencia y diferenciación de las células B mediante interacciones con sus ligandos BAFF y APRIL. Se ha descrito que los receptores de BAFF y APRIL pueden presentarse en forma soluble como efecto de un procesamiento proteolítico. Sin embargo, se desconoce el papel de estos receptores solubles en pacientes con LES.

Objetivos: Evaluar la relación de los valores solubles de los receptores BAFF-R, BCMA y TACI con el índice de actividad y cronicidad de la enfermedad y dominios clínicos en pacientes con LES.

Material y métodos: Se incluyó a un total de 220 pacientes con LES y 40 controles. La clinimetría de la enfermedad se evaluó mediante el MexSLEDIAI, SLEDIAI-2K y el índice de daño SLICC. Las concentraciones de los receptores solubles se midieron en suero mediante análisis de ELISA. Se incluyó estadística descriptiva e inferencial, prueba de Shapiro-Wilk, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis con *post hoc* de Dunn y coeficiente de correlación, de acuerdo con el caso. Se consideró un valor de $p < 0.05$ estadísticamente significativo.

Resultados: Los datos clínico-demográficos se muestran en la **Tabla 1**. Los valores de sBCMA están elevados en pacientes con LES en comparación con los controles [38.1 ng/mL (IQR, 28.6-57.4) vs. 25.6 ng/mL (IQR,

21.6-29.2), $p < 0.0001$] (**Figura 1a**). No hay diferencias entre las cifras de sBAFF-R y sTACI y los controles [176.5 ng/mL (IQR, 118.4-277.3) vs. 145.7 ng/mL (IQR, 119.3-170.2), $p = 0.1966$, y 13.9 ng/mL (IQR, 6.6-18.9) vs. 12.60 ng/mL (IQR, 5.9-16.2), $p = 0.3661$, respectivamente] (**Figura 1b y 1c**). Se observó que los sujetos con actividad grave y leve-moderada de acuerdo con el MexSLEDIAI tienen valores más elevados de BCMA que los pacientes sin actividad [60.9 pg/mL (33.4-72.2) y 39.7 pg/mL (31.3-57.4) vs. 31.2 ng/mL (24.8-40.9), $p < 0.0001$ y $p = 0.0021$, respectivamente] (**Figura 1d**), con correlación entre MexSLEDIAI y BCMA ($r = 0.4110$, $p < 0.0001$). Además, de acuerdo con el SLEDIAI-2K, los pacientes con alta actividad muestran cifras de sBCMA más altas que los pacientes con baja actividad [42.5 ng/mL (IQR, 31.0-62.2) vs. 25.7 ng/mL (IQR, 21.7-32.4), $p < 0.0001$] (**Figura 1e**). Por el contrario, los valores de sTACI se encuentran disminuidos en pacientes con alta actividad respecto de los pacientes con baja actividad [12.1 ng/mL (IQR, 5.3-18.9) vs. 15.5 ng/mL (IQR, 12.7-19.9), $p = 0.0052$] (**Figura 1f**). Según el SLICC, los pacientes con daño tienen cifras de sBCMA más elevadas que los pacientes sin daño [52.9 ng/mL (IQR, 35.2-65.0) vs. 31.0 ng/mL (IQR, 24.5-39.5), $p < 0.0001$], y se identificó una correlación positiva entre el SLICC y BCMA ($r = 0.3074$, $p < 0.0001$). Los valores de BCMA se correlacionan de forma positiva con sBAFF ($r = 0.2626$, $p = 0.0027$). Los pacientes que presentaban NL, serositis y afectación en los dominios mucocutáneo, hematológico y articular mostraron un incremento significativo de las cifras solubles de BCMA en comparación con los pacientes sin afectación. Las cifras solubles de TACI son más bajas en pacientes con afectación mucocutánea ($p = 0.0469$).

Tabla 1. Características clínico-demográficas de los pacientes con LES. (CG112)

	LES (n = 220)
Edad, años	34 (15-74)
Género, (hombre/mujer), n (%)	210 (95.5)
Evolución de la enfermedad, años	5 (1-28)
Antecedente familiar de enfermedad reumática, n (%)	44/211 (19.8)
Mex-SLEDIAI	3 (0-20)
Inactivo, n (%)	78/219 (35.6)
Leve-moderado, n (%)	90/219 (41.1)
Grave, n (%)	51/219 (23.7)
SLICC	0 (0-7)
Sin daño, n (%)	134/219 (61.2)
Con daño, n (%)	85/219 (38.8)
Autoanticuerpos	
Anti-dsDNA, n (%)	102/166 (61.4)
RF, n (%)	36/124 (29.0)
Anti-RNP, n (%)	31/63 (49.2)
Anti-Ro, n (%)	19/59 (32.2)
Anti-Sm, n (%)	18/73 (24.7)
Anti-La, n (%)	12/68 (17.6)
Dominios clínicos	
Hematológico, ^a n (%)	111/217 (51.1)
Mucocutáneo, ^b n (%)	72/218 (33.0)
Renal, ^c n (%)	67/217 (30.9)
Constitucional, ^d n (%)	53/217 (24.4)
Musculoesquelético, ^e n (%)	42/218 (19.3)
Neurológico, ^f n (%)	14/219 (6.4)
Seroso, ^g n (%)	13/218 (6.0)
Tratamiento	
Prednisona, n (%)	157 (71.4)
Dosis	7.5 (5.0-100.0)

≥15 mg/día, n (%)	55 (25.0)
Antipalúdico, n (%)	127 (57.7)
Azatioprina, n (%)	114 (51.8)
Metotrexato, n (%)	41 (18.6)
Ciclofosfamida, n (%)	29 (13.2)
Micofenolato de mofetilo, n (%)	19 (8.6)

Los datos se presentan en medias y máx-min; el índice MexSLEDAI se estratificó en tres grupos: inactivo (0-1), leve-moderado (2-6), grave (≥ 7); el índice SLICC se estratificó en dos grupos: sin daño (0), con daño (≥ 1). ^aHematológico: leucopenia, linfopenia y trombocitopenia. ^bMucocutáneo: eritema malar, alopecia, úlceras orales y fotosensibilidad. ^cRenal: proteinuria persistente (> 0.5 g/día) y cilindros. ^dConstitucional: fatiga. ^eMusculoesquelético: artritis. ^fNeurológico: daño neurológico, psicosis y convulsiones. ^gSeroso: serositis. Los variables cualitativas se muestran en frecuencias y porcentajes, las cuantitativas en medianas con máximo y mínimo. LES, lupus eritematoso sistémico; ANA, anticuerpos antinucleares; FR, factor reumatoide; máx, máximo; mín, mínimo.

Conclusiones: Los valores solubles del receptor BCMA se incrementan en los pacientes con LES y se relacionan con los dominios clínicos, actividad y cronicidad de la enfermedad.

Bibliografía

- Bossen C, Schneider P. BAFF, APRIL and their receptors: structure, function and signaling. *Seminars in Immunology*. 2006;18(5):263-275. <https://doi.org/10.1016/j.SMIM.2006.04.006>.
- Meinl E, Thaler FS, Lichtenthaler SF. Shedding of BAFF/APRIL Receptors Controls B Cells. In *Trends in Immunology*. 2018;39(9):673-676. *Trends Immunol*. <https://doi.org/10.1016/j.it.2018.07.002>.
- Salazar-Camarena DC, Palafox-Sánchez CA, Cruz A, Marin-Rosales M, Muñoz-Valle JF. Analysis of the receptor BCMA as a biomarker in systemic lupus erythematosus patients. *Scientific Reports*. 2020;10(1):1-11. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63390-0>.
- Vincent FB, Saulep-Easton D, Figgett WA, Fairfax KA, Mackay F. The BAFF/APRIL system: emerging functions beyond B cell biology and autoimmunity. *Cytokine and Growth Factor Reviews*. 2013;24(3):203-215. <https://doi.org/10.1016/j.cytogfr.2013.04.003>.

CG113

Relación de la actividad de la enfermedad y la geometría del ventrículo izquierdo en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Guajardo-Jáuregui N, Azpiri-López JR, Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza IJ, Cárdenas-De la Garza JA, Beltrán-Aguilar VM, De Ávila-González N, Arias-Peralta AG, González-González V

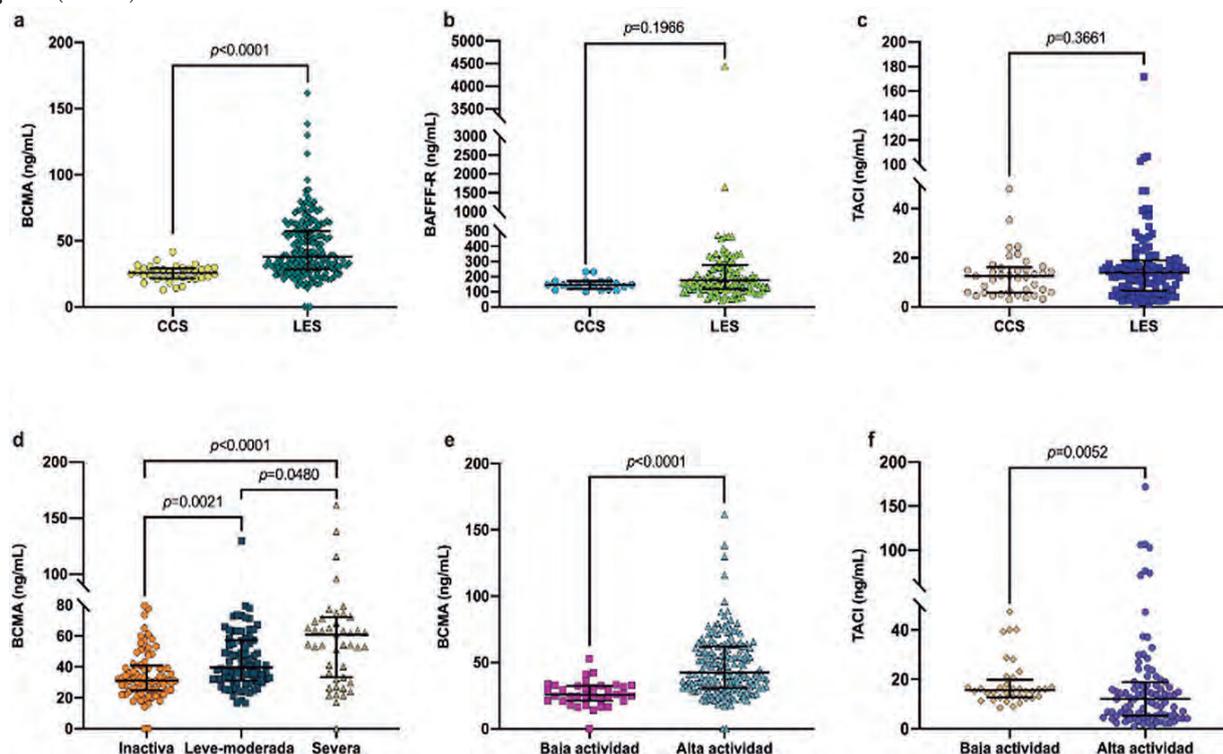
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen un mayor riesgo de desarrollar un episodio cardiovascular respecto de la población general debido a las características propias de la enfermedad, como la inflamación sistémica que acelera el proceso de aterosclerosis y causa daño endotelial.

Objetivos: Comparar el índice de actividad de la enfermedad de lupus eritematoso sistémico (SLEDAI) y otras características de la enfermedad de pacientes de LES con y sin alteración de la geometría del ventrículo izquierdo (VI).

Material y métodos: Estudio transversal de una cohorte de pacientes con LES. Se inscribió a pacientes con diagnóstico de LES de acuerdo con los criterios EULAR/ACR 2019, con edad ≥ 18 años. Dos cardiólogos certificados cegados a la información clínica de los pacientes realizaron un ecocardiograma transtorácico. La actividad de la enfermedad se evaluó con SLEDAI. Se consideró como enfermedad activa a los pacientes con SLEDAI de 4 puntos. Se incluyó a los pacientes con LES y alteración de la geometría del VI y se pareó por edad y género a los sujetos con LES sin alteración de la geometría del VI. La distribución de la normalidad se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se efectuaron con la prueba ji cuadrada o exacta de Fisher para variables cualitativas, y prueba t de Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Un valor de p < 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

Figura 1. (CG112)



Resultados: Se incluyó a un total de 44 pacientes con LES, 22 con alteración de la geometría del VI y 22 con geometría del VI normal. La media de edad de los pacientes con LES y alteración de la geometría del VI fue de 35.1 ± 12.2 años, comparada con 35.4 ± 9.4 años de los pacientes con geometría del VI normal ($p = 0.923$). Las características demográficas se muestran en la **Figura 1**. Al comparar las características de la enfermedad se encontró mayor SLEDAI en los pacientes con alteración de la geometría del VI respecto de los pacientes con geometría del VI normal (26.45 vs. 17.33, $p = 0.016$). También se identificó una mayor prevalencia de personas con enfermedad activa en el grupo con alteración de la geometría del VI (81.8% vs. 50.0%, $p = 0.026$). Las comparaciones de las características de la enfermedad se muestran en la **Tabla 1**. Se llevó a cabo una regresión logística binaria que incluyó las variables de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad, tabaquismo activo y enfermedad activa en la que se advirtió que la enfermedad activa (SLEDAI ≥ 4) fue el único factor de riesgo independientemente vinculado con alteración de la geometría del VI (RM 5.018; IC95% 1.105-22.814; $p = 0.037$).

Conclusiones: Los pacientes con LES y alteración de la geometría del VI tuvieron mayor SLEDAI y mayor prevalencia de enfermedad activa que los individuos con geometría normal del VI. Un ecocardiograma transtorácico puede ser útil para la detección temprana de anomalías cardiovasculares de sujetos con LES y alta actividad de enfermedad, y por lo tanto debe considerarse como parte de la evaluación cardiovascular de esta población específica.

Bibliografía

- Chen J, Tang Y, Zhu M, Xu A. Heart involvement in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. Clin Rheumatol. 2016;35(10):2437-48.

CG114

Adherencia a los indicadores de calidad en la evaluación cardiovascular en pacientes con lupus

Aguilar-Rivera LR, Esquivel-Valerio JA, Serna-Peña G, Cárdenas-De La Garza JA, Colunga-Pedraza IJ, Castillo-De La Garza RJ, De León-Pérez AA, Galarza-Delgado DA, Aguilar-Rivera E, Vázquez-Fuentes BR, Vázquez-Pérez CE

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) incrementa el riesgo de complicaciones cardiovasculares. La prevalencia de estas complicaciones se calcula en un 50% de los casos y contribuye a la morbimortalidad en pacientes con LES. La mayor calidad de atención médica se acompaña

Figura 1. Comparación de las características demográficas entre pacientes con LES con y sin alteración de la geometría del VI. (CG113)

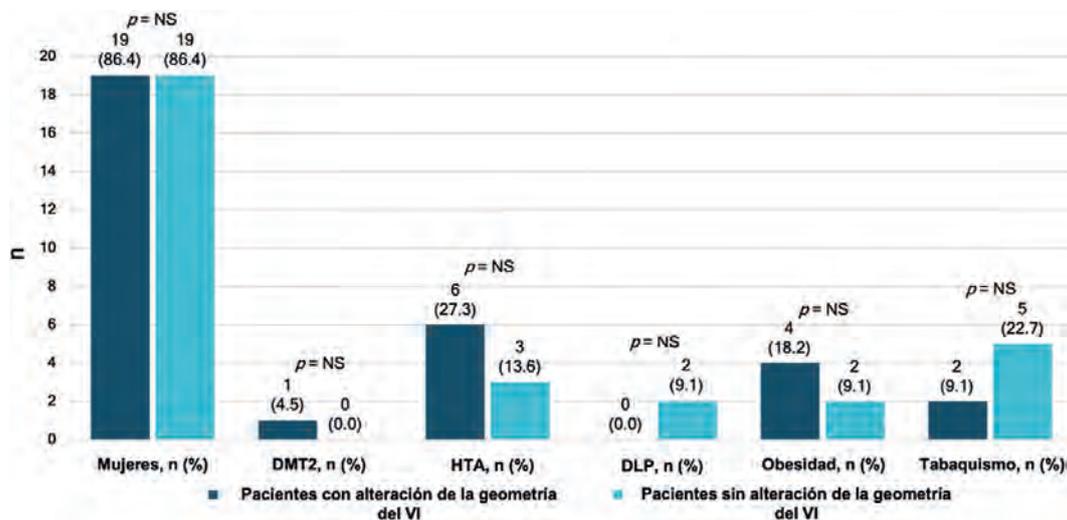


Tabla 1. Comparación de las características de la enfermedad en pacientes con LES con y sin alteración de la geometría del ventrículo izquierdo. (CG113)

Características	Pacientes con alteración de la geometría del VI (n = 22)	Pacientes sin alteración de la geometría del VI (n = 22)	Valor de p
Duración de la enfermedad, meses, mediana (p25-p75)	60.0 (12.7-150.0)	72.0 (43.0-117.7)	NS
SLEDAI, mediana (p25-p75)	10.5 (4.0-15.0)	6.0 (2.0-9.0)	0.016
Enfermedad activa, n (%)	18 (81.8)	11 (50.0)	0.026
PCR, mg/dL, mediana (p25-p75)	0.52 (0.33-1.29)	0.60 (0.41-0.85)	NS
VSG, mm/h, mediana (p25-p75)	26.0 (13.2-34.2)	29.0 (8.7-58.5)	NS
ANA, mediana (p25-p75)	640 (160-3200)	480 (160-5120)	NS
Anti-dsDNA, mediana (p25-p75)	0 (0-160)	0 (0-200)	NS
C3, media \pm DE	94.6 31.4	100.5 46.1	NS
C4, mediana (p25-p75)	13.6 (9.8-14.9)	12.8 (6.4-19.8)	NS
Hidroxicloroquina, n (%)	20 (90.9)	18 (81.8)	NS
Glucocorticoides, n (%)	19 (86.4)	17 (77.3)	NS

LES, lupus eritematoso sistémico; SLEDAI, índice de actividad de la enfermedad de lupus eritematoso sistémico; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; ANA, anticuerpos antinucleares; anti-dsDNA, anticuerpos anti-DNA de doble cadena.

de mejores desenlaces clínicos en pacientes con LES. En fecha reciente se desarrollaron indicadores de calidad de tamizaje cardiovascular basados en las recomendaciones EULAR 2019.

Objetivos: Describir el porcentaje de cumplimiento del apartado cardiovascular de los indicadores basados en las recomendaciones EULAR 2019 para la atención de pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes de la Clínica de Lupus del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Se incluyó a mayores de 18 años con criterios de clasificación por ACR/EULAR 2019 para LES. Los datos se obtuvieron de la entrevista médica y revisión del expediente clínico de aquellos ingresados hasta un año antes de su última consulta en el periodo de febrero de 2022 a octubre de 2022. Se evaluó el porcentaje de apego a los factores de riesgo cardiovasculares regulares (FRCVR), tabaquismo y factores cardiovasculares relacionados con LES. Estadística: se calculó la adherencia de atención suministrada para la atención cardiovascular conformada por los casos en los que se ofreció con éxito la atención de vigilancia recomendada (numerador) dividida entre el número de aquellos elegibles para la vigilancia (denominador) y se describieron los porcentajes e intervalos de confianza.

Resultados: Se incluyó a 70 pacientes, 63 mujeres y 7 hombres elegibles para evaluación cardiovascular. Hasta 47 cumplieron con evaluación cardiovascular completa. El porcentaje de adherencia total fue de 67.1% (IC95%, 56%-78%), para FRCVR de 80% (IC95%, 70%-90%), para tabaquismo de 80% (IC95%, 70%-90%) y para factores cardiovasculares relacionados con LES de 90% (IC95%, 83%-97%). Las comorbilidades más frecuentes fueron obesidad (31%), hipertensión (25.71%) y síndrome antifosfolípidos (15.71%). El 7% de los pacientes tenía tabaquismo activo y 2% consumía alcohol.

Conclusiones: Mejorar el nivel de calidad de atención a través del cumplimiento en las recomendaciones permite guiar al paciente a un mejor desenlace clínico al reducir morbilidad y mortalidad. Se observó una muy buena adherencia al cumplimiento del tamiz cardiovascular en LES en la Clínica de Lupus. Los reumatólogos deben supervisar la evaluación cardiovascular de esta población para incidir en la morbimortalidad y cumplir con las recomendaciones EULAR 2019 de calidad de atención del paciente con LES.

Bibliografía

1. Parra Izquierdo V, Montenegro E, Londoño J. Cardiovascular manifestations in patients with systemic lupus erythematosus during a one-year period in an institution in Cundinamarca, Colombia. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2015;22(2):84-9.
2. Chavatzis K, Kostopoulou M, Nikolopoulos D, Gioti O, Togia K, Andreoli L, et al. Quality indicators for systemic lupus erythematosus based on the 2019 EULAR recommendations: development and initial validation in a cohort of 220 patients. *Ann Rheum Dis*. 2021;80(9):1175-82.

CG115

Síndrome paraneoplásico por linfoma difuso de células grandes B en paciente con síndrome antifosfolípidos secundario a lupus eritematoso sistémico

Mouneu-Ornelas N, Orrantia-Vértiz M, González-García B, Carvajal-Kottmann C

Hospital Español de México

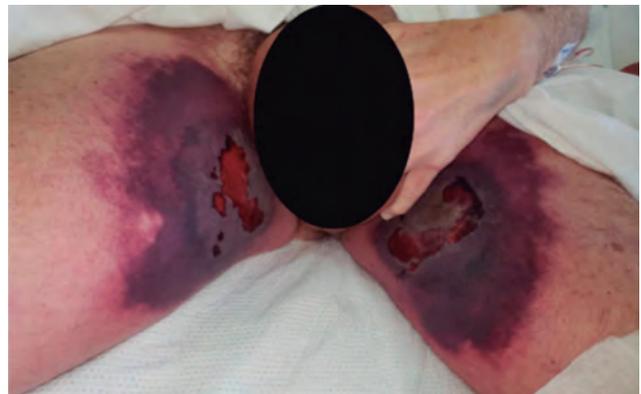
Introducción: El riesgo de padecer un síndrome linfoproliferativo se encuentra incrementado en pacientes con enfermedades reumatológicas. El lupus eritematoso sistémico se vincula con un riesgo mayor de desarrollar linfoma, debido al consumo de medicamentos inmunosupresores y causas propias de las enfermedades inflamatorias sistémicas; asimismo, se ha descrito el síndrome antifosfolípidos en alrededor de 26% a 40% de los pacientes con linfoma no Hodgkin. El subtipo de linfoma difuso de células grandes B se describe en el 65% de los casos. Del mismo modo, los pacientes con linfoma tienen un estado protrombótico y se relacionan con enfermedad trombótica durante el curso de la enfermedad.

Objetivos: Presentar un caso de lupus eritematoso sistémico vinculado con un riesgo mayor de desarrollar linfoma.

Resultados: Paciente masculino de 67 años de edad con antecedente de síndrome antifosfolípidos triple positivo secundario a lupus eritematoso sistémico, de 30 años de evolución, el cual inició con episodios trombóticos. En la actualidad se halla bajo tratamiento con hidroclicloroquina, prednisona de manera intermitente y acenocumarol. Antecedente de hospitalización un mes antes de su ingreso por diarrea crónica, para cuya atención se realizó endoscopia que registró gastropatía antral erosiva de leve a moderada. La resonancia magnética de abdomen notificó una masa dependiente de páncreas y, debido a las características de la tumoración, se sospechó tumor neuroendocrino. Con posterioridad se solicitó TEP-TC que delineó un área de hipercaptación periesplénica. Se suspendió la anticoagulación por probable toma de biopsia por ultrasonido endoscópico como parte del abordaje.

Dos semanas después del internamiento previo inició con placas eritemato-edematosas con área necrótica violácea de unos 10.5 x 9.5 x 6 cm con piel perilesional eritematosa dolorosa, mal definida, hasta el tercio medio del muslo (**Figura 1**). Refiere además pérdida de peso de 10 kg en tres meses y dolor abdominal intermitente localizado en mesogastrio. Los estudios de laboratorio revelan hemoglobina 7.4, plaquetas 30, VSG 70, PCR 10.19, C3 73.6, C4 10.8, anti-DNAs 196.11, lo cual sugiere actividad de enfermedad autoinmunitaria. Además de reiniciar la anticoagulación con enoxaparina a dosis terapéuticas, se indica tratamiento con pulsos de metilprednisolona, sin lograr mejoría y con necesidad de transfusiones de concentrados eritrocitarios y aféresis plaquetarias. Al observar la nula mejoría en los parámetros de laboratorio de control, se administra inmunoglobulina (106 g, calculados 0.4 por peso) en infusión continua por cinco días, sin mejoría nuevamente y con progresión de lesiones dermatológicas, aumento de reactantes de fase aguda, disminución de valores de complemento, hemoglobina y plaquetas. Se administra rituximab (1 g) y se identifica otra vez una evolución tórpida. Se realiza aspirado de médula ósea para explicar la bicitopenia y se observan cambios compensatorios indicativos de citopenias de origen periférico. Del mismo modo, una biopsia de piel indica microangiopatía trombótica; se decide desbridamiento de tejido necrótico y tratamiento tópicos. Se solicita ultrasonido endoscópico con toma de biopsia de tumoración con resultado de linfoma difuso de células grandes B primario de páncreas. Se inicia tratamiento con doxorubicina, vincristina, ciclofosfamida, y se alcanza mejoría clínica posterior.

Figura 1. Microangiopatía trombótica localizada en la cara interna de ambos muslos posterior al desbridamiento del tejido necrótico. (**CG115**)



Conclusión: La activación del síndrome antifosfolípidos se debe a la suspensión de anticoagulación durante la hospitalización previa, así como al linfoma no Hodgkin. La nula respuesta clínica posterior a la inmunoterapia sugiere que las manifestaciones clínicas y hematológicas se deben a un síndrome paraneoplásico secundario al linfoma. Por lo tanto, al administrar tratamiento con quimioterapia, el paciente experimentó mejoría clínica y de laboratorio.

Bibliografía

1. King JK, Costenbader K. Characteristics of patients with systemic lupus erythematosus (SLE) and non-Hodgkin's lymphoma (NHL). *Clinical Rheumatology*. 2007;1491-1494.

- Juez I, Muñoz L, Barco S, Márquez D, García-García J, Ortego N, García-Puche JL. Asociación entre las enfermedades autoinmunes y linfomas. *Revista Oncología*. 2002;25(6):64-7.
- Jardin F, Leuesque H, Tilly H. Autoimmune manifestation in non-Hodgkin lymphoma. *Rev Med Intern* 2005;26:557-71.
- González-Moncada AI, Vega-Ruiz A, Rubio-Jurado B, Benjamín C. Alteraciones hemostáticas, inflamación y autoinmunidad en linfoma no Hodgkin [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 3 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr121e.pdf>.

CG116

Respuesta a tratamiento con rituximab en pacientes con trombocitopenia autoinmune resistente a esteroide en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Martínez-Alcántara MF, Castro-Colín Z, Miranda-Hernández DG, Bustamante-González R, Gracia-Aréchiga TS, Castañeda-Martínez DD, López-Zamarrón RL, Vázquez-Guevara SA

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

Introducción: Las manifestaciones hematológicas en el lupus eritematoso sistémico son comunes y diversas. La prevalencia de la trombocitopenia es de 7% a 30% de los pacientes y puede ser grave en 5% a 10% de los casos. La trombocitopenia es casi siempre leve y cuando el descenso es notable (< 25 000 plaquetas) y agudo, se relaciona con actividad de la enfermedad. Por lo regular se acompaña de destrucción mediada por anticuerpos y suele responder de forma adecuada a los esteroides. Otras líneas de tratamiento son azatioprina, ciclosporina y micofenolato de mofetilo. La trombocitopenia < 30 000 plaquetas con sangrado clínico constituye un factor de mal pronóstico vinculado con mortalidad. El rituximab es un anticuerpo monoclonal anti-CD20 cuyo efecto principal es la disminución de la producción de anticuerpos, que ha mostrado utilidad en diferentes manifestaciones clínicas del lupus, incluida la trombocitopenia resistente. Se han conducido estudios con dosis convencional y dosis bajas de rituximab y han mostrado adecuada respuesta.

Objetivos: Analizar la respuesta hematológica, en especial la concentración plaquetaria, en pacientes que recibieron rituximab y que fueron resistentes a otros tratamientos.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en pacientes con lupus eritematoso sistémico del servicio de reumatología del Centro Médico Nacional la Raza. Se incluyó a pacientes con trombocitopenia autoinmunitaria, todos ellos con resistencia al tratamiento con esteroides sistémicos, y fueron objeto de tratamiento con ciclofosfamida, azatioprina, ciclosporina A y micofenolato de mofetilo. De todos ellos se consideró a los que fueron resistentes a estos tratamientos y recibieron rituximab y con posterioridad las cifras plaquetarias iniciales y las finales de los pacientes tratados con rituximab. Todos los individuos fueron mayores de 18 años, de ambos sexos, sin incluir mujeres embarazadas. Las variables de estudio sociodemográficas, clínicas y de laboratorio se extrajeron de los expedientes electrónicos. Las variables cualitativas se encuentran en frecuencia y porcentaje y se realizó análisis de medias de muestras pareadas con la prueba T mediante el instrumento IBM SPSS versión 25.

Resultados: Se incluyó a 130 pacientes mayores de 18 años que cumplían con los criterios para lupus eritematoso sistémico de la ACR/EULAR 2019. De los 130 pacientes, 110 de ellos (88%) eran mujeres y se notificó un apego al tratamiento en 90 de los pacientes (73%). Todos los sujetos eran resistentes a los esteroides y recibieron tratamientos de segunda línea, entre ellos CFA (46%), AZA (76%), CSA (25%) y MMF (35%). Los individuos que recibieron alguna de estas líneas de tratamiento, y que continuaron con cifras bajas de plaquetas, fueron objeto de tratamiento con rituximab. De todos los pacientes incluidos en el estudio, a 35 de ellos (27%) se les ofreció tratamiento con anti-CD20 y se observó una respuesta de elevación de cifras plaquetarias en el 71%. De forma secundaria se

analizaron otros datos, como valores de Hb, neutrófilos y leucocitos, que mostraron una tendencia ascendente (**Tabla 1**); sin embargo, la única diferencia estadísticamente significativa fue la mejoría de la trombocitopenia.

Tabla 1. (CG116)

		Rituximab	
Resistencia a tratamientos	n (%)	n (%)	
Ciclofosfamida	30 (25)	10 (8)	
Azatioprina	54 (41)	22 (17)	
Ciclosporina A	23 (17)	14 (11)	
Micofenolato de mofetilo	15 (11)	7 (5)	
Parámetros del hemograma	Inicial	Final	valor de p
Hemoglobina	11.7 (11.2)	12.1 (2.6)	0.96
Leucocitos	5 950 (7 526)	6 794 (2 567)	0.68
Neutrófilos	3 594 (2 878)	4 631 (2 367)	0.1
Linfocitos	1 072 (738)	1 260 (767)	0.81
Plaquetas	24 057 (22 307)	134 880 (110 882)	< 0.001

Resistencia a los tratamientos: se muestra a los pacientes que fueron resistentes al tratamiento de segunda línea y que después recibieron rituximab. Parámetros del hemograma: se comparan las cifras iniciales y finales de los valores de hemoglobina, leucocitos y plaquetas de los pacientes tratados con rituximab.

Conclusiones: En este estudio se tomó en cuenta a pacientes que previamente habían recibido esteroides y alguna otra línea terapéutica. El rituximab se indicó en casos resistentes a los esteroides y una segunda línea, con adecuada respuesta en un 71% de los casos, por lo que podría constituir una opción más en el tratamiento de pacientes con trombocitopenia resistente a los esteroides.

Bibliografía

- Velo-García A, Castro SG, Isenberg DA. The diagnosis and management of the hematologic manifestations of lupus. *Journal of Autoimmunity*. Academic Press 2016;74:139-60.
- Ilizaliturri-Guerra O, Uriarte-Botello R, Pineda-Sic RA, Serna-Peña G, Garza-Elizondo MA, Galarza-Delgado DA, et al. Low-dose rituximab therapy in steroid-refractory thrombocytopenia due to systemic lupus erythematosus. *Rheumatology International*. Springer. 2020;40:171724.

CG117

Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) de la Península de Yucatán, México

López-Villanueva R¹, Valencia-Pacheco G², López-Suárez R³

⁽¹⁾Hospital Regional ISSSTE, Mérida, Yucatán; ⁽²⁾Centro Médico Metropolitano Mérida, Mérida, Yucatán; ⁽³⁾Laboratorio de Hematología, Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi, Universidad Autónoma de Yucatán, ⁽³⁾Servicio de Medicina Interna, Universidad Autónoma de Yucatán; Hospital O'Horán, Mérida, Yucatán, México

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud es un factor muy importante, aunado a la actividad clínica y el daño orgánico acumulado en la valoración de los pacientes con LES. Se han publicado informes de la actividad clínica y el daño orgánico acumulado en la península de Yucatán, México, pero no de la calidad de vida; asimismo, se ha evaluado la calidad de vida en pacientes con LES de otros grupos étnicos de México.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con LES de la península de Yucatán, México.

Material y métodos: Se aplicó el instrumento Lupus QoL, desarrollado por McElhone et al, en su versión en español 5, a pacientes que reunieron criterios para el diagnóstico de LES (ACR 1982 y 1997), del servicio de

reumatología del Hospital Regional ISSSTE, Mérida, Yucatán, y de un centro reumatológico privado en Mérida, provenientes de los tres estados de la península de Yucatán (Yucatán, Campeche y Quintana Roo). El instrumento Lupus Qol ha demostrado validez, confiabilidad y sensibilidad al cambio en el empeoramiento o mejoría del estado de salud, con sus 34 ítems, cada uno con cinco puntos de la escala Likert, divididos en ocho dominios; el intervalo de cada dominio es de 0 = empeoramiento a 100 = mejoría. Se obtuvieron promedios y desviación estándar.

Resultados: Se incluyó a 95 mujeres y 5 hombres con edad promedio DS de 45.4 ± 12.5 años y evolución promedio DS de 12.5 ± 8.84 años; la calificación Lupus Qol total promedio DS fue de 58.03 ± 4.52 y en los diferentes dominios: salud física de 58.27 ± 27.43 , dolor de 58.82 ± 27.28 , planeación de 62.12 ± 28.61 , relaciones íntimas de 54 ± 35.68 , carga a otros de 50.65 ± 32.35 , salud emocional de 59.16 ± 24.95 , imagen corporal de 65.11 ± 29.16 , fatiga de 56.12 ± 26.69 .

Conclusiones: Los dominios con calificación más baja fueron los de carga a otros, fatiga y relaciones íntimas; el más alto fue la imagen corporal.

Bibliografía

- López-Villanueva R, Valencia-Pacheco G, Zapata-Vázquez R, López-Suárez R. Seguimiento de la actividad clínica y del daño orgánico acumulado en una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico de la península de Yucatán, México (1995-2016). *Reumatología Clínica*. 2022. doi: 10.1016/j.reumae.2021.12.002.PMID:35753952.
- McElhone K, Abbott J, Shelmerdine J, et al. Development and validation of a disease-specific health-related quality of life measure, the LupusQol, for adults with systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism* 2007;57:972-79. doi:10.1002/art.22881.

CG118

Cavernomatosis cerebral como causa de pseudoactividad neurológica en lupus eritematoso sistémico

Vargas-Avilés AS¹, Peralta-Gallo GJ²

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Centro Médico Dalinde

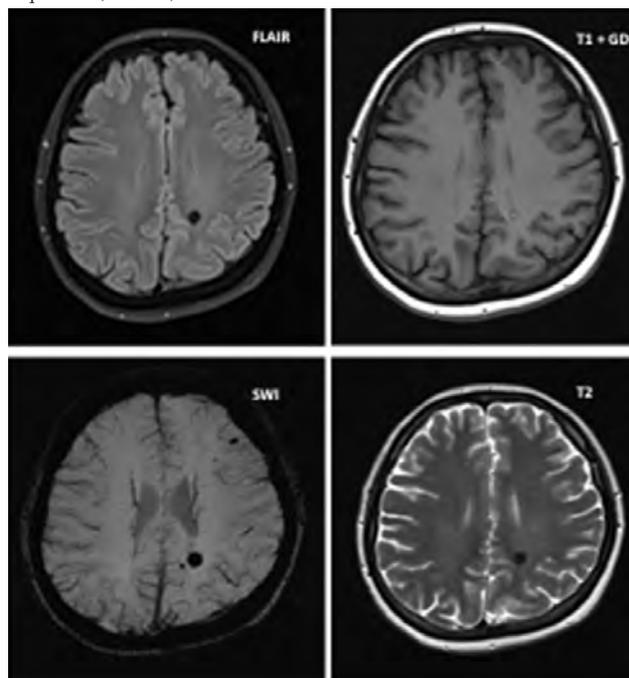
Introducción: En el lupus eritematoso sistémico (LES) es con frecuencia difícil determinar si las manifestaciones neuropsiquiátricas son efecto de la enfermedad o de situaciones clínicas concomitantes: anatómicas cerebrales, metabólicas, farmacológicas, hipertensión arterial, entre otras. Los cavernomas del sistema nervioso central (CV-SNC) son malformaciones de bajo flujo originadas por defectos de las redes de capilares y se localizan en cerebro, médula espinal y, rara vez, duramadre. Se desconoce su prevalencia, ya que el diagnóstico sólo se establece con estudios de imagen o por necropsia. Las manifestaciones clínicas aparecen entre la tercera y quinta décadas de la vida e incluyen déficits neurológicos focales, convulsiones o cefalea aguda aislada, vinculadas o no con hemorragia aguda. El tratamiento se enfoca en los síntomas neurológicos, control de comorbilidades y opciones invasivas, como cirugía, radiocirugía o ablación con láser. No existen informes de relación de CV-SNC con LES.

Objetivos: Describir un caso de cavernomas del sistema nervioso central.

Resultados: Paciente femenino de 51 años de edad, con antecedente de migraña crónica desde los 35 años y diagnóstico de LES (criterios SLICC 2012), de nueve años de evolución y bajo tratamiento con prednisona (5 mg) e hidroxiquina (200 mg al día). Sin episodios de recaída en los últimos cuatro años. Inició cuadro clínico con cefalea universal súbita, intensidad 9/10, opresiva, relacionada con mareo, náusea y vómito; evolucionó con ptosis palpebral, parálisis facial central, hemiparesia corporal derecha, temblor fino distal en manos, úlceras orales, artralgias en hombros y muñecas, artritis en segunda y tercera metacarpofalángicas de ambas manos, con rigidez articular matinal menor de 30 minutos. Acudió a clínica externa, que estableció el diagnóstico de hemorragia parenquimatosa en el lóbulo parietal izquierdo y vasculitis. Recibió pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida intravenosa, a dosis no especifica-

das y sin mejoría clínica, por lo que fue referida al servicio de los autores. Exploración física inicial: TA 120/70 mmHg, temp. 36.2°C, Glaslow 15, parálisis facial central derecha, temblor fino distal en manos, disartría, hemiparesia e hipoestesia corporal derecha, úlcera en mucosa oral, sin signos de artralgias y artritis. Estudios de laboratorio: linfocitos $6.7-10^3$ L, PCR 1.4 mg/L, C3- 98 mg/dL, C4- 7 mg/dL, anticuerpos anti-DNA patrón homogéneo 1:160, anti-dcDNA 95.4 IU/m, anti-SM 35.1, anticuerpos aCL (IgM, IgG), anti-B2GP1 (IgM, IgG) y anticoagulante lúpico negativos. Electroencefalograma: ondas lentas de gran amplitud temporoparietales generalizadas e irritabilidad cortical en el lóbulo frontal izquierdo. Resonancia magnética nuclear cerebral (RMNC): lesión intraaxial parietal izquierda y en sustancia blanca subcortical frontal izquierda, con hipointensidad en T1 y T2, reforzamiento en núcleo en T1 + GD, FLAIR, con anillo completo de hemosiderina, efecto de *blooming* en secuencias SWI, indicativo de cavernomas cerebrales (Figura 1). La paciente recibió tratamiento con citilcolina, ácido valproico, memantina, dosis bajas de prednisona e hidroxiquina, con mejoría parcial de los síntomas neurológicos, por lo que se programó para radiocirugía.

Figura 1. RMNC que delinea una lesión intraaxial en el parietal izquierdo, hipointensa en T1 y T2, y reforzamiento (T1 + GD) FLAIR; SWI con efecto de *blooming* y lesión en la sustancia blanca subcortical frontal izquierda. (CG118)



Conclusiones: Los CV-SNC son malformaciones poco frecuentes y no existe informe en pacientes con LES. En el caso presentado, las manifestaciones neurológicas se relacionaron con actividad de LES; sin embargo, resulta crítica la atribución de las manifestaciones neuropsiquiátricas a actividad lúpica, para el mejor desenlace clínico; en consecuencia, deben considerarse otras herramientas en su análisis, tales como estudio de líquido cefalorraquídeo y RMNC.

Bibliografía

- Carrión-Barberá I, Salman-Monte C, Vélchez-Oya F, Monfort J. Neuropsychiatric involvement in systemic lupus erythematosus: a review. *Autoimmun Rev*. 2021;20(4):102780.
- Flemming K, Lanzino G. Cerebral cavernous malformation: what a practicing clinician should know. *Mayo Clin Proc*. 2019;5:1-16.
- McElhone K, Abbott J, Shelmerdine J, et al. Development and validation of a disease-specific health-related quality of life measure, the LupusQol, for adults with Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis & Rheumatism* 2007;57:972-79. doi:10.1002/art.22881.

CG119

Manifestaciones auditivas en lupus eritematoso sistémico

Baca-Soto JA, Treviño-González JL, Galarza-Delgado DA, Morales-De Ángel JA, Cortés-Ponce JR, Soto-Galindo GA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria de presentación heterogénea. Los recientes estudios señalan que la hipoacusia neurosensorial es la manifestación más frecuente en pacientes con LES, además de acúfenos y vértigo.

Objetivos: Informar la prevalencia de pérdida auditiva en pacientes con LES. **Material y métodos:** Es un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. Los criterios de inclusión fueron hombres y mujeres con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico entre 18 y 60 años. Los parámetros utilizados por los reumatólogos para diagnosticar a los pacientes con LES se ajustaron a los criterios de EULAR/ACR-2019. La audición normal se definió por audiometría, como la percepción de un sonido a una intensidad ≤ 20 dB en todas las frecuencias estudiadas, por lo que cualquier valor > 20 dB se definió como pérdida auditiva. Se aceptó una intensidad de 80 dB como el umbral máximo de pérdida auditiva a 16 000 Hz.

Resultados: Se incluyó a 75 (38.3%) pacientes con LES (casos), con una mediana de edad de 35 (32-45) años. En la **Tabla 1** se registran los decibeles obtenidos en cada intervalo de frecuencias. En el oído derecho se encontró una pérdida auditiva de 1.7%, 14% y 62.8% en el espectro de frecuencia de 500-2 000 Hz, 4 000-8 000 Hz y 10 000-16 000 Hz, respectivamente. En el oído izquierdo se identificó una pérdida auditiva de 0.8%, 13.2%, 54.5% en los espectros de frecuencia de 500-2 000 Hz, 4 000-8 000 Hz y 10 000-16 000 Hz, respectivamente.

Tabla 1. Resultados obtenidos de las variables. Se muestran en mediana (rango intercuartílico). (CG119)

Variable	Casos (n = 75)
Edad	35 (16-66)
Frecuencia: 500-2 000 Hz	
Oído derecho	
Decibeles	11.6 (10-13.3)
Pérdida auditiva	2 (1.7%)
Oído izquierdo	
Decibeles	11.6 (10-13.3)
Pérdida auditiva	1 (0.8%)
Frecuencia: 4 000-8 000 Hz	
Oído derecho	
Decibeles	12.5 (10-16.2)
Pérdida auditiva	17 (14%)
Oído izquierdo	
Decibeles	12.5 (10-15)
Pérdida auditiva	16 (13.2%)
Frecuencia 10 000-16 000 Hz	
Oído derecho	
Decibeles	22.5 (16.2-31.2)
Pérdida auditiva	76 (62.8%)
Oído izquierdo	
Decibeles	20 (15-27.5)
Pérdida auditiva	66 (54.5%)

Conclusiones: Se demostró que la pérdida auditiva en pacientes con LES es mayor en altas frecuencias (10 000-16 000 Hz) en ambos oídos y se identificó una pérdida menor de frecuencias medianas y bajas.

Bibliografía

1. Abbasi M, Yazdi Z, Kazemifar AM, Bakhsh ZZ. Hearing loss in patients with systemic lupus erythematosus. *Global Journal of Health Science.* 2013;5(5):102-106. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v5n5p10>.
2. Baradaranfar M, Dadgaria M, Zand V, Vaziribozorg S, Mirzade FS, Mirzade M. The role of immunological factors on sudden sensory neural hearing loss. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology.* 2018;30(4):219-223. <https://doi.org/10.22038/jor.2018.28549.1934>.
3. Batuecas-Caletrio A, Del Pino-Montes J, Cordero-Civantos C, Calle-Cabanillas MI, López-Escamez JA. Hearing and vestibular disorders in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2013;22(5):437-442. <https://doi.org/10.1177/0961203313477223>.
4. Bauer CA. Tinnitus. *New England Journal of Medicine.* 2018;378(13) 1224-1231. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1506631>.
5. Chawki S, Aouizerate J, Trad S, Prinseau J, Hanslik T. Bilateral sudden sensorineural hearing loss as a presenting feature of systemic lupus erythematosus. *Medicine.* 2016;95(36):e4345. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000004345>.
6. Cruickshanks KJ, Dhar S, Dinces E, Fifer RC, González F, Heiss G, Tweed TS. Hearing impairment prevalence and associated risk factors in the Hispanic community health study/study of latinos. *JAMA Otolaryngology - Head and Neck Surgery.* 2015;141(7):641-648. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2015.0889>.

CG120

Parálisis incompleta del tercer nervio craneal como expresión de neurolupus

Bernal-Enríquez MB, Cerezo-García JA, Portela-Hernández M

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

Introducción: El lupus neuropsiquiátrico tiene manifestaciones poco frecuentes pero graves (2%) que generan alta morbimortalidad. Las mononeuropatías se presentan en < 1%, su principal afección es de carácter motor y producen dolor neuropático; la degeneración axonal secundaria es asimétrica hasta en un 80% de los casos. Dentro de la fisiopatogenia se encuentra el aumento de la excreción de neuropéptidos que cuentan con mimetismo molecular hacia la mielina, activación de linfocitos T, así como alteraciones de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica y aumento de la quimiotaxis con la participación de citocinas proinflamatorias como IL-1B, IL-6 y TNF-α.

Objetivos: Describir un caso clínico de neurolupus periférico.

Resultados: Mujer de 37 años con lupus eritematoso sistémico desde 2014 manifestado por actividad articular, cutánea, hematológica y renal: nefritis lúpica clase IV. Recibió tratamiento con pulsos de metilprednisolona, ácido micofenólico (3 g/día), antipalúdico y dosis descendente de prednisona hasta la suspensión con adecuada respuesta. En marzo de 2022 sufrió alteraciones visuales súbitas: diplopía binocular de instauración repentina y resolución espontánea, con reinicio de síntomas dos horas después, más desequilibrio en la marcha con la visión binocular y cefalea hemicraneal izquierda opresiva con intensidad moderada (4/10), sin datos de vasoespasmos agregados y con respuesta parcial a AINE. Al continuar con diplopía acude a valoración médica y se identifica limitación de la aducción e infraducción del ojo izquierdo con preservación de los reflejos fotomotor y consensual de forma bilateral, y con aparición de diplopía a la dextroversión. La angiotomografía de cráneo descartó afectación vascular. 10/03/22: proteínas en orina 24 h: 910 mg; sedimento urinario: leucocitos 0-5, eritrocitos 50-100, ac. anticardiolipina IgG 20.6 (< 20), ac. anti-β2 GP I 35 (< 20), anti-Ro 5 289 U/L, anti-DNAc: 1 289 U/L, C3: 38 U/L, C4: 4.9 U/L. Dada la aparición súbita de un cuadro clínico neurológico con manifestación de gravedad (SLEDAI 2K: 20 puntos), se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona (500 mg 3 días) con mejoría parcial de los movimientos oculares, así como esquema de ciclofosfamida (EUROLUPUS). En la última valoración en la consulta externa se encontró con mejoría significativa, actividad leve (SLEDAI 2K de 4 puntos) a expensas de hipocomplementemia y eritema malar.

Discusión: Se han tratado de establecer los factores predictores de manifestaciones neurológicas en LES. Oomatia señaló en 2014 que entre 46.3% y 57.3% de los pacientes cursan con hipocomplementemia y aumento de anti-DNAc (63.4%), y no se demuestra un comportamiento aislado al resto de manifestaciones de gravedad en el lupus. La duración de la enfermedad siempre ha sido un punto polémico y se ha propuesto que las manifestaciones neurológicas son signos iniciales o concomitantes en los primeros años de la enfermedad, con una media de 6.4 años al momento del diagnóstico. La gravedad de las manifestaciones neurológicas obliga a optar por un tratamiento intensivo, en virtud de la alta probabilidad de resistencia y secuelas. En el contexto de la neuropatía craneal existe evidencia del uso como primera línea de los glucocorticoides y la ciclofosfamida como tratamiento coadyuvante para casos resistentes.

Conclusiones: La afectación neurológica siempre es un enemigo temido en reumatología. La sospecha clínica y el momento preciso de iniciar tratamiento son aspectos constantes que todo médico reumatólogo debe enfrentar. La presentación de este caso permite realizar un abordaje adecuado para descartar diagnósticos diferenciales a contratiempo para ofrecer el mejor tratamiento y prevenir las secuelas.

Bibliografía

1. Toledano P. Peripheral nervous system involvement in systemic lupus erythematosus: prevalence, clinical and immunological characteristics, treatment and outcome of a large cohort from a single centre. *Autoimmun Rev* 2017;16:750-5.
2. Oomatia A. Peripheral neuropathies in systemic lupus erythematosus: clinical features, disease associations, and immunologic characteristics evaluated over a twenty-five-year study period. *Arthritis Rheumatism* 2014;66(2):1000-9.
3. Mathew L. Treatment of vasculitic peripheral neuropathy: a retrospective analysis of outcome. *QJM* 2007;100(1):41-51.

CG121

Células cTfh y Tph: novedosas subpoblaciones de células T cooperadoras implicadas en la patogenia de lupus eritematoso sistémico

Sagrero-Fabela N¹, Ortiz-Lazareno PC², Salazar-Camarena DC³, Cerpa-Cruz S⁴, Muñoz-Valle JF¹, Marín-Rosales M⁵, Palafox-Sánchez CA¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (IICB), Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾División de Inmunología, Centro de Investigación Biomédica de Occidente (CIBO), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guadalajara, ⁽³⁾Grupo de Inmunología Molecular, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽⁴⁾Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, ⁽⁵⁾Hospital General de Occidente, SSA, Guadalajara, Jalisco

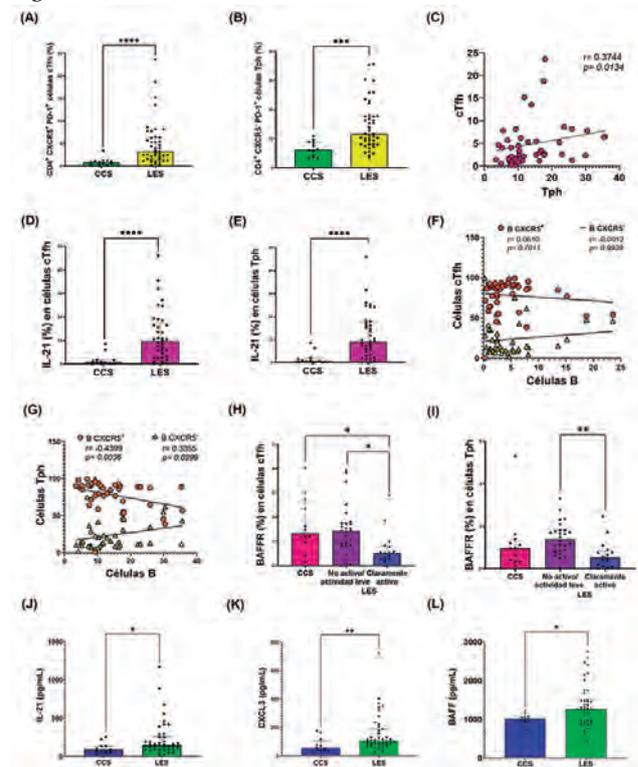
Introducción: Las células T follicular helper circulantes (cTfh) y T peripheral helper (Tph) son dos subpoblaciones de células T cooperadoras que se encuentran incrementadas en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y se han relacionado con la producción de autoanticuerpos de manera extrafolicular. Aunque se ha demostrado que comparten algunas características fenotípicas y funcionales, dilucidar los mecanismos fisiopatológicos de estas subpoblaciones celulares en LES es un campo de investigación activa.

Objetivos: Caracterizar a las subpoblaciones celulares cTfh y Tph al evaluar la expresión de mBAFF, BAFFR, TACI, BCMA e IL-21, así como su vínculo con células B y los valores solubles de IL-21, CXCL13 y BAFF.

Material y métodos: Estudio transversal analítico que incluyó a 43 pacientes con LES y 12 controles clínicamente sanos (CCS). La identificación de las células cTfh (CD4+CXCR5+PD-1+) y Tph (CD4+CXCR5-PD-1+), su expresión de BAFF de membrana (mBAFF), BAFFR, TACI y BCMA, así como IL-21 intracelular se realizó mediante citometría de flujo. Los valores solubles de IL-21, CXCL13 y BAFF se analizaron mediante ELISA. Se aplicó el índice SLEDAI-2K en pacientes con LES.

Resultados: Los pacientes con LES mostraron un porcentaje mayor de células cTfh y Tph en comparación con CCS [cTfh 3.24% (IQR, 1.55-6.36) vs. 0.83% (IQR, 0.38-1.19), p < 0.0001; Tph 11.68% (IQR, 8.03-17.9) vs. 6.16% (IQR, 3.83-8.85), p < 0.001, respectivamente] y ambas poblaciones celulares fueron más altas en pacientes con enfermedad claramente activa. Las células cTfh y Tph se correlacionaron entre sí (r = 0.3744, p < 0.05). Las células cTfh y Tph de pacientes con LES tuvieron una expresión intracelular de IL-21 marcadamente mayor que los CCS [cTfh 9.70% (IQR, 2.88-17.50) vs. 0.78% (IQR, 0.00-1.83), p < 0.0001; Tph 9.13% (IQR, 4.09-17.62) vs. 0.69% (IQR, 0.05-1.75), p < 0.0001, respectivamente]. Las células cTfh no mostraron correlación con células B. Las células Tph se correlacionaron de manera negativa con células B CD19+CXCR5+ (r = -0.4399, p < 0.01) y positiva con células B CD19+CXCR5- (r = 0.3355, p < 0.05). mBAFF, TACI y BCMA no se expresaron en valores significativos en células cTfh y Tph. BAFFR se relacionó con la actividad de la enfermedad porque los pacientes con enfermedad no activa/actividad leve mostraron una mayor expresión del receptor en comparación con los pacientes con enfermedad claramente activa [cTfh 1.43% (IQR, 0.84-1.7) vs. 0.52% (IQR, 0.28-0.80), p < 0.05, Tph 1.39% (IQR, 0.84-1.81) vs. 0.52% (IQR, 0.13-0.85), p < 0.01, respectivamente]. Los valores séricos de IL-21, CXCL13 y BAFF fueron más altos en pacientes con LES que en CCS [IL-21 148.3 (IQR, 93.16-259.0) vs. 87.54 (IQR, 55.00-133.9) pg/mL, p < 0.05; CXCL13 106.7 (IQR, 84.30-188.5) vs. 56.40 (IQR, 36.77-106.9) pg/mL p < 0.01; BAFF 1 262 (IQR, 937.8-1 504) vs. 1 014 (948.5-1 069) pg/mL, p < 0.05, respectivamente], pero no se observaron correlaciones entre las citocinas y las células cTfh y Tph. Véase la **Figura 1**.

Figura 1. (CG121)



(A,B) Porcentaje de células cTfh y Tph en CCS y LES. (C) Correlación entre células cTfh y Tph. (D,E) Expresión de la citocina intracelular IL-21 en cTfh y Tph de CCS y LES. (F,G) Correlación de células cTfh y Tph con células B. (H,I) Expresión del receptor BAFFR en CCS y LES de acuerdo a actividad de la enfermedad. (J-L) Niveles solubles de las citocinas IL-21, CXCL13 y BAFF en CCS y LES. *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, ****p<0.0001. cTfh: células T follicular helper; Tph: células T peripheral helper; CCS: controles clínicamente sanos; LES: lupus eritematoso sistémico; BAFF: factor activador de células B; BAFFR: receptor del factor activador de células B; IL-21: interleucina 21; CXCL13: ligando 13 de quimiocinas con motivo C-X-C.

Conclusiones: Las células T_H podrían ser importantes impulsoras de la patogenia en el LES e incluso tener un papel más relevante en la producción de autoanticuerpos de manera extrafolicular que las células cT_H (a las cuales comúnmente se les había atribuido esta función). Este trabajo enriquece el conocimiento de moléculas expresadas en superficie de estas subpoblaciones celulares, al demostrar la presencia de BAFFR y su vinculación con la actividad de la enfermedad. Se propone que este receptor podría desempeñar un papel relevante para la patogenia de la enfermedad; debe enfatizarse también que BAFF podría no sólo tener efecto en células B, sino también desempeñar una función relevante en las células T.

Bibliografía

- Makiyama A, Chiba A, Noto D, Murayama G, Yamaji K, Tamura N, et al. Expanded circulating peripheral helper T cells in systemic lupus erythematosus: Association with disease activity and B cell differentiation. *Rheumatol (United Kingdom)*. 2019;58(10):1861-9.
- Choi JY, Ho JHE, Pasoto SG, Bunin V, Kim ST, Carrasco S, et al. Circulating follicular helper-like T cells in systemic lupus erythematosus: Association with disease activity. *Arthritis Rheumatol*. 2015;67(4):988-99.
- Bocharnikov AV, Keegan J, Wacleche VS, Cao Y, Fonseka CY, Wang G, et al. PD-1hiCXCR5- T peripheral helper cells promote B cell responses in lupus via MAF and IL-21. *JCI Insight*. 2019;4(20).
- Lin J, Yu Y, Ma J, Ren C, Chen W. PD-1+CXCR5-CD4+T cells are correlated with the severity of systemic lupus erythematosus. *Rheumatol (United Kingdom)*. 2019;58(12):2188-92.
- Yoshitomi H, Ueno H. Shared and distinct roles of T peripheral helper and T follicular helper cells in human diseases. *Cell Mol Immunol*. 2021;18(3):523-7.

CG122

Síndrome de Weber como presentación inicial de lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípidos

Cuéllar-Calderón KP, Colunga-Pedraza IJ, Galarza-Delgado DA, De Ávila-González N, Flores-Gutiérrez DP

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El síndrome de Weber se produce por un episodio vascular cerebral (EVC) en la porción ventromedial del mesencéfalo que afecta a fascículos oculomotores, lo cual ocasiona una hemiplejía superior alterna, paresia del III par craneal ipsolateral y hemiparesia contralateral. Afecta en particular a la arteria mesencefálica paramediana y su incidencia aproximada es de 0.7%. Sin embargo, en las publicaciones médicas no se ha descrito un síndrome de Weber como presentación inicial del lupus eritematoso sistémico (LES) y el síndrome de antifosfolípidos (SAF). El SAF y el LES contribuyen a un estado protrombótico, pero se ha publicado una incidencia de EVC del 6%.

Objetivos: Exponer un caso de síndrome de Weber como manifestación inicial de LES y SAF.

Descripción del caso: Paciente femenino de 17 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica, DMT2 e hipotiroidismo de siete años de evolución con mal apego terapéutico. Inicia padecimiento actual al presentar un mes antes de su ingreso diplopía que se revierte a los 10 segundos. El día del ingreso refiere episodio de diplopía y divergencia del ojo izquierdo con duración de dos horas y remisión espontánea; una hora después muestra los mismos síntomas sin mejoría y decide acudir a consulta, en la que se identifica un descontrol hipertensivo y se la refiere al servicio de urgencias en tercer nivel. La exploración neurológica encuentra a una paciente despierta, inatenta y orientada en las tres esferas. Se reconoce una paresia del III par craneal izquierdo con ptosis palpebral ipsolateral, pupila izquierda midriática (4 mm) con reflejo fotomotor y consensual conservado y hemiparesia facial de tipo central derecha que persiste a la mímica. Muestra monoparesia y ataxia de miembro superior derecho (2/5 en la escala de Lovett) y reflejos osteotendinosos (2/4 en las cuatro extremidades). El examen general de orina identifica una proteinuria de 162 mg/dL y la cuantificación de proteínas

de 24 h es de 3.27 g. La resonancia magnética cerebral revela hipointensidad a nivel del pedúnculo cerebral izquierdo visualizada en secuencia T1 e hiperintensidad en T2/FLAIR, lo cual origina un aumento de volumen ipsolateral, además de restricción en secuencia de difusión, consistente con un episodio vascular isquémico subagudo en la porción ventromedial mesencefálica y pedúnculo cerebral izquierdo. La valoración con técnica 3-TOF identifica disminución generalizada del calibre de las estructuras vasculares del polígono de Willis. Se realiza un ultrasonido Doppler carotídeo bilateral pero no reconoce signos de aterosclerosis y, junto con la clínica, se integra el diagnóstico de síndrome de Weber.

Resultados: Debido a la corta edad de la paciente se sospechan causas secundarias y se solicita panel reumatológico para LES y SAF. Se cuantifican anticuerpos antinucleares positivos 1:160, anti-dsDNA positivo: 1:160, anticuerpos anti-β2-glicoproteínas IgA positivos: 27 UR/ml. Se inicia tratamiento con warfarina, atorvastatina, hidroxiquina, vitamina D, ácido acetilsalicílico y control de la presión arterial con un IECA. Debido a la proteinuria y el diagnóstico de LES, se realiza una biopsia renal que muestra mesangioesclerosis temprana, esclerosis focal y segmentaria inespecífica, arteriopatía crónica, fibrosis intersticial grado III e inmunofluorescencia negativa para complejos inmunitarios. Ante la ausencia de datos de lesiones activas, no se instituye tratamiento inmunosupresor y la paciente egresa con tratamiento para LES y SAF con adecuada evolución y referencia a rehabilitación física.

Conclusiones: Pese al estado protrombótico en estas enfermedades es inusual la incidencia de un EVC, y más aún con presentación del síndrome de Weber. En caso de pacientes jóvenes con un EVC deben investigarse las causas secundarias.

Bibliografía

- Vásquez-González E, López MB, Cuchiparte D, Peláez K, Galarza-Maldonado C, Cano-Cevallos L, et al. Manifestaciones neurológicas del lupus eritematoso sistémico: Revisión de literatura. *Rev Ecuat Neurol* 2021;30:7682. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol30200076>.

CG123

Asociación de anticuerpos anti-DNA doble cadena con parámetros del ecocardiograma en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Guajardo-Jáuregui N, Colunga-Pedraza IJ, Azpiri-López JR, Galarza-Delgado DA, Cárdenas-De la Garza JA, González-González V, Beltrán-Aguilar VM, De Ávila-González N, Arias-Peralta AG

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica, inflamatoria y autoinmunitaria caracterizada por el depósito de inmunocomplejos en órganos vitales, como riñón, cerebro y corazón. Los anticuerpos anti-DNA doble cadena (anti-dsDNA) se han relacionado con daño a riñones, piel y cerebro; sin embargo, la información sobre su efecto en el sistema cardiovascular es escasa.

Objetivos: Evaluar la vinculación entre los títulos de anticuerpos anti-dsDNA y los parámetros ecocardiográficos en pacientes con LES.

Material y métodos: El diseño del estudio fue transversal. Se incluyó a 67 pacientes con diagnóstico de LES de acuerdo con los criterios EULAR/ACR 2019, con edad ≥ 18 años. Dos cardiólogos certificados cegados a la información clínica de los pacientes realizaron un ecocardiograma transthorácico. Se midieron los títulos de anticuerpos anti-dsDNA. La distribución de la normalidad se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las correlaciones entre los títulos de anti-dsDNA y los parámetros ecocardiográficos se determinaron con el coeficiente de correlación de Spearman (rs). Un valor de p < 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: La mediana de edad de los pacientes con LES fue de 37.0 (24.0-42.0) años y 89.6% correspondió a mujeres. La comorbilidad cardiovascular más prevalente en esta población fue hipertensión arterial, la cual se presentó en un 20.9%. Las características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. Se encontró una correlación moderada positiva entre anticuerpos

anti-dsDNA y la masa indexada del ventrículo izquierdo ($rs = 0.332, p = 0.006$), una correlación moderada positiva entre anticuerpos anti-dsDNA y la relación de velocidad de flujo mitral temprana y la velocidad diastólica temprana del anillo mitral (E/e') ($rs = 0.368, p = 0.003$) y una correlación moderada positiva entre anticuerpos anti-dsDNA y la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) ($rs = 0.326, p = 0.013$). No se encontró una correlación significativa entre anticuerpos anti-dsDNA y el resto de las variables del ecocardiograma ($p > 0.05$). Las correlaciones se muestran en la **Tabla 2**.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de pacientes con LES. (CG123)

Características	Pacientes con LES (n = 67)
Edad, años, mediana (p25-p75)	37.0 (24.0-42.0)
Mujeres, n (%)	60 (89.6)
DMT2, n (%)	3 (4.5)
HTA, n (%)	14 (20.9)
Dislipidemia, n (%)	4 (6.0)
Obesidad, n (%)	9 (13.4)
Tabaquismo activo, n (%)	8 (11.9)
Duración de la enfermedad, meses, mediana (p25-p75)	72.0 (28.0-120.0)
Anti-dsDNA, mediana (p25-p75)	0.0 (0.0-160.0)
Hidroxicloroquina, n (%)	59 (88.1)
Glucocorticoides, n (%)	54 (80.6)
Masa indexada del VI, g/m ² , mediana (p25-p75)	60.14 (47.69-77.77)
E/e', mediana (p25-p75)	6.58 (5.80-8.45)
Volumen indexado de la AI, ml/m ² , mediana (p25-p75)	26.46 (20.71-31.26)
FEVI, %, media ± DE	57.86 ± 6.76
GLS, %, media ± DE	-18.97 ± 3.30
TAPSE, mm, mediana (p25-p75)	22.0 (20.0-24.0)
PSAP, mmHg, media ± DE	23.1 ± 7.6

LES, lupus eritematoso sistémico; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA hipertensión arterial; anti-dsDNA, anticuerpos anti-DNA doble cadena; VI, ventrículo izquierdo; E/e', relación de la velocidad de entrada mitral temprana y la velocidad diastólica temprana del anillo mitral; AI, aurícula izquierda; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; GLS, deformación longitudinal global; TAPSE, desplazamiento sistólico del plano del anillo tricúspideo; PSAP, presión sistólica de la arteria pulmonar.

Tabla 2. Correlaciones entre anticuerpos anti-dsDNA y parámetros del ecocardiograma. (CG123)

	Masa indexada del VI	E/e'	Volumen indexado de la AI	FEVI	GLS	TAPSE	PSAP
Anti-dsDNA	$rs = 0.332$ $p = 0.006$	$rs = 0.368$ $p = 0.003$	$rs = 0.157$ $p = 0.220$	$rs = 0.002$ $p = 0.989$	$rs = 0.011$ $p = 0.937$	$rs = 0.004$ $p = 0.973$	$rs = 0.326$ $p = 0.013$

Anti-dsDNA, anticuerpos anti-DNA doble cadena; VI, ventrículo izquierdo; E/e', relación de la velocidad de entrada mitral temprana y la velocidad diastólica temprana del anillo mitral; AI, aurícula izquierda; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; GLS, deformación longitudinal global; TAPSE, desplazamiento sistólico del plano del anillo tricúspideo; PSAP, presión sistólica de la arteria pulmonar.

Conclusiones: Los títulos más elevados de anticuerpos anti-dsDNA se relacionan con un mayor índice de masa del ventrículo izquierdo, mayor E/e y mayor PSAP, lo que podría conducir al desarrollo de hipertrofia ventricular, disfunción diastólica e hipertensión pulmonar, respectivamente. La realización de un ecocardiograma transtorácico puede ser de utilidad para detectar anomalías cardiovasculares tempranas en pacientes con LES, especialmente aquellos con títulos elevados de anticuerpos anti-dsDNA, por lo que debe considerarse su realización como parte de la evaluación cardiovascular de esta población específica.

Bibliografía

1. Tsokos GC. Systemic lupus erythematosus. N Engl J Med. 2011;365 (22):2110-21.

2. Patino-Trives AM, Pérez-Sánchez C, Pérez-Sánchez L, Luque-Tevar M, Ábalos-Aguilera MC, Alcaide-Ruggiero L, et al. Anti-dsDNA antibodies increase the cardiovascular risk in systemic lupus erythematosus promoting a distinctive immune and vascular activation. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2021;41(9):2417-30.

CG124

Síndrome similar a púrpura trombocitopénica trombótica asociada a lupus eritematoso sistémico: reporte de un caso

Cervantes-Ramírez RE, Ventura-Valenzuela ME, González-Díaz V, Ceniceros-Ruiz B, Saldaña-Campos EM

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La anemia hemolítica microangiopática (AHMA), similar a la púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) y relacionada con LES, es una afección inexplicable en un paciente que cumple criterios para lupus sistémico; esta anomalía puede vincularse con otros hallazgos típicos de PTT, pero no sin una reducción notable de la actividad de ADAMTS13. La prevalencia de LES y PTT es de 1% a 4% y, aunque la mortalidad es baja en la PTT común, cuando se acompaña de LES el cuadro es diferente, hasta alcanzar entre 34% y 62.5%, con mayor riesgo de recurrencia.

Objetivos: Describir una presentación infrecuente del lupus eritematoso sistémico.

Descripción del caso: Paciente femenino de 22 años de edad con antecedente de epilepsia, en tratamiento con levetiracetam y topiramato, con cuadro de 15 días de evolución de astenia, fiebre y sangrado transvaginal. En los parámetros se detectó pancitopenia y se iniciaron pulsos de metilprednisolona, sin mejoría, por lo cual acudió a la institución de los autores. La exploración física reveló úlcera oral y artralgias. Refiere antecedente de Raynaud. A su ingreso se observan bicitopenia con Hb 10.95 (normo-normo) y plaquetas de 28 000, sin leucopenia, Coombs negativo, DHL elevada, haptoglobinas bajas, reticulocitosis y frotis de sangre periférica con esquistocitos, función renal preservada, pero con acantocitos en sedimento urinario; complemento agotado, ANAS con patrón nuclear granular grueso, anti-SSA, SSB y Ro52 positivos; y se clasificó de acuerdo con criterios de ACR EULAR con lupus eritematoso sistémico. Los valores de actividad de ADAMTS13 fueron de 12% y anti-ADAMTS13 IgG en límites indeterminados. Durante su evolución intrahospitalaria se realizó RMN de cráneo que identificó como hallazgo incidental hematoma subdural; además, mostró trombosis superficial en brazo derecho y crisis convulsivas. Se iniciaron pulsos de metilprednisolona, recambio plasmático, ciclofosfamida y rituximab.

Resultados: Gran parte de los casos de microangiopatía trombótica que ocurren en el LES se vincula con actividad normal o casi normal de ADAMTS13. Esto sugiere un mecanismo patogénico diferente del observado en la PTT idiopática, lo que sugiere la teoría de dos activaciones del endotelio: a) liberación de citocinas inflamatorias y b) activación plaquetaria y exocitosis endotelial de multímeros del factor de von Willebrand ultralargos (ULVWF). Esto causaría una insuficiencia relativa de ADAMTS13 como resultado de una exocitosis excesiva de ULVWF. Merayo et al notificaron la presencia de anticuerpos anti-Ro como otros autoanticuerpos encontrados con mayor frecuencia en la PTT relacionada con LES (50%) en comparación con pacientes con LES y sin PTT. Además, en ese estudio sólo el 12% de los pacientes reunió todos los criterios clínicos para el diagnóstico de PTT; se recomienda mayor cuidado al realizar la evaluación de este subgrupo. Los datos retrospectivos de múltiples estudios han identificado que el recambio plasmático puede tener un beneficio de supervivencia incluso en ausencia de ADAMTS13 deficiente. La MAT vinculada con la enfermedad reumatológica tiene más recaídas, por lo que los tratamientos combinados con fármacos citotóxicos o biológicos tienen una mayor tasa de remisión que la plasmáferesis o los inmunosupresores aislados.

Conclusiones: La PTT y el síndrome similar a PTT son dos enfermedades diferentes, aunque su característica patológica subyacente y el fenotipo hematológico son similares, con un mayor número de recaídas en este último a pesar de no tener todos los hallazgos clínicos y paraclínicos indicativos de PTT.

Bibliografía

- Blum D, Blake G. Lupus-associated thrombotic thrombocytopenic purpura-like microangiopathy. *World J Nephrol.* 2015;4(5):528-531.
- Chang JC. TTP-like syndrome: novel concept and molecular pathogenesis of endotheliopathy-associated vascular microthrombotic disease. *Thromb J.* 2018;16:20.

CG125

Correlación de densidad mineral ósea de columna y cuello femoral con variables clínicas en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Gómez-Ramírez EE, Ramírez-Villafaña M, Esparza-Guerrero Y, Gómez-Camarena JJ, Ponce-Guarneros JM, Martelli-García A, Cardona-Muñoz EG, Gámez-Nava JI, González-López L

Centro Universitario Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) modifica el remodelado óseo por exceso de resorción ósea en relación con la enfermedad y con algunos tratamientos; se han realizado pocos estudios sobre la densidad mineral ósea (DMO) en mujeres mexicanas con esta enfermedad.

Objetivos: Correlacionar la DMO de columna y cuello femoral con variables clínicas en pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a 130 mujeres con diagnóstico de LES (1997) y se investigaron variables epidemiológicas y clínicas (tiempo de evolución de la enfermedad, SLEDAI y MEX-SLEDAI). La DMO se cuantificó con absorciometría dual de rayos X (DXA). Análisis estadístico: prueba de correlación de Pearson para variables de interés.

Resultados: Las pacientes tenían una edad promedio de 44 años, con una duración de la enfermedad promedio de 12 años. El 36% de las pacientes tenía menopausia y, en cuanto a la DMO de columna, se registró un promedio de 1.05 g/cm² y la media de DMO en cuello femoral fue de 0.93 g/cm². La DMO de columna AP L1-L4 se correlacionó de modo negativo con la edad ($r = -0.35$, $p < 0.001$), tiempo de duración del LES ($r = -0.267$, $p = 0.002$), mientras que la DMO de cuello femoral se correlacionó negativamente con la edad ($r = -0.243$, $p = 0.005$). La DMO fue menor en mujeres mayores de 50 años en columna (0.96 ± 0.15 vs. 1.1 ± 0.15 , $p < 0.001$) y cuello femoral (0.87 ± 0.14 vs. 0.97 ± 0.13 , $p < 0.001$). Se reconoció una tendencia a menor DMO en pacientes con más de 10 años de duración de la enfermedad tanto en columna (1.03 ± 0.18 vs. 1.08 ± 0.14 , $p = 0.08$) como en cuello femoral (0.91 ± 0.16 vs. 0.95 ± 0.11 , $p = 0.06$), aunque no fue estadísticamente significativa. La DMO no se vinculó con el consumo o la dosis de glucocorticoides.

Conclusiones: Los pacientes con LES sufren una disminución de la DMO con mayor tiempo de evolución de la enfermedad a pesar de ser pacientes jóvenes. Hasta el momento no se ha encontrado una correlación con otras variables clínicas ni con tratamiento con glucocorticoides.

CG126

Hemorragia alveolar difusa y anemia hemolítica autoinmune como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípidos

Jiménez-Farfán ES, Irazoque-Palazuelos F

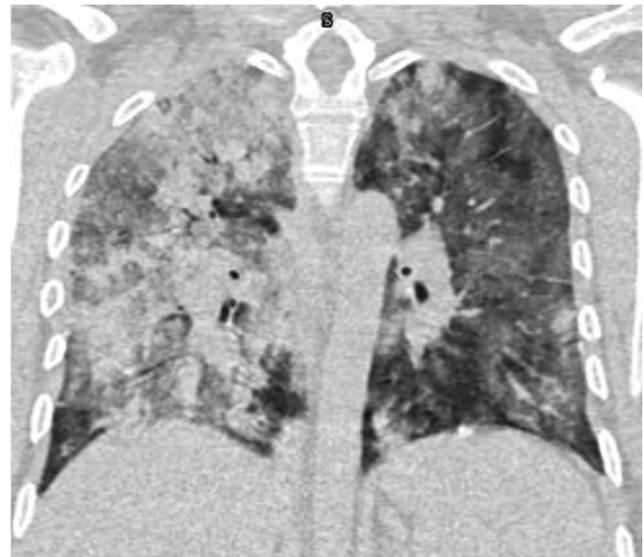
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) puede ser la manifestación inicial del lupus eritematoso sistémico (LES) en menos del 20% de los casos. Su prevalencia varía de 2% a 4.7%. Se describe un caso de un hombre de 27 años que muestra dos manifestaciones graves: anemia

hemolítica autoinmunitaria (AHA) y HAD, como manifestaciones iniciales del LES con anticuerpos antifosfolípidos triple positivo, con adecuada respuesta al tratamiento inmunosupresor combinado.

Resultados: Hombre de 27 años de edad, previamente sano. Inició el padecimiento con dolor torácico opresivo, tos no expectorante y disnea que evolucionó a ortopnea de 24 horas de evolución. Acude a la unidad médica con insuficiencia respiratoria aguda, que exige ventilación mecánica invasiva, y se documenta anemia con trombocitopenia grave, además de ocupación alveolar en imagen tomográfica; por lo tanto, se lo refiere a esta unidad en las primeras 48 horas. Ingresa a cuidados intensivos sin evidencia de foco séptico, pero se corrobora hemólisis y consumo de complemento, además de que la tomografía indica ocupación alveolar difusa muy sospechosa de HAD (**Figura 1**). Bajo sospecha de enfermedad de tejido conectivo se instituye tratamiento antibiótico de amplio espectro y con posterioridad tres bolos de metilprednisolona, inmunoglobulina G humana a dosis 2 g/kg y ciclofosfamida intravenosa a razón de 1.5 g/dosis; la evolución es adecuada, se corrigen los parámetros de hemólisis y mejora la mecánica ventilatoria hasta la extubación. Se descartó compromiso renal o falla de cualquier otro órgano. A los siete días los resultados inmunológicos registran anticuerpos antinucleares con patrón moteado fino, y anti-Ro positivo, así como anticardiolipinas IgG e IgM, anti-β2-glicoproteína IgG e IgM y anticoagulante lúpico positivos (triple positividad), lo que satisface los criterios clasificatorios de LES. Egresó de cuidados intensivos a las dos semanas de tratamiento y recibe el alta a los 21 días, con trombocitopenia leve y sin otros signos de actividad. En consulta externa se decide la administración de anti-CD20 y azatioprina; para mantenimiento, reducción progresiva de esteroides y antiagregante plaquetario, ante la ausencia de episodios trombóticos.

Figura 1. Tomografía simple de tórax en corte coronal realizada al inicio del cuadro clínico; las imágenes son indicativas de ocupación alveolar. (CG126)



Conclusiones: Dentro de las manifestaciones pleuropulmonares de LES, la HAD es una complicación infrecuente pero potencialmente letal, en la que existe casi siempre diagnóstico previo de LES. Destaca la afección grave de dos sistemas (HAD y AHA) como manifestaciones iniciales en un paciente adulto previamente sano, cuadro clínico que se ha informado con mayor frecuencia en pacientes de edad pediátrica. Dado el compromiso respiratorio grave en este caso, se optó por el tratamiento de manera oportuna de dosis altas de esteroides, ciclofosfamida e inmunoglobulina G humana. Los efectos sobre la supervivencia de este paciente fueron positivos. Si se considera que en la actualidad no existen guías de tratamiento específicas, el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la HAD mejoran el pronóstico de esta entidad a pesar de su elevada mortalidad, por lo que el informe de los casos que han respondido a tratamiento inicial cobra gran relevancia para futuras investigaciones.

Bibliografía

1. Al-Adhoubi NK, Bystrom J. Systemic lupus erythematosus and diffuse alveolar hemorrhage, etiology and novel treatment strategies. *Lupus*. abril de 2020;29(4):355-63.
2. Quintana JH, Aragón CC, Santos VA, de las Salas A, Tafur RA, Aguirre-Valencia D, et al. Diffuse alveolar hemorrhage: a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *JCR J Clin Rheumatol*. octubre de 2020;26(7S): S153-7.

CG127

Estudio de inmunoespecificidad en un grupo de pacientes con lupus eritematoso generalizado en un hospital de la Secretaría de Salud

García-Cerda D¹, Vázquez-Camacho M¹, Mendoza-Lujambio I¹, Ortiz-Villalvazo MA², Fariás-Sierra AL¹, García-Valladares I³, García-Bernal AC³, Nava-Zavala AH¹, Gómez-Loza L¹, Velasco-Ibarra E¹, Rivas-Casillas NC¹, Marín-Rosales M¹, Zuno-Silva W¹, Sánchez-Armería LM¹, Valenzuela-González L¹, García-De la Torre I¹

⁽¹⁾Hospital General de Occidente, SSA, Guadalajara, ⁽²⁾Hospital MAC Guadalajara, ⁽³⁾Centro de Estudios de Investigación Básica y Clínica SC

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria con afectación multiorgánica que muestra diversas manifestaciones clínicas. En la actualidad, el método de inmunotransferencia (*line blot*) permite la detección simultánea de 18 anticuerpos en forma semicuantitativa.

Objetivos: Describir la frecuencia de la inmunoespecificidad de anticuerpos en pacientes con lupus detectados por *line blot* en una población del occidente de México.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de LES por criterios de SLICC 2012 y ACR 1987 (Rev. 1997); se tomó una muestra de suero y se usó para la detección de anticuerpos el kit de *Inmunoblot ANA profile 5* de Euroimmun, con el que pueden identificarse los anticuerpos contra AMA-M2, ribosomal, histona, nucleosoma, dsDNA, PCNA, centrómero B, Jo-1, PM-Scl-100, Scl-70, SS-B, Ro52, SS-A, Sm, RNP-70, RNP-A, RNP-C y RNP/Sm. La detección de anticuerpos anticelulares se realizó por inmunofluorescencia indirecta en sustrato de células HEp 2 (Inova Diagnostics, Inc., San Diego, CA., Estados Unidos).

Resultados: Se incluyó a 150 pacientes: 5 hombres y 145 mujeres; fueron positivos para ANA 120 (80%). Por *immunoblot* se detectaron los siguientes anticuerpos: anti-SSA 49 (32.6%), anti-Ro-52 42 (28%), antinucleosomas 40 (26.6%), anti-nRNP/Sm 34 (22.6%), anti-dsDNA 30 (20%), antihistonas 27 (18%), anti-Sm 26 (17.3%), anti-SS-B 21 (14%), anti-P Ribosomal 20 (13.3%), anti-RNP-A 17 (11.3%), anti-AMA-M2 9 (6%), anti-PCNA 6 (4%), anti-RNP-C 6 (4%), anti-RNP-70 6 (4%), anti-CENP-B 5 (3.3%), PM-SCL100 3 (2%), anti-Scl-70 1 (0.66%) y anti-Jo-1 0 (0%) (Figura 1).

(20%), antihistonas 27(18%), anti-Sm 26 (17.3%), anti-SS-B 21 (14%), anti-P ribosomal 20 (13.3%), anti-RNP-A 17 (11.3%), anti-AMA-M2 9 (6%), anti-RNP-70 6 (4%), anti-RNP-C 6 (4%), anti-PCNA 6 (4%), anti-CENP-B 5 (3.3%), anti-PM-Scl-100 3 (2%), anti-Scl-70 1 (0.66%) y anti-Jo-1 0 (0%) (Figura 1).

Conclusiones: Este estudio muestra la frecuencia de anticuerpos detectados por inmunotransferencia en el lupus; es el primer estudio de este tipo realizado en una población mestiza y ha encontrado como anticuerpo predominante el anti-SSA/Ro, seguido de su fracción anti-Ro-52 y en tercer lugar los antinucleosomas, con una menor prevalencia de anti-dsDNA y anti-Sm de 20% y 17.3%, respectivamente, además de mostrar una detección menor de otros anticuerpos en esa población, en comparación con cohortes internacionales en las que el antinucleosoma, el anti-dsDNA y el anti-Sm son los más prevalentes, en ese orden; esto sugiere que posiblemente la raza y la ubicación geográfica podrían tener un papel determinante en la autoinmunidad contra estas proteínas celulares.

Bibliografía

1. Yi A, Lee C-H, Moon H-W, Kim H, Hur M, Yun Y-M. Evaluation of the LIA-ANA-Profile-17S for the detection of autoantibodies to nuclear antigens. *Clin Biochem* [Internet]. 2018;55:75-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.020>.

CG128

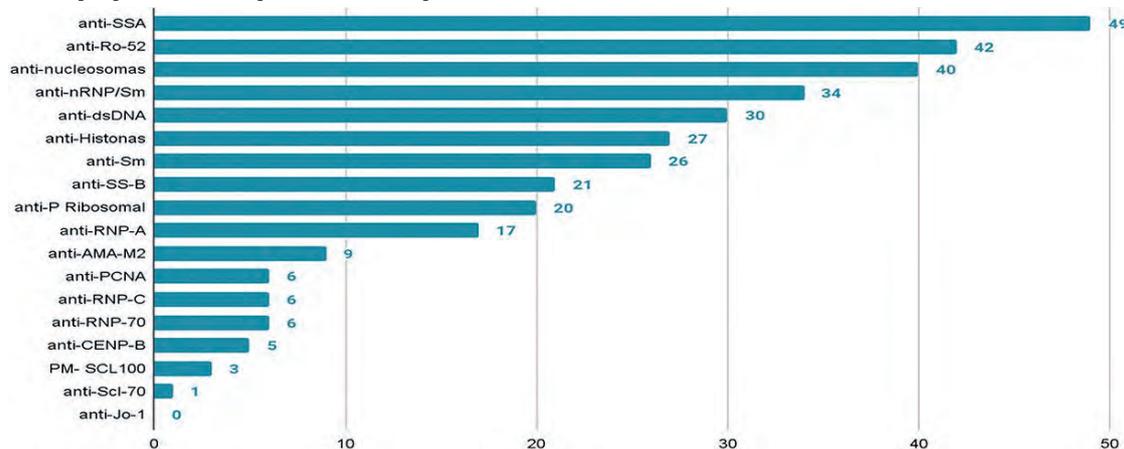
La gran imitadora: lupus eritematoso sistémico presentándose como enteritis lúpica y linfadenopatía generalizada

Álvarez-Sánchez VA¹, Santiago-Pérez AG², Ceballos-Pérez MP², Juárez-de Dios JI², Betancour-Miranda PC²

⁽¹⁾Hospital General de Occidente, SSA, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria rara, con compromiso multisistémico producida por anticuerpos contra antígenos nucleares y citoplasmáticos, y más frecuente en mujeres (15:1); su diagnóstico se determina con los criterios 2019 de la *European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology* (EULAR/ACR). La enteritis lúpica (EL) tiene una prevalencia de 0.2% a 2%, se considera un tipo de vasculitis y se caracteriza por dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea y sangrado de tubo digestivo. El diagnóstico se establece con tomografía computarizada (TC) en la que se identifica engrosamiento de las paredes intestinales secundario a edema submucoso. La linfadenopatía generalizada en el LES es extremadamente rara y se vincula con actividad de la enfermedad, mayores síntomas constitucionales, valores

Figura 1. Anticuerpos positivos en 120 pacientes con LES por método de *immunoblot*. (CG127)



incrementados de anticuerpos anti-DNA doble cadena y disminuidos de complemento.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente que acude con linfadenopatía generalizada y síntomas gastrointestinales en quien se diagnostican LES y EL.

Resultados: Mujer de 33 años, originaria de Yucatán, sin enfermedades crónicas. Inicia padecimiento nueve meses antes del ingreso con fatiga, alopecia generalizada, fiebre intermitente de 39°C y pérdida no intencionada de 40% de peso corporal. Seis meses previos se agregan náusea, vómito y dolor abdominal, de aparición intermitente. Diez días antes se añaden dolor pleurítico en hemitórax izquierdo, disnea mMRC 2, así como dolor abdominal, diarrea acuosa y cuatro episodios de hematoquecia, por lo que acude a valoración médica. Exploración física: prueba de tirón positiva, sin otras manifestaciones dermatológicas, ni en mucosas ni en articulaciones, con hepatoesplenomegalia palpable, linfadenopatía cervical supraclavicular e infraclavicular, axilar e inguinal bilateral. Los estudios de laboratorio se presentan en la **Tabla 1**. La TC señala engrosamiento de la pared del ciego de 8 mm, así como adenopatías en la cadena yugular supraclavicular, infraclavicular, axilares bilaterales, mediastínicos, en las cadenas ilíacas e inguinales bilaterales. La colonoscopia informa válvula ileocecal e fleo terminal con aumento de volumen, mucosa con vellosidades irregulares, edema y eritema en parches; se establece ileitis terminal y aguda confirmada en el estudio histopatológico. La biopsia escisional de ganglios inguinales indica hiperplasia sinusal. Con base en los criterios de EULAR 2019, esta paciente satisface el criterio inicial y suma 17 puntos de los criterios aditivos, de tal modo que se clasifica como LES. Los síntomas y hallazgos en TC, la colonoscopia y la histopatología llevan a diagnosticar EL. Por escala SLEDAI-2K se obtienen 10 puntos, por lo que se inicia tratamiento con 40 mg de metilprednisolona, con remisión de los síntomas, por lo que se egresa con prednisona, ácido micofenólico e hidroxycloquina. Tras un seguimiento de tres meses la paciente no muestra ya síntomas gastrointestinales ni linfadenopatía clínica.

Tabla 1. Estudios de laboratorio. (CG128)

Prueba	Resultado	Valor de referencia
Hemoglobina	5.70 g/dL	12.00-14.00
Volumen globular medio	86.30 fL	78.00-100.00
Hemoglobina corpuscular media	23.70 pg	27.00-34.00
Índice reticulocitario	0.79 %	
Leucocitos	1 100/μL	4 000-12 000
Linfocitos #	390/	1 000-4 200
Neutrófilos #	480/μL	2 000-6 000
Plaquetas	295 000/μL	150 000-450 000
Tiempo de protrombina	10.80 s	9.40-12.50
Tiempo de tromboplastina parcial activada	28.40 s	25.10-36.50
Índice de normalidad (INR)	0.97	1.00-2.00
Creatinina	0.47 mg/dL	0.50-0.90
Bilirrubina total	0.33 mg/dL	0.00-1.20
ELISA VIH	Negativo	Negativo
Anticuerpos hepatitis C	Negativo	Negativo
Antígeno de superficie hepatitis B	Negativo	Negativo
Velocidad de sedimentación globular	66.00 mm/h	0.00-20.00
Proteína C reactiva	6.10 mg/L	0.00-5.00
Complemento C3	41.00 mg/dL	90.00-180.00
Complemento C4	2.00 mg/dL	10.00-40.00
Anticuerpos antinucleares	Positivo: moteado grueso 1:2 560	< 1:40
Anticuerpos anti-DNA	Positivo: 28.90 UI/mL	0.00-20.00
Anticuerpos anti-Smith	Positivo: 173.48 UR/mL	0.00-20.00

Anticuerpos ANCA-P	6.86 UR/mL	0.00-20.00
Anticuerpos ANCA-C	1.25 UR/mL	0.00-20.00

Conclusiones: La EL es una complicación potencialmente letal y su diagnóstico oportuno es crucial para el inicio de tratamiento y prevención de complicaciones. La linfadenopatía generalizada no se considera criterio diagnóstico para LES, pero se correlaciona con actividad de la enfermedad. Las manifestaciones clínicas del LES son heterogéneas. Los síntomas constitucionales, gastrointestinales y linfadenopatía generalizada de la paciente incluyen un amplio abanico de diagnósticos diferenciales infecciosos, linfoproliferativos, hematológicos e inflamatorios intestinales, los cuales se descartaron con los estudios presentados. La respuesta terapéutica favorable y el seguimiento apoyan los diagnósticos determinados.

Bibliografía

1. Kitsanou M, Andreopoulou E, Bai MK, Elisaf M, Drosos AA. Extensive lymphadenopathy as the first clinical manifestation in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2000 Feb;9(2):140-3.
2. Chen L, He Q, Luo M, Gou Y, Jiang D, Zheng X, Yan G, He F. Clinical features of lupus enteritis: a single-center retrospective study. *Orphanet Journal of Rare Diseases*. 2021 Dec;16(1):1-8.

CG129

Síndrome antifosfolípido (SAF) catastrófico: reporte de caso

Guillén-Durán CA, Santiago-Manzano ME

Hospital General Pachuca

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) catastrófico se caracteriza principalmente por su gravedad y rápida evolución, que conduce a falla multiorgánica efecto de la trombosis en la microvasculatura. Corresponde a una forma poco frecuente de SAF y representa el 1% de éste; el 70% de estos casos ocurre en mujeres jóvenes, aunque también se han descrito casos en recién nacidos y personas de edad avanzada de ambos géneros. La mortalidad puede ascender hasta el 40% de los casos. Las características en común de estos casos son: afectación multiorgánica (tres o más órganos), evidencia anatomopatológica de oclusión de múltiples vasos de pequeño calibre y títulos de anticuerpos antifosfolípidos elevados.

Resultados: Caso clínico: paciente masculino de 21 años, con obesidad mórbida, diagnóstico de SAF primario en 2019; positividad a anticuerpos anticardiolipinas IgG e IgM, anti- 2 glucoproteína IgG e IgM, y anticoagulante lúpico. En julio de 2019 presenta primer episodio de trombosis venosa en la extremidad inferior derecha en zona poplíteas (documentada con Doppler venoso), y lo valora de manera inicial el servicio de hematología en una institución privada, que diagnostica SAF. Entre julio de 2019 y marzo de 2021 se registran nuevos episodios de trombosis en las extremidades inferiores, que se tratan en un hospital privado con anticoagulación con heparina de bajo peso molecular en dosis terapéuticas, con resolución y mejoría, y continuación posterior con inhibidor directo del factor Xa. En febrero de 2022 muestra otra vez signos de trombosis en la extremidad inferior derecha, motivo por el cual se lo refiere al Hospital General de Pachuca, donde se descarta la superposición con lupus eritematoso sistémico o alguna otra enfermedad autoinmunitaria. Durante la hospitalización, pese al tratamiento con anticoagulación a dosis terapéuticas, padece episodios de trombosis en la extremidad inferior izquierda, y luego datos de disnea súbita; se documenta tromboembolismo pulmonar; más adelante revela signos de deterioro de la función renal y se identifica trombosis en las arterias renales derecha e izquierda, y episodio coronario vinculado con trombosis intracavitaria cardíaca. El tratamiento se basó en heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas, pulsos de esteroide, antipalúdico, estatina e inmunoglobulina intravenosa, y se sugiere el uso de plasmáferesis. Debido a la gravedad del cuadro, continúa con falla multiorgánica y fallece tras las primeras 48 horas de sufrir trombosis en múltiples niveles.

Conclusiones: Este caso satisface los criterios para SAF catastrófico, cuya incidencia se sitúa en un 1% de todos los casos de SAF y se considera una

variante rara, pero letal, de dicho síndrome, y más rara aún en pacientes masculinos. Respecto del diagnóstico, se han establecido criterios diagnósticos para el SAF catastrófico definido o confirmado: afectación de tres o más órganos, sistemas o tejidos; presencia de la lesión multiorgánica en menos de siete días; confirmación histopatológica de oclusión de vasos pequeños; presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Las manifestaciones de falla orgánica más frecuentes son renales (73%), pulmonares (60%), neurológicas (56%), cardíacas (50%) y dérmicas (47%). Los hallazgos bioquímicos más sobresalientes son la trombocitopenia (67%) y la presencia de anticoagulante lúpico (83%), anticuerpos anticardiolipinas IgG (81%) y anticuerpos anti-β2 glucoproteína IgG (78%). En cuanto a la terapéutica, se han revisado tratamientos individuales y combinados. De los primeros, los más indicados son anticoagulantes, esteroides, plasmáferesis e inmunoglobulina intravenosa. Entre los segundos (con mayor efectividad teórica) sobresalen los anticoagulantes con esteroides y los anticoagulantes + esteroides + plasmáferesis/inmunoglobulina intravenosa. La mortalidad fluctúa entre 30% y 50% y depende de las manifestaciones adjuntas.

Bibliografía

1. Legault K, Schunemann H, Hillis C, Yeung C, Ak EA, Carrier M, et al. McMaster RARE Best practices clinical practice guideline on diagnosis and management of the catastrophic antiphospholipid syndrome. *J Thromb Haemost.* 2018 Jun 7;16(8):1656-64.
2. Rodríguez-Pintó I, Moitinho M, Santacreu I, et al. Catastrophic antiphospholipid syndrome (CAPS): descriptive analysis of 500 patients from the International CAPS Registry. *Autoimmun Rev.* 2016;15:1120-4.

CG130

Lupus eritematoso sistémico como síndrome paraneoplásico

Herbert-Anaya Z, González-Enríquez JO, Carmona-García CF, Gómez-Hernández J, Abud-Mendoza C, Aguilera Barragán-Pickens G

Hospital Central Dr. Ignacio Morones, SLP

Introducción: En las neoplasias, los anticuerpos antinucleares (ANA) se presentan como epifenómeno relacionado con la liberación de proteínas antigénicas tumorales; su potencial como biomarcadores del pronóstico es aún controvertido. Los pacientes asintomáticos pueden mostrar cifras elevadas de ANA antes del diagnóstico de neoplasias sólidas. La presencia de ANA en el cáncer cervicouterino (CaCu) es poco frecuente. Algunas series han calculado una prevalencia hasta de 25% en los adenocarcinomas y carcinomas de células escamosas. El LES paraneoplásico es una entidad poco frecuente caracterizada por artritis no deformante, serositis, fenómeno de Raynaud y ANA de títulos altos.

Objetivos: Describir el caso de un paciente con CaCu indiferenciado con criterios de LES.

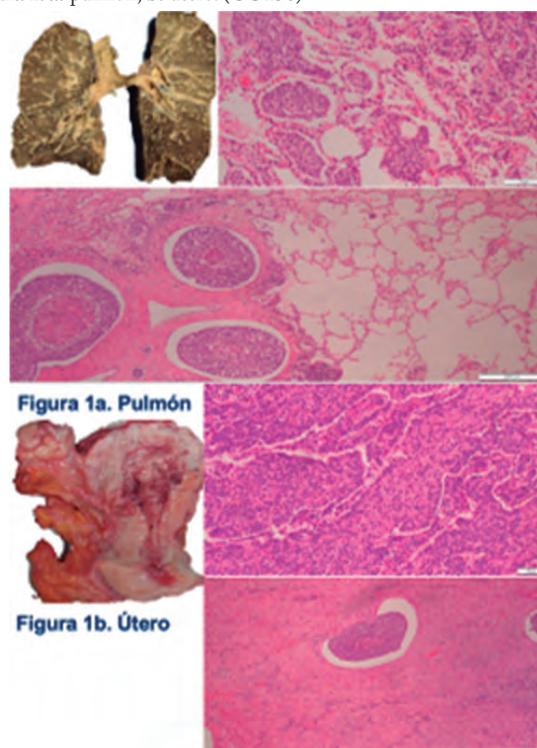
Resultados: Paciente femenino de 38 años con los siguientes antecedentes: GO: G5, P3, A2, implantes mamarios y liposucción cinco y dos años previos; niega inmunizaciones para SARS-CoV-2. Inicia en diciembre 2021 en otro hospital con trombosis venosa profunda (TVP) en el miembro pélvico izquierdo; US Doppler: TVP en vena femoral común, superficial, profunda y vena poplítea, tratada con rivaroxabán (20 mg c/24 h). Tomografía (TAC) de abdomen y pelvis sin hallazgos relevantes, Ca 19-9 4.6 U/mL (0-33), Ca-125 13.2 (0-21), colpocitología con células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), anticuerpos antifosfolípidos negativos, antifosfatidil serina IgG 5.7 GPL-U/mL (0-10), IgM 8.7 (0-10), ANA 1:1 280 nuclear granular grueso (negativo). En marzo 2022 se agregan fenómeno de Raynaud, fiebre de predominio nocturno hasta de 38.5°C, pérdida ponderal de 10 kg y artropatía inflamatoria en carpos y rodillas; se prescribe hidroxicloroquina (200 mg c/24 h), deflazacort (6 mg c/12 h) y calcitriol (0.25 mg c/24 h), y continúa con rivaroxabán (20 mg c/24 h). Tres semanas después se añaden tos seca, disnea de medianos esfuerzos progresiva (MRC 2), ortopnea, antígeno de SARS-CoV-2: no reactiva, ferritina 29.3 ng/mL (6.24-137), dímero D 2 433.50 ng/mL (0-500); angio-TAC de tórax simple y contrastada: in-

filtrados alveolares bilaterales, condensación en lóbulo superior izquierdo, adenopatías axilares bilaterales, sin evidencia de tromboembolia pulmonar. Se inició tratamiento con levofloxacina y egresa por mejoría con oxígeno domiciliario. Dos semanas posteriores precisó aumento de requerimientos de oxígeno y sufre disnea de mínimos esfuerzos, por lo que se la lleva a urgencias del hospital de los autores. Exploración física: T: 36.7°C, FC 120 lpm, TA 110/70 mmHg, SO₂ 70%, fatiga, diaforesis, palidez de tegumentos, tiraje intercostal, uso de músculos accesorios, campos pulmonares con estertores generalizados, precordio taquicárdico y rítmico, extremidades con pulsos presentes. Los estudios de laboratorio se hallan en la **Tabla 1**. Ingresa a la unidad de cuidados intensivos: gases arteriales con acidosis respiratoria y síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) grave, PaO₂/FiO₂: 97 mmHg; se inició ventilación mecánica asistida, con norepinefrina (10 g/min) y vasopresina (0.04 U), piperacilina-tazobactam (4.5 g c/6 h), hidrocortisona (50 mg c/6 h), enoxaparina (50 mg c/12 h SC), PCR para SARS-CoV-2 reactiva. Luego de 24 horas presenta EKG con S1Q3T3, y sufre choque cardiogénico, paro cardiorrespiratorio y muerte. Necropsia: corazón, trombos en ambas coronarias; pulmón, nódulos blanquecinos, fibrosis peribronqueal y trombos; cavidad uterina, ocupada por lesión exofítica friable, de 4 x 3 cm que invade miometrio hasta la serosa; ovarios, lesiones nodulares y exofíticas (**Figura 1**). Diagnóstico final: lupus eritematoso sistémico, carcinoma indiferenciado de cérvix, carcinomatosis linfagítica y tromboembolia pulmonar.

Tabla 1. Estudios de laboratorio. (CG130)

Hb	10.9	mg/dL	Glu	133	
PlaQ	604 000	K/μL	BUN	30	
Leu	10.6	K/μL	Cr	0.6	
Neu	9.3		PCR	9	mg/dL
Linf	0.7		Ferritina	29.3	ng/mL
VCM	69	fl	TP	12.82	s
HCM	20	pg	TTP	23	s
Dímero D	2 433.5	ng/mL	INR	1.1	

Figura 1. a: pulmón; **b:** útero. (CG130)



Conclusiones: Los ANA son el sello distintivo del LES y se ha encontrado un vínculo especial con CaCu; sin embargo, se desconoce su papel en este contexto.

Bibliografía

1. Vlaga A, Falagan S, Gutiérrez-Gutiérrez G, Moreno-Rubio J, Merino M, Zambrana F. Antinuclear antibodies and cancer: a literature review. Crit Rev Oncol Hematol. 2018 Jul;127:42-49.
2. Ladouceur A, Tessier-Cloutier B, Clarke A, Ramsey-Goldman R, Gordon C, Hansen JE. Rheum Dis Clin North Am. 2020 Aug;46(3):533-550.

CG131

Comparación de la geometría ventricular según el tiempo de evolución en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza IJ, Azpiri-López JR, Beltrán-Aguilar VM, González-González V, Arias-Peralta AG, De Ávila-González N, Cárdenas-De la Garza JA, Guajardo-Jáuregui N, García-Arellano G, Leal-Valdez A

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es un trastorno crónico autoinmunitario y multisistémico. Se calcula que la afección cardiovascular puede alcanzar hasta un 50% de los casos. Los pacientes con LES tienen un incremento del riesgo cardiovascular (CV) en comparación con la población general. Los cambios de la geometría ventricular (GV) pueden identificarse mediante la ecocardiografía y tienen relevancia dado que representan un riesgo elevado para el desarrollo de insuficiencia cardíaca e infarto agudo de miocardio.

Objetivos: Comparar los patrones de la GV entre pacientes con LES, según el tiempo de evolución de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y comparativo. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años que cumplieran con los criterios de clasificación de EULAR/ACR 2019 y que acudieron al servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José E. González en Monterrey, de agosto del 2014 a septiembre del 2022. Se evaluaron las características demográficas, bioquímicas, antropométricas y factores de riesgo cardiovascular. Se les realizó un ecocardiograma transtorácico. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para las características demográficas, en concordancia con su distribución, lo cual se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis comparativo entre grupos se utilizó ANOVA y Kruskal-Wallis o ji cuadrada según fuera el tipo de variable. Los pacientes se dividieron en cuartiles de acuerdo con la duración de la enfermedad.

Resultados: Se incluyó a 50 pacientes con LES. Las características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. Se encontró un incremento significativo de la edad conforme aumentaba la duración de la enfermedad ($p = 0.001$). La hipertensión arterial fue la comorbilidad más prevalente entre los grupos. La remodelación concéntrica fue el patrón de la geometría ventricular más frecuente. No se hallaron diferencias significativas de la geometría ventricular entre los grupos ($p = 0.158$).

Conclusiones: No se reconoció un aumento significativo de patrones anormales de la geometría ventricular conforme aumentaba el tiempo de duración de la enfermedad en pacientes con LES. Se requieren estudios con una mayor cantidad de pacientes para determinar de manera más concreta si existe alguna relación entre estas variables. Se observó que la remodelación concéntrica fue el patrón más frecuente, lo que sugiere el efecto del LES sobre el corazón.

Bibliografía

1. Zapata-Cárdenas A, Pinto-Peñaranda LF, Saldarriaga-Giraldo C, Velásquez-Franco CJ, Márquez-Hernández JD. The heart in systemic lupus erythematosus: structured literature review. Revista Colombiana de Reumatología. 2013;20.
2. Gómez-Doblas JJ, de Teresa E, Lamas GA. Ventricular geometry and heart failure. Rev Esp Cardiol. 1999 Jan;52(1):47-52.

Tabla 1. Características demográficas (n = 208). (CG131)

Variable	Cuartil 1 (n = 12)	Cuartil 2 (n = 16)	Cuartil 3 (n = 10)	Cuartil 4 (n = 12)	p
Duración de la enfermedad, años, mediana (iQR)	0.62 (0.08-1.12)	5.00 (3.62-6.00)	8.37 (7.00-9.68)	14.08 (11.56-19.54)	
Sexo, n (%)					
Mujer	10 (83.3)	16 (100.0)	9 (90.0)	12 (100.0)	NS
Edad, años, mediana (iQR)	25 (21-37)	34 (23-41)	38 (31-42)	49 (39-52)	0.001
Comorbilidades, n					
DM2	0	0	1	2	
HTA	2	1	2	6	
ERC	2	2	0	2	
Dislipidemia	1	2	1	0	
Obesidad	0	0	3	1	
Tabaquismo activo	2	2	3	1	
Resultados de laboratorio					
PCR, mg/dL, mediana (iQR)	0.53 (0.36-1.12)	0.37 (0.01-0.75)	0.60 (0.41-2.11)	0.63 (0.44-1.45)	NS
C3, mg/dL, media (± DE)	75.22 (42.59)	110.46 (36.96)	106.68 (44.08)	03.91 (33.58)	NS
C4, mg/dL, mediana (iQR)	12.18 (5.58-14.33)	18.20 (11.18-24.57)	15.42 (8.30-26.02)	13.54 (8.36-20.81)	NS
Anticuerpos					
ANA, mediana (iQR)	160 (160-2 240)	160 (160-2 240)	320 (140-5 120)	640 (200-2 560)	NS
Anti-DNAs, mediana (iQR)	20 (0-320)	0 (0-320)	10 (0-100)	0 (0-0)	NS
Anti-Ro, U/mL, mediana (iQR)	3.5 (2.0-129.0)	7.5 (2.0-120.2)	80.0 (2.0-181.0)	10.0 (2.0-130.2)	NS
Anti-La, U/mL, mediana (iQR)	2.00 (2.00-2.75)	2.00 (2.00-3.00)	3.50 (2.00-53.00)	2.50 (2.00-5.25)	NS
Anti-Sm, U/mL, mediana (iQR)	2.00 (2.00-31.00)	2.00 (2.00-10.25)	2.00 (2.00-3.00)	3.50 (2.00-45.50)	NS
Geometría ventricular, n (%)					
Normal	1 (8.3)	9 (56.3)	4 (40.0)	2 (16.7)	NS
Remodelación concéntrica	10 (83.3)	6 (37.5)	5 (50.0)	9 (75.0)	
Hipertrofia concéntrica	1 (8.3)	1 (6.3)	1 (10.0)	1 (8.3)	

En esta tabla se observan las características demográficas y clínicas de la muestra estudiada. Los cuartiles se dividieron de acuerdo con la duración del lupus eritematoso sistémico en años, mientras que en cada cuartil se expresaron las variables de manera individual. DE, desviación estándar; iQR, rango intercuartílico; DM2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; ERC, enfermedad renal crónica; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; ANA, anticuerpos antinucleares; anti-DNAs, anticuerpos anti-ADN de doble cadena; anti-Sm, anticuerpo anti-Smith.

CG132

Caso clínico de mujer de 23 años con bloqueo congénito cardíaco autoinmune y lupus eritematoso sistémico

Vázquez-Becerra LE, Casasola-Vargas JC

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El bloqueo cardiaco congénito autoinmunitario es una enfermedad adquirida inmunomediada que se relaciona con transferencia placentaria de anticuerpos maternos anti-Ro y La. El daño de los tejidos de conducción fetal por autoanticuerpos causa inflamación y fibrosis y conduce al bloqueo. Pueden desarrollarse otras complicaciones, como fibroelastosis endocárdica o insuficiencia valvular. El desarrollo ocurre entre las semanas 18 y 24 de gestación, en la forma de bradicardia fetal de 40 a 60 lpm.

Objetivos: Describir las características clínicas y el tamizaje del bloqueo congénito cardiaco autoinmunitario. Dar a conocer la evolución del paciente adulto con manifestaciones cardiacas de lupus neonatal y desarrollo de lupus eritematoso sistémico.

Resultados: Caso clínico: se trata de un paciente femenino de 24 años de edad, conocida por este servicio desde los 19 años por diagnóstico de lupus eritematoso juvenil, con detección a las 31 SDG por ultrasonido obstétrico, con bradicardia, hipertrofia derecha y derrame pericárdico; el embarazo se interrumpió por vía abdominal y se obtuvo un producto con bradicardia de 60 lpm con recuperación hasta 100 lpm durante la estimulación. El ecocardiograma y el Holter diagnosticaron bloqueo cardiaco completo de tercer grado. Se realizó abordaje que descartó una causa infecciosa y anatómica, por lo cual se solicitó serología a la madre (anti-Ro positivo); se estableció el diagnóstico de lupus neonatal con manifestaciones cardiacas, sin requerimiento de marcapasos. A los 12 años de edad se diagnosticó lupus eritematoso juvenil por criterios de SLICC 2012, 6 puntos (alopecia no cicatrizal, articular, leucopenia, trombocitopenia, proteinuria nefrótica, inmunológico) y recibió esquema de inducción a la remisión con ciclofosfamida intravenosa (6 bolos mensuales, 750 mg) y posterior esquema de mantenimiento cada tres meses del 2012 al 2014; la biopsia renal no reveló tejido renal. Se mantuvo sin datos de actividad. En septiembre del 2019, valorada por el servicio de ginecología, se indica ultrasonido transvaginal, que identifica embarazo intrauterino de 8.3 SDG; se realiza tamizaje para lupus neonatal, con negatividad para anti-Ro. A las 26 SDG se solicita ecocardiograma fetal: corazón estructuralmente sano y el servicio de cardiología no indica colocación de marcapasos; en febrero de 2020 se decide el término de embarazo por vía abdominal: producto sano, sin manifestaciones de lupus neonatal. En julio del 2021 sufrió recaída renal, con proteinuria de 3.8 g, por lo cual se inició tratamiento con ciclofosfamida en esquema NIH y glucocorticoide, con buena evolución.

Discusión: El tamizaje de bloqueo congénito cardiaco como manifestación de lupus neonatal es infrecuente y debe realizarse en pacientes embarazadas con enfermedad autoinmunitaria, con pruebas ecocardiográficas fetales semanales desde la semana 16 hasta la 26 y luego cada dos semanas hasta las 32 semanas; también es necesaria la serología para anti-Ro y La. En el estudio PATCH, el tratamiento temprano con HCQ (400 mg diarios) redujo la recurrencia de BCC en > 50% y está indicado como profilaxis en mujeres con embarazo previo con BCC. El estudio PRIDE demostró que los glucocorticoides fluorados sólo están indicados en caso de derrame pleuropericárdico o hidropesía fetal. Ante mal pronóstico en productos vivos se recomienda la colocación de marcapasos en bloqueo de tercer grado, de estimulación del VI o biventricular.

Conclusiones: El bloqueo congénito cardiaco autoinmunitario representa un reto diagnóstico y es de suma importancia conocer las recomendaciones a seguir en un embarazo de una paciente con enfermedad autoinmunitaria; la finalidad es establecer un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, debido al pobre pronóstico que tienen los recién nacidos.

Bibliografía

- Izmirly P. Hydroxychloroquine to prevent recurrent congenital heart block in fetuses of Anti-SSA/Ro-positive mothers. *J Am Coll Cardiol.* 2020 Jul 21;76(3):292-302.
- Brito-Zerón P. The clinical spectrum of autoimmune congenital heart block. *Nat Rev Rheumatol.* 2015 May;11(5):301-12.

CG133

Condrítis como manifestación clínica de actividad en pacientes con lupus eritematoso sistémico: reporte de casos y revisión de la literatura

Pérez-Román DI, Muñoz-López S, Irazoque-Palazuelos F

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La condritis es una manifestación infrecuente del lupus eritematoso sistémico (LES). Se presentan dos casos de pacientes con LES y condritis.

Objetivos: Presentar dos casos de pacientes con LES y condritis.

Descripción del caso: Caso 1: paciente femenino de 28 años, LES diagnosticado a los ocho años, con AAN positivos, anti-DNA e hipocomplementemia, manifestaciones mucocutáneo-articulares y hematológicas. Se la trata con cloroquina (150 mg/día) y ácido micofenólico (1 g cada 12). Acudió en enero de 2019 a consulta con una semana de evolución de eritema malar, pápulas eritematosas en miembros torácicos y pélvicos, flogosis en 2-4 MCF izquierda y malestar general. Exploración física: úlceras en paladar blando, no dolorosas, borde elevado, confluentes, eritema malar, aumento de volumen de ambos pabellones auriculares (**Figura 1**), con dolor en hélix que confirma condritis bilateral, pápulas en miembros torácicos y pélvicos, linfopenia (970), proteinuria 1 195 mg/24 h, sedimento activo e hipocomplementemia, VSG 63 y PCR 179; la biopsia renal registra GMN clase III, por lo que se inició esquema de 3 bolos de metilprednisolona y NIH. Evolucionó con remisión del cuadro de condritis al primer mes y sin presentarlo nuevamente. Caso 2: paciente femenino de 38 años, portadora de LES de un año de diagnóstico, con manifestaciones mucocutáneo-articulares, AAN 1:360 y patrón homogéneo, anti-DNA positivo e hipocomplementemia, ACPAS y FR negativo, en tratamiento con hidroxiquina (200 mg/día), deflazacort (6 mg/día) y metotrexato (15 mg/sem) y ácido fólico (5 mg/día). Tres meses después de la primera evaluación muestra manifestaciones cutáneas de lupus subagudo, síndrome nefrótico, además de condritis en el pabellón auricular derecho (**Figura 2**). Estudios de laboratorio: proteinuria de 24 horas de 2 259 mg/24 h, EGO con leucocitos 24 y eritrocitos 30, con sedimento activo, linfopenia 700. La biopsia renal revela GMN clase III A5/C1. Se administran tres bolos de metilprednisolona y esquema NIH. Dentro de su evolución hay remisión del cuadro de condritis a los 15 días, sin revelar otra vez cuadro a este nivel.

Figura 1. Condrítis auricular del oído derecho con inflamación del pabellón. (CG133)



Figura 2. Condrítis auricular derecha. (CG133)



Resultados: La condritis auricular produce inflamación difusa, enrojecimiento y dolor del pabellón auricular. Las causas pueden ser primarias o relacionarse con varias enfermedades. Se ha notificado la relación de la condritis con LES en una frecuencia < 1%. La condritis relacionada con LES es un suceso raro, poco descrito, en el cual la inflamación remite casi siempre de modo espontáneo en dos a cuatro semanas y se caracteriza por recurrencias que aparecen tras periodos variables de tiempo. Los episodios producen una destrucción gradual de las estructuras cartilaginosas y fibrosas que dan origen con el tiempo a orejas en coliflor. En las publicaciones médicas sólo existen dos series de casos en relación con dos pacientes con condritis y microangiopatía trombótica y uno con lupus neutrofilico. Se ha

postulado que se debe a defectos en la producción de mucopolisacáridos y exceso de actividad enzimática, que desempeñan un papel crítico en la enfermedad. Se ha descrito actividad de anticuerpos séricos contra materiales cartilaginosos.

Conclusiones: Se han notificado dos casos de pacientes que tuvieron episodio único de condritis concomitante con actividad de LES, además de actividad renal, con informe de biopsia de nefritis lúpica clase III. En la bibliografía internacional no se ha descrito esta vinculación.

Bibliografía

1. Kitridou RC, Wittmann AL, Quismorio FP Jr. Chondritis in systemic lupus erythematosus: clinical and immunopathologic studies. *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. 1987 [citado el 21 de octubre de 2022];5(4):349-53.
2. Scrivener CL. Relapsing polychondritis in a patient with lupus erythematosus: Another manifestation of neutrophilic lupus [Internet]. *Scholarsportal.info*. [citado el 21 de octubre de 2022].

CG134

Estado actual e integridad del reporte de modelos de predicción por aprendizaje automatizado en lupus eritematoso sistémico: una revisión sistemática

Munguía-Realpozo P¹, Mendoza-Pinto C¹, Etchegaray-Morales P², Méndez-Martínez S³, García-Carrasco M²

⁽¹⁾ Centro de Investigación Biomédica de Oriente, IMSS, Puebla; Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽²⁾ Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽³⁾ Coordinación de Investigación en Salud, IMSS, Puebla

Introducción: Los reumatólogos se encuentran sobrepasados por la excesiva cantidad de datos en el campo del diagnóstico y pronóstico del LES, que es difícil interpretar de forma intuitiva. Los modelos clínicos de predicción se han usado de manera extensa para ayudar al diagnóstico y el pronóstico de estas enfermedades; la inteligencia artificial (IA) y el aprendizaje automatizado (AA) son herramientas que facilitan este proceso. A pesar del avance en estas técnicas, los informes difieren de un estudio a otro.

Objetivos: Realizar una revisión sistemática de la adherencia a la declaración TRIPOD de los modelos de predicción de diagnóstico y pronóstico.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática a partir de cinco bases de datos. Se identificaron los estudios que utilizaron los modelos de predicción mediante AA para diagnóstico o pronóstico del LES. Se empleó el modelo PRISMA (*Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis*) en la búsqueda y filtrado de la información. La adherencia para el informe de los estudios se realizó con TRIPOD (*Transparent reporting of a multivariable prediction model for individual prognosis or diagnosis*).

Resultados: Se encontraron 385 estudios en las bases de datos, de los cuales se incluyeron 45 por su calidad, el 64.4% (29 estudios) de diagnóstico y 35.5% (16 estudios) de modelos de predictivos. Se observó una adherencia a la declaración TRIPOD entre el 17% y 67% (mediana, 43%; RIQ, 37-49%). Ninguno notificó adecuadamente el resumen y muy pocos informaron por completo tanto la forma de realización del modelo predictivo (2.3%; IC95%, 0.06-12) como la prueba de términos de interacción (2.3%; IC95%, 0.06-12), el flujo de participantes (50%; IC95%, 34.6-65.4), el cegamiento de los predictores (2.3%; IC95%, 0.06-12), así como el título apropiado (20.5%; IC95%, 9.8-35.3). Se presentó un informe casi completo de los datos en un 88.6% (IC95%, 75.4-96.2).

Conclusiones: El informe de los modelos de predicción de diagnóstico y pronóstico en el LES mediante AA es pobre. Diversos elementos que se consideran esenciales para la transparencia del informe no se abordan en los diversos estudios.

Bibliografía

1. Li Y, Zhao L. Application of machine learning in rheumatic immune diseases. *J Healthc Eng*. 2022 Jan 25;2022:9273641.

2. Kegerreis B, Catalina MD, Bachali P, Geraci NS, Labonte AC, Zeng C, Stearrett N, Crandall KA, Lipsky PE, Grammer AC. Machine learning approaches to predict lupus disease activity from gene expression data. *Sci Rep*. 2019 Jul 3;9(1):9617.

CG135

Interacción molecular de osteopontina y asociación de niveles séricos en pacientes mexicanos con lupus eritematoso sistémico y nefritis lúpica

Rivera-Cameras A¹, Dávalos-Rodríguez IP¹, Gallegos-Arreola MP¹, Morán-Moguel MC², Alcaraz-López MF³, Reyes-Topete JF³, Bobadilla-Morales L⁴, Cuero-Quezada I⁴, Salazar-Páramo M⁵

⁽¹⁾ Doctorado en Genética Humana, CUCS, Universidad de Guadalajara (UDG); División de Genética, CIBO, IMSS, Guadalajara, ⁽²⁾ Departamento de Biología Molecular y Genómica, CUCS, UDG, Guadalajara, ⁽³⁾ HGZ 46, IMSS, Guadalajara, ⁽⁴⁾ Doctorado en Genética Humana, CUCS, UDG, Guadalajara; Centro de Registro e Investigación de Anomalías Congénitas (CRIAC), Servicio de Unidad de Genética y Citogenética, División Pediátrica, Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca de Guadalajara, ⁽⁵⁾ Departamento de Fisiología, CUCS, UDG, Guadalajara, México

Introducción: La osteopontina (OPN) es una glucosfosfoproteína que actúa como citosina y la codificada el gen *SPPI*. La sobreexpresión de OPN se ha vinculado con una predisposición al lupus eritematoso sistémico (LES) y mal pronóstico. La OPN activa a células B policlonales, promueve a células T foliculares (TFH) y mejora la producción de anticuerpos antinucleares. El papel de la OPN en la nefritis lúpica (NL) es fundamental para el daño tisular.

Objetivos: Comparar los valores séricos de OPN en pacientes mexicanos con LES, sin NL y con NL, y analizar las redes de interacción molecular proteína-proteína de OPN.

Material y métodos: Las cifras séricas de OPN se cuantificaron con ELISA en 43 pacientes con LES (ACR 1982), 17 con NL, 26 sin NL y 9 controles sanos. Se utilizó la versión 11.5 de la base de datos STRING para la predicción de interacciones funcionales de la proteína OPN.

Resultados: Los valores séricos de OPN en pacientes con LES y NL fueron significativamente mayores respecto de los pacientes sin NL y sanos ($p < 0.001$). Las vías que intervienen en el daño tisular renal, con nodos de interacción y redes de proteínas en relación con la OPN con efectos sobre la NL, son la unión a fibronectina, integrina, proteasa, colágeno y unión a la matriz extracelular.

Conclusiones: Las cifras séricas aumentadas de OPN se relacionaron en pacientes con LES y NL. La interacción molecular de OPN se observó en la unión a fibronectina.

Bibliografía

1. Lund SA, Giachelli CM, Scatena M. The role of osteopontin in inflammatory processes. *J Cell Commun Signal* [Internet]. 2009 [citado el 12 de octubre de 2022];3(34):311-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19798593/>
2. Pakpoor J, Goldacre R, Goldacre MJ. Associations between clinically diagnosed testicular hypofunction and systemic lupus erythematosus: a record linkage study. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2018 [citado el 12 de octubre de 2022];37(2):559-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29101673/>
3. Kaleta B. The role of osteopontin in kidney diseases. *Inflamm Res* [Internet]. 2019 [citado el 12 de octubre de 2022];68(2):93-102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30456594/>.

CG136

Relación entre los niveles séricos de vitamina D y la actividad de la enfermedad en lupus eritematoso sistémico

López-Villa DM

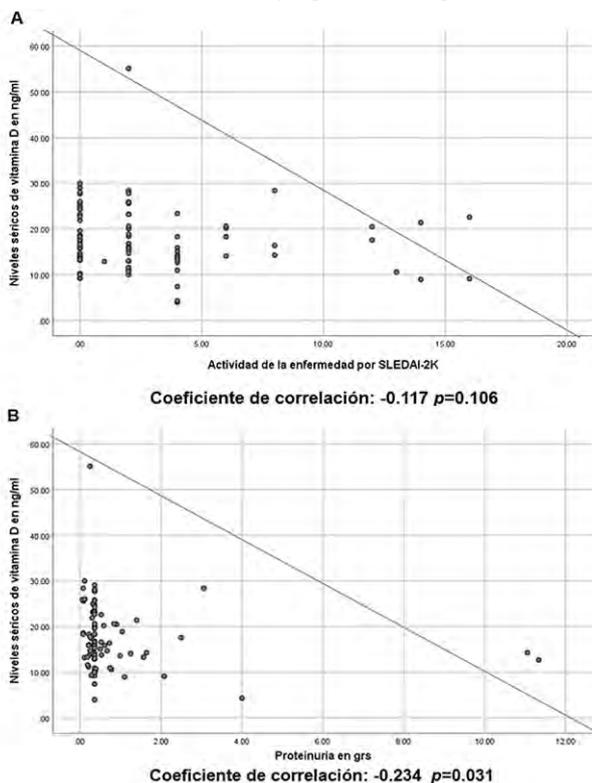
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La vitamina D es una prohormona clasificada como un secoesteroide con propiedades inmunorreguladoras y antiinflamatorias. La deficiencia e insuficiencia de la vitamina D son frecuentes en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y se han relacionado con una mayor progresión y actividad de la enfermedad, con resultados discordantes en los diferentes estudios realizados.

Objetivos: Analizar la relación que existe entre el valor sérico de vitamina D y la actividad de la enfermedad en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico con el objetivo de analizar la relación del valor sérico de la vitamina D con la actividad de la enfermedad en pacientes con LES. Se incluyó a individuos mayores de 18 años con diagnóstico de LES que cumplieran con criterios de clasificación SLICC 2012, con seguimiento en la consulta externa de reumatología y que contaban con al menos una determinación de las concentraciones séricas de vitamina D y medición de la actividad de la enfermedad con SLEDAI-2K (Figura 1). Se excluyó a los pacientes con procesos infecciosos durante la medición de la actividad de la enfermedad o con afecciones que interfieren con el metabolismo de la vitamina D. Los datos de los pacientes se extrajeron del expediente electrónico. El tamaño de la muestra se determinó con la fórmula para calcular la significancia de correlación lineal entre dos variables. Para el análisis estadístico de las variables cuantitativas de distribución normal se emplearon media (desviación estándar), t de Student, y para el análisis de varios grupos ANOVA. Las variables que tenían una libre distribución se representaron por mediana y rangos intercuartílicos (25°-75°). La comparación entre dos grupos se efectuó con U de Mann-Whitney y cuando había más de tres grupos con Kruskal-Wallis. Las correlaciones se analizaron con el instrumento de Spearman cuando eran de libre distribución y de Pearson si eran de distribución normal, y se representaron con diagramas de dispersión.

Figura 1. A. Gráfica de dispersión entre valores séricos de vitamina D y la actividad de la enfermedad por SLEDAI-2K. **B.** Gráfica de dispersión entre cifras séricas de vitamina D y la proteinuria en gramos. (CG136)



Resultados: Se incluyó a un total de 85 pacientes, 67 (78.8%) eran de género femenino y 18 (21.2%) del masculino; la edad media fue de 37.84 años. La media de SLEDAI-2K fue de 2 puntos y la media de los valores séricos de vitamina D fue de 17.76 ng/mL. De los participantes, el 31.8% tenía cifras de insuficiencia de vitamina D, el 65% de deficiencia de vitamina D y sólo 2.4% tenía valores de suficiencia de vitamina D. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con suficiencia de vitamina D y los pacientes con insuficiencia y deficiencia en relación con un órgano específico o con la complementación con vitamina D (Tabla 1). No se identificó una correlación entre las concentraciones séricas de vitamina D y la actividad de la enfermedad por SLEDAI-2K ($r = -0.117$, $p = 0.106$), pero sí una correlación negativa débil entre los valores séricos de vitamina D y la proteinuria ($r = -0.234$, $p = 0.031$).

Tabla 1. Comparación entre los valores séricos de vitamina D y las características generales demográficas, clínicas, paraclínicas y terapéuticas de los pacientes con lupus eritematoso sistémico. (CG136)

Variable	Valores de vitamina D		Valor de p
	< 30 ng/mL n = 83	> 30 ng/mL n = 2	
Género, n (%)			
Femenino	66 (98.5%)	1 (1.5%)	0.381
Masculino	17 (94.4%)	1 (5.6%)	
Edad en años, mediana (RIC)	36.0 (27-46)	36.0 (20-36)	0.767
SLEDAI 2K, mediana (RIC)	2.0 (0-4)	1.0 (0-0)	0.521
C3 mg/mL, media (DE)	102.12 (30.45)	103.50 (19.09)	0.950
C4 mg/mL, mediana (RIC)	16.50 (12.0-25.0)	16.60 (14.70-16.60)	0.874
Proteinuria g/día, mediana (RIC)	0.360 (0.320-0.590)	0.182 (0.112-0.182)	0.074
Anti-DNAs UI/mL, mediana (RIC)	10.7 (7.6-19.6)	61.35 (10.7-61.35)	0.350
Dosis de prednisona en mg/día, mediana (RIC)	5.0 (0-7.5)	6.75 (3.50-3.75)	0.988
Graduación de prednisona por dosis mg/día			
Sin esteroide	31 (100%)	0 (0%)	0.448
Dosis bajas (≤ 7.5)	35 (94.6%)	2 (5.4%)	
Dosis medias (7.5-30)	14 (100%)	0 (0%)	
Dosis altas (≥ 30)	3 (100%)	0 (80%)	

RIC, riesgo intercuartilar del 25-75; DE, desviación estándar, UI, unidades internacionales; mg, miligramos; mL, mililitros; ng, nanogramos.

Conclusiones: La prevalencia de las cifras < 30 ng/mL de vitamina D en pacientes con LES fue de 97.6%, no se identificó una correlación significativa entre los valores séricos de vitamina D y la actividad de la enfermedad medida por SLEDAI-2K. Se observó una correlación negativa débil entre las concentraciones de vitamina D y la proteinuria en gramos.

Bibliografía

- Cutolo M. Vitamin D and autoimmune rheumatic diseases. Rheumatology (Oxford). 2009;48(3):210-212.
- Thacher T, Clarke B. Vitamin D insufficiency. Mayo Clin Proc. 2011;88(1):50-60.
- Chandrashekar S, Patted A. Role of vitamin D supplementation in improving disease activity in rheumatoid arthritis: an exploratory study. Int J Rheum Dis. 2017;20:825-831.
- Ruiz-Irastorza G, Egurbide A, Olivares N, et al. Vitamin D deficiency in systemic lupus erythematosus: prevalence, predictors and clinical consequences. Rheumatology. 2008;47(6):920-923.

CG137

Enterococcus gallinarum en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Rubio-Torres DC, Vega-Sevilla LF, Riega-Torres J, Skinner-Taylor CM, Cárdenas-De la Garza JA, Álvarez-González O, Aguilera-Valenciano MA, Escalante-Fuentes W, Vera-Cabrera L, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los defectos epiteliales del lupus eritematoso sistémico (LES) comprometen las barreras intestinales, lo que permite la translocación bacteriana y la promoción de la inflamación sistémica. En la enfermedad activa ocurre disbiosis relevante y, a su vez, la sobreexpresión de microbios intestinales específicos indica una mayor actividad de la enfermedad. Uno de los organismos relacionados, a través de la inducción de autoantígenos y anticuerpos contra ácidos nucleicos, es *Enterococcus gallinarum*. Sin embargo, las publicaciones acerca de su prevalencia, relevancia clínica y su papel en la activación inmunológica en la enfermedad humana son escasas.

Objetivos: Describir la prevalencia, características clínicas y de laboratorio de *E. gallinarum* en heces de pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años que cumplieran los criterios SLICC 2019 y ACR-EULAR 2018 para LES y contaran con estudios paraclínicos recientes (< 3 meses) incluidos biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática, examen general de orina, velocidad de sedimentación globular y proteína c reactiva. Se excluyó a los pacientes con otras enfermedades autoinmunitarias, hepatitis viral, VIH, embarazo, lactancia, neoplasias, cirugía abdominal (en < 5 años) o sangrado de tubo digestivo. Los datos demográficos, clínicos y valores de ANAS, C3 y C4 se obtuvieron de los expedientes. Todos los participantes confirmaron no haber recibido antibióticos, probióticos o simbióticos durante al menos tres meses. Se evaluó la actividad de la enfermedad con MEX-SLEDAI al momento de inclusión y se obtuvieron muestras de heces fecales, las cuales se almacenaron a -80°C hasta el momento del análisis. Para el análisis se extrajo el ADN con el kit *DNeasy PowerLyzer PowerSoil, Qiagen* (Hilden, Alemania) de acuerdo con las especificaciones del fabricante. Para la detección de ADN de *E. gallinarum* se utilizó una reacción en cadena de la polimerasa. Para el análisis se usó SPSS v.25, frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medias y desviación estándar para las cuantitativas.

Resultados: Se incluyó a 60 pacientes, la mayoría mujeres (51/85%). La media de edad fue de 41.79 (± 16.60) años y la del tiempo de diagnóstico de 107.03 meses (± 95.46). Se identificó *E. gallinarum* en 7 (11.6%) casos. En cuanto a los datos antropométricos, la media de peso fue de 66.85 kg (± 15.44), de talla de 1.59 m (± 0.06), y de IMC de 26.12 (± 5.66). Dentro de las comorbilidades se incluyeron obesidad que se presentó en 17 (28.33%), hipertensión arterial en 10 (16.66%) y diabetes mellitus en 4 (6.66%). El parámetro MEX-SLEDAI más frecuente fue la artritis en 34 (56.6%) casos, seguida del lupus cutáneo agudo en 23 (38.33%). El resto de las manifestaciones clínicas y los resultados paraclínicos se observan en la **Tabla 1** divididos de acuerdo con la presencia/ausencia de *E. gallinarum*. Se observó una diferencia significativa en pacientes positivos a *E. gallinarum* en los valores de creatinina (0.98 vs. 0.72, p = 0.032), VSG (11.14 vs. 19.49, p = 0.031) y frecuencia de serositis (57.14% vs. 7.54%, p ≤ 0.001).

Conclusiones: Se identificaron *E. gallinarum* en 7 (11.6%) de esta población y mayor frecuencia de serositis en pacientes con *E. gallinarum* positivo en comparación con sujetos negativos, además de cifras más altas de creatinina y más bajas de VSG. Estos hallazgos obligan a explorar más las características de microbiota de pacientes con LES en búsqueda de evidencia para mejorar a su vez la disbiosis.

Bibliografía

1. Li Y, Wang HF, Li X, Li HX, Zhang Q, Zhou HW, et al. Disordered intestinal microbes are associated with the activity of systemic lupus erythematosus. *Clinical science* (London, England: 1979). 2019;133(7):821-38.

2. Bogdanos DP, Sakkas LI. *Enterococcus gallinarum* as a component of the Autoinfectome: the gut-liver-autoimmune rheumatic disease axis is alive and kicking. *Mediterranean Journal of Rheumatology*. 2018;29(4):187-9.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y características clínicas y paraclínicas. (CG137)

	E. gallinarum positivo (n = 7)	E. gallinarum negativo (n = 53)	p
Sociodemográficos, media ± DE			
Edad, años	37.14 ± 20.62	42.3 ± 13.89	0.10
Meses de diagnóstico	75.85 ± 59.3	112.72 ± 99.5	0.23
Peso, kg	58.88 ± 9.16	68.19 ± 15.98	0.06
Talla, m	1.61 ± 0.08	1.59 ± 0.06	0.20
IMC, kg/m ²	23.02 ± 4.02	26.65 ± 5.89	0.22
Características clínicas, n (%)			
Úlceras orales	0 (0.0)	5 (9.43)	0.42
Alopecia	2 (28.57)	11 (20.75)	0.51
Artritis	3 (42.85)	31 (58.49)	0.61
Serositis	4 (57.14)	4 (7.54)	0.001
Nefritis	1 (14.28)	8 (15.09)	0.95
SNC	0 (0.0)	2 (3.77)	0.62
Anemia hemolítica	0 (0.0)	6 (11.32)	0.37
ERC	0 (0.0)	1 (1.88)	0.72
Hepatopatía crónica	0 (0.0)	2 (3.77)	0.62
MEX-SLEDAI, media ± DE	1.71 ± 2.92	1.83 ± 2.12	0.89
Laboratorios, media ± DE			
Hemoglobina	13.87 ± 1.46	13.29 ± 1.04	0.19
Leucocitos	6.46 ± 1.73	6.23 ± 2.49	0.81
Linfocitos	5.98 ± 10.16	5.69 ± 11.24	0.94
Plaquetas	217.71 ± 31.77	250.47 ± 79.13	0.28
Glucosa	82.6 ± 9.17	91.93 ± 32.97	0.46
BUN	16.38 ± 8.86	13.15 ± 5.47	0.23
Creatinina	0.98 ± 0.29	0.72 ± 0.29	0.03
Albúmina	4.24 ± 0.47	4.16 ± 0.34	0.62
TGO	21.42 ± 6.52	25.21 ± 10.82	0.37
TGP	23.71 ± 22.22	23.14 ± 15.47	0.93
Bilirrubinas totales	0.49 ± 0.15	0.52 ± 0.27	0.79
Bilirrubina directa	0.20 ± 0.11	0.16 ± 0.10	0.38
PCR	0.78 ± 1.35	2.81 ± 7.56	0.55
VSG	11.14 ± 7.6	19.49 ± 13.18	0.03
ANAS	2 248 ± 2 653	730 ± 1 499	0.27
Anti-Sm	13.93 ± 24.13	29.11 ± 122.47	0.83
C3	42.62 ± 36.19	54 ± 52.85	0.48
C4	9.12 ± 9.32	10.4 ± 10.95	0.77

CG138

Seudoobstrucción intestinal en asociación con hidroureteronefrosis y cistitis intersticial crónica: una complicación grave y poco común de lupus eritematoso generalizado

Peña-Ojeda MN¹, Cimé-Aké EA¹, Carranza-Enríquez F², Loeza-Uribe MP¹, García- Padilla CE¹

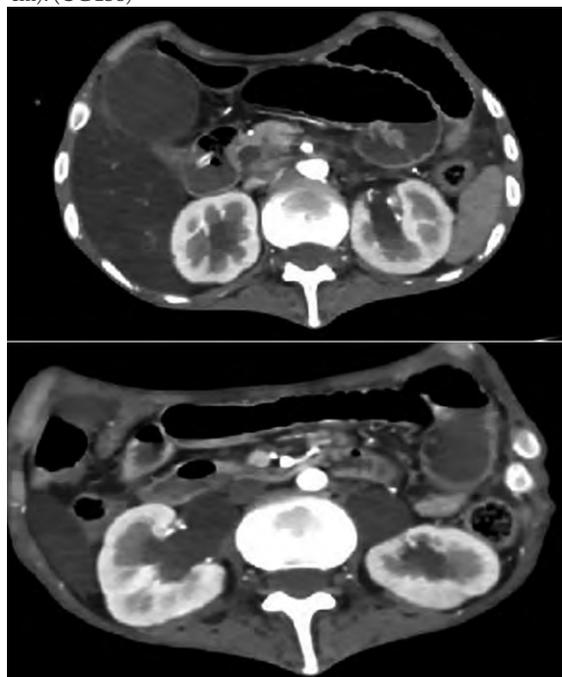
⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: La pseudoobstrucción intestinal (SOI) es un trastorno de la motilidad intestinal que resulta de alteraciones de la peristalsis causantes de síntomas obstructivos graves, sin una causa mecánica; rara vez se presenta como una manifestación del lupus eritematoso generalizado (LEG), con una prevalencia del 2%. Esta entidad se vincula hasta en el 60% de los casos con complicaciones genitourinarias (hidronefrosis, hidroureter y cistitis intersticial).

Objetivos: Presentar un caso clínico y revisar su trascendencia.

Resultados: Mujer de 30 años sin enfermedades crónicas previas, quien inició dos años antes de la valoración con vómito de contenido gastroalimentario y que se incrementó hasta 14 episodios/día y dolor abdominal difuso de tipo cólico. Un año después se agregaron 4-5 episodios/día de diarrea acuosa sin moco ni sangre y tres días antes de la valoración comenzó con intolerancia a la vía oral. En la anamnesis refirió caída de cabello, artralgias, eritema malar y pérdida de peso de 36 kg en dos años. A su ingreso se la encontró hipotensa y taquicárdica; en los estudios de laboratorio destacaron acidosis metabólica (pH 7.12, HCO_3^- 6.5, brecha aniónica 16.6), hiponatremia de 128 mmol/L, lesión renal aguda con creatinina de 2.59 mg/dL, 41 000 plaquetas/L y 380 linfocitos/L, por lo que se inició reanimación hídrica. La tomografía de abdomen contrastada reveló engrosamiento mural concéntrico de asas de yeyuno distal e íleo que causaba dilatación retrógrada de asas del yeyuno (**Figura 1A**), ascitis, riñones con dilatación de sistemas colectores y uréteres (**Figura 1B**) y vejiga con engrosamiento parietal generalizado. La tomografía de tórax documentó derrame pleural bilateral. A la luz del cuadro clínico comentado se integró el diagnóstico de LEG con actividad hematológica, mucocutánea, articular, serositis, así como serología concordante: anticuerpos antinucleares de patrón homogéneo 1:5 120, anti-Sm 9.4 (+), anti-DNAc470 (+) y antinucleosomas 338 (+). La colonoscopia mostró ileítis atrófica. La biopsia notificó ileítis crónica con plasmocitosis reactiva en lámina propia e incremento leve de eosinófilos. En virtud de la sospecha de SOI y complicaciones genitourinarias, se realizó gammagrama renal MAG3 con resultado limitrofe de tiempo de tránsito urinario y cistoscopia con vejiga trabeculada con capacidad vesical disminuida. La biopsia de la pared posterior de vejiga identificó cistitis intersticial crónica. Se descartó enteropatía perdedora de proteínas, gastroparesia, pancreatitis autoinmunitaria y enfermedad celiaca. Recibió rifaximina ante sospecha de sobrecrecimiento bacteriano, pero sin mejoría. Al considerarse la SOI como una manifestación grave, se indicó tratamiento de inducción con dexametasona (8 mg/día) y ciclofosfamida (0.5 mg/m²), con resolución del cuadro.

Figura 1. A. Enteritis generalizada que causa distensión retrógrada de asas de yeyuno. **B.** Dilatación del sistema pielocalicial de predominio derecho (1.7 cm). (CG138)



Conclusiones: La SOI y su relación con hidroureteronefrosis y cistitis intersticial son consecuencia de dismotilidad del músculo liso gastrointestinal y genitourinario, aunque el mecanismo exacto aún se desconoce. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, estudios de imagen y exclusión de otras causas. La importancia del reconocimiento temprano de esta entidad radica en evitar procedimientos invasivos y no invasivos innecesarios en una manifestación del LEG que responde apropiadamente a esteroides, así como en reducir la mortalidad intrahospitalaria, que hasta la actualidad es aún de 7% a 10%. Además, en ausencia de tratamiento oportuno, el músculo liso puede tornarse atrófico y fibrótico y no presentar respuesta a la inmunodepresión, lo que produce dependencia de nutrición parenteral. El 81% de los pacientes suele experimentar mejoría con el tratamiento inicial con esteroides; sin embargo, en la mayoría de los informes de caso se han utilizado junto con otros inmunosupresores, como ciclofosfamida, micofenolato de mofetilo, azatioprina y ciclosporina, con resultados favorables.

Bibliografía

1. Ayari M, Nakhi A, Teyeb Z, Abdelaali I, Bellakhal S, Jomni T. *Intestinal pseudo-obstruction: unusual presentation of systemic lupus erythematosus*. Clin Case Rep. 2021;9:1759-1762.
2. Xu N, Zhao J, Liu J, et al. *Clinical analysis of 61 systemic lupus erythematosus patients with intestinal pseudo-obstruction and/or ureterohydronephrosis*. Medicine (Baltimore) 2015;94:e419.

CG139

Revisión sistemática del tratamiento de glomerulonefritis rápidamente progresiva en lupus eritematoso sistémico

González-García JA, Abud-Mendoza C, Herrera-Van Oostdam DA, González-Enríquez JO

Hospital Central Dr. Ignacio Morones, SLP

Introducción: La prevalencia de nefritis lúpica en pacientes que sufren lupus eritematoso generalizado es de 35% a 60%. La glomerulonefritis de rápida progresión se ha informado hasta en 20% de pacientes con nefritis lúpica; es un síndrome clínico caracterizado por pérdida rápida de la función renal acompañado de proteinuria, hematuria glomerular y a menudo oliguria; las biopsias renales se caracterizan por mostrar medialunas y hasta 30% de quienes la padecen tiene riesgo de requerir diálisis. No hay consenso sobre el tratamiento para inducción a remisión en este grupo de pacientes; sin embargo, se reconoce que debe ser radical dado el riesgo de enfermedad renal crónica y progresión a un estadio terminal. Las recomendaciones actuales para el tratamiento de nefritis lúpica grave dan preferencia al empleo de ciclofosfamida intravenosa mensual a dosis altas. **Objetivos:** Reconocer la eficacia de los tratamientos empleados para inducción a remisión en nefritis lúpica que se presenta como glomerulonefritis de rápida progresión o con medialunas.

Material y métodos: Se realizó revisión sistemática de noviembre de 2021 a febrero de 2022 usando los recursos PubMed y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), las bases de datos multidisciplinarias EBSCO Academic Search Complete, Science Direct, Web of Science y Wiley Online Library y las bases de datos especializadas Clinical Key y Scopus. Los criterios empleados fueron artículos con texto e información relevante en español e inglés, sin límites en fecha de publicación, con búsquedas en diferentes combinaciones de palabras clave y sinónimos.

Resultados: Se incluyeron 11 artículos del total de la búsqueda de 7 460 y se evaluaron con el instrumento OPMER y GRADE. Diez de los 11 estudios incluidos fueron retrospectivos y sólo uno prospectivo. En cuanto al tratamiento, el estudio de Tang et al. y el de Chen et al. destacaron que el tratamiento combinado para inducción a la remisión con prednisona, micofenolato de mofetilo (MMF) más tacrolimus alcanzó mayor tasa de supervivencia renal y mayor tasa de remisión completa, en comparación con aquellos con monoterapia. De modo adicional, Imai et al. evaluaron a cinco pacientes y mostraron mejoría de TFGe y proteinuria a los seis y 12 meses de seguimiento en todos los pacientes. El empleo de rituximab

en este grupo de pacientes en el estudio de Davies et al. se limita por el tamaño de la muestra, pero es interesante que de los cinco pacientes que progresaron a diálisis cuatro cursaban con medialunas > 40%.

Conclusiones: A pesar de que las guías actuales recomiendan la ciclofosfamida IV a dosis altas en las formas graves de nefritis lúpica, con bajo nivel de evidencia, el tratamiento con MMF más glucocorticoides parece ser igual de eficaz. El tratamiento combinado de MMF y TAC podría ser una opción con ventajas en la tasa de remisión completa, tasa de recaídas y de supervivencia renal, con mejor perfil de seguridad; estos resultados, puesto que se basan en artículos mayormente retrospectivos, con un número limitado de pacientes, y algunos de ellos con calidad metodológica dudosa, deben tomarse con precaución. Esto debe alentar a conducir futuros estudios con definiciones homogéneas para evaluar esquemas de tratamiento combinados.

CG140

Adherencia al tratamiento en pacientes con trombocitopenia en lupus eritematoso sistémico en un centro nacional de referencia

Gracia-Aréchiga TS, Castro-Colín Z, Saavedra-Salinas MA, Miran-da-Hernández D, Sánchez-Cárdenas CD

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

Introducción: El incumplimiento terapéutico en el LES constituye un notable problema asistencial y representa una importante causa de recaída en los pacientes con manifestaciones hematológicas, como la trombocitopenia aguda (< 100 000/mm al menos en dos ocasiones). La trombocitopenia grave ($\leq 20\ 000/\text{mm}$), uno de los predictores de morbimortalidad, se relaciona en particular con actividad alta de la enfermedad y afectación renal y neurológica.

Objetivos: Describir las causas vinculadas con la falta de observancia terapéutica en pacientes con trombocitopenia secundaria a LES.

Material y métodos: Estudio observacional, comparativo, de asociación, de casos y controles anidados a una cohorte, y retrospectivo en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) del servicio de reumatología del Centro Médico Nacional La Raza. Se incluyó a pacientes con trombocitopenia autoinmunitaria, con (casos) y sin (controles) resistencia al tratamiento con esteroides sistémicos, mayores de 18 años, de ambos sexos, sin incluir a mujeres embarazadas, así como causas principales de abandono de tratamiento por expediente electrónico. Las variables de estudio sociodemográficas, clínicas y de laboratorio, en especial las manifestaciones neurológicas por LES, nefritis lúpica, hipocomplementemia por C3 y puntuación SLEDAI > 20, se extrajeron de los expedientes electrónicos. Las variables se presentan con estadística descriptiva y para la determinación de los factores relacionados se realizó un análisis univariado con ji cuadrada o prueba exacta de Fisher y U de Mann-Whitney. En el modelo de regresión logística múltiple se incluyeron las variables con $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyó a 119 pacientes con LES y trombocitopenia autoinmunitaria, con edad media de 33 años, 90.9% correspondiente a mujeres ($n = 108$), una mediana de tiempo de evolución de la enfermedad por LES de 120 meses y un apego al tratamiento de 73.9% ($n = 88$). Se observó por el expediente electrónico que las principales causas de mala adherencia terapéutica son bajo nivel educativo, desempleo (pérdida de seguridad social), enfermedades psiquiátricas (depresión, ansiedad), como principales factores predisponentes.

Conclusiones: La mala adherencia terapéutica en los pacientes con trombocitopenia autoinmunitaria secundaria a LES ha sido una causa importante de morbimortalidad en estos pacientes, lo cual incrementa el número de recaídas tras abandono terapéutico; por lo tanto, conocer los perfiles de los pacientes podría orientar para instituir el tratamiento médico óptimo.

Bibliografía

1. Calderón-Saldierna RE, Ramos-Sánchez MA, Mejía-Holguín Y, Aranda-Baca LE, Sauza-del Pozo MJ, Becerra-Márquez AM. Trata-

miento con rituximab para la trombocitopenia secundaria a lupus eritematoso sistémico. *Rheumatologic Clinical*. 2010 Mar;6(2):82-5.

2. Monrad S, Kaplan M. Cellular hematology. In: Lahita RG (ed.), *Systemic Lupus Erythematosus*. London, UK: Elsevier, 2011.

3. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, Mcshane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1982;25(11):1271-7.

CG141

Artropatía de Jaccoud asociada a lupus eritematoso sistémico: a propósito de un caso

Salazar-Briseño IE, Medina-Montaña SX, Herrera-Van Oostdam D, Jai-mes-Piñón GT

Hospital General de Zona No. 50, SLP

Introducción: Dentro del espectro de manifestaciones articulares del lupus eritematoso sistémico, definida como una artropatía no erosiva ni deformante, la artropatía de Jaccoud se caracteriza por deformidades articulares que se asemejan a las observadas en otras artropatías, pero con un patrón reducible, es decir, corregibles con maniobras activas y pasivas y sin erosiones óseas en estudios radiológicos simples. Aunque de prevalencia variable, representa entre 5% y 26%.

Objetivos: Comunicar el caso de una paciente con diagnóstico previo de artritis reumatoide, en la que se estableció después el diagnóstico de artropatía de Jaccoud.

Descripción del caso: Mujer de 56 años con diagnóstico de artritis reumatoide 10 años atrás, tratada sólo con esteroide de depósito y antiinflamatorios no esteroideos. Acudió a consulta y refiere un padecimiento de dos años de evolución, pérdida ponderal significativa, caída de cabello y dolor poliarticular. Exploración física: deformidad en cuello de cisne, desviación cubital y pulgar en Z, todas ellas corregibles con las maniobras de presión (**Figura 1A-D**). Estudios de laboratorio: leucopenia, linfopenia y trombocitopenia, sin enfermedad renal o cardiovascular; anticuerpos antinucleares 1:320, patrón moteado fino, anti-SM + y anti-Ro +, FR-, anti-CCP-. Radiografía de manos sin datos de erosiones óseas. El USG de manos no revela erosiones o

Figura 1. (CG141)



sinovitis crónica. Con base en lo anterior se determinó artropatía de Jaccoud relacionada con lupus eritematoso sistémico.

Resultados: Las deformidades se deben a anomalías de los tejidos blandos, como laxitud de ligamentos y cápsula articular, distensión y desviación del tendón de su eje y muscular. Los mecanismos etiopatogénicos propuestos para la laxitud de ligamentos, cápsula articular, distensión y desviación del tendón de su eje y muscular pueden vincularse con la duración de la enfermedad y la relación de autoanticuerpos como anti-SSA/Ro y anti-dsDNA. Ante la ausencia de inflamación clínica y persistencia de artralgiás, la paciente recibió hidroxiquina, esteroides a dosis bajas y AINE. Tuvo buena respuesta y hoy día ha experimentado resolución de la afectación hematológica y de los síntomas articulares. No se dispone de un tratamiento específico actual para los pacientes con deformidades articulares ya existentes. El enfoque es similar al de la artritis activa no deformante.

Conclusiones: La artropatía de Jaccoud, si bien infrecuente, representa un diagnóstico diferencial en la artropatía vinculada con el lupus eritematoso sistémico.

CG142

Síndrome de activación de macrófagos secundario a histoplasmosis diseminada en una paciente con lupus eritematoso sistémico

Favela-Cabral MG, Madinabeitia-Rodríguez P, Vázquez-Zaragoza MA

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

Introducción: La histoplasmosis es una micosis sistémica causada por *Histoplasma capsulatum*, un hongo intracelular dimórfico. Se calcula que, en regiones endémicas, el 90% de los habitantes ha estado en contacto con el microorganismo. Los factores de riesgo más importantes relacionados con el desarrollo de enfermedad crónica o diseminada son el tabaquismo, afección pulmonar previa y estados de inmunocompromiso; la infección por VIH en estadios avanzados representa el 90% de los casos, seguida de las enfermedades linfoproliferativas; otras anomalías vinculadas son el tratamiento con glucocorticoides a dosis elevadas, receptores de trasplantes y las enfermedades autoinmunitarias. Se describe a continuación un caso de una paciente con lupus eritematoso sistémico (LES) que desarrolló histoplasmosis diseminada.

Objetivos: Describir el caso de histoplasmosis diseminada en una paciente con lupus eritematoso sistémico.

Resultados: Mujer de 36 años con LES de siete años de diagnóstico, en control con azatioprina (1 mg/kg/día) y cloroquina (150 mg/día); acudió a la unidad de los autores con antecedente de seis meses de pérdida de peso, fiebre intermitente y tos, que se exacerbaron un mes antes de su ingreso tras la aplicación de 2 pulsos de metilprednisolona por sospecha de actividad lúpica. A su ingreso se encontró saturación de 88%, estertores en hemitórax derecho y hallazgos tomográficos consistentes con neumonía (Figura 1), además de pancitopenia y transaminasemia.

Se iniciaron antimicrobianos de amplio espectro, pero 48 horas después sufrió deterioro respiratorio; se inició tratamiento avanzado de la vía respiratoria y se la trasladó a la unidad de cuidados intensivos. En los estudios de laboratorio subsiguientes se reconoció aumento de transaminasas y DHL, hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia e hiperferritinemia (60 000 ng/mL) y se estableció el diagnóstico de síndrome de activación de macrófagos (HScore: 265) como complicación de la infección; se administró inmunoglobulina intravenosa (2 g/kg) y se indujo una mejoría significativa. Los hemocultivos, cultivos de expectoración y PCR para tuberculosis en lavado broncoalveolar fueron negativos. Se realizó mielocultivo y biopsia de hueso que identificó inflamación crónica granulomatosa e histoplasmosis en médula ósea, por lo que se inició tratamiento con anfotericina B por dos semanas. Evolucionó con mejoría y se logró el retiro de la ventilación mecánica tras siete días de su inicio; egresó de terapia intensiva y al completar 14 días de anfotericina B inició fase de mantenimiento con itraconazol por un año. Debido a la mejoría respiratoria se suspendió el aporte de oxígeno,

Figura 1. Tomografía de tórax: infiltrado en patrón nodular y vidrio deslustrado de predominio en lóbulos superiores. (CG142)



con consecución de una saturación > 96%. Recibió el alta a domicilio con seguimiento por consulta externa.

Discusión: La infección por histoplasma aparece luego de la inhalación de microconidias y, tras un periodo de incubación de siete a 21 días, el hongo es fagocitado por macrófagos alveolares que evaden la respuesta inmunitaria y se replica intracelularmente; con posterioridad ocurre la diseminación hematogena y linfática que puede afectar a cualquier órgano; debido a lo anterior, el desarrollo de una infección grave es consecuencia de un sistema inmunitario adaptativo ineficaz, una situación que aqueja a los pacientes con enfermedades autoinmunitarias con tratamiento inmunosupresor. En el caso de la paciente, los síntomas respiratorios se exacerbaron luego de la aplicación de pulsos de metilprednisolona con posterior diseminación de la infección por histoplasmosis.

Conclusiones: El caso presentado remarca la importancia de la sospecha diagnóstica de histoplasmosis en pacientes bajo tratamiento inmunosupresor.

Bibliografía

1. Azar MM, Loyd JL, Relich RF, Wheat LJ, Hage CA. Current concepts in the epidemiology, diagnosis, and management of histoplasmosis syndromes. *Semin Respir Crit Care Med.* 2020;41(1):13-30.
2. Wang LR, Barber CE, Johnson AS, Barnabe C. Invasive fungal disease in systemic lupus erythematosus: a systematic review of disease characteristics, risk factors, and prognosis. *Semin Arthritis Rheum.* 2014;44(3):325-30.

CG143

Factores asociados a trombocitopenia autoinmune resistente a esteroide en pacientes con lupus eritematoso sistémico en un centro nacional de referencia

Gracia-Aréchiga TS, Castro-Colín Z, Reyes-Gonzaga J, Saavedra-Salinas MA, Miranda-Hernández D, Bustamante-González RM, Sánchez-Cárdenas CD

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

Introducción: La trombocitopenia relacionada con LES (< 100 000/mm al menos en dos ocasiones) se identifica en 7% a 30% de los pacientes,

con trombocitopenia grave (< 20 x 10⁹/L) en 5% a 10% de los casos. La presentación clínica puede ser crónica, las más de las veces indolente y sin respuesta al tratamiento médico regular, o bien aguda, por lo regular grave, y acompañada de brotes de la enfermedad que exige tratamiento médico inmediato. Se conoce como trombocitopenia resistente cuando existe falla al tratamiento convencional con esteroide y cuenta plaquetaria > 20 x 10⁹/L o sangrado clínico de tres a siete días.

Objetivos: Conocer los factores relacionados con trombocitopenia resistente a esteroides secundaria a LES.

Material y métodos: Estudio observacional, comparativo, de asociación, de casos y controles anidados a una cohorte, y retrospectivo en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) del servicio de reumatología del Centro Médico Nacional La Raza. Se incluyó a pacientes con trombocitopenia autoinmunitaria, con (casos) y sin (controles) sujetos resistentes al tratamiento con esteroides sistémicos, mayores de 18 años, de ambos sexos, excluidas las mujeres embarazadas. Las variables de estudio sociodemográficas, clínicas y de laboratorio, en especial las manifestaciones neurológicas por LES, nefritis lúpica, hipocomplementemia por C3, puntuación SLE-DAI > 20, se extrajeron de los expedientes electrónicos (Tabla 1). Las variables se presentan con estadística descriptiva y para la determinación de los factores relacionados se realizó un análisis univariado con ji cuadrada o prueba exacta de Fisher y U de Mann-Whitney. En el modelo de regresión logística múltiple se incluyeron las variables con p < 0.05 y algunas mencionadas en las publicaciones médicas, de interés para el estudio.

Tabla 1. Comparación de las características clínicas y de laboratorio de los pacientes con lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia autoinmunitaria con y sin resistencia al tratamiento con esteroides sistémicos. (CG143)

	Sin resistencia al esteroide sistémico n = 89	Con resistencia al esteroide sistémico n = 30	P
Edad	61.24	56.32	0.499**
Sexo			
Hombres	9 (10.1%)	2 (6.7%)	0.442*
Mujeres	80 (89.9%)	28 (93.3%)	
Tiempo de evolución de LES (meses)	62.75	51.83	0.133**
Apego al tratamiento de LES	73 (82%)	15 (50%)	0.001*^A
Comorbilidades	5 (5.6%)	2 (6.7%)	0.833*
Diabetes mellitus tipo 2	8 (9%)	3 (10%)	
Hipertensión arterial sistémica	1 (1.1%)	1 (3.3%)	
Hipertensión arterial pulmonar	1 (1.1%)	1 (3.3%)	
Hipotiroidismo	3 (3.4%)	2 (6.7%)	0.992*
Linfoma	3 (3.4%)	1 (3.3%)	0.239
Artritis reumatoide	15 (16.9%)	8 (26.7%)	0.212*
Síndrome de Fisher-Evans	17 (19.1%)	9 (30%)	
Manifestaciones neurológicas de LES	12 (13.5%)	6 (20%)	0.389*
Manifestaciones cutáneas de LES	59 (66.3%)	21 (70%)	0.708*
Manifestaciones articulares de LES	60 (67.4%)	23 (76.7%)	0.340*
Nefritis lúpica	37 (41.6%)	21 (70%)	0.007*^A
Serositis	37 (42.6%)	20 (66.7%)	0.017*^A
Laboratorio			
Hemoglobina	61.34	56.02	0.464**
VCM	61.33	54.13	0.316**
CHCM	60.41	58.78	0.823**
Leucocitos	57.64	67	0.199**
Neutrófilos	58.2	65.3	0.327**
Linfocitos	62.39	52.9	0.189**
Plaquetas	63.31	50.18	0.071**
Niveles de C3	60.58	58.28	0.753**
Niveles de C4	59.33	62	0.713**
VSG	59.98	60.05	0.993**
PCR	57.16	68.42	0.119**
Anticoagulante lúpico positivo	36 (40.4%)	15 (50%)	0.361*
Anticardiolipina IgG positivo	29 (32.6%)	9 (30%)	0.793*
Anticardiolipina IgM positivo	33 (37.1%)	13 (43.3%)	0.543*
β2-microglobulina IgG positivo	7 (7.9%)	1 (3.3%)	0.391*
β-2-microglobulina IgM positivo	5 (5.6%)	5 (16.7%)	0.059*
ANA	89 (96.6%)	30 (100%)	0.308*

Patrón de ANA			
Homogéneo	73 (82%)	22 (73.3%)	0.567*
Moteado fino	12 (13%)	8 (26.7%)	
Moteado discreto	1 (1.67%)	0	
Nucleolar	1 (1.67%)	0	
Ribosomal	1 (1.67%)	0	
Anti-DNAc	79 (88.8%)	30 (100%)	0.048*^A
Anti-Ro	35 (39.3%)	16 (53.3%)	0.180*
Anti-La	3 (3.4%)	6 (20%)	0.003*^A
Anti-RNP	11 (12.4%)	8 (26.7%)	0.063*
Anti-SM	10 (11.2%)	9 (30%)	0.015*^A
SLEDAI > 20 puntos	4 (4.5%)	4 (13.3%)	0.095*

Los datos se expresan en frecuencias y porcentajes, rangos medios. LES, lupus eritematoso sistémico.

*Ji cuadrada

**U de Mann-Whitney

^p < 0.05

Resultados: Se encontraron como factores vinculados con el desarrollo de trombocitopenia autoinmunitaria resistente al tratamiento con esteroide sistémico en pacientes con LES las siguientes variables: mal apego al tratamiento de LES como factor de riesgo y presencia de anti-LA como factor protector.

Conclusiones: Se encontraron dos nuevos factores relacionados, uno de riesgo y otro protector, para el desarrollo de trombocitopenia autoinmunitaria resistente al tratamiento con esteroide sistémico en pacientes con LES.

Bibliografía

- Calderón-Saldierna RE, Ramos-Sánchez MA, Mejía-Holguín Y, Aranda-Baca LE, Sauza-del Pozo MJ, Becerra-Márquez AM. Tratamiento con rituximab para la trombocitopenia secundaria a lupus eritematoso sistémico. Reumatología Clínica. 2010 Mar;6(2):82-5.
- Monrad S, Kaplan M. Cellular hematology. In: Lahita RG (ed.). Systemic Lupus Erythematosus. London, UK: Elsevier, 2011.
- Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, Mcshane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 1982;25(11):1271-7.
- Stichweh D, Pascual V. Systemic lupus erythematosus in children. Anales de Pediatría. 2005;63(4):321-9.

CG144

Hipertensión arterial pulmonar en lupus eritematoso sistémico: reporte de caso

Kortright-Maldonado KM¹, Rodríguez-Henríquez PJA¹, Pineda-Mestas A¹, Tenorio-Aguirre EK¹, Becerril-Mendoza L²

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

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una complicación infrecuente del lupus eritematoso sistémico (LES) en ausencia de anticuerpos antifosfolípidos. Su prevalencia en el LES varía de 0.5% a 17.5%.

Objetivos: Notificar el caso de una paciente con HAP relacionada con LES. **Resultados:** Mujer de 39 años con antecedentes de LES de 11 años de evolución e hipotiroidismo autoinmunitario en tratamiento con hidroxycloquina y levotiroxina. Consulta por fiebre, disnea, cefalea holocraneal, poliartralgias, debilidad de miembros pélvicos y disminución de uresis de cuatro días de evolución. A su ingreso se encontró con tensión arterial de 149/100 mmHg, con saturación de oxígeno de 87% al aire ambiente y edema de miembros pélvicos. Los estudios de laboratorio se muestran en la **Tabla 1**. La tomografía de tórax encontró cardiomegalia grado II y derrame pericárdico de 4.6 mm. La biopsia renal notificó nefritis lúpica clase IV+ V (11), índice de actividad 8/24 y cronicidad 4/12. Se indicaron 3 dosis de metilprednisolona de 500 mg y ciclofosfamida a razón de 0.75 g/m² y se agregaron espironolactona, bumetanida e hidroclorotiazida. Durante su estancia intrahospitalaria se mantuvo con altos requerimientos de oxígeno mediante puntas nasales de alto flujo y luego ventilación mecánica no invasiva en modo CPAP. El ecocardiograma transtorácico reveló di-

latación de aurícula izquierda y ventrículo derecho, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo de 64%, alta probabilidad de HAP con presión sistólica de arteria pulmonar calculada de 57 mmHg. El abordaje de HAP mostró cifras serológicas de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos negativas y la angiografía de tórax descartó tromboembolia pulmonar y otras afecciones restrictivas/obstructivas pulmonares. Se inició tratamiento con sildenafil (25 mg cada 12 h) y una semana después se aumentó la dosis a 25 mg cada 8 horas con mejoría clínica significativa y pudo egresar. Luego de un mes acude a consulta externa en la que se encontró sin requerimientos de oxígeno, sin disnea, BNP 26 pg/mL y tomografía de tórax sin identificación de derrame pleural.

Tabla 1. Estudios de laboratorio.(CG144)

Estudios de laboratorio			
Hematología		Inmunología	
Leucocitos	3.6 10 ³ /μL		
Neutrófilos #	2.9 10 ³ /μL	Complemento 3	30 mg/dL
Linfocitos #	0.4 10 ³ /μL	Complemento 4	<8 mg/dL
Hemoglobina	10.5 g/dL	ANA	1:1280 patrón homogéneo
Hematócrito	30 %	Anti-SSA	1004 UI/mL
Volumen corpuscular medio (MCV)	78.4 fL	Anti-SSA-Ro	> 27496 UI/mL
Hemoglobina corpuscular media	27.3 pg	Anti-ds-DNA	1881 UI/mL
Conc. de Hgb corpuscular media	34.9 g/dL	Anti-RNP	3.5 UI/ml
Plaquetas	184 10 ³ /μL	Antinucleosomas	>60 UI/mL
Bioquímica		Análisis de orina	
Glucosa	93 mg/dL	Sedimento urinario	Cilindros eritrocitarios, cilindros leucocitarios, hematuria, eritrocitos dismórficos
BUN	56.3 mg/dL		
Urea (calculada)	120 mg/dL		
Creatinina	1.27 mg/dL	Recolección de orina de 24 h	Microproteínas en orina de 24 h: 2 197 mg/24 h Índice proteinuria/creatinuria 4.0 g/g
Sodio	128 mEq/L		
Potasio	4.5 mEq/L		
Péptido natriurético tipo B (BNP)	116.00 pg/mL		
Ferritina	856.30 ng/dL		
SLEDAI			
24 puntos			

Conclusiones: Este informe describe el caso de una paciente con HAP grave y LES, quien tenía anti-ds-DNA y anti-SSA positivos, los cuales se han vinculado con HAP hasta en un 59% y 46.9% respectivamente, a pesar de ser una relación infrecuente en ausencia de SAF secundario. Esta complicación se acompaña de alta mortalidad y por tanto es de suma importancia su consideración diagnóstica para iniciar tratamiento dirigido y prevenir complicaciones.

Bibliografía

- Trentin F, Zucchi D, Signorini V, Elefante E, Bortoluzzi A, Tani C. One year in review 2021: systemic lupus erythematosus. Clin Exp Rheumatol. 2021;39(2):231-41.
- Sun F, Lei Y, Wu W, et al. Two distinct clinical phenotypes of pulmonary arterial hypertension secondary to systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis 2019;78:148-50.

CG145

Seudoobstrucción crónica como manifestación de síndrome de disfunción muscular visceral en paciente con lupus eritematoso sistémico

García-Granados R

Hospital Central Dr. Ignacio Morones, SLP

Introducción: La pseudoobstrucción intestinal es una manifestación poco frecuente del lupus eritematoso generalizado (LEG). Su relación con ureterohidronefrosis es aún más rara y, en conjunto con la dilatación de la vía biliar no obstructiva, conforma el síndrome de dismotilidad muscular visceral, complicación rara del LEG.

Objetivos: Presentar un caso de pseudoobstrucción intestinal vinculada con LEG.

Resultados: Mujer de 28 años, madre con artritis reumatoide, clasificada con LEG en 2017 por actividad articular, mucocutánea y renal (proteinuria > 500 mg/día). Hospitalización previa en 2018 por manifestaciones neuropsiquiátricas (crisis convulsivas), proteinuria sin deterioro de la función renal, gastrointestinal (náusea, vómito, diarrea, estreñimiento) y articular. Se documentó TC contrastada abdominal con engrosamiento de pared de colon y signo de cepillo; recibió pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida (500 mg) y rituximab (500 mg) con mejora de síntomas y seguimiento con tratamiento de tacrolimus (1 mg/día), ácido micofenólico (500 mg/día), prednisona (7.5 mg/día), ondansetrón (8 mg) PRN y bromuro de pinaverio. Persistió con síntomas gastrointestinales, diarrea crónica intermitente y pérdida de peso de 10 kg. El 21 de agosto 2022 acudió al servicio de urgencias del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto por exacerbación de síntomas gastrointestinales desde tres semanas previas (vómito 4 veces/día, estreñimiento y distensión abdominal), dos días antes con dolor abdominal. A su ingreso tenía signos de deshidratación e interrogatorio dirigido con síntomas urinarios. Destacó acortamiento frontal, úlceras orales, sin inflamación articular, distensión abdominal, con perímetro abdominal de 86 cm y peristalsis disminuida. Leucocitos 6.61, neutrófilos 6.11, linfocitos 0.4, Hb 10.9, plaquetas 365, glucosa 103, Cr 0.6, lipasa 175. Examen general de orina con proteínas 100, esterasa leucocitaria, bacterias +++, cultivo *E. coli* no BLEE; electrolitos séricos: sodio 141, potasio 4.6, Cl 106, Ca 8.5. Estudio de evacuaciones coproparasitoscópico y citología de moco fecal sin alteraciones. El ultrasonido abdominal reveló dilatación de vía biliar y líquido libre perihepático; la punción guiada para análisis de líquido de ascitis mostró resultado ligeramente turbio, 33 cel/mm³, 14 leucocitos PMN 90%, MN 10%, proteínas 2.8, glucosa 100.8, albúmina 1.2, Gram (-), pH 7.0, DHL 200. Índice GASA: 0.8, cultivo sin desarrollo a las 48 h, ADA 7.23, UI negativo para Tb. La TC de abdomen se indicó por persistencia de dolor y distensión abdominal, y reveló dilatación de asas intestinales y líquido libre perihepático y hueco pélvico, además de ureterohidronefrosis bilateral. Cumplió cinco días con cefalosporina de tercera generación por infección urinaria, pero persistieron los síntomas intestinales. La colonoscopia no registró alteraciones macroscópicas de mucosa intestinal y se enviaron biopsias, que fueron negativas para tuberculosis. Se decidió iniciar pulsos de metilprednisolona y rituximab; a los cinco días mostraba tolerancia a la vía oral y disminución de distensión, con perímetro abdominal de 79 cm.

Conclusiones: La evolución clínica, los estudios de líquido de ascitis y el resultado de la biopsia descartaron complicaciones infecciosas, como tuberculosis intestinal. El cuadro clínico fue consistente con pseudoobstrucción intestinal crónica, en relación con los hallazgos de la tomografía de dilatación de vías biliares más ureterohidronefrosis. Existen pocos informes de esta vinculación con actividad de lupus. Su tratamiento no está bien establecido; se ha informado ocréotida con buenos resultados; el tratamiento inmunosupresor podría ser de utilidad. En el caso de esta paciente se decidió iniciar inmunosupresión con rituximab con adecuada respuesta hasta el momento.

Bibliografía

- Wen J, Chen W, Gao L, Qiu X, Lin G. Systemic lupus erythematosus simultaneously presenting with visceral muscle dysmotility syndrome and mechanical obstruction clinically relieved by surgery: a case report and literature review. BMC Gastroenterol. 2022 Jan 25;22(1):32.

CG146

Perforación de tabique nasal en lupus eritematoso sistémico

Pérez-Cruz DK, Vargas-Avilés AS

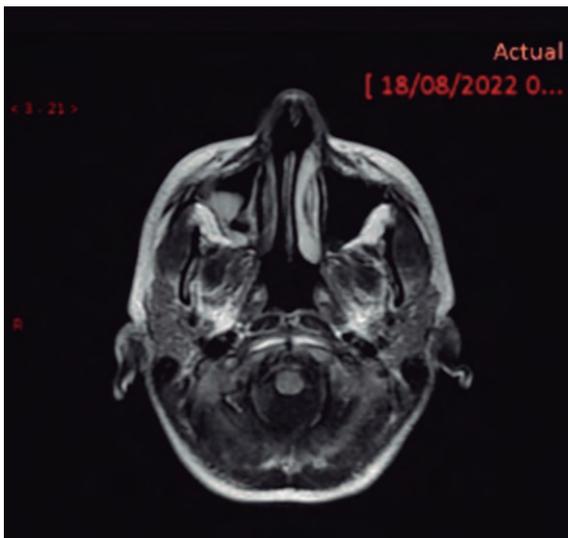
Hospital Juárez de México

Introducción: La perforación del tabique nasal (PTN) es una manifestación del lupus eritematoso sistémico (LES) informada en pocos casos; esto se debe, dado que es casi siempre asintomática, a que se diagnostica poco y por tanto su prevalencia no está documentada con precisión. Dentro de su patogenia se han postulado varios mecanismos: isquemia, vasoespasmio local, aumento de la viscosidad sanguínea y depósito de inmunocomplejos en la mucosa nasal.

Objetivos: Informar un caso de una perforación del tabique nasal como manifestación del lupus eritematoso sistémico.

Descripción del caso: Paciente femenino de 20 años con cuadro clínico de cuatro años de evolución con fenómeno de Raynaud bifásico, artritis en grandes y pequeñas articulaciones de codos, manos y rodillas, junto con rigidez articular matinal > 30 minutos. Con posterioridad se agregaron fatiga, astenia, adinamia, intolerancia a la vía oral, caída del cabello y crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas. Exploración física: alopecia no cicatricial, eritema malar, úlceras orales, perforación del tabique nasal bilateral, pulpejos de ambas manos con lesiones similares a *pitting*, artritis en codos, carpos y rodillas. Estudios de laboratorio: leucocitos $4.23 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, Hb 10.3 g/dl, VCM 86 fL, HCM 28.3 pg, plaquetas $246 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos $3.16 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, linfocitos $0.59 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, creatinina 0.42 mg/dl, proteínas en orina de 24 horas negativas; Coombs directo 4+, panel viral para hepatitis B, C y VIH negativo. Inmunológicos: factor reumatoide 41 UI/mL, C3- 18 mg/dL, C4- 6.7 mg/dL, ANA 1:1 000 nuclear granular fino, anti-DNAs < 10 UI/mL negativo, anti-Sm UR/mL > 200, anti-SSA < 2 UR/mL, anti-B2GPI IgM 3.22 UI/mL, anticardiolipina IgG 16.9 UR/mL, anticardiolipina IgG < 2 UR/mL. Tomografía de tórax de alta resolución: derrame pleural y pericárdico leve, neumopatía intersticial con bandas de atelectasia y nódulo tiroideo. Resonancia magnética de cráneo con extensión a senos paranasales: alteración de la porción membranosa del tabique nasal de 8 mm, seno maxilar derecho y seno esfenoidal izquierdo con engrosamiento de mucosa hiperintenso en T2 y FLAIR (Figura 1). Se estableció el diagnóstico de LES (criterios ACR/EULAR 2019). Recibió tratamiento con glucocorticoide a dosis altas, hidroxicloroquina y levetiracetam con mejoría clínica. Respecto de la perforación septal, el servicio de otorrinolaringología sugirió sólo lubricante nasal.

Figura 1. RM de cráneo, secuencia FLAIR, con extensión a senos paranasales que muestra alteración de la porción membranosa del tabique nasal de 8 mm. (CG146)



Conclusiones: La PTN es una manifestación subdiagnosticada en el LES. En la mayoría de casos, los pacientes presentan antes de la PTN ulceraciones en las mucosas nasal y oral. No existe relación de PTN con alguna manifestación clínica específica de LES, pero por lo general se vincula con actividad moderada a grave de éste. En los casos publicados se han encontrado títulos elevados de anticuerpos anti-dsDNA e hipocomplementemia, como en esta paciente. Aún queda por determinarse la importancia de la PTN en el LES.

Bibliografía

1. Mascarenhas R, Tellechea O. Nasal septum perforation as the presenting sign of lupus erythematosus. *Dermatology Online Journal*.2005; 11(2):12.
2. Thomas J, Gopinath P. Nasal septal perforation in systemic lupus erythematosus. *Eur J Rheumatol*. 2019;6(3):161.

CG147

Enfermedad de Devic como manifestación inicial en paciente con lupus eritematoso sistémico

Sánchez-Armería AM, Rivas-Casillas NC, Marín-Rosales M

Hospital General de Occidente, SSA, Guadalajara, Jalisco

Objetivos: Presentar un caso clínico y revisión de las publicaciones médicas de la enfermedad de Devic.

Resultados: Paciente femenina de 55 años sin antecedentes de importancia, que inició con escotoma central en ojo izquierdo, dolor a la palpación en globo ocular, hemiparesia en hemicuerpo izquierdo y signo de Lhermitte positivo de 15 días de evolución. En clínica, ojo izquierdo con defecto campimétrico, escotoma centrocecal inferior, hipertonía con signo de navaja de muelle, disestesias y parestesias. Estudios de laboratorio y gabinete: potenciales evocados visuales con disfunción grave de la vía visual izquierda; resonancia lumbar: secuencia T2 con hiperintensidad que afecta los segmentos C2 a C4, a nivel central, y no muestra realce con gadolinio (Figuras 1 a 4); ANA 1:1 280 doble patrón (AC-7 y AC-21), anticuerpos anti-NMO-IgG positivos. Se concluyó neuromielitis óptica y se trató con metilprednisolona y micofenolato de mofetilo. Luego de ocho meses de diagnóstico se agregaron artralgiás en manos y eritema malar, esquema de anticuerpos negativo a P-ANCA/MPO, C-ANCA/PR3, perfil SAF, así como valores de complemento normales. Se estableció LES dado que reunía cuatro puntos por criterios de SLICC-2012.

Conclusiones: Se ha informado que las manifestaciones neuropsiquiátricas pueden ser la primera manifestación de LES con posterior desarrollo de manifestaciones sistémicas. La incidencia de LES neuropsiquiátrico varía de 37% a 95% según sean las definiciones utilizadas. La mielitis transversa es rara, pero muy grave, y aparece en los primeros cinco años de evolución; 50% de los pacientes inicia con esta manifestación y recurre en el 21% a 55%; de ellos, el 21% no mejora o sufre deterioro clínico. El síndrome de Devic es una entidad que pertenece al espectro de las enfermedades desmielinizantes del SNC y cuenta con varias formas de presentación, desde la encefalomielitis generalizada hasta formas muy parecidas a la esclerosis múltiple; los anticuerpos anti-NMO-IgG se encuentran en pacientes con LES que tienen lesiones cerebrales, mielitis transversa y neuritis óptica recurrente; sin embargo, estos anticuerpos pueden ser positivos en 2% a 3% de todos los pacientes con LES sin manifestaciones neuropsiquiátricas. Por otra parte, en pacientes con LES y lesiones desmielinizantes se han detectado hasta en un 27%. Por lo tanto, en pacientes que desarrollan síndrome de Devic con seropositividad a ANA se debe realizar un cribado dirigido a LES para no retrasar el diagnóstico e iniciar el tratamiento oportuno.

Bibliografía

1. Ota Y, Srinivasan A, Capizzano AA, Bapuraj JR, Kim J, Kurokawa R, et al. Central nervous system systemic lupus erythematosus: pathophysiologic, clinical, and imaging features. *RadioGraphics*. 2022;42(1):21232.
2. Jacobi C, Stingle K, Kretz R, Hartmann M, Storch-Hagenlocher B, Breitbart A, et al. Neuromyelitis optica (Devic's syndrome) as first manifestation of systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2006;15(2):1079.

Figura 1. Eje neuroaxial en T1 con supresión grasa, sin reforzamiento de la lesión. **Figuras 2 y 3.** Eje sagital T2 con supresión grasa y lesión hiperintensa en cordón espinal que afecta a tres segmentos cervicales (C2, C3 y C4). **Figura 4.** Corte axial en T2 con lesión hiperintensa que compromete las regiones centrales y periféricas hacia la zona dorsolateral izquierda de la médula espinal. (CG147)



CG148

Dolor abdominal agudo como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico

Sandoval-Real NG, Escudero-Tepale EM

Hospital General Regional de Orizaba

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmunitaria sistémica que puede afectar a múltiples órganos y sistemas, entre ellos los del tracto gastrointestinal, como se observa en el 40% a 60% de los pacientes con LES. Los síntomas suelen ser inespecíficos, insidiosos y de evolución lenta, con gravedad variable, pero el dolor abdominal es un síntoma frecuente. Son raros los casos notificados en los cuales las manifestaciones gastrointestinales preceden al diagnóstico de LES.

Objetivos: Analizar un caso clínico en el que la manifestación inicial fue el dolor abdominal con la finalidad de identificar otras manifestaciones infrecuentes en el LES.

Resultados: Paciente masculino de 31 años que inició en 2017 con astenia, adinamia y síncope; hemoglobina 6.0 g/dL. El servicio de hematología diagnosticó de forma inicial anemia hemolítica autoinmunitaria y se iniciaron ácido micofenólico (1 g/24 h) y cloroquina (150 mg/24 h). En octubre de 2021 presenta dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo EVA 9/10, se suspende el ácido micofenólico y se administran azatioprina (50 mg/24 h) y prednisona (50 mg/24 h). Refiere múltiples internamientos previos por dolor abdominal y proceso diarreico sin conclusión diagnóstica. Hay una pérdida de peso de 35 kg en cinco meses, con evacuaciones pastosas recurrentes, ocasionalmente con moco y sin sangre. A su ingreso mostraba dolor abdominal EVA 9/10, evacuaciones disminuidas en con-

sistencia, hemólisis con anemia grave y prueba de Coombs directa positiva. Se iniciaron pulsos de glucocorticoide (1 g al día por tres días consecutivos), sin mejoría, con persistencia de distensión y dolor abdominal agudo, así como evacuaciones diarreicas. TAC de abdomen contrastada: apendicitis aguda y oclusión intestinal. Se practicó laparotomía exploradora que reconoció abundante líquido de ascitis y se efectúa apendicectomía incidental sin otro hallazgo; no se toma biopsia, ya que no se encuentran alteraciones macroscópicas en la cavidad abdominal que la requieran. Continúa con signos de hemólisis y se indica un pulso de ciclofosfamida, sin mejoría. Se inicia inmunoglobulina humana y se pulsa de nueva cuenta con metilprednisolona tres días consecutivos, sin mejoría y con descenso de hemoglobina hasta 1.8 g/dL; se decide transfusión de cuatro concentrados eritrocitarios y se administra 1 g de rituximab sin incidentes. Se obtienen registros inmunológicos que revelan ANA positivos 1:160 homogéneos, consumo de complemento y positividad para anticuerpos anti-B2GP1. Con posterioridad se logra mejoría del dolor abdominal y las evacuaciones diarreicas, sin evidencia de hemólisis ni otros datos de actividad.

Conclusiones: En este caso, el diagnóstico de LES representó un reto diagnóstico, ya que el inicio insidioso de dolor abdominal inespecífico, la pérdida de peso y la evidencia tomográfica de abdomen agudo llevaron a sospechar un cuadro abdominal agudo. Sin embargo, al no identificar datos concluyentes transoperatorios y la anemia hemolítica grave, se replanteó el protocolo diagnóstico hacia una enfermedad autoinmunitaria sistémica, lo que demuestra la variabilidad de las manifestaciones clínicas con las que puede iniciar el LES. Durante el curso clínico, el paciente mostró datos de gravedad, hasta cifras de hemoglobina incompatibles con la vida, con resistencia a las primeras líneas de tratamiento y necesidad de alquilante, anti-CD 20 y dosis altas de glucocorticoide. El diagnóstico se estableció con base en los criterios de clasificación de EULAR/ACR 2019 con manifestaciones hematológicas, positividad para anticuerpos antifosfolípidos y consumo de complemento, pero sin mostrar otros dominios de afectación. Este caso demuestra que la historia clínica, la exploración física y la alta sospecha diagnóstica son fundamentales para integrar el diagnóstico de LES e instituir así un tratamiento oportuno y evitar complicaciones irreversibles.

Bibliografía

1. Kalkan EA, Kalkan Ç, Barutcu S, Küçükahin O, Güçbey Ö, Köseolu T, et al. Prevalence and determinants of gastrointestinal manifestations in patients with selected rheumatologic diseases. *Turk J. Gastroenterol.* 2022;33(7):576-86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5152/tjg.2022.21780>.
2. Zúñiga ZNL, Gonzales JMT, López AG, Briones A. Dificultades en el diagnóstico de enteritis lúpica: presentación de un caso. *Rev Med Chil.* 2019;147(8):1073-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019000801073>.

CG149

Podocitopatía lúpica como causa de síndrome nefrótico en un paciente con lupus eritematoso sistémico: no todo es nefropatía clase III-IV

Ceballos-Pérez MP, Cornelio-Rodríguez LE, Betancourt-Miranda PC, Magaña-García L, Álvarez-Sánchez VA

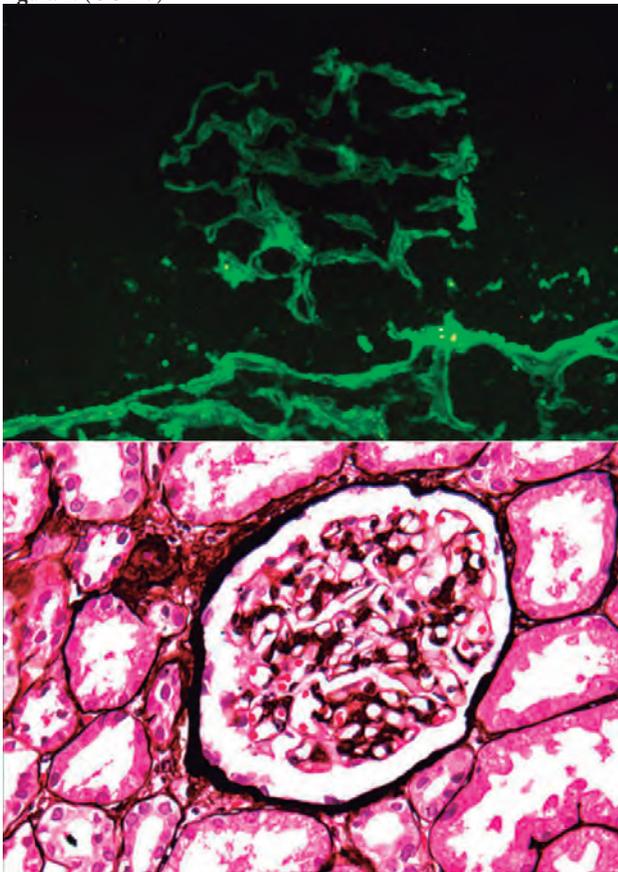
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Introducción: La afectación renal es frecuente en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), aunque puede no estar presente desde el inicio de la enfermedad. El síndrome nefrótico (SN) es común en la nefritis lúpica (NL). En pacientes con LES y SN, los hallazgos más frecuentes en la biopsia renal son NL proliferativa difusa y la membranosa en un 67% a 90% y 50%, respectivamente. De manera inusual se han informado casos de pacientes con LES y SN caracterizados por lesión podocitaria en ausencia de depósitos significativos de complejos inmunitarios en la pared capilar o proliferación celular, en los cuales se demuestra borramiento generalizado de los podocitos de las células epiteliales en la mayor parte de las biopsias

renales. Se presenta un caso de SN vinculado con una podocitopatía lúpica en una paciente con LES de 10 años de diagnóstico.

Resultados: Paciente femenina de 35 años con antecedente de LES de 10 años de diagnóstico, sin tratamiento en los últimos dos años. Inició el trastorno dos meses antes de su ingreso con dolor abdominal en epigastrio y fosa iliaca derecha acompañado de edema en extremidades inferiores, que progresó a edema de miembros torácicos y anasarca, así como disnea de medianos esfuerzos, por lo que acudió a la unidad de los autores con los siguientes resultados de laboratorio: ANA 1:160 patrón homogéneo, anti-DNA negativo, creatinina 0.44 mg/dL, urea 29 mg/dL, albúmina 1.9 g/dL, colesterol 343 mg/dL, complemento C4 32 mg/dL, complemento C3 131 mg/dL y proteínas en orina 4 554 mg/24 h. Se realizó biopsia renal con inmunofluorescencia (**Figura 1**) indicativa de podocitopatía, con posterior inicio de administración con esteroides a dosis altas; con ellos se consiguió mejoría del edema y remisión de la proteinuria.

Figura 1. (CG149)



Conclusiones: Se ha descrito que en pacientes con LES y SN se presenta un tipo independiente de compromiso renal y al parecer es secundario a la actividad del lupus relacionada con la producción de citocinas, linfocinas o disfunción de células T que dañan a los podocitos. A pesar de la identificación reciente de esta entidad, existe una buena cantidad de estudios descriptivos que concuerdan con los datos presentados; sin embargo, no se han establecido criterios estandarizados diagnósticos ni terapéuticos, por lo que son necesarios más estudios con potencial estadístico significativo. La biopsia renal es indispensable ante cualquier afectación renal en pacientes con LES, ya que ninguna otra medición puede predecir el tipo de lesión renal y éste guía el tratamiento y excluye otras entidades.

Bibliografía

1. Chen D, Hu W. Lupus podocytopathy: a distinct entity of lupus nephritis. *J Nephrol* [Internet]. 2018;31(5):629-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40620-017-0463-1>.

2. Oliva-Dámaso N, Payan J, Oliva-Dámaso E, Pereda T, Bomback AS. Lupus podocytopathy: an overview. *Adv Chronic Kidney Dis* [Internet]. 2019;26(5):369-75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ackd.2019.08.011>.
3. Kopp JB, Anders H-J, Susztak K, Podestà MA, Remuzzi G, Hildebrandt F, et al. Podocytopathies. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2020;6(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-020-0196-7>.
4. López-Vásquez D, Bembry W, Mesa CJ, Patel NJ, Guevara ME. Lupus podocytopathy? Case series and review. *Lupus* [Internet]. 2022;31(8):1017-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/09612033221096072>.
5. Shea-Simonds P, Cairns TD, Roufosse C, Cook T, Vyse TJ. Lupus podocytopathy. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2009;48(12):1616-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/kep256>.
6. Bomback AS, Markowitz GS. Lupus podocytopathy: a distinct entity. *Clin J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2016;11(4):547-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2215/cjn.01880216>.
7. Hu W, Chen Y, Wang S, Chen H, Liu Z, Zeng C, et al. Clinical-morphological features and outcomes of lupus podocytopathy. *Clin J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2016;11(4):585-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2215/cjn.06720615>.

CG150

Reporte de caso: ascitis y derrame pleural como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico en el puerperio

Morales-Del Rivero M, Reyes-Gonzaga J

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva; la afección pulmonar se presenta en < 50% de los pacientes, es de tipo exudado y se acompaña de anti-RNP y anti-Smith. **Objetivos:** Describir un caso de afección pulmonar en una paciente con lupus eritematoso sistémico.

Descripción del caso: Se trata de un paciente femenina de 32 años de edad quien niega antecedentes de importancia; en el plano ginecoobstétrico, tiene cinco gestaciones de las cuales tres se obtuvieron por parto (dos normo-evolutivos), un óbito de 32 sdg y un aborto por producto anembrionario, más una cesárea por preeclampsia con signos de gravedad. Inició su padecimiento actual dos semanas después de la cesárea (10/2/22) con dolor abdominal localizado en hipogastrio, así como aumento de volumen, por lo que acudió a valoración al servicio de ginecología, en donde se realizó ultrasonido pélvico que documentó ascitis de unos 950 mL (**Figura 1**); se practicó laparotomía exploradora en la cual se documentaron 4 000 mL de ascitis y luego de la intervención la paciente sufrió disnea y requerimiento de oxígeno complementario, lo que reveló derrame pleural de predominio izquierdo del 80% que requirió colocación de sonda endopleural. La paciente estuvo en la unidad de cuidados intensivos con requerimiento de oxígeno y signos de sepsis secundaria a infección en el sitio de la herida quirúrgica. Al estudiar el líquido pleural se obtuvo por criterios de Light un exudado y el gradiente albumina sérica-ascitis fue < 1.1 g/dL, lo cual es consistente con enfermedades del tejido conectivo. Dada la presentación simultánea de afección a serosas y tratarse de una mujer joven, se sospechó durante el puerperio una enfermedad autoinmunitaria, por lo que se solicitaron estudios inmunológicos que arrojaron positividad para ANA y anti-Smith. Estudios de laboratorios (19/05/22): creatinina 0.76, depuración de creatinina 111 mL/min, proteínas en orina de 24 h 0.10 g/24 h, hb 13.1, leucocitos 8.8, linfocitos 2 940, neutrófilos 5 260, plaquetas 399 000, VSG 7.0, PCR 1.33 mg/L. Inmunológicos: C3 84 mg/dL, C4 16 mg/dL, β_2 glucoproteína IgG 6.4, IgM 3.7 (negativo), ANA 1:160 moteado grueso, anticardiolipina IgG 8.2, IgM 6.4 (negativo), anti-Ro 1.1, anti-La 0 (negativo), anti-Smith > 693 (positivo). En cuanto a la evolución de la paciente, se instituyó tratamiento con esteroide a dosis altas, ya que es la primera línea terapéutica para la

Figura 1. (CG150)



afección a serosas, con lo cual se redujo el derrame pleural y la ascitis hasta su resolución.

Conclusiones: Durante el seguimiento a seis meses la paciente se trató con azatioprina (150 mg/24 h), prednisona (7.5 mg) y cloroquina (150 mg); no ha mostrado recaídas en serosas u otro nivel y actualmente no muestra signos de actividad de la enfermedad. Este caso muestra que el embarazo y el puerperio son estados que elevan el riesgo de recaídas en lupus; sin embargo, hay pocos casos en la bibliografía sobre afección a serosas en el puerperio como manifestación inicial del lupus eritematoso sistémico. Asimismo, la positividad para anti-Smith puede afectar el riñón y por tanto debe vigilarse dicho órgano en el seguimiento.

Bibliografía

1. Depascale R. Diagnosis and management of lung involvement in systemic lupus erythematosus and Sjögren's syndrome: a literature review. 30 Sep. 2021.

CG151

Uso de estatinas en pacientes con lupus eritematoso sistémico de acuerdo con guías de riesgo cardiovascular

Reynosa-Silva IC, Colunga-Pedraza IJ, Galarza-Delgado DA, Azpuri-López JR, De Ávila-González N, Beltrán-Aguilar V, Arias-Peralta A, González-González V

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La EULAR recomienda que los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) sean objeto de una valoración de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) regulares y relacionados con la enfermedad que guíen las acciones para disminuir su riesgo, así como seguir las guías para la población general para el control de los lípidos. La administración de estatinas en pacientes con LES tiene apoyo en diversos estudios como una intervención importante para reducir el RCV en esta población. Esto no sólo se debe a sus efectos hipolipemiantes, sino también a sus efectos pleiotrópicos al inhibir la trombosis y disfunción endotelial, estabilizar la placa carotídea y ser inmunomoduladores.

Objetivos: Determinar la proporción de pacientes con indicación de uso de estatinas que podrían beneficiarse de este medicamento como prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares de acuerdo con las guías americanas y europeas del RCV.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a pacientes con LES mayores de 18 años que acudieron al servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José E. González y se seleccionaron de forma aleatoria. Se recabó información de la historia clínica, la exploración física, los fármacos utilizados, así como su última receta expedida por el servicio de reumatología del expediente clínico. Se

utilizaron las guías ACC/AHA 2019 y ESC/EAS 2021 como pautas de indicaciones para uso de estatinas de acuerdo con el riesgo cardiovascular y las calculadoras de riesgo cardiovascular *SCORE2* y *ACC/AHA ASCVD risk calculator*. Criterios de exclusión: síndromes de sobreposición, infección activa y embarazo.

Resultados: Se incluyó a un total de 55 pacientes, 89.1% del género femenino, con una mediana de edad de 37 años (25-47). Ningún paciente tenía antecedente de enfermedad cardiovascular, así como tampoco nefritis lúpica activa; el resto de las características de la población se presenta en la **Tabla 1**. Un 70.9% (n = 39) de los pacientes tiene al menos un factor RCV común. Del total de participantes, sólo el 17.7% (n = 7) utilizaba estatinas. En la **Figura 1** se muestra el porcentaje de pacientes con indicación de uso de estatinas según la guía ACC/AHA (1A) y ESC (1B). De acuerdo con las guías europeas, 11 pacientes (20%) tienen alguna indicación para recibir estatinas; de éstos, sólo tres utilizaban ya este fármaco. En cuanto a las guías americanas, 5 pacientes (9%) cumplen criterios de indicación para emplear estatinas, ninguno de los cuales consume estatinas actualmente. De los pacientes que ya empleaban estatinas, ninguno las usaba en la intensidad adecuada.

Tabla 1. Características de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (n = 55). (CG151)

Edad, años*	37 (25-47)
Género femenino (n, %)	49 (89.1)
Duración LES, meses*	60 (28-96)
Presión arterial sistólica, mmHg*	110 (100-130)
Índice de masa corporal, kg/m ² *	26.14 (21.6-29.1)
Diabetes mellitus tipo 2 (n, %)	3 (5.5)
Hipertensión arterial sistémica (n, %)	10 (18.2)
Obesidad (n, %)	9 (16.4)
Síndrome antifosfolípidos (n, %)	8 (14.5)
Tabaquismo (n, %)	5 (9.1)
LDL-C, mg/dL*	82.1 (68.5-103.3)
HDL-C, mg/dL*	49 (38.8-65)
Triglicéridos, mg/dL*	108.6 (73.2-142)
Colesterol total, mg/dL*	156 (73.2-142)
Uso de esteroides (n, %)	41 (74.5)
Uso de estatinas (n, %)	7 (12.7)
Uso de hidrocicloroquina (n, %)	48 (87.3)
Uso de antihipertensivos (n, %)	16 (29.1)
SCORE 2 (%)	2.1 (1.4-3.9)
ASCVD score, riesgo a 10 años (%)	1.9 (0.3-1.4)

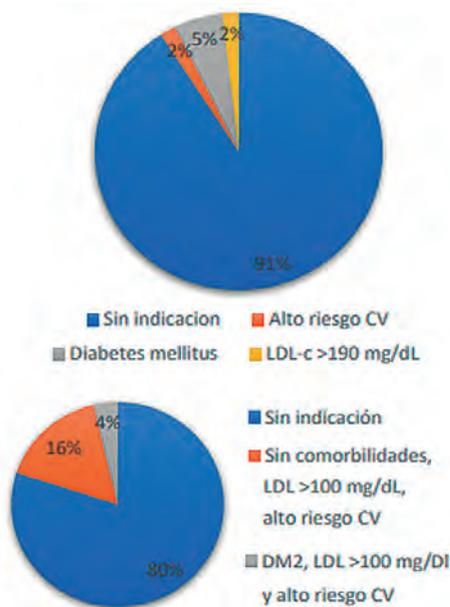
* Datos representados como mediana (p25-p75).

Conclusiones: A pesar de que los pacientes con LES tienen un riesgo cardiovascular elevado respecto de la población general, y que algunos de ellos tienen indicación para iniciar estatinas como prevención primaria de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, el uso de este fármaco es bajo entre la población. En consecuencia, es importante concientizar al reumatólogo acerca de la evaluación del RCV de acuerdo con las guías internacionales para mejorar las estrategias de prevención en esta población.

Bibliografía

1. Drosos GC, Vedder D, Houben E, Boekel L, Atzeni F, Badreh S, et al. EULAR recommendations for cardiovascular risk management in rheumatic and musculoskeletal diseases, including systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2022 Feb 2; annrheumdis-2021-221733.
2. Yengej FAY, Limper M, Leavis HL. Statins for prevention of cardiovascular disease in systemic lupus erythematosus. *Neth J Med* 2017;75(3):99-105.

Figura 1. A. Indicaciones de estatinas según las guías ACC/AHA 2019. **B.** Indicaciones de estatinas según las guías ESC 2021. (CG151)



CG152

Características en histología renal en pacientes con lupus eritematoso sistémico y positividad de anti-MPO

Ochoa-de León GM, Yupe-Flores AV, Cenicerós-Ruiz B, Calderón-de la Peña GA, Santana-Delgado J, Saldaña-Campos EM, Cervantes-Ramírez RE, González-Díaz V, Ventura-Valenzuela ME, Martínez-Bonilla GE, Bernard-Medina AG, Arizaga-Nápoles M, Cerpa-Cruz S, Uribe-Martínez J

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria sistémica relacionada con anticuerpos antinucleares (ANA), antígenos nucleares extraíbles (ENA) y anticuerpos anti-ADN de doble cadena (dsDNA). El compromiso renal en el LES es uno de los mayores determinantes del pronóstico, el cual abarca un amplio espectro de patrones de daño renal. Los autoanticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) se dirigen a componentes citoplasmáticos de neutrófilos humanos, incluidas la proteasa (PR3) y la mieloperoxidasa (MPO), que pueden detectarse en un 20% a 42% en pacientes con LES y en un 37% a 53% en la nefritis lúpica (NL). Dicha positividad de autoanticuerpos se ha relacionado con desenlaces clínicos.

Objetivos: Determinar si la positividad de anticuerpos anti-MPO se vincula con los hallazgos histológicos específicos en biopsia renal de pacientes con LES. Como objetivo secundario, evaluar la correlación entre las características serológicas y los hallazgos histológicos renales.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR/EULAR 2019 a quienes se les realizó biopsia renal percutánea (BRP) de forma simultánea a la determinación de anti-MPO por ELISA en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde de enero del 2020 a agosto del 2022. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado para la realización de BRP. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo en el cual las variables categóricas se informaron como frecuencias y porcentajes, mientras que las variables continuas se expresaron como medianas y rangos intercuartílicos o desviación estándar, según correspondiera. Se determinó la distribución de los datos con prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. El objetivo primario se analizó con la prueba de U de Mann-Whitney. Se realizó prueba de coeficiente de

correlación de Spearman para evaluar los objetivos secundarios. Se definió un valor de p significativo < 0.05.

Resultados: Se incluyó a 9 pacientes con edad promedio de 32.1 ± 7.6 años, sexo femenino en 66.6% (n = 6), con una TFG calculada por creatinina con la fórmula CKD-EPI con una media de 34.4 ± 27.9 mL/min/1.73 m². Dentro de las características histológicas más frecuentes se encontraron cariorrexis (77.8%), nefritis tubulointersticial (77.8%), esclerosis focal y segmentaria (66.7%), así como proliferación endocapilar (77.8%) y extracapilar (44.4%). Respecto de las clases histológicas se informó con NL clase IV (77.8%) y de éstos el 33.0% en su combinación con clase V y el 22.0% mostró glomerulonefritis extracapilar necrosante paucimunitaria. El índice de actividad promedio fue de 8.8 ± 7.9 y la cronicidad de 4 ± 3. Se encontró positividad de anti-MPO y anti-dsDNA en 66% (n = 6). Como objetivo primario no se identificó un nexo entre la positividad del anti-MPO y los hallazgos histológicos renales de pacientes con LES, como la proliferación extracapilar (p = 0.38), cariorrexis (p = 0.71), necrosis (p = 0.54), atrofia tubular (p = 0.167) y fibrosis intersticial (p = 0.16). Se determinó una correlación negativa entre la positividad de anti-dsDNA y la proliferación extracapilar (r = -0.78, p = 0.01).

Conclusiones: La presencia de anti-MPO circulante en pacientes con LES y afección renal no se vinculó con hallazgos histológicos específicos por biopsia renal.

CG153

Lupus eritematoso sistémico y mielofibrosis: reporte de caso y revisión de literatura

Calderón-de La Peña GA, Ochoa-de León GM, Cervantes-Ramírez RE, Cerpa-Cruz S, Ventura-Valenzuela ME

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La mielofibrosis se caracteriza por proliferación clonal de precursores mieloides acompañado de producción estromal de sustancia fibrosa. Estos cambios pueden atribuirse a trastornos mieloproliferativos, malignos, endocrinos o inflamatorios. Su relación con LES y citopenias periféricas es infrecuente, con 45 casos notificados en las publicaciones médicas.

Objetivos: Describir un caso clínico de lupus eritematoso sistémico y mielofibrosis.

Resultados: Paciente femenino de 27 años, sin antecedentes personales patológicos, que ingresa por curso de 10 días con fiebre de 40°C, diaria, vespertina, atenuada parcialmente con paracetamol, acompañado de pérdida de peso de 4 kg en 15 días, fatiga, náusea, vómito y dolor abdominal epigástrico, sin irradiaciones y moderado. En un hospital externo se solicitan estudios de laboratorio que revelan pancitopenia y la TAC abdominal delinea esplenomegalia de 17 cm y se la envía a la unidad de los autores. A su llegada muestra fiebre 38.9°C, TA 110/90 mmHg, FC 103 lpm, FR 20 rpm y SatO₂ 98% (aire ambiente), palidez mucotegumentaria, precordio hiperdinámico, rítmico, soplo holosistólico multifocal, grado III/VI, esplenomegalia palpable y petequias en extremidades inferiores. Se solicitan estudios de laboratorios que confirman pancitopenia (hemoglobina 5.57 g/dL, plaquetas 31 000/μL, leucocitos 1 210/μL, linfocitos 150/μL, neutrófilos 800/μL), anemia hemolítica autoinmunitaria (Coombs directo positivo, DHL 397, bilirrubina total 2.5 mg/dL, indirecta 2.0 mg/dL, haptoglobinas 5.83 mg/dL), serologías VIH/VHC/VHB/CMV, procalcitonina y PCR dengue/influenza negativa. Se realiza aspirado de médula ósea hematopoyética (AMOH) que indica hipocelularidad con suspensión en maduración granulocítica, trombocitopenia por defecto de maduración, y se observan blastos en 5%. Durante la hospitalización padece fiebre persistente, diaria, a pesar de antipiréticos intravenosos y antibiocioterapia empírica con piperacilina/tazobactam. Con base en análisis previos, se decide la toma de anticuerpos anticelulares con resultado positivo 1:360 patrón homogéneo, anti-DNAbs (+) 1:10, complemento C3 134 mg/dL y C4 32 mg/dL, con satisfacción de 12 puntos para LES (EULAR/ACR 2019). Se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona (1 g/día por 3 días) e hidroxiquina con posterior mejoría en parámetros hematológicos (hemoglobina 10.9 g/dL, plaquetas 62 000/μL, leucocitos 1 700/

μL , linfocitos $640/\mu\text{L}$, neutrófilos $1\ 150/\mu\text{L}$) y remisión de la fiebre. El informe de biopsia ósea de MO indica hipocelularidad de 30%, detención en maduración de todas las series, y trama reticular intensamente expandida indicativa de mielofibrosis grado II. Se egresa al paciente por mejoría clínica con corticoesteroide, hidroxicloroquina y micofenolato de mofetilo como tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones: Este caso es de particular interés respecto de las citopenias en LES, las cuales se relacionan con diversas alteraciones: destrucción celular periférica mediada por anticuerpos, tratamiento inmunosupresor o trastornos de MO (mielofibrosis primaria, anemia aplásica, mielofibrosis autoinmunitaria [MFAI]). La patogenia de MFAI se desconoce; se propone una respuesta inespecífica de fibroblastos hacia factores de crecimiento (PDGF, EGF o TGF- β) derivados de células neoplásicas o reactivas en MO. En el LES, los complejos inmunitarios pueden inducir liberación de PDGF por megacariocitos. En la actualidad se han informado 45 casos, en la mayoría de los cuales la MFAI se presentaba en enfermedad activa: 29/45 casos (64.4%) mostraron valores bajos de complemento y 21/45 (46.6%) anti-DNAs positivo. La mortalidad de MFAI se observó en 20% (9/45 casos), con una respuesta al tratamiento con corticoesteroides, azatioprina, ciclosporina, micofenolato de mofetilo y ciclofosfamida, tras considerar una respuesta terapéutica en la cifra celular periférica del 80% de los casos, mientras que la respuesta en médula ósea sólo se logró en el 51.6%. En este caso, el paciente respondió a los corticoesteroides y el micofenolato de mofetilo, y consiguió la recuperación de líneas celulares y el posterior egreso hospitalario.

Bibliografía

- Fayyaz A, Igoe A, Kurien BT, Danda D, James JA, Stafford HA, et al. Haematological manifestations of lupus. *Lupus Sci Med*. 2015;2(1):e000078. DOI: 10.1136/lupus-2014-000078.
- Chalayer E, Ffrench M, Cathébras P. Bone marrow fibrosis as a feature of systemic lupus erythematosus: a case report and literature review. *Springerplus*. 2014;3(1):349. DOI: 10.1186/2193-1801-3-349.
- Wibowo T, Kawada S, Ishida Y, Yoshimine Y, Ishikawa N, Kawamoto K, et al. Autoimmune myelofibrosis associated with systemic lupus erythematosus: a case report. *Mod Rheumatol Case Rep*. 2020;4(1):28-33. DOI: 10.1080/24725625.2019.1650697.

CG154

Síndrome antifosfolípido catastrófico: serie de casos y revisión de literatura

Calderón-De La Peña GA, Uribe-Martínez JF, Cenicerós-Ruiz B, Yupe-Flores AV, Martínez-Bonilla GE

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un trastorno autoinmunitario sistémico definido por episodios trombóticos y obstétricos en presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aPL) persistentes. Su variante catastrófica (SAFC) se presenta en el 1% y su diagnóstico es un verdadero reto debido a la rapidez de complicaciones y el requerimiento terapéutico inmediato. Se presentan tres casos tratados en el hospital de los autores.

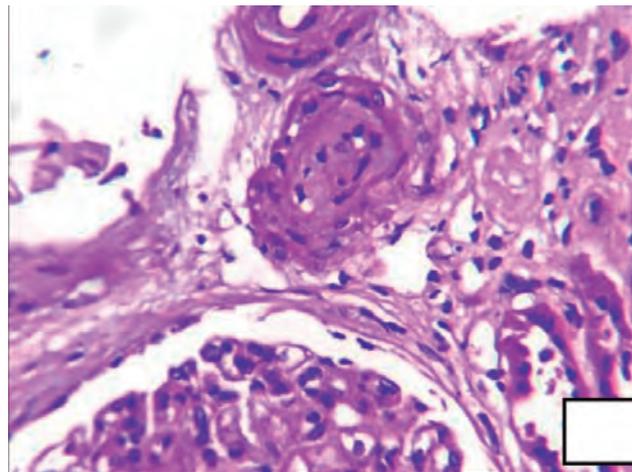
Resultados: Caso clínico 1: paciente masculino de 38 años, que ingresa por hemiparesia izquierda y alteración de la conciencia. La TAC craneal revela hiperdensidad de ACM e hipodensidad en el hemisferio derecho. Se inicia abordaje de trombofilia en paciente joven y se determinan aPL (AL y anti-B2GP1 52.9). Durante su estancia se agrega síndrome nefrótico y hemorragia gastrointestinal alta con hallazgos endoscópicos de úlcera fúndica y prepilórica. El ultrasonido renal no muestra signos de trombosis arterial/venosa y la biopsia renal señala "glomerulosclerosis focal/segmentaria y microangiopatía trombótica" (Figura 1). Se determinó SAFC, que se trata con anticoagulación, esteroide en pulsos, recambio plasmático y rituximab con evolución satisfactoria.

Caso clínico 2: paciente masculino de 37 años con antecedente de SAF un año antes por EVC isquémico con mal apego terapéutico. Acude por

dolor abdominal agudo, grave, mesogástrico, con diaforesis y vómito; TAC abdominal: isquemia intestinal venosa en segmento de íleon proximal y trombosis en vena cava inferior; un nuevo perfil de aPL indica triple positividad (AL, anti- β 2GP1 IgG > 200 y aCL IgG > 280). Durante su evolución cursa con hipoxemia y requiere oxígeno, se descarta tromboembolia pulmonar, pero la TAC documenta capilaritis pulmonar. Se decide tratamiento con anticoagulación, pulsos de esteroide y rituximab con resolución de síntomas y posterior egreso.

Caso clínico 3: paciente masculino de 36 años con antecedente de toxicomanías, que acude por dolor abdominal de 10 días, epigástrico, moderado, irradiado a espalda que evoluciona hasta incapacidad, acompañado de fiebre. TAC abdominal: líquido libre y trombosis arterial mesentérica superior, que exige laparotomía con resección segmentaria. Se solicitan aPL que registra anticoagulante lúpico y anticardiolipina (48.3 U) y se inicia anticoagulación y esteroide en pulsos. Durante el posoperatorio persiste dolor abdominal y una nueva TAC revela trombosis portal y mesentérica inferior. Se reinterviene quirúrgicamente y se identifican hallazgos de perforación y gangrena intestinal y colónica, con posterior fallecimiento del paciente.

Figura 1. Caso clínico 1: daño crónico tubulointerstitial moderado, fibrosis arterial y arteriolar grave, y degeneración mixoide subintima. (CG154)



Conclusiones: El SAFC se define por trombosis ≥ 3 zonas, en corto tiempo, con evidencia de trombosis histopatológica y aPL presentes. El diagnóstico se basa en los criterios del 2003 con sensibilidad de 90.3% y especificidad de 99.4%; su mortalidad es de 50%. Los mecanismos propuestos son activación celular endotelial/plaquetaria/complemento, inhibición de mecanismos anticoagulantes y disfunción trofoblástica. El registro CAPS identifica a las infecciones como factores precipitantes prevalentes (49%); las manifestaciones trombóticas comprenden la renal: lesión renal aguda, proteinuria, hipertensión y hematuria; pulmonar: capilaritis y TEP; SNC: encefalopatía, ictus arterial y crisis convulsivas; y cardíacas: insuficiencia cardíaca, IAM y valvulopatía. Otras incluyen livedo reticular, púrpura y necrosis cutánea, hemorragia gastrointestinal y pancreatitis. En esta serie, el 100% cursó con trombosis venosa y 66% arterial; la duración intrahospitalaria fue de 17 ± 11.9 días; el primer caso cursó con afección SNC, renal y gastrointestinal; el segundo con trombosis venosa intestinal, cava inferior y capilaritis pulmonar; y el tercero con trombosis arterial mesentérica superior, inferior y venosa portal. El primer y segundo casos recibieron tratamiento con anticoagulación, esteroide y rituximab (además de plasmáferesis en el primer caso) y, dada la rapidez del cuadro, el tercer caso sólo recibió anticoagulación y esteroide. Esto remarca la importancia en la sospecha alta de esta entidad, para el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

Bibliografía

- Cervera R, Rodríguez-Pintó I, Espinosa G. The diagnosis and clinical management of the catastrophic antiphospholipid syndrome: a comprehensive review. *J Autoimmun*. 2018;92:111.

2. Cervera R. Update on the diagnosis, treatment, and prognosis of the catastrophic antiphospholipid syndrome. *Curr Rheumatol Rep.* 2010;12(1):70-6.
3. Rodríguez-Pintó I, Moitinho M, Santacreu I, Shoenfeld Y, Erkan D, Espinosa G, et al. Catastrophic antiphospholipid syndrome (CAPS): descriptive analysis of 500 patients from the International CAPS Registry. *Autoimmun Rev.* 2016;15(12):1120-4.
4. Rodríguez-Pintó I, Espinosa G, Erkan D, Shoenfeld Y, Cervera R, CAPS Registry Project Group. The effect of triple therapy on the mortality of catastrophic anti-phospholipid syndrome patients. *Rheumatology (Oxford).* 2018;57(7):1264-70.

CG155

Lupus eritematoso sistémico seronegativo: a propósito de un caso clínico

Santana-Delgado J, Yupe-Flores AV, Cisneros-Ruiz B, González-Díaz V, Bernard-Medina AG

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria multisistémica heterogénea con un amplio espectro de manifestaciones clínicas e inmunológicas. Se calcula que alrededor del 5% de los pacientes con LES es negativo a ANA. Esto se debe al uso previo de tejidos de roedores utilizados como sustrato de determinación de los ANA o al atrapamiento de ANA en los inmunocomplejos circulantes. Hoy en día, con la sustitución de células Hep-2 en IF, se ha conseguido un número menor de pacientes con LES y ANA negativos. El patrón de inmunofluorescencia de “casa completa” en biopsia renal se define como la detección simultánea de depósitos de IgA, IgG, IgM, C1q y C3 en muestras de biopsia renal.

Objetivos: Presentar un caso de un paciente con nefropatía *full house* por biopsia renal y banda lúpica (BL) positiva sin hallazgos serológicos relacionados de LES.

Resultados: Paciente masculino de 27 años, con antecedentes familiares de artritis reumatoide por parte del padre, previamente en seguimiento en el servicio de dermatología por presencia de acné nódulo-quístico. Acudió por caída de cabello difusa, artralgiás de manos y pies y orina espumosa de ocho meses de evolución. La exploración física del paciente muestra densidad capilar disminuida con presencia de cabellos rotos de forma difusa sin otra manifestación mucocutánea, ni datos de serositis, sinovitis, artritis y alteraciones neurológicas. Estudios de laboratorio: hemoglobina: 16.3 g/dL, leucocitos: 8 080 mm³, plaquetas: 261 000 mm³, BUN: 17 mg/dl, creatinina: 1.26 mg/dL, ácido úrico: 7.3 mg/dL, ALT: 20 UI/L, AST: 36 UI/L, LDH: 319 UI/L, PCR: 1 mg/L, VSG: 7 mm/h, proteína urinaria diaria: 1.8 g/día, TFG: 78 mL/min/m², serología de hepatitis B y C: negativos, C3: 110 mg/dL (90-180), C4: 8 mg/dL (10-40), ANA: (-), anti-DNA: (-), p-ANCA: (-), c-ANCA: (-), anti-SSA: (-), anti-SSB: (-), anticardiolipina IgM: 7 mg/dL, anticardiolipina IgG: 20 mg/dL, VDRL: (-). La biopsia renal registró glomerulopatía proliferativa mesangial mediada por inmunocomplejos con patrón de inmunofluorescencia *full house* indicativa de nefropatía lúpica mesangial clase II ISN/RPS (Figura 1). La biopsia de piel sana de glúteo encontró perivasculitis linfocítica, cambios epidérmicos discretos con acantosis, hiperqueratosis y engrosamiento de la membrana basal e inmunofluorescencia directa con depósitos de IgA, IgG, IgM y C3 (Figura 2). Con lo anterior se estableció el diagnóstico de LES y se inició tratamiento con hidroxiquina (200 mg/día) y medidas anti-proteinuria que produjeron adecuada respuesta; el paciente se encuentra actualmente asintomático.

Conclusiones: Una de las entidades clínicas más comunes de la nefropatía *full-house* es la nefritis lúpica (NL). En las distintas series de casos de NL con *full house* y ANA negativos, un porcentaje desarrolló autoanticuerpos durante el seguimiento. Aunque este paciente tenía serología negativa para LES, el depósito de inmunocomplejos y otras características histopatológicas apoyan el diagnóstico. La utilidad de la BL como procedimiento

Figura 1. PAS: esclerosis segmentaria del polo vascular. 2. Masson: glomerulomegalia; daño crónico tubulointersticial leve. 3. Masson: glomerulomegalia, esclerosis segmentaria, sin lesiones proliferativas. 4. H-E: esclerosis segmentaria del polo vascular. 5. Inmunofluorescencia: depósitos de inmunocomplejos mesangiales. 6. Inmunofluorescencia: depósitos de inmunocomplejos mesangiales. (CG155)

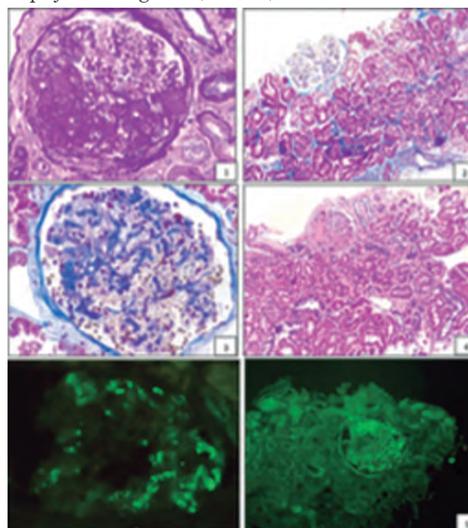
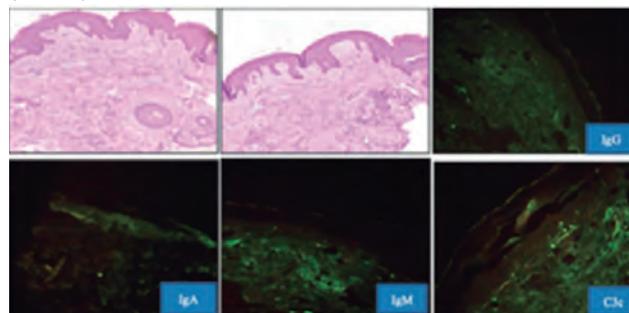


Figura 2. Biopsia de piel sana no expuesta al sol (glúteo izquierdo). (CG155)



diagnóstico en pacientes con LES está bien establecida. Según el estudio de Cardinali et al., la BL en piel sana de pacientes con LES tiene sensibilidad de 10% a 79% y especificidad de 48% a 98%. El resultado positivo de esta prueba es un sólido indicador de LES. La sensibilidad de la BL para el diagnóstico de LES parece ser incluso mayor que otros parámetros, como los valores de complemento, VSG, linfocitos o anti-dsDNA. No se descarta la posibilidad de que el paciente durante su seguimiento desarrolle positividad para ANA.

Bibliografía

1. Baskin E. Full-house nephropathy in a patient with negative serology for lupus. *Rheumatology Inter.* 2007;27(3):281-4. doi:10.1007/s00296-006-0198-0.
2. Simmons-Sierra C. Antinuclear antibody-negative lupus nephritis with full house nephropathy: a case report and review of the literature. *American J Nephrol.* 2015;42(6):451-9. doi:10.1159/000443747.
3. Caltik A. An unusual case of ANA negative systemic lupus erythematosus presented with vasculitis, long-standing serositis and full-house nephropathy. *Rheumatology Inter.* 2013;33(1):219-22. doi:10.1007/s00296-010-1540-0.
4. Aringer M, Petri M. New classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Current Opinion in Rheumatol.* 2020;32(6):590-596.
5. Reich A. The lupus band test in systemic lupus erythematosus patients. *Therapeutics and clinical risk management.* 24 Jan 2011;7:27-32. doi:10.2147/TCRM.S10145.

CG156

Neuritis óptica como manifestación no criterio en síndrome de anticuerpos antifosfolípido primario: reporte de un caso

López-Zamarrón RL, Bustamante-González RM, Reyes-Gonzaga J, Miranda-Hernández DG, Martínez-Alcántara MF

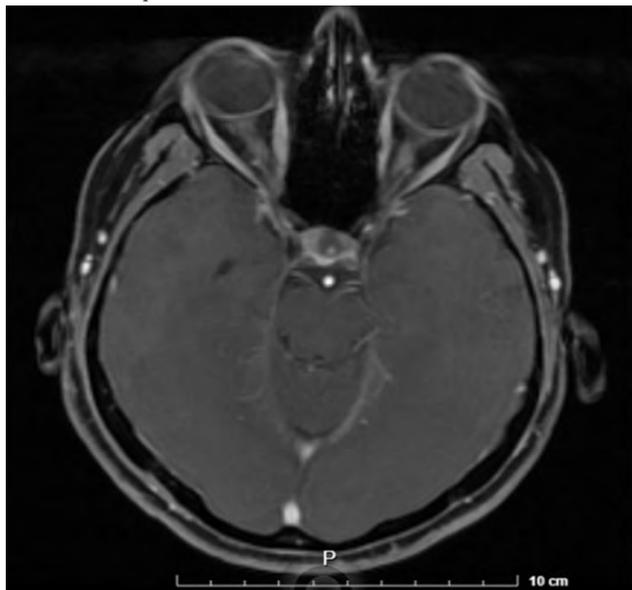
Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípido es una enfermedad autoinmunitaria causada por anticuerpos antifosfolípidos: anticardiolipina, anticoagulante lúpico o anti- β 2 glucoproteína 1 (B2GLP1). Se clasifica en primaria o secundaria (adjunta), la segunda en relación con otras enfermedades autoinmunitarias. Se caracteriza por trombosis recurrentes y pérdidas gestacionales, aunque pueden aparecer manifestaciones no trombóticas, llamadas también manifestaciones no criterio, algunas de ellas hematológicas (casi siempre trombocitopenia) y neurológicas; estas últimas son menos frecuentes, en particular la neuritis óptica de características inflamatorias, por lo que se presenta el siguiente informe de un caso.

Objetivos: Presentar un caso de las denominadas manifestaciones no criterio en relación con el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

Descripción de caso: Se trata de un paciente femenino de 34 años con diagnóstico de púrpura trombocitopénica autoinmunitaria tratada con prednisona (15 mg) a dosis de reducción y migraña resistente al tratamiento. Al término del esteroide sufre evacuaciones melénicas junto con episodio de migraña y amaurosis fugaz. Acude a la unidad hospitalaria en la que se identifica trombocitopenia grave ($39\ 000/\text{mm}^3$); se inicia protocolo de estudio y se reconoce prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) de 74.8 s (intervalo, 35-45 s), anticoagulante lúpico +2 fuertemente positivo, anti- β 2 glucoproteína I IgG 499.5 UI/mL (positiva), proteína C reactiva de 76 mg/L (elevada), anticardiolipina IgG 88.1 UI/mL (positiva). La resonancia magnética de encéfalo simple y contrastada (**Figura 1**) identifica datos indicativos de neuritis óptica derecha e incipientes cambios secundarios a microangiopatía. Se instituye tratamiento con enoxaparina (40 mg/24 h) por vía subcutánea, hidrocortisona (100 mg/6 h) por vía intravenosa y pulso de ciclofosfamida a dosis de 0.7 mg/superficie

Figura 1. RMN de encéfalo contrastada, corte axial y secuencia FIESTA. Se observan imágenes redondeadas, hiperintensas, en corona radiada, no confluentes, e hiperintensidad en la porción intraorbitaria del nervio óptico, derecho e izquierdo. (CG156)



corporal total mensual. Se completa la valoración con estudios de laboratorios inmunológicos para descartar síndrome de anticuerpos antifosfolípidos adjunto, ante la sospecha de lupus eritematoso sistémico por prevalencia y manifestación neurológica; los resultados son negativos para anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-DNA de doble cadena, anti-Smith y anti-RNP, sin leucopenia, linfopenia o consumo de complemento C3/C4. La valoración de los servicios de neurología y oftalmología, que establecen el diagnóstico de neuritis óptica bulbar atípica bilateral. La punción lumbar y la electromiografía descartan enfermedad desmielinizante, por lo que se concluye diagnóstico de síndrome de anticuerpos antifosfolípido primario no trombótico con manifestación trombocitopenia y neuritis óptica bilateral atípica.

Resultados: En el síndrome antifosfolípido, la manifestación neurológica más frecuente es la cefalea de tipo migraña hasta en un 20.2%. La manifestación ocular más frecuente es la oclusión de la arteria central de la retina y la amaurosis fugaz en un 9%. En la bibliografía son pocos los casos informados de neuritis óptica inflamatoria como manifestación no criterio del síndrome antifosfolípido, con una prevalencia baja hasta de 0.9%, y ésta es de un origen no trombótico casi siempre vinculada con lupus eritematoso sistémico, por lo cual deben considerarse múltiples diagnósticos diferenciales, así como un abordaje multidisciplinario antes de establecer el diagnóstico, ya que el tratamiento dirigido difiere entre las diversas causas. En el contexto clínico de esta paciente, dado que no hay trombosis y tras considerar el perfil de riesgo, así como factores vinculados, no se administró tratamiento profiláctico, algo que aún es controvertido en las publicaciones médicas; en consecuencia, en virtud de la manifestación ocular de características inflamatorias, se optó por un esteroide intravenoso porque es la vía de administración que ha demostrado acelerar la recuperación de la visión, así como la inmunomodulación, en este caso a base de ciclofosfamida; esto debe individualizarse sin perder de vista que no existe modificación del pronóstico visual funcional a largo plazo, pero sí decrece la actividad clínica de la enfermedad.

Bibliografía

1. Sciascia S, Amigo MC, Roccatello D, Khamashta M. Diagnosing antiphospholipid syndrome: extra-criteria manifestations and technical advances. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2017;13(9):548-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2017.124>.
2. Suvajac G, Stojanovich L, Milenkovich S. Ocular manifestations in antiphospholipid syndrome. *Autoimmun Rev* [Internet]. 2007;6(6):409-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.autrev.2006.11.005>.

CG157

Trombosis portal como manifestación prelúdica de un síndrome de anticuerpos antifosfolípidos catastrófico

Tello-Romero VJ

Hospital General Dr. Agustín O'Horan

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípido catastrófico se define como una forma grave de SAF vinculada con microtrombosis de múltiples sistemas orgánicos y requiere que se cumplan cuatro criterios: afectación > 3 órganos, sincronización aguda < 1 semana, oclusión de vasos pequeños y confirmación de laboratorio de anticuerpos antifosfolípidos. Cuando se inicia esta cascada evoluciona hacia la catástrofe y la mortalidad puede ser superior al 50%.

Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas, de laboratorio y los hallazgos en estudios de gabinete en un paciente con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos catastrófico.

Resultados: Paciente femenino de 49 años de edad con antecedente de hipertensión arterial; inició el padecimiento actual cinco meses antes del ingreso con incremento del perímetro abdominal e ictericia de escleras sin recibir atención médica. Seis días antes de ingresar se agregan edema y dolor en miembro pélvico izquierdo, por lo que acudió a urgencias donde se recibió con signos vitales estables; la exploración física mostró ictericia mucocutánea, precordio rítmico sin ruidos agregados, abdomen globoso

a expensas de líquido ascítico con matidez cambiante, miembro pélvico izquierdo con edema, coloración ocre, y signo de Olow positivo. Ultrasonido abdominal: datos de hepatopatía crónica difusa, sin lesión focal, trombosis portal y cavernomatosis, y líquido libre en la cavidad peritoneal. Ultrasonido pélvico: trombosis de la vena tibial posterior, peronea, tronco tibioperoneo y poplíteo sin observar flujo o recanalización. Anticuerpos: anticardiolipina IgM positivo. Durante su estancia hospitalaria desarrolló lesión renal aguda KDIGO II, síndrome de dificultad respiratoria con requerimiento de oxígeno complementario y ventilación mecánica no invasiva. Se agrega peritonitis bacteriana espontánea y choque hipovolémico hemorrágico con desenlace letal tras 10 días de estancia hospitalaria.

Conclusiones: El desafío más grande se presenta cuando se atiende a un paciente con trombosis multiorgánica que tiene anticuerpos antifosfolípidos positivos por primera vez, y existen otros factores de riesgo de trombosis, por lo que debe realizarse una segunda determinación de anticuerpos en las siguientes 12 semanas. El diagnóstico y los tratamientos intensivos son obligados; además, debe tratarse el factor desencadenante, incluida la infección, y el tratamiento específico se dirige a la trombosis y al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. El esquema consiste en tratamiento triple con anticoagulación, corticoesteroides y recambio plasmático/IGIV. A pesar del tratamiento, la mortalidad se mantiene hasta en 50% en todos los pacientes. Para los individuos que son resistentes al tratamiento triple, pueden probarse rituximab y eculizumab. El sangrado y las infecciones complican con frecuencia el curso de la enfermedad, lo que afecta directamente el pronóstico.

Bibliografía

1. Amitrano L, Ames PR, Guardascione MA, López LR, Menchise A, Brancaccio V, Iannaccone L, Balzano A. Antiphospholipid antibodies and antiphospholipid syndrome: role in portal vein thrombosis in patients with and without liver cirrhosis. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2011 Aug;17(4):367-70.
2. Aguiar CL, Erkan D. Catastrophic antiphospholipid syndrome: how to diagnose a rare but highly fatal disease. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2013;5(6):305-314.
3. Duarte-García A, Pham MM, Crowson CS, et al. The epidemiology of antiphospholipid syndrome: a population-based study. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(9):1545-1552.

CG158

Características clínicas y resultados de glomerulonefritis rápidamente progresiva en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Avilés-Ramírez LRJ, Velázquez-Guevara BA, García-Cañas IE, Herrera-Van Oostdam DA, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C, Aguilera Barragán-Pickens G, Santillán-Guerrero E, Silva-Jiménez G

Hospital Central Dr. Ignacio Morones, SLP

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una manifestación frecuente del lupus eritematoso sistémico (LES); ocurre en 40% a 60% y se acompaña de una mayor morbimortalidad. Entre la población latinoamericana, y en particular en pacientes mexicanos, la expresión clínica suele ser más grave y con mayor riesgo de avance a enfermedad renal terminal. La glomerulonefritis de rápida progresión (GNRP) es el síndrome renal inespecífico de la NL, caracterizado por incremento progresivo de la creatinina sérica en semanas, alteraciones del sedimento urinario como dato de daño glomerular y confirmación histológica de hiper celularidad extracapilar (medialunas celulares) en más del 10% de los glomérulos. No se dispone de estudios que caractericen los resultados clínicos de pacientes con GNRP y NL.

Objetivos: Determinar las diferencias clínicas y desenlaces en pacientes con NL y GNRP hospitalizados con deterioro de la función renal.

Material y métodos: En el periodo de 2019 a septiembre de 2022 se atendieron 310 internamientos por LES (criterios SLICC 2012 o ACR/EULAR 2019) en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto; de éstos, el 29.3% tuvo algún grado de lesión renal inicial (reducción de tasa de fil-

tración glomerular [TFG], proteinuria o hematuria). Se evaluó a pacientes mayores de 18 años, con lesión renal aguda intrínseca y NL. Se dividieron por grupos de acuerdo con la histología renal: con o sin formación de 10% de medialunas celulares en la muestra total y se clasificaron como NL, con o sin GNRP. Se excluyó a pacientes con otras causas de daño renal agudo prerrenal o posrenal. Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de pacientes con nefritis lúpica, con y sin GNRP. (CG158)

	NL sin GNRP (n = 24)	GNRP (n = 27)	p
Género fem, n (%)	18 (75%)	23 (85%)	0.48
Mediana de edad, años (IQR)	37 (25.8)	35 (14)	0.36
Tiempo de evolución, años (DE)	3.2 (52.9)	4.75 (10)	0.84
Inicio, n (%)	7 (29.1%)	10 (37%)	0.76
ANA (+), n (%)	23 (95.8%)	27 (100%)	0.09
Títulos (mediana, IQR)	640 (1 120)	820 (957)	0.39
Hipocomplementemia, n (%)	3 (12.5%)	13 (48.1%)	0.27
SELENA-SLEDAI, pacientes (mediana, IQR)	14 (6.2)	12 (9)	0.64
Estudios de laboratorio			
Hemoglobina mg/dL (mediana, IQR)	9.4 (3.5)	9.3 (3.1)	0.84
Leucocitos totales, cel x 10 ³ mm ³ (mediana, IQR)	6.6 (5.3)	7.4 (5.4)	0.93
Neutrófilos, cel x 10 ³ mm ³ (mediana, IQR)	4.8 (4.5)	5.3 (4.1)	0.69
Linfocitos, cel x 10 ³ mm ³ (mediana, IQR)	0.99 (0.57)	0.94 (0.66)	0.93
Plaquetas x 10 ³ mm ³ (mediana, IQR)	217 (87)	202 (183)	0.21
Creatinina mg/dL (mediana, IQR)	2.6 (3.8)	2.84 (2.08)	0.26
BUN mg/dL (mediana, IQR)	37.9 (58.5)	43 (43)	0.57
RAC g/g (mediana, IQR)	1.5 (1.6)	3 (4.1)	0.002
Proteinuria de 24 h (mediana, IQR)	1.5 (2.8)	2.1 (3.2)	0.22
Sedimento activo % (mediana, IQR)	9 (37.5%)	15 (55%)	0.31
Biopsia renal			
Clase III, n (%)	4 (16.5%)	1 (3.7%)	-
Clase IV, n (%)	10 (41.6%)	19 (66.6%)	-
Clase V, n (%)	2 (8.33%)	0	-
Clase III + V, n (%)	3 (16.6%)	1 (3.7%)	-
Clases mixtas IV/V, n (%)	3 (16.6%)	5 (6.22%)	-
Índice de actividad, pacientes (media, DE)	8.4 (3.4)	10.1 (4.7)	0.29
Índice de cronicidad, pacientes (media, DE)	5.5 (3.2)	5.2 (2.3)	0.24
Resultados en internamiento			
TRR hemodiálisis, n (%)	4 (16.6%)	6 (22%)	0.9
Defunción, n (%)	1 (4.1%)	0	0.47

Abreviaturas: IQR, rango intercuartílico; RAC, relación albúmina-creatinina; MPD, metilprednisolona; TRR, tratamiento de reemplaza renal; GNRP, glomerulonefritis de rápida progresión; NL, nefritis lúpica.

Resultados: De 95 pacientes que ingresaron con reducción de la TFG, 51 (53%) tenían daño renal agudo intrínseco; 27 se clasificaron como GNRP por biopsia y 24 como NL sin GNRP, 23 (85%) y 18 (75%) mujeres con edad media de 35 años en cada grupo, respectivamente. En 37% de los enfermos con GNRP, en comparación con 29% de NL sin ella, se regis-

tró el episodio como primer internamiento relacionado con LES, aunque sin diferencia estadística ($p = 0.76$). No hubo diferencia significativa en el tiempo de evolución (3.7-4.7 años, $p = 0.89$) ni en el grado de actividad de la enfermedad (SELENA-SLEDAI 14 vs. 12 pacientes, $p = 0.64$). En los parámetros de laboratorio se observó hipocomplementemia con mayor frecuencia en GNRP (48.1% vs. 12.5%, $p = 0.27$) y mayor grado de proteinuria por RAC (1.5 vs. 3 g/g, $p = 0.002$). Destacó la identificación de sedimento activo sólo en 55% de los pacientes con GNRP y del 37.5% en el grupo sin GNRP. Los desenlaces en el internamiento también fueron similares: 22% contra 16.6% requirieron tratamiento de reemplazo renal y con ninguna defunción para el grupo con GNRP respecto de 1 en el grupo con NL sin GNRP, respectivamente.

Conclusiones: La NL sin GNRP tiene espectro clínico y de actividad de la enfermedad similar o indistinguible de lo observado en GNRP. Los desenlaces de pacientes con y sin GNRP fueron similares, lo que confirma la mayor gravedad de la enfermedad aun sin GNRP en comparación con otros grupos poblacionales. Los pacientes con GNRP tuvieron proteinuria en límites nefróticos con más frecuencia y, de modo adicional, cursan con hipocomplementemia con mayor frecuencia.

Bibliografía

1. Chen S, Tang Z, Zhang Y, Liu Z, Zhang H, Hu W, Liu Z. Significance of histological crescent formation in patients with diffuse proliferative lupus nephritis. *Am J Nephrol.* 2013;38(6):445-52.
2. Chen S, Chen H, Liu Z, Zhang H, Hu W, Tang Z, Liu Z. Pathological spectrums and renal prognosis of severe lupus patients with rapidly progressive glomerulonephritis. *Rheumatol Int.* 2015 Apr;35(4):709-17.

CG159

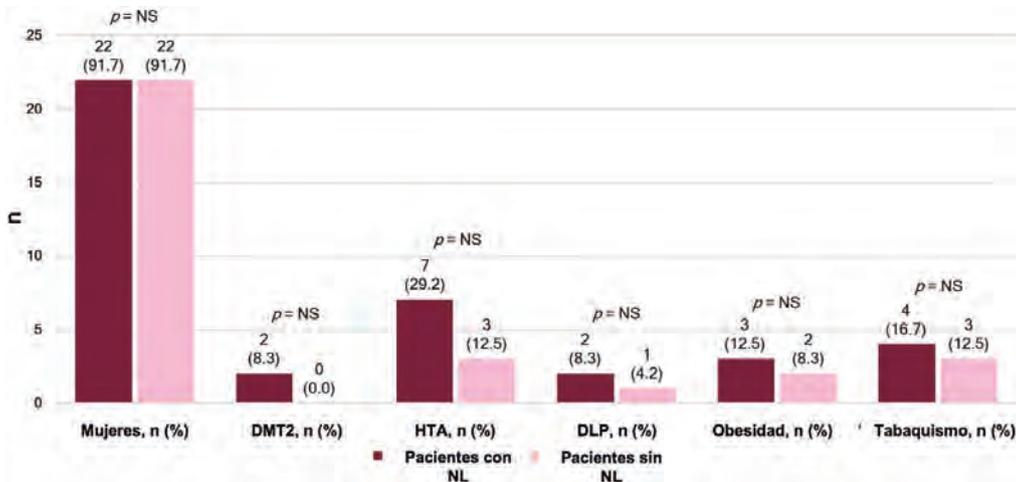
Relación entre nefritis lúpica y parámetros ecocardiográficos

Guajardo-Jáuregui N, Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza IJ, Azpíri-López JR, Cárdenas-De la Garza JA, Arias-Peralta AG, González-González V, Beltrán-Aguilar VM, De Ávila-González N

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Se calcula que cerca del 40% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) desarrolla nefritis lúpica (NL) a lo largo de la evolución de la enfermedad. Se ha observado que los pacientes con NL tienen casi ocho veces mayor riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio y cuatro veces mayor riesgo de mortalidad cardiovascular que los pacientes con LES sin NL.

Figura 1. Comparación de características demográficas entre pacientes con y sin nefritis lúpica. (CG159)



Objetivos: Comparar los parámetros ecocardiográficos entre pacientes, con y sin NL.

Material y métodos: Estudio transversal basado de una cohorte de pacientes con LES. Se inscribió a pacientes con diagnóstico de LES de acuerdo con los criterios EULAR/ACR 2019, con edad ≥ 18 años. Dos cardiólogos certificados cegados a la información clínica de los pacientes realizaron un ecocardiograma transtorácico. Se incluyó a pacientes con NL y se parearon con pacientes sin NL, por edad y género. Se evaluó la distribución de la normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se efectuaron con la prueba ji cuadrada o la prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas, y la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. Un valor $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 48 pacientes con LES, 24 con NL y 24 sin NL. La edad media de los pacientes con NL fue de 36.9 ± 10.4 años, en comparación con 36.5 ± 9.3 años de los pacientes sin NL ($p = 0.873$). Al comparar las características demográficas no se halló ninguna diferencia significativa entre ambos grupos. Las características demográficas se muestran en la **Figura 1**. Al comparar los parámetros del ecocardiograma se observó una diferencia significativa en el índice de masa del ventrículo izquierdo (VI), el cual era mayor en los pacientes con NL (66.9 g/m^2 vs. 54.8 g/m^2 , $p = 0.035$). El resto de las comparaciones de los parámetros del ecocardiograma se muestran en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Comparación de parámetros del ecocardiograma en pacientes, con y sin nefritis lúpica. (CG159)

Parámetros	Pacientes con NL (n = 24)	Pacientes sin NL (n = 24)	Valor de p
Masa indexada del VI, media \pm DE	66.9 \pm 21.8	54.8 \pm 16.1	0.035
GPR, media \pm DE	0.37 \pm 0.08	0.34 \pm 0.10	0.265
Alteración de la geometría del VI, n (%)	7 (29.2)	4 (16.7)	0.303
Volumen indexado de la AI, mL/m ² , media \pm DE	29.72 \pm 10.80	26.04 \pm 8.76	0.208
FEVI, %, media \pm DE	58.16 \pm 7.42	58.04 \pm 7.04	0.953
Volumen del VI al final de la sístole, mediana (p25-p75)	39.0 (26.0-54.5)	32.5 (23.7-39.7)	0.185
Volumen del VI al final de la diástole, mediana \pm DE	92.10 \pm 25.09	81.57 \pm 27.80	0.211

NL, nefritis lúpica; VI, ventrículo izquierdo; GPR, grosor parietal relativo; AI, aurícula izquierda; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: Los pacientes con NL tenían un índice de masa del VI más elevado que los pacientes sin NL. Un aumento de la masa del VI podría conducir al desarrollo de hipertrofia ventricular, que se vincula con mayor

riesgo de mortalidad cardiovascular. Se debe considerar la realización de un ecocardiograma transtorácico como parte de la evaluación cardiovascular de los pacientes con LES, en especial de aquellos con NL, para la detección temprana de anomalías cardiovasculares.

Bibliografía

1. Hoover PJ, Costenbader KH. Insights into the epidemiology and management of lupus nephritis from the US rheumatologists perspective. *Kidney Int* 2016;90(3):487-92.
2. Hermansen ML, Lindhardsen J, Torp-Pedersen C, et al. The risk of cardiovascular morbidity and cardiovascular mortality in systemic lupus erythematosus and lupus nephritis: a danish nationwide population-based cohort study. *Rheumatol (United Kingdom)* 2017;56(5):709-15.

CG160

Respuesta terapéutica a rituximab en pacientes con nefritis lúpica: seguimiento a 24 meses

Hernández-Vera MA

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La nefropatía lúpica es una de las manifestaciones más graves y frecuentes en los pacientes con lupus eritematoso sistémico. A lo largo del tiempo se han utilizado diversos tratamientos para esta manifestación del LES, cuyo objetivo es preservar la función renal y mejorar el pronóstico de los sujetos que la padecen. Existen diferentes estudios, como LUNAR, que no han demostrado efectos aditivos al tratamiento convencional en cuanto a la respuesta renal. A pesar de esto, los resultados aún son controversiales.

Objetivos: Describir la respuesta terapéutica al rituximab en pacientes con nefritis lúpica.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal en pacientes con nefritis lúpica tratados con rituximab por lo menos durante 24 meses con el objetivo de conocer la respuesta a tratamiento. Se valoró la respuesta renal de acuerdo con las definiciones establecidas en las guías EULAR/ERA-EDTA 2019 a los 0, 6, 12 y 24 meses.

Resultados: Se incluyó a 39 pacientes. La edad media fue de 36 años y el 89.7% correspondió a mujeres. Las clases III y IV de nefritis representaron la mayor proporción con el 23.1% cada una. Antes del tratamiento con rituximab, 59% había fallado al tratamiento previo, 17.9% tenía respuesta parcial y 21% respuesta completa con respecto a la definición propuesta, pero persistían con sedimento urinario activo. Se observó respuesta renal completa en el 53%, 59% y 74.1% de los pacientes a los 6, 12 y 24 meses, respectivamente. En cuanto a C-SLEDAI antes del inicio de rituximab, 2.6% se encontraba en remisión y a los 24 meses 38.5% en remisión y 48.8% mostraba actividad mínima o baja. Se registró que 84.6% de los pacientes consumió esteroides durante el tratamiento y tan sólo el 23.1% antipalúdicos. El 87.3% tenía como tratamiento concomitante otros inmunosupresores, tratamiento multiobjetivo en el 2.6% y 10.3% no se hallaba bajo tratamiento inmunosupresor adicional. El 92.3% de los pacientes continuó con mantenimiento con rituximab posterior a los 24 meses de seguimiento y tan sólo el 5.1% de los pacientes sufrió efectos adversos, los cuales fueron leves durante este periodo. A 24 meses de seguimiento, 69% experimentó mejoría en la respuesta renal, 5.2% recaída y sólo el 5.1% enfermedad renal terminal. Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: En este grupo de pacientes con nefritis lúpica con falla al tratamiento previo, la administración de rituximab permitió alcanzar respuesta renal parcial o completa en el 89.8% de los pacientes, así como remisión o actividad baja de la enfermedad medida por C-SLEDAI en 87.3% con una tasa baja de efectos adversos y de progresión a enfermedad renal terminal a 24 meses de su inicio.

Bibliografía

1. Weidenbusch M, Römmele C, Schröttle A, Anders H-J. Beyond the LUNAR trial. Efficacy of rituximab in refractory lupus nephritis. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2012 Jul 3;28(1):106-11.

2. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Cheema K, Anders H-J, Aringer M, Bajema I, et al. 2019 Update of the Joint European League Against Rheumatism and European Renal Association European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ERA EDTA) recommendations for the management of lupus nephritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2020 Mar 27; annrheumdis-2020-216924.

Tabla 1. Respuesta al tratamiento con rituximab en pacientes con nefritis lúpica (n = 39). (CG160)

Variable de respuesta	Basal	Respuesta 6 meses	Respuesta 12 meses	Respuesta 24 meses	Valor p ^a
C-SLEDAI (n/%)					
Remisión	1/2.6%	3/7.7%	7/17.9%	15/38.5%	0.001
Actividad mínima	7/17.9%	21/53.8%	21/53.8%	18/46.2%	
Actividad baja	2/5.1%	5/12.8%	5/12.8%	1/2.6%	
Actividad alta	29/74.4%	10/25.6%	6/15.4%	5/12.8%	
Respuesta renal (n/%)					
Completa	9/21%	21/53.8%	23/59%	29/74.4%	0.001
Parcial	7/17.9%	4/10.3%	8/20.5%	6/15.4%	
Falla al tratamiento	23/59%	14/35.9%	8/20.5%	4/10.3%	

^a Prueba X² de Pearson

CG161

Factores pronósticos de progresión a enfermedad renal crónica en pacientes con nefritis lúpica membranosa

Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones, SLP

Introducción: Una proporción de 50% a 60% de los pacientes mexicanos con lupus (LEG) tiene nefritis (NL), con presentación más temprana, agresiva y peor pronóstico. Hasta 20% es de clase V (NLM) y 10% a 30% de ellos lo hacen con síndrome nefrótico sin respuesta al tratamiento y con evolución a enfermedad renal crónica.

Objetivos: Analizar los factores pronósticos de evolución a enfermedad renal crónica en una cohorte retrospectiva de pacientes con NLM o mixta. **Material y métodos:** Cohorte retrospectiva de pacientes con NLM o mixta. Se incluyó a 74 de 105 pacientes con NL y biopsia renal, de 12 a 80 años: 25 (33%) con NL V, 17 (23%) con NL III+ V y 32 (43.2%) con NL IV + V.

Resultados: De 105 pacientes se excluyó a 66 por no reunir los criterios diagnósticos, por falta de información de biopsia renal o por estudios de seguimiento < 12 meses. Se consideró a 39 pacientes del hospital de los autores y se añadieron los datos de otros 35 provenientes de tres centros nacionales de referencia. De los 74 pacientes, 25 (33%) eran de NL clase V (NLM), 17 (23%) de clase III + V (proliferativa segmentaria y M; PSM) y 32 (43.2%) de IV + V (proliferativa global + membranosa; PGM). Un total de 62 (83.7%) correspondió a mujeres, con media de edad de 33 años (12-63), 59.5% con hipertensión arterial sistémica, 6.8% con DM 2 y 8.1% con síndrome de anticuerpo antifosfolípido (SAAF). La TFG < 60 mL/min/1.73 m² a 12 meses de seguimiento fue similar: 40.8% en grupos mixtos contra 40% en NLM. En los pacientes con TFGe inicial aún mayor (61 vs. 105 mL/min/1.73 m², p = 0.017), con NLM y a pesar de tratamiento adecuado a 12 meses, la TFGe se mantuvo en la misma proporción (56 vs. 96 mL/min/1.73 m², p = 0.105). El porcentaje de pacientes con NL mixta, en comparación con NLM con TFGe < 60 mL/min/1.73 m² a 12 meses de seguimiento, fue similar: 40.8% en el grupo de NL mixta contra 40% en el grupo de NL membranosa (p = 0.946). Registraron deterioro de TFGe 55.1% del grupo de NL mixta y 40% del de NLM, con TFGe < 60 mL/min/1.73 m². No hubo diferencia significativa de factores para proteinuria basal ni a 3, 6, 12 o 24 meses en ambos grupos, aunque aquéllos con valores de proteinuria más elevados cursaron con TFG menor (p = 0.0009). La mayoría de los pacientes recibió ácido micofenólico (92%), azatioprina (12%), así como otros medicamentos, incluidos tacrolimus (36%) o ciclofosfamida (56%). Recibió IECA 56% o ARA2 40%, hidroxicloquina 88% y estatina 80%. Sólo dos tercios con NLM tuvieron remisión comple-

ta (64% vs. 40.8% NL mixta, p = 0.059), parcial en 12%, recayó el 20% y no hubo respuesta en 24%. El 40% de los pacientes mostró deterioro de la TFG < 60 mL/min/1.73 m² a 12 o más meses. Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Datos demográficos de NL de clases mixtas (III o IV + V) y NL de clase membranosa. (CG161)

Variable	NL mixta	NL clase V	Valor p
Edad	31.8 (13.2)	36 (12.4)	0.119
Creatinina sérica inicial	1.2 (1.3)	0.8 (0.7)	0.018
TFG inicial	61 (64)	105 (78)	0.017
Creatinina sérica, 3 meses	1.3 (1.8)	0.8 (0.9)	0.018
TFG, 3 meses	58 (80)	100 (88)	0.014
Creatinina sérica, 6 meses	1.1 (1.2)	0.8 (0.7)	0.252
TFG, 6 meses	67 (70)	89 (69)	0.287
Creatinina sérica, 12 meses	1.0 (1.5)	0.8 (0.7)	0.073
TFG, 12 meses	73 (69)	94 (71)	0.128
Creatinina sérica, 24 meses	1.0 (1.7)	0.9 (0.8)	0.447
TFG, 24 meses	75 (69)	91 (65.5)	0.464
Creatinina sérica final	1.3 (2.9)	0.8 (2.2)	0.125
TFG final	56 (80)	96 (96)	0.105
Proteinuria inicial	3.8 (5.0)	3.2 (5.8)	0.575
Proteinuria, 3 meses	2.9 (3.6)	2.0 (4.7)	0.575
Proteinuria, 6 meses	2.4 (3.1)	1.2 (3.1)	0.164
Proteinuria, 12 meses	1.5 (2.6)	1.0 (3.0)	0.71
Proteinuria, 18 meses	0.7 (1.6)	0.5 (1.3)	0.979
Proteinuria, 24 meses	0.5 (1.1)	0.5 (1.2)	0.958
Proteinuria final	1.0 (2.1)	0.3 (1.3)	0.597
HAS	29 (59.2%)	15 (60%)	0.946
DM	2 (4.1%)	3 (12%)	0.328
SAAF	4 (8.2%)	2 (8%)	1.0
Remisión completa	20 (40.8%)	16 (64%)	0.059
Remisión parcial	10 (20.4%)	3 (12%)	0.522
Recaída	3 (6.1%)	5 (20%)	0.11
Sin respuesta	21 (42.9%)	6 (24%)	0.11
Metilprednisolona	40 (81.6%)	16 (64%)	0.094
Prednisona	48 (98%)	23 (92%)	0.262
Ácido micofenólico	43 (87.8%)	23 (92%)	0.708
Tacrolimus	27 (55.1%)	9 (36%)	0.119
Ciclofosfamida	32 (65.3%)	14 (56%)	0.434
Rituximab	24 (49%)	5 (20%)	0.015
Hidroxilcloroquina	47 (95.9%)	22 (88%)	0.328
Azatioprina	0	3 (12%)	0.035
Leflunomida	1 (2%)	1 (4%)	1.0
IECA	30 (61.2%)	14 (56%)	0.665
ARA2	23 (46.9%)	10 (40%)	0.57
Estatina	36 (73.5%)	20 (80%)	0.535
HD	13 (26.5%)	3 (12%)	0.150
DP	3 (6.1%)	1 (4%)	1.0
Trasplante renal	5 (10.2%)	2 (8%)	1.0
TFG < 60 mL/min a 12 meses	20 (40.8%)	10 (40%)	0.946
TFG < 60 mL/min a 24 meses	5 (38.5%)	NaN	1.0
TFG < 60 mL/min final	27 (55.1%)	10 (40%)	
Proteinuria > 0.5 g a 12 meses	35 (71.4%)	15 (60%)	0.32
Proteinuria > 3.5 g a 12 meses	9 (18.4%)	5 (20%)	1.0
Proteinuria > 0.5 g final	27 (55.1%)	10 (40%)	0.219
Proteinuria > 3.5 g final	5 (10.2%)	4 (16%)	0.475

Conclusiones: Los pacientes mexicanos con NLM se presentan con mayor deterioro de la función renal, muchas veces con hipertensión arterial (60%). La TFG se mantiene o empeora a 12 o más meses de seguimiento,

aun con tratamiento adecuado/intenso, en comparación con lo notificado en las publicaciones médicas.

Bibliografía

- Ahn SS, Yoo J, Lee SW, Song JJ, Park YB, Jung SM. Clinical characteristics and long-term outcomes in patients with mixed Class III/IV + V and pure proliferative lupus nephritis: A single-center experience. *Lupus*. 2022 Apr;31(5):588-595. doi: 10.1177/09612033221088437.
- Fava A, Fenaroli P, Rosenberg A, Bagnasco S, Li J, Monroy-Trujillo J, Fine D, Atta MG, Petri M. History of proliferative glomerulonephritis predicts end stage kidney disease in pure membranous lupus nephritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2022 May 30;61(6):2483-2493. doi: 10.1093/rheumatology/keab775.

CG162

Perforación intestinal como primera manifestación clínica de un síndrome antifosfolípido primario: reporte de caso

Tello-Romero VJ

Hospital General Dr. Agustín O’Horan

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una causa rara pero importante de trombosis debido a la presencia de autoanticuerpos contra las proteínas plasmáticas de unión a fosfolípidos, como el anticoagulante lúpico, el anticuerpo anticardioplipina, y el anticuerpo anti-β2-glicoproteína. Se sospecha en pacientes que presentan trombosis recurrente o trombosis en un sitio inusual y es una afectación gastrointestinal rara en este síndrome.

Objetivos: Presentar la relevancia clínica de la perforación intestinal como manifestación inusual de SAF.

Resultados: Paciente masculino de 33 años que ingresa por dolor abdominal en mesogastrio con irradiación en fosa iliaca derecha, con tomografía abdominal que identifica datos de apendicitis aguda, esteatosis hepática y litiasis renal derecha; se realiza laparoscopia en la que se observan dos perforaciones con zonas de isquemia en intestino delgado, por lo que se practica resección a 9 cm del íleon terminal. Se envían las muestras al servicio de patología con los siguientes resultados: zona ulcerada y perforada con abundante depósito de fibrina e infiltrado neutrofílico que se extiende a submucosa, muscular y subserosa, pared adyacente con fibrina mínima y proliferación vascular. Zonas adyacentes a la base de la úlcera con vasos arteriales con fibrosis de pared y depósito de fibrina, sin infiltrado inflamatorio. Focalmente se observan microtrombos lumbinales; ileítis aguda ulcerada, con hemorragia reciente y peritonitis supurativa secundaria que compromete márgenes de resección que podrían corresponder a isquemia intestinal acompañada de vasculitis. Se observa ileítis crónica moderada eosinofílica y fibrosis de la lámina propia. No se identifican microorganismos patógenos ni datos morfológicos de enfermedad inflamatoria intestinal idiopática o neoplasia. Lo valoran los servicios de reumatología y gastroenterología, que encuentran Hb 13.4, plaquetas 565 000, leucos 9 570, anti-RNP (-), anti-SSA (-), anti-SSB (-), antihistona (-), ANA (-), anti-Scl70 (-), anti-Sm (-), anti-DNA (-), pANCA (-), cANCA (-), anti-CENP (-), anticoagulante lúpico (+), anti-β2 glucoproteína IgG (-) e IgM (+), anticardioplipinas IgG < 2 e IgM 3.8 (+), ac. anti-*Helicobacter pylori* IgG e IgM negativos, no se observan leucocitos en moco fecal, coproparísitoscopico sin alteraciones, FR negativo, HBsAg no reactivo, anti-HBs no reactivo, anti-CCP (-), HLAB27 ausente y ASCA (-). La endoscopia revela gastropatía erosiva de cuerpo y antro con líneas longitudinales; la colonoscopia muestra hallazgos en límites de normalidad. Se repiten los estudios de laboratorios a las 12 semanas y se identifican otra vez anticoagulante lúpico (+) y anti-β2 glucoproteína IgM (+), por lo que se integra el diagnóstico de síndrome antifosfolípidos primario y se inicia tratamiento con ACO, hidroxilcloroquina (200 mg al día) y azatioprina (50 mg/día).

Conclusiones: Las manifestaciones gastrointestinales relacionadas con el SAF son diversas, complejas, inespecíficas y confundibles con otras enfermedades abdominales, lo que conduce a un diagnóstico erróneo. El tratamiento se basa en anticoagulación y, en casos graves, el tratamiento triple con anticoagulación, corticosteroides y recambio plasmático/IGIV muestra resultados favorables. Para los pacientes resistentes a este último pueden probarse rituximab y eculizumab.

Bibliografía

1. Aguiar CL, Erkan D. Catastrophic antiphospholipid syndrome: how to diagnose a rare but highly fatal disease. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2013;5(6):305-314.
2. Duarte-García A, Pham MM, Crowson CS, et al. The epidemiology of antiphospholipid syndrome: a population-based study. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71(9):1545-1552.
3. González-Puga C, Lendinez-Romero I, Palomeque-Jiménez A. Colitis isquémica tumba como presentación del síndrome por probado antifosfolípidos catastrófico. *Gastroenterol Hepatol.* 2017;40:684-687.
4. Zou X, Fan Z, Zhao L, et al. Gastrointestinal symptoms as the first manifestation of antiphospholipid syndrome. *BMC Gastroenterol.* 2021;21:148 <https://doi.org/10.1186/s12876-021-01736-2>.

CG163

Efecto del síndrome metabólico en la función ventricular izquierda en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Cuéllar-Calderón KP, Azpiri-López JR, Colunga-Pedraza IJ, Galarza-Delgado DA, De Ávila-González N, Aguilar-Díaz G, González-Pérez ME, Arias-Peralta AG, Beltrán-Aguilar VM, González-González V

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL.

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) sufren un aumento del riesgo cardiovascular (CV) y es la principal causa de muerte debido a enfermedades CV. El síndrome metabólico (SM) comparte mecanismos fisiopatológicos de inflamación y protrombóticos con el LES y hoy día se encuentra en cifras epidémicas en esta población. Se ha demostrado que estos sujetos padecen alteraciones ecocardiográficas de la función ventricular izquierda antes de desarrollar síntomas. La disfunción diastólica o sistólica en pacientes asintomáticos puede evolucionar a falla cardíaca y elevar la mortalidad, por lo que el reconocimiento y el tratamiento temprano representan una estrategia útil para reducir su incidencia; el SM es un predictor temprano, simple y barato.

Objetivos: Determinar el efecto que tiene el SM en la función del ventrículo izquierdo (VI) medido por ecocardiografía en pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a pacientes con LES que cumplieran con los criterios de clasificación EULAR/ACR 2019 y se realizaron una historia clínica detallada, mediciones antropométricas, estudios de laboratorio y un ecocardiograma transtorácico. Se excluyó a los individuos con síndrome de sobreposición, enfermedad CV previa o embarazo. Se utilizaron los criterios de la Organización Mundial de la Salud para diagnosticar SM. El ecocardiograma transtorácico se realizó en todos los participantes de acuerdo con las guías actuales de la Sociedad Americana de Ecocardiografía. Los pacientes se dividieron en dos grupos según fuera la presencia de SM. Se recurrió a la prueba t de Student para las diferencias en la función ventricular en ambos grupos.

Resultados: Se incluyó a un total de 55 pacientes con LES, 16 con SM. Los pacientes con SM mostraron alteraciones en los parámetros ecocardiográficos de la función ventricular izquierda sistólica y diastólica y una disminución de la deformación longitudinal global (GLS) como marcador de función sistólica, y en los parámetros de función diastólica se identificaron diferencias significativas en la relación E/A mitral y e/e', así como en e' septal y e' lateral (Tabla 1).

Conclusiones: Se puede concluir que los pacientes con LES y SM tienen un mayor riesgo de alteraciones de la función ventricular izquierda con riesgo de avanzar a falla cardíaca y aumento de la mortalidad. Por consiguiente, identificar el síndrome metabólico en estos enfermos con LES es un predictor temprano, simple y barato para detectar a esta población en riesgo y conseguir desenlaces más favorables.

Bibliografía

1. Mok CC. Metabolic syndrome and systemic lupus erythematosus: the connection. *Expert Review of Clinical Immunology.* Taylor and Francis Ltd; 2019;15:765-75.
2. Chau K, Girerd N, Magnusson M, Lamiral Z, Bozec E, Merckle L, et al. Obesity and metabolic features associated with long-term developing

diastolic dysfunction in an initially healthy population-based cohort. *Clinical Research in Cardiology.* 2018 Oct 1;107(10):887-96.

Tabla 1. (CG163)

	Síndrome metabólico n = 16	Sin síndrome metabólico n = 39	p
Características demográficas			
Mujeres, %	14 (88)	34 (87)	
Edad, media ±	38 ± 14.4	34 ± 10.6	
DMT2 (%)	2 (12.5)	1 (2.6)	
HAS (%)	7 (43.8)	3 (7.7)	
ERC (%)	2 (12.5)	4 (10.3)	
Tabaquismo (%)	1 (6.3)	6 (15.4)	
Características ecocardiográficas			
Masa ventrículo izquierdo, g/m ² media ±	109.95 ± 35.7	101.56 ± 36.91	0.29
Masa indexada ventrículo izquierdo, g/m ² media ±	67.7 ± 24.69	62.4 ± 22.82	0.29
E/a mitral	1.17 ± 0.31	1.44 ± 0.415	0.024
e' septal, m/s	0.09 ± 0.354	0.11 ± 0.27	0.033
e' lateral, m/s	0.12 ± 0.37	0.14 ± 0.33	0.038
e/e'	8.62 ± 2.59	6.51 ± 1.99	0.002
Volumen indexado aurícula izquierda, mL/m ²	29.39 ± 11.54	27.23 ± 8.99	0.46
FEVI, %	57.31 ± 6.71	58.56 ± 6.86	0.53
GLS	-17.21 ± 3.4	-20.21 ± 2.79	0.001

DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HAS, hipertensión arterial sistémica; ERC, enfermedad renal crónica; e/e', relación de la velocidad del flujo mitral temprano y la velocidad del flujo diastólico anular mitral; e', velocidad del flujo septal anular mitral; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; GLS, *global longitudinal strain*.

CG164

Dermatomiositis amiopática relacionada a anti-MDA5: serie de casos

Arias-Callejas KI, Solórzano-Flores SY, Del Río-Guerrero V, Silveira-Luis H, Vargas-Guerrero A

Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez

Introducción: La dermatomiositis (DM) amiopática (DMA) relacionada con anticuerpos anti-MDA5 se caracteriza por afección cutánea grave y miositis leve o nula, mayor riesgo de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) de rápida progresión (EPIRP), afectación articular y, en ocasiones, vasculopatía. Los pacientes con EPIRP suelen tener mal pronóstico. La presencia concomitante de anticuerpos anti-Ro52 se vincula con enfermedad más grave.

Objetivos: Describir el espectro clínico de seis casos de pacientes con DMA anti-MDA5.

Descripción de los casos: Se presenta una serie de pacientes consecutivos en un hospital de tercer nivel entre 2013 y 2022. La edad media de presentación fue de 46 años, con 50% de mujeres. La media de inicio de los síntomas al diagnóstico fue de 21.6 meses y el seguimiento de 29.6 meses. Mostró manifestaciones cutáneas 83% y sólo uno tuvo úlceras cutáneas. Dentro de las manifestaciones extracutáneas, la pérdida de peso fue la más frecuente (83.3%), seguida de afectación articular y miositis (66% cada una). La mitad de ellos tuvo EPI, de manera particular neumopatía intersticial no específica (NINE). Un paciente desarrolló EPIRP, neumomediastino y bulas pulmonares, que produjeron enfisema subcutáneo y otras complicaciones que propiciaron su muerte. Este paciente tenía afectación cutánea extensa y úlceras (Figura 1) y no respondió al tratamiento inmunosupresor. En la **Tabla 1** se detallan las manifestaciones clínicas, la analítica y la terapéutica. En clínica, todos los pacientes eran amiopáticos o hipomiopáticos y la media de CK fue

de 214 U/L, con elevación leve de aminotransferasas y proteínas de fase aguda. Se realizó capilaroscopia en cinco pacientes, cuatro de ellos con capilares arboriformes y dilatados. Además de anti-MDA5 positivo, la mitad de los pacientes tenía anticuerpos anti-Ro52 positivo. El régimen terapéutico consistió en glucocorticoides e inmunosupresores; dentro de ellos, el paciente con el curso más agresivo requirió bolos de ciclofosfamida y rituximab, con pobre respuesta. Se muestra en la **Tabla 1** la caracterización de los pacientes.

Figura 1. A. Parénquima pulmonar con patrón intersticial y engrosamiento de los tabiques interlobulillares y áreas de vidrio esmerilado de predominio basal bilateral, indicativos de neumopatía intersticial no específica; vesículas en el lóbulo inferior izquierdo. **B.** Neumomediastino con extensión paraesofágica y subpleural; enfisema subcutáneo extenso que disecciona los espacios musculares en tórax, axilas y cuello. (CG164)

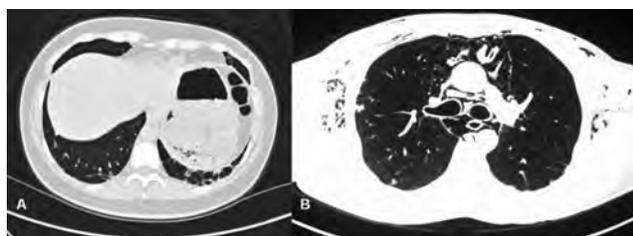


Tabla 1. Características de los pacientes con DMA. (CG164)

Variables	Media (intervalos)/n (%)
Edad, años	46 (43-48.5)
Femenino	3 (50)
Tiempo entre inicio de síntomas al diagnóstico (meses)	21.6 (2-84 m)
Tiempo de evolución (meses)	29.6 (4-72)
Muerte	1 (16.6)
Afectación cutánea característica	5 (83.3)
Úlceras cutáneas	1 (16.6)
Afectación articular	4 (66.6)
Debilidad muscular proximal	4 (66.6)
Enfermedad pulmonar intersticial	3 (50)
EPIRP	1 (16.6)
Vesículas	3 (50)
Neumomediastino	2 (33.3)
Disfagia	2 (33.3)
Pérdida de peso	5 (83.3)
CK elevada	6 (100)
CK sérica media (mínima-máxima)	214 (97-328)
Elevación de transaminasas	3 (50)
Elevación de PCR y VSG	6 (100)
Capilaroscopia con capilares arboriformes y dilatados	4 (66.6)
Anti-MDA5 positivo	6 (100)
Anti-Ro52 positivo	3 (50)
Anticuerpos antinucleares positivos	6 (100)
Prednisona	4 (66.6)
Micofenolato de mofetilo	4 (66.6)
Metotrexato	2 (33.3)
Azatioprina	3 (33.3)
Ciclofosfamida	1 (16.6)
Rituximab	1 (16.6)

Los datos de seis pacientes con dermatomiositis amiofáptica se presentan como media y rangos (mínimo y máximo) y número (porcentaje). EPIRP, enfermedad pulmonar de rápida progresión; CK, creatinina cinasa (normal, 35-104 U/L); PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; MDA5, gen relacionado con la diferenciación del melanoma 5.

Resultados: El fenotipo de DM vinculado con anticuerpos anti-MDA5 suele ser amiofáptico, pero con afectación cutánea extensa y riesgo de EPI. De estos pacientes, el que tenía afectación cutánea grave con úlceras extensas fue el que desarrolló EPIRP. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de la EPI son claves para el pronóstico de la enfermedad. En casos de EPIRP, la respuesta al tratamiento suele ser pobre, como en el caso del paciente que falleció, y el tratamiento inmunosupresor debe ser radical desde las etapas tempranas. La presencia de anticuerpos anti-Ro52 se ha informado como más prevalente en pacientes con EPIRP. En esta serie, tres tenían dichos anticuerpos y sólo uno mostró rápida progresión.

Bibliografía

1. Lundberg IE, Fujimoto M, Vencovsky J, et al. Idiopathic inflammatory myopathies. *Nat Rev Dis Primers.* 2021;7:86.
2. Nombel A, Fabien N, Coutant F. Dermatomyositis with anti-MDA5 antibodies: Bioclinical features, pathogenesis and emerging therapies. *Front Immunol.* 2021;12:773352.

CG165

Recaídas en el primer año de seguimiento en una cohorte de miopatías inflamatorias en México

Castañeda-Martínez DD, Cruz-Reyes CV, Miranda-Hernández DG, Bustamante-González RM, Reyes-Gonzaga J, Martínez-Alcántara MF, Vázquez-Guevara SA, Rosas-Villegas CE, López-Zamarrón RL

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

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas o miositis son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunitarias que se caracterizan por inflamación crónica del músculo. Pueden presentarse con síntomas musculares y extramusculares (cutáneos, disfagia, pulmonares). El tratamiento es variable con el uso de altas dosis de esteroides, aunado a uno o varios inmunosupresores. No obstante, un tercio de los pacientes puede sufrir recaídas o desarrollar resistencia.

Objetivos: Evaluar la presencia de recaídas en pacientes con miositis a un año de seguimiento. El término de recaída no está establecido, pero se ha podido definir como un aumento agudo de la gravedad de los síntomas. En este trabajo se tomó en cuenta una recaída como la aparición de nuevos datos de actividad de la enfermedad, cuando previamente existía tendencia a la mejoría.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico de miopatía inflamatoria idiopática evaluados en la consulta externa del servicio de reumatología del Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional La Raza entre enero de 2010 y marzo de 2020. Se realizó estadística descriptiva en medias, medianas, porcentajes y frecuencias para definir las características de la población de estudio. Se utilizó el programa *Statistical Product for the Social Science* versión 25.0.

Resultados: Se incluyó a 55 pacientes que cumplieran con criterios de Bohan y Peter para dermatomiositis y polimiositis. De los resultados obtenidos en cuanto a variables demográficas, predominó el género femenino con 41 (74%), con una edad promedio de 39 ±13 años. Dentro de esta cohorte se identificó un predominio de dermatomiositis en 40 (72%), polimiositis en 7 (12%) y síndrome antisintetasa en 6 (11%), en los cuales la manifestación inicial fue muscular y se presentó como debilidad en 48 (87%) y mialgias en 31 (56%), seguidos de actividad cutánea con exantema facial en 35 (63%), signo de Gottron en 35 (63%) y signo de V del escote 33 (60%). Los marcadores de laboratorio iniciales fueron mediana de CPK 1 668 (212-6 869), AST 78 (38-295), ALT 92 (38-168) y LDH 670 (342-1377). Las recaídas informadas durante el primer año fueron de 37 (67%) más que las notificadas en la bibliografía y variaron de acuerdo con el trimestre de seguimiento; durante el segundo trimestre se encontró un predominio muscular y pulmonar del 7%, en el tercer trimestre predominó la actividad pulmonar en el 7% y en el cuarto la cutánea en el 9% de los casos. En cuanto al tratamiento, la prednisona se utilizó en el 89% de los casos

desde el inicio del seguimiento y en la mayoría de los casos se administró de forma concomitante con un fármaco inmunosupresor, en el 45% de los casos con metotrexato y en 21% con azatioprina; sin embargo, se reconoció una tendencia con el aumento del uso de doble agente inmunosupresor durante el segundo, tercero y cuarto trimestres y la disminución del uso de prednisona (Tabla 1). Por último, de las recaídas pulmonares y disfgia, la mayoría exigió tratamiento ambulatorio con ciclofosfamida o rituximab.

Tabla 1. Tratamiento empleado en la cohorte, el tratamiento combinado más frecuente y las recaídas registradas durante el primer año de seguimiento. (CG165)

	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre
Tratamientos empleados	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Prednisona	49 (89)	46 (83)	36 (65)	38 (69)
Cloroquina	8 (14)	7 (12)	6 (10)	6 (10)
Metotrexato	33 (60)	29 (52)	24 (43)	25 (45)
Azatioprina	19 (34)	25 (45)	24 (43)	25 (45)
Ciclofosfamida	6 (10)	5 (9)	7 (12)	1 (1)
Rituximab	3 (5)	2 (3)	5 (9)	2 (3)
Inmunoglobulina G	4 (7)	2 (3)	1 (1)	0 (0)
Tratamiento combinado				
Prednisona y metotrexato	20 (36)	3 (5)	1 (1)	1 (1)
Prednisona, metotrexato y azatioprina	5 (9)	12 (21)	10 (18)	11 (20)
Prednisona y azatioprina	7 (12)	1 (1)	2 (3)	3 (5)
Tipo de recaída				
Muscular		4 (7)	2 (3)	3 (5)
Pulmonar		4 (7)	4 (7)	2 (3)
Cutánea		N/A	2 (3)	5 (9)
Cutánea y muscular		1 (1)	N/A	3 (5)

Conclusiones: Las recaídas se empiezan a presentar a los tres meses de tratamiento, por lo que se podría sugerir el inicio de doble tratamiento inmunosupresor en etapas tempranas de la enfermedad. Las recaídas no se consideraron graves debido a que podía ajustarse el tratamiento de manera ambulatoria. Las más frecuentes de manera temprana fueron las recaídas musculares y las cutáneas de manera tardía.

Bibliografía

- Lundberg IE, Fujimoto M, Vencovsky J, et al. Idiopathic inflammatory myopathies. Nat Rev Dis Primers. 2021. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00321-x>.
- Oldroyd A, Krogh NS, Dixon WG, Chinoy H. Investigating characteristics of idiopathic inflammatory myopathy flares using daily symptom data collected via a smartphone app. Rheumatology. 2022; keac161, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keac161>.

CG166

Dermatosis atípica en dermatomiositis TIF

Rivas-Casillas NC, Zuno-Silva W, García-Cerda D, Carrillo-Manguart V, García-De La Torre I, Marín-Rosales M

Hospital General de Occidente, SSA, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La dermatomiositis (DM) forma parte del grupo de miopatías inflamatorias, con lesiones cutáneas típicas; 60% de los casos muestra anticuerpos específicos de miositis como anti-Mi2, anti-TIF1g, anti-MDA5, anti-NXP2 y anti-SAE que permiten agrupar en fenotipos homogéneos a los pacientes. El anticuerpo TIF1g se identifica en 38% a 41% de las DM; es una proteína que interviene en la diferenciación celular y en la elongación transcripcional, reparación de DNA y mitosis, lo que

origina su relación con el riesgo de neoplasias en el 32% de los pacientes; la neoplasia puede diagnosticarse antes, durante o después de la DM, casi siempre identificada en un periodo de tres años.

Objetivos: Presentar un caso y revisar la bibliografía.

Resultados: Mujer de 55 años, con antecedente de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y tuberculosis pulmonar. Inició un año antes con dermatosis pruriginosa constituida por pápulas eritrovioláceas, confluentes, formación de placas, con V del escote (Figura 1), en cara posterior de tórax, brazos, antebrazos, dorso de dedos de la mano y cara lateral de piernas. Cuadro clínico acompañado de debilidad en cintura escapular. La exploración física documenta debilidad en cintura escapular y pélvica, MMT8: 64 puntos. En la dermatoscopia del lecho ungueal se observan zonas avasculares y megacapilares. La biopsia de lesiones cutáneas revela dermatitis de interfaz con poiquilodermia vascular atrófica (Figuras 2 a 4). Los estudios de laboratorio registran enzimas musculares normales, VSG: 80, marcadores tumorales negativos, ANA 1:80 AC4 y 1:80, AC27 y anti-TIF1g (+). Los estudios de extensión para tamizaje de cáncer son normales. Se concluye DM TIF1g (+) de acuerdo con criterios ACR/EULAR 2017 13 puntos y probabilidad de 100%.

Figura 1. Dermatitis en V del escote. **Figura 2.** Signo del chal. **Figura 3.** Dermatitis con pápulas eritrovioláceas en antebrazos consistente con signo de la manga. **Figura 4.** Imagen histopatológica de dermatitis de interfaz. (CG166)



Conclusiones: La presencia de anti-TIF1g se relaciona en particular con un daño cutáneo característico, con dermatosis más generalizadas, y suele extenderse a tronco y brazos bilaterales, con aparición de lesiones psoriasiformes, pápulas de Gottron hiperqueratóticas o lesiones hipopigmentadas, que oponen resistencia farmacológica. Se ha descrito un nuevo signo cutáneo denominado signo de la manga caracterizado por erupción eritematosa-violácea en la parte superior de los brazos y hasta 75% de los casos se vincula con este anticuerpo. En algunos casos no es posible establecer la relación con un proceso maligno al momento del diagnóstico. Este caso en particular cuenta con alto riesgo de desarrollar cáncer y debe realizarse la búsqueda de sitios primarios relacionados, como pulmón, útero, estómago, colon, mama o linfoma.

Bibliografía

- Harada Y, Tominaga M, Iitoh E, Kaieda S, Koga T, Fujimoto K, et al. Clinical characteristics of anti-TIF-1 antibody-positive dermatomyositis associated with malignancy. Journal of Clinical Medicine. 2022 Mar 30;11(7):1925.

2. Moghadam-Kia S, Oddis CV, Ascherman DP, Aggarwal R. Risk factors and cancer screening in myositis. *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 2020 Jun.

CG167

Evaluación longitudinal del perfil clínico y la presencia de propagación de epítomos en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas

Aguilar-Vázquez A¹, Chavarría-Ávila E², Salazar-Páramo M³, García-De la Torre I⁴, Angulo-Gómez MA⁵, Cabrera-López M⁵, Flores-González L⁵, Gómez-Limón L⁵, Vélez-Burboa RE⁵, Contreras-Díaz KB⁵, Vázquez-Ramírez AE⁵, Vázquez Del Mercado-Espinosa M⁶

⁽¹⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Doctorado en Ciencias Biomédicas, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Departamento de Disciplinas Filosófico, Metodológicas e Instrumentales, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara, ⁽⁴⁾Departamento de Inmunología y Reumatología, Hospital General de Occidente y Universidad de Guadalajara, ⁽⁵⁾Servicio de Reumatología 004086, PNPC CONACyT, División de Medicina Interna, Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, ⁽⁶⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético (IIRSME), Guadalajara, México

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un conjunto heterogéneo de enfermedades autoinmunitarias que afectan a los músculos

proximales y distales; se caracterizan por debilidad muscular, elevación de enzimas musculares, infiltrado leucocitario en tejido muscular en la mayoría de casos y presencia de autoanticuerpos. Estas enfermedades constituyen un excitante y fértil campo de investigación en el cual existen preguntas fundamentales sin respuesta acerca de la importancia clínica del posible fenómeno de propagación de epítomos en las MII.

Objetivos: Evaluar la posible relación del perfil clínico (manifestaciones extramusculares, fuerza muscular y enzimas musculares) y el probable fenómeno de propagación de epítomos en las MII.

Material y métodos: En este estudio longitudinal se incluyó a 34 pacientes clasificados con MII de acuerdo con los criterios EULAR/ACR 2017. La fuerza muscular se evaluó con la herramienta *Manual Muscle Testing 8* (MMT8) validada por el *International Myositis Assessment and Clinical Studies Group* (IMACS). Se obtuvo una muestra de sangre periférica de todos los pacientes y se realizó la detección de autoanticuerpos (Ro-52, OJ, EJ, PL7, PL12, SRP, Jo-1, PMScl75, PMScl100, Ku, SAE1, NXP2, MDA5, TIF1, Mi-2, Mi-2) con el kit *Autoimmune Inflammatory Myopathies* de EUROIMMUN; y la cuantificación de citocinas (IL-1, IFN-2, IFN, TNF, IL-6, IL-10, IL-12p70, IL-17A, IL-18, IL-23, IL-33) y quimiocinas (CCL2, CXCL8) mediante el kit para el análisis LEGENDplex™ Multi-Analyte Flow Assay de BioLegend®.

Resultados: Este grupo de estudio se conformó con 34 pacientes y se realizó el seguimiento a 15 de ellos con promedio de 9.1 ± 6.40 meses transcurridos entre la primera y la segunda visitas. En la visita inicial se observó coexistencia de autoanticuerpos en cinco de los 18 pacientes seropositivos (27.7%). El autoanticuerpo más prevalente fue anti-Mi-2 (16.7%), 80% de estos pacientes se clasificó con dermatomiositis (DM) y ninguno de ellos mostró manifestaciones extramusculares. Se detectó tendencia al incremento de IL-18 en pacientes anti-Mi-2 seropositivos (**Figura 1**), así como mayores cifras de CCL2 en pacientes seropositivos a algún otro

Figura 1. Valores séricos de IL-18 de acuerdo con la seropositividad (A) y evaluación longitudinal de los valores séricos de enzimas musculares y puntuación MMT8 en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas (B-F). **A.** Valores séricos basales de IL-18 de acuerdo con la seropositividad. **B.** Valores basales y de seguimiento de CPK. **C.** Valores basales y de seguimiento de AST. **D.** Valores basales y de seguimiento de ALT. **E.** Valores basales y de seguimiento de LDH. **F.** Puntuación basal y de seguimiento de MMT8. *Prueba de Kruskal-Wallis con exacta de Fisher. †Prueba U de Mann-Whitney con exacta de Fisher para muestras independientes. ‡Prueba U de Mann-Whitney con exacta de Fisher para muestras relacionadas. (CG167)

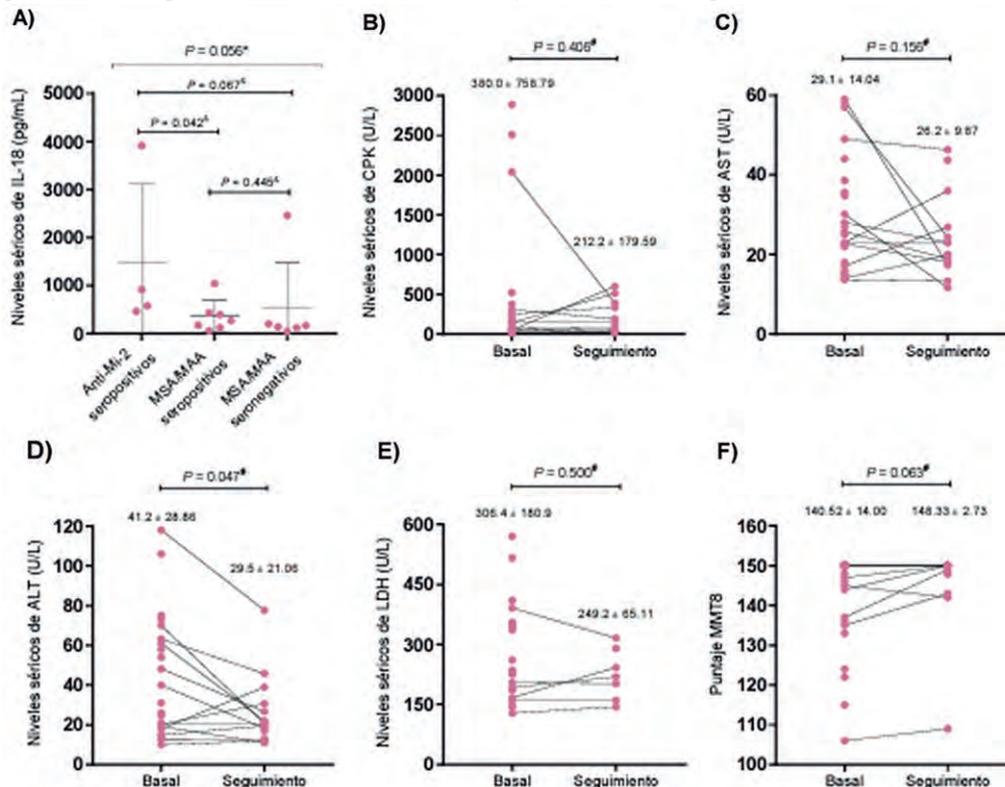


Tabla 1. Evaluación longitudinal de la presencia de autoanticuerpos y manifestaciones extramusculares de pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas. (CG167)

Subgrupo de miopatía inflamatoria idiopática	Visita inicial			
Dermatomiositis juvenil	Anti-Mi-2 α , anti-Mi-2 β	Sin manifestaciones extramusculares	Anti-Mi-2 α , anti-Mi-2 β	Sin manifestaciones extramusculares
Dermatomiositis	Anti-Mi-2 β	Sin manifestaciones extramusculares	Seronegativo	Sin manifestaciones extramusculares
Dermatomiositis	Anti-Mi-2 α , anti-Mi-2 β , anti-Ku	Sin manifestaciones extramusculares	Anti-Mi-2 α , anti-Mi-2 β	Signo en V
Polimiositis + síndrome antisintetasa	Anti-EJ	Sin manifestaciones extramusculares	Anti-EJ, anti-Ro-52	Enfermedad pulmonar intersticial, cáncer
Escleromiositis	Anti-NXP2, anti-PMScl100	Artritis, fenómeno de Raynaud	Anti-PMScl100	Artritis, fenómeno de Raynaud
Polimiositis + síndrome antisintetasa	Anti-EJ, anti-Ro-52	Disfagia, enfermedad pulmonar intersticial, fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar	Anti-EJ, anti-Ro-52	Sin manifestaciones extramusculares
Dermatomiositis amiopática	Anti-MDA5, anti-Ku	Heliotropo, signo de Gottron	Anti-MDA5	Heliotropo, signo en V
Dermatomiositis	Anti-TIF1 γ	Sin manifestaciones extramusculares	Anti-TIF1 γ	Heliotropo, signo de Gottron
Escleromiositis	Anti-Ro-52	Artritis, artralgia, signo en V	Anti-Ro-52	Artritis
Dermatomiositis	Anti-TIF1 γ	Heliotropo, signo de Gottron, signo en V, calcinosis	Anti-TIF1 γ	Artralgia, heliotropo, signo de Gottron, signo del chal, calcinosis, enfermedad pulmonar intersticial
Polimiositis	Anti-PL12	Disfagia, fibrosis pulmonar	Seronegativo	Sin manifestaciones extramusculares
Polimiositis	Seronegativo	Sin manifestaciones extramusculares	Anti-MDA5, anti-PL7	Sin manifestaciones extramusculares
Dermatomiositis	Seronegativo	Artralgia, fenómeno de Raynaud, signo en V	Anti-Ro-52	Artritis, fenómeno de Raynaud, eritema periungueal

autoanticuerpo, excepto anti-Mi-2. En la visita de seguimiento se reconoció la coexistencia de autoanticuerpos en cinco de los 11 pacientes seropositivos (45.5%) y anti-Mi-2 también permaneció como el anticuerpo específico más frecuente (14.7%). Se observaron ocho seroconversiones en la segunda visita (53.3%) (Tabla 1). No se encontró un nexo entre la frecuencia de manifestaciones clínicas extramusculares y las seroconversiones ni tampoco se identificó diferencia en la puntuación MMT8, enzimas musculares, citocinas o quimiocinas de acuerdo con la seroconversión. Aunque no se advirtió una diferencia en la puntuación MMT8, los valores séricos de enzimas musculares, citocinas y quimiocinas, es posible observar una tendencia de disminución de las enzimas musculares (CPK, AST, ALT, LDH) y aumento de la puntuación MMT8 (Figura 1). Por lo tanto, puede inferirse una mejoría clínica de los pacientes con respecto al daño muscular.

Conclusiones: Anti-Mi-2 es el autoanticuerpo específico más prevalente en la población mexicana. Al no encontrar vínculos entre el perfil clínico, la presencia de autoanticuerpos y las seroconversiones en la evaluación longitudinal, se reafirma la heterogeneidad de las características entre los fenotipos clínicos y la controversia en el supuesto de que los autoanticuerpos específicos de miositis (MSA) son mutuamente excluyentes; en este pequeño grupo de pacientes se reconoció una prevalencia del 8% de MSA, lo que denota la importancia del estudio de las MII en cohortes con mayor cantidad de pacientes.

Bibliografía

- Lundberg IE, Tjarnlund A, Bottai M, Werth VP, Pilkington C, de Visser M, et al. 2017 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Adult and Juvenile Idiopathic Inflammatory Myopathies and Their Major Subgroups. *Arthritis & rheumatology* (Hoboken, NJ). 2017;69(12):2271-82.
- Dalakas MC. Inflammatory muscle diseases. *N Engl J Med*. 2015;372(18):1734-47.

CG168

Casos nuevos de miopatías inflamatorias idiopáticas en un hospital de segundo nivel

Escudero-Tepale EM, Rosas-Villegas CE, Morales-Castañeda WA, Sánchez-Cruz AA, Antonio-Victorio IE

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

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de trastornos autoinmunitarios que se caracterizan por debilidad e inflamación muscular. Sin embargo, otros órganos pueden afectarse, entre ellos la piel, pulmones y tracto gastrointestinal. Las manifestaciones clínicas, la respuesta al tratamiento y el pronóstico varían entre cada grupo.

Objetivos: Describir a continuación una serie de casos de pacientes con MII con inicio en el último año, diagnosticados en un hospital de segundo nivel.

Resultados: Se recopilaron seis casos de pacientes con inicio en 2022. Cinco (83%) eran mujeres, 5 (83%) fueron dermatomiositis y 1 (15%) polimiositis. De ellos, 1 (20%) fue dermatomiositis amiopática, 1 (20%) dermatomiositis relacionada con neoplasia, 1 (20%) vinculado con pénfigo vulgar y 2 (40%) dermatomiositis típicas. El promedio de tiempo del inicio al diagnóstico fue de cuatro meses. La edad de presentación promedio fue de 58 años (47-66). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron afectación muscular (83%), afectación cutánea (83%), xerostomía (66%), debilidad de flexores cervicales (50%), deglutorios (50%), xeroftalmía (33%) y afectación pulmonar (33%). El MMT8 inicial en promedio fue de 108/150 (72-150), la CPK inicial promedio de 2 394 U/L (103-5 640 U/L) y CPK final promedio de 75.2 U/L (49-140 U/L). En el 100% de los pacientes se obtuvo biopsia de piel y músculo. En el 60%, los anticuerpos antinucleares fueron positivos.

Sólo se obtuvieron dos resultados de anticuerpos específicos, un anti-MDA5 (16%) y un anti-Mi2 (16%). Se realizó electromiografía en el 100% y fue anormal en el 83%. El 66% mostró afectación pulmonar por tomografía y la afectación intersticial fue el hallazgo más frecuente en el 85%. El 100% requirió glucocorticoides a dosis altas y se pulsó con metilprednisolona al 50% de los pacientes, los cuales evidenciaron signos de gravedad (compromiso de deglutorios y flexores cervicales). Asimismo, el 50% de los pacientes necesitó de manera inicial inmunoglobulina humana. Un paciente recibió rituximab de manera inicial. Durante el seguimiento hubo una defunción por perforación intestinal (16%) en la paciente con dermatomiositis amioipática. Tres pacientes presentaron datos de gravedad (50%), la totalidad de los cuales recibió cuatro infusiones de inmunoglobulina, y una paciente (33%) desarrolló leucopenia como efecto adverso. El MMT8 promedio inicial de este grupo fue de 95/150 y el final 119/150, todos con mejoría de la fuerza cervical y deglutoria. Tuvieron una CPK inicial promedio de 2 820 U/L (1 836-3 672) y una CPK final promedio de 75 (55-109). Una paciente durante el seguimiento inició con pénfigo vulgar y requirió rituximab como tratamiento de mantenimiento con buena respuesta.

Conclusiones: Se presenta esta serie de casos para evidenciar el incremento de casos nuevos en un hospital de segundo nivel en este año, la mitad de ellos con datos de gravedad y notable compromiso muscular, que requirieron dosis altas de glucocorticoide e inmunoglobulina con buena respuesta. Se informó un caso de dermatomiositis con pénfigo vulgar que tiene escasas notificaciones en las publicaciones médicas, con estas dos relaciones y una buena respuesta a anti-CD 20. Dentro de esta serie se identificó a una paciente con dermatomiositis como manifestación paraneoplásica de segundo primario y, de igual manera, con pocas notificaciones publicadas. Por último, se reconoce la amplia gama de manifestaciones clínicas extramusculares, que el clínico debe tener en cuenta para determinar el diagnóstico e instituir un tratamiento óptimo y oportuno.

Bibliografía

- DeWane ME, Ealdman R, Lu J. Dermatomyositis: Clinical features and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Feb;82(2):267-81.
- Cobos G, Femía A, Vleugels R. Dermatomyositis: an update on diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2020 Jun;21(3):339-53.
- Qudsiya Z, Wassem M. Dermatomyositis. 2022 Aug 8. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): 2022 Jan.

CG169

Miopatía por cuerpos de inclusión: diagnóstico tardío

Hernández-Rivero DA, Vera-Lastra OL, Alcalá-Vázquez CB, Medina-García G, Cruz-Domínguez MP

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

Introducción: Las miopatías inflamatorias incluyen a la dermatomiositis, polimiositis (PM), miositis necrosante y miositis por cuerpos de inclusión (MCI). La MCI es una enfermedad inmunomediada que afecta doblemente a hombres en comparación con las mujeres, con una prevalencia de 24.8-45.6/1 000 000. El diagnóstico se establece de acuerdo con los criterios del Centro Neuromuscular Europeo de 2011 (ENMC 2011): edad > 45 años, duración > 12 meses, aumento de creatina cinasa no más de 15 veces superior, debilidad de cuádriceps y flexores de los dedos e infiltrado endomisial en la biopsia, vacuolas bordeadas, acumulación de proteínas o filamentos y elevación del complejo mayor de histocompatibilidad clase I3. Tiene mala respuesta al tratamiento con esteroides.

Objetivos: Dar a conocer la evolución del cuadro clínico de la miopatía por cuerpos de inclusión.

Resultados: Paciente femenina de 76 años que inició con debilidad muscular para subir escaleras y disfagia, con fuerza muscular de cintura pélvica y escapular 4/5, aumento de CPK 936 UI/L y DHL 867 UI/L, ANA 1:1 280 con patrón moteado fino, electromiografía con patrón miopático y biopsia de cuádriceps con infiltrado inflamatorio crónico moderado a base de linfocitos. Además se realizó protocolo para identificación de neoplasias, que fue

negativo. Se diagnosticó PM y se inició tratamiento con prednisona y metotrexato, pero desarrolló toxicidad hematológica y se cambió a micofenolato de mofetilo. Al inicio desapareció la disfagia, se recuperó la fuerza muscular en forma parcial y disminuyeron los valores de CK. Después evolucionó con mayor deterioro de la fuerza muscular de la cintura pélvica distal de predominio en extremidades superior izquierda, uso de silla de rueda, aumento de la disfagia y desarrollo de atrofia de músculos cuádriceps y flexores de las manos de predominio izquierdo. Se suspendió el micofenolato por tuberculosis pulmonar. Se tomó una nueva biopsia de músculo que mostró vacuolas con inclusiones intracitoplasmáticas con diagnóstico de MCI.

Conclusiones: La paciente cumplió inicialmente con características importantes para la PM: clínica, grupo etario, valores bioquímicos de CK y características de la biopsia. Sin embargo, el agravamiento del cuadro clínico a pesar del tratamiento inmunosupresor, el patrón asimétrico y localización distal, con uso de bastón a los 10 años de diagnóstico y silla de ruedas a los 15, fueron las pautas para la sospecha de MCI, la cual se confirmó con biopsia muscular que mostró cuerpos de inclusión.

El curso de esta paciente revela el reto que representa el diagnóstico diferencial entre la PM y MCI, ya que ambas entidades carecen de anticuerpos específicos y, en este caso particular, tanto la clínica, la electromiografía y la biopsia cumplieron al principio criterios para PM. Sin embargo, la falta de respuesta al tratamiento con esteroides e inmunosupresores, a pesar de un periodo de mejoría previo, pueden ayudar a replantear el diagnóstico hacia una MCI.

Bibliografía

- Schmidt J. Current classification and management of inflammatory myopathies. *J Neuromuscul Dis*. [Internet] 2018;5(2):109-129. [citado 25 octubre 2022] Disponible en: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-neuromuscular-diseases/jnd180308>.
- Selva A, Pinal L, Trollero AE, Milisenda J, Grau JJ, Mommen LA. Classification and management of adult inflammatory myopathies. *Lancet Neurol*. [Internet] 2018;17:816-28 [citado 25 octubre 2022] Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422\(18\)30254-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422(18)30254-0/fulltext).
- Naddaf-Barohn RJ, Dimachkie MM. Inclusion body myositis: update on pathogenesis and treatment. *Neurotherapeutics*. [Internet] 2018;15:995-1005 [citado 22.08.22] Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13311-018-0658-8>.
- Schmidt K, Schmidt J. Inclusion body myositis: advancements in diagnosis, pathomechanisms, and treatment. *Curr Opin Rheumatol*. [Internet] 2017;29:000-000. [citado 25 octubre 2022] Disponible en: https://journals.lww.com/corheumatology/Abstract/2017/11000/Inclusion_body_myositis_advancements_in.13.aspx.
- Chinoy H, Lilleker JB. Pitfalls in the diagnosis of myositis, *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, [Internet] 2020;34:1 [consultado 25 octubre 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.berh.2020.101486>.
- Cheeti A, Brent LH, Panginikkod S. Autoimmune myopathies. [Internet]; *StatPearls*; 2022 [consultado 25 octubre 2022] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532860/>.
- Schmidt K, Schmidt J. Inclusion body myositis: advancements in diagnosis, pathomechanisms, and treatment. *Curr Opin Rheumatol*. [Internet] 2017;29:000-000. [citado 25 octubre 2022] Disponible en: https://journals.lww.com/corheumatology/Abstract/2017/11000/Inclusion_body_myositis_advancements_in.13.aspx.
- McGrath ER, Doughty CT, Amato AA. Autoimmune myopathies: updates on evaluation and treatment. *Neurotherapeutics* [Internet] 2018;15:976-994 [citado 25 octubre 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13311-018-00676>.

CG170

Características clínicas de los pacientes Jo positivos y Jo negativos en pacientes con síndrome antisintetasa y enfermedad pulmonar intersticial

Riveroi-Gallegos D

INER

Introducción: El síndrome antisintetasa (SA) se ha clasificado dentro del grupo de las miopatías inflamatorias, caracterizado por afección pulmonar lartritis, artritis, fiebre, Raynaud y lesiones cutáneas vinculadas con autoanticuerpos contra la histidil-ARNt sintetasa (ARS). Una característica distintiva es la enfermedad pulmonar intersticial (EPI), que es la manifestación clínica más grave, presente en el 80%, e incluso puede aparecer como una manifestación aislada. Según los subtipos de anticuerpos, son posibles diversas manifestaciones clínicas; existen diversos estudios que han identificado un fenotipo clínico diferente en los pacientes con PL7 y PL12; en una cohorte de individuos con SA se observó que los pacientes con positividad de Jo tenían mayor compromiso musculoesquelético y además se mostró que los pacientes con la positividad de PL7 y PL12 tienen una mayor prevalencia y gravedad de la EPI con valores de DLCO o FVC menores e incluso puede presentarse EPI aislada.

Objetivos: Presentar una serie de casos de pacientes con síndrome antisintetasa y enfermedad pulmonar intersticial.

Resultados: Se presentan las características clínicas, funcionales y patrón tomográfico de 15 casos con SA y EPI. En la **Tabla 1** se registran las diferencias entre los subgrupos de anti-ARS. Sólo se registró miositis y artritis en el subgrupo anti-Jo y el signo clínico de manos de mecánico fue más frecuente en el subgrupo de anti-PL12. Se reconoció una mayor prevalencia de enfermedad pulmonar progresiva fibrosante en anti-PL7. En cuanto a la función pulmonar destaca que el subgrupo anti-PL7 tiene una menor CVF con un promedio del 56% del predicho y, de igual forma, se observa un mayor compromiso de la DLCO. Anti-Jo mostró una mayor frecuencia de neumonía organizada y PL12 de NINE.

Tabla 1. (CG170)

Parámetro	Todos (n = 15)	Anti-PL7 (n = 5)	Anti-PL12 (n = 5)	Anti-Jo1 (n = 5)
Sexo				
Hombre, n (%)	7 (46)	3 (60)	1 (20)	3 (60)
Mujer, n (%)	8 (53)	2 (40)	4 (80)	2 (40)
Edad media (DE)	54.7 (7.9)	58.6 (8.2)	57.8 (5.8)	57.8 (5.8)
Manifestaciones clínicas				
Artritis, n (%)	2 (13)	0	0	2 (40)
Miositis, n (%)	3 (20)	0	0	3 (60)
Manos de mecánico, n (%)	9 (60)	3 (60)	4 (80)	2 (40)
Uso de oxígeno, n (%)	9 (60)	3 (60)	4 (80)	2 (40)
Enfermedad pulmonar progresiva fibrosante, n (%)	4 (26)	3 (60)	0	1 (20)
Sobreposición, n (%)	9 (60)	3 (60)	4 (80)	2 (40)
Función pulmonar				
CVF mL, media (DE)	2 301 (917)	2 004 (1 003)	2 216 (857)	2 684 (950)
CVF %pred, media (DE)	65.2 (23.9)	56.8 (15.9)	72.6 (31.1)	66.5 (25.4)
DLCO mL/min/mmHg, media (DE)	16.5 (8.5)	12.0 (5.7)	13.3 (6.0)	27.8 (4.1)
DLCO %pred, media (DE)	55.7 (36.3)	42.1 (32.2)	60.4 (34.4)	70.4 (51.3)
Patrón tomográfico				
NINE, n (%)	12 (80)	1 (20)	3 (60)	1 (20)
NINE fibrótica, n (%)	2 (13)	1 (20)	1 (20)	0
Usual, n (%)	3 (20)	2 (40)	0	1 (20)
NOC, n (%)	7 (47)	2 (40)	2 (40)	3 (60)

Conclusiones: El tratamiento de estos pacientes se considera un reto por la gravedad de la afección pulmonar y la heterogeneidad de las manifestaciones. En este estudio se encontró que en los pacientes no Jo predominan las manifestaciones pulmonares. Además, los pacientes con el subgrupo PL7 revelan una mayor pérdida de la función pulmonar, por lo que es importante el diagnóstico y tratamiento tempranos para evitar la evolución pulmonar e incluso valorar el uso de tratamientos antifibrosantes tempranos en caso de aparecer patrones tomográficos fibrosantes desde el inicio.

Bibliografía

- Opinc AH, Makowska JS. Antisynthetase syndrome - much more than just a myopathy. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2021;51(1):72-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.09.020>.
- Sawal N, Mukhopadhyay S, Rayancha S, Moore A, Garcha P, Kumar A, et al. A narrative review of interstitial lung disease in anti-synthetase syndrome: a clinical approach. *J Thorac Dis* [Internet]. 2021;13(9):5556-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21037/jtd-20-3328>.

- González-Pérez MI, Mejía-Hurtado JG, Pérez-Román DI, Buendía-Roldán I, Mejía Falfán-Valencia R. Evolution of pulmonary function in a cohort of patients with interstitial lung disease and positive for antisynthetase antibodies. *J Rheumatol* [Internet]. 2020;47(3):415-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.181141>.
- Pinal-Fernández I, Casal-Domínguez M, Huapaya JA, Albayda J, Paik JJ, Johnson C, et al. A longitudinal cohort study of the anti-synthetase syndrome: increased severity of interstitial lung disease in black patients and patients with anti-PL7 and anti-PL12 autoantibodies. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2017;56(6):999-1007. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/kex021>.

CG171

Hematoma retroperitoneal secundario a miositis hemorrágica en dermatomiositis anti-MDA5: reporte de un caso

Turrent-Carriles A¹, Faz-Muñoz DN², Bermúdez-Bermejo PE¹

⁽¹⁾Centro Médico ABC, ⁽²⁾Otro

Introducción: Se presenta el caso de un hombre de 54 años de edad, originario de Nueva Zelanda, residente de Mazatlán, Sinaloa, desde hace 18 años, previamente sano. En los dos meses previos tuvo COVID19 leve, además de que realizó un viaje en yate desde Baja California hasta Florida, expuesto de forma intensa al sol.

Objetivos: Presentar un caso de dermatomiositis anti-MDA5 con miositis hemorrágica, manifestación muy poco frecuente y potencialmente letal en dichos pacientes.

Descripción del caso: En julio 2022 inició con debilidad ligera de hombros y muslos, con discreto dolor muscular y luego aparecieron lesiones cutáneas que al principio eran máculas eritematosas que progresaban a pústulas y costras, en los párpados, codos, palma de las manos, hipertrofia de cutículas, además de artralgias en las MCF e IFP y rodilla izquierda. A la llegada al hospital se determinó elevación de enzimas musculares, linfopenia, con ANA negativos y, dentro del panel de miopatías, anti-MDA5 < 100 (VR < 11) (**Tabla 1**). La tomografía de tórax mostraba pequeñas áreas de consolidación bibasal. La biopsia de piel indicó dermatomiositis con dermatosis crónica perivascular superficial y dermatitis de interfaz vacuolar. Se inició tratamiento con prednisona (60 mg/día), azatioprina (150 mg/día) y luego recibió el alta. Reingresó por síncope en cinco ocasiones secundario a fibrilación auricular y elevación de enzimas cardíacas, pero la resonancia magnética descartó miocarditis aguda. La TEP-TC reconoció una zona hipodensa en ambos psoas sin incremento del metabolismo; a las 48 horas, el paciente sufrió dolor abdominal intenso, aumento de volumen abdominal irradiado a la región lumbar izquierda y la tomografía visualizó hematoma retroperitoneal, el cual se trató de forma conservadora con vigilancia, embolización endovascular y resolución adecuada (**Figura 1**). Con posterioridad, el paciente mostró deterioro pulmonar de rápida progresión que exigió ventilación mecánica y se administraron ciclofosfamida (1 000 mg) y tacrolimus (2 mg/24 h). Desarrolló EVC hemorrágico con herniación amigdalina, muerte encefálica y fallecimiento a las 72 horas.

Resultados: En este caso de dermatomiositis anti-MDA5 se observó un tratamiento de siete días con esteroides e inmunosupresor y respuesta adecuada de enzimas musculares, pero desarrolló miositis hemorrágica; el origen del sangrado se localizó en ambos músculos psoas, con predominio del izquierdo, que ocasionó un hematoma retroperitoneal de gran tamaño e inestabilidad hemodinámica en el paciente. Se revisó la bibliografía al respecto y se encontraron 23 casos similares a éste, con ciertas similitudes, entre ellas la típica edad > 50 años, el antecedente de un anticoagulante, y los músculos iliopsoas como los sitios más frecuentes que causan hematomas retroperitoneales. En la revisión realizada, la mayoría de los pacientes se trató con medidas conservadoras y en algunos de ellos con medidas endovasculares, como en este caso, además de inmunosupresores. La mortalidad de esta complicación supera el 60% de los casos informados. En este paciente, la respuesta de la hemorragia ha sido muy favorable, pero la afección pulmonar típica del síndrome anti-MDA5 ha sido un reto y el paciente falleció por una complicación neurológica inesperada.

Figura 1. A. Tomografía que demuestra una imagen hipodensa en el iliopsoas izquierdo (imagen inicial, asintomático). B. TEP-TC sin captación de glucosa marcada en el sitio de la imagen hipodensa. C. TAC contrastada con hematoma retroperitoneal, con jet arterial activo en iliopsoas (48 horas después de la Figura A y B). (CG171)

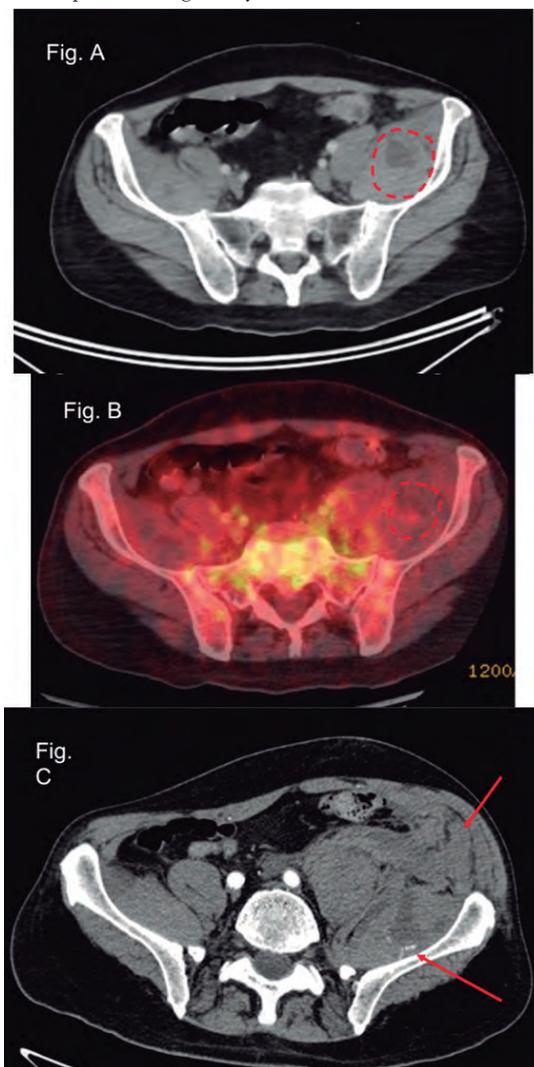


Tabla 1. Resultados de laboratorio relevantes basales. (CG171)

Estudio	Resultado	Referencia
Leucocitos	6.30 10 ³ /μL	4.80-10.0 10 ³ /μL
Linfocitos	1.13 10 ³ /μL	1.0-3.5 10 ³ /μL
Neutrófilos	4.28 10 ³ /μL	1.50-6.00 10 ³ /μL
Hemoglobina	15.2 g/dL	14.5-18.5 g/dL
Plaquetas	190 10 ³ /μL	150-450 10 ³ /μL
Creatina cinasa	1 955 U/L	39-308 U/L
Mioglobina	618 pg/mL	21-72 pg/mL
AST	379.6 U/L	0-42 U/L
ALT	216 U/L	0-41 U/L
Deshidrogenasa láctica	481 U/L	122-222 U/L
ANA x IFI	1:80 moteado grueso	< 1:80
Anti-MDA5	> 100	< 11

Conclusiones: La miositis hemorrágica es una complicación muy rara, pero potencialmente letal en pacientes con dermatomiositis. En caso de

demostrarse el diagnóstico, el tratamiento de apoyo hemodinámico, endovascular, inmunosupresor y hematológico juega un papel de suma importancia para mejorar el potencial de sobrevida de los pacientes. Dichas complicaciones deben sospecharse en la dermatomiositis con anti-RO52 y anti-MDA5.

Bibliografía

- Zhangling Xu, Xia Lv, Wenwen Xu, Yan Ye, et al. Spontaneous intramuscular hemorrhages in Anti-MDA5 positive dermatomyositis: a case series and literature review. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:802753.
- Chandler JM, Kim YJ, Bauer JL, Wapnir IL. Dilemma in management of hemorrhagic myositis in dermatomyositis. *Rheumatol Int*. 2020Feb;40(2):331-336.

CG172

Frote tendinoso en paciente con dermatomiositis amio-pática anti-MDA-5 seropositiva: reporte de caso

Cabrera-López M, Flores-González L, Angulo-Gómez MA, Llamas-García A, Vázquez del Mercado-Espinosa M

Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La dermatomiositis amio-pática (DMA) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por manifestaciones cutáneas sin debilidad muscular o datos de laboratorio indicativos de daño muscular y anticuerpos específicos de miositis. Uno de estos anticuerpos, el anti-MDA5, se vincula con el desarrollo de úlceras cutáneas, enfermedad pulmonar intersticial de rápida progresión y artritis grave; sin embargo, no se ha documentado la presencia de frote tendinoso.

Objetivos: Presentar un caso de frote tendinoso en un paciente con dermatomiositis amio-pática.

Descripción del caso: Hombre de 24 años con antecedente de DMA anti-MDA5 desde 2019, que inició con manifestaciones cutáneas de helio-tropo, Gottron, V del cuello, sin debilidad muscular y electromiografía sin alteraciones; se trató con azatioprina (100 mg día) y prednisona (1 mg/kg) con adecuada respuesta. En 2021 comienza con dolor, rigidez y limitación a la flexión de muñecas; se detectó engrosamiento y frote tendinoso bilateral, por lo que se solicita ultrasonido que revela fibrosis peritendinosa de tendones flexores y se administra metotrexato con el cual ha mostrado mejoría clínica.

Resultados: En la **Figura 1** se observa el engrosamiento y la hiperecogenicidad del retináculo de los tendones flexores y muñecas derecha e izquierda.

Figura 1. (CG172)



Conclusiones: La DMA con anti-MDA5 es una enfermedad infrecuente que representa < 2% de las MII en Europa. Aparece sobre todo en mujeres. El MDA-5 pertenece a una familia de receptores de moléculas

de adhesión con un importante papel dentro de la respuesta inmunitaria innata. La seropositividad a anti-MDA-5 se relaciona con enfermedad pulmonar intersticial de rápida progresión, presentación amiopática, úlceras cutáneas, vasculopatía y artritis intensa. El frote por fricción de los tendones (FFT) es una manifestación musculoesquelética descrita sobre todo en la esclerosis sistémica, y se caracteriza por crépitos a la palpación del tendón, secundarios al depósito fibroso en la superficie de las vainas y la fascia subyacente; sin embargo, su desarrollo sólo se ha notificado en la esclerosis sistémica, en la cual las localizaciones más comunes incluyen manos y muñecas, tobillos, rodillas y codos. Su identificación representa un pronóstico más grave de la enfermedad y son predictivos de esclerodermia y deterioro funcional global.

Bibliografía

1. Lundberg IE, Fujimoto M, Vencovsky J, Aggarwal R, Holmqvist M, Christopher-Stine L, et al. Idiopathic inflammatory myopathies. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2021;7(1):86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-021-00321-x>.
2. Sandler RD, Matucci-Cerinic M, Hughes M. Musculoskeletal hand involvement in systemic sclerosis. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2020;50(2):329-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2019.11.003>.

CG173

Dermatomiositis hipomiopática en el contexto de un síndrome paraneoplásico de cabeza-cuello

Salvatierra-Velasco L¹, Fernández-Lozano D², Jiménez-Soto R³, Medina-Fonseca B³, García-Padilla CE³

⁽¹⁾Hospital Universitario Clínico San Cecilio (Granada), ⁽²⁾Hospital de Mérida (Badajoz), ⁽³⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

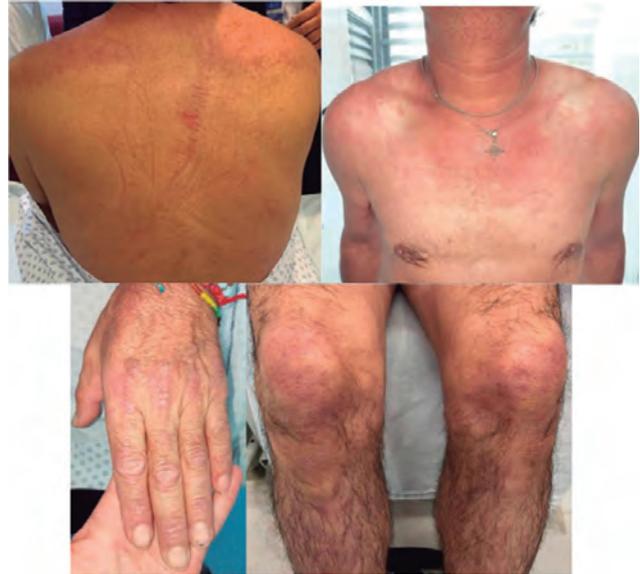
Introducción: La dermatomiositis es el tipo más frecuente dentro de las miopatías inflamatorias (MI), un grupo heterogéneo de trastornos autoinmunitarios caracterizados por inflamación crónica del músculo. Se reconoce por lesiones cutáneas típicas como pápulas de Gottron, exantema en heliotropo y erupción en áreas de fotoexposición, con o sin afectación muscular adjunta. La dermatomiositis hipomiopática se establece cuando dichos síntomas musculares son poco evidentes a pesar de signos de miositis en la analítica. La dermatomiositis en el adulto se acompaña de mayor riesgo de neoplasia subyacente, que debe descartarse.

Objetivos: Presentar el caso de una dermatomiositis hipomiopática en el contexto de un síndrome paraneoplásico.

Resultados: Hombre de 53 años, originario de Puebla y residente de la Ciudad de México, albañil, con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo intensos. Inició en diciembre de 2021 con dermatosis localizada en cara externa de antebrazos, caracterizada por eritema y pápulas no pruriginosas. A los tres meses se añadieron edema palpebral izquierdo y debilidad proximal progresiva en cintura pélvica con limitación funcional. Con posterioridad presentó edema facial y progresión de la dermatosis hasta afectar las zonas fotoexpuestas. Al final apareció disfagia a sólidos y líquidos, así como disnea de medianos esfuerzos, junto con pérdida ponderal de 4 kg en el último mes, motivo por el que acude al servicio de los autores. La exploración física destacó eritema en zona craneofacial, región de cuello y V del escote, junto con signo del chal; edema palpebral bilateral con úvula central y adecuada elevación del velo del paladar, pápulas de Gottron en carpos, sin úlceras ni manos de mecánico; signo de Gottron en rodillas, sin adenopatías palpables (Figura 1). La fuerza muscular mediante MMT8 fue de 142/150 con predominio de la musculatura proximal en los glúteos. En pruebas complementarias se registró creatinina normal (0.71 mg/dL), complemento sérico normal (C3 154 mg/dL, C4 40 mg/dL), CPK elevada (564 U/L), PCR elevada (4.44 mg/dL) y linfopenia (380 cel x 10³ µL). Prueba de deglución patológica para sólidos y líquidos. El panel de miopatías fue positivo para Ro-52 (++) . Para confirmar un proceso neoplásico se solicitó TC, que reveló nódulo pulmonar espiculado de 12 x 10

mm y lesión hipercaptante en orofaringe, y en menor medida en pulmón en la TEP-TC. Están pendiente los resultados de la biopsia muscular. Se administró de modo inicial metilprednisolona (1 000 mg IV/24 h) e inmunoglobulina IV, junto con abordaje de lesiones tumorales.

Figura 1. Imágenes al ingreso en el servicio de urgencias. (CG173)



Conclusiones: De manera general, los pacientes con MI tienen una mortalidad más elevada respecto de la población general, en relación con edad avanzada, disfagia, retraso en el inicio del tratamiento, neumonía por broncoaspiración, afectación cardíaca, enfermedad pulmonar intersticial o neoplasias. El inicio de una dermatomiositis en el adulto requiere descartar su posible naturaleza neoplásica ya que, según las series, entre 15% y 25% se acompaña de cáncer. El tratamiento de la dermatomiositis depende de la gravedad de las manifestaciones y, en caso de neoplasia de base, el tratamiento radical del tumor revierte la clínica en la mayoría de los casos, mientras que su recidiva puede producir de nuevo la aparición de dermatomiositis en el paciente. Aunque la localización más frecuente de las neoplasias, según las publicaciones médicas, suele ser ovario y vejiga, pueden encontrarse otras localizaciones como en el caso de este paciente. El pronóstico de la dermatomiositis paraneoplásica depende de la malignidad del tumor, por lo que el diagnóstico temprano y el abordaje radical determinan la supervivencia del paciente.

Bibliografía

1. Lundberg I, Fujimoto M, Vencovsky J, Aggarwal R, Holmqvist M, Stine L, et al. Idiopathic inflammatory myopathies. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1):86.
2. Requena C, Alfaro A, Traves V, Nagore E, Llombart B, Serra C, et al. Dermatomiositis paraneoplásica: estudio de 12 casos. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2014 [citado el 17 de octubre de 2022];105(7):675-82.

CG174

Utilidad de la inmunoglobulina intravenosa en dermatomiositis refractaria

Placido-Cuenca CD², Menchaca-Aguayo H¹, Gallegos-Nava S²

⁽¹⁾Hospital General Dr. Agustín O'Horan, Mérida, Yucatán, ⁽²⁾Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro

Introducción: La dermatomiositis es una enfermedad sistémica, inmunomediada, de causa multifactorial, caracterizada por ser una miopatía

inflamatoria, cuya principal característica clínica es la debilidad muscular progresiva, de predominio proximal, y la presencia de afección cutánea. Un tratamiento escalonado temprano atenúa la actividad de la enfermedad y mejora el pronóstico. En casos de evidencia de enfermedad grave se recomienda el tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida y, en casos de resistencia, inmunoglobulina o fármacos biológicos como rituximab y anti-TNF como infliximab o adalimumab.

Objetivos: Presentar el caso de una dermatomiositis resistente con adecuada respuesta a la inmunoglobulina intravenosa.

Resultados: Mujer de 58 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia, con fiebre, síndrome constitucional, debilidad muscular proximal, eritema malar y dermatosis eritematosa en tórax anterior y posterior (Figura 1), y seis meses después disfagia y disnea. Exploración física: edema bipalpebral, tórax con signo del chal, debilidad proximal simétrica y pápulas de Gottron en ambas manos. Elevación de enzimas musculares AST 1 293, DHL1 783, CPK 6 000 y CPK MB 672. Electromiografía y biopsia de piel consistentes con dermatomiositis. Se diagnóstica dermatomiositis. Protocolo de síndrome paraneoplásico negativo. TACAR normal, ecocardiograma normal. Anti-Jo negativos. ANAS 1:1 280 granular fino. Panendoscopia: esofagitis. Se inician pulsos de metilprednisolona y azatioprina, pero sin presentar mejoría cutánea ni muscular dos meses después; se cambia de FARME a micofenolato de mofetilo y se inicia esquema de gammaglobulina mensual. Tras un mes, la paciente experimenta mejoría de disfagia, cutánea y muscular, con normalización de enzimas musculares.

Figura 1. (CG174)



Conclusiones: Las combinaciones de fármacos como tratamiento inicial para la dermatomiositis, que incluyen prednisona, metotrexato y metilprednisolona en pulsos intravenosos, seguidos de ciclosporina e IgIV, incrementan la frecuencia de remisión y reducen la frecuencia de calcinosis. Este caso demuestra la efectividad de la inmunoglobulina en casos de resistencia al tratamiento.

Bibliografía

1. Aggarwal R, Charles-Schoeman C, Schessl J, Dimachkie MM, Beckmann I, Levine T. Prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled phase III study evaluating efficacy and safety of octagam 10% in patients with dermatomyositis ("ProDERM Study"). *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(1):e23677. doi:10.1097/MD.00000000000023677.

2. Waldman R, DeWane ME, Lu J. Dermatomyositis: diagnosis and treatment. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(2):283-296. doi: 10.1016/j.jaad.2019.05.105.
3. Cobos GA, Femia A, Vleugels RA. Dermatomyositis: an update on diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2020;21(3):339-353. doi:10.1007/s40257-020-00502-6.

CG175

El CDASI y su asociación con panel de miositis y fototipo en pacientes con dermatomiositis

Delgado-Ayala SM, Villarreal-Alarcón MA, Vega-Morales D, Chávez-Álvarez S, Aguilar-Díaz GE, Medina-Castillo J, Guajardo-Aldaco AL, González-Pérez ME, Ocampo-Candiani JJ, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La nueva información acerca de la diferente prevalencia de anticuerpos en la miopatía inflamatoria en diferentes zonas geográficas alrededor del mundo lleva a preguntarse si existe un factor que determine este cambio y, de ser así, cuál es ese factor. La etnia es un factor de riesgo o protector en múltiples anomalías y podría ser este factor el causal; sin embargo, la afectación de la piel como un órgano diana y el efecto establecido en la enfermedad autoinmunitaria de la exposición a los rayos UV obligan a pensar que el fototipo podría intervenir.

Objetivos: Determinar si existe una relación entre las lesiones dermatológicas, el fototipo y la positividad de autoanticuerpos del panel autoinmunitario de la miositis en pacientes con dermatomiositis.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y descriptivo. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de dermatomiositis que se encuentran en seguimiento por los servicios de reumatología y dermatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. A todos los pacientes se les realizó valoración de actividad dermatológica por CDASI, así como valoración de fototipo por un dermatólogo; el servicio de reumatología efectuó un panel completo de anticuerpos y escala de actividad muscular MMT8.

Resultados: Se analizaron los datos de 28 pacientes con dermatomiositis, los cuales se dispusieron en dos grupos según fuera que se presentaran en remisión o no, con base en la actividad de la enfermedad. El grupo de remisión incluyó a 10 pacientes, de los cuales 30% tenía por lo menos un anticuerpo positivo, en su mayoría el fototipo 3 (60%), una media de edad de 49 ± 15 años y un valor de 3.1 ± 2.4 de daño. El grupo de enfermedad activa incluyó a 18 pacientes, de los que 50% presentaba dos anticuerpos positivos, en su mayor parte el fototipo 4 (61.1%), una media de edad de 47 ± 14 años y un valor de 3.3 ± 3.3 de daño. El anticuerpo más prevalente fue el MI2 β y el 50.3% de los pacientes se diagnosticó en el último año, si bien todos habían sido objeto de tratamiento previo. Se identificó una tendencia a la significancia de la relación de fototipo 4 y la actividad en el CDASI. **Conclusiones:** En este estudio se encontró una mayor prevalencia de MI2 β y la mayor actividad en el CDASI se presentó en los pacientes con más de un autoanticuerpo específico de dermatomiositis. Una limitante de este protocolo es el tamaño de la muestra, además de que los pacientes ya se habían tratado con anterioridad.

Bibliografía

1. Chávez-Álvarez S, Suro-Santos Y, Villarreal-Martínez A, Herz-Ruelas ME, Galarza-Delgado DA, Hernández-Galarza I, Ocampo-Candiani J. The sun burn sign and the sun tan sign—two novel findings in Hispanic patients with dermatomyositis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*. 2020.
2. Hodgkinson LM, Wu TT, Fiorentino DF. Dermatomyositis autoantibodies: how can we maximize utility. *Ann Transl Med*. 2021 Mar;9(5):433. doi: 10.21037/atm-20-5175. PMID: 33842654; PMCID: PMC8033377.
3. Shamim EA, Rider LG, Pandey JP, O'Hanlon TP, Jara LJ, Samayoa EA, et al. Differences in idiopathic inflammatory myopathy phenotypes and genotypes between mesoamerican mestizos and north american caucasians: ethnogeographic influences in the genetics and clinical expression of myositis. *Arthritis Rheum*. 46: 1885-1893.

CG176

Dermatomiositis idiopática primaria en paciente adulto mayor: no todo es cáncer

Cervantes-González AM

Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE

Introducción: Los pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas tienen un riesgo mayor de proceso maligno, que en la dermatomiositis (DM) se aproxima a un 30%, con una aparición mayor en hombres y con aumento de la edad; el desarrollo de cáncer sigue al diagnóstico de DM en casi dos tercios de los casos. El riesgo de tumoración entre los pacientes con DM es mayor en el primer año después del diagnóstico. Las neoplasias pulmonares y gastrointestinales son de las principales relacionadas, pero deben descartarse las de mayor prevalencia de acuerdo con la edad y el sexo.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente adulta mayor con dermatomiositis no relacionada con neoplasia.

Resultados: Paciente femenino de 74 años de edad con antecedente de EPOC. Inicia padecimiento cinco años antes con debilidad muscular proximal en miembros pélvicos que avanza de manera insidiosa, con posterior afectación de miembros superiores; se agrega dermatosis localizada en tórax con diseminación a brazos, antebrazos y cara; y disnea súbita. Exploración física: estertores crepitantes bibasales. Extremidades: fuerza muscular proximal de miembros superiores 4/5 y distal 5/5, proximal en miembros inferiores 3/5 y distal 5/5, dermatosis simétrica, la cual afecta cara (zona periocular), tórax anterior y posterior en su tercio superior; brazos y antebrazos en su cara externa, caracterizada por máculas eritemato-escamosas con telangiectasias; segunda dermatosis diseminada simétrica que afecta manos y en éstas la superficie dorsal de metacarpofalángicas (MCF) caracterizada por pápulas eritematosas con escama; uñas con hiperqueratosis a nivel del lecho ungueal; capilaroscopia: eritema difuso y hemorragia periungueal junto con capilares polimorfos y ausencia de algunos de éstos. Se inicia abordaje de neoplasia oculta. Biopsia muscular: infiltración linfocítica focal y alteración de la morfología de la fibra muscular (**Figura 1**). Marcadores tumorales: CA 125: 20.40 U/ml, CA 15.3: 19.50 U/ml, CA 19.9: 2.40 U/ml y ACE: 5.8 ng/ml. Ultrasonido endovaginal: engrosamiento endometrial de 13 mm; se realiza histeroscopia que revela hallazgo de pólipos endometriales. La biopsia de pólipo endometrial identifica fragmento tisular, con estroma endometrial y una glándula aislada, sin atipias detectadas. La tomografía (TAC) abdomino-pélvica no reconoce hallazgos patológicos de relevancia. TAC simple de tórax: enfermedad intersticial pulmonar con patrón no específico.

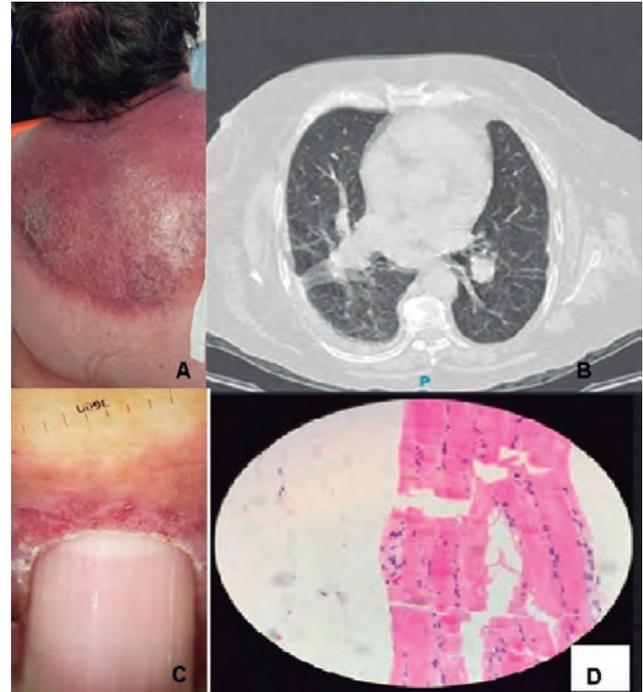
Discusión: La edad de presentación de la DM se considera bimodal con dos elevaciones de la incidencia: entre los 10 y 15 años y entre los 45 y 60 años; los casos vinculados con un proceso maligno suelen presentarse después de los 50 años. En este caso se inició abordaje de neoplasia oculta debido a la edad y la rápida progresión de la afección cutánea y se efectuaron una toma de marcadores tumorales, TAC de tórax y abdominopélvica, ultrasonido endovaginal y, dado el grosor endometrial, biopsia que descartó atipia. Las neoplasias pueden surgir hasta tres años después del diagnóstico; el tiempo de evolución de la enfermedad de esta paciente fue de cinco años. Las complicaciones pulmonares son las más comunes y representan una alta morbilidad y mortalidad; la enfermedad pulmonar intersticial se informa con una frecuencia de 3% a 8% y las publicaciones médicas indican que es un factor protector para el desarrollo de cáncer en dermatomiositis, al igual que la artritis.

Conclusiones: En la edad avanzada es obligación del médico descartar un proceso neoplásico; a pesar de la elevada relación, hay casos como éste en el cual la DM no se vincula con cáncer.

Bibliografía

1. Callen JP. Dermatomyositis. *Lancet* 2000;355:53-7.
2. Stockton D. Risk of cancer in patients with dermatomyositis or polymyositis, and follow-up implications: a scottish population-based cohort study. *Br J Cancer* 2001;85:41-45.

Figura 1. A. Lesiones cutáneas en la espalda. B. TAC simple de tórax: enfermedad intersticial pulmonar con patrón inespecífico. C. Capilaroscopia: disminución de densidad capilar (1-3 capilares por milímetro), hemorragias y polimorfismo. D. Biopsia muscular: corte longitudinal, con infiltración linfocítica focal y alteración de la morfología de la fibra muscular. (CG176)



CG177

Síndrome antisintetasa, evolución a largo plazo: serie de casos

Ramírez-Becerra C, Andrade-Ortega L, Irazoque-Palazuelos F, Jiménez-Farfán E, Valdez-Vargas G

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) forma parte del grupo de las miopatías inflamatorias. Se caracteriza por manifestaciones clínicas, como miositis, fiebre, lesiones cutáneas y enfermedad pulmonar intersticial (EPI) vinculadas con la positividad de anticuerpos antisintetasa (AAS).

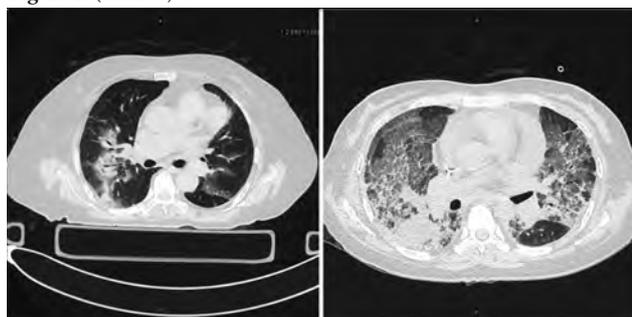
Objetivos: Describir una serie de pacientes con síndrome antisintetasa (SAS) en seguimiento en el hospital de los autores.

Resultados: Siete pacientes con diagnóstico de SAS captados en el periodo de 2006 a 2022; 71.4% (n = 5) de mujeres y 28.6% (n = 2) de hombres, con una edad media de 58.5 años. Hasta 28.6% (n = 2) tenía antecedente de tabaquismo. El tiempo promedio entre el inicio de los síntomas y el establecimiento del diagnóstico fue de 9.5 meses (intervalo, 0-49 meses); 42.8% (n = 3) inició con síntomas constitucionales (fiebre y pérdida de peso); 71.4% (n = 5) mostró manifestaciones musculares, la más frecuente la debilidad proximal (n = 5), seguida de mialgias (n = 2) y debilidad distal (n = 1); 42.8% (n = 3) tuvo manifestaciones cutáneas, la más común la mano de mecánico (n = 3), seguida de hiperqueratosis (n = 2) y fenómeno de Raynaud (n = 1). Las manifestaciones articulares estuvieron presentes en 85.7% (n = 6). Se documentó derrame pericárdico en 42.8% (n = 3), sin repercusión hemodinámica (**Tabla 1**). A pesar de que sólo 71.4% (n = 5) tuvo síntomas respiratorios (disnea y tos), el 100% (n = 7) mostró hallazgos indicativos de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en la tomografía de tórax (**Figura 1**). De los patrones tomográficos, el más prevalente fue

Tabla 1. Características de los pacientes con síndrome antisintetasa. (CG177)

Paciente	Sexo/edad	Manifestaciones	AAS	AAM	CK máx/mín (ui/L)	Patrón TC pulmonar	Tratamiento
1	Fem/72	Constitucionales, manos de mecánico, articulares, cardíacas, EPI	Jo1	Ro	437/46	NINE	GC/MTX/LFN
2	Masc/60	Debilidad, articulares, EPI	Jo1	Ro	8 465/53	NIU	GC/RTX/MTX/LFN
3	Masc/41	Manos de mecánico, articulares, EPI	Jo1	Ro	122/9	NINE	GC/RTX/MTX/LFN/AZA
4	Fem/68	Debilidad, articulares	PL7	Ro	7 267/240	NINE	GC/RTX/MTX/AZA
5	Fem/60	Debilidad, manos de mecánico, fenómeno de Raynaud, articulares, EPI	Jo1	-	932/78	Bronquiolitis obliterante	GC/CFM/MTX/MMF/TAC
6	Fem/49	Constitucionales, debilidad, articulares, cardíacas, EPI-RP	Jo1	Ro	1 518/46	NIU + neumonía organizada	GC/IGIV/CFM/MTX
7	Fem/60	Constitucionales, debilidad, articulares	Jo1	-	9 249/189	NINE	GC/IGIV/RTX/MTX/AZA/CYC

Figura 1. (CG177)



NINE con 57.1%, seguido de NIU con 28.6% y neumonía organizada con 14.3%. Sólo una paciente desarrolló EPI de rápida progresión (EPI-RP) que exigió apoyo ventilatorio. En dos pacientes, la afectación pulmonar fue la manifestación inicial, con elevación de creatina fosfoquinasa (CPK) en la totalidad de los pacientes. Los anticuerpos antinucleares (AAN) fueron positivos en todos los pacientes, con patrón mixto (nuclear y citoplasmático) en 71.4% (n = 5). En cuanto a los AAS, anti-Jo1 se detectó en 85.7% (n = 6) y PL7 en 14.3% (n = 1); de los anticuerpos vinculados con miositis (AAM), el único detectado fue anti-Ro en 71.4% (n = 5). Se realizó RMN en 28.6% (n = 2) que identificó infiltración grasa. En el 42.8% (n = 3), la biopsia muscular señaló patrón miofasciático en fase crónica en dos pacientes y en fase subaguda en uno. La espirometría realizada en el 57.1% (n = 4) reveló patrón restrictivo. El 100% de los pacientes recibió esteroides en dosis altas. Se indicó ciclofosfamida en 1 (28.6%) paciente por manifestaciones pulmonares e inmunoglobulina intravenosa (IgIV) en 2 (28.6%), uno por disfagia y otro por EPI-RP. El tratamiento inmunosupresor en el resto de los pacientes consistió en metotrexato en 100% (dosis media, 18.3 mg/sem), leflunomida en 42.8% (n = 3), azatioprina en 42.8% (n = 3), micofenolato de mofetilo en 14.3% (n = 1) e inhibidores de calcineurina en 28.6% (n = 2). Se aplicó rituximab en el 57.1% (n = 4) durante la evolución de la enfermedad, en todos los casos como agente de segunda línea; 28.6% (n = 2) pudo interrumpir los esteroides. Durante el seguimiento (media, 8.3 años), 57.1% (n = 4) sufrió recaídas que se trataron con incremento de la dosis de esteroides o cambio de inmunosupresor. Sólo un paciente desarrolló cáncer cinco años después del diagnóstico, uno falleció por SARS-COV2 y uno perdió el seguimiento.

Conclusiones: El espectro de manifestaciones en el SAS es muy amplio y la determinación de los AAS ayuda a establecer el perfil clínico y el pronóstico. Esta serie de pacientes corrobora lo ya descrito respecto de la importancia de evaluar la función e imagen pulmonar en todos los pacientes con SAS, incluso en aquéllos sin síntomas respiratorios.

Bibliografía

- Jingli S. Clinical profiles, and prognosis of patients with distinct antisynthetase autoantibodies. *J.Rheumatol.* 2017;44(7):1051-57.
- Marin FL, Sampaio HP. Antisynthetase syndrome and autoantibodies: a literature review and report of 4 cases. *Am J Case Rep.* 2019 Jul 25;20:1094-1103.

CG178

Síndrome antisintetasa (SA): reporte de caso

Guillén-Durán CA, Santiago-Manzano ME

Hospital General Pachuca

Introducción: El síndrome antisintetasa (SA) es un trastorno incluido entre las miopatías inflamatorias idiopáticas que se caracteriza por anticuerpos antisintetasas en el suero; se define por manos de mecánico, enfermedad pulmonar intersticial, artritis, fiebre y fenómeno de Raynaud. El anticuerpo antihistidil tRNA sintetasa (anti-Jo1) es el más específico de la miositis y el más frecuente en los pacientes con miopatías inflamatorias (20%-30%) y permite la confirmación diagnóstica al ser muy específico y su capacidad de prever manifestaciones clínicas (miositis o afección pulmonar) y pronóstico. La afectación muscular de estos pacientes es similar a la clínica de polimiositis o dermatomiositis, pero con mayor tasa de recurrencia y peor pronóstico. Tiene una prevalencia del 17% dentro de los subtipos de las miopatías inflamatorias, después de la dermatomiositis y la polimiositis.

Resultados: Caso clínico: paciente femenino de 42 años que acude a valoración a la consulta externa de reumatología en febrero de 2022 por artralgias y artritis de más de seis meses de evolución, además de fatiga y pérdida mayor de 6 kg en menos de dos meses. Al interrogatorio dirigido refiere el fenómeno de Raynaud intermitente, junto con disnea progresiva de grandes a medianos esfuerzos. La exploración física inicial revela sinovitis aguda en hombro derecho, codo izquierdo, y interfalángicas proximales de ambas manos. Se solicitan estudios complementarios y se registran en marzo del 2022 anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia positivos con patrón moteado fino 1:640; complementos normales. Se identifica elevación de aminotransferasas más de cuatro veces lo normal. Acude a revaloración en julio 2022 y señala descamación significativa en manos, además de debilidad muscular progresiva de tipo proximal que imposibilita las tareas comunes de higiene. Refiere además aumento de los síntomas articulares. Se documenta positividad al anticuerpo anti-Jo1 e informe tomográfico con datos indicativos de neumopatía intersticial inespecífica. Se decide su ingreso a hospital y se indica tratamiento con pulsos de esteroide e inmunosupresor con ciclofosfamida mensuales (3 en la actualidad), con respuesta hacia la mejoría. Se establece el diagnóstico de síndrome antisintetasa.

Conclusiones: El SA afecta con mayor frecuencia al sexo femenino, con una relación mujer-varón de 2:1. Por lo general se presenta durante la cuarta década de la vida; su patogenia no se conoce con certeza. Se han propuesto varias hipótesis y la más aceptada es la pérdida de la tolerancia inmunitaria celular debido a los múltiples anticuerpos séricos circulantes que causan lesión muscular con desarrollo de autoanticuerpos; de todos, el más común es anti-Jo1, que se identifica hasta en el 60% de los pacientes. La enfermedad pulmonar intersticial es una de las características más frecuentes del SA y tiene una prevalencia del 68% a 94.4% según diversas series; esta paciente mostró signos tomográficos de neumopatía intersticial inespecífica. El interés del SA radica en la relación con un cuadro de

afectación pulmonar intersticial difusa en el contexto de las miopatías inflamatorias idiopáticas; es necesario el diagnóstico oportuno para instituir un tratamiento más temprano con mejor respuesta.

Bibliografía

1. Cavagna L, Nuno L, Scire CA, Govoni M, Longo FJL, Franceschini F, et al. Clinical spectrum time course in anti Jo-1 positive antisynthetase syndrome: results from an international retrospective multicenter study. *Medicine (Baltim)* 2015;94(32):e1144.
2. Tillie-Leblond I, Wislez M, Valeyre D, Crestani B, et al. Interstitial lung disease and anti-Jo-1 antibodies: difference between acute and gradual onset. *Thorax* 2008;63(1):53e9.

CG179

Relevancia de los diversos fenotipos de dermatomiositis anti-MDA5

Samuria-Flores CJ¹, Maya-Piña LV¹, Barbosa-Cobos RE¹, Lugo-Zamudio GE¹, Jiménez-Jiménez X²

(1)Hospital Juárez de México, (2)Centro Médico Naval

Introducción: La dermatomiositis (DM) anti-MDA5 representa menos del 2% de las MII y la presentación amiofática es característica. El espectro clínico es variable; se han identificado tres fenotipos: subgrupo 1, con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y mal pronóstico; subgrupo 2, con compromiso cutáneo y articular y buen pronóstico; y subgrupo 3, con vasculopatía cutánea grave y pronóstico intermedio.

Resultados: Presentar cuatro casos con diagnóstico de DM anti-MDA5; 4 (100%) mujeres de raza no caucásica (100%), con media de edad de 43 años (29-49 años); la caracterización de los pacientes se describe en la **Tabla 1**. Con respecto al dominio cutáneo se presentaron signo de V en el escote en el 75% de los casos, pápulas de Gottron en 50%, eritema en heliotropo en

50%, calcinosis en 50%, vasculopatía grave en 50% y manos de mecánico en 25% (**Figura 1**); dominio muscular: disfagia (75%), debilidad de cintura escapular y pélvica (50%); dominio articular: artralgiás (25%), artritis (25%); dominio pulmonar: disnea (75%); presencia de otros anticuerpos: anti-MI-2 (100%), anti-Ro-52 (75%) y en el 25% PM/Sc1100, PM/Sc175, PL-7 y NXP2. En cuanto al tratamiento, 75% de los pacientes recibió pulsos de metilprednisolona, 50% RTX y 25% inmunoglobulina. En relación con el desenlace, defunción en 50% y mejoría clínica en 50% de los casos.

Conclusiones: Los pacientes con DM anti-MDA5 muestran manifestaciones clínicas diversas que han establecido tres fenotipos con pronóstico variado; el de mejor pronóstico es el fenotipo 2, cutáneo y articular, y el de

Figura 1. A. Paciente 2: pápulas de Gottron con úlcera, vasculopatía y necrosis en dedos 2 y 4 de la mano derecha. **B.** Paciente 2: necrosis de los dedos 2 a 4 del pie derecho y 2 del pie izquierdo. **C.** Paciente 3: úlceras digitales y vasculopatía. **D.** Paciente 1: hipertrofia de cutícula, edema de manos y artritis de 3° y 4° IFP derechas, con enfermedad pulmonar de rápida progresión. (CG179)

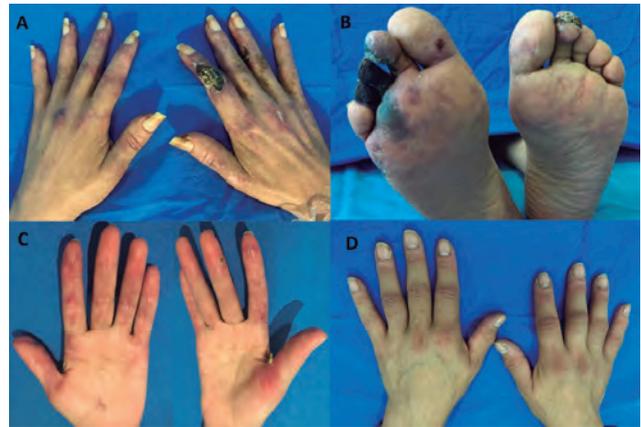


Tabla 1. Caracterización de cuatro pacientes con DM anti-MDA5. (CG179)

Características	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Edad (años)	49	47	29	47
Tiempo evolución previo al dx (meses)	21	12	36	1
Dominio cutáneo	Manos de mecánico	Pápulas de Gottron	Pápulas de Gottron	Eritema en heliotropo
	-	V en escote	V en escote	V en escote
	-	Calcinosis	Calcinosis	-
	-	Vasculopatía grave	Vasculopatía grave	-
	-	-	Eritema en heliotropo	-
	-	Úlceras cutáneas	Úlceras cutáneas	-
	-	-	Eritema en heliotropo	-
Dominio pulmonar	EPI de rápida progresión	-	EPI	EPI de rápida progresión
Dominio muscular	Debilidad proximal	-	-	Debilidad proximal
	-	Disfagia	Disfagia	Disfagia
Dominio articular	Artritis	Artralgiás	-	-
Anticuerpos	MI2-B ++	MI2-A+	-	MI2-A y B++
	RO52 ++	RO52 +++	RO52 +	-
	-	PM/SCL75+	-	PM/SCL100+
	-	NXP2+++	-	-
	-	PL7++	-	-
	-	TIF1G+	-	-
Fenotipo	EPI de rápida progresión	Vascular	Vascular	EPI de rápida progresión
Tratamiento	MP/CYC	IG	MP/MTX/AZT/ RTX	MP/RTX
Desenlace	Mejoría	Defunción	Mejoría	Defunción

DM, dermatomiositis; MP, metilprednisolona; CYC, ciclofosfamida; RTX, rituximab; IG, inmunoglobulina; AZT, azatioprina; MTX, metotrexato; EPI, deterioro pulmonar en un periodo menor a tres meses.

peor pronóstico el fenotipo 1, el vinculado con EPI de rápida progresión. La elección del tratamiento dirigido al fenotipo clínico permite mejorar el pronóstico y desenlace de estos pacientes.

Bibliografía

1. Allenbach Y, Uzunhan Y. Different phenotypes in dermatomyositis associated with anti-MDA5 antibody. *Neurology*. 2020;95(1):70-78.
2. Alenzi FM. Myositis specific autoantibodies: a clinical perspective. *Research and Reviews*. 2020;12(5):914.

CG180

Miositis por cuerpos de inclusión

Lembrino-Teoyotl J, Centeno-Valadez JD, Echeverría-González G

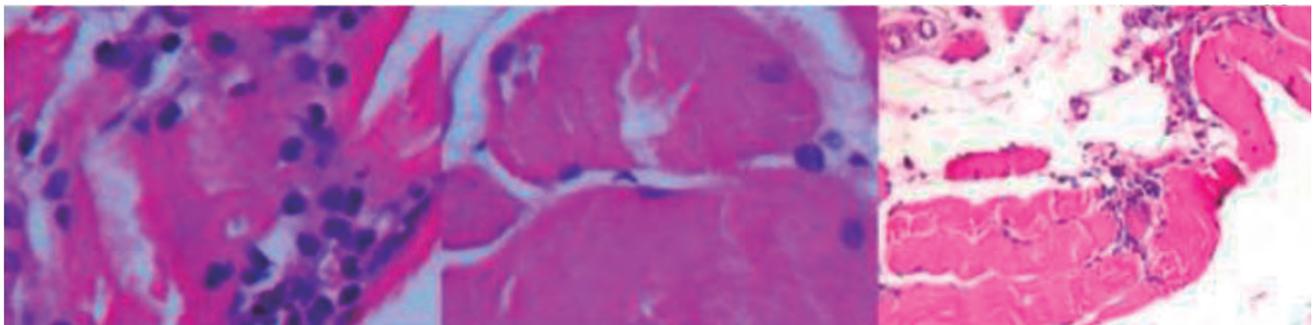
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La miositis por cuerpos de inclusión es la miopatía inflamatoria más frecuente en pacientes mayores de 50 años. Tiene una prevalencia mundial de 139 por millón en individuos mayores de 50 años. Se presenta con dominancia en hombres (3:1) y dos subtipos: esporádico y familiar. La presentación esporádica es la más común y se observan debilidad y atrofia progresiva de músculos distales, especialmente flexores y extensores.

Objetivos: Presentar un caso clínico.

Resultados: Mujer de 60 años quien inicia síntomas desde mediados de junio de 2018 (56 años), después de un curso insidioso de cuatro meses con pérdida de la fuerza que generaba limitación de las actividades cotidianas y que tras una caída es valorada por diversos especialistas, sin diagnóstico o respuesta al tratamiento. Durante el transcurso se refieren progresión en debilidad de marcha, debilidad de predominio distal de extremidades y dis-fagia que lleva a dos hospitalizaciones más por caídas y lesiones adjuntas. Entre los estudios de abordaje, cuenta con electromiografía en septiembre de 2018 que no revela datos de polineuropatía inmunomediada aguda, y biopsia inicial en marzo de 2019 que señala hallazgos relacionados con miopatía inflamatoria. Ante la progresión, se realiza reevaluación de la biopsia de músculo esquelético con los siguientes hallazgos: citoplasma eosinófilo con cambios degenerativos y pequeñas vacuolas focales sin evidencia franca de inclusiones, necrosis en menos del 5% de las fibras musculares y presencia de un componente inflamatorio endomisial de linfocitos y macrófagos, infiltración adiposa leve y sin hallazgos relevantes en las tinciones de PAS y rojo Congo. A pesar de que no se documentan criterios histológicos que definan el diagnóstico, los hallazgos se relacionan bien con una miositis por cuerpos de inclusión y, en el escenario clínico, tanto la evolución como la clínica favorecen relacionar los hallazgos con el diagnóstico (**Figura 1**).

Figura 1. Revisión de laminillas y bloques: biopsia de músculo (2 de abril de 2020). Las secciones histológicas teñidas con métodos de H-E muestran fascículos de músculo esquelético (estriado) que en el corte transversal son poligonales, grandes, uniformes, angulados, con núcleos de localización periférica (centralización nuclear menor al 3%) con citoplasma eosinófilo y cambios degenerativos y pequeñas vacuolas focales, sin evidencia franca de inclusiones; se identifica necrosis en menos del 5% de las fibras musculares y presencia de componente inflamatorio endomisial compuesto predominantemente por linfocitos y algunos macrófagos; se identifican espacios perimisiales con tejido fibroadiposo y vasos sanguíneos congestivos sin evidencia de componente inflamatorio vascular; existe infiltración adiposa leve; las tinciones de PAS y rojo Congo con expresión habitual; no se identifican microorganismos o granulomas y no existen en conjunto datos que siguieran proceso maligno. (CG180)



Conclusiones: Se describió el caso de una paciente mujer de 60 años con cuatro años de evolución de un cuadro de debilidad muscular simétrica distal simétrica con afectación de los flexores y extensores de la muñeca, además de los flexores de los dedos y aductor del pulgar en miembros torácicos y afectación dominante de iliopsoas, cuádriceps, aductores y gastrocnemios de manera asimétrica. En la miositis por cuerpos de inclusión, las características histopatológicas son la presencia de infiltrado inflamatorio de predominio endomisial, inflamación no necrótica que separa una pequeña porción de las fibras y vacuolas bordeadas por material citoplasmático, fibras atroficas e inclusiones congófilas intravacuolares o extravacuolares. Los criterios de Griggs-Barohn de 1995 definen dos categorías: MCI definida y posible. Ambas requerían un criterio de infiltrado endomisial mononuclear no necrótico. En los criterios MRC 2010 se incluye la evidencia de una mayor expresión del complejo mayor de histocompatibilidad tipo 1. Con posterioridad, ante la evidencia del depósito sarcoplásmico anormal de una proteína de unión al DNA del alquitrán 43 (TDP-43 o p62) por tinción de inmunohistoquímica, en los criterios ENMC 2011 se incluye al criterio de presencia de acúmulo de proteínas que puede cumplirse por inmunotinciones. Con base en los criterios ENMC 2011, se alcanzan criterios de miositis por cuerpos de inclusión en la categoría de definido clínicamente, debido a que no satisface todos los criterios en el estudio histopatológico. En este caso particular, la presencia clínica distintiva de afección y la falta de respuesta al tratamiento orientan el diagnóstico.

Bibliografía

1. Naddaf E, Barohn RJ, Dimachkie MM. Inclusion body myositis: update on pathogenesis and treatment. *Neurotherapeutics*. 2018 Aug 22;15(4):995-1005.
2. Schmidt J. Current classification and management of inflammatory myopathies. *Journal of Neuromuscular Diseases*. 2018 May 29;5(2):109-29.

CG181

Calcinosis cutis universalis en un paciente adulto con dermatomiositis con anticuerpos anti-NXP2

Rubio-Torres DC, Riega-Torres J, García-Arellano G, Cárdenas-De la Garza JA, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La calcinosis es un hallazgo prevalente en miopatías inflamatorias, sobre todo en la dermatomiositis juvenil (20%-70%), pero infrecuente en el adulto (20%). La calcificación distrófica es el tipo más común de calcinosis cutánea relacionada con dermatomiositis; se denomina universal cuando se presenta de forma extensa y generalizada.

Objetivos: Describir un caso de calcinosis cutánea universal en un paciente adulto con dermatomiositis con anticuerpos anti-NXP2.

Resultados: Mujer de 50 años con antecedentes de dermatomiositis de ocho años de evolución que acudió a consulta con una dermatosis diseminada. La exploración física reveló abundantes placas y nódulos dolorosos y pétreos, cicatrices atróficas y fistulas en el tronco (**Figura 1A**), los brazos (**Figura 1B**) y las piernas, especialmente en el abdomen, las axilas y la ingle. Los nódulos y las fistulas drenaban una secreción blanquecina. Los estudios de laboratorio mostraron cifras de proteína C reactiva de 10.30 mg/dL (normal, < 0.748 mg/dL), velocidad de sedimentación globular de 48 mm/h (normal, < 20 mm/h) y creatina fosfocinasa de 61 U/L (normal, 30-13 561 U/L). El factor reumatoide, anticuerpos anti-SSA (Ro), anti-Scl70 y anticentromero fueron negativos. Los títulos de anticuerpos antinucleares fueron 1:160 con un patrón DFS70 (denso fino moteado, peso molecular de 70 kd). El panel de ELISA para miopatías inflamatorias autoinmunitarias (EUROIMMUN, Lübeck, Alemania) con 16 antígenos incluidos fue positivo para anticuerpos antiproteína de matriz nuclear 2 (NXP2). Los estudios radiológicos mostraron calcificaciones reticulares y redondeadas diseminadas en forma de encaje en los tejidos blandos del abdomen (**Figura 1C**), la pelvis y los brazos (**Figura 1E**). Una biopsia de piel abdominal reveló calcificación distrófica de dermis profunda y tejido subcutáneo (**Figura 1D**). Con base en las características clínicas e informes de laboratorio y radiológicos se estableció el diagnóstico de calcinosis cutánea universal. Se han descrito dos tipos de calcinosis universal en la DM que incluyen depósitos difusos dentro de los planos miofasciales que dan la apariencia de un exoesqueleto reticular en forma de encaje, como en este paciente. Los anticuerpos anti-NXP2 se encuentran con frecuencia en la DM juvenil (23%-33%) y se han vinculado los anticuerpos anti-NXP2 con un mayor riesgo de calcinosis. Sin embargo, el significado de estos anticuerpos es más controvertido en el adulto y se han informado frecuencias con variaciones notorias de acuerdo con la serie (1.6%-30%). Aunque la calcinosis universal es una fuente de dolor y discapacidad significativos en estos pacientes, no existe un tratamiento eficaz conocido. Se han publicado resultados variables con medidas médicas, entre ellas agentes quelantes, colchicina, bisfosfonatos y diltiazem.

Figura 1. (CG181)



Conclusiones: La identificación de anticuerpos anti-NXP2 debe llevar a los clínicos a controlar de modo estricto la enfermedad para prevenir la aparición de calcinosis en pacientes con dermatomiositis.

Bibliografía

1. Ichimura Y, Matsushita T, Hamaguchi Y, Kaji K, Hasegawa M, Tanino Y, et al. Anti-NXP2 autoantibodies in adult patients with idiopathic inflammatory myopathies: possible association with malignancy. *Ann Rheum Dis.* 2012;71(5):710-3.
2. Elahmar H, Feldman BM, Johnson SR. Management of calcinosis cutis in rheumatic diseases. *The Journal of Rheumatology.* 2022.

CG182

Afección pulmonar rápidamente progresiva en síndrome antisintetasa no clásico

Valdez-Vargas G, Rosales-Don Pablo VM, Irazoque-Palazuelos F, Reyes-Villarreal JC, Lucas-Hernández A, Pérez-Román DI

206 *Reumatol Clín.* 2023;19 Ext.1

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La incidencia anual media informada para miopatías inflamatorias es de 2.1 a 7.7 casos nuevos por millón de habitantes/año. Dentro de este grupo, el diagnóstico de síndrome antisintetasa con anti-Jo1 positivos es de 20% a 30% del total de ellas. Se describe un caso de una paciente de 49 años con síndrome antisintetasa con afectación pulmonar grave, que requirió medidas avanzadas de la vía respiratoria, con respuesta favorable a la ciclofosfamida.

Objetivos: Presentar un caso de síndrome antisintetasa con afectación pulmonar grave.

Descripción del caso: Mujer de 49 años que inició con debilidad muscular cuatro meses antes del diagnóstico de miopatía inflamatoria corroborado por electromiografía típica y elevación de enzimas musculares. Tratamiento inicial con metotrexato (15 mg/sem) y deflazacort (15 mg/día), con mejoría de la fuerza muscular. Tres semanas después del inicio del tratamiento sufre disnea progresiva hasta el reposo y desaturación grave, por lo que se la trasla a esta unidad. Ingresa por síndrome de insuficiencia respiratoria aguda grave, se proporciona ventilación mecánica invasiva y el estudio pulmonar tomográfico documenta patrón de neumonía organizada, pero se descarta foco séptico por lo que se indican 3 dosis de bolos de metilprednisolona, seguidos de gammaglobulina intravenosa calculada a 1 g/kg y ciclofosfamida, con adecuada respuesta tanto de la afectación pulmonar como de la fuerza muscular. Se obtiene perfil serológico con anticuerpos positivos anti-Jo1 y anti-SSA.

Resultados: La neumopatía intersticial relacionada con miopatía inflamatoria se ha descrito con peor pronóstico funcional. Los anticuerpos anti-Jo1 se vinculan con neumopatía y los anti-SSA son resistentes en algunos casos al tratamiento de primera línea. Cabe señalar que esta paciente inició con tratamiento antes de esta progresión pulmonar, sin documentar al inicio datos clínicos de manos de mecánico, lo que en conjunto representa una presentación atípica del síndrome antisintetasa.

Conclusiones: En cuanto al tratamiento establecido con bolos de ciclofosfamida, la evidencia se limita a series de casos retrospectivos que alternan con tratamiento ahorrador de esteroides. En una revisión de cinco estudios no aleatorizados de 193 pacientes con miositis y enfermedad intersticial difusa se informó una mejoría clínica funcional medida por espirometría, DLCO. Al momento de la revisión no existen guías terapéuticas basadas con evidencia contundente para el control de este tipo de anomalías.

Bibliografía

1. Hallowell RW, Paik JJ. Myositis associated interstitial lung disease: a comprehensive approach to diagnosis and management. *Clinical and Experimental Rheumatology.* 2022 February;40(2):373-383.

CG183

Niveles elevados de FR: asociación con actividad, anticuerpos antitiroideos y otras interferencias tiroideas en síndrome de Sjögren primario

Hernández-Molina GA, Almeda-Valdés P, López-Carrasco G, Antonio-Villa N, Núñez-Álvarez C, Aguilar-Salinas C, Cruz-Bautista I

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La prevalencia del factor reumatoide (FR) en el síndrome de Sjögren primario (SPP) es mayor de 50%, mientras que la de anticuerpos antiperoxidasa tiroidea (anti-TPO) y la de antitiroglobulina (anti-Tg) es del 11% y 3%, respectivamente. Sin embargo, la prevalencia de antitriyodotiroxina (anti-T3), antitiroxina (anti-T4), así como su significado clínico, y su relación con FR se desconocen. Tampoco se ha estudiado en el SSP la prevalencia de macro-TSH, el cual es un factor de interferencia con las pruebas de función tiroidea (PFT), y se presenta en el 0.6% de la población general.

Objetivos: Evaluar la vinculación de los valores elevados de FR con variables clínicas, serológicas y anticuerpos antitiroideos en pacientes con SSP. Evaluar la presencia de macro-TSH.

Material y métodos: Se incluyó a 80 pacientes con SSP y se registraron características clínicas, serológicas, estado tiroideo y ESSDAI acumulado. Se cuantificaron las cifras de FR (isotipos IgG, IgM e IgA) por ELISA. Se realizó determinación de pruebas de función tiroidea (PFT), anti-Tg, anti-TPO, anti-T3 y anti-T4 mediante estudios comerciales. La detección de macro-TSH se llevó a cabo mediante el método de polietilenglicol. Se usaron las pruebas χ^2 , t de Student, U de Mann-Whitney, correlación de Pearson y regresión logística.

Resultados: Una proporción de 88% correspondió a mujeres, con edad promedio de 55.8 ± 13.3 años y mediana de seguimiento de 8.7 años. Un total de 25 pacientes (32.5%) tenía enfermedad tiroidea autoinmunitaria; el 86.2% era positivo a FR, con una mediana de 220 U/mL (RIC, 33.9-1510). Las prevalencias de anti-T3, anti-T4, anti-TG y anti-TPO fueron de 55%, 52.2%, 17.5% y 16.2%, respectivamente. No hubo correlación entre los títulos de anti-TG y anti-TPO con el FR. Al comparar los pacientes ($n = 53$) en el tercil más alto de FR (≥ 872.36 U/mL) con el resto, estos pacientes fueron más jóvenes, tuvieron mayor prevalencia de ANA, anti-Ro/SSA, con mayores puntuaciones de ESSDAI acumulado y anti-T3 y anti-T4 (Tabla 1). En el análisis de regresión logística, las variables que permanecieron relacionadas con la presencia del tercil más alto de FR fueron el ESSDAI acumulado (RM, 1.02; IC95%, 1.01-1.03; $p = 0.002$) y los anticuerpos anti-T4 (RM, 1.27; IC95%, 1.05-1.53; $p = 0.02$). También se documentó macro-TSH en 6.2% de los pacientes.

Tabla 1. Comparación de variables de acuerdo con el tercil de factor reumatoide. (CG183)

Variable	Tercil bajo/medio FR, n = 53	Tercil alto FR, n = 27	p
Mujeres, n (%)	50 (94.3)	25 (92.6)	1
Edad en años, promedio \pm DS	58.9 ± 12.1	49.7 ± 13.5	0.005
Síntomas oculares, n (%)	49 (92.5)	24 (88.9)	0.68
Síntomas orales, n (%)	48 (90.6)	25 (92.5)	1
Crecimiento parotídeo, n (%)	23 (43.4)	15 (55.5)	0.34
FSNE ¹ en mL/15 min, mediana (RIC)	0.2 (0-0.7)	0.1 (0-0.3)	1
ESSDAI acumulado ⁵ , mediana (RIC)	7 (3-10.5)	12 (6-20)	0.004
Prueba de Schirmer-I positiva, n (%)	48 (90.6)	26 (96.3)	0.65
Queratoconjuntivitis seca, n (%)	26/37 (70.3)	13/18 (72.2)	0.88
Anticuerpos antinucleares, n (%)	38 (73.1)	23 (95.5)	0.02
Anti-Ro/SSA, n (%)	41 (77.4)	27 (100)	0.006
Anti-La/SSB, n (%)	24 (45.3)	16 (59.3)	0.34
Uso inmunosupresores, n (%)	31 (58.5)	16 (59.3)	1
Artritis, n (%)	19 (36.5)	15 (5.6)	0.15
Vasculitis, n (%)	6 (11.3)	5 (18.5)	0.49
Linfoma, n (%)	1 (1.3)	2 (3.7)	0.26
Uso prednisona, n (%)	31 (58.5)	15 (55.6)	0.80
Uso antipalúdicos, n (%)	12 (48)	5 (55.6)	1
C3 bajo, n (%)	5/44 (11)	2/24 (8.3)	1
C4 bajo, n (%)	12/44 (27.3)	7/24 (29.2)	1
Enfermedad tiroidea autoinmunitaria, n (%)	24 (44.4)	7 (25.9)	0.14
# anticuerpos antitiroideos, mediana (RIC)	1 (0-2)	2 (1-2)	0.01
Anti-Tg + (≥ 32 UL/mL), n (%)	8 (15.1)	6 (22.2)	0.42
Anti-TPO + (≥ 38 UL/mL), n (%)	10 (18.9)	3 (11.1)	0.37
Anti-T3, n (%)	23 (43.4)	19 (70.4)	0.02
Anti-T4, n (%)	22 (41.5)	22 (81.5)	0.001
Macro-TSH, n (%)	4 (7.5)	1 (3.7)	0.65

Conclusiones: Los valores elevados de FR se vinculan con actividad de la enfermedad y anti-T4, pero no con la enfermedad tiroidea. Se documentó un gran porcentaje de pacientes con macro-TSH. Dado que anti-T4, macro-TSH y FR son causas reconocidas de interferencias analíticas de las PFT, el reumatólogo debe estar alerta en estos pacientes para sospechar estas interferencias cuando hay discrepancia entre la clínica y las PFT.

Bibliografía

1. Wauthier L, Pleban M, Favresse J. Interferences in immunoassays: review and practical algorithm. Clin Chem Lab Med 2022;60:808-820.

CG184

Síndrome de Sjögren inducido por aceite mineral

Vélez-Burboa RE, Gómez-Limón L, Contreras-Díaz KB, Llamas-García A, Vázquez-Del Mercado M

Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El síndrome autoinmunitario/autoinflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) es una entidad inmunológica mediada en respuesta a la exposición de material previamente considerado inerte, como silicón, aceites minerales, ácido hialurónico, entre otros. Esta respuesta puede inducir el desarrollo de enfermedades sistémicas autoinmunitarias, sobre todo lupus eritematoso generalizado (LEG), artritis reumatoide, esclerosis sistémica y síndrome de Sjögren. Shoenfeld y Agmon-Levin propusieron en 2011 criterios para el diagnóstico, que se establece al cumplir con dos criterios mayores o uno mayor y dos menores.

Objetivos: Describir un caso de síndrome de Sjögren inducido por aceite mineral.

Descripción del caso: Mujer de 45 años previamente sana. Cuenta con antecedente de inyección de sustancia oleosa en glúteos en 2014. Dos años después comienza con fatiga, artralgiyas y parestesias en miembros pélvicos, así como xerostomía y xeroftalmía. En el sitio de inyección y zonas contiguas se encontraron placas induradas, irregulares y no dolorosas. Se realizó prueba de Schirmer que resultó positiva. Ante la sospecha de síndrome de ASIA se solicitan ANA por inmunofluorescencia con patrón moteado fino 1:640 e inmunoespecificidad positiva para anti-Ro y anti-La. Se corrobora polineuropatía sensorial-motora distal de características axonales mediante prueba de conducción nerviosa. Por lo anterior, se inició tratamiento con hidroxiquina, gabapentina y AINE con buena respuesta.

Resultados: La exposición a los aceites minerales se vincula con el desarrollo de diversos fenómenos autoinmunitarios y actúa como adyuvante, que es una sustancia capaz de acelerar, prolongar o aumentar una respuesta inmunitaria; sin embargo, también tiene el potencial de promover una respuesta inapropiada. Es el resultado de una interacción compleja entre la predisposición genética y la presencia de un factor ambiental exógeno o endógeno, llamado "exosoma". Se ha sugerido la presencia de un mimetismo molecular como posible desencadenante de enfermedades autoinmunitarias. De manera local, la infiltración de aceite mineral induce la formación de granulomas con acumulación de fibras de colágeno en la dermis y producción de IL-1 por macrófagos activados que estimulan la agregación de células inflamatorias, así como la interacción con receptores tipo Toll y activación del inflamósoma NLRP3. Respecto de la inmunidad adaptativa, existe una respuesta de tipo Th1 con activación de células presentadoras de antígeno; los linfocitos T CD4 realizan expansión clonal y las células T CD8 y se producen citocinas que aumentan la respuesta celular y el efecto final es la inflamación. Se han notificado más de 4 500 casos de síndrome de ASIA, de los cuales 42 se expusieron a aceite mineral. Las inyecciones de aceite mineral son frecuentes en México y América Latina. En un estudio mexicano se informó que el 60% de los pacientes con este diagnóstico desarrolló manifestaciones autoinmunitarias inespecíficas, como artritis, úlceras orales, síndrome seco y el 40% restante cumplió criterios para alguna enfermedad autoinmunitaria específica. A pesar de las brechas que existen sobre la fisiopatología de esta enfermedad, es importante considerar su desarrollo en los pacientes expuestos a adyuvantes.

Bibliografía

1. Shoenfeld Y, Agmon-Levin N. ASIA-autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants. J Autoimmun. 2011;36(1):4-8.
2. Vera-Lastra O, Medina G, Cruz-Domínguez MP, Ramírez GM, Blancas RBP, Amaro ALP, et al. Autoimmune/inflammatory syndrome induced by mineral oil: a health problem. Clin Rheumatol. 2018;37(6):1441-8.

- Vera-Lastra O, Medina G, Cruz-Domínguez MP, Ramírez P, Gayoso-Rivera JA, Anduaga-Domínguez H, et al. Human adjuvant disease induced by foreign substances: a new model of ASIA (Shoenfeld's syndrome). *Lupus*. 2012;21(2):128-35.
- Israeli E, Agmon-Levin N, Blank M, Shoenfeld Y. Adjuvants and autoimmunity. *Lupus*. 2009;18(13):1217-25.

CG185

Uso de rituximab en síndrome de Sjögren primario con manifestaciones articulares en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Ocaña-Sibilla MJ, Muñoz-López S, Irazoque-Palazuelos F

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: En el síndrome de Sjögren primario (SSp) las manifestaciones articulares (MA) son uno de los tipos más comunes de manifestaciones extraglandulares, con una frecuencia de 45%. Los síntomas varían desde artralgiyas hasta artropatía inflamatoria grave (5%). Los fármacos biológicos, entre ellos el rituximab (RTX), se han utilizado en SSp y no han mejorado los síntomas glandulares; sin embargo, se ha utilizado en manifestaciones extraglandulares resistentes al tratamiento convencional, incluidas las manifestaciones articulares, con buena respuesta.

Objetivos: Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal de un registro de pacientes con SSp, en el que se estudió a pacientes con manifestaciones articulares y uso del tratamiento con rituximab. Se describieron las características clínicas y de laboratorio y se determinó la respuesta al tratamiento con rituximab mediante el índice de actividad DAS-28.

Resultados: Se incluyó a 15 mujeres con SSp y manifestaciones articulares con edad media de 64 ± 11 años y tiempo de evolución de 9 ± 9 años; dentro de sus características clínicas, 93.3% presentaba un patrón poliarticular y 6.7% oligoarticular y monoarticular. En cinco pacientes se inició rituximab ante falla del tratamiento convencional o manifestaciones extraglandulares adjuntas; el DAS 28 con VSG al inicio del tratamiento biológico fue de 4.36 ± 0.78 (actividad moderada), FR media de 6.44 ± 129.7 , anti-Ro 108 ± 31.32 y anti-La 98.75 ± 48.1 . El 80% de las pacientes mostró otras manifestaciones extraglandulares (40% linfopenia, 40% vasculitis cutánea, 20% pulmonares, 20% uveítis) y de estos en un paciente coexistió la indicación de rituximab por manifestación articular y uno por manifestación pulmonar. Los tratamientos al inicio del tratamiento biológico fueron: 80% metotrexato, 20% hidroxiquina, 20% micofenolato y 40% prednisona ($10 \text{ mg} \pm 5$). Posterior al rituximab, el DAS28-VSG a cuatro meses de seguimiento decreció de 4.36 a 3.24 (actividad baja y remisión). En seguimiento a tres años con rituximab anual, los pacientes persistieron con actividad baja de la enfermedad en el 80% y remisión en el 20%; un paciente tuvo reacción adversa leve al rituximab.

Conclusiones: En este estudio, el rituximab para pacientes con SSp y manifestaciones articulares moderadas a graves resultó ser una adecuada medida y logró la remisión y baja actividad con una respuesta sostenida a tres años.

CG186

Síndrome de Sjögren con anticuerpos anticentrómero: un caso no tan fácil

Vázquez-Guevara SA, Castro-Colín Z, López-Zamarrón RL, Martínez-Alcántara MF, Castañeda-Martínez DD

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

Introducción: El síndrome de Sjögren es una enfermedad sistémica autoinmunitaria, con predominio del sexo femenino y un máximo de inci-

dencia alrededor de los 50 años. Su sello distintivo es la exocrinopatía, que se presenta como sequedad de ojos y boca, fatiga y artralgiyas, una triada presente en más del 80% de los casos. Puede aparecer aislado o junto con otras enfermedades autoinmunitarias. Existen criterios de clasificación, pero su diagnóstico es clínico y se basa en las manifestaciones típicas de la enfermedad, aunque la afección extraglandular puede ser el primer indicio para su diagnóstico. Las complicaciones sistémicas pueden aparecer en el 30% a 40% de los casos y se presentan en los planos constitucional, musculoesquelético, renal, hepatobiliar, pulmonar, cutáneo y nervioso. Los anticuerpos específicos anti-SSA/Ro o anti-SSB/La pueden encontrarse en la mayoría de las pacientes, con una prevalencia informada del 60% a 70%. Existen además otros autoanticuerpos notificados en este síndrome. Los anticuerpos anticentrómero varían de 3.7% a 27.4% en diferentes series. Tukamoto et al. informaron una serie de 585 pacientes con SSp y los dividieron en cuatro grupos: AAC+ (3.8%), Ro+ (79.3%), doble positivo (4.4%) y seronegativos (12.5%) (Tabla 1). El SS con AAC se considera un subgrupo clínico del SS y se ha registrado una mayor prevalencia en estos pacientes del fenómeno de Raynaud y la esclerodactilia, además de una menor incidencia de trastornos hematológicos, manifestaciones vinculadas casi siempre en pacientes con esclerosis sistémica y también mayor neuropatía periférica.

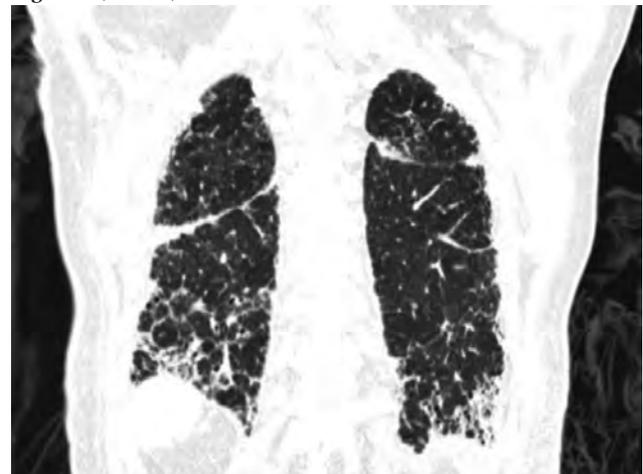
Tabla 1. Frecuencia de anticuerpos anticentrómero y anti-SSA en 585 pacientes con síndrome de Sjögren primario. (CG186)

	AAC (+)	AAC (-)
SSA (+)	26 (4.4%)	464 (79%)
SSA (-)	22 (3.8%)	73 (12.5%)

Objetivos: Describir un caso de síndrome de Sjögren con anticuerpos anticentrómero.

Descripción del caso: Paciente femenino de 70 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica, con una evolución aproximada de 18 meses con pérdida de peso total de 10 kg junto con disminución de la ingestión secundaria a disfagia, así como artralgiyas en manos de características inespecíficas. Desarrolla dolor neuropático simétrico en cuatro extremidades, además de parestias, y con posterioridad se agrega debilidad muscular generalizada de inicio insidioso, con un deterioro de la clase funcional hasta ser incapacitante. Durante su evolución, los servicios de traumatología y ortopedia, neurología, hematología y oncología la valoraron, sin encontrar la causa de estas manifestaciones. Exploración física: sequedad de ojos y boca, extremidades hipotróficas y fuerza muscular 2/5 generalizada; no se identificó esclerosis en piel y no recuerda fenómeno de Raynaud. Los estudios de laboratorio revelan ANA por IFI 1:320 (anticentrómero), factor reumatoide 692, anti Jo-1, RNP, Ro, La, SCL70 y CCP negativos. La TACAR pulmonar delinea un patrón en panal de abejas bilateral, simétrico y periférico (Figura 1); la serie esofagogastroduodenal mostró dismotilidad esofágica leve del tercio inferior, y el estudio de neuroconducción encontró

Figura 1. (CG186)



un grave proceso neuropático sensitivo-motor axonal en las cuatro extremidades de manera simétrica. Se integró el síndrome de Sjögren primario con manifestaciones glandulares y extraglandulares.

Resultados: Se presentó un caso de una paciente con una larga evolución caracterizada por una polineuropatía periférica mixta y disfagia, que la llevó a un deterioro notable de su clase funcional. Sólo hasta el interrogatorio dirigido, la exploración física y los análisis de resultados fue posible determinar el diagnóstico, después de que la valoraran múltiples especialidades médicas. A pesar de no ser lo habitual, es importante tener en cuenta la existencia de pacientes con SSp en quienes no se encuentran los anticuerpos comunes y sólo se identifican AAC, además de que éstos representan una variante clínica.

Bibliografía

1. Mariette X, Criswell LA. Primary Sjögrens syndrome. *New England Journal of Medicine*. 2018;378(10):9319.
2. Chaltsev BD, Vasilyev VI, Palshina SG, Torgashina AV, Sokol EV, Khvan YI, et al. Clinical and laboratory features of antientromere antibody-positive SJO Grens syndrome. *Rheumatology Science and Practice*. 2019;57(4):4319.

CG187

Síndrome de hiperviscosidad asociado a síndrome de Sjögren: reporte de caso

Montiel-Castañeda CV, Tinajero-Nieto L

Hospital General Regional No. 1 IMSS, Querétaro

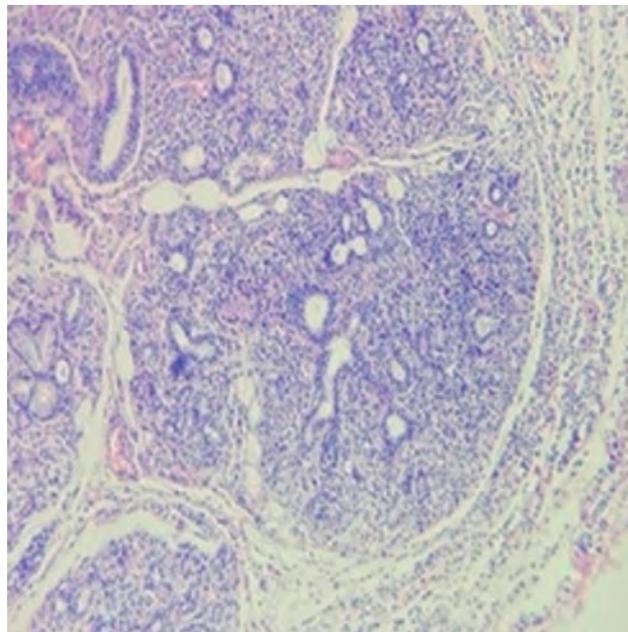
Introducción: El síndrome de Sjögren es una enfermedad sistémica autoinmunitaria caracterizada por afectación directa de las glándulas exocrinas que produce un síndrome sicca (xerofthalmía/xerostomía). A continuación se describe el caso de una paciente con datos clínicos consistentes con síndrome de hiperviscosidad, quien durante el transcurso de su hospitalización recibe el diagnóstico de síndrome de Sjögren y se descartan otras causas de síndrome de hiperviscosidad. El análisis histopatológico es la norma de referencia para el diagnóstico. La estimulación crónica inmunológica juega un papel esencial en la patogenia de la enfermedad por producción de autoanticuerpos anti-Ro/SS-A y anti-La/SS-B, motivo por el cual puede existir hipergammaglobulinemia policlonal.

Objetivos: Presentar un caso de síndrome de hiperviscosidad vinculado con síndrome de Sjögren.

Descripción del caso: Una paciente de 53 años con antecedentes de artritis reumatoide de dos años de diagnóstico ingresa por disnea, somnolencia, vértigo, hipoacusia, cefalea y disminución de la agudeza visual de predominio izquierdo, xerostomía, xerofthalmía, así como epistaxis y gingivorragia, con hipofibrinogenemia grave. Los estudios paraclínicos revelan anemia moderada y un recuento de proteínas séricas de 17 g/dL y elevación policlonal de inmunoglobulinas. Durante el protocolo de estudio se descarta síndrome de mala absorción, padecimientos infecciosos y oncológicos; se realiza interconsulta con el servicio de oftalmología, que diagnostica trombosis de la vena central de la retina, así como valoración por el servicio de hematología que descarta lesiones óseas, trastornos hematínicos y elevada probabilidad de afección reumática por elevación policlonal de inmunoglobulinas. Se determinan además ANA, FR y APCAS a títulos elevados; se realiza una biopsia de glándula salival menor que muestra hallazgos consistentes con síndrome de Sjögren (Figura 1). Se decide iniciar pulsos de dexametasona y ciclofosfamida, y se continúa con rituximab; se observa mejoría clínica franca, con normalización de la mayoría de los valores de laboratorio.

Resultados: El síndrome de Sjögren acompañado de hiperviscosidad sérica es raro. La intensa estimulación de las células B explica la aparición de hipergammaglobulinemia, síndrome de hiperviscosidad y gammapatía policlonal. Esta paciente tenía características de síndrome de hiperviscosidad: sangrados, vértigo, trombosis de la vena central de la retina, en relación con un incremento de la viscosidad sérica. De acuerdo con el informe de Gertz, el tratamiento regular para el síndrome de hiperviscosidad es la plasmaféresis; sin embargo, al no contar con dicho tratamiento en el centro de los

Figura 1. Biopsia de glándula salival menor que muestra sialoadenitis linfocítica focal crónica e infiltración linfocítica > 50 mononucleares con la puntuación Focus Score = 1. (CG187)



autores, se decidió iniciar tratamiento con ciclofosfamida y dosis altas de glucocorticoides, y luego rituximab, con adecuada respuesta terapéutica de acuerdo con los valores de laboratorio y evolución de la paciente.

Conclusiones: La mayor parte de los datos vinculados con hiperviscosidad y enfermedades reumáticas se basa en informes de casos, como lo son los cuatro casos notificados de Hernández-Molina, con síndrome de Sjögren e hiperviscosidad, tratados con plasmaféresis, seguido de dosis altas de esteroides e inmunosupresores y reducción de la viscosidad. Aquí se informa un caso adicional de Sjögren con hiperviscosidad y buena respuesta al tratamiento inmunosupresor.

Aunque el síndrome de hiperviscosidad no se identifica con frecuencia como parte de las enfermedades reumáticas, específicamente el síndrome de Sjögren, su reconocimiento es muy importante dada la gravedad de las manifestaciones clínicas.

Bibliografía

1. Sebastian A, Szachowicz A, Wiland P. Classification criteria for secondary Sjögren's syndrome. *Current state of knowledge*. *Reumatología*. 2019;57(5):277-280. doi: 10.5114/reum.2019.89520.
2. Parisi D, Chivasso C, Perret J, Soyfoo MS, Delporte C. Current state of knowledge on primary Sjögrens syndrome, an autoimmune exocrinopathy. *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9(7):2299. <https://doi.org/10.3390/jcm9072299>.
3. Yoshida A, Watanabe M, Ohmine K, Kawashima H. Central retinal vein occlusion caused by hyperviscosity syndrome in a young patient with Sjögrens syndrome and MALT lymphoma. *International Ophthalmology*. 2015;35(3):429-432. <https://doi.org/10.1007/s10792-015-0056-8>.
4. Gertz MA. Acute hyperviscosity: syndromes and management. *Blood*. 2018;132(13):1379-1385. <https://doi.org/10.1182/blood-2018-06-846816>.
5. Simón JA, Lazo-Langner A, Duarte-Rojo A, Velázquez-González A, Sánchez-Guerrero SA, Sánchez-Guerrero J. Serum hyperviscosity syndrome responding to therapeutic plasmapheresis in a patient with primary Sjögrens syndrome. *Journal of Clinical Apheresis*. 2002;17(1):44-46. <https://doi.org/10.1002/jca.10018>.
6. Hernández-Molina G, Bermúdez-Bermejo P. Hyperviscosity in primary Sjögrens syndrome: clinical implications. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2015;20(1):84-89. <https://doi.org/10.1111/1756-185x.12751>.

CG188

Síndrome de Guillain-Barré: presentación inicial de síndrome de Sjögren primario (SS)

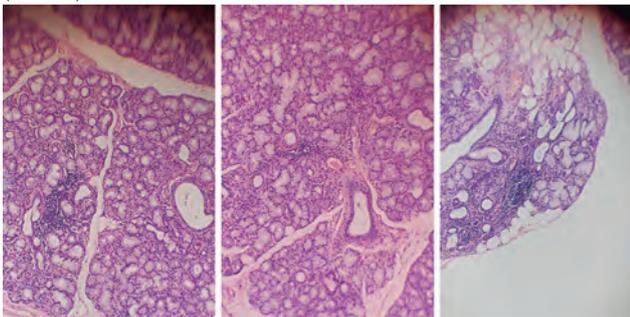
López-Mayorga MM¹, Ramírez-Santillán K², Reyes-Cetina IL³, Arenas-Silva I⁴

⁽¹⁾ Hospital Regional Tlalnepantla, ⁽²⁾ Clínica Sjögren de México, ⁽³⁾ Hospital General de Zona 29, IMSS, ⁽⁴⁾ Hospital General de Zona 24, IMSS

Introducción: El compromiso del sistema nervioso en el síndrome de Sjögren primario es de 10% a 20%, con mayor frecuencia afectado el SNP que el SNC. La prevalencia de la neuropatía periférica vinculada con SS aumenta con la edad (≥ 60 años) y la subestimación de la parálisis como complicación neurológica del síndrome de Sjögren es un riesgo potencial. **Objetivos:** Describir un síndrome de Guillain-Barré cuya presentación inicial es la de síndrome de Sjögren primario.

Resultados: Mujer de 33 años que acude con antecedente de debilidad muscular y parestesias de miembros inferiores que avanza al brazo derecho en 48 horas, valorada por el servicio de neurología que identifica hiporreflexia y fuerza muscular (3/5); se decidió el ingreso hospitalario por polirradiculopatía sensitiva motora de predominio distal de las cuatro extremidades confirmada por disociación albuminocitológica en LCR y VCN. Se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa por cinco días. Al interrogatorio dirigido se reconoce fotosensibilidad, xeroftalmía, xerosis y aftas de seis meses de evolución confirmadas en la exploración física. El servicio de reumatología la valora y realiza una prueba de Schirmer (< 5 mm/10 min en ambos ojos), con los siguientes estudios: PCR: 14 mg/dl, ANA por IFI: 1:80 (moteado fino), anti-DNAc: 23.6 UI/mL, anti-SSA: 22.13 UI/mL, anti-SSB: 52.87 UI/mL, TSH, complemento, química sanguínea y BH sin alteraciones. Se descartaron causas infecciosas. Se inicia esteroide a 0.5 mg/kg, con toma de biopsia de glándula salival e informe de sialoadenitis linfocitaria periductal indicativa de síndrome de Sjögren primario (**Figura 1**). Se inician pulsos de metilprednisolona (3 dosis), descenso progresivo de glucocorticoides, rituximab, hidroxicloroquina y rehabilitación, con consecución de una evolución favorable de la paciente.

Figura 1. Biopsia de glándula salival menor: un agregado celular de más de 50 células de predominio linfocitario con disposición periductal en un campo 4x; es un hallazgo consistente con síndrome de Sjögren primario. (CG188)



Conclusiones: La afectación del SNP representa una complicación del SS y se manifiesta principalmente en la forma de neuropatía sensorial. El deterioro motor debido a neuropatía no se ha reconocido de manera amplia hasta ahora en pacientes con SS; sin embargo, es importante su reconocimiento y el tratamiento temprano para mejorar la calidad de vida y modificar el pronóstico.

Bibliografía

1. Tanaka K, Nakayasu H, Suto Y, Takahashi S, et al. Acute motor-dominant polyneuropathy as Guillain-Barré syndrome and multiple mononeuropathies in a patient with Sjögren's Syndrome. Med 2016;55: 2717-2722.

2. Pars K, Pul R, Schwenkenbecher P, Sühs K-W, Wurster U, et al. Cerebrospinal fluid findings in neurological diseases associated with Sjögren's syndrome. Eur Neurol 2017;77:91-102.

CG189

Neuropatía craneal, primera manifestación de síndrome de Sjögren primario

Jiménez-Jiménez X¹, Alvarado-Romano V¹, Galáviz-Pérez RA¹, Maya-Piña LV²

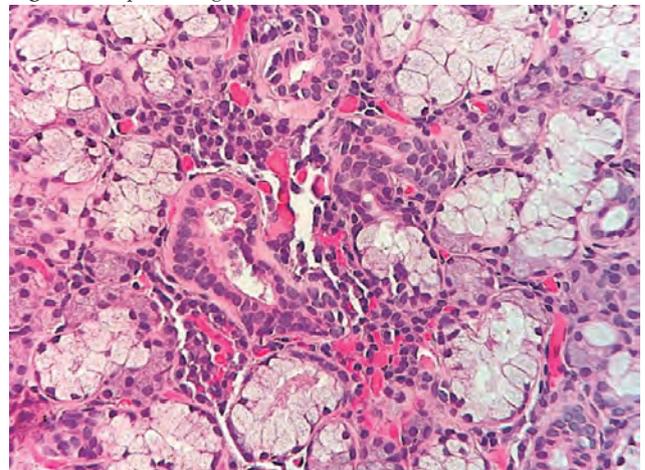
⁽¹⁾ Centro Médico Naval, ⁽²⁾ Hospital Juárez de México

Introducción: El síndrome de Sjögren (SSp) es una enfermedad sistémica que puede cursar con manifestaciones neurológicas en 8% a 70% y preceder a la manifestación glandular típica en un 40% de los casos. La neuropatía craneal más frecuente es la neuropatía del trigémino seguido de la parálisis de Bell y neuropatía de los pares craneales VIII, III, IV y VI. El principal mecanismo fisiopatológico señalado se relaciona con vasculitis.

Objetivos: Describir un caso clínico con un trastorno neurológico como manifestación inicial del síndrome de Sjögren primario con adecuada respuesta terapéutica.

Resultados: Paciente femenino de 26 años de edad sin antecedentes de relevancia que ingresó por disfagia, intolerancia a la vía oral y síndrome consuntivo. Exploración física: parálisis de Bell bilateral, sin elevación del velo palatino, lengua con disminución del tono y atrofia generalizada, ojo seco bilateral, ausencia de lago salival y REMS normales. Paraclínicos: RM del cráneo sin alteraciones. Panel viral no reactivo y TORCH negativo. Se integró el diagnóstico de SSp acorde a los criterios ACR/AEULAR 2016 por anticuerpos anti-Ro positivos, biopsia de glándula salival menor con 4 puntos en el Focus score (**Figura 1**) y síndrome seco. Neuropatía craneal de los pares craneales VII, IX y X que requirió gastrostomía para alimentación. Recibió tratamiento con pulsos de metilprednisolona (1 g IV c/ 24 h) por tres días seguido de ciclofosfamida (1 g IV).

Figura 1. Biopsia de la glándula salival. (CG189)



Conclusiones: La prevalencia de afectación neurológica como primera manifestación en el síndrome de Sjögren es poco frecuente (5%-10%) y es importante destacar la variabilidad de los síntomas al descartar diagnósticos diferenciales. El tratamiento se basa en el uso de glucocorticoides e inmunosupresores, como la ciclofosfamida. En casos graves resistentes puede administrarse inmunoglobulina intravenosa o rituximab. Establecer un diagnóstico oportuno para un adecuado tratamiento es esencial para limitar las secuelas; de ahí la importancia de notificar este caso.

Bibliografía

1. Borensztein I, Ansari H, Siami-Namini K, Newman KA. Sjögren's syndrome: an undiagnosed etiology for facial pain. Case series with review of neurological manifestation of Sjögren syndrome. *Autoimmun Rev*. 2021 Mar;20(3):102762.
2. Pavlakis PP, Alexopoulos H, Kosmidis ML, Mamali I, Moutsopoulos HM, Tzioufas AG, Dalakas MC. Peripheral neuropathies in Sjögren s syndrome: a critical update on clinical features and pathogenetic mechanisms. *J Autoimmun*. 2012 Aug;39(1-2):27-33.

CG190

Involucro pulmonar en síndrome de Sjögren primario

Guajardo-Aldaco AL, Cerda-González R, Galarza-Delgado D, Flores-Alvarado DE

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SJP) es una enfermedad autoinmunitaria sistémica caracterizada en particular por hipofunción de glándulas salivales y lagrimales. Dentro de las manifestaciones sistémicas, la afectación pulmonar se presenta en 9% a 20%, aunque las manifestaciones subclínicas pueden ser más frecuentes. Los factores de riesgo para mostrar manifestaciones pulmonares incluyen sexo masculino, tabaquismo, enfermedad de larga evolución, y positividad de anticuerpos SSA/Ro, SSB/La, ANAS y factor reumatoide.

Objetivos: Presentar un caso clínico con SJP con compromiso pulmonar. **Resultados:** Paciente masculino de 61 años con antecedentes de diagnóstico de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) en tratamiento con tamsulosina CPAP e hiperplasia prostática benigna tratada con tamsulosina. Tiene diagnóstico de SJP con base en parotidomegalia derecha dolorosa, ojo y boca secos, ANA (+) con patrón moteado fino 1:640, anti-RO y anti-LA positivos en 181 U/ mL y 132 U/mL, respectivamente; se diagnostica en 2021 y se indica tratamiento con hidroxycicloroquina (200 mg por día), deflazacort (6 mg por día) y vitamina D3 (500 UI diarias). Sus manifestaciones pulmonares inician en el 2010 cuando se diagnostica enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tratada de modo primario con bromuro de tiotropio. Continuó así hasta el 2021 debido a la aparición de dolor tipo opresivo acompañado de tos y se realiza una TC que revela imágenes quísticas bilaterales consistentes con bronquiectasias quísticas de localización medial con predominio del lado izquierdo en coexistencia con una vesícula mayor de 10 mm. Se encuentra engrosamiento intersticial distal de los tabiques coincidente con patrón reticular centrolobulillar en etapa inicial y signo de vidrio despolido incipiente en el segmento basal posterior del lóbulo inferior izquierdo (**Figura 1**). En la

Figura 1. (CG190)



actualidad, el paciente refiere mejoría, sin sequedad en boca u ojo, y niega presencia de tos, disnea o dolor torácico. Refiere persistencia de dolor en la boca del estómago. El paciente continúa bajo tratamiento con hidroxycicloroquina (200 mg por día) y vitamina D3 (500 UI diarias). Se redujo la dosis de deflazacort a 3 mg al día.

Discusión del caso: Aunque la gravedad de las manifestaciones respiratorias del SJP es variable, se ha encontrado que los pacientes que las padecen tienen una menor calidad de vida y un riesgo de mortalidad prematura elevado.

Conclusiones: Es relevante descartar la presencia de síntomas respiratorios en pacientes con SJP, sobre todo en aquellos pacientes con factores de riesgo.

Bibliografía

1. Davila C. Pulmonary manifestations of systemic autoimmune diseases. *Maedica: A Journal of Clinical Medicine*. 2011;6(3):224-9.
2. Flament T, Bigot A, Chaigne B, Henique H, Diot E, Marchand-Adam S. Pulmonary manifestations of Sjögren's syndrome. *European Respiratory Review*. 2016;25(140):110-23.

CG191

Perforación corneal en síndrome de Sjögren primario

Hubbe-Tena CB

APEC

Introducción: La inflamación ocular puede ser la presentación inicial de las enfermedades autoinmunitarias y puede manifestarse en la forma de queratoconjuntivitis seca, epiescleritis, escleritis, queratitis ulcerativa periférica, uveítis anterior y vasculitis retinianas. La ulceración central o paracentral es una rara complicación ocular del síndrome de Sjögren primario. Sin embargo, causa morbilidad ocular considerable.

Objetivos: Describir un caso de perforación corneal en el síndrome de Sjögren primario.

Descripción del caso: Paciente masculino de 47 años con antecedente familiar de madre con artritis reumatoide, quien en 2017 sufrió perforación corneal. El 13 de mayo del 2022 inició con dolor ocular, ojo seco, sensación de cuerpo extraño, visión borrosa y epífora en OS. Un oftalmólogo lo valoró e indicó prednisona tópica. Por la falta de mejoría acude al APEC, donde se diagnostica perforación ocular en OS.

Interrogatorio dirigido: xerostomía, signo de galleta positivo, lengua escaldada, pérdidas dentales, xerofthalmia, piel seca, narinas secas, artralgias en carpos y MCF bilateral y fenómeno de Raynaud. Exploración física: xerofthalmia y xerostomía. Artralgias en metacarpofalángicas bilaterales, sin artritis. Exploración dermatológica: piel en metacarpofalángicas hiperpigmentada. Exploración oftalmológica: OD con hiperemia ciliar, secreción, folicúlos en párpado inferior y panus de predominio inferior (**Figura 1**). OS con secreción, adelgazamiento corneal, perforación paracentral inferior. Se tomaron cultivos de secreción corneal, que resultaron negativos. Estudios de laboratorio: BH con leucopenia de 3 030, linfopenia de 300, trombocitopenia de 123 000, Hb 15.4/51 y neutrófilos 1 930. La QS, PFH, EGO, VSG y PCR normales. C3, C4 y CH50 normales. Anticuerpos positivos: FR 279, AAN patrón moteado fino 1:2 560, patrón ribosomal 1:640, anti-SSa/anti-Ro 83, anti-SSB/anti-La > 200. Se inició tratamiento con 3 bolos de metilprednisona IV y metotrexato a razón de 12.5 mg/sem. A las dos semanas (3 de junio 2022) sufrió una nueva perforación corneal en OD. En la nueva biometría hemática, LT aumentaron a 7 890 y linfocitos a 710. Se aplicaron 500 mg IV de ciclofosfamida y se colocó un parche conjuntival. A los 10 días, la BH con LT 7 670, linfocitos 1 500 y neutrófilos 5 440. A los 14 días, el recubrimiento conjuntival del OD se encontraba en lisis; se aplica segunda dosis de ciclofosfamida a dosis de 1 000 g IV. Con la nueva BH a los 10 días, los LT descendieron a 6 000 y los linfocitos alcanzaron los 1 070. Se decide suspender la ciclofosfamida y continuar con metotrexato (12.5 mg/sem), micofenolato de mofetilo (500 mg/día) y continuar el decremento gradual de la prednisona. Se solicitan estudios de *Western blot* para determinar anti-Ro52 y anti-Ro60

(Figura 2). Resultaron positivos los dos anticuerpos. Se concluyó que el paciente tiene diagnóstico de síndrome de Sjögren primario. El paciente se ha mantenido estable a nivel ocular y sistémico. Se encuentra con prednisona (10 mg/día), metotrexato (15 mg/sem) y mofetilato de mofetilo (1 000 mg/día).

Figura 1. (CG191)

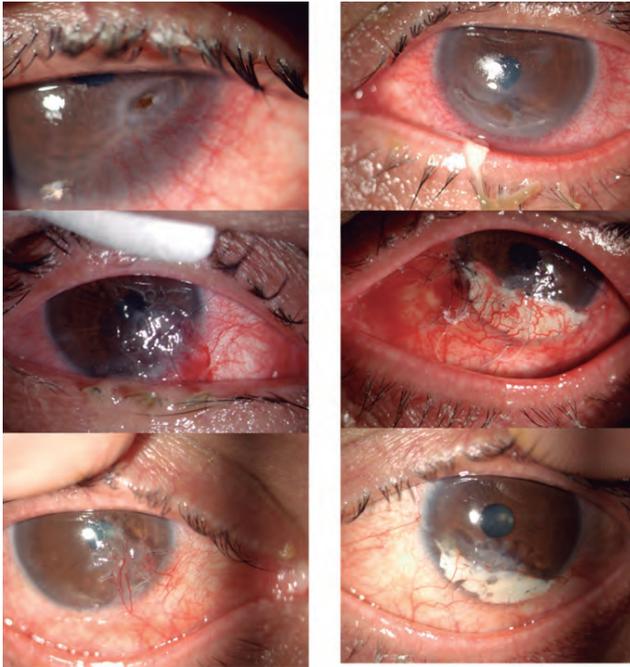
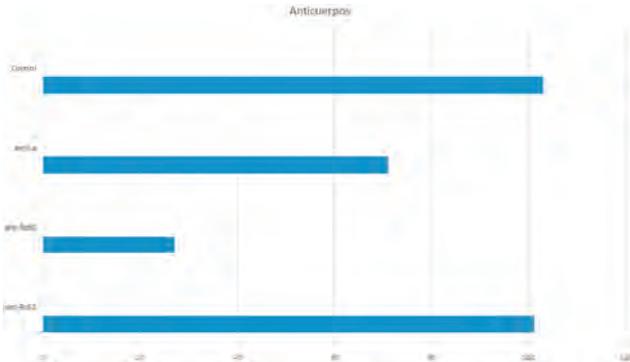


Figura 2. (CG191)



Conclusiones: El caso es relevante ya que la perforación corneal en el SS primario es una manifestación ocular rara de la enfermedad; sin embargo, en los centros de referencia oftalmológica en México se identifica con frecuencia. Por esta manifestación ocular se logró establecer el diagnóstico y controlar la enfermedad. Además, la lisis corneal genera morbilidad ocular notoria y causar desde baja visión hasta ceguera y pérdida del globo ocular.

Bibliografía

1. Adachi W, Nishida K, Quantock AJ, et al. Ultrastructural alterations in the stroma adjacent to non-inflammatory corneal perforations associated with long standing rheumatoid arthritis. *Br J Ophthalmol.* 1998;82:1445-1446.
2. Kalsow CM, Ching SSST, Plotnik RD. Cellular infiltrate in rheumatoid arthritis- associated paracentral corneal ulceration. *Ocul Immunol Inflamm.* 2017;25(6):878-883.

CG192

Vasculitis parainfecciosa secundaria a pielitis incrustante por *Corynebacterium urealyticum*

Álvarez-Nemegyei J¹, Álvarez-Acosta JG¹, Silveira-Torre LH², Villalobos-Gollás M¹

⁽¹⁾Hospital Star Médica, Mérida, Yucatán, ⁽²⁾Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez, Ciudad de México

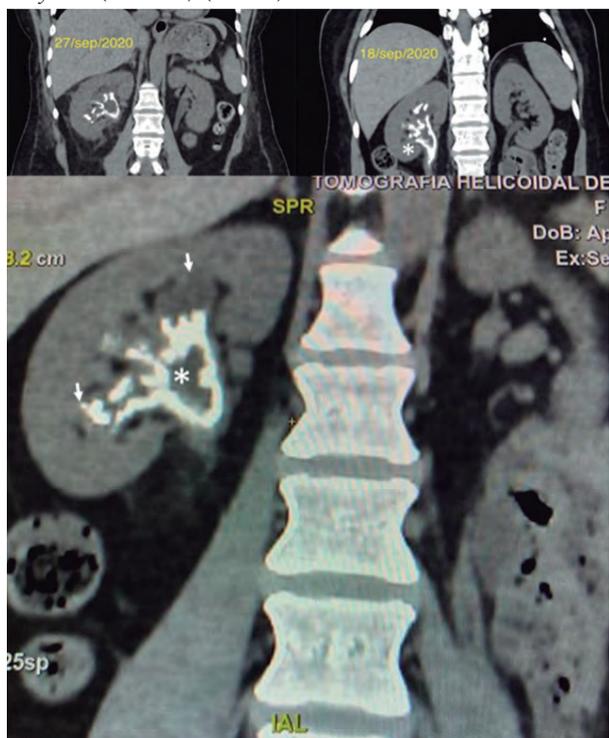
Introducción: Es rara la aparición de una vasculitis que surge junto con pielitis incrustante (PI) consecutiva a *Corynebacterium urealyticum*.

Objetivo: Presentar un caso de vasculitis vinculada con infección por *Corynebacterium urealyticum*.

Resultados: Paciente femenina de 43 años, con litiasis renal recidivante. En 2017 se identifican hipogeusia, ataxia, neuropatía craneal de los pares craneales derechos VI, VII y VIII. RMN: lesión indicativa de encefalitis focal. Remitió con glucocorticoides, pero persistieron la hipoacusia y el déficit visual derechos. De forma adicional se diagnosticó trombofilia por heterocigosis C677T-MTHFR y 4G/5G-PAI-1. En marzo 2020 mostró de modo intermitente eritema y edema facial, erupción maculopapular en tronco y proximal en extremidades, artralgia/artritis de manos y rodillas. Un mes después se observan paroxismos recurrentes de lumbalgia derecha, hematuria macroscópica y expulsión de tejido necrótico. Requirió catéter doble J con mejoría sintomática parcial. Cinco meses después: artralgia poliarticular discapacitante y livedo en MI. Recibió un minipulso de metilprednisolona, luego PDN a razón de 20 mg/día. Estudios de laboratorio previos: urea; BUN: 24, creatinina 1.08. EGO con Hb-eritroleucocituria. Eritrocitos dismórficos: 10%. Depuración creatinina: 39.7 mL/min; proteinuria 24 h: 1.6 g. Albuminuria 24 h: 940 mg. AAN, anti-DNA; perfil SAAF; ANCA; anticuerpos a Ro, La, Sm, U1RNP, histona, centrómero B, Scl70, Jo1, Ro52, P ribosomal, DNAdc, y nucleosoma: negativos. Valores de inmunoglobulinas, C3, C4 e IgG4: normales. Ag de superficie de hepatitis B, anticuerpos a hepatitis C: negativos. Crioglobulinas y QUANTIFERON: negativos. Histopatología de tejido expulsado: numerosos linfocitos, macrófagos y detritos celulares. US/Doppler vascular renal: normal. Dada la afectación multisistémica (musculoesquelética, piel, nefropatía) se diagnosticó vasculitis no clasificable y se programaron 3 pulsos de metilprednisolona, pero se intensificaron las crisis de dolor lumbar, con hematuria y expulsión de tejido necrótico; se administró sólo un pulso y se dejó PDN (15 mg/día). Un día después, el urocultivo en agar chocolate reveló *Corynebacterium urealyticum*; Uro-TAC: imagen típica de PI (Figura 1). Se indicó tratamiento con teicoplanina y uroalcalización, más doxiciclina posterior con resolución casi completa de los síntomas. Se redujo la PDN hasta 5 mg/día y se dejó el catéter doble J derecho permanente. Diez meses después: dolor lumbar, poliartalgia inflamatoria y erupción maculopapular generalizada. Estudios de laboratorio: EGO: proteinuria de 100 mg/dL y leucoeritocituria; proteinuria de 24 horas: 734 mg; VSG: 60; PCR: 65; se incrementó la PDN a 25 mg/día y se iniciaron AZT e hidroxycloquina. Se sometió a nefrostomía derecha; luego de la plastia uretral derecha se retiró el catéter doble J y se cerró la nefrostomía. Se suspendió la PDN, pero no la hidroxycloquina y la AZT. En marzo de 2022, debido a la reestenosis de la plastia uretral, además de evidencia gammagráfica de exclusión renal derecha y uroinfección recurrente, se la somete a nefrectomía derecha, para lo cual se suspendieron AZT e hidroxycloquina. Estudio histológico de pieza operatoria: pielonefritis aguda abscedada y crónica con calcificaciones intersticiales/intratubulares. Glomerulonefritis proliferativa extracapilar activa focal (1/153 glomérulos). Fibrosis intersticial grado II (30%). Desde entonces se halla asintomática en los planos articular, cutáneo y urinario, y sólo recibe alcalinizantes urinarios. Estudios de laboratorio actuales: urea 51, BUN 24, creatinina 1.6, EGO normal. Albúmina en orina de 24 horas y muestra aleatoria: normales.

Conclusiones: El paciente mostraba síntomas de enfermedad por inmunocomplejos en piel, articulaciones y renal, coincidente con cuadro típico clínico/radiológico, y confirmación bacteriológica de PI por *Corynebacterium urealyticum*. Se observaron mejoría global después del tratamiento específico antimicrobiano y remisión del cuadro sistémico clínico/labora-

Figura 1. Uro-TAC que muestra zonas hipodensas y calcificaciones en pirámides renales (flechas), además de calcificación que moldea el contorno global de la pelvis renal y extremo proximal del uréter derecho; estas últimas son características de una pielitis incrustante por *Corynebacterium urealyticum* (asteriscos). (CG192)



torio a pesar de suspender el tratamiento inmunomodulador después de ocho meses tras la eliminación de reservorios bacterianos por la nefrectomía; esto confirma que el cuadro de vasculitis era de origen parainfeccioso. Este es el primer caso notificado de vasculitis vinculada con infección por *Corynebacterium urealyticum*.

Bibliografía

- Morales JM, Aguado JM, Díaz-González R, Salto E, Andrés A, Campo C, et al. Alkaline-encrusted pyelitis/cystitis and urinary tract infection due to *Corynebacterium urealyticum*: a new severe complication after renal transplantation. *Transplant Proc.* 1994;24:81-2.
- Vázquez V, Morales MD, Serrano C, Reus M, Llorente S, García J. *Corynebacterium urealyticum* in renal trasplantation. CT and sonography imaging characteristics of encrusted cystitis and pielitis. *Nefrología.* 2004;24:288-93.
- Rusmir AV, Paunescu IA, Martis S, Latcu S, Novacescu D, Bardan CR, et al. Encrusted uretero-pyelitis caused by *Corynebacterium urealyticum*: case report and literature review. *Diagnostics (Basel).* 2022;12:2239.

CG193

Hemoptisis no masiva como manifestación de vasculitis pulmonar

Catana-Hernández R, Vázquez-Zaragoza MA

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

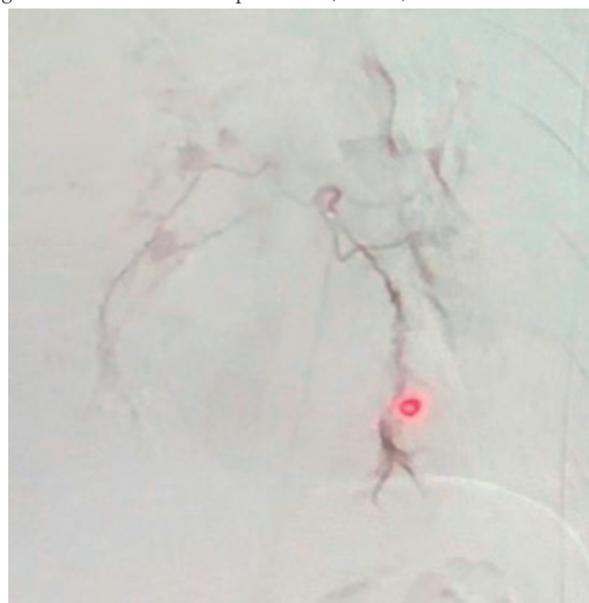
Introducción: La hemoptisis es un síntoma definido como expectoración de sangre de las vías respiratorias subglóticas; las causas más comunes son

bronquitis, tuberculosis y neoplasia broncopulmonar. En pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), la prevalencia de enfermedad pleuropulmonar varía en grado notable (38%-89%), de acuerdo con los criterios utilizados para definir su presencia. La neumonitis lúpica aguda es una manifestación rara de LES y se ha informado que ocurre en 1% a 4% de los pacientes; en clínica suele presentarse en el contexto de un brote sistémico, además de hemoptisis, disnea y dolor pleurítico; la fiebre es común, por lo que diferenciarla de una infección es un desafío clínico.

Objetivos: Presentar un caso de hemoptisis no masiva como manifestación de vasculitis pulmonar.

Resultados: Caso clínico: hombre de 27 años, veterinario avícola con LES desde el 2018 por manifestaciones articulares, cutáneas e inmunológicas (ANA 1:240 patrón moteado, anti-DNA 900 UI/ml). Inició tratamiento con azatioprina (150 mg/día), cloroquina (150 mg/día) y tratamiento de esteroide. En 2019, debido a nefritis lúpica clase IV por comportamiento clínico, se cambió a ácido micofenólico (MMF) a dosis de 3 g al día y prednisona en esquema de reducción con consecución de la remisión completa. En enero de 2020 mostró esputo hemoptoico ocasional, sin relación con tos pero con evolución a presentación diaria a los tres meses; la TAC de alta resolución documentó consolidación basal izquierda y recibió levofloxacina durante dos semanas con remisión de la expectoración. En mayo de 2020 reinició la expectoración hemoptoica ocasional progresiva hasta ser diaria cuatro meses después, acompañada de tos y disnea de moderados esfuerzos; se descartaron neoplasia o malformación vascular; el servicio de infectología consideró alta probabilidad de aspergilosis, por lo que recibió prueba terapéutica con voriconazol, con desaparición del esputo a las dos semanas, por lo que continuó tratamiento durante cinco meses y, ante la remisión de LES, se redujo MMF a 1 g al día. El 30 de agosto de 2022 mostró de nueva cuenta esputo hemoptoico y al día siguiente hemoptisis no masiva, sin fiebre ni afectación de otro órgano; la TAC de tórax reveló un patrón de llenado alveolar; al no contar con servicio de broncoscopia se realizó arteriografía y se cateterizó selectivamente el tronco intercostobronquial común, que documentó vasos con francos cambios angioplásicos dependientes de la arteria bronquial izquierda, con componente fistuloso y zonas de aspecto algodonoso difuso en ambos pulmones (Figura 1); estos hallazgos eran consistentes con inflamación de vasos bronquiales. Durante el procedimiento hubo rotura-disección del tronco intercostobronquial y fue necesario embolizar de urgencia hasta controlar el sangrado. Ante datos indirectos de inflamación vascular recibió pulsos de metilprednisolona y luego prednisona a razón de 1 mg/kg.

Figura 1. Arteriografía con cateterización selectiva del tronco intercostobronquial común, vasos con cambios angioplásicos dependientes de la arteria bronquial izquierda, con componente fistuloso y zonas de aspecto algodonoso difuso en ambos pulmones. (CG193)



Conclusiones: Aunque el diagnóstico final de vasculitis requiere un estudio histopatológico, las manifestaciones clínicas, los estudios de imagen como angiografía y la respuesta terapéutica en muchas ocasiones suelen ser los recursos diagnósticos. Si bien la neumonitis se ha notificado a menudo en relación con actividad de LES 3 o como manifestación inicial, también debe considerarse que las manifestaciones pleuropulmonares en LES pueden cursar asintomáticas en muchas ocasiones; la hemoptisis del paciente nunca demostró un nexo con actividad de la enfermedad a ningún otro órgano o sistema. El tratamiento para estas manifestaciones se basa en pulsos de metilprednisolona e inmunosupresor; en los casos con infección, una buena opción es la inmunoglobulina. Se informa este caso de hemoptisis no masiva como manifestación pleuropulmonar singular y poco frecuente del LES.

CG194

Vasculitis inmunoglobulina A (IGA) en dos pacientes adultos

Santiago-Manzano ME, Guillén-Durán CA

Hospital General Pachuca

Introducción: La vasculitis IgA o púrpura de Schönlein-Henoch consiste en una vasculitis leucocitoclástica que lesiona pequeños vasos con depósito de inmunocomplejos IgA. Predomina en el sexo masculino (1.5:1). En adultos representa 0.1-1.8 casos/100 000 personas. Tiene afectación multisistémica: piel (99-100%), articulaciones (15%), riñones (20%-55%) y tracto gastrointestinal (10%-40%). Se describen dos casos de pacientes adultos con vasculitis IgA.

Objetivos: Presentar dos casos de púrpura de Schönlein-Henoch.

Resultados: Caso 1: paciente masculino de 55 años, sin antecedente de consumo étílico, fármacos o drogas, sin otros antecedentes de importancia; inicia síntomas en agosto 2022, con síndrome doloroso abdominal, datos clínicos, bioquímicos y tomográficos de pancreatitis, con gravedad inicial Balthazar E (informe de dos colecciones líquidas pobremente definidas). Recibió tratamiento de mantenimiento, con mejoría progresiva; la tomografía de control reveló una gravedad Balthazar B (aumento de tamaño difuso, sin dilatación de ductos pancreáticos ni tumoraciones); cuatro días después muestra lesiones purpúricas. Exploración física: lesiones purpúricas palpables en región lateral y posterior de miembros pélvicos, región lumbar y ambos glúteos; hipersensibilidad en codos, metacarpofalángicas, rodillas y tobillos; artritis en ambas rodillas y edema + en dorso de pies. Estudios de laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, plaquetas normales, amilasa y lipasa normales al momento de la valoración, perfil hepático, renal, de lípidos y coagulación normales, IgA 611 mg/dL (normal hasta 350 mg/dL), perfil infeccioso negativo, examen general de orina normal, sangre oculta en heces negativa. Biopsia de piel: vasculitis leucocitoclástica, inmunofluorescencia directa con depósitos IgA, predominio en dermis papilar. Recibió tratamiento con dosis baja de esteroide en reducción, que produjo mejoría progresiva hasta remisión de los síntomas dermatológicos, abdominales y articulares.

Caso 2: paciente femenina de 34 años, sin antecedentes de importancia; inicia en julio de 2022 con dolor abdominal difuso, náusea y emesis de contenido gástrico en unas 10 ocasiones/24 h; recibió tratamiento en forma externa con omeprazol, clonixinato de lisina, metoclopramida y dimeticona, con mejoría parcial; 20 días después se agregan artralgias, rigidez poliarticular y lesiones purpúricas, por lo que acudió a hospitalización; la valora el servicio de gastroenterología, que determina el diagnóstico de colitis espástica y recibió tratamiento sintomático durante la estancia. Exploración física: abdomen sin datos de irritación peritoneal, discretamente doloroso a la palpación profunda, sin hepatoesplenomegalia palpable, y con lesiones purpúricas palpables en ambos miembros pélvicos, sobre todo en salientes óseas, además de artritis en segunda y tercera metacarpofalángicas de mano izquierda y ambas rodillas e hipersensibilidad en ambos tobillos. Estudios de laboratorio: leucocitos 16 000 a expensas de neutrófilos, trombocitosis, proteína C reactiva 19 mg/dL (normal hasta 10 mg/dL), anticuerpos antinucleares, anti-DNA doble cadena, anti-Smith, factor reumatoide, antipeptido

citrulinado negativo, IgA 609 mg/dL (normal hasta 350 mg/dL), perfil renal y hepático normal, perfil infeccioso negativo, examen general de orina normal, sangre oculta en heces negativa. Biopsia de piel: vasculitis leucocitoclástica, inmunofluorescencia directa con depósitos IgA. Recibió tratamiento con dosis baja de esteroide en reducción, con mejoría hasta la remisión de los síntomas, incluidos los digestivos.

Conclusiones: Las vasculitis IgA tienen por lo general un curso leve y autolimitado, que requiere sólo tratamiento sintomático, aunque en adultos se acompaña de mayores tasas de complicaciones gastrointestinales, lesión renal y recurrencia. Los casos presentados mostraron afectación dermatológica, gastrointestinal y articular, con vasculitis leucocitoclástica y depósitos IgA en biopsia de piel. Los valores séricos de IgA estuvieron elevados, lo cual se considera resultado de una mayor producción y defecto de su depuración, en relación con aberración de glucosilación de IgA. La pancreatitis constituye en el primer caso una manifestación excepcional. Hasta el momento no se han identificado manifestaciones renales, si bien éstas pueden demorar semanas en aparecer, por lo que es importante la vigilancia.

Bibliografía

1. Heineke MH. New insights in the pathogenesis of immunoglobulin A vasculitis (Henoch-Schönlein purpura). *Autoimmun Rev.* 2017;16(2):1246-53.
2. Lahens A. Drug-related IgA vasculitis (Henoch-Schönlein): a systematic literature review. *Rheumatology.* 2019;58 Suppl 2:Skez059-28.

CG195

Vasculitis hepática en enteritis lúpica

Morales-Castañeda WA¹, Escudero-Tepale EM²

⁽¹⁾IMSS HGZ/MF 3 Mazatlán, ⁽²⁾IMSS HGR Orizaba

Introducción: La enteritis lúpica es un cuadro de vasculitis de los vasos mesentéricos. La afectación de la circulación hepática es poco frecuente.

Objetivos: Describir un caso de vasculitis hepática en la enteritis lúpica.

Resultados: Paciente femenina de 23 años quien comienza con aumento de volumen abdominal, dolor abdominal difuso e intolerancia a la vía oral progresivos en el transcurso de dos semanas, junto con artralgias y lesiones cutáneas en zonas fotoexpuestas, con hipertransaminasemia y leucocitosis; en virtud de los datos de abdomen agudo se practicó laparotomía exploradora, que sólo mostró líquido libre en cavidad abdominal como hallazgo. La biopsia hepática revela vasculitis necrosante fibrinóide, sin afectación de hepatocitos (**Figura 1**). Tras la persistencia de síntomas abdominales, la tomografía contrastada mostró edema interasa y vasculitis de vasos mesentéricos (**Figura 2**). AMA negativo, ANA 1:640 homogéneo, anti-DNA positivo y consumo de C3/C4; se estableció el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona,

Figura 1. Corte de biopsia de hígado teñido con hematoxilina y eosina en el que se observa vasculitis con necrosis fibrinóide de la pared (400x); son cambios consistentes con hepatopatía autoinmunitaria. (**CG195**)

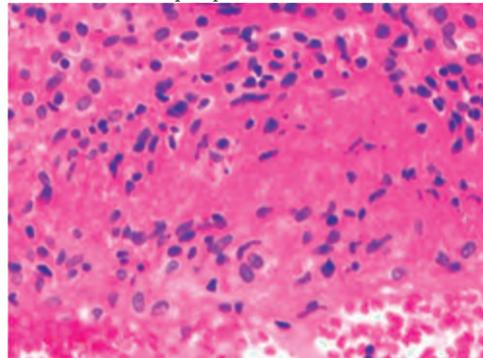
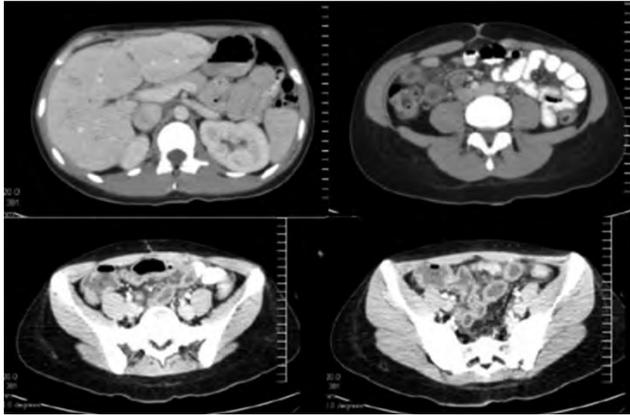


Figura 2. Tomografía axial computarizada contrastada de abdomen que delinea hepatomegalia y cambios inflamatorios agudos en hígado. Se reconocen edema interasa, líquido libre en cavidad abdominal y pared abdominal con doble contorno (signo de diana) en las asas de intestino delgado, que son cambios indicativos de enteritis lúpica. (CG195)



con mejoría inmediata de los síntomas. Se dejó mantenimiento con hidroxicloroquina y azatioprina, que produjo mejoría completa de las pruebas de funcionamiento hepático.

Conclusiones: La afectación hepática en el LES corresponde casi siempre a una sobreposición con otras entidades como hepatitis autoinmunitaria o colangitis biliar primaria. La biopsia y los anticuerpos son necesarios para el diagnóstico diferencial. En este caso, ambos apuntaron hacia un proceso de vasculitis directamente relacionado con LES, lo que explica la buena respuesta al inicio del tratamiento inmunosupresor.

Bibliografía

1. Brewer BN, Kamen DL. Gastrointestinal and hepatic disease in systemic lupus erythematosus. *Rheum Dis Clin North Am.* 2018 Feb;44(1):165-175. doi: 10.1016/j.rdc.2017.09.011. PMID: 29149925; PMCID: PMC5796428.

CG196

Vasculitis mesentérica lúpica en una paciente en diálisis peritoneal

Valdés-Castañeda LF, Cataneo-Dávila LF, Medrano-Mejía AF

Hospital Angeles Lomas

Introducción: Éste es un caso de un paciente joven con manifestación gastrointestinal de lupus eritematoso sistémico. Los signos tomográficos típicamente descritos ilustran este caso clínico.

Objetivos: Presentar un caso de vasculitis mesentérica lúpica en una paciente con diálisis peritoneal.

Descripción del caso: Mujer de 35 años con nefritis lúpica desde 2015 y tratamiento renal sustitutivo con diálisis peritoneal desde 2020, sin tratamiento inmunosupresor; acude a valoración por dolor abdominal agudo de una semana de evolución, acompañado de diarrea. Dentro de la valoración destaca una tomografía abdominal con contraste intravenoso con engrosamiento focal en íleon, realce anormal de la pared intestinal y congestión de los vasos mesentéricos (Figura 1), marcadores de inflamación elevados, complemento C3 bajo, coprocultivos y estudio molecular negativos para diarrea; el análisis del líquido ascítico fue negativo para peritonitis relacionada con el catéter. Se diagnosticó una vasculitis lúpica mesentérica. A las 48 horas, la paciente desarrolló pericarditis y varias erupciones anulares eritematosas confluentes y pruriginosas con un patrón centrípeto (Figura 2); la biopsia de la piel reveló vasculitis urticarial. La paciente recibió esteroides sistémicos, hidroxicloroquina y micofe-

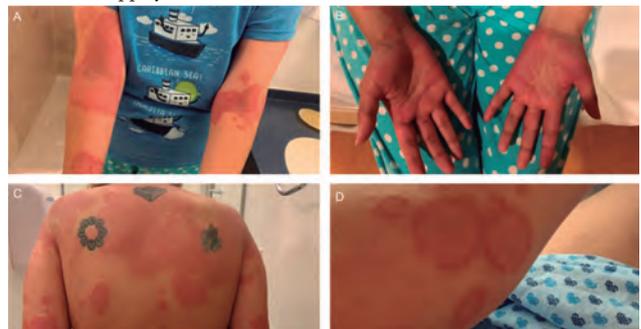
notato de mofetil. Después de dos meses, la paciente está asintomática, con reducción gradual del esteroide.

Conclusiones: La vasculitis lúpica mesentérica es una manifestación rara (0.2%-9.7%) del lupus eritematoso sistémico (LES). Los hallazgos de imagen típicos en la tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso incluyen un engrosamiento focal o difuso de la pared intestinal con un realce de la pared en forma de anillo (signo del blanco), una prominente congestión de los vasos mesentéricos en un patrón de empalizada (signo del peine) y ascitis. Estas imágenes típicas descritas pueden ayudar cuando se sospechan manifestaciones gastrointestinales para el LES.

Figura 1. Tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso que muestra vistas sagitales, coronales y transversales (A-C). A. Vista sagital que delinea un engrosamiento difuso de la pared intestinal con un realce de la pared en forma de anillo (signo del blanco) (puntas de flecha blancas). B. La TC coronal muestra vasos mesentéricos prominentes dispuestos en forma de empalizada o peine (signo del peine) (puntas de flecha blancas). C. La vista axial revela asas ileales dilatadas con engrosamiento de la pared y realce de la pared en forma de anillo (puntas de flecha blancas). (CG196)



Figura 2. Múltiples lesiones anulares eritematosas confluentes y pruriginosas al alta (A-D). Se realizó una biopsia de estas lesiones que reveló un infiltrado inflamatorio perivascular e intersticial compuesto por linfocitos, neutrófilos y algunos eosinófilos. El estudio de inmunofluorescencia directa mostró positividad para fibrinógeno y negatividad para IgG, IgA, C1q, C3c, C4c, kappa y lambda. (CG196)



Bibliografía

1. Ju JH, Min JK, Jung CK, Oh SN, Kwok SK, Kang KY, et al: Lupus mesenteric vasculitis can cause acute abdominal pain in patients with SLE. *Nat Rev Rheumatol.* 2009;5:273-281.
2. Yuan S, Ye Y, Chen D, Qiu Q, Zhan Z, Lian F, et al. Lupus mesenteric vasculitis: clinical features and associated factors for the recurrence and prognosis of disease. *Semin Arthritis Rheum.* 2014;43:759-766.

CG197

Vasculitis urticariana: reporte de caso

Cervantes-González AM¹, Alcocer-León M¹, Xibillé-Friedmann DX², Carrillo-Vázquez SM¹, Candia-Zúñiga L³

⁽¹⁾Hospital Regional ISSSTE, 1° de Octubre, Ciudad de México, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca Dr. José G. Parres, Cuernavaca, Morelos, ⁽³⁾Facultad de Medicina, Universidad de Juárez del Estado de Durango, Durango

Introducción: La vasculitis urticariana afecta más a menudo a las mujeres y alcanza un punto máximo de frecuencia durante la cuarta y sexta décadas de la vida, con una tasa de incidencia anual de 0.7 por millón de personas. Con frecuencia, su origen es idiopático. En clínica se caracteriza por placas de urticaria que persisten durante más de 24 horas, acompañadas de prurito o dolor. También se han informado angioedema en el 51% de los pacientes, púrpura en el 35% y livedo reticular en el 14%. Los hallazgos cutáneos de esta enfermedad pueden ser difíciles de distinguir visualmente de los de la urticaria idiopática crónica, pero son singulares porque las lesiones individuales persisten durante ≥ 24 h y pueden dejar una hiperpigmentación oscura.

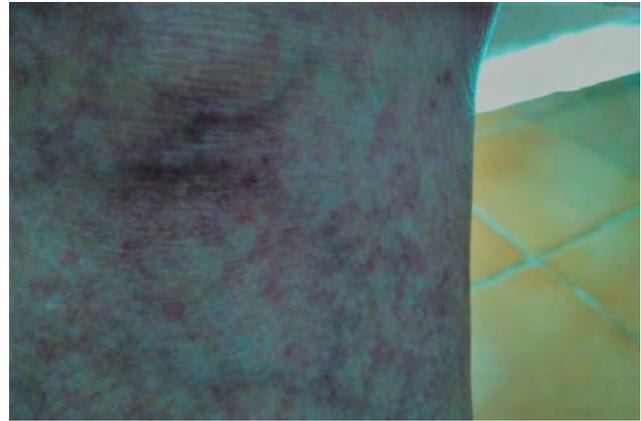
Objetivos: Dar a conocer el caso de una vasculitis cuya incidencia en la población general es baja.

Resultados: Presentación del caso clínico: paciente femenina de 89 años de edad con antecedente de hipertensión arterial de 25 años de evolución en tratamiento a base de valsartán (160 mg) e hidroclorotiazida (12.5 mg), quien inicia con dermatosis generalizada de cinco meses de evolución, simétrica y bilateral que respeta mucosas y se caracteriza por pápulas eritematosas de color rojo brillante con costras centrales que alternan con vesículas milimétricas asentadas sobre piel xerodérmica. Se acompaña de prurito incoercible que impide conciliar el sueño. Se trata con múltiples antihistamínicos solos y, en combinación, emolientes, esteroides tópicos y lociones antipruriginosas sin mejoría de los síntomas, por lo que se decide realizar biopsia en la cual se reconoce hiperqueratosis laminada y epidermis con acantosis moderada e irregular, con áreas de aplanamiento de los procesos interpapilares. Se identifican zonas con espongiosis y discreto edema basal. En la dermis superficial y media se observa infiltrado inflamatorio constituido principalmente por eosinófilos y linfocitos que se disponen en distribución intersticial y perivascular, con penetración parcial de la pared de los vasos. Hay edema, vasos capilares dilatados y congestionados y áreas de extravasación eritrocitaria. Diagnóstico microscópico: vasculitis urticariana (**Figura 1**). Ante este diagnóstico se inicia tratamiento a base de prednisona (5 mg c/24 h) y azatioprina (50 mg c/24 h) con mejoría de los síntomas.

Discusión: Las características de la vasculitis leucocitoclástica en el estudio histopatológico son diagnósticas de esta enfermedad, pero no siempre se observan. Se caracterizan por signos de urticaria (edema dérmico) y vasculitis (infiltrado polimorfonuclear intersticial y perivascular superficial y profundo con polvo nuclear, leucocitoclasia y extravasación de glóbulos rojos), como en el caso de esta paciente.

Los corticosteroides son efectivos en más del 80% de los pacientes y la adición de agentes inmunomoduladores o inmunosupresores permite su reducción gradual y mejora la eficacia del tratamiento; se pueden considerar los fármacos azatioprina, rituximab y canakinumab en casos resistentes y graves, así como para prevenir complicaciones sistémicas. La trascendencia del caso radica en que, dado la baja incidencia de esta enfermedad, puede pasar por alto ante el clínico y confundirse con otras entidades, lo que instituiría tratamientos erróneos que atenuarían la calidad de vida de los pacientes, como en el presente caso, en el cual el prurito impedía conciliar el sueño, por lo que es crucial conocerla y tomarla en cuenta como uno de los diagnósticos diferenciales.

Figura 1. Pigmentación oscura posterior a la resolución de las lesiones de la vasculitis urticariana y livedo reticular. (CG197)



Conclusiones: Es de suma importancia que los reumatólogos conozcan la enfermedad y determinen un diagnóstico adecuado y un tratamiento correcto, dado que eso aumentará la calidad de vida del paciente y ayudará a prevenir complicaciones sistémicas.

Bibliografía

1. Gu S, Jorizzo J. Urticarial vasculitis. *Int J Womens Dermatol.* 2021 Jan 29;7(3):290-297.
2. Davis M, Van der Hilst J. Mimickers of urticaria: urticarial vasculitis and autoinflammatory diseases. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2018; 6(4):1162-1170.

CG198

Vasculitis cutánea tipo poliarteritis nodosa en una paciente con lupus eritematoso generalizado: una asociación inusual

Peña-Ojeda MN, Arvizu-Rivera RI, Cimé-Aké EA, Mora-Rosas AM, Romero-Díaz J

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

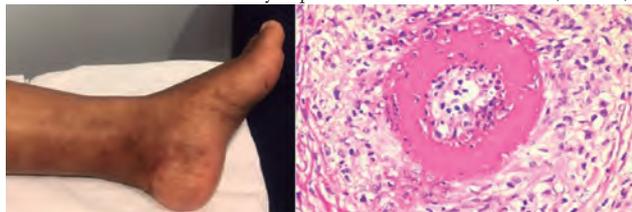
Introducción: Las vasculitis cutáneas son el tipo de vasculitis más frecuentes en el lupus eritematoso generalizado (LEG) y se identifican hasta en 17% a 28% de los pacientes; sin embargo, suelen presentarse como vasculitis de vasos pequeños (VVP). Las vasculitis de vasos medianos (VVM) o grandes (VVG) en relación con LEG son poco comunes y se limitan a informes de casos.

Objetivos: Presentar un caso clínico y revisar su trascendencia.

Resultados: Presentación del caso: mujer de 52 años con diagnóstico de LEG desde 2001 con serología indicativa (anticuerpos antinucleares, patrón homogéneo 1:2 560, anti-DNAc y antinucleosomas persistentemente elevados) y antecedente de actividad hematológica por leucopenia y trombocitopenia, articular y en sistema nervioso periférico por polineuropatía sensitivo-motora axonal. Antes de su valoración recibía tratamiento con azatioprina (75 mg/día) e hidroxiquina (400 mg/día). Inició su padecimiento una semana antes de la valoración, caracterizado por dolor urente en miembros pélvicos de predominio izquierdo y debilidad del pie ipsilateral, acompañado de dermatosis que afectaba a piernas y pies con manchas hiperpigmentadas color marrón y vino, circulares y lineares que llegaban a confluir y producir la apariencia de livedo racemosa, no dolorosas (**Figura 1A**). Al interrogatorio refirió artralgias y los estudios de laboratorio señalaron hemoglobina 11 g/dL, linfocitos 740/L, plaquetas 143 000/L, PCRus 3.83 mg/dL, VSG 15 mm/h, creatinina 0.72 mg/dL, proteínas en orina de 24 h 580 mg con IPC 0.56 g/g, sedimento activo, anti-DNAc 915 UI/ml, antinucleosomas 542 UI/ml, C3 58 mg/dL y C4

< 8 mg/dL. En el estudio de velocidades de conducción nerviosa se registró mononeuritis múltiple confluyente con afectación sensitiva y motora. Debido a actividad grave del LEG (SLEDAI-2K 16 puntos) se indicó tratamiento de inducción con bolos de metilprednisolona (1 g por 3 días) y ciclofosfamida esquema NIH. La biopsia cutánea indicó VVM neutrofílica de tipo poliarteritis nodosa (PAN) (Figura 1B). Por el contexto clínico se integró el diagnóstico de VVM secundaria a actividad de LEG.

Figura 1. A. Dermatitis con apariencia de livero racemosa. **B.** Vaso mediano con infiltración neutrofílica y depósito fibrinoide en la íntima. (CG198)



Conclusiones: Las VVM neutrofílicas son poco frecuentes en el LEG. En el estudio más grande de características clínicas de vasculitis en una cohorte de 670 pacientes con LEG publicado en 2006 se encontró una prevalencia del 11% de vasculitis, de las cuales el 86% afectaba a vasos pequeños y tan sólo el 14% a vasos medianos, estas últimas con una mayor prevalencia de mononeuritis múltiple (54% vs. 2%). Del total de VVM, 5 (45%) pacientes cumplieron criterios para PAN y 5 (45%) se consideraron vinculados con LEG. Es pertinente mencionar que hay pocos informes de casos de superposición de PAN en LEG; sin embargo, debido a que estrictamente esta paciente satisface criterios de PAN ACR 1990, se realizó el análisis y revisión de la bibliografía de esta posibilidad diagnóstica, hasta encontrar que en la mayoría de los casos se trataba de pacientes con LEG inactivo o en diferente temporalidad. Por otro lado, en las cohortes de pacientes con vasculitis relacionada con LEG, el 100% mostraba otros datos clínicos de actividad, hipocomplementemia, anti-DNAc elevados y una sólida relación de vasculitis con nefritis lúpica, por lo que se concluyó que la paciente cursaba con el diagnóstico de VVM como manifestación de actividad del LEG.

Bibliografía

1. Leone P, Prete M, Malerba E, Bray A, Susca N, Ingravallo G, et al. Lupus vasculitis: an overview. *Biomedicines* 2021;9(1626):1-19.
2. Ramos M, Nardi N, Lagrutta M, Brito P, Bové A, Delgado G, et al. Vasculitis in systemic lupus erythematosus: prevalence and clinical characteristics in 670 patients. *Medicine* 2006;85:95-104.

CG199

Uso indiscriminado crónico de glucocorticoide como riesgo para infecciones oportunistas en vasculitis asociadas a ANCA

Hurtado-Díaz J, Flores-Cisneros AL, Flores-Suárez LF

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Introducción: La aparición de efectos adversos de los glucocorticoides (GC) depende de la dosis y el tiempo de administración. Las dosis altas incrementan el riesgo de infecciones (riesgo relativo, 1.3-3.6x). Se presenta un ejemplo de lo anterior.

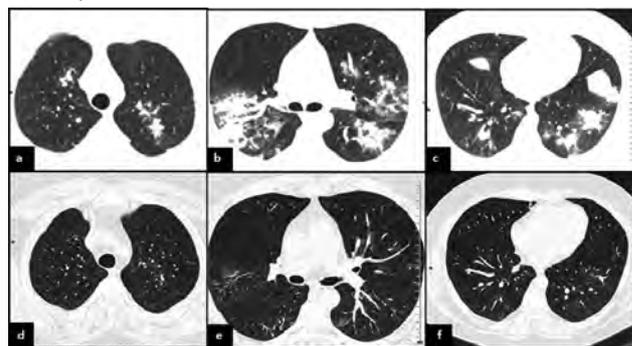
Objetivos: Describir un caso de los efectos adversos de los glucocorticoides.

Descripción del caso: Hombre de 35 años con obesidad grado II, quien inició con rinosinusitis, ojo rojo doloroso bilateral, fotofobia y disminución de la agudeza visual. Recibió tratamiento con prednisona (PDN) a dosis de 60 mg qd y azatioprina a razón de 50 mg qd. Dos meses después con el mismo tratamiento mostró fiebre vespertina de 39°C, disnea, hemoptisis, parestesias en miembro pélvico derecho y escleromalacia; C-ANCA 1:320, PR3-ANCA 171.07 U/mL, proteinuria subnefrótica, microhematuria; TACAR:

hemorragia alveolar difusa (HAD) y nódulos subpleurales (Figura 1A-C). Velocidad de conducción nerviosa (VCN): mononeuritis múltiple. IGRA positivo y aspergila IgM positivos. Al diagnóstico de GPA generalizada (otorrinolaringológica, ocular, pulmonar, renal, neuropática periférica, manifestaciones generales) se agregaron aspergilosis pulmonar y TB latente. Se continuó PDN a 60 mg qd dada la actividad continua y, una vez cubierto con itraconazol a razón de 400 mg qd y el tratamiento para la TB latente, se añadió ciclofosfamida (CFM) a dosis de 1.2 g por 6 ciclos. Entró en remisión. La PDN se redujo lo más rápido posible y se halla en 15 mg qd al momento, con la intención de suspenderse antes de finalizar el año. Aún no se ha definido el esquema de mantenimiento a seguir. Se ha observado mejoría clínica y tomográfica (Figura 1D-F).

Resultados: La mortalidad durante el primer año en GPA se debe sobre

Figura 1. A-C. Tomografía de tórax de alta resolución (TACAR). Se observan áreas con cambios en el coeficiente de atenuación consistentes con hemorragia alveolar y lesiones nodulares hiperdensas en ambos campos pulmonares. **D-F.** Se identifican la disminución de las áreas de hemorragia alveolar y las lesiones nodulares. (CG199)



todo a las complicaciones infecciosas. Este caso ejemplifica que las dosis altas de PDN por tiempo prolongado predisponen a las infecciones por oportunistas (*Aspergillus* en este caso), lo que complica el curso del tratamiento y su respuesta. El estudio PEXIVAS mostró que las infecciones graves al año fueron menos comunes en el grupo de dosis reducida de GC, sin relación con mayor riesgo de muerte ni progresión a IRCT. Adicionalmente, se ha propuesto el empleo del GTI (índice de toxicidad por glucocorticoides) para cuantificar en forma más objetiva el riesgo de ellos durante el tiempo. Estas consideraciones enfatizan el camino a una mejor individualización del tratamiento en esta enfermedad, en particular respecto de la necesidad de las dosis usuales de PDN.

Bibliografía

1. Walsh M, Merkel PA, Peh C-A, Szpirt WM, Puéchal X, Fujimoto S, et al. Plasma exchange and glucocorticoids in severe ANCA-associated vasculitis. *N Engl J Med*. 2020;382(7):622-31.
2. Miloslavsky EM, Naden RP, Bijlsma JW, et al. Development of a Glucocorticoid Toxicity Index (GTI) using multicriteria decision analysis. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(3):543-546. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210002.

CG200

Factores asociados al desarrollo de afección ocular en pacientes con granulomatosis con poliangeítis

Morales-Del Rivero M, Reyes-Gonzaga J, Castro-Colín Z

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

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis (GPA) es una vasculitis de pequeño vaso, con afectación sistémica. Muestra compromiso ocular en

15% de los casos, en especial afectación orbitaria, epiescleritis y escleritis, lo cual incrementa la morbimortalidad y atenúa la calidad de vida.

Objetivos: Determinar los factores relacionados con el desarrollo de afectación ocular de los pacientes con granulomatosis y poliangitis.

Material y métodos: Estudio observacional, de casos y controles anidados en una cohorte. Se estudió a pacientes con granulomatosis con poliangitis atendidos en el servicio de reumatología en el CMN La Raza; el periodo de estudio del trabajo es de ocho años y se asignó un control por cada caso. Se realizaron estadística descriptiva, análisis bivariado y multivariado.

Resultados: En este estudio se incluyó a 106 pacientes, 43 mujeres y 63 hombres (las características demográficas se describen en la **Tabla 1**), la media de edad de presentación fue de 56 años, con predominio del sexo masculino en el 60% y la afectación ocular al diagnóstico de la vasculitis fue del 98%. Se identificaron escleritis en 56%, epiescleritis en 17%, uveítis en 13% y sudotumor orbitario en 6%. De éstos, se encontró bilateralidad en 16 pacientes, 11 requirieron colocación de parche escleral y el desenlace en 9 de ellos fue amaurosis, hasta requerir la enucleación secundaria a endoftalmitis en el 7.5%. En el 60% de los pacientes con afectación ocular también hubo compromiso sistémico, que se define por la afectación renal y el 47% mostró también lesión pulmonar. Los estudios de laboratorio encontraron una media en el valor de PCR 31 mg/L y VSG 25 mm/h; de los registros inmunológicos, 71% presentó ANCA positivo y de ellos 36% fue P-ANCA y 9.4% C-ANCA. Con respecto al tratamiento, el 100% recibió esteroide a dosis altas, 81% fue objeto de inducción a la remisión con ciclofosfamida y, en caso de no mostrar respuesta, se instituyó tratamiento de segunda línea con rituximab en el 59% de los casos. Como medidas de mantenimiento se prescribieron, en orden de frecuencia, azatioprina (45%), metotrexato (22.5%) y ácido micofenólico (11%) y se continuaron los esteroides de manera crónica en el 75% de los pacientes. Durante el seguimiento, 14 de los pacientes fallecieron, 3 de ellos por hemorragia alveolar difusa, 9 por choque séptico y 2 por glomerulonefritis de rápida progresión. En el análisis bivariado se mostró que, para el desenlace de afectación ocular, las variables consideradas relevantes fueron el uso de esteroide de manera basal ($p = 0.076$), rituximab ($p = 0.032$), positividad de C-ANCA ($p = 0.093$) y valor de PCR en mg/L ($p = 0.021$). En el análisis multivariado (**Tabla 2**), el rituximab mostró una relación con la afectación ocular con una p de 0.029 y OR de 2.5 (IC95%, 1.1-5.7).

Tabla 1. Características basales de los pacientes con granulomatosis con poliangitis y afectación ocular. (CG200)

Mujer, n (%)	21 (39.6)
Hombre, n (%)	32 (60.4)
Edad (DS)	56 (14.4)
GPA localizada, n (%)	22 (41)
GPA sistémica, n (%)	32 (60)
Esteroides de mantenimiento, n (%)	40 (75.5)
Tratamiento con ciclofosfamida, n (%)	43 (81)
Tratamiento con rituximab, n (%)	31 (58.8)
Tratamiento con azatioprina, n (%)	24 (45.3)
ANCA, n (%)	38 (71)
P-ANCA, n (%)	19 (35.8)
C-ANCA, n (%)	5 (9.4)
Afectación ocular al momento del diagnóstico, n (%)	52 (98.1)
Escleritis, n (%)	30 (56.6)
Bilateral, n (%)	16 (30.2)
Parche escleral, n (%)	11 (20.8)
Amaurosis, n (%)	9 (17)
Enucleación, n (%)	4 (7.5)

Conclusiones: De acuerdo con este trabajo, puede afirmarse que el rituximab se relaciona con afectación ocular; sin embargo, no es un factor vinculado con el desarrollo de la manifestación ocular, sino una consecuencia de

que se utilice en pacientes con mayor gravedad dado que es un tratamiento de segunda línea indicado en caso de resistencia. Por lo tanto, se requieren estudios prospectivos para identificar con mayor certeza los factores que contribuyan al desarrollo de esta anomalía.

Tabla 2. Análisis multivariado de los factores relacionados con el desarrollo de afectación ocular en la granulomatosis con poliangitis. (CG200)

	Con afectación ocular	Sin afectación ocular	OR	IC95%	p
Esteroides basal, n %	40 (75)	47 (88.7)	0.49	0.15-1.60	0.24
Rituximab, n %	31 (58.8)	20 (33.7)	2.51	1.10-5.76	0.02*
C-ANCA, n %	5 (9.40)	1 (1.9)	4.8	0.49-46.95	0.17
PCR (DS)	50.1	82.6	0.45	0.18-1.10	0.08

*p significativa < 0.05

Bibliografía

1. Orzabekov L, Issergepova B, Assainova M, Ruslanuly K. Granulomatosis with polyangiitis with ocular manifestations. Case Reports in Ophthalmology. 2021.
2. Tarabishy AB, Schulte M, Papaliodis GN, Hoffman GS. Wegener's granulomatosis: clinical manifestations, differential diagnosis, and management of ocular and systemic disease. Surv Ophthalmol. 2010;55(5):429-444.

CG201

Mielitis transversa longitudinal extensa como manifestación inicial en granulomatosis con poliangitis: reporte de un caso

Ceniceros-Ruiz B, Calderón-de la Peña GA, Deossa-Piedrahita D, Cervantes-Pérez E, Ventura-Valenzuela ME

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La granulomatosis con poliangitis, antes denominada granulomatosis de Wegener, es una vasculitis de pequeños y medianos vasos relacionada con ANCA; se caracteriza por ser multisistémica, inflamatoria, necrosante y propensa a la formación de granulomas; tiene predominio de afectación respiratoria (superior e inferior) y renal y, con menor frecuencia, musculoesquelética, oftalmológica, cutánea, cardíaca, digestiva y neurológica.

Objetivos: Describir una manifestación neurológica poco frecuente como presentación inicial de la granulomatosis con poliangitis.

Resultados: Se trata de una mujer de 56 años con antecedente de más de 15 años de otitis media, faringoamigdalitis, rinosinusitis de repetición e hipoacusia conductiva. Sin enfermedades crónicas-degenerativas. Experimenta de forma súbita debilidad en miembros inferiores y la exploración clínica reconoce paraparesia con nivel sensitivo en T6 y pérdida de control de esfínteres; la resonancia magnética confirma mielitis transversa longitudinal T3-T7 (**Figura 1**), deterioro respiratorio por hemorragia alveolar difusa (HAD) y evidencia de nódulos pulmonares (**Figura 2**). La biopsia pulmonar revela hallazgos de un proceso multinodular con nódulo central compuesto por inflamación granulomatosa, necrosis de aspecto geográfico y vasculitis de arteriolas de mediano calibre (**Figuras 3 y 4**), (PR3 67 UI/mL). Se establece granulomatosis con poliangitis (GPA), BVAS-3: 5 puntos y se indica tratamiento con pulsos de metilprednisolona (3 g), inmunoglobulina IV (150 g) durante cinco días y rituximab (2 g), con evolución favorable y sin eventualidades a su egreso.

Conclusiones: La manifestación clínica inicial más frecuente de GPA afecta a las vías respiratorias superiores; el compromiso neurológico se observa en 22% a 45%, sobre todo en el sistema nervioso periférico y, en menor medida, en el sistema nervioso central (2%-8%); sus mecanismos son inflamación necrosante de vasculatura espinal, compresión de médula espinal por engrosamiento meníngeo y formación de granulomas espinales primarios. En una cohorte alemana de 2015, el 3% de los pacientes con

GPA mostró afectación del SNC al inicio de la enfermedad y 5% a lo largo del seguimiento. El compromiso de la médula espinal es rara; la mielitis transversa longitudinalmente extendida describe a la mielitis con tres o más segmentos vertebrales, suele afectar la región torácica media y puede causar paraplejía, disfunción sensorial marcada, inestabilidad autonómica e insuficiencia respiratoria en casos graves. Los síntomas se desarrollan con rapidez en horas a semanas después. Cuando se alcanza el nivel máximo de déficit, cerca del 50% de los pacientes desarrolla compromiso de la movilidad de extremidades inferiores, disfunción vesical y 80% a 94% parestesia o disestesias. El tratamiento consiste en ciclofosfamida, glucocorticoides con o sin recambio plasmático terapéutico, inmunoglobulina IV y rituximab. La mielitis transversa en el contexto de GPA requiere un reconocimiento temprano e inicio inmediato del tratamiento inmunosupresor o biológico, ya que puede conducir a consecuencias neurológicamente devastadoras.

Figura 1. RM con gadolinio en T2: sin realce en el segmento superior de T3 a T7. (CG201)

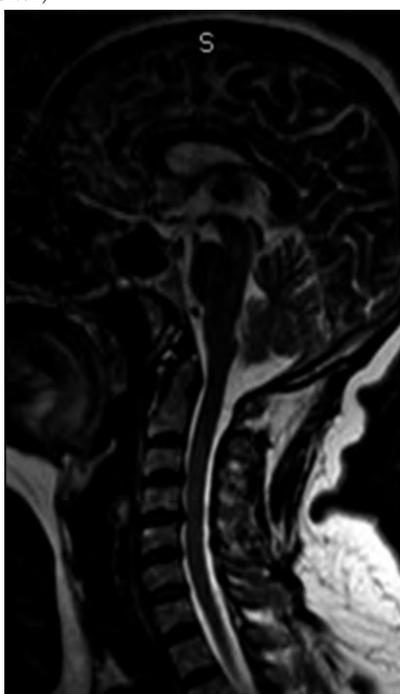


Figura 2. TACAR pulmonar: evidencia del nódulo peribronquial derecho. (CG201)



Figura 3. Zona de necrosis y extenso material granular central. (CG201)

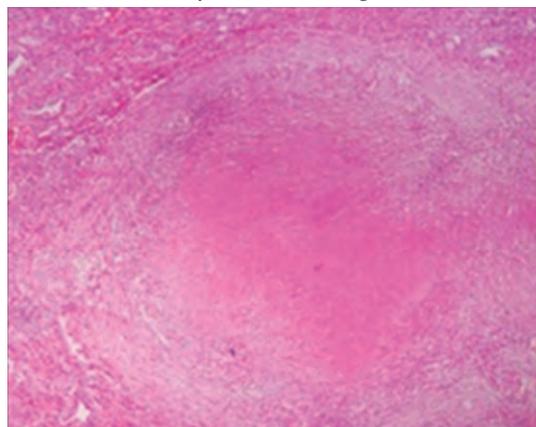
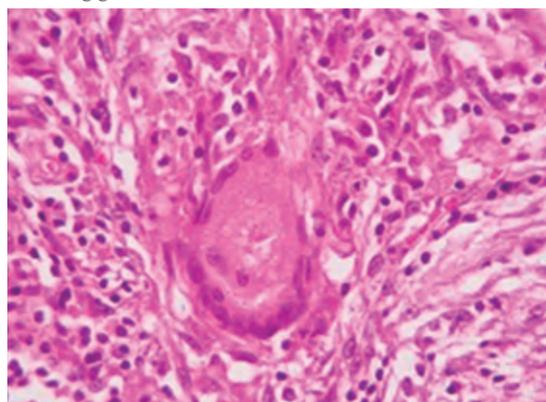


Figura 4. Granuloma no caseificante con reacción histiocitoide y presencia de células gigantes. (CG201)



Bibliografía

1. Tobin WO, Weinschenker BG, Lucchinetti CF. Longitudinally extensive transverse myelitis. *Curr Opin Neurol.* 2014;27(3):279-89.
2. Zheng Y, Zhang Y, Cai M, et al. Central nervous system involvement in ANCA-associated vasculitis: what neurologists need to know. *Front Neurol.* 2018;9:1166.

CG202

Tumoración de pene como manifestación inicial de granulomatosis con poliangeítis: reporte de caso

Madinabeitia-Rodríguez P, Portela-Hernández M, Hernández-Zavala MR, Enríquez-Luna A, Camargo-Coronel A

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

Objetivos: Presentar un caso de tumoración de pene como manifestación inicial de una granulomatosis con poliangeítis.

Descripción del caso: Un hombre de 58 años de edad sin antecedentes de importancia que un año antes de su primer contacto con el servicio de reumatología inició padecimiento con mácula hipocrómica de 1 cm en prepucio, sin otros síntomas adjuntos. Dos años después, luego de un cuadro de COVID-19 leve, mostró aumento de volumen y ulceración de dicha lesión. La biopsia inicial reveló inflamación aguda ulcerada extensa y cicatrización tórpida con lesión de apariencia infiltrativa y crecimiento progresivo; se añadió cuadro de parálisis facial derecha que remitió con un

ciclo corto de prednisona, además de disestesias y parestesias en planta de pies consistentes con neuropatía periférica. La lesión del pene aumentó de tamaño y, ante la sospecha de neoplasia, se practicó penectomía radical cuyo informe histopatológico fue inflamación crónica granulomatosa. De manera sincrónica padeció durante el último año una pérdida de peso 10 kg e hipoacusia derecha, la cual se tornó bilateral; el servicio de otorrinolaringología diagnosticó otitis media serosa crónica por tomografía; el de audiología diagnosticó hipoacusia neurosensorial grave que requirió auxiliar auditivo externo. Es referido al servicio de los autores por sospecha de vasculitis sistémica y se hospitalizó para completar abordaje diagnóstico y terapéutico. Se registraron PCR elevada de 14 mg/dL (< 0.5) y anticuerpos anti-iPR3 en 331 CU (normal < 20). La radiografía de tórax delineó una masa parahiliar derecha y la tomografía de tórax una masa pulmonar derecha cavitada en el lóbulo inferior y nódulo sólido en el lóbulo superior segmento apical. Debido a la afectación del sistema nervioso periférico y pulmonar, y tras excluir infección activa, se pulsó con metilprednisolona (500 mg por 3 días) y prednisona (1 mg/kg/día) con plan de inducción a la remisión y mantenimiento con rituximab. Como estudios complementarios se solicitaron velocidades de neuroconducción que señalaron polineuropatía moderada sensitiva motora axonal y se realizó broncoscopia que indicó estenosis concéntrica de bronquio del lóbulo superior derecho, compresión extrínseca del segmento 6 derecho, con secreciones verdes amarillentas y salida de material caseoso del lavado bronquioalveolar. Se realizó también biopsia guiada por tomografía con envío de muestras para descartar tuberculosis u otras infecciones. Por mejoría clínica fue dado de alta. Una semana después de su egreso comenzó con tos y esputo de color marrón por lo que reingresa y se hallaron PPD negativo, cultivo de lavado bronquioalveolar y PCR para *Mycobacterium tuberculosis* negativos; se detecta infección pulmonar por *Aspergillus* con galactomanano elevado y se inició voriconazol.

Resultados: Este caso de GPA es de interés por el inicio poco frecuente de la vasculitis a nivel peneano, lo cual destaca que las vasculitis relacionadas con ANCA pueden manifestarse en cualquier órgano y tejido del cuerpo. Si bien al analizar todo el espectro clínico del paciente, el diagnóstico parece ser claro, al inicio representó un reto diagnóstico para las diferentes especialidades médicas y propició un retraso diagnóstico. Este caso amplía el panorama de esta vasculitis sistémica y el reto diagnóstico-terapéutico.

CG203

Experiencia del uso de mepolizumab a más de dos años en paciente con granulomatosis eosinofílica con poliangeítis: reporte de caso

Magarolas-Argumosa A, Orrantía-Vértiz M, Mouneu-Ornelas N, Barragán-Garfías JA, Donis-Hernández J, Albert-Meza G

Hospital Español de México

Introducción: La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GPEA) es una enfermedad poco frecuente (incidencia, 2/100 000/año); sin embargo, se acompaña de tasas elevadas de morbimortalidad. Los pacientes con manifestaciones sistémicas graves o que ponen en riesgo la vida deben recibir un régimen de inducción a remisión en combinación con glucocorticoides y otro inmunosupresor, como la ciclofosfamida o el rituximab. Asimismo, una vez en remisión, se recomienda el tratamiento de mantenimiento con azatioprina o metotrexato. La GPEA es una enfermedad con recaídas frecuentes, lo que usualmente lleva al paciente a depender de los glucocorticoides. En este informe de caso se propone el uso de mepolizumab, un anticuerpo monoclonal, antiinterleucina 5, como alternativa eficaz y segura, que impide el avance de la anomalía y permite reducir la dosis de glucocorticoides o incluso abandonarlos.

Objetivos: Presentar un caso del uso de mepolizumab en un paciente con granulomatosis eosinofílica con poliangeítis.

Resultados: Hombre de 49 años que acudió al servicio de urgencias en octubre de 2017 por cuadro caracterizado por debilidad y parestesias en miembros inferiores, consistente con neuropatía axonal motora y sensitiva de

nervios peroneos y surales bilaterales, según el estudio neurofisiológico. Se acompañó de malestar general, fiebre, astenia, adinamia, artralgias y mialgias. Contaba con antecedente de alergia al ácido acetilsalicílico, pólipos nasales, asma bronquial desde 10 años antes, en tratamiento con prednisona en dosis de 5 a 10 mg al día, de acuerdo con los síntomas respiratorios, además de sinusitis crónica y rinitis, tratados con salmeterol/fluticasona intranasal y montelukast. A su ingreso, los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis de $19.7 \times 10^3/uL$ con 52% de eosinófilos ($10.3 \times 10^3/uL$). Examen general de orina y radiografía de tórax normales; procalcitonina 0.05 ng/mL, VSG 39 mm/h y proteína C reactiva elevada en 9.74 mg/dL. Los anticuerpos p-ANCA fueron positivos (1:640) con antimieloperoxidasa positivo. El paciente reunió criterios del Colegio Americano de Reumatología para el diagnóstico de GPEA. Para la inducción a remisión recibió 3 pulsos de metilprednisolona (1 g cada uno) y ciclofosfamida mensual (1 g/m² de SCT) durante seis meses (octubre de 2017-abril de 2018), además de prednisona (1 mg/kg/día), con mejoría de los síntomas neurológicos y resolución de los respiratorios, y con cifras de eosinófilos de $940 \times 10^3/uL$. Debido a la recurrencia de los síntomas respiratorios con la disminución de prednisona a 25 mg/día, y dada la elevación de eosinófilos a $1\,240 \times 10^3/uL$, se inició rituximab (2 g totales), sin remisión de los síntomas respiratorios ni posibilidad de reducir la dosis de esteroide (prednisona, 30 mg/día), aunque alcanzó valores de eosinófilos en $280 \times 10^3/uL$. Por lo tanto se prescribió mepolizumab (300 mg/24 h) desde marzo del 2020, lo cual ha logrado hasta la fecha mejoría de los síntomas respiratorios, estabilización de las cifras de eosinófilos (cifra más reciente de $96 \times 10^3/uL$) y reducción de la dosis de prednisona hasta 2.5 mg al día.

Conclusiones: Se presentó el primer paciente en México tratado con mepolizumab para el diagnóstico de GPEA durante más de dos años que no respondió al tratamiento con inmunosupresores convencionales. El tratamiento en pacientes con GPEA debe iniciarse de forma temprana a fin de evitar complicaciones y preservar la vida y funcionalidad del paciente, pero esto es todavía un reto. El tratamiento con mepolizumab no sólo impidió la recurrencia de los síntomas respiratorios y neurológicos, sino que permitió reducir la dosis de glucocorticoides a dosis mínimas y mantener cifras de eosinófilos normales de manera sostenida.

Bibliografía

- Ríos-Garcés R, Prieto-González S, Hernández-Rodríguez J, Arismendi E, Alobid I, Penatti AE, et al. Response to mepolizumab according to disease manifestations in patients with eosinophilic granulomatosis with polyangiitis. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2022;95:61-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2021.08.021>.
- Wechsler ME, Akuthota P, Jayne D, Khoury P, Klion A, Langford CA, et al. Mepolizumab or placebo for eosinophilic granulomatosis with polyangiitis. *N Engl J Med* [Internet]. 2017;376(20):1921-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa1702079>.

CG204

Miocarditis como manifestación de actividad en granulomatosis con poliangeítis: reporte de caso

Flores-Cisneros AL, Hurtado-Díaz J, Flores-Suárez LF

Clínica de Vasculitis Sistémicas Primarias, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Introducción: El compromiso cardíaco es raro en pacientes con GPA (3%-6%); sin embargo, puede demostrarse con estudios de imagen sensibles hasta en 70% de los pacientes.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con miocarditis secundaria a GPA. **Descripción del caso:** Hombre de 37 años de edad con queratitis ulcerativa periférica y escleritis anterior difusa que recibió dosis altas de glucocorticoides y ciclofosfamida (CFM). En diciembre de 2021 tuvo fiebre, síntomas constitucionales y respiratorios, y acudió al centro de los autores, donde se ingresó por cavernas (sobreinfectadas con *Pseudomonas aeruginosa*, además de inmunoprecipitación positiva [IgM] para aspergillus 1:16 e histoplasmina positiva 1:32), artritis y neuropatía periférica. Al considerarse falla a CFM

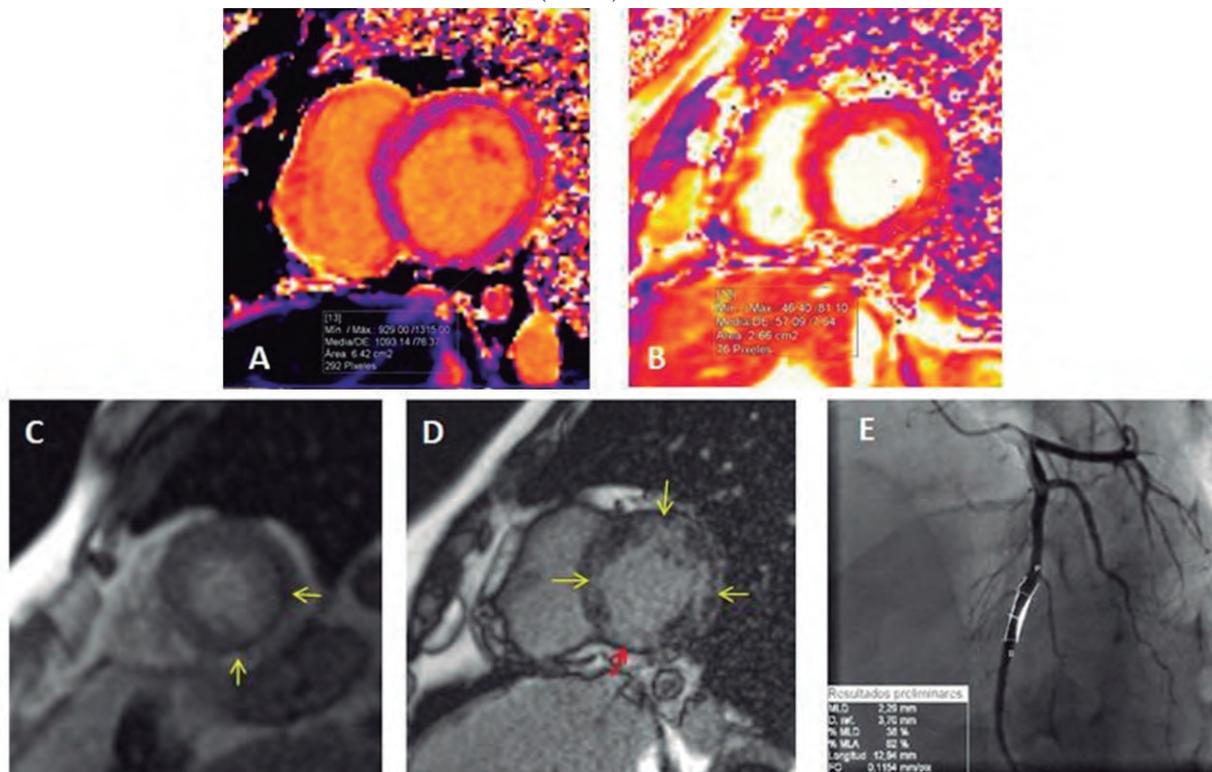
se administró rituximab (RTX), el cual se difirió por las infecciones y, en conjunto con el servicio de infectología, se inició después de tres meses de voriconazol. En ese lapso se agregó metotrexato (MTX), con adecuada evolución clínica. La TACAR de control al mes reveló mejoría de las lesiones pulmonares, pero en julio ingresó por disnea y derrame pleural derecho de 40%. ECOT: función sistólica reducida (FEVI, 36%) e insuficiencia mitral leve. RMN: miocarditis secundaria, con patrón mixto (**Figura 1A-D**). Debido al patrón isquémico se realizó cateterismo cardiaco que encontró enfermedad coronaria univascular (arteria descendente anterior) (**Figura 1E**). Se colocó endoprótesis. El resto de las alteraciones se consideraron secundarias a la infiltración miocárdica secundaria a la GPA (**Figura 1**). Al considerar el tipo de afección y su aparición, a pesar del control de las otras manifestaciones, se decidió tratar con RTX en dosis total de 2 g. Al momento el paciente se encuentra con mejoría clínica global.

Resultados: La afección cardiaca por GPA parece subestimada. En las necropsias se ha demostrado afectación hasta en 60% de los casos y ya se mencionó la sensibilidad de los estudios imagenológicos actuales. Este caso representó dificultades debido a la persistencia, avance y complicaciones de la enfermedad en cuanto a la selección y tiempo del esquema de inducción, y la presencia de una manifestación inusual. Dado que el compromiso cardiaco en GPA incrementa la mortalidad, ya sea por la enfermedad o por efecto terapéutico, la detección oportuna de estas anomalías desde el inicio tiene efectos en el tratamiento y el pronóstico del paciente a largo plazo.

Bibliografía

1. Pugno G. Cardiac involvement in granulomatosis with polyangiitis: a magnetic resonance imaging study of 31 consecutive patients. *Rheumatology*. 2017;56(6):947-56.
2. Al-Mehisen R. Cardiac imaging of a patient with unusual presentation of granulomatosis with polyangiitis: a case report and review of the literature. *J Nucl Cardiol*. 2021;28(2):441-55.

Figura 1. A. Secuencia T1 con incremento de los tiempos de inversión anteroseptal, anterior, lateral e inferior del tercio basal; lateral, inferior e inferoseptal del tercio medio; inferior y lateral del tercio apical. B. Secuencia T2 con incremento de los tiempos de inversión, inferolateral del tercio basal. C. Secuencia de primer paso con hipointensidad lineal subendocárdica inferior y lateral del tercio apical. D. Secuencia de inversión-recuperación poscontraste con reforzamiento tardío; tercio basal: transmural inferior (flecha roja), intramiocárdico en parches septales, anterior y lateral (flechas amarillas); tercio medio: intramiocárdico difuso en parches; tercio apical: transmural inferior, intramiocárdico en el ápex. E. Cateterismo cardiaco izquierdo con obstrucción en el segmento medio del 70% tubular de la arteria descendente anterior. (CG204)



CG205

Pacientes mexicanos con arteritis de Takayasu: manifestaciones clínicas, hallazgos angiográficos, tratamiento y causas de muerte

Vera-Lastra OL, Alcalá-Vázquez CB, Hernández-Rivero DA, Cruz-Domínguez MP

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

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis sistémica de grandes vasos que afecta a la aorta y sus principales ramas. Es una enfermedad rara con una incidencia de 1.11 por millón, más frecuente en mujeres que en hombres.

Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas, datos de laboratorio, hallazgos angiográficos y la causa de muerte en pacientes con arteritis de Takayasu.

Material y métodos: De una cohorte de 350 pacientes con vasculitis se realizó un estudio retrospectivo de 50 pacientes con AT durante 25 años. Criterios de inclusión: criterios ACR de 1990, mayores de 18 años. Se excluyó a los pacientes con otras vasculitis. Se registraron las manifestaciones clínicas (vasculares, neurológicas, musculoesqueléticas y cutáneas) y de laboratorio (química sanguínea, biometría hemática, medición de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo, anticuerpos anticardiolipinas y HLA), el tratamiento administrado y, en caso de deceso, el diagnóstico de muerte. Para estudiar la relación de clase HLA, clase II y RR, se analizaron 27 antígenos de clase I y 12 de clase II en 19 pacientes con AT. Sus frecuencias

se compararon con los resultados de 108 controles sanos. HLA se realizó mediante estudio de toxicidad linfática. Las frecuencias de los antígenos HLA y los controles se compararon mediante la prueba ji cuadrada y la prueba exacta de Fisher. Los riesgos relativos (RR) se calcularon como razones de probabilidad.

Resultados: De 50 pacientes, 96% correspondió a mujeres y la edad promedio fue de 34 años. Las principales manifestaciones fueron insuficiencia vascular, neurológica, musculoesquelética y cutánea. Las causas de muerte (4%) fueron infarto de miocardio y hemorragia cerebral. Los anticuerpos anticardiolipina fueron positivos en el 26% a títulos bajos y los ANCA negativos en todos los casos. Se identificaron aumentos en HLA-A29 (X2-8.51; $p < 0.005$; RR, 4.87), B5 (X2-9.35; $p < 0.005$; RR, 7.11) y DR7 (X2-8.87; $p < 0.005$; RR, 3.2). Se halló una relación negativa entre TA y B35. La frecuencia de HLA-B35 se redujo en estos pacientes (5.27%) en comparación con los controles sanos (36%) ($p = 0.0000$; RR, 0.03). El resto de los resultados se describe detalladamente en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Datos demográficos, clínicos, de laboratorio y tratamiento y mortalidad en pacientes con arteritis de Takayasu. (CG205)

	n = 50 (porcentaje)
Mujeres	48 (96%)
Hombres	2 (4%)
Edad media ± DE	34 años ± 14
Tiempo de evolución de la enfermedad	16 años ± 12
Fallecido	2 (4%)
Pulsos ausentes o disminuidos	47 (94%)
Claudicación de extremidades	46 (92%)
Soplo vascular	45 (90%)
Cefalea	40 (80%)
Artralgia y mialgia	30 (60%)
Mareo	27 (54%)
Hipertensión arterial sistémica	25 (50%)
Ceguera	15 (30%)
Insuficiencia aórtica	13 (26%)
Eritema nodoso	3 (6%)
Tratamiento con prednisona (25 mg/día ± 15 mg)	50 (100%)
Tratamiento con pulsos de metilprednisolona (3 g/mes durante 1 año)	15 (30%)
Tratamiento con ciclofosfamida (1 g/m ²)	5 (10%)
Tratamiento con metotrexato (10 mg/sem ± 5 mg)	10 (20%)
Clasificación angiográfica por Numano/Moriwaki tipo I	5 (10%)
Clasificación angiográfica por Numano/Moriwaki tipo IIa	5 (10%)
Clasificación angiográfica por Numano/Moriwaki tipo 2b	10 (20%)
Clasificación angiográfica por Numano/Moriwaki tipo III	10 (20%)
Clasificación angiográfica por Numano/Moriwaki tipo IV	5 (10%)
Clasificación angiográfica por Numano/Moriwaki tipo V	15 (30%)
Anemia normocítica normocrómica	17 (34%)
VSG elevada	46 (92%)
C-ANCA	0 (0%)
Anti-CL	13 (26%)
HLA-A29	RR, 4.87; $p < 0.005$
HLA-B5	RR, 7.11; $p < 0.005$
HLA-DR7	RR, 3.2; $p < 0.005$
Angina/infarto agudo de miocardio	8 (16%)
Enfermedad cerebrovascular (isquémica y hemorrágica)	4 (8%)
Pacientes fallecidos	2 (4%)
Enfermedad cerebrovascular	1 (2%)
Causas de muerte, infarto agudo de miocardio	1 (2%)

Conclusiones: En pacientes mestizos mexicanos con AT, las principales manifestaciones clínicas fueron vasculares, neurológicas, musculoesqueléticas y cutáneas. La enfermedad tipo IV fue la más frecuente. Las causas de

muerte fueron cardiovasculares. Se encontró una relación de HLA: A29, B5 y DR7 La relación negativa entre TA y HLA-B35 indica que este antígeno puede ser un factor protector.

Bibliografía

1. Esatoglu SN, Hatemi G. Takayasu arteritis. *Cur Opin Rheumatol.* 2022;34(1):18-24. doi:10.1097/BOR.0000000000000852.
2. Joseph L, Kim ES. Non-atherosclerotic vascular disease in women. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine.* 2017;19(10).
3. Flores-Domínguez C, Hernández-Pacheco G, Zúñiga J, Gamboa R, Granados J, Reyes PA, et al. Alleles of the major histocompatibility system associated with susceptibility to the development of Takayasu's arteritis. *Gaceta Médica de México.* 2002 Mar;138(2):177-83.
4. Comarmond C, Biard L, Lambert M, Mekinian A, Ferfar J, Kahn J, et al. Long-term outcomes and prognostic factors of complications in Takayasu arteritis. *Circulation.* 2017;136(12):1114-1122.

CG206

Hemorragia alveolar refractaria a reinducción a la remisión con rituximab en granulomatosis con poliangeítis: a propósito de un caso

Peña-Espinosa MA¹, Sifuentes-Cantú CA¹, Govea-Peláez S², Pérez-Cabañas E²

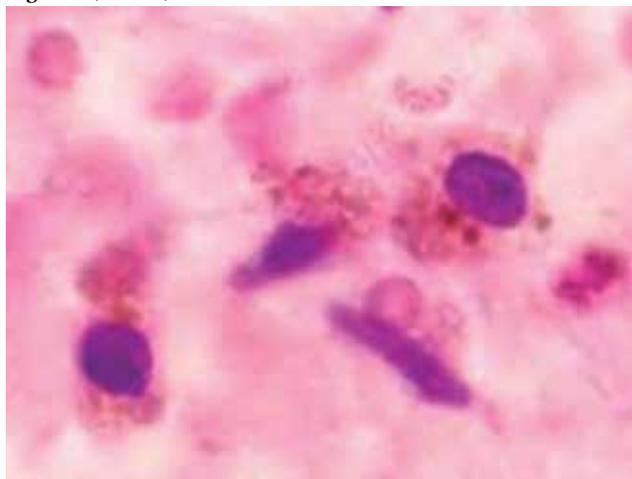
⁽¹⁾Hospital Central Sur de Alta Especialidad, ⁽²⁾Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis es una vasculitis vinculada con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos, la cual implica la inflamación de pequeños y medianos vasos de tipo granulomatoso necrosante que puede afectar nariz, oídos, tracto respiratorio y riñón. Ante una enfermedad activa grave se recomienda tratamiento con rituximab para inducción a la remisión; sin embargo, en caso de una enfermedad resistente definida, como un trastorno activo persistente a pesar de un curso apropiado de fármacos inmunosupresores, se recomienda agregar inmunoglobulina intravenosa.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente masculino con diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis y afectación pulmonar grave a pesar de recibir esquema de reinducción a la remisión con rituximab y que exigió tratamiento con inmunoglobulina intravenosa.

Resultados: Hombre de 59 años con antecedente de diabetes tipo 2, hipertensión arterial, trastorno límite de la personalidad, asma y granulomatosis con poliangeítis en 2019 con actividad renal y ocular; se inició inducción a remisión con ciclofosfamida en 2021. Sufrió recaída con actividad renal en 2022, por lo que se indicó reinducción a la remisión con bolos de metilprednisolona y rituximab; sin embargo, 15 días después mostró fiebre y hemoptisis y por ello ingresó nuevamente a hospitalización a cargo del servicio de reumatología con discreta palidez generalizada, hemodinámicamente estable, tórax con amplexión y amplexación ligeramente disminuidos, soplo vesicular disminuido en intensidad con estertores infraescapulares izquierdos a la inspiración, sin integrar síndrome pleuropulmonar; el resto de la exploración se encontró sin alteraciones. Entre las pruebas complementarias se observaron anemia grado II, linfopenia, deterioro de la función renal con creatinina de 5.62, urea 143, BUN 66, hiperpotasemia leve e hipoalbuminemia de 2.3. La radiografía de tórax reveló infiltrados en vidrio deslustrado en hemitórax izquierdo. La tomografía de tórax delineó infiltrados consistentes con hemorragia alveolar. Se realizó broncoscopia terapéutica y se indicó tratamiento con sustitución de la función renal; se enviaron muestras del lavado broncoalveolar al servicio de patología (**Figura 1**) que informó macrófagos con hemosiderina. Dado que recibió esquema de reinducción a la remisión con rituximab y bolos de metilprednisolona en la hospitalización previa una semana antes, se catalogó como caso resistente y se inició inmunoglobulina intravenosa a una dosis de 2 g por kilogramo durante tres días, con adecuada respuesta. Luego de la segunda dosis de rituximab el paciente egresó sin sangrado activo y con apoyo de hemodiálisis.

Figura 1. (CG206)



Discusión: La definición de enfermedad resistente en pacientes con diagnóstico de vasculitis ANCA positivos es la persistencia de actividad a pesar de una inmunosupresión adecuada en los seis meses siguientes y se presenta aproximadamente en 4% a 5% de los casos en general. Se ha debatido el uso de plasmaféresis o la inmunoglobulina intravenosa en diversos estudios y se ha concluido que no se justifica la plasmaféresis en pacientes con vasculitis ANCA positivos y afectación renal o pulmonar, de modo específico la hemorragia alveolar. En cambio, la última guía del Colegio Americano de Reumatología recomienda el uso de inmunoglobulina intravenosa a una dosis de 2 g por kilogramo como tratamiento adyuvante a corto plazo en enfermedad resistente como medida de transición, mientras se espera la remisión con el tratamiento de inducción; esta misma medida se le ofreció al paciente y mostró mejoría de la actividad de la enfermedad con disminución de la puntuación de BVAS en más del 50%.

Bibliografía

1. Chung SA, Langford CA, Maz M, Abril A, Gorelik M, Guyatt G, et al. American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody Associated Vasculitis. *Arthritis Care & Research*. 2021 Jul 8;73(8):1088-105.
2. Robson JC, Grayson PC, Ponte C, Suppiah R, Craven A, Judge A, et al. 2022 American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology Classification Criteria for Granulomatosis With Polyangiitis. *Arthritis & Rheumatology*. 2022 Feb 2;74(3):393-9.

CG207

Síndrome de pulmón-riñón: poliangeítis microscópica

Cuéllar-Calderón KP, Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza IJ, De Ávila-González N, Flores-Gutiérrez DP

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El término de síndrome pulmón-riñón se refiere a la combinación de hemorragia alveolar difusa y glomerulonefritis de rápida progresión. Diversas afecciones inmunológicas pueden intervenir, como los anticuerpos antimembrana basal, anticuerpos anticitoplasma (ANCA), inmunocomplejos y microangiopatía trombótica. Estas enfermedades pueden pasar inadvertidas si no existe un alto índice de sospecha, por lo que deben considerarse ante todo paciente con síntomas sistémicos crónicos y la evidencia de enfermedad pulmonar, renal, oftalmológica, afectación en oídos, nariz, faringe o nervios periféricos.

Objetivos: Presentar el caso de síndrome pulmón-riñón debido a poliangeítis microscópica.

Resultados: Paciente masculino 28 años, sin antecedentes de importancia. Inicia padecimiento actual dos meses antes de su ingreso con odinofagia acompañada de fiebre de 38°-40°C, de predominio vespertino, tos seca, disnea de medianos esfuerzos, astenia y adinamia. Acude con médico particular, que prescribe ibuprofeno con paracetamol; la PCR para SARS-CoV-2 resulta negativa. Persiste cuadro clínico durante 10 días, se agrega hemoptisis con coágulos de unos 10 mL y refiere múltiples episodios. Acude nuevamente con médico y le prescribe amoxicilina (500 mg cada 12 h) y ambroxol. Se resuelven fiebre, tos y odinofagia. Dos semanas antes de su ingreso sufre edema en pies que progresó hasta las rodillas, con orina espumosa sin cambios de color o cantidad. Decide acudir a urgencias de un hospital de tercer nivel. A su ingreso muestra tensión arterial de 150/80 mmHg, 100 latidos por minuto, 16 respiraciones por minuto, saturación del 100% al aire ambiente. Exploración física: edema en extremidades inferiores 1+, resto sin alteraciones. Estudios de laboratorio: Hb 4.93 g/dL, MCV 84 ft, MCH 25 pg, plaquetas 198 k/uL, creatinina 10.3, BUN 80, fósforo 7.5 mg/dL, potasio 4 mmol/L. Examen general de orina: proteinuria 100 mg, eritrocitos 5/campo, leucocitos 2/campo, relación proteína/creatinina: 1.5 g/día. El ultrasonido renal muestra hallazgos consistentes con lesión renal aguda. Frotis de sangre periférico normal. Panel viral negativo. El sedimento urinario revela eritrocitos dismórficos > 10% por campo. Angiotomografía de tórax: infiltrado en vidrio despolido bilateral difuso, de predominio basal izquierdo de carácter inespecífico. Broncoscopia: alícuotas hemorrágicas sucesivas indicativas de hemorragia alveolar. Al conjuntar la información clínica, de gabinete y laboratorio se sospecha síndrome de pulmón-riñón, se solicita panel de anticuerpos reumatológicos y se decide iniciar tratamiento con metilprednisolona (1 g por 3 dosis). Posteriormente se registran anticuerpos antinucleares (ANA) + 1:160 (1:160), anti-dsDNA: negativo, pANCA + 1:640 (1:20), antimembrana basal: negativo, mieloperoxidasa (MPO): positivo > 200 (1:20), antiproteína 3: negativo. Con esto se diagnostica una vasculitis relacionada con ANCA, variedad poliangeítis microscópica. La biopsia renal registra esclerosis global y segmentaria, variedad inespecífica, nefritis tubulointersticial activa y crónica y fibrosis intersticial grado III. Ante el contexto clínico con positividad para p-ANCA MPO, el patrón de esclerosis global y segmentaria con características de una forma secundaria puede corresponder a una fase cicatrizal de vasculitis de vaso pequeño calibre, con datos acentuados y avanzados de cronicidad en todos los componentes tisulares renales. Inmunofluorescencia + para IgM, C1q, C3c. Se inicia tratamiento de reemplazo renal con diálisis peritoneal y muestra hipoxemia con requerimiento de oxígeno complementario y se aísla *Acinetobacter baumannii* en muestra de expectoración. Se inicia colistina intravenosa, pero sufre choque séptico con evolución tórpida y fallece durante su internamiento.

Conclusiones: El síndrome pulmón-riñón es una entidad poco común, difícil de diagnosticar, con una alta mortalidad, pero es ilustrativa para el diagnóstico y el tratamiento.

Bibliografía

1. Hunter RW, Welsh N, Farrah TE, Gallacher PJ, Dhaun N. ANCA-associated vasculitis. *The BMJ*. 2020 Apr 14;369.
2. Papiris SA, Manali ED, Kalomenidis I, Kapotsis GE, Karakatsani A, Roussos C. Bench-to-bedside review: pulmonary-renal syndromes: an update for the intensivist. Vol. 11, *Critical Care*. 2007.

CG208

Características clínicas y desenlaces de pacientes mexicanos con síndrome de Behçet

Hinojosa-Azaola A, Ramírez-Mulhern I, Martín-Nares E

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El síndrome de Behçet (SB) es una vasculitis sistémica de vaso variable que afecta a diversos órganos y sistemas; se caracteriza por úlceras orales y genitales recurrentes, lesiones cutáneas, artritis, afectación ocular y neurológica, así como trombosis. La prevalencia sigue una distribución geográfica, ubicada sobre todo en las regiones del Mediterráneo y el

Medio Oriente, por lo que la información sobre esta entidad en pacientes latinoamericanos es escasa.

Objetivos: Describir las características clínicas y desenlaces de pacientes mexicanos con SB.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de SB de acuerdo con los criterios internacionales, con seguimiento de al menos un año en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán durante el periodo comprendido entre 2000 y 2020. Se recabaron variables demográficas, manifestaciones clínicas, comorbilidades, actividad, daño, serología, histopatología, estudios de imagen, tratamiento y complicaciones. Se realizó estadística descriptiva y las diferencias entre grupos se analizaron mediante pruebas de U de Mann-Whitney o ji cuadrada.

Resultados: Se incluyó a 38 pacientes con SB, 23 (50%) mujeres y 15 (40%) hombres. La mediana (RIC) de edad al inicio de síntomas fue de 26 años (17-36) y al diagnóstico de 33 años (24-39). Las principales comorbilidades fueron tabaquismo en 16 (42%), diabetes mellitus en 12 (32%) e hipertensión arterial en 10 (26%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes al diagnóstico fueron úlceras orales recurrentes en 34 (89%), úlceras genitales recurrentes en 29 (76%), artralgias/artritis en 21 (55%), afección cutánea en 15 (39%), ocular en 15 (39%), y fiebre en 14 (37%). Las manifestaciones clínicas al diagnóstico y durante la evolución se resumen en la **Tabla 1**. El índice de actividad de BDCAF (*Behçet's Disease Current Activity Form*) al diagnóstico mostró una mediana de 6 (4-8). Sólo ocho pacientes contaban con determinación de HLA y en tres de ellos hubo positividad para el antígeno HLA-B*51. Diez pacientes (26%) contaban con una biopsia indicativa de SB; los tejidos incluyeron piel, tracto intestinal, nervio sural, mucosa oral y genital. Los medicamentos más frecuentes incluyeron prednisona en 38 (100%), colchicina en 24 (63%), pentoxifilina en 12 (32%) y talidomida en 10 (26%). La mediana de tiempo de seguimiento fue de 12.5 años (7-23). La mayoría de los pacientes (97%) presentó recaídas durante el seguimiento; entre las complicaciones destacaron infecciones graves en 6 (16%) pacientes, complicaciones obstétricas en 4/7 mujeres embarazadas, coagulación intravascular diseminada y neoplasia en 1 (3%), respectivamente, y 2 (5%) fallecieron por choque séptico y neumonía. El daño acumulado al final del seguimiento por índice de BODI (*Behçet's Syndrome Overall Damage Index*) fue de 3 (2-4). La única diferencia entre hombres y mujeres con SB fue mayor frecuencia de hipertensión arterial en hombres respecto de mujeres (47% vs. 13%, respectivamente, $p = 0.03$), mientras que no hubo diferencias significativas en los pacientes con diagnóstico de SB antes o después de los 30 años de edad.

Tabla 1. Características clínicas al diagnóstico y durante la evolución. (CG208)

Manifestación	Al diagnóstico n (%) o mediana (p 25-p75)	Durante la evolución n (%) o mediana (p 25-p75)
Úlceras orales recurrentes	34 (89)	35 (92)
Úlceras genitales recurrentes	29 (76)	24 (63)
Manifestaciones cutáneas	15 (39)	16 (42)
Seudofoliculitis	6 (16)	7 (18)
Eritema nodoso	5 (13)	4 (11)
Úlceras	1 (3)	0
Pioderma gangrenoso	1 (3)	1 (3)
Mialgias	3 (8)	4 (11)
Artralgias/artritis	21 (55)	27 (71)
Sistema nervioso periférico	3 (8)	9 (27)
Mononeuritis	2 (5)	5 (13)
Polineuropatía	0	1 (3)
Mononeuritis múltiple	1 (3)	3 (8)
Pares craneales	2 (5)	2 (5)
Sistema nervioso central	3 (8)	7 (18)
Cefalea	11 (29)	19 (50)
Gastrointestinal	10 (26)	14 (37)
Dolor abdominal	5 (13)	7 (18)
Lesiones endoscópicas	6 (16)	8 (21)
Vasculitis intestinal	1 (3)	4 (11)
Úlceras	2 (5)	7 (18)
Trombosis	2 (5)	3 (8)

Fiebre	14 (37)	9 (24)
Hipoacusia	5 (13)	2 (5)
Ocular	15 (39)	9 (24)
Uveítis anterior	12 (32)	8 (21)
Escleritis	0	1 (3)
Vasculitis retiniana	1 (3)	1 (3)
Pérdida de peso	12 (32)	1 (3)
BDCAF	6 (4-8)	-

BDCAF, *Behçet's Disease Current Activity Form*

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes mexicanos con SB se observó predominio en mujeres, sin diferencias entre ambos géneros ni por grupo de edad en las manifestaciones clínicas y desenlaces. A pesar de que las recaídas fueron frecuentes, el pronóstico fue favorable. Se requieren estudios adicionales que incluyan a pacientes con SB en países de Latinoamérica.

Bibliografía

- Esatoglu SN, Ozguler Y, Hamuryudan V. Highlights of the 19th International Conference on Behçet's Syndrome. *Clin Exp Rheumatol* 2022;40:1453-60.
- Yazici Y, Hatemi G, Bodaghi B, Cheo JH, Suzuki N, Ambrose N, et al. Behçet syndrome. *Nat Rev Dis Primers* 2021;7(1):67.

CG209

Evaluación del uso de guías de reporte EQUATOR en reumatología: un estudio transversal de cinco revistas icónicas de reumatología

Cisneros-Barrios A¹, Ramírez-Trejo M¹, Barajas-Ochoa A², Gradilla-Mañana P¹, Ramos-Remus C³

⁽¹⁾Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Virginia Commonwealth University, ⁽³⁾Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico-Degenerativas

Introducción: Existen guías de informe que sirven como apoyo en la redacción de manuscritos de investigación. Son herramientas simples y estructuradas que enlistan la información mínima requerida para asegurar que un manuscrito tenga toda la información pertinente. Existen guías específicas para la mayoría de los diseños de investigación, por ejemplo las guías STROBE, CONSORT y PRISMA para estudios observacionales, protocolos clínicos y revisiones sistemáticas, respectivamente. La red EQUATOR (*Enhancing the Quality and Transparency Of health Research*) promueve y desarrolla este tipo de guías. Si bien muchas revistas y casas editoriales solicitan a los autores que las utilicen en sus manuscritos, se desconoce si se emplean en reumatología.

Objetivos: Evaluar la frecuencia y las características del uso de 16 guías EQUATOR en los manuscritos de investigación publicados en 2019 en una muestra de cinco revistas icónicas de reumatología.

Material y métodos: Este estudio se realizó entre enero y junio de 2022. Fue un estudio transversal de manuscritos originales de investigación publicados en los volúmenes impresos de un año considerado típico antes de la pandemia (2019), en las cinco revistas de mayor desempeño, según indicadores de *Scimago Journal Country Rank* y *Web of Science*. Se eligieron aquellas que se enfocaran sobre todo en reumatología, que estuvieran dentro del cuartil 1^o, con el índice H y los límites SJR más altos y que publicaran al menos 170 artículos originales ese año. Todos los artículos originales (de investigación) se descargaron en PDF. Cada artículo se revisó manualmente para 1) anotar si hubiera sido aconsejable el uso de alguna de las guías de reporte (según EQUATOR), y 2) si de hecho se usó alguna de estas guías (búsqueda digital, Adobe Acrobat Pro). La variable de desenlace fue "tasa aconsejable de uso" (número de artículos en los que sí se empleó una guía entre el número de artículos en los que hubiera sido aconsejable su uso). Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se revisaron 895 manuscritos de las cinco revistas. De éstos, se consideró aconsejable el uso de una guía en 693 (77%) artículos. Sin embargo,

las guías de informe sólo se utilizaron en 50 artículos, lo que representa el 5.6% del total de artículos y el 7.2% (IC95%, 5 a 9) de los artículos para los que se aconsejaba el empleo de alguna guía. Los intervalos de la tasa aconsejable de uso por guía específica, por revista, fueron de 0.03 a 0.10 para cualquier guía, 0 a 0.26 para CONSORT, 0.01 a 0.07 para STROBE, 0 a 0.8 para PRISMA y 0 a 0.14 para ARRIVE. No se observaron tendencias significativas en las variables estudiadas en las cinco revistas.

Conclusiones: El uso infrecuente de las guías de informe parece contradictorio, ya que son promovidas por las revistas y las casas editoriales como herramientas destinadas a ayudar a los autores a suministrar toda la información relevante. Queda por aclarar si este hallazgo es atribuible a problemas con la difusión, el conocimiento, la aceptación o la utilidad percibida de las guías.

Bibliografía

1. EQUATOR Network. <https://www.equator-network.org/>.

CG210

Brecha de género en las ponencias del Congreso Mexicano de Reumatología

Serna-Peña G, Colunga-Pedraza IJ, García-Arellano G, Aguilar-Rivera E, Sánchez Arteaga Carretero A, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

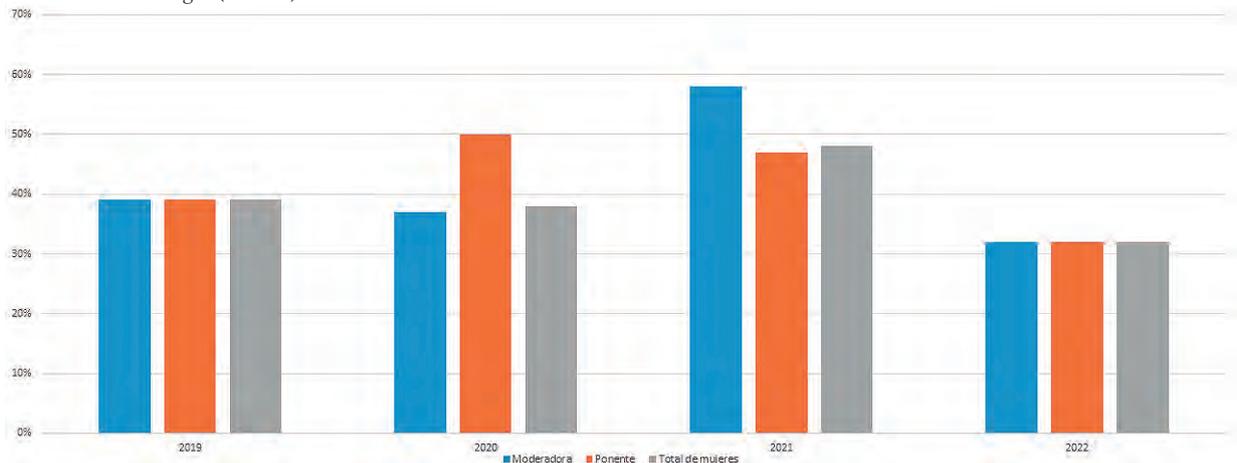
Introducción: El número de mujeres en la reumatología se ha incrementado en los últimos años. El *American College of Rheumatology* (ACR) pronostica que para el 2025 representarán la mayoría. A pesar de este aumento, las mujeres continúan subrepresentadas en la reumatología académica y en posiciones de liderazgo. Existen aún necesidades no resueltas para lograr igualdad de condiciones.

Objetivos: Conocer el porcentaje de participación de mujeres como ponentes o moderadores en el Congreso Mexicano de Reumatología.

Material y métodos: Se evaluó de manera retrospectiva la proporción de mujeres invitadas como ponentes o moderadores en el Congreso Mexicano de Reumatología (CMR), mediante la revisión de los programas de los años 2019 al 2022; se determinó el género de cada participante mediante su nombre. Se excluyeron las ponencias patrocinadas por la industria farmacéutica.

Resultados: Se incluyó a un total de 385 participantes en el periodo de 2019 a 2022 en las ponencias del CMR. La proporción de mujeres ponentes (moderadoras y ponentes) en el CMR fue de 41% (156/385). La participación como moderadoras fluctuó entre 39% (21 de 54) en 2019 y su punto más alto en 2021 con 58% (19 de 33), para disminuir a 32% en 2022 (18 de 56); y como ponentes de 39% en 2019 (27 de 69) a su mayor proporción en 2020 con 50% (7 de 14), para disminuir a 32% en 2022 (7 de 22) (**Figura 1**).

Figura 1. Proporción de mujeres invitadas como moderadoras, ponentes y el total en las ponencias del CMR por año (2019 a 2022). CMR: Congreso Mexicano de Reumatología. (CG210)



Conclusiones: Las mujeres invitadas como ponentes en el CMR son menos de la mitad en el periodo de 2019 a 2022 con un 41%, similar a lo notificado en los congresos europeos como el EULAR. Pese a que la brecha de género ha disminuido en los últimos años, la poca representación de las mujeres en la reumatología académica aún es un problema a combatir.

Bibliografía

1. Battafarano DF, Ditmyer M, Bolster MB, Fitzgerald JD, Deal C, Bass AR, et al. 2015 American College of Rheumatology Workforce Study: supply and demand projections of adult rheumatology workforce, 2015-2030. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018;70(4):617-26.
 2. Hassan N, van Mens LJ, Kiltz U, Andreoli L, Delgado-Beltrán C, Ovseiko PV, et al. Gender equity in academic rheumatology: is there a gender gap at European rheumatology conferences *RMD Open*. 2022;8(1):e002131.

CG211

Evaluación del cuidado dental en pacientes con enfermedades reumatológicas mediante un cuestionario corto dental

Álvarez-González OE, Rubio-Torres DC, Flores-Gutiérrez DP, Aguilar-Rivera LR, Cárdenas-De la Garza JA, Riega-Torres J, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las alteraciones orales son frecuentes en las enfermedades reumáticas y pueden indicar un trastorno inmunológico inicial o secundario a éstos, manifestado como la disminución del flujo salival, disbiosis y anomalías en la mucosa. La enfermedad periodontal se ha estudiado de forma amplia en la artritis reumatoide (AR), pero aún falta información sobre la prevalencia de alteraciones orales de otras enfermedades reumatológicas y su efecto en la actividad de la enfermedad. Las intervenciones dentales tienen un efecto positivo en los parámetros clínicos de la población con AR.

Objetivos: Describir los hábitos de salud orodental de los pacientes con enfermedades reumatológicas mediante la aplicación de un cuestionario corto institucional.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y descriptivo. Se incluyó a pacientes con al menos un diagnóstico reumatológico que acudieran a la consulta del servicio de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se aplicó un cuestionario corto sobre el control odontológico que llevaban los pacientes, el cual cuenta con 10 reactivos en los que se recaban comorbilidades, tabaquismo, alcoholismo, atención dental actual, lugar de la atención dental, tiempo desde su última visita a odontología, veces/año que acude a odontología, promedio de veces que cepillan sus dientes por día, si el sujeto esta consiente de la repercusión de las enfermedades

reumatológicas en su salud oral, si el reumatólogo ha recomendado atención odontológica (Figura 1). Por último, se incluyó un reactivo en el que se invitaba al paciente a una consulta por parte del servicio de odontología.

Resultados: Se incluyó a 238 pacientes, 223 (93.7%) mujeres. Los diagnósticos fueron artritis reumatoide en 150 (63%), lupus eritematoso sistémico 33 (13.9%), osteoartritis 12 (5%), síndrome de Sjögren 14 (5.9%), esclerodermia en 5 (2.1%), espondilitis anquilosante en 4 (1.7%) y otros en 20 (8.4%), incluidos síndrome antisintetasa, dermatomiositis, artritis idiopática juvenil, vasculitis, artritis psoriásica y síndrome antifosfolípidos. El tabaquismo fue positivo en 13 (5.5%) pacientes y alcoholismo en 15 (6.3%). El 70.6% tenía un servicio de atención dental (14.3% en alguna institución pública y 56.3% en medios privados), mientras que el 29.4% negó llevar atención dental. El promedio de tiempo de la última cita en odontología fue de 27.12 (\pm 49.48) meses, los pacientes acudieron 1.43 (\pm 3.81) veces/año a consulta odontológica y cepillaban sus dientes 2.36 (\pm 0.73) veces/día. El 66% (n = 157) negó saber que las enfermedades reumáticas podían afectar la salud dental. El 77% (n = 183) negó ser referido a odontología por su reumatólogo. El 93% aceptó recibir atención odontológica.

Conclusiones: Casi un tercio de esta población no acude con regularidad al odontólogo y dos tercios desconocen la implicación de las anomalías dentales en su padecimiento. Al preguntar si desearían ser referidos a odontología, 93.7% aceptó y acudió. La educación al paciente sobre salud oral podría representar un cambio en su perspectiva y modificar de manera positiva para prevenir el desarrollo de complicaciones orales y sistémicas.

Bibliografía

1. Helenius LM, Meurman JH, Helenius I, Kari K, Hietanen J, Suuronen R, Hallikainen D, Kautiainen H, Leirisalo-Repo M, Lindqvist C. Oral and salivary parameters in patients with rheumatic diseases. Acta Odontologica Scandinavica. 2005;63(5):284-293.
2. Nik-Azis N-M, Mohd N, Baharin B, Shahrir M, Said M, Fadzilah FM, Hazla N, Hafifah M. Periodontal disease in seropositive rheumatoid arthritis: scoping review of the epidemiological evidence. Wwww.Germs. Ro GERMS. 2021;11(2):266. www.germs.ro.

CG212

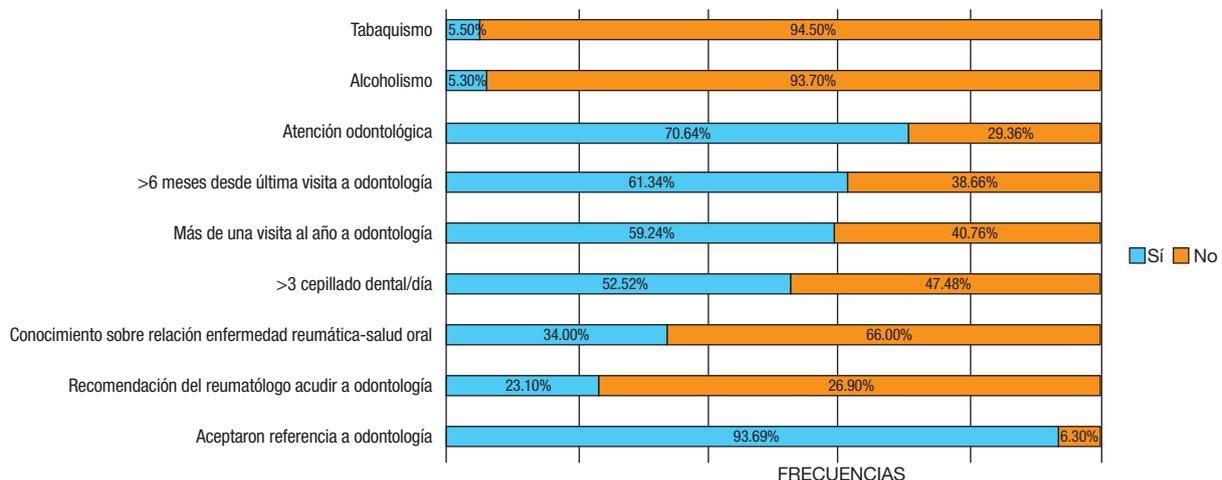
Autopercepción de salud oral en pacientes reumatológicos

Álvarez-González OE, Rubio-Torres DC, Flores-Gutiérrez DP, Aguilar-Rivera LR, Cárdenas-De la Garza JA, Riega-Torres J, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumatológicas tienen mayor susceptibilidad de manifestar alteraciones orales que la población

Figura 1. Reactivos del cuestionario corto institucional. (CG211)



general, entre ellas las modificaciones en la composición salival, la microbiota oral y los cambios estructurales que predisponen a anomalías locales y sistémicas. El índice de evaluación de salud oral geriátrica/general versión en español (GOHAI-SP) es una herramienta de autoevaluación para la percepción que tienen los pacientes sobre su salud oral. La aplicación de GOHAI-SP por parte del reumatólogo puede detectar oportunamente estas alteraciones, para indicar una valoración más objetiva por parte de especialistas, y abordar en fase temprana el problema y limitar su daño local y sistémico.

Objetivos: Describir la autopercepción de salud oral en pacientes con enfermedades reumatológicas mediante GOHAI-SP.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y descriptivo en la consulta externa del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años hispanohablantes con diagnóstico reumatológico. Se realizó una evaluación con la herramienta GOHAI-SP que consiste en 12 preguntas que se responden con un intervalo de 1 a 5 representadas en una escala tipo Likert (siempre, frecuentemente, algunas veces, rara vez y nunca, del 1 al 5, respectivamente). Los reactivos 3 y 7 tienen orden inverso. Las preguntas 1 a 4 evalúan la funcionalidad, 6, 7, 9-11 el estado psicosocial, y 8 y 12 el dolor. La puntuación mínima es 12 y la máxima 60. Se clasificó como pobre salud oral con puntajes \leq 44, moderada de 45 a 50 y buena \geq 51 (Tabla 1). Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.25 (IBM Inc., NY, Estados Unidos). Se informaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Para las variables cuantitativas se midieron el centro, tendencia y dispersión (medias y desviación estándar).

Resultados: Se incluyó a 238 pacientes, la mayoría mujeres 223 (93.7%). El promedio de edad fue de 50.4 (\pm 15.83) años y el tiempo diagnóstico de 7.38 años (\pm 8.47). En cuanto a los diagnósticos, el más frecuente fue artritis reumatoide (AR) en 150 (63%), seguido de lupus eritematoso sistémico (LES) en 33 (13.9%), osteoartritis en 12 (5%), síndrome de Sjögren primario (SSP) en 14 (5.9%), esclerodermia en 5 (2.1%), espondilitis anquilosante en 4 (1.7%) y otros en 20 (8.4%), incluidos el síndrome antisintetasa, dermatomiositis, artritis idiopática juvenil, vasculitis, artritis psoriásica y síndrome antifosfolípidos. El promedio de puntaje GOHAI-SP fue de 53.25 (\pm 1.28), clasificado como buena salud oral. Se notificó pobre salud oral percibida en 40 (16.8%) pacientes, moderada en 34 (14.3%) y buena en 164 (68.9%). La pregunta 12 evaluó la sensibilidad anormal a calor, frío o sabor dulce y obtuvo el menor promedio con 3.87 (\pm 1.28) puntos. La clasificación de GOHAI en bajo, intermedio y alto por los principales diagnósticos se observa en la Figura 1. El diagnóstico que obtuvo menor puntaje fue AR con 24 puntos en 1 (0.66%) caso. Los puntajes promedio por enfermedad fueron: AR con 52.9 (\pm 7.79), LES con 54.24 (6.92), SSP con 49.5 (\pm 9.98) y otros diagnósticos con 54.7 (\pm 6.18).

Conclusiones: El 70% de los pacientes refirió buena salud oral y el diagnóstico reumatológico con peor promedio fue SSP, clasificado como moderada salud oral autopercebida. Es necesario que un experto en odontología confirme el verdadero estado dental.

Tabla 1. Parámetros sociodemográficos y resultados obtenidos de GOHAI-SP. (CG212)

Características, media (DE)	
Edad	50.4 (± 15.83)
Mujeres	223 (93.7%)
Hombres	15 (6.3%)
Puntuación GOHAI, n (%)	
Pobre salud oral	40 (16.8%)
Moderada salud oral	34 (14.3%)
Buena salud oral	164 (68.9%)
Puntuación GIHAL por enfermedad, n (DE)	
AR	52.9 (± 7.79)
LES	54.24 (± 6.92)
SSP	49.5 (± 9.98)
Otros	54.7 (± 6.18)

DE, desviación estándar; GOHAI-SP, Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrica/General versión en español; AR, artritis reumatoide; LES, lupus eritematoso sistémico; SSP, síndrome de Sjögren primario.

Bibliografía

- Ahola K, Saarinen A, Kuuliala A, Leirisalo-Repo M, Murtomaa H, Meurman J. Impact of rheumatic diseases on oral health and quality of life. *Oral Diseases*. 2014;21(3):342-348. doi:10.1111/odi.12285.
- Aguirre-Bustamante J, Barón-López FJ, Carmona-González FJ, Pérez-Farinós N, Wärnberg J. Validation of a modified version of the Spanish Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-SP) for adults and elder people. *BMC oral health*. 2020;20(1):61. https://doi.org/10.1186/s12903-020-1047-3.

CG213

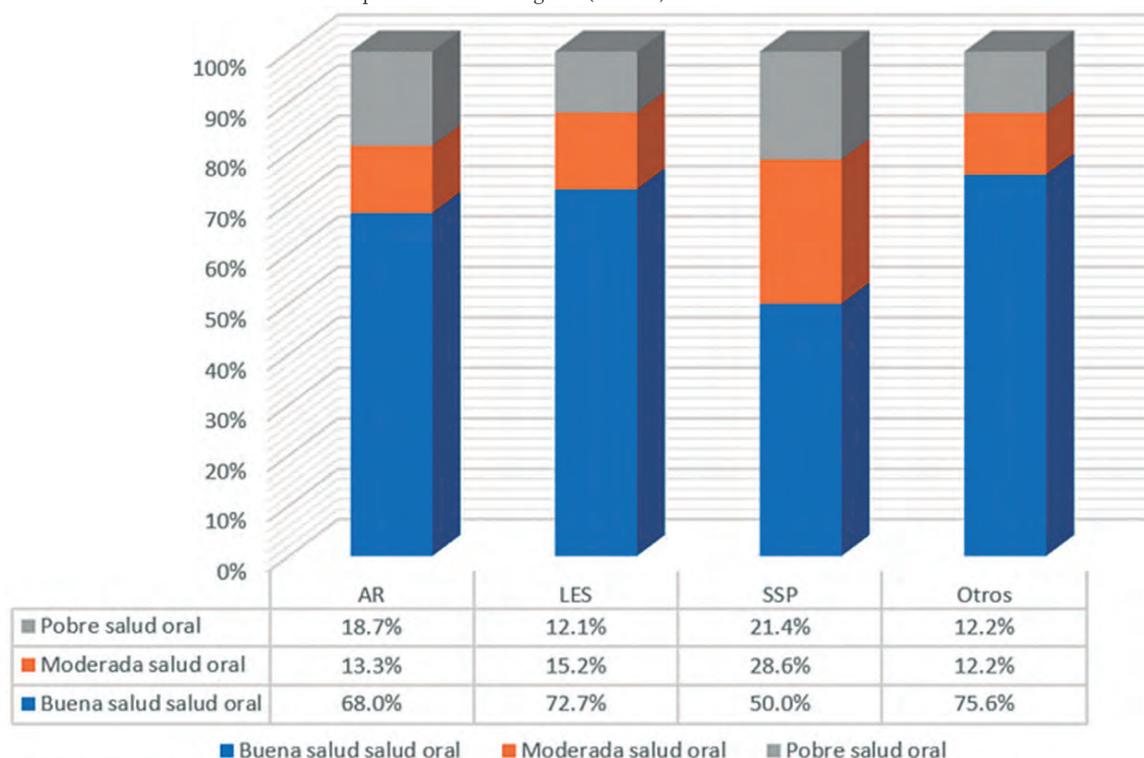
Examen clínico objetivo estructurado para reumatólogos adultos y pediatras: retos de la pandemia para su implementación

Muñoz-López S¹, García-Rodríguez F², Hernández-Díaz C³, Mota-Mondragón B⁴, Fragoso-Loyo H⁵, Vázquez-Del Mercado M⁶, Torres-Jiménez AR⁷, Faugier-Fuentes E⁸, Pérez-Cristóbal M⁹, Vargas-Guerrero A¹⁰, Meléndez-Mercado C¹¹, Villarreal-Alarcón MA¹²

⁽¹⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽²⁾Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽³⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS, ⁽⁴⁾Hospital Central Militar, ⁽⁵⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽⁶⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca Guadalajara, Jalisco, ⁽⁷⁾Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (Pediatría), ⁽⁸⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁽⁹⁾UMAE Hospital de Especialidades, ⁽¹⁰⁾Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez, ⁽¹¹⁾Centro Médico ISSEMYM Toluca, ⁽¹²⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El examen clínico objetivo estructurado (ECO) para reumatólogos adultos y pediatras evalúa las competencias (habilidades y destrezas) desarrolladas durante el entrenamiento en reumatología. El ECOE ha evolucionado desde su creación en 2012 para satisfacer las necesidades de la especialidad. De forma inicial se evaluaba sólo una habilidad o destreza en cada estación y en 2018 se modificó a escenarios clínicos similares a una consulta de reumatología. Durante la pandemia por COVID-19, las restricciones de movilidad obligaron a la cancelación del ECOE en 2021 y 2022; sin embargo, el Consejo Mexicano de Reumatología no dejó de trabajar en estrategias para mejorar la evaluación.

Figura 1. Resultados obtenidos de GOHAI-SP en pacientes reumatológicos. (CG212)



Abreviaciones: GOHAI-SP=Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrica/General versión en español, AR=artritis reumatoide, LES=lupus eritematoso sistémico, SSP=síndrome de Sjögren primario.

Objetivos: Presentar en este informe los resultados derivados de los procesos implementados en la actualización del ECOE.

Material y métodos: Se integró un equipo con cinco consejeros que revisaron los antecedentes y documentos pertinentes al ECOE, con una estricta confidencialidad del contenido. Estos consejeros tomaron un curso-taller enfocado en el desarrollo de competencias y métodos de evaluación con el objetivo de actualizar rúbricas para adecuarlas a los contenidos y competencias de la *Lex Artis* vigente. Se generaron manuales y documentos de referencia y las decisiones sobre contenidos, competencias y rúbricas se tomaron por consenso entre los integrantes del equipo.

Resultados: El equipo se integró con cuatro reumatólogos adultos y un reumatólogo pediatra. Se establecieron cuatro competencias para el ECOE, que contienen 9 indicadores y 11 reactivos. Se desarrolló un sistema de evaluación a través de rúbricas que contiene los conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes que los sustentantes deben demostrar durante el examen. Las rúbricas se diseñaron con un nivel de medición por intervalos que codifica las calificaciones como insuficiente, deficiente, suficiente y excelente. Se realizaron 10 casos clínicos (5 adultos y 5 pediatría) a distribuirse en un circuito continuo en el cual cada estación requiere 23 minutos para resolverse. Cada estación cuenta con un perfil de referencia y tabla de especificaciones en la que se establecen las competencias a evaluar, el total de reactivos, la ponderación y el nivel taxonómico de cada indicador. Por último, se implementó un sistema de evaluación electrónica que permitirá ahorro de papel.

Conclusiones: Los cambios realizados en el ECOE derivaron de la necesidad de actualizar y mejorar la forma en que se realiza la evaluación, lo que llevó a generar estrategias diversas para su implementación. Estos cambios permiten analizar de manera simultánea varias competencias, previamente validadas, lo que posibilita una evaluación formativa y aditiva en reumatología.

CG214

Expectativas en la atención y necesidades educativas (NED) de los pacientes con enfermedades reumáticas

Peña-Ayala AH, Rodríguez-Vega LP, Lozano-Hernández M, Hernández-González L, Pineda-Villaseñor C, Jara-Quezada LJ, Bernal-González A

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: La educación a los pacientes constituye parte fundamental de las recomendaciones establecidas para la atención de las enfermedades reumatológicas (ER) e incluye aspectos terapéuticos, sanitarios y de promoción de la salud. Los pacientes con artropatía inflamatoria tienen necesidad de recibir información práctica, individualizada, rentable, accesible y flexible para empoderarse sobre su enfermedad y facilitar el autocuidado, hasta convertirse en agentes activos en lugar de receptores pasivos, y sus objetivos son controlar el dolor, mejorar la función, limitar la progresión y lograr la reincorporación a sus actividades laborales, sociales y personales

cotidianas. Es pertinente cuestionar ¿cuáles son las expectativas en la atención y necesidades de educación de los pacientes?

Objetivos: Conocer las expectativas de atención, NED y su relación en los pacientes de la división de reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal conducido en pacientes > 18 años de la división de reumatología. Se recabaron variables sociodemográficas, datos de la atención en reumatología, rehabilitación, diagnóstico (DX), comorbilidades (Co), expectativas de la atención y percepción de discapacidad (WHODAS). Se empleó un cuestionario SpE-NAT respuesta tipo Likert de 0 a 4 (no me importa nada-me importa muchísimo) para las NED, con un total de 156 puntos. Estadística no paramétrica: Shapiro-Wilk. Resultados expresados en frecuencias, porcentajes para variables cualitativas, medianas (Md), rango intercuartílico (RIC) para variables cuantitativas, U de Mann-Whitney para diferencia absoluta (DA) de Md de NED entre grupos (Tabla 1). Se reformularon preguntas confusas. El médico o enfermera invitó a los pacientes a responder la encuesta. Se realizó de manera directa o autollenado, previa explicación de los objetivos e instrucciones, así como mención del aviso de privacidad para el tratamiento de los datos. Se otorgó material y asistencia en el momento que lo requirieron.

Resultados: Se incluyó a un total de 56 personas, con edad promedio de 55.7 (13.4) años, 38 de educación básica (EB) y 31 desempleados. Percepción de discapacidad (WHODAS): leve-moderada, 46.4%; grave, 14.29%; dolor moderado-intenso, 75%. En rehabilitación (RH): 53.5%. Dominios NED: dolor, 91.7%; movilidad, 92.5%; sentimientos, 96.8%; enfermedad, 85.7%; tratamiento (Tx), 82%; Tx no médico, 83%; apoyo de terceros, 81%. ER: artritis reumatoide (AR) en 22, osteoartritis (OA) en 13, espondiloartritis (EA) en 6, fibromialgia (FM) en 4, esclerodermia (ED) en 1, artritis psoriásica (AP) en 2 y lupus eritematoso sistémico (LES) en 2. NED por ER: AP 95 (36), AR 117.5 (40.7), EA 81.5 (54.7), FM 118.5 (48.5), Go 78.5 (27), LES 126 (76). Diferencia absoluta (DA) de NED entre grupos: subsecuentes 4 (p = 1.00); > 50 años DA 11 (p = 0.27); mujeres DA 30 (p = 0.084); EB DA 8 (p = 0.43); trabajo DA 9 (p = 1.00), comorbilidad DA 26 (p = 0.017); ER < 10 años DA 6 (p = 0.53), WHODAS moderado-grave DA 14 (p = 0.58); actividad moderada-alta DA 20 (p = 0.25). Formato educativo: 37% WA, 26.7% impreso, 17.8% YouTube, Página web 2%. Los pacientes con FM y OA desean recibir educación sobre dolor; los pacientes con gota, OA y FM sobre movimiento; sobre sentimientos FM, LES y AR; sobre su enfermedad en general OA, FM y LES; tratamiento médico OA, LES y gota; tratamiento por su cuenta LES, y sobre apoyo de terceros OA, LES y gota.

Conclusiones: Las NED en pacientes con ER son elevadas, con predominio en > 50 años, mujeres, educación básica, enfermedad < 10 años al diagnóstico y actividad moderada-alta de la enfermedad. Significancia entre los que tienen por lo menos una comorbilidad. Deben trabajarse estrategias destinadas a satisfacer cada uno de los dominios que deriven en un mejor control de su padecimiento.

Bibliografía

1. Ndosí M. Ann Rheum Dis 2014;73:2122-2129. doi:10.1136/annrheumdis-2013-203.

Tabla 1. Mediana (rango intercuartílico) de necesidades educacionales (NED) por dominio por enfermedad reumática. (CG214)

Enfermedad reumatológica	Dolor 0-24 (RIC)	Movimiento 0-20 (RIC)	Sentimientos 0-16 (RIC)	Enfermedad 0-28 (RIC)	Tratamiento médico 0-28 (RIC)	Tratamiento por su cuenta 0-24 (RIC)	Apoyo de terceros 0-16 (RIC)
AR	22 (8)	18.5 (5.25)	16 (4.75)	25.5 (9.25)	21.5 (10.25)	19 (9)	13 (6)
OA	24 (6)	20 (5)	16 (4)	26 (7)	26 (8)	20 (6)	14 (8)
EA	17 (9)	13.5 (10.25)	11 (6.75)	18.5 (14)	14.5 (8.25)	17.5 (10.5)	8 (11.5)
FM	24 (0)	20 (0)	16 (0)	27 (23)	24 (25)	20 (4)	13 (13)
LES	23 (12)	18 (14)	16 (8)	26 (17)	26 (16)	24 (12)	14 (11)
AP	22 (4)	15 (4)	13.5 (4)	11 (22)	22.2 (3)	20.5 (35)	12.5 (3)
Gota	19.5 (11.25)	20 (8.25)	8 (6.25)	21 (14)	26.5 (11.25)	16 (11.75)	15.5 (6.25)
Esclerodermia	18 (0)	15 (0)	12 (0)	21 (0)	21 (0)	18 (0)	12 (0)

2. García-Coello D. Global rheumatology by Panlar 2021; assessment of the educational needs in patients with knee osteoarthritis in a Latin American cohort. doi :10.46856/grp.10.et100.

CG215

Dignidad percibida en pacientes con enfermedades reumáticas: una fuente invisible de distrés emocional

Pascual-Ramos V, Contreras-Yáñez I, Cuevas-Montoya M, Guaracha-Ba-sáñez GA, García-Alanis CM, Ortiz-Haro AB, Rodríguez-Mayoral O, Chochinov-Harvey M

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La dignidad se considera una característica del ser humano, relacionada con su racionalidad y moralidad, que no depende ni varía con las circunstancias de las personas. Esta connotación de dignidad se conoce como dignidad intrínseca. Sin embargo, en el ámbito clínico, la dignidad se refiere a la forma en que los pacientes se perciben a sí mismos o cómo los perciben los otros y cómo la naturaleza de una enfermedad afecta a su vida y su identidad. La dignidad percibida por el paciente se ha estudiado primordialmente en enfermos en estado terminal. Se compromete en quienes sufren una limitación funcional y discapacidad, en quienes se consideran una carga para los demás y ante la presencia de ciertos síntomas debilitantes como la fatiga. Estas características son frecuentes en las enfermedades reumatológicas.

Objetivos: Determinar el distrés relacionado con la dignidad percibida (DRDP) en pacientes con enfermedades reumáticas (PER) y validar la versión mexicana del inventario de dignidad percibida (IDP-Mx)² en la población descrita.

Material y métodos: El estudio fue transversal (enero-julio 2022) y se desarrolló en dos fases. La primera consistió en la factibilidad del IDP-Mx (en 50 PER = muestra-1), la validez de contenido (juicio de expertos), la validez de constructo (análisis factorial exploratorio), la validez de criterio (correlación de Spearman entre el puntaje del IDP-Mx y del DASS21 [Depression, anxiety, and stress scale], del HAD-DI [Health assessment questionnaire disability index], del APGAR familiar [Adaptation Partnership Growth Affection Resolve] y del Brief Resilient Coping Scale), así como la confiabilidad del IDP-Mx (consistencia interna), todas ellas en 240 PER consecutivos (muestra-2; en 50 de ellos se determinó además la estabilidad temporal). En la segunda fase se cuantificó el DRDP en 320 PER (muestra-3, con un tamaño de la muestra calculado: 309 pacientes). Se estableció un punto de corte del IDP-Mx (mínimo 25, máximo 125) para diagnóstico de DRDP (≥ 54.5) mediante curva ROC, con el estándar de oro para DRDP de acuerdo con la puntuación del DASS21 para depresión y ansiedad de cuando menos moderada intensidad más una evaluación psiquiátrica que confirmó el diagnóstico de distrés emocional significativo. El estudio recibió aprobación del comité de ética en investigación.

Resultados: Las características de los PER incluidos en las tres muestras se presentan en la **Tabla 1**. Casi todos fueron ambulatorios y se cumplieron con las cuotas de los diagnósticos más frecuentes en esta institución (LEG y AR en 64%-68%). El IDP-Mx (**Figura 1**) fue factible, válido ($\geq 82\%$ de acuerdo entre los expertos); 4 factores explicaron el 67.2% de la varianza; correlaciones moderadas a altas con la puntuación del HAQ-DI y DASS21 y confiable (Cronbach = 0.960; coeficiente de correlación intraclase = 0.581 [IC95%, 0.104-0.817]), efecto piso de 5.9% y efecto techo de 10%. En la muestra-3, la mediana del IDP-Mx (RIC) fue de 41 (30-57.8). La dimensión de "pérdida del sentido de vida" fue de 19 (13.3-27) (mín-máx: 12-60), la de "Malestar e incertidumbre" de 12 (8-17) (mín-máx: 6-30), la de "pérdida de la independencia" de 5 (4-8) (mín-máx: 4-20) y la de "pérdida del soporte social" de 3 (mín-máx: 3-5). Hubo 84 pacientes (26.3%) quienes puntuaron el IDP-Mx 54.5 y en ellos se diagnosticó DRDP.

Conclusiones: El compromiso de la dignidad percibida en PER es una causa no reconocida y por ende no tratada de distrés emocional; se presenta en el 26.3% de los PER. El IDP-Mx tiene adecuadas propiedades psicométricas para medir el DRDP en PER.

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos en las tres muestras utilizadas en el estudio. (CG215)

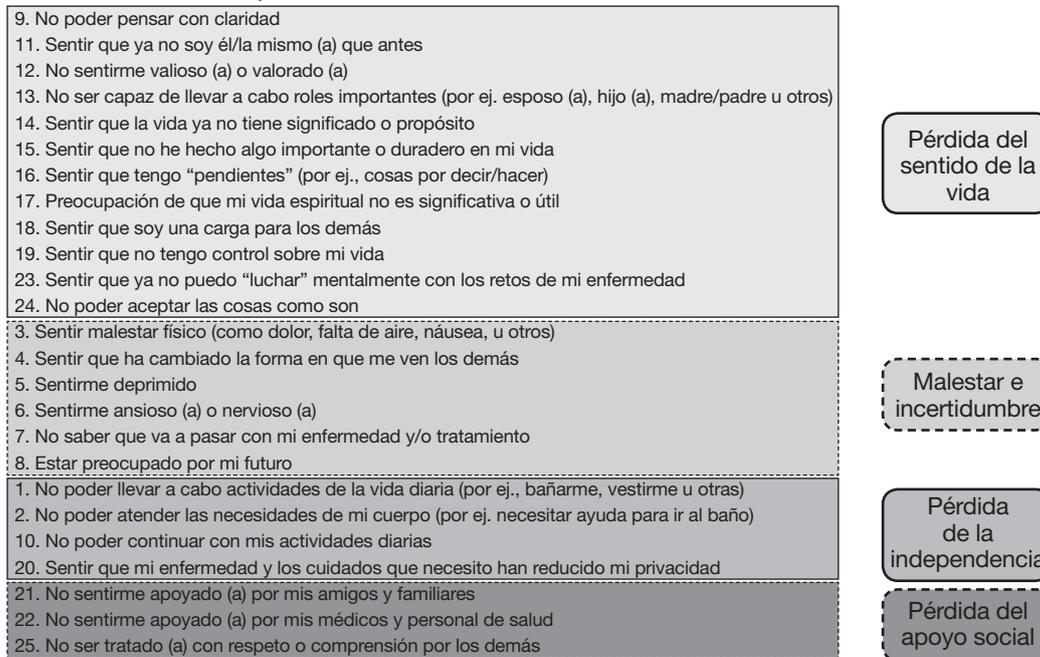
	n = 50	n = 240	n = 320
Características sociodemográficas			
Sexo femenino*	41 (82)	195 (81.3)	262 (81.9)
Años de edad	45.5 (34-59)	49 (35.3-61)	47 (35-58)
Años de educación formal	12 (9-16)	12 (9-16)	12 (9-16)
Trabajo formal y no formal*	25 (50)	119 (78.3)	170 (53.1)
Casados o viviendo en pareja*	21 (42)	132 (55)	171 (53.4)
Creencias religiosas*	42 (84)	178 (74.2)	243 (75.9)
Nivel socioeconómico medio-bajo*	43 (86)	201 (83.8)	276 (86.3)
APGAR familiar, puntuación (escala 0-10)	No disponible	9 (8-10)	9 (8-10)
Función familiar normal*	No disponible	209 (87)	280 (87.9)
Características propias de la enfermedad			
Años de duración de la enfermedad	13 (7.8-20)	11 (6-19)	11 (6-19)
RAPID-3, puntuación (escala 0-30)	No disponible	8.3 (2-15)	8.3 (2-15)
Adecuado control de la enfermedad ¹	No disponible	200 (83.3)	269 (86.8)
HAD-DI, puntuación (escala 0-3)	No disponible	0.38 (0-1.13)	0.38 (0-1.13)
Discapacidad (HAQ-DI puntuación > 0.5)*	No disponible	108 (45)	149 (46.7)
Índice de comorbilidad para enfermedades reumáticas, puntuación	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)
≥ 1 comorbilidad*	27 (54)	134 (55.8)	130 (40.8)
Hospitalizaciones en el año previo*	9 (18)	70 (29.2)	100 (31.3)
Número de hospitalizaciones previas/paciente ²	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)
Variables relacionadas con el tratamiento			
Tratamiento inmunosupresor*	45 (90)	191 (79.9)	256 (80.3)
Número de fármacos inmunosupresores/paciente ²	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)
Uso de corticosteroides*	18 (36)	102 (42.7)	133 (42.8)
Variables relacionadas con la salud mental			
Comorbilidad previa*	8 (16)	46 (24.1)	79 (24.7)
DASS21 de moderado a grave ³			
Depresión	No disponible	52 (21.7)	69 (21.6)
Ansiedad	No disponible	85 (35.4)	114 (35.6)
Estrés	No disponible	57 (23.8)	74 (23.1)
Escala breve de afrontamiento, puntuación (escala 4-20)	No disponible	15 (12-18)	15 (12-18)
IDP-Mx puntuación (escala 25-125)	34.5 (28-48.3)	41 (31-59)	41 (30-57)

Datos presentados como medianas (Q25-Q75) excepto si se indica*. *, número de pacientes (%). ¹Acorde con el reumatólogo tratante. ²Entre quienes cumplen con la característica. ³Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. 2nd ed. Sydney: Psych.

Bibliografía

1. Sulmasy DP. The varieties of human dignity: a logical and conceptual analysis. Med Health Care Philos. 2013;16(4):93744.

Figura 1. Estructura del IDP-Mx: reactivos y dimensiones. (CG215)



2. Rodríguez-Mayoral O, Galindo-Vázquez O, Allende-Pérez S, Arzate-Mireles C, Peña-Nieves A, Cantú-Quintanilla G, et al. Validation of the patient dignity inventory in Mexican cancer patients. *J Palliat Med.* 2021;24(11):1626-33.

CG216

Riesgo de depresión y ansiedad en las enfermedades reumáticas y su relación con la fatiga

Vega-Sevilla LF, Villarreal-Alarcón MA, De Ávila-González N, Álvarez-González OE, Hernández-Galarza IJ, Carrizales-Solis JL, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas (ER) se relacionan con múltiples comorbilidades. La ansiedad y la depresión son los trastornos psiquiátricos más comunes en los pacientes con ER y se ha demostrado que tienen un efecto significativo en la calidad de vida de los pacientes reflejado en un aumento de la actividad de la enfermedad, pobre apego al tratamiento y una menor respuesta a él. La prevalencia de la depresión se calcula en 15% a 39% en individuos con artritis reumatoide (AR) y en 24% al 39% en individuos con lupus eritematoso sistémico (LES). El riesgo de ansiedad es 1.2 veces mayor en ER que en la población general.

Objetivos: Describir la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en pacientes ER mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y determinar las posibles interrelaciones entre las variables socio-demográficas en esta población.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyó a pacientes del Hospital Universitario José E. González con diagnóstico de AR (criterios de clasificación ACR/EULAR de 2010), LES (criterios de clasificación SLICC de 2012), síndrome de Sjögren, fibromialgia o dermatomiositis. Se excluyó a pacientes con diagnóstico psiquiátrico previo o en tratamiento por depresión mayor o ansiedad. Se obtuvo el consentimiento informado verbal. Se aplicó el cuestionario HADS versión español validado por Quintana et al. Las puntuaciones de 0 a 7 se consideraron normales, de 8 a 10 como un posible caso, y de 11 a 21 como un

caso probable de ansiedad o depresión. Para estudiar las características de la población se registraron las siguientes variables: sexo, edad en años, educación, estado civil ocupación y nivel socioeconómico (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas y resultados de la encuesta HADS. (CG216)

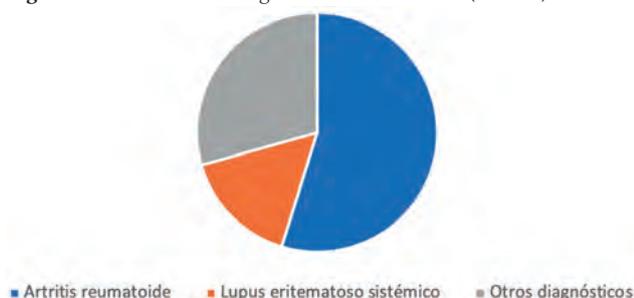
n = 398	Probable ansiedad	Posible ansiedad	p	Probable depresión	Posible depresión	p
	80 (20.1%)	79 (19.8%)		12 (3%)	29 (7.3%)	
Sexo						
Femenino	77 (19.3%)	72 (18.1%)		12 (3%)	28 (7%)	
Masculino	3 (0.8%)	7 (1.8%)		-	1 (0.3%)	
Edad						
	54.9 ± 13.7	52.8 ± 15.4	0.001	57.2 ± 13.4	56.6 ± 14.6	0.09
Enfermedad reumática						
AR	47 (11.8%)	35 (8.8%)		7 (1.8%)	18 (4.5%)	
LES	5 (1.3%)	11 (2.8%)		2 (0.5%)	2 (0.5%)	
MII	1 (0.3%)	5 (1.3%)		-	-	
OA	2 (0.5%)	5 (1.3%)		-	-	
SSp	4 (1%)	6 (1.5%)		-	1 (0.3%)	
Artralgia	5 (1.3%)	5 (1.3%)		1 (0.3%)	1 (0.3%)	
Osteoporosis	3 (0.8%)	5 (1.3%)		1 (0.3%)	1 (0.3%)	
Otros	13	7 (8.86%)		-	6 (1.5%)	
Fatiga						
Sí	38 (9.5%)	17 (4.3%)	0.001	8 (2%)	17 (4.3%)	0.001
No	42 (10.6%)	62 (15.6%)		4 (1%)	12 (3%)	

AR, artritis reumatoide; LES, lupus eritematoso sistémico; MII, miopatía inflamatoria idiopática; OA, osteoartritis; SSp, síndrome de Sjögren primario.

Resultados: Se incluyó a un total de 398 pacientes. El diagnóstico más frecuente fue AR con 218 (54.7%), seguido de LES con 63 (15.8%) y 117 pacientes (29%) con otros diagnósticos (Figura 1). Un total de 166 (41.7%) pacientes tenía una puntuación HADS anormal (casos probables

o posibles) en cualquiera de las subescalas y 40 (24%) de ellos tenían una puntuación > 7 en ambas escalas. De éstos, la AR presentaba la puntuación anormal más frecuente en HADS, con un total de 107 (64.4%) sujetos con HADS > 7 en cualquiera de las subescalas, seguida de LES con un total de 20 (12%) individuos. Se registraron 12 (3%) casos probables de depresión con una edad media de 57.2 ± 13.4, y 29 (7.3%) casos posibles con una edad media de 56.6 ± 14.6. Se informaron 79 (19.8%) casos posibles de ansiedad con una edad media de 52.8 ± 15.4, y 80 (20.1%) casos probables con una edad media de 54.9 ± 13.7. Se observó un riesgo incrementado de ansiedad y depresión a mayor edad (p = 0.001, p = 0.09, respectivamente) y la fatiga se vinculó con un mayor riesgo en ambos (p = 0.001).

Figura 1. Distribución de diagnósticos de la muestra. (CG216)



Conclusiones: La población con ER, especialmente los individuos con AR y LES, tienen un mayor riesgo de padecer trastornos mentales respecto de la población en general. Los reumatólogos y otros profesionales de la salud que tratan a estos pacientes deben ser conscientes de la frecuencia de estas comorbilidades y, una vez detectada la depresión o la ansiedad, deben atenderlas de forma integral.

Bibliografía

- Howren A, Avíña-Zubieta JA, Puyat JH, Esdaile JM, da Costa D, de Vera MA. Defining depression and anxiety in individuals with rheumatic diseases using administrative health databases: a systematic review. *Arthritis Care and Research*. John Wiley and Sons Inc. 2020;72:243-55.
- Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107:216-221. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00062.x>

CG217

Rhupus: descripción de una cohorte retrospectiva de pacientes en un centro de referencia en México

Íñiguez-Venegas VJ¹, Hernández-Vera MA¹, Alpízar-Rodríguez D², Irazoque-Palazuelos F³

⁽¹⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽²⁾Colegio Mexicano de Reumatología, ⁽³⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El rhupus es un trastorno raro que implica la sobreposición de artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES); Peter Schur lo describió por primera vez en 1971. La prevalencia real, el cuadro clínico y la evolución natural de esta anomalía se han documentado en series de casos y pequeñas cohortes; sin embargo, existen diferencias entre las definiciones usadas y las características informadas. Es importante conocer la presentación clínica, serológica y radiográfica en cada población y establecer así un diagnóstico temprano y reducir sus complicaciones.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, serológicas y radiológicas de pacientes con diagnóstico de rhupus en el hospital de los autores.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de pacientes ya clasificados con rhupus que acudieron a la consulta en los últimos dos años; se

obtuvo información del expediente electrónico de los pacientes que cumplieron retrospectivamente con los criterios SLICC del 2012 para LES y los criterios ACR/EULAR 2010 para AR.

Resultados: Se describen 24 casos; la edad mediana al diagnóstico fue de 45 años (intervalo intercuartílico, 25%-75% [RIC], 38-56); el 91% correspondió a mujeres. Se identificó con rhupus desde el inicio de la enfermedad a dos pacientes (8.3%), la AR precedió al diagnóstico en 17 (70%) de los casos y en 5 (20%) el LES antecedió al diagnóstico, con una mediana de 10 y 5 años hasta el diagnóstico de rhupus, respectivamente. También se encontró superposición con síndrome de Sjögren (SJ) y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) en 5 (20.8%) pacientes para cada enfermedad. Las características clínicas encontradas más a menudo fueron hematológicas con 21 (87.5%), leucopenia y linfopenia en su totalidad, y mucocutáneas con 20 (83.3%). Hasta 10 pacientes (41.6%) desarrollaron algún tipo de enfermedad pulmonar intersticial y en 6 (25%) se identificó compromiso renal, de los cuales 5 (20%) fueron objeto de biopsia que confirmó el diagnóstico de nefritis lúpica. Respecto de la serología, se encontró positividad para anticuerpos antinucleares en todos los pacientes y el patrón más común fue homogéneo difuso en 13 (54%) de los casos. Los anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP) se encontraron positivos en 19 pacientes (90.4%), a títulos altos en 18 (94.7%), y el factor reumatoide positivo en 20 (86.9%), en 19 (95%) a títulos altos. En cuanto a la serología específica de LES, se reconoció hipocomplementemia de C3 en 11 (45%), anticuerpos anti-ds DNA en 10 (41.6%), anticoagulante lúpico en 4 (36.3%) y anticuerpos anti-RNP en 7 (33.3%) de los pacientes. En relación con las radiografías, sólo se encontró descripción de 15 de 24 pacientes, de los cuales se informaron osteopenia yuxtaarticular en 14 (93.3%), esclerosis subcondral en 13 (86.6%), disminución de espacio articular en 11 (73.3%) y erosiones óseas en 3 (20%) de los casos (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas, clínicas, serológicas y radiográficas. (CG217)

Características demográficas	Total, n = 24 (100%)
Mujeres, n (%)	22 (91.6)
Hombres, n (%)	2 (8.3)
Edad al diagnóstico rhupus en años, mediana (RIC)	45 (38-56)
Tiempo en años desde AR hasta LES, mediana (RIC) ^a	10 (5-14)
Tiempo en años desde LES hasta AR, mediana (RIC) ^b	5 (4-17)
AR como enfermedad inicial, n (%)	17 (70.8)
LES como enfermedad inicial, n (%)	5 (20.8)
Rhupus como diagnóstico inicial, n (%)	2 (8.3)
IMC, mediana (RIC)	24.4 (23.2-28.7)
Familiar de primer grado AR, n (%)	6 (25)
Familiar de primer grado LES, n (%)	3 (12.5)
Antecedente de tabaquismo, n (%)	6 (25)
Antecedente de enfermedad tiroidea, n (%)	12 (50)
Síndrome de Sjögren, n (%)	5 (20.8)
Síndrome antifosfolípidos, n (%)	5 (20.8)
Características clínicas diferentes de la artritis	
Compromiso hematológico	21 (87.5%)
Mucocutáneo	20 (83.3%)
Alopecia no cicatrizal	16 (66.6%)
Úlceras orales	10 (41.6%)
Lupus cutáneo agudo	9 (37.5%)
Fenomeno de Raynaud	12 (50%)
Enfermedad pulmonar intersticial	10 (41.6%)
Constitucionales	
Compromiso renal	6 (25%)
Vasculitis cutánea	6 (25%)
Nódulos reumatoides	5 (20.8%)
Compromiso neurológico	4 (16.6%)
Serositis	2 (8.3%)
Jaccoud	2 (8.3%)

Lupus cutáneo crónico	1 (4.1%)
Características serológicas	
Anticuerpos antinucleares	24/24 (100%)
Anticuerpos anti-CCP ^a	19/21 (90.4%)
Factor reumatoide ^d	20/23 (86.9%)
Complemento C3 bajo	11/24 (45%)
Anticuerpos anti-ds DNA	10/24 (41.6%)
Anticoagulante lúpico ^c	4/11 (36.3%)
Anticuerpos anticardiolipinas (aCL)	4/11 (36.3%)
Anticuerpos anti-RNP ^a	7/21 (33.3%)
Anticuerpos anti-SSA	6/20 (30%)
Complemento C4 bajo	7/24 (29.16%)
Anticuerpos anti-Sm	5/21 (23.8%)
Anticoagulante lúpico	4/7 (57.1%)
Anticuerpos anti-β2 glucoproteína I (aB2GP1)	1/9 (11.1%)
Anticuerpos anti-SSB	1/20 (5%)
Características radiográficas al diagnóstico de rhupus	Total, n = 15 (100%)
Osteopenia yuxtaarticular	14/15 (93.3%)
Esclerosis subcondral	13/15 (86.6%)
Disminución de espacio articular	11/15 (73.3%)
Erosiones óseas	3/15 (20%)

^an = 17, ^bn = 5, ^cn = 21, ^dn = 23, ^en = 11. Abreviaturas: RIC, intervalo intercuartílico 25%-75%; IMC, índice de masa corporal.

Conclusiones: En esta serie se corroboró la relación en familiares de primer grado ya conocida para la expresión de enfermedades reumatológicas. A diferencia de otras series, se observó la sobreposición de rhupus con otras enfermedades, como SJ y SAF; además se observó que el compromiso pulmonar, manifestaciones renales e hipocomplementemia fueron más frecuentes de lo notificado.

Bibliografía

1. Sinha P, Singhal A, Bhattacharjee S, Oberoi B. A case of rhupus-reporting of a rare entity. Indian Dermatology online Journal. 2019;10(1):58-60. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_55_18.
2. Ahsan H. Rhupus: dual rheumatic disease. Journal of Immunoassay & Immunochemistry. 2022;43(2):119-128. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1080/15321819.2021.1941096>.

CG218

Eficacia de toxina botulínica en pacientes con fenómeno de Raynaud secundario, refractario a terapias convencionales

Castillo-Herrera AP

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

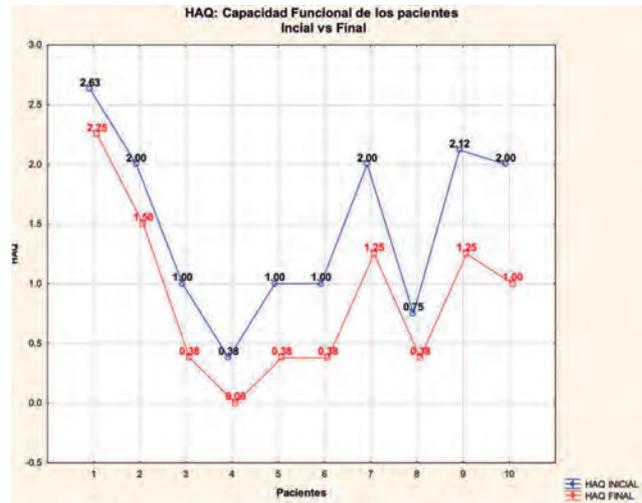
Introducción: El fenómeno de Raynaud es un trastorno clínico que produce dolor intenso, parestesias, ulceración y, en casos graves, gangrena que finaliza en amputación. Existen múltiples tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para el fenómeno de Raynaud, pero hay poca o nula evidencia de su beneficio, además de reacciones adversas que limitan su uso e incluso con ninguna respuesta. La toxina botulínica tipo A se ha publicado en otros países como una posible herramienta terapéutica. Este trabajo describe los beneficios de la toxina botulínica tipo A inyectada en pliegues interdigitales de la región palmar de 10 pacientes, cualquiera que sea la enfermedad que lo origina. Se evaluaron la calidad de vida y la funcionalidad mediante HAQ y prueba de Cochin antes y después del tratamiento, con una significancia estadística del orden $p = 0.005062$ y $p = 0.017961$, respectivamente.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la toxina botulínica en pacientes con fenómeno de Raynaud secundario, resistente a los tratamientos convencionales. **Material y métodos:** Estudio clínico cuasiexperimental con autocontroles

realizado en el CMN 20 Noviembre de enero de 2022 a agosto de 2022. Incluyó a pacientes que cumplieron los criterios de selección. Se llevó a cabo en dos etapas; en la primera se obtuvo historia clínica, se aplicaron los cuestionarios de HAQ y Cochin, y se realizó capilaroscopia y control fotográfico en ambas manos; luego se inyectó toxina botulínica tipo A en los pliegues interdigitales palmares en la mano izquierda y ésta se consideró como control; se evaluaron a los siete días los efectos adversos o existencia de contraindicaciones, para continuar con la segunda etapa en la cual se aplicó toxina botulínica tipo A en la mano derecha. Al finalizar el tratamiento en ambas manos se aplicaron los cuestionarios de HAQ y Cochin y se realizaron una nueva capilaroscopia y un control fotográfico de ambas manos. Durante el estudio todos los pacientes continuaron con su tratamiento farmacológico de base.

Resultados: Se evaluó a 10 pacientes, de los cuales 90% correspondió al sexo femenino y 10% al masculino. La edad promedio fue de 47.1 ± 17.9 años. El 50% padecía esclerosis sistémica limitada, 30% lupus eritematoso sistémico, 10% esclerosis sistémica difusa y 10% enfermedad mixta del tejido conectivo. Los valores medianos de HAQ fueron de 1.5 el inicial y 0.7 el final (Figura 1). Se aplicó la prueba pareada de Wilcoxon para medir la significancia estadística de la diferencia observada en HAQ ($p = 0.005062$); para la prueba de Cochin se obtuvo una mediana inicial de 20 y una final de 13.50 ($p = 0.017961$). Con respecto al número de crisis al día y duración de éstas también se observaron diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento ($p = 0.0117$, $p = 0.011719$, respectivamente).

Figura 1. HAQ: capacidad funcional de los pacientes, inicial y final. (CG218)



Conclusiones: El tratamiento con toxina botulínica tipo A es una alternativa que promete mejoría de muchas manifestaciones clínicas relacionadas con el fenómeno de Raynaud grave, es segura y podría mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya que se observó mejoría clínica y estadística significativas en las pruebas HAQ y Cochin. En consecuencia, esta investigación sirve de base para ampliar el número de pacientes beneficiados e inferir conclusiones estadísticas de mayor peso; además, es base para futuras investigaciones que valoren el tiempo del beneficio y la frecuencia de aplicación del tratamiento, así como la posible existencia de diferentes grados de respuesta según sea la enfermedad subyacente.

Bibliografía

1. Medina S, Gómez-Zubiaur A, Valdeolivas-Casillas N, Polo-Rodríguez I, Ruiz L, Izquierdo C, et al. Botulinum toxin type A in the treatment of Raynaud's phenomenon: a three-year follow-up study. Eur J Rheumatol [Internet]. 2018;5(4):224-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5152/eurjrheum.2018.18013>.
2. Herrick AL. Raynaud's phenomenon and digital ulcers: advances in evaluation and management: advances in evaluation and management. Curr Opin Rheumatol [Internet]. 2021;33(6):453-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/BOR.0000000000000826>.

3. Motegi S, Uehara A, Yamada K, Sekiguchi A, Fujiwara C, Toki S, et al. Efficacy of botulinum toxin B injection for Raynaud's phenomenon and digital ulcers in patients with systemic sclerosis. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2017;97(7):843-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-2665>.

CG219

Origen, prevalencia y distribución de factores de riesgo genéticos para enfermedades inflamatorias y metabólicas en población mexicana

Nuño-Arana I¹, Villagómez-Vega A¹, Martínez-Cortez G², Saldaña-Cruz AM³, Gámez-Nava JJ³

⁽¹⁾Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

Introducción: La caracterización cada vez más precisa de los factores genéticos en diversas enfermedades con elevado componente hereditario proporcionará herramientas para establecer tratamientos individualizados con mayor índice de eficacia y especificidad. Asimismo, reducirá la toxicidad y los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos inespecíficos que se prescriben con regularidad en la actualidad. Diversas variantes génicas, en particular polimorfismos de una sola base nucleotídica o SNP (*single nucleotide polymorphism*), ya caracterizados por estudios GWAS, y otros en diversas poblaciones del mundo, son los principales factores que intervienen en la actividad inflamatoria y diversas vías metabólicas de múltiples padecimientos crónicos y degenerativos, como la artritis reumatoide o la osteoporosis. El conocimiento de la distribución y prevalencia de estos factores en esta población será crucial para establecer conductas específicas de prevención y tratamiento. Se estudian diversas variantes génicas en distintos grupos poblacionales y con diferentes anomalías patológicas para conocer algunos de los riesgos biológicos propios de la constitución genética de este país.

Objetivos: Describir la prevalencia y distribución de los factores de riesgo genético de padecimientos inflamatorios y metabólicos en la población mexicana.

Material y métodos: Se genotipificaron muestras de DNA de 127 mestizos y 299 de ocho poblaciones nativas de México de los más representativos y de las principales zonas del país con 19 SNP relacionados con actividad inflamatoria, del metabolismo y la remodelación ósea; se utilizó SNaPShot Multiplex en electroforesis capilar. Se corroboraron los resultados por secuenciación directa en un secuenciador Beckmann®. Se genotipificaron 115 muestras de pacientes con AR y osteoporosis primaria. Se determinó la estructura genética con los alelos de riesgo. Se calcularon los valores de Fst y se compararon con AIM (marcadores genético ancestrales) tras establecer la diferenciación entre las poblaciones mexicanas con respecto de las de la población mundial, para definir el origen y flujo de las variantes en estas poblaciones. Se establecieron perfiles o combinación de alelos de riesgo por población.

Resultados: Con evidencia de 15 SNP, se describieron perfiles y frecuencias alélicas y genotipos por *locus* y población mediante el algoritmo EM para comparar poblaciones de referencia del Proyecto International HapMap, incluido la base de datos dbSNP de NHBI. Se establecieron las diferencias entre las poblaciones y se compararon con la población mundial para establecer un gradiente de flujo de los alelos de riesgo que se compararon con AIM para establecer su origen en poblaciones ancestrales. Se observó una frecuencia elevada de los alelos de riesgo para variantes proinflamatorias como IL-6, TNF α , en particular en poblaciones mestizas de forma muy similar a los caucásicos europeos, así como las relacionadas con un pobre metabolismo estrogénico, específicamente en componentes más nativos.

Conclusiones: La contribución individual de estos factores al fenotipo fue muy pequeña en los pacientes, pero el análisis de combinaciones demostró que la interacción de variantes puede potenciar en grado sustancial el efecto, que de manera combinada. Los perfiles alélicos de riesgo podrían ser herramientas médicas valiosas para definir los factores de riesgo genéticos para

el tratamiento de múltiples padecimientos, en enfermedades complejas de acuerdo con su componente ancestral. Esto podría hacer posible impulsar medidas preventivas que redujeran los costos en salud, además de aportar criterios más específicos para individualizar los tratamientos farmacológicos.

Bibliografía

- Richards JB, Zheng HF, Spector TD. Genetics of osteoporosis from genome-wide association studies: advances and challenges. *Nat Rev Genet*. 2012;13(8):576-588.
- International HapMap Consortium. The International HapMap Project. *Nature*. 2003;426(6968):789-96.

CG220

Prevalencia del tabaquismo en pacientes con enfermedades reumatológicas

Cerda-González RA, Guajardo-Aldaco AL, Campos-Tinajero E, Delgado-Ayala SM, Galarza-Delgado DA, Flores-Alvarado DE

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Es bien conocida la función del tabaquismo en el desarrollo de enfermedades de origen neoplásico e inmunológico y, en este último punto, es importante establecer la prevalencia del tabaquismo en las enfermedades reumáticas, en las que se ha determinado como uno de los factores que interviene en el desarrollo de la enfermedad. Debido a la elevada prevalencia de tabaquismo activo y pasivo en México es necesario conocer la exposición al tabaquismo de la población reumatológica.

Objetivos: Determinar la prevalencia del consumo de tabaco en pacientes con enfermedades reumatológicas (de un hospital de tercer nivel) de un hospital universitario.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y observacional sobre el consumo y exposición al tabaco en pacientes que acuden al servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Se incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años con un diagnóstico reumatológico que acudían a la consulta externa y que aceptaron participar en el estudio. Se diseñó una encuesta en la cual se incluían datos sociodemográficos; los pacientes que consumían tabaco se tamizaron con la prueba de Fagerström para determinar la dependencia del consumo de tabaco. Se incluyó una muestra de 218 pacientes en el periodo del 1 de marzo del 2022 al 31 de agosto del 2022 de un registro de 718 pacientes que acuden a la consulta de reumatología con un diagnóstico establecido. Las características basales de la población se muestran en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y puntuaciones de Fagerström vinculados con los pacientes encuestados. (CG220)

Variable	Fumadores 10 (4.58)	No fumadores 208 (95.41)
Femenino, n (%)	8 (3.66)	195 (89.44)
Prednisona, n (%)	4 (1.83)	82 (37.61)
Puntuación de Fagerström		
Bajo, n (%)	5 (50)	1 (0.5)
Moderado, n (%)	1 (10)	1 (0.5)

Resultados: Se encontró que 95.41% de los pacientes no fuma. Dentro de los pacientes no fumadores, la enfermedad más prevalente es la artritis reumatoide (59.1%), seguida por el lupus eritematoso sistémico (19.2%) y la osteoartritis (4.8%). Las enfermedades más prevalentes en los pacientes fumadores fueron la artritis reumatoide (50%), la fibromialgia (30%) y el lupus eritematoso sistémico (20%). De los pacientes fumadores, 90% consume entre 0 y 10 cigarrillos por día, mientras que el 10% consume > 30 por día.

Conclusiones: Se encontró que la mayoría de los pacientes encuestados es no fumadora, además de que los pacientes fumadores no presentan puntuaciones de Fagerström elevadas. Además del tabaquismo pasivo, se deben tomar en cuenta otros posibles causantes o adyuvantes en el desarrollo

de las enfermedades reumáticas y es posible que en esta población jueguen un papel más importante otros factores, como el género, la obesidad y las infecciones. Una debilidad es que no se determinó la relación de tabaquismo con la actividad de la enfermedad.

CG221

Seguimiento del programa preventivo de la cartilla nacional de salud en la consulta de reumatología del HGZ No17, IMSS

López-Díaz OS, Vega-Morales D

Hospital General de Zona No. 17, IMSS, Monterrey, Nuevo León

Introducción: La cartilla nacional de salud es un documento oficial, de carácter personal y gratuito, que sirve para llevar el control de las acciones de promoción de la salud. En México se acepta que el 10% de la población padece algún tipo de enfermedad reumática; los pacientes con artritis reumatoide tienen un riesgo significativamente mayor de cardiopatía coronaria. Debido a que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en este país, debe realizarse a partir de los 20 años de edad. Además, con una periodicidad anual o bianual de acuerdo con el criterio de los profesionales de la salud, está indicada una prueba de detección rápida, aunque es necesaria la medición del perfil de lípidos y lipoproteínas en sangre. De acuerdo con los resultados previos del estudio de seguimiento, Evaluación del cumplimiento del programa preventivo sobre colesterol y triglicéridos de la cartilla nacional de salud en la consulta de reumatología del HGZ IMSS No. 17, en el que se incluyó a 503 pacientes, conviene observar que se omitió la detección del colesterol en 367 pacientes, lo que equivale a 73.0%, y de triglicéridos en 477 pacientes, lo que representa 94.8% de la población.

Objetivos: Realizar el seguimiento y revaloración del cumplimiento del programa preventivo sobre el colesterol y triglicéridos en la consulta de reumatología del Hospital General de Zona No. 17, IMSS.

Material y métodos: Población: 503 pacientes de ambos sexos (edades, 20-74 años) que formaron parte del protocolo Evaluación del cumplimiento del programa preventivo sobre colesterol y triglicéridos de la cartilla nacional de salud en la consulta de reumatología del HGZ IMSS No. 17. Duración: marzo del 2021 a marzo del 2022. Criterios de inclusión: edad > 20-74 años; sexo (ambos); derechohabientes del IMSS; derechohabientes que consultan en reumatología. Criterios de exclusión: pacientes hospitalizados; no contar con la cartilla nacional; edad < 20 años; se eliminó a los no derechohabiente del IMSS.

Resultados: Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. (CG221)

Diagnósticos válidos	Frecuencia	Porcentaje
AR	103	62.80%
LES	25	15.24%
OA	1	0.61%
EA	12	7.32%
SSJ	1	0.61%
APS psoriásica	14	8.54%
Esclerosis sistémica	4	2.44%
Síndrome de Churg-Straus	1	0.61%
Vasculitis	1	0.61%
Sd. antifosfolípidos	1	0.61%
Esclerosis múltiple	1	0.61%
Total:	164	100.00%
Porcentaje totales		
Sexo femenino	135	82%
Sexo masculino	29	18%

Tamizaje de colesterol	22	13%
Tamizaje de triglicéridos	3	2%
Tamizaje de tensión arterial	161	98%
Tamizaje de glucosa	64	39%
Pacientes revalorados	164	100%

Conclusiones: Se concluye la falta notable del cumplimiento del programa preventivo de colesterol y triglicéridos, de la consulta de reumatología del Hospital General de Zona 17 del Instituto Mexicano del Seguro Social. A diferencia de lo propuesto en la hipótesis de esta investigación sobre las mediciones preventivas de colesterol y triglicéridos, se esperaba que se realizaran con gran apego.

Bibliografía

1. Cervera-Castillo H, Torres-Caballero V. Patrón de referencia y nivel de concordancia diagnóstica entre un servicio de reumatología y el primer y segundo nivel de atención médica en una zona metropolitana del D.F. HGRZ No. 25 IMSS. FES Zaragoza UNAM y UMF No. 35 IMSS. México. Rev Fac Med UNAM 2004;47(2) Marzo-Abril.
2. Escobedo-de la Peña J, de Jesús-Pérez R, Scharngrotsky H, et al. Prevalencia de dislipidemias en la Ciudad de México y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. Resultados del estudio CAR-MELA. Gac Med Mex. 2014;150(2):128-136.
3. Salud S. (2016). Para qué sirve la Cartilla Nacional de Salud [Online] gob.mx. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/para-que-sirve-la-cartilla-nacional-de-saludidiom=es%20> [Accessed 14 oct 2020, 19:54 hrs].
Censia.salud.gob.mx. (2018). [Online]. Disponible en:http://www.censia.salud.gob.mx/descargas/infancia/2010/1.1._ACNSNyA.pdf [Accessed 14 OCT 2020, 20:45 hrs]
4. Liao KP, Malhotra R. Enfermedad de las arterias coronarias en la artritis reumatoide: implicaciones para la prevención y el tratamiento. (13 de octubre de 2019).

CG222

Farmacoepidemiología de la osteoartritis de una población indígena del estado de Chiapas

González-Montenegro IA¹, Peláez-Ballestas I², Toledano-Jaimes C¹, Aguilar-Castillo J¹, Montiel-Hernández JL¹, Zepeda-González D³, Gómez-Galicia DL¹

⁽¹⁾Universidad Autónoma del Estado de Morelos, ⁽²⁾Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, ⁽³⁾Clínica Esquipulas

Introducción: La prevalencia de osteoartritis (OA) en México es del 10.5% y las regiones con mayor prevalencia son Chihuahua con 20.5%, Nuevo León con 16.3%, y la Ciudad de México con 12.8%. La prevalencia para la población indígena rarámuri del estado de Chihuahua es del 6.6%.

Objetivos: Describir las características sociodemográficas y farmacoepidemiológicas de pacientes indígenas con OA en la Clínica Esquipulas.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo mediante el análisis de la base de datos y el expediente clínico de pacientes con OA y diagnóstico confirmado que acudieron a la Clínica Esquipulas durante el periodo de julio a septiembre de 2022, considerando la última consulta asistida.

Resultados: Se identificó a 54 pacientes con OA con edad media de 61 años, de los cuales el 72.2% correspondió a mujeres y 27.8% a hombres. La mediana de citas asistidas fue de 1 de 3. El promedio de anomalías por paciente fue de 2.4 y el 64.8% de los pacientes era pluripatológico (con dos o más enfermedades crónicas). La mediana de fármacos prescritos fue de cuatro y un 68.5% de pacientes tenía polifarmacia (cuatro o más fármacos prescritos). El antiinflamatorio no esteroideo más usado fue el celecoxib, administrado al 69% de pacientes, y el 80% de los pacientes recibió glucosamina/condroitina.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes indígenas con OA (68.65%) se trata con polifarmacia debido a que son pluripatológicos; los principales fármacos suministrados son el celecoxib y la glucosamina/condroitina para la OA en combinación con otros medicamentos para las comorbilidades.

Bibliografía

1. Peláez I, Sanin LH, Moreno J, Alvarez J, et al. Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol Suppl.* 2011;38:3-8.
2. Del Río D, Santana N, Peláez I, González SA, et al. Prevalence of rheumatic diseases in raramuri people in Chihuahua, Mexico: a community-based study. *Clin Rheumatol.* 2016;35:43-52.

CG223

Asociación de perfiles genéticos con la respuesta al alendronato en pacientes con osteoporosis

Villagómez-Vega A¹, Gámez-Nava JI², Ruiz-González F³, Pérez-Romero M³, Trujillo-Rangel WA¹, Nuño-Arana I¹

⁽¹⁾ Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Tonalá, ⁽²⁾ Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾ Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La osteoporosis es una enfermedad multifactorial y los factores genéticos juegan un papel importante en la determinación de la densidad mineral ósea (DMO) y se ha observado 50% a 80% de heredabilidad. El alendronato es el fármaco utilizado como primera línea para la osteoporosis, pero muchos de los pacientes no responden adecuadamente. Los factores genéticos pueden ser de gran ayuda para la elección del fármaco, ya que intervienen en la fisiopatología de la enfermedad.

Objetivos: Relacionar la influencia de combinaciones alélicas (perfiles genéticos) de riesgo para osteoporosis con la respuesta al tratamiento con alendronato.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva de 12 meses en la que se incluyó a 82 pacientes mujeres con osteoporosis posmenopáusica con tratamiento de alendronato (70 mg/sem). La DMO se midió mediante absorciometría dual de rayos X (DXA) de cuello femoral y columna lumbar, y se generaron perfiles con la combinación de 8 SNP relacionados con osteoporosis. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo con la respuesta al tratamiento. Se empleó la prueba t de Student para muestras independientes en las cuales las variables de agrupación fueron las respuestas al tratamiento.

Resultados: Los portadores del perfil A-C-T-C (construido a partir de rs700518, rs1800795, rs2073618 y rs3102735) mostraron predisposición a una respuesta favorable al tratamiento con alendronato (p = 0.001).

Conclusiones: Estos hallazgos resaltan la importancia de los perfiles identificados para la farmacogenética del tratamiento con alendronato en osteoporosis.

Bibliografía

1. Mondockova V, Adamkovicova M, Lukacova M, Grosskopf B, Babosova R, Galbavy D, et al. The estrogen receptor 1 gene affects bone mineral density and osteoporosis treatment efficiency in slovak postmenopausal women. *BMC Medical Genetics.* 2018;19(1).
2. Bone H, Hosking D, Devogelaer J, Tucci J, Emkey R, Tonino R, et al. Ten years' experience with alendronate for osteoporosis in postmenopausal women. *New England Journal of Medicine.* 2004;350(12):1189-1199.

CG224

Prevalencia de dolor lumbar inflamatorio en el Hospital ISSSTE 1° de Octubre

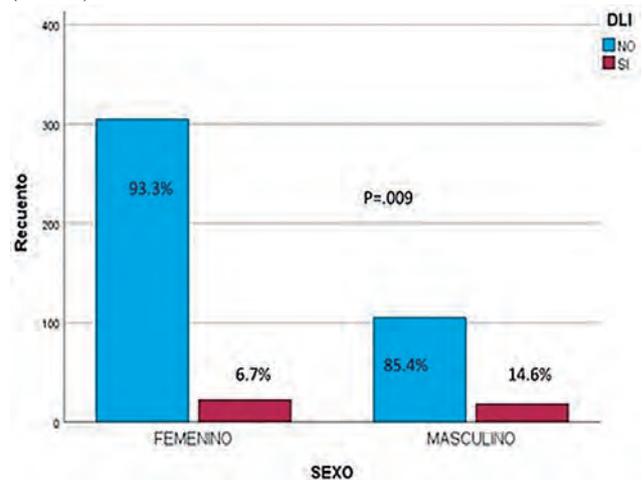
Alcocer-León M

Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE

Introducción: El dolor lumbar (DL) es un síntoma muy común y es ahora la principal causa de discapacidad en todo el mundo. El interés de los reumatólogos por el DL tiene como objetivo primordial identificar a pacientes con enfermedades reumáticas, en particular las relacionadas con artritis que afectan la columna vertebral y las articulaciones sacroiliacas, como la espondilitis anquilosante (EA). Esta última forma parte ahora de un espectro más amplio de espondiloartritis (SpAs) y el subconjunto en su totalidad se denomina SpAs axiales (axSpAs). Aunque la prevalencia de SpAs en la población general es alta y es comparable con la de la artritis reumatoide, existe un problema importante con el diagnóstico temprano de SpAs. La demora entre los primeros síntomas y el diagnóstico final se ha notificado en diferentes estudios entre cinco y 10 años en los países desarrollados, a menudo en relación con una larga historia de esfuerzos de diagnóstico inútiles. Una de las principales razones de tal retraso en el diagnóstico es la dificultad para identificar a los pacientes de los que existe sospecha de SpA axial entre el gran grupo de pacientes con lumbalgia crónica tratados en la atención primaria. Por lo tanto, existe una necesidad urgente para realizar una especie de filtro en la atención primaria, que permita la preselección de pacientes con una probabilidad relativamente alta de SpA del gran grupo de pacientes con dolor de espalda crónico, para mayor derivación al reumatólogo. Por consiguiente, el conocimiento de los signos y síntomas que distinguen la afectación inflamatoria de la columna de las anomalías no inflamatorias, sobre todo mecánicas, es fundamental para la identificación de pacientes con EA y otras SpA.

Objetivo: Informar la prevalencia de dolor lumbar de tipo inflamatorio en los pacientes de la consulta de los servicios de rehabilitación y traumatología y ortopedia del Hospital 1° de Octubre del ISSSTE; describir el grupo de edad y género en que es más prevalente al dolor lumbar inflamatorio, determinar las comorbilidades y características clínicas de los pacientes de dolor lumbar inflamatorio (Figura 1).

Figura 1. Prevalencia de dolor lumbar de tipo inflamatorio según el sexo. (CG224)



Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, observacional y prospectivo con muestreo no aleatorio por cuotas mediante la aplicación de una encuesta con preguntas basadas en los criterios ASAS para dolor lumbar inflamatorio; se realizó el tamaño de la muestra para establecer una proporción, para una población infinita, al calcular n = 450, intervalo de confianza al 95% y error absoluto planeado de 5%.

Resultados: De los 450 sujetos encuestados, los límites de edad fueron de 22 a 93 años, con una media de 60.38 años; en cuanto a la duración en años del dolor lumbar, la media fue de 4.5 años. El 91.1% no presentó DLI y el 8.9% sí. El 52.4% no tuvo fatiga y sí el 47.6%. El 97.1% no mostró rigidez articular matutina mayor de 30 minutos. La enfermedad reumática más prevalente fue la osteoartritis con una frecuencia de 2.7%, seguida en orden de frecuencia por artritis reumatoide con 1.1%, fibromialgia con 0.9% y sarcoidosis con 0.2%.

Conclusiones: La prevalencia de DLI fue mayor a la notificada en el artículo de Burgos Vargas, por lo que es de suma importancia saber identificarlo

para la referencia temprana a reumatología. El DLI fue más prevalente en el sexo masculino. En el contexto de las enfermedades reumáticas, fue más prevalente en los individuos con osteoartritis.

Bibliografía

1. Rudwaleit M, Claudepierre P, Wordsworth P, Cortina EL, Sieper J, Kron M, et al. Effectiveness, safety, and predictors of good clinical response in 1250 patients treated with adalimumab for active ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2009;36:801-8.
2. Sieper J, Rudwaleit M. Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including pre-radiographic and radiographic forms) in primary care. *Ann Rheum Dis* 2005;64:659-63.
3. Brandt HC, Spiller I, Song IH, Vahldiek JL, Rudwaleit M, Sieper J. Performance of referral recommendations in patients with chronic back pain and suspected axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2007;66:1479-84.
4. Poddubnyy D. Evaluation of 2 screening strategies for early identification of patients with axial spondyloarthritis in primary care. *The Journal of Rheumatology* Volume 38, no. 11.
5. Hart FD, Robinson KC, Allchin FM, et al. Ankylosing spondylitis. *Q J Med* 1949;18:217-34.
6. Blumberg B, Ragan C. The natural history of rheumatoid spondylitis. *Medicine (Baltimore)* 1956;35:1-31.
7. Wilkinson M, Bywaters EG. Clinical features and course of ankylosing spondylitis; as seen in a follow-up of 222 hospital referred cases. *Ann Rheum Dis* 1958;17:209-28.

CG225

Riesgo de fractura por FRAX sin densitometría ósea en pacientes con enfermedades reumáticas

Rubio-Torres DC, Carrasco-Chapa A, Medina-Castillo J, Martínez-Rodríguez MC, Skinner-Taylor CM, Negrete-López R, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas tienen mayor riesgo de desarrollar osteoporosis. Se evalúa la densidad mineral ósea mediante la absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) para su diagnóstico. En algunos casos, la primera manifestación de esta enfermedad es una fractura ósea, por lo que se han desarrollado distintas herramientas para evaluar su riesgo, incluido el parámetro *fracture risk assessment tool* (FRAX). La aplicación de la evaluación FRAX, con o sin la inclusión de la densidad mineral ósea, es un instrumento válido y puede ser útil en la práctica clínica para identificar a pacientes con alto riesgo de fractura e informar las decisiones terapéuticas.

Objetivos: Describir el riesgo de fractura a 10 años en pacientes con enfermedades reumáticas mediante FRAX.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y descriptivo. Se consideró a pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunitarias que acudían al servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Se aplicó el cuestionario FRAX sin realizar una prueba de densidad mineral ósea. Las características sociodemográficas y clínicas de la población se presentan como frecuencias, porcentajes o desviaciones estándar. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.25 (IBM Inc., NY, Estados Unidos).

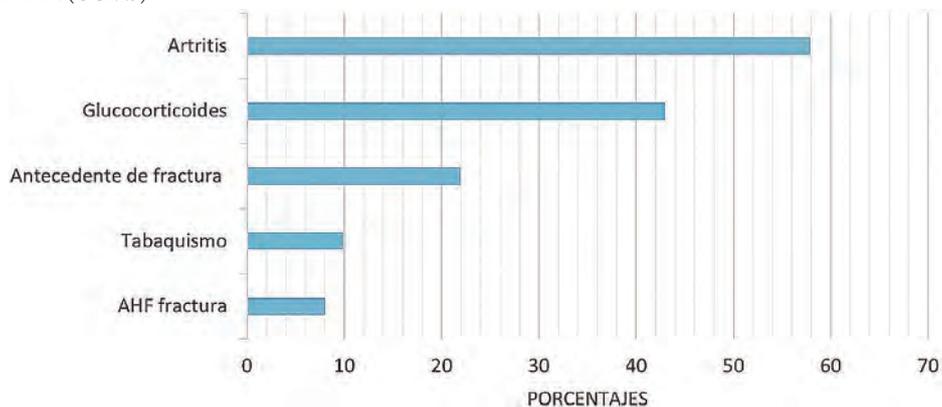
Resultados: Se incluyó a un total de 323 pacientes, la mayoría mujeres con 296 (91.6%), con una media de edad de 58.20 (± 10.23). El diagnóstico más frecuente fue artritis reumatoide con 187 (57.9%) casos, seguido de osteoartritis con 50 (15.5%) y lupus eritematoso sistémico con 21 (6.5%). El resto de los datos sociodemográficos y diagnósticos se observa en la **Tabla 1**. En cuanto a los dominios del FRAX, 71 (22.0%) de los pacientes tenían un antecedente de fractura; 26 (8.0%) antecedentes hereditarios de fractura, 32 (9.9%) antecedente de tabaquismo, 9 (2.8%) consumían alcohol y 139 (43.0%) se hallaban bajo tratamiento con glucocorticoides. De estos pacientes, 162 (50.2%) tenían riesgo bajo de fractura de cadera a 10 años, 93 (28.8%) riesgo intermedio y sólo 68 (21.2%) riesgo alto (**Figura 1**).

Tabla 1. Características sociodemográficas y riesgo (FRAX). (CG225)

Edad, años, media (DE)	58.20 (± 10.23)
Femenino, n (%)	296 (91.6)
Peso, kg, media (DE)	69.00 (± 13.68)
Talla, m, media (DE)	1.54 (± 0.06)
IMC	28.78 (± 5.7)
Diagnóstico, n (%)	
Artritis reumatoide	187 (57.9)
Osteoartritis	50 (15.5)
Lupus eritematoso sistémico	21 (6.5)
Osteoporosis	20 (6.2)
Síndrome de Sjögren	11 (3.4)
Esclerodermia	11 (3.4)
Otros	23 (7.2)
FRAX mayor, media (DE)	7.85 (± 8.55)
FRAX de cadera, media (DE)	2.33 (± 3.99)
Riesgo FRAX, n (%)	
Bajo	162 (50.2)
Intermedio	93 (28.8)
Alto	68 (21.1)

DE, desviación estándar; *otros: vasculitis, síndrome antifosfolípidos, espondiloartritis, artritis indiferenciada, artritis idiopática juvenil, miopatías.

Figura 1. Dominios FRAX. (CG225)



Conclusiones: La mayoría de estos pacientes (50.2%) tiene un riesgo bajo de fracturas a 10 años por FRAX sin densitometría ósea, y el factor más frecuente es la artritis reumatoide (57.9%), seguida por el tratamiento con glucocorticoides (43.0%). Esta información forma parte del programa de atención integral de salud ósea que se lleva a cabo en la consulta de reumatología de los autores, por lo que es de ayuda para optimizar las estrategias de prevención, mejorar la detección, el apego y la educación al paciente.

Bibliografía

- Horta-Baas G, Pérez Bolde-Hernández A, Pérez-Pérez A, Vergara-Sánchez I, Romero-Figueroa MDS. Agreement of Mexican FRAX with and without the value of bone mineral density in assessing the risk of fracture in daily clinical practice. *Medicina Clínica*. 2017;148(9):387-93.

CG226

Glucocorticoides en enfermedades reumáticas: clínica privada vs. clínica pública

Cerda-González RA, Rubio-Torres DC, Delgado-Ayala SM, Valdovinos-Bañuelos A, Vega-Sevilla LF, Campos-Tinajero E, Ramos-Suque DJ, Medina-Castillo J, Aguilar-Rivera LR, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: En México, los servicios de salud se encuentran organizados en tres grandes grupos de instituciones: seguridad social, asistencia social e instituciones médicas privadas. El acceso y el gasto en medicamentos se relacionan con las características socioeconómicas de los grupos de población y con las instituciones donde éstos se atienden. Los glucocorticoides son un pilar en el tratamiento de las enfermedades reumáticas activas debido a su inducción de la inmunosupresión controlada. El control de sus esquemas debe ser prioridad para las clínicas reumatológicas privadas y públicas. La información sobre el uso de glucocorticoides en el medio privado es escasa.

Objetivos: Comparar los esquemas de glucocorticoides en el control de la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico de una clínica privada y una pública del noreste de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de junio a septiembre del 2022 en el servicio de reumatología de un hospital universitario (consulta pública) y en el Centro de Especialistas en Artritis y Reumatismo (CEAR/consulta privada). Se incluyó a pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide o lupus eritematoso sistémico con un esquema de glucocorticoides como parte de su atención. Los datos se recopilaron de los expedientes clínicos y se incluyeron las siguientes variables: edad, género, fármacos, vía de administración y dosis.

Resultados: Se incluyó a 1 054 pacientes, 274 (25.99%) procedían de un medio privado (MP) y 780 (74.00%) de uno público (MPb). La media de edad fue de 44.37 años. De los pacientes MP, 115 (41.97%) tenían tratamiento con glucocorticoides y 384 (49.23%) de los MPb. La vía de administración más frecuente fue la oral (99.1% en LES y 99.3% en AR de MPb tanto en LES como en AR vs. 77.3% para LES y 75% en AR de MP) y el glucocorticoide más utilizado en ambos grupos fue la prednisona con una dosis media en MP de 7.14 mg para AR y 5.19 mg para LES vs. 8.71 mg para AR y 12.95 mg para LES de MPb. En pacientes de MP, 53.33% usaba FARME para AR y 32.5% para LES; mientras que en los individuos de MPb 87.8% (99.3% en AR y 80.4% en LES). En pacientes de MP, 34.7% con AR y 72.5% con LES usan antipalúdicos. En MPb ningún paciente con AR y 91.4% de los pacientes con LES consumían antipalúdicos. Los FARME más administrados en pacientes de MP fueron el metotrexato tanto en AR como en LES (49.3% AR y 15% LES, respectivamente), seguido por leflunomida (1.3%) en AR y micofenolato de mofetilo (10%) en LES. En MPb fueron el metotrexato (78.0%), la leflunomida (6.7%) y la sulfasalazina (4.0%) en AR, y en LES el micofenolato de mofetilo en 24.7%, el metotrexato en 21.7% y la azatioprina en 15.3%. Las características sociodemográficas y los esquemas de glucocorticoides, metotrexato e hidroxiloroquina se observan separadas por diagnóstico en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y uso de FARME. (CG226)

Variable, n (%)	Privada 274 (25.9)		Pública 780 (74.0)	
	AR 178 (16.88)	LES 96 (9.10)	AR 413 (39.18)	LES 367 (34.81)
Edad, años, media (DE)	53.8 (± 15.10)	38.7 (± 15.64)	50.2 (± 12.66)	34.8 (± 11.88)
Mujeres, n (%)	189 (86.69)	56 (100.00)	136 (12.90)	217 (20.58)
Uso de corticoide, n (%)	75 (7.11)	40 (3.79)	149 (14.13)	235 (22.29)
Dosis de corticoide, mg, media	7.14	5.19	8.71	12.95
Tratamiento concomitante n = 99				
FARME, n (%)	75 (15.03)	40 (8.01)	148 (29.65)	189 (37.87)
Dosis metotrexato, mg	16.59	17.08	21.37	18.67
Antipalúdicos, n (%)	26 (5.21)	29 (5.81)	0 (0)	213 (42.68)
Dosis de hidroxiloroquina, mg	202.08	212	0	263.82

Conclusiones: Se encontró una mayor prevalencia del uso de glucocorticoides en la clínica pública, así como una mayor dosis. En la clínica pública hubo una mayor frecuencia de prescripción de metotrexato en AR y LES en comparación con la consulta privada.

CG227

Composición corporal y número de FARME utilizados en artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico

Álvarez-González OE, Rubio-Torres DC, Flores-Gutiérrez DP, Aguilar-Rivera LR, Cárdenas-De la Garza JA, Riega-Torres J, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La inflamación crónica presente en las enfermedades reumatológicas altera la distribución de la grasa corporal y la respuesta al tratamiento, lo cual exige mayor dosis o cantidad de fármacos modificadores de la enfermedad (FARME). En México, cerca del 70% de la población tiene un índice de masa corporal (IMC) elevado, lo que provoca un deterioro de su calidad de vida y peores resultados clínicos. Evaluar y tratar el estado nutricional alterado de los pacientes reumatológicos tiene un efecto positivo en la calidad de vida.

Objetivos: Describir la composición corporal de pacientes con AR y LES y su nexa con el número de FARME utilizados y la prescripción de corticoesteroides.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal y descriptivo en el servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Se incluyó a todos los pacientes que acudían a consulta mayores de 18 años con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES). Se evaluó la composición corporal mediante el monitor InnerScan TANITA BC-533 (Yesod, Japón) que utiliza un análisis de impedancia bioeléctrica (BIA) por monofrecuencia. Se determinó el grado de actividad de la enfermedad mediante las escalas DAS28 (clasificando como en remisión < 2.6 puntos, leve 2.6 a 3.2 puntos, moderada 3.3 a 5.1 y grave > 5.1) y SLEDAI (remisión ≤ 2, leve 3 a 4, moderada 5 a 7 y grave ≥ 8) para AR y LES, respectivamente. Se usaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Para las variables cuantitativas se midieron el centro, tendencia y dispersión (medias y desviación estándar). Las comparaciones se realizaron con la prueba ji cuadrada para las variables cualitativas y para el análisis se empleó SPSS v.25.

Resultados: Se incluyó a 323 pacientes, 248 (79.1%) con AR y 75 (20.89%) con LES, con un promedio de edad de 51.79 (± 12.7) y 42 (± 14.8) años, respectivamente. En el grupo de AR se encontró IMC < 25 kg/m² en

64 (25.8%) e IMC > 25 kg/m² en 183 (73.8%), grasa total elevada en 148 (59.7%), grasa visceral alta en 40 (16.1%), masa muscular baja en 212 (85.5%), agua corporal baja en 155 (62.5%), 148 (59.7%) pacientes cumplieron dos de tres criterios para obesidad sarcopénica (sin evaluación de fuerza muscular) y 163 (65.7%) obesidad abdominal. Se evaluaron la actividad de la enfermedad de 151 sujetos, que fue moderada (n = 56/22.6%) en la mayor parte de los casos, y el consumo de fármacos de 233, de los cuales 132 (53.2%) recibían prednisona. En el LES se encontró IMC < 25 kg/m² en 18 (24%) y > 25 kg/m² en 57 (76%), grasa total elevada en 45 (60%), masa muscular baja en 61 (81.3%), agua corporal baja en 46 (61.3%) y obesidad abdominal en 51 (68%). Se revisó la actividad de la enfermedad en 49 sujetos y el esquema terapéutico de 70. El tratamiento combinado de dos FARME fue el esquema más frecuente en 38 (50.7%). Se obtuvo una relación significativa tanto en AR como en LES entre tener sobrepeso y un esquema de dos FARME combinados (p = 0.010), obesidad tipo 3 con uso de prednisona (p = 0.037), masa muscular baja con actividad grave de la enfermedad (p = 0.042), edad metabólica mayor y uso de esteroide intramuscular (p = 0.012). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: El 60% de esta población satisfizo dos de tres criterios para obesidad sarcopénica y más del 80% tuvo masa muscular baja. Estos parámetros pueden aumentar la actividad de la enfermedad y el número de fármacos necesarios para el control.

Bibliografía

1. Liu Y, Hazlewood GS, Kaplan GG, Eksteen B, Barnabe C. Impact of obesity on remission and disease activity in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care and Research*. 2017;69(2):157-165. <https://doi.org/10.1002/acr.22932>.
2. Nikiphorou E, Fragoulis GE. Inflammation, obesity and rheumatic disease: common mechanistic links. A narrative review. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*. 2018;10(8):157-167. doi:10.1177/1759720X18783894.

Tabla 1. Parámetros sociodemográficos y antropométricos de pacientes con AR y LES. (CG227)

	AR (n = 248/100%)	LES (n = 75/100%)
Edad	51.79 (± 12.7)	42 (± 14.8)
Parámetros antropométricos		
Talla	1.56 (± 0.7)	1.56 (± 0.7)
Peso, kg, media, (DE)	70.93 (± 16.26)	71.99 (± 18.84)
IMC	29.03 (± 6.69)	29.02 (± 7.35)
Cintura, cm, media, (DE)	92.09 (± 16.19)	91.68 (± 18.05)
Cadera, media, (DE)	109.94 (± 64.30)	105.10 (± 14.12)
ICC	0.86 (± 0.11)	0.86 (± 0.12)
Clasificación IMC, n (%)		
Bajo	8 (3.2)	6 (8.0)
Normal	56 (22.6)	12 (16.0)
Sobrepeso	85 (34.3)	29 (38.7)
Obesidad tipo 1	56 (22.6)	12 (16.0)
Obesidad tipo 2	28 (11.3)	10 (13.3)
Obesidad tipo 3	14 (5.6)	6 (8.0)
Parámetros BIA		
% Grasa, (DE)	36.11 (± 8.9)	34.87 (± 11.99)
% Agua, (DE)	44.59 (± 5.9)	46.16 (± 8.27)
Kg músculo, (DE)	41.94 (7.5)	43.25 (± 6.93)
Kg masa ósea, (DE)	2.25 (± 0.36)	2.29 (± 0.32)
Edad metabólica, años, (DE)	43.52 (± 11)	40.62 (± 14.01)
Alteraciones en la composición corporal n, (%)		
Grasa total alta	148 (59.7)	45 (60)
Grasa visceral alta	40 (16.1)	12 (16)

Masa muscular baja	212 (85.5)	61 (81.3)
Edad metabólica mayor a cronológica	67 (27.0)	35 (46.7)
Agua corporal baja	155 (62.5)	46 (61.3)
2/3 criterios de obesidad sarcopénica	148 (59.7)	45 (60.0)
Obesidad abdominal	163 (65.7)	51 (68.0)
Actividad de enfermedad, n (%)	n = 151 (100)	n = 49 (100)
Remisión	52 (21.0)	18 (24.0)
Leve	27 (10.9)	12 (16.0)
Moderada	56 (22.6)	14 (18.7)
Grave	16 (6.5)	5 (6.7)
Esquemas de tratamiento, n (%)		
	n = 233 (100)	n = 70 (100)
1 FARME	117 (47.2)	22 (29.3)
2 FARME	78 (31.5)	38 (50.7)
3 FARME	27 (10.9)	7 (9.3)
Prednisona	132 (53.2)	43 (57.3)
Esteroides IM	42 (16.9)	7 (9.3)

AR, artritis reumatoide; LES, lupus eritematoso sistémico; n, número; IMC, índice de masa corporal; ICC, índice cintura-cadera; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; IM, intramuscular.

CG228

Indicadores psicológicos de sobreingesta alimentaria en pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico

Palafox-Sosa I, Beltrán-Barajas A, Zúñiga-Román S, Argott-Garnica A, Martínez-Martínez LA

Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se relaciona con riesgo cardiovascular predominante por la inflamación a largo plazo que suelen presentar estos pacientes e incluso de magnitud similar a la de la diabetes mellitus. El papel de una alimentación es fundamental en el tratamiento no farmacológico de estos pacientes. Por otro lado, el lupus eritematoso sistémico (LES) también confiere un alto riesgo cardiovascular, hasta 50 veces mayor que la población en general. Los factores psicológicos vinculados con las conductas de consumo de calorías en esta población se han estudiado poco.

Objetivos: Evaluar los hábitos y las actitudes del comportamiento alimentario, así como su nexa con depresión o ansiedad en pacientes con AR y LES.

Material y métodos: Se invitó a participar a pacientes con AR y LES que acudieron a la consulta externa del departamento de reumatología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez del 3 de agosto del 2022 al 12 de octubre del 2022. Se les aplicó el cuestionario de Sobreingesta Alimentaria versión MP 78-1, PHQ 9 para depresión y GAD 7 para ansiedad. Se describieron variables demográficas y clínicas del expediente médico en el mismo día que contestaron la encuesta. Los datos se expresaron en media ± desviación estándar, y las comparaciones se realizaron con la prueba U de Mann-Whitney y exacta de Fisher. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de p < 0.05. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 25. El procedimiento de la encuesta del cuestionario tuvo autorización del comité de investigación y ética del instituto.

Resultados: Se incluyó a 30 pacientes, 15 con diagnóstico de AR, 13 con diagnóstico de LES y 2 con rhus. El 90% correspondió a mujeres con una edad de 53 ± 18 años e IMC de 29.6 ± 4. El 100% tenía enfermedad o algún

factor de riesgo cardiovascular concomitante, como hipertensión arterial sistémica (50%), dislipidemia (43%), valvulopatías (20%) y cardiopatía isquémica (16%). Otras enfermedades concomitantes fueron osteoporosis (23%), osteoartritis (23%), síndrome de Sjögren (20%), hipotiroidismo (17%) y gota (6%). La hipertensión arterial fue más frecuente en AR (73% vs. 30%, $p = 0.030$). La mayoría de los hábitos y actitudes del comportamiento alimentario fue similar en los pacientes de AR y LES, salvo que los hábitos de salud bajos son más frecuentes en los pacientes con LES (30% vs. 0%, $p = 0.030$), y la sobreingesta alimentaria es menor en pacientes con AR (59 \pm 10 vs. 66 \pm 6, $p = 0.046$). En el grupo de pacientes con AR se observaron correlaciones negativas: entre depresión y hábitos de salud ($\rho = -0.649$, $p = 0.009$), así como entre ansiedad e imagen corporal ($\rho = -0.582$, $p = 0.023$). La ansiedad se correlacionó de forma positiva con sobreingesta alimentaria ($\rho = 0.560$, $p = 0.030$), expectativas relacionadas con comer ($\rho = 0.554$, $p = 0.032$), aislamiento social ($\rho = 0.750$, $p = 0.001$) y afectividad ($\rho = 0.580$, $p = 0.023$). En el grupo de pacientes con LES se observó correlación positiva entre los grados de ansiedad y perspectiva a la defensiva ($\rho = 0.572$, $p = 0.041$), aislamiento social ($\rho = 0.637$, $p = 0.019$) y expectativas relacionadas con comer ($\rho = 0.793$, $p = 0.001$).

Conclusiones: Los hábitos y actitudes del comportamiento alimentario de pacientes con AR y LES son semejantes y algunos se correlacionan con la ansiedad y la depresión de los pacientes. El conocimiento detallado de éstas puede favorecer un control integral en pacientes con AR y LES. Son necesarios estudios más amplios para definir el comportamiento alimentario.

Bibliografía

1. Løgstrup BB, Ellingsen T, Pedersen AB, Darvalics B, Olesen KKW, Bøtker HE, et al. Cardiovascular risk and mortality in rheumatoid arthritis compared with diabetes mellitus and the general population. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2022 Oct 16];60(3):1400-9.
2. Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE, Conte CG, Medsger TA, Jansen-McWilliams L, et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *Am J Epidemiol* [Internet]. 1997 [cited 2022 Oct 18];145(5):408-15.

CG229

Indicadores psicológicos de sobreingesta alimentaria en pacientes con enfermedad reumatológica y cardiovascular

Beltrán-Barajas A, Zúñiga-Román S, Palafox-Sosa I, Argott-Garnica A, Martínez-Martínez LA

Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez

Introducción: La obesidad está ligada estrechamente con algunos trastornos del estado de ánimo, tales como depresión y ansiedad, y otras anomalías como baja autoestima o trastornos de la conducta alimentaria. La visualización de la relación emoción-ingesta y emoción-comportamiento mediante hábitos y actitudes del comportamiento alimentario permite al terapeuta trabajar de manera conjunta con el paciente en acciones que derivan en resultados favorables para el control de peso y el tratamiento de la propia enfermedad. Los hábitos y actitudes del comportamiento alimentario se han estudiado poco en pacientes con enfermedades reumáticas.

Objetivos: Evaluar los hábitos y actitudes del comportamiento alimentario, así como su nexa con depresión o ansiedad en pacientes con padecimientos reumatológicos y cardiovasculares.

Material y métodos: Se invitó a participar a pacientes con padecimiento reumatológico o cardiovascular que acudieron a la consulta externa de los departamentos de psicología, nutrición y reumatología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez de 7 de diciembre del 2021 al 12 de octubre del 2022. Se les aplicó el Cuestionario de sobreingesta alimentaria (OQ), versión MP 78-1, PHQ 9 para depresión y GAD 7 para ansiedad. Se describieron variables demográficas y clínicas del expediente médico en el mismo día que contestaron la encuesta. Los datos se expresaron en media \pm desviación estándar, y las comparaciones se realizaron con la prueba t de Student, ji cuadrada y exacta de Fisher; se realizaron correlaciones con

el método de Pearson. Se consideró una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS, versión 23. El protocolo tuvo autorización del comité de investigación y ética del instituto.

Resultados: Se incluyó a 102 pacientes con alguna enfermedad o factor de riesgo cardiovascular y 57 tenían además algún diagnóstico reumatológico. El 74% de la cohorte total correspondió a mujeres, con una edad de 54 \pm 15 años e índice de masa corporal de 31 \pm 4. El 16% tenía osteoartritis, 15% artritis reumatoide, 14% fibromialgia y 13% lupus, además de que se observó 40% de hipertensión arterial, 37% de cardiopatía isquémica, 21% de dislipidemias y 13% de hipotiroidismo. La dislipidemia (40% vs. 4.4%, $p < 0.0001$) y el hipotiroidismo (21% vs. 2%, $p = 0.004$) fueron mayores en el grupo de pacientes con enfermedades reumatológicas y la cardiopatía isquémica (28% vs. 47%, $p = 0.042$) fue más frecuente en el grupo sin enfermedad reumática. No hubo diferencias significativas en la edad ($p = 0.450$), los hábitos de salud ($p = 0.172$) y la imagen corporal ($p = 0.485$) entre los pacientes con enfermedad reumática y aquellos que no tenían una enfermedad reumática. Se encontraron múltiples correlaciones entre la depresión y ansiedad con sobreingesta ($\rho = 0.396$ y $\rho = 0.393$, $p < 0.0001$), antojos alimentarios ($\rho = 0.406$ y $\rho = 0.345$, $p < 0.0001$), expectativas al comer ($\rho = 0.422$ y $\rho = 0.454$, $p < 0.0001$), aislamiento social ($\rho = 0.626$ y $\rho = 0.585$, $p < 0.0001$) y alteración de la afectividad ($\rho = 0.653$, $\rho = 0.627$, $p < 0.0001$), entre otros.

Conclusiones: Los hábitos alimenticios reflejan las necesidades afectivas y la condición mental de la persona. Al reconocer que la alimentación emocional es una dimensión en la conducta alimentaria, en la cual comer puede ser la respuesta a una serie de emociones negativas como depresión o ansiedad, es posible hacer frente al efecto negativo e implementar estrategias para el control médico o no farmacológico de las enfermedades reumáticas.

Bibliografía

1. O'Donell W, Warrent WL. Cuestionario de sobreingesta alimentaria (OQ): 1era. Ed. Los Ángeles, Estados Unidos, Western Psychological Services, 2004.
2. Bulut N, Tezcan ME. Emotional eating is more frequent in obese rheumatoid arthritis patients. *Clin Nutr ESPEN*. 2020 Feb;35:81-84.

CG230

Hallazgos ultrasonográficos en entesis periféricas de pacientes con fibromialgia

Álvarez Del Castillo-Araujo AL¹, García-Bernal AG², Gómez-Ruiz CJ³

⁽¹⁾ Reumatología Integral, ⁽²⁾ Hospital Puerta de Hierro Sur, Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, ⁽³⁾ Cliditer, Ciudad de México

Introducción: La fibromialgia (FM) se caracteriza por dolor crónico generalizado, fatiga, trastornos del sueño, manifestaciones somáticas y dolor musculoesquelético, incluidas las zonas de entesis. La evaluación clínica de la entesitis es difícil por la frecuente falta de signos de inflamación, lo cual conduce a una posible clasificación errónea y al tratamiento insuficiente o excesivo de los pacientes. La sensibilidad a la presión de la entesis es más frecuente en la FM comparada con la artritis psoriásica con predominio en hemicuerpo superior, lo cual sugiere ser un indicador inespecífico de entesitis. Los aspectos clínicos y los hallazgos ecográficos como la ausencia de engrosamiento, Doppler de poder y entesofitos pueden ayudar a distinguir la FM de las espondiloartropatías. Se considera que tres de cada cuatro pacientes que padecen fibromialgia permanecen sin diagnosticar y que esperan un promedio de 2.3 a 5.2 años para recibir un diagnóstico. Los médicos familiares y otras especialidades tienen dificultad para diagnosticarla y diferenciarla de otras enfermedades reumáticas.

Objetivos: Describir los hallazgos ultrasonográficos de las entesis periféricas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia con uso del índice MASEI y su relación con variables clínicas.

Material y métodos: Estudio multicéntrico longitudinal de pacientes con diagnóstico de fibromialgia (criterios ACR 2010), los cuales aceptaron

participar. Se les realizó evaluación clínica que incluyó puntos precipitantes y evaluación ecográfica de entesis con empleo de la puntuación MASEI (tríceps, cuádriceps, rotuliano proximal y distal, aquileo y fascia plantar), tomando como punto de corte para sospecha de espondiloartropatía > 18 puntos con sensibilidad de 83.3% y especificidad de 82.8% (Figura 1). Se utilizaron equipos de alta resolución y sondas lineales de alta frecuencia (> 15 MHz) con obtención de imágenes en modo B y Doppler de poder con los parámetros establecidos por el grupo EULAR. Las variables se describen en medias, medianas y porcentajes y medidas de dispersión.

Figura 1. (CG230)



Resultados: Se incluyó a un total de 31 pacientes, de los cuales 28 eran mujeres, con edad promedio de 43.9 años, quienes habían visitado al menos a dos médicos no reumatólogos y a un reumatólogo previamente. En la exploración física, un promedio de 15 puntos precipitantes; 87% tomaba AINE y 61% medicamento neuropático. En la evaluación de entesis, una calificación MASEI promedio de 11.6 puntos y 8 pacientes tenían más de 18 puntos. Las entesis más afectadas fueron: fascia plantar, cuádriceps y rotuliano distal.

Conclusiones: La ecografía permitió corroborar el diagnóstico de FM al no cumplir la puntuación de sospecha en el registro MASEI y en 25% de los pacientes se logró detección temprana de espondiloartropatía.

Bibliografía

1. Macchioni P. Ultrasonographic and clinical assessment of peripheral enthesitis in patients with psoriatic arthritis, psoriasis, and fibromyalgia syndrome: The ULISSE Study. *J Rheumatol.* 2019 Aug;46(8):904-911.
2. Marchesoni A. Use of ultrasonography to discriminate psoriatic arthritis from fibromyalgia: a post-hoc analysis of the ULISSE Study. *J Clin Med.* 2021 Dec 29;11(1):180.

CG231

Esclerosis múltiple like

Gómez-Loza L, Velasco-Ibarra E, Marín-Rosales M, García-Cerda D

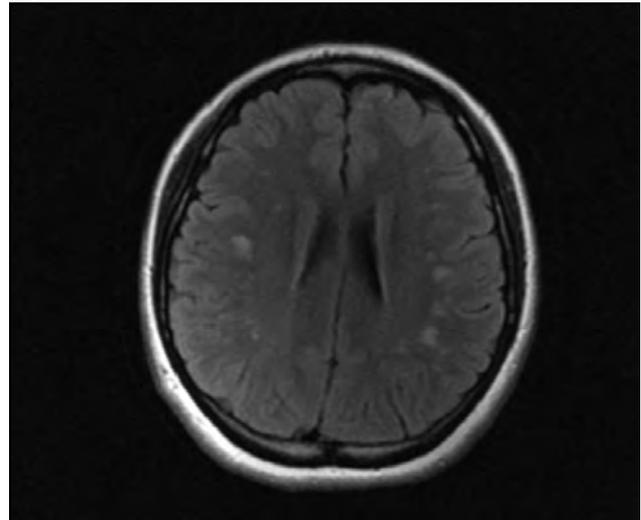
Hospital General de Occidente, SSA, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSP) es una enfermedad autoinmunitaria sistémica caracterizada por una infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas, en especial salivales y lagrimales. Se han definido ampliamente las manifestaciones neurológicas adjuntas, incluidos el sistema nervioso central (SNC) y el periférico (SNP), así como otras manifestaciones extraglandulares de la enfermedad.

Objetivos: Presentar un caso clínico y revisar las publicaciones médicas.

Resultados: Paciente femenina de 23 años con antecedente de crisis convulsivas en la infancia y remisión a los 14 años; en la actualidad se halla bajo tratamiento con alprazolam debido a un trastorno de ansiedad. El servicio de neurología la revalora por aparición de temblor fino y cefalea; la exploración física documentó tenosinovitis de los tendones flexores de falanges, así como flogosis y dolor en muñecas. Dentro del abordaje diagnóstico neurológico, la resonancia magnética de cráneo delinea lesiones desmielinizantes yuxtacorticales y periventriculares, con bandas oligoclonales y potenciales evocados normales (Figura 1). En términos neurológicos se clasificó como síndrome radiológico aislado. En el abordaje reumatológico se solicita anti-Ro-52, que resulta positivo, y la biopsia de glándula salival menor identifica dos focos con más de 50 linfocitos e hiperplasia intraductal y prueba de Schirmer de OD 5 y OI 2, lo que establece el diagnóstico de neurosjögren (ACR/EULAR 2012: 7 puntos). En virtud de su agresividad y presentación extraglandular se inició tratamiento con esteroides y rituximab con adecuada evolución.

Figura 1. (CG231)



Conclusiones: Desde la descripción inicial de Sjögren en 1935 se han incluido las manifestaciones neurológicas adjuntas y se ha identificado una prevalencia que oscila entre 8.5% y 70% de las manifestaciones de los sistemas nerviosos central y periférico, respectivamente, con coexistencia hasta en el 50%. El diagnóstico de estas manifestaciones es a menudo difícil e incluso pueden ser el primer signo de un SSP y preceder al síndrome seco con afectación predominante del SNC. Las imágenes de RM muestran múltiples lesiones hiperintensas en regiones subcorticales y periventriculares. La seropositividad para los anticuerpos anti-SSA (Ro) se correlaciona de forma directa con el tipo de compromiso en SNC y es un predictor de gravedad. Desde el punto de vista radiográfico, las lesiones en RMN en la esclerosis múltiple son casi siempre subcorticales y periventriculares y pueden ser clínicamente asintomáticas o presentarse como recaídas y

remisiones a lo largo de su evolución. Por lo tanto, en los pacientes con datos clínicos y por neuroimagen similares a los de la esclerosis múltiple debe considerarse el síndrome de Sjögren como un diagnóstico diferencial de la esclerosis múltiple.

Bibliografía

- Méndez-Perles C, Sangüesa-Gómez C, Fernández-Castro M, Andreu-Sánchez JL. Manifestaciones neurológicas del síndrome de Sjögren primario. *Sem Fund Es Reumatol* [Internet]. 2013 [citado el 25 de octubre de 2022];14(3):80-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-articulo-manifestaciones-neurológicas-del-síndrome-sjogren-S1577356613000353>
- Bernal-Macias S, Reyes V, García-Alfonso C, Salej-Durán V, Beltrán JC, Mora Alfonso SA, et al. Síndrome de Sjögren neuropsiquiátrico. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2020;27:125-39. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcr/v27s2/0121-8123-rcr-27-s2-125.pdf>

CG232

Diagnósticos diferenciales de dolor plantar para el reumatólogo: a propósito de un caso de fibromatosis plantar por ultrasonografía

Chacón-Abril K¹, Duarte-Salazar C², Hernández-Díaz C², Ventura-Ríos L²

⁽¹⁾Consultorios Médicos PraxMED, Quito, Ecuador, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: El dolor plantar afecta a 4% a 7% de la población, en especial sujetos de edad media y adultos mayores. Se vincula con disminución de la capacidad funcional y la percepción de la calidad de vida. En clínica se presenta como dolor durante la marcha y actividades con carga, sobre todo luego de periodos de reposo. La causa más frecuente es la fascitis plantar; sin embargo, deben tenerse en cuenta otros diagnósticos diferenciales, como fibromatosis plantar, desgarros de la fascia plantar y otros, entre ellos xantomas, trastornos relacionados con diabetes, reacciones de cuerpos extraño e infecciones de la fascia.

Objetivos: Describir un caso de fibromatosis plantar por ultrasonografía. **Descripción del caso:** Paciente femenino de la quinta década de la vida, diagnosticado con artritis idiopática juvenil a los 15 años, con tratamiento actual: leflunomida (20 mg/día), hidroxicloroquina (200 mg/día) y deflazacort (6 mg/día). Exploración física: sólo daño estructural con limitación de los arcos de movilidad en hombros, codos, carpos y rodillas. Sin datos de artritis aguda. Estudios de gabinete: factor reumatoide 305 IU/mL. Enfermedad actual: aparición de modulación aislada en borde lateral de mediopié derecho de cuatro meses de evolución. Ultrasonografía: se visualiza a nivel de la fascia plantar sobre el borde lateral una imagen heterogénea, mal delimitada, con bordes parcialmente definidos, de 1.27 x 0.57 cm, sin señal Doppler. La cortical del calcáneo y la base del quinto metatarsiano se observan irregulares, con protrusiones de la cortical grandes sin causar distensión de las estructuras adyacentes. Impresión diagnóstica: imagen indicativa de fibromatosis plantar (**Figura 1**).

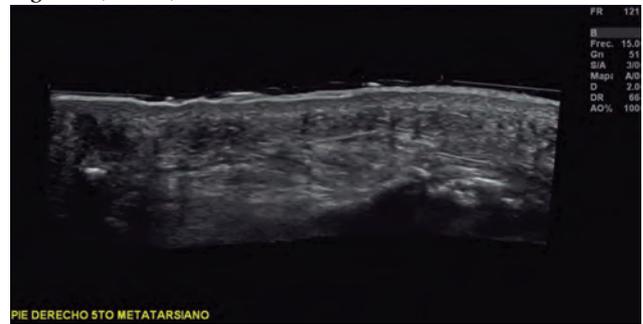
Figura 1. (CG232)



Resultados: La fibromatosis plantar es un trastorno benigno y poco frecuente en el que se observa proliferación nodular fibroblástica de la fascia plantar; su fisiopatología no se ha dilucidado. Se presenta casi siempre en

personas de edad media y varones como uno o más nódulos de crecimiento lento, que se vuelven sintomáticos cuando alcanzan un tamaño suficiente para provocar inestabilidad de la marcha, por lo que el dolor se exacerbaba en bipedestación o con la deambulación. Suelen ocupar los dos tercios distales de la fascia plantar, pueden ser múltiples y hasta en uno de cada cuatro casos pueden ser bilaterales. El ultrasonido se ha convertido en un método de imagen útil para confirmar el diagnóstico clínico y ofrece como ventajas la examinación rápida de ambos pies a bajo costo, en comparación con la resonancia magnética nuclear. La presentación ecográfica consiste en un nódulo fusiforme hipocóico de localización superficial en la fascia plantar, por lo general avascular y puede o no presentar reforzamiento acústico posterior. En casi el 50% de los casos se describe el signo del peine, caracterizado por áreas lineales de hipocogenicidad contiguas a áreas de isocogenicidad con respecto a la fascia (**Figura 2**).

Figura 2. (CG232)



Conclusiones: El diagnóstico de la fibromatosis plantar es clínico y debe sospecharse ante lesiones nodulares de crecimiento lento; la ultrasonografía es un método accesible, factible y poco invasivo de confirmación.

Bibliografía

- Cohen B, Murthy N, McKenzie G. Ultrasonography of plantar fibromatosis. *J Ultrasound Med* 2018;00:00-00.
- Griffith J, Wong T, Man Wong S, et al. Sonography of plantar fibromatosis. *AJR Am J Roentgenol.* 2002;179(5):1167-72.
- Draghi F, Gitto S, Bortolotto C, et al. Imaging of plantar fascia disorders: findings on plain radiography, ultrasound and magnetic resonance imaging. *Insights Imaging.* 2017;8(1):69-78.

CG233

¿Es seguro el tratamiento con inhibidores del factor de necrosis tumoral en pacientes con antecedente de neoplasia y enfermedades autoinmunes?

Alcántara-Alonso E¹, Reyes-Salinas A¹, Carrillo-Vázquez SM¹, Xibillé-Friedmann DX², Candia-Zúñiga L³

⁽¹⁾Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, Ciudad de México, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca Dr. José G. Parres, Cuernavaca, Morelos, ⁽³⁾Facultad de Medicina de la Universidad de Juárez del Estado de Durango, Durango

Introducción: Las espondiloartritis (EA) son un grupo de enfermedades inflamatorias que comparten un grupo de características clínicas dentro de las que se encuentran la artritis axial y periférica, entesitis, dactilitis y uveítis en relación con HLA B27. Las EA se clasifican en espondilitis anquilosante, EA axial no radiográfica, EA periférica, artritis psoriásica, artritis reactiva, EA de inicio juvenil y EA vinculada con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), dentro de las que se incluyen la enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa (CU) y EII no clasificada. En algunos estudios se ha notificado un incremento del riesgo de desarrollar cáncer en pacientes con EA, y los de mayor prevalencia son los cánceres de cabeza y cuello, de piel tipo melanoma y de células escamosas. Este panorama clínico se debe tomar en consideración

para la elección del tratamiento de acuerdo con las guías ASAS-EULAR, ya que se recomienda iniciarlo en concordancia con los dominios afectados y las comorbilidades del paciente; sin embargo, no existen recomendaciones acerca del tratamiento con inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNFi), inhibidor de IL-17 (IL-17i) o fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos en pacientes con antecedente de cáncer.

Objetivos: Informar el caso clínico de un paciente con EA relacionada con EII y antecedente de cáncer que se encuentra en tratamiento con TNFi.

Resultados: Paciente femenino de 72 años de edad con antecedente de CU de 12 años de evolución bajo tratamiento con mesalazina. Cáncer de mama de cuatro años de diagnóstico tratado con anastrozol, actualmente en remisión. Diagnosticada en el 2020 con EA vinculada con enfermedad inflamatoria intestinal que muestra la siguiente evolución (**Figura 1**).

Discusión: La paciente presentó una reducida posibilidad terapéutica debido a las comorbilidades y dominios afectados, por lo cual fue elegible para iniciar tratamiento con un TNFi. Se ha notificado un riesgo mayor de cáncer, en particular linfoma y cáncer de piel, en pacientes que reciben tratamiento con TNFi, por lo que se ha evitado en pacientes con antecedente de neoplasias, sin contar con evidencia clara de su nexa con recurrencia o desarrollo de un nuevo cáncer primario. En el seguimiento de dos años de tratamiento la paciente no sufrió recurrencia ni aparición de un nuevo cáncer, lo que concuerda con los informes de Hellgren y Waljee en los que el tratamiento con TNFi en pacientes con EA no incrementó el riesgo general de cáncer ni en subtipos como cáncer de mama, colorrectal, pulmonar, melanoma ni linfoma a los 5.6 años de seguimiento, con una tasa de incidencia registrada de 30.3/1 000 pacientes/año, similar a la observada en los pacientes que no recibieron dicho tratamiento (34.4/1 000 pacientes/año), al margen de que el tiempo de inicio del tratamiento fuera menor o mayor de dos años después de su diagnóstico. Los TNFi muestran un perfil de seguridad equiparable al de otros tratamientos, como rituximab y abatacept.

Conclusiones: Los fármacos TNFi son seguros en el tratamiento de pacientes con EA relacionada con EII y antecedente de cáncer.

Bibliografía

1. Bittar M, Merjanah S, Alkilany R, Magrey M. Malignancy in ankylosing spondylitis: a cross-sectional analysis of a large population database. *BMC Rheumatol.* 2022 Jun 30;6(1):44.
2. Hellgren K, Dreyer L, Arkema EV, Glintborg B, Jacobsson LT, et al., ARTIS Study Group, For the DANBIO Study Group. Cancer risk in

patients with spondyloarthritis treated with TNF inhibitors: a collaborative study from the ARTIS and DANBIO registers. *Ann Rheum Dis.* 2017 Jan;76(1):105-111.

3. Waljee AK, Higgins PDR, Jensen CB, Villumsen M, Cohen-Mekelburg SA, et al. Anti-tumour necrosis factor-therapy and recurrent or new primary cancers in patients with inflammatory bowel disease, rheumatoid arthritis, or psoriasis and previous cancer in Denmark: a nationwide, population-based cohort study. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020 Mar;5(3):276-284.
4. Xie W, Xiao S, Huang Y, Sun X, Gao D, Ji L, Li G, Zhang Z. A meta-analysis of biologic therapies on risk of new or recurrent cancer in patients with rheumatoid arthritis and a prior malignancy. *Rheumatology (Oxford).* 2020 May 1;59(5):930-939.

CG234

Principales motivos de suspensión del tratamiento biológico en pacientes con enfermedades autoinmunes en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE

Castillo-Ortiz A², Alpízar-Rodríguez D¹, Rivera-Terán V¹, Huchim-Peña CJ²

⁽¹⁾Colegio Mexicano de Reumatología, ⁽²⁾Hospital Regional Mérida, ISSSTE

Introducción: Los últimos 20 años se han observado importantes cambios en el paradigma para el tratamiento de las enfermedades autoinmunitarias (EA), relacionados en gran parte con la introducción de fármacos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (FARMEb). Las interrupciones frecuentes del tratamiento y el cambio terapéutico hacen que el control clínico a largo plazo de las EA sea más desafiante, genere mayores costos para los sistemas de atención médica y exija que los médicos desarrollen medidas terapéuticas secuenciales basadas en evidencia clínica y económica limitada.

Objetivos: Determinar los principales motivos de suspensión de tratamiento de los pacientes con enfermedades reumáticas en el servicio de reumatología del Hospital Regional Mérida del ISSSTE, a partir de la

Figura 1. Línea del tiempo. Seguimiento del paciente con EA relacionada con EII y antecedente de cáncer de mama en tratamiento con TNFi. (CG233)



información del Registro Mexicano de Acontecimientos Adversos de Terapias Biológicas en Enfermedades Reumáticas (BIOBADAMEX).

Materiales y métodos: En este estudio se incluyó a todos los pacientes registrados en el servicio de reumatología del Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Se utilizó estadística descriptiva para las características basales y los principales motivos de suspensión en general. Se utilizó la prueba ji cuadrada para analizar las diferencias en los motivos de suspensión entre sexo, diagnóstico y FARMEb.

Resultados: Se incluyó a 105 pacientes en este estudio, de los cuales el 94 (89%) fueron de sexo femenino, con una media de edad de 55 años (± 13.5) y un índice de masa corporal de 29 (± 4.7) (Tabla 1). El diagnóstico más frecuente fue artritis reumatoide en 78 (74%) de los pacientes, con una mediana de actividad basal alta de 5.5 (3.2 < 6.2) por DAS-28. Las otras ER más comunes fueron artritis psoriásica en 11 (10%) y espondilitis anquilosante en 10 (9%). La mediana de duración de la enfermedad en años fue de 11 (5 < 16.5). Se identificó que 33 pacientes (31%) tenían alguna comorbilidad, entre las cuales la hipertensión arterial fue la más frecuente 9 (8.5%). Los FARMEb más usados fueron los anti-TNF y de ellos el certolizumab fue el más frecuente en 34 (32%) pacientes, seguido por golimumab en 27 (26%) y adalimumab en 12 (11%). Se administraron inhibidores de JAK en 4 (3%) pacientes; 66 pacientes (62%) recibieron glucocorticoides con una dosis mediana de 6 mg y 81 (76%) un FARMEb concomitante. En relación con la suspensión de FARMEb, 15 (14%) pacientes suspendieron el tratamiento y las principales causas fueron la ineficacia en 27% y los efectos adversos en 20%. Entre los otros motivos de suspensión de medicamento, sólo un paciente suspendió por desabasto. Al realizar la comparación entre grupos (Tabla 2) no se reconocieron diferencias estadísticamente significativas entre sexo, diagnóstico y tipo de FARMEb para la suspensión del tratamiento.

Tabla 1. Características basales. (CG234)

Características basales (n = 105)	
Sexo femenino, n (%)	94 (88.7)
Edad, media (DE)	54.75 (± 13.5)
Índice de masa corporal, media (DE)	29.45 (± 4.7)
Diagnóstico	
- Artritis reumatoide	78 (73.6)
- Artritis idiopática juvenil	1 (0.9)
- Espondilitis anquilosante	10 (9.4)
- Artritis psoriásica	11 (10.4)
- Lupus eritematoso sistémico	4 (3.8)
- Osteoporosis	1 (0.9)
Duración de enfermedad, mediana (RIC)	11 (5–16.5)
Índices de actividad, mediana (RIC)	
- DAS 28	5.5 (3.2–6.2)
Comorbilidades, n (%)	33 (31.1)
Hipertensión, n (%)	9 (8.5)
Diabetes mellitus, n (%)	7 (6.6)
Hipercolesterolemia, n (%)	5 (4.7)
Tabaquismo, n (%)	4 (3.8)
Biológico previo, n (%)	8 (7.5)
Tratamiento actual, n (%)	
- Etanercept original	1 (0.9)
- Adalimumab	12 (11.3)
- Rituximab original	5 (4.7)
- Abatacept	8 (7.5)
- Tocilizumab	5 (4.7)
- Certolizumab	34 (32.1)
- Golimumab	27 (25.5)
- Secukinumab	7 (6.6)
- Denosumab	1 (0.9)
- Baricitinib	4 (3.4)
- Rituximab biocomparable	1 (0.9)
Uso de glucocorticoides, n (%):	66 (62.3)
Dosis de glucocorticoides (mg), mediana (RIC)	6 (6–6)
Uso de FARME, n (%):	81 (76.4)
Duración del tratamiento (años), mediana (RIC)	2.6 (0.95–4.4)
Tratamientos suspendidos, n (%)	15 (14.3)

Motivo de suspensión n (%)	
- Ineficacia	4 (26.7)
- Efecto adverso	3 (20)
- Otros	8 (53.3)
Efectos adversos, n (%):	5 (4.7)
Graves, n (%):	5 (100)

Tabla 2. (CG234)

		Suspensión de tratamiento	Sin suspensión de tratamiento	p
Sexo*	Femenino	15	79	0.5
	Masculino	0	11	
Diagnóstico*	AR	12	66	0.45
	EA	2	8	
	APS	1	10	
Biológico*	Adalimumab	1	11	0.12
	Abatacept	1	7	
	Tocilizumab	1	4	
	Certolizumab	6	28	
	Golimumab	5	22	
	Secukinumab	1	6	

* χ^2

*Lineal por lineal

Conclusiones: El porcentaje de suspensión de FARMEb en los pacientes con ER de esta institución es del 14% y de ellos el principal motivo de suspensión fue la ineficacia, lo cual es similar a lo notificado en otros estudios como el CORRONA. El desabasto de medicamentos fue el motivo de una sola suspensión, lo cual es bajo en comparación con las 33 suspensiones por desabasto informadas en BIOBADAMEX.

Bibliografía

- Aaltonen KJ, Virkki LM, Malmivaara A, Kontinen YT, Nordstrom DC, Blom M. Systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of existing TNF blocking agents in treatment of rheumatoid arthritis. *PLoS One*. 2012;7(1):e30275.
- Sullivan SD, Alfonso-Cristancho R, Carlson J, Mallya U, Ringold S. Economic consequences of sequencing biologics in rheumatoid arthritis: a systematic review. *J Med Econ*. 2013;16(3):391-6.
- Strand V, Miller P, Williams SA, Saunders K, Grant S, Kremer J. Discontinuation of biologic therapy in rheumatoid arthritis: analysis from the Corrona RA Registry. *Rheumatol Ther*. 2017 Dec;4(2):489-502.

CG235

Videocuestionario DASH en la evaluación de pacientes con enfermedades reumatológicas

Flores-Gutiérrez DP, Medina-Castillo J, Vega-Morales D, Hernández-Galarza I, Galarza-Delgado D, Vázquez-Bañuelos AK, García-Arellano G

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El cuestionario *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH) es una escala funcional de autoevaluación de 30 preguntas que clasifica la habilidad (y dificultad) de un paciente para realizar sus actividades diarias en relación con la extremidad superior. Las puntuaciones se obtienen al responder cada pregunta con una escala de 5 puntos (1 = sin dificultad, 5 = incapaz) y tiene un máximo de 100 puntos; una puntuación más alta representa una mayor discapacidad. La aplicación toma en promedio de 10 a 15 minutos. En reumatología es necesario un tamizaje constante de la discapacidad para mantener la independencia y calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Describir los hallazgos en la población mediante un nuevo formato en video del cuestionario DASH.

Materiales y métodos: Se condujo un estudio transversal en la clínica de reumatología del Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio González en Monterrey. Se evaluó a pacientes con un diagnóstico reumatológico mayores de 18 años a través del videocuestionario DASH autoaplicable. Los pacientes completaron el cuestionario y, de acuerdo con sus resultados, fueron referidos a programas de rehabilitación (Tabla 1).

Tabla 1.(CG235)

Artritis reumatoide	78 (45.34%)
1 o más comorbilidades reumatológicas	47 (27.32)
Mujeres	172 (100%)
Edad promedio	50 (DE 13.50)
DASH	
Sin limitación	15 (8.72%)
Limitación leve	38 (22.09%)
Limitación moderada	81 (47.09%)
Limitación grave	37 (21.51%)
Limitación total	1 (0.58%)

Resultados: Se evaluó a 172 pacientes, todos del género femenino, con una edad promedio de 50 años. El diagnóstico más común fue artritis reumatoide (45.34%), seguido por osteoartritis (21%). El 47.09% (81) de las pacientes tuvo una limitación moderada, con 24.3 puntos de promedio obtenido. Las preguntas con mayor discapacidad fueron 11, 12, 18, 19 y 30, lo que sugiere que la afección subyacente más frecuente es el pinzamiento del hombro. El tiempo promedio que tomó la aplicación del videocuestionario fue de 5 minutos con 25 segundos, el mínimo de 1 minuto con 32 segundos y el máximo de 22 minutos con 2 segundos.

Conclusiones: La discapacidad más frecuente aparece en la articulación del hombro, y el pinzamiento de hombro es la anomalía más común. La introducción del videocuestionario DASH como herramienta innovadora ha mejorado el tiempo que toma la identificación de la limitación y su clasificación.

Bibliografía

1. Beaton DE, Katz JN, Fossel AH, Wright JG, Tarasuk V, Bombardier C. Measuring the whole or the parts validity, reliability, and responsiveness of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand outcome measure in different regions of the upper extremity. *J Hand Ther.* 2001;14(2):128-46.
2. Hervás TM, Navarro-Collado MJ, Peiró S, Rodrigo-Pérez JL, López-Martín P, Martínez-Tello I. Versión española del cuestionario DASH. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2006;127(12):441-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13093053>.

CG236

Los estímulos microbianos y asociados a estrés mecánico favorecen la secreción de IL-17 en las células T $\gamma\delta$ $\alpha 4\beta 7+$ en SpA

Gómez-Mosqueira R¹, Bernal-Alferes BJ¹, Domínguez-López ML¹, Casasola-Vargas JC², Meza-López y Olguín G², Burgos-Vargas R², Rivas-Hernández N³, Prieto-Chávez JL³, Arriaga-Pizano LA³, Romero-López JP¹

⁽¹⁾Instituto Politécnico Nacional, ⁽²⁾Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, ⁽³⁾UMAE Hospital de Especialidades

Introducción: Las espondiloartritis (SpA) son un grupo de enfermedades inflamatorias de origen desconocido que comparten características clínicas e inmunopatológicas. Estudios del genoma completo (GWAS) han podido

identificar genes distintos de *HLA-B27* relacionados con SpA, que además se vinculan con la enfermedad inflamatoria intestinal (IBD). Los linfocitos T $\gamma\delta$ se encuentran de manera predominante en epitelios de barrera, promueven la homeostasis y participan en el control y eliminación de microorganismos. Para ello, estas células expresan distintos receptores que les permite interactuar con el ambiente y responder rápidamente ante estímulos nocivos con la secreción de citocinas proinflamatorias como la interleucina (IL)-1 β , IL-17 e interferón (IFN), entre otras, sin necesidad del estímulo directo al receptor de la célula T (TCR). En fecha reciente, este grupo de investigación describió en pacientes con SpA una nueva población de células T que expresan la integrina $\alpha 47$ y los receptores tipo Toll (TLR) 2 y TLR4, lo que hace posible que estas células estén predispuestas a la activación, migración y secreción de citocinas relacionadas con las SpA.

Objetivos: El objetivo de este proyecto es caracterizar a la población de células T $\gamma\delta$ $\alpha 4\beta 7+$ y determinar la secreción de IL-17 e IL-22 ante estímulo, inmunológico con IL-23; microbiano con lipopolisacárido (LPS); y relacionado con estrés mecánico, con ácido hialurónico de bajo peso molecular (HA).

Material y métodos: Se inscribió a 10 pacientes con SpA clasificados por ASAS y se evaluaron con las escalas de ASDAS, BASDAI y BASMI; se tomaron 40 mL de sangre periférica para la obtención de células mononucleares y se cultivaron 4×10^6 células en placas de 24 posos por 72 h y se estimularon con 10 ng/mL de IL-23; 10 ng/mL de LPS; y con 50 μ g/mL de HA. Al final se determinó la expresión de la integrina $\alpha 4\beta 7$, IL-17 e IL-22 mediante citometría de flujo.

Resultados: Se han procesado 10 muestras de pacientes y 7 de individuos sanos. Se identificó una tendencia global de las células T $\gamma\delta$ $\alpha 4\beta 7+$ a secretar IL-17 ante los estímulos con IL-23, LPS y HA y de las células 47 a secretar IL-22. Además, se encontró una población de células con mayor expresión del TCR denominadas Thi, con mayor expresión de IL-22 que las células Tlo (Kruskal-Wallis $p < 0.0001$) y tendencia a mayor expresión de IL-17. Por último, se observó que las células T secretan más IL-22 que las células no T (ANOVA $p < 0.0001$) al margen de la expresión de la integrina 47.

Conclusiones: Los linfocitos T $\gamma\delta$ expresan mayor IL-22 y el estímulo inmunológico, microbiano y vinculado con estrés mecánico no propicia la secreción de IL-22 de los linfocitos no T durante el tiempo de cultivo establecido. Los linfocitos T positivos a la integrina $\alpha 4\beta 7$ muestran una tendencia a la secreción de IL-17 en comparación con las células que no expresan la integrina. Por otro lado, la mayor expresión del TCR en estos linfocitos sugiere que existe algún estímulo en el compartimento intestinal que las faculte para la secreción de IL-22.

Bibliografía

1. Dupraz L, Magniez A, Rolhion N, Richard ML, Da Costa G, Touch S, et al. Gut microbiota-derived short-chain fatty acids regulate IL-17 production by mouse and human intestinal $\gamma\delta$ T cells. *Cell Rep.* 2021;36(1).
2. Romero-López JP, Gómez-Martínez D, Domínguez-López ML, Jiménez-Zamudio L, Casasola-Vargas JC, Burgos-Vargas R, et al. Differential expression of TLR2 and TLR4 in $\alpha 4\beta 7$ -positive leukocytes of patients with axial spondyloarthritis. *Rheumatol (United Kingdom).* 2020;59(4):879-88.

CG237

Frecuencia de la variante H159Y del gen de BAFF-R en pacientes con lupus eritematoso sistémico y síndrome de Sjögren primario

Palafox-Sánchez CA¹, Borunda-Calderón IM², Marín-Rosales M³, Salazar-Camarena DC⁴, Román-Fernández IV¹, Muñoz-Valle JF¹, Cerra-Cruz S⁵

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (IICB), Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Doctorado en Ciencias Biomédicas (DCB), Centro Universitario en Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco, ⁽⁴⁾Grupo de Inmunología Molecular, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽⁵⁾Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) y el síndrome de Sjögren primario (SSp) son enfermedades autoinmunitarias crónicas caracterizadas por la producción de autoanticuerpos con la capacidad de afectar múltiples órganos. Un componente esencial del proceso fisiopatológico de ambas enfermedades es la hiperactividad de los linfocitos B (LB) autorreactivos, en la que se destaca la participación del factor activador de LB, conocido como BAFF. Esta citocina se une a su receptor específico BAFF-R y desencadena vías de señalización que favorecen la supervivencia y proliferación de los LB. El BAFF soluble se ha encontrado elevado tanto en pacientes con LES como pacientes con SSp y se vincula directamente con la gravedad de la enfermedad. Al BAFF-R lo codifica el gen *TNFRSF13C*, el cual posee un polimorfismo de interés, el H159Y (rs61756766). Su frecuencia se ha estudiado en enfermedades que afectan al sistema inmunitario y los estudios *in vitro* demuestran que en presencia de esta variante se incrementa en grado significativo la actividad del receptor al unirse a su ligando BAFF.

Objetivos: Determinar la frecuencia de la variante H159Y en pacientes con LES, SSp y sujetos sanos de una población mexicana y establecer su relación con las manifestaciones clínicas en LES y SSp.

Material y métodos: Se incluyó a 300 pacientes con LES, 109 con SSp y 300 controles clínicamente sanos (CCS), todos mexicanos de la región occidental. Para los pacientes diagnosticados con LES se tomaron en cuenta los criterios EULAR/ACR 2019 y para los pacientes con SSp los criterios EULAR/ACR 2016. A los participantes se les tomó una muestra de sangre periférica y de ésta se extrajo el DNA con la técnica modificada de Miller. Los polimorfismos se evaluaron mediante la técnica PCR-RFLP. Se realizó el equilibrio de Hardy-Weinberg y se obtuvo un valor de $p = 0.95$, el cual indica que la población se encuentra en equilibrio. Para comparar las frecuencias genotípicas y alélicas se utilizaron tablas de contingencia y ji cuadrada. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con SPSS v25 y Graph Pad Prism 8 software. Se trabajó con un nivel de confianza estadística del 95% ($p < 0.05$).

Resultados: De los 300 pacientes con LES, cinco tuvieron el genotipo CT para el polimorfismo H159Y (475 C>T), y se obtuvo una frecuencia del 1.6%. En el caso de los 109 pacientes con SSp, ninguno presentó el genotipo CT y de los CCS sólo se encontró un portador del genotipo CT, con una frecuencia del 0.4%. No se identificaron genotipos homocigotos (TT) en ninguno de los grupos. Aunque se reconoció una frecuencia mayor de esta variante en el grupo de pacientes con LES en comparación de los CCS, no se halló una diferencia estadística significativa ($p = 0.14$), con un OR de 5 y un intervalo de confianza del 0.6 al 59.9. Para estudiar la relación de esta variante con la actividad de la enfermedad se compararon las puntuaciones por genotipo del índice de actividad MexSLEDAI ($p = 0.73$) y el índice de cronicidad SLICC ($p = 0.95$); no se encontraron diferencias estadísticas significativas (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencias genotípicas y alélicas de la variante H159Y del gen *TNFRSF13C* en pacientes mexicanos con LES y SSp. (CG237)

rs61756766 (475 C>T)	CCS n = 300	LES n = 300	Valor p	OR (IC95%)	SSp n = 109	Valor p	OR (IC95%)
Genotipo							
CC	299 (99.6%)	295 (98.3%)	-	-	109 (100%)	-	-
CT	1 (0.0%)	5 (1.6%)	0.10	5.0 (0.6 - 59.9)	0 (0.0%)	0.5	0.0 (0.0 - 24.5)
TT	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-	-	0 (0.0%)	-	-
Alelo							
C	595 (99.2%)	599 (99.8%)	-	-	218 (100%)	-	-
T	5 (0.8%)	1 (0.2)	0.22	5.0 (0.5 - 43.2)	0 (0.0%)	0.5	1.09 (0.0 - 26.9)

Los valores de p y OR (IC95%) representan las frecuencias de SLE y pSS en comparación con HC. El valor de p se obtuvo a través de la prueba ji cuadrada. Abreviaturas: CCS, controles clínicamente sanos; LES, lupus eritematoso sistémico; SSp, síndrome de Sjögren primario; OR, *odds ratio*; IC, intervalo de confianza.

Conclusiones: Este estudio determina que la variante H159Y del gen *TNFRSF13C* tiene una baja frecuencia en la población mexicana del Occidente y que no representa un riesgo genético para LES ni para SSp.

Bibliografía

- Fortuna G, Brennan MT. Systemic lupus erythematosus: epidemiology, pathophysiology, manifestations, and management. Dent Clin North Am. Octubre de 2013;57(4):631-55.
- Salazar-Camarena DC, Ortiz-Lazareno PC, Cruz A, Oregón-Romero E, Machado-Contreras JR, Muñoz-Valle JF, et al. Association of BAFF, APRIL serum levels, BAFF-R, TACI and BCMA expression on peripheral B-cell subsets with clinical manifestations in systemic lupus erythematosus. Lupus. Mayo de 2016;25(6):582-92.
- Lougaris V, Baronio M, Moratto D, Cardinale F, Plebani A. Monoallelic BAFFR P21R/H159Y mutations and familial primary antibody deficiencies. J Clin Immunol. Enero de 2016;36(1):1-3.
- Ntellas P, Dardiotis E, Sevdali E, Siokas V, Aloizou AM, Tsioti G, et al. TNFRSF13C/BAFFR P21R and H159Y polymorphisms in multiple sclerosis. Mult Scler Relat Disord. Enero de 2020;37:101422.
- Russo R, Andolfo I, Lasorsa VA, Cantalupo S, Marra R, Frisio G, et al. The TNFRSF13C H159Y variant is associated with severe COVID-19: a retrospective study of 500 patients from southern Italy. Genes (Basel). 8 de junio de 2021;12(6):881.

CG238

Modelo *knock-out* de *ABCG2* en células humanas para estudiar la regulación del sistema inmune inducida por ácido úrico

López-Macay A, Zamudio-Cuevas YE, Martínez-Flores K, Fernández-Torres J

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: *ABCG2* es un gen relacionado con la hiperuricemia y la gota, principalmente por estudios de variantes génicas o polimorfismos en diferentes poblaciones; sin embargo, no es claro su papel en el desarrollo y progresión de la enfermedad, así como su posible participación en la regulación de la inflamación, como lo han sugerido algunos trabajos en diferentes modelos celulares e *in vivo*. En la actualidad existen escasos informes de la expresión de *ABCG2* en pacientes con gota y su relación con la evolución de la enfermedad. Diversos estudios han propuesto que la expresión de *ABCG2* puede ser un regulador de la inflamación en la artritis gotosa, ya que puede suprimir las vías de inflamación y por otro lado disminuir su expresión génica por citocinas inflamatorias; estas propuestas se basan en estudios previos en diversos modelos con células de riñón y leucocitos.

Objetivos: Evaluar la importancia de la función de *ABCG2* en la presencia de cristales de urato monosódico y ácido úrico soluble por su silenciamiento en células humanas de sangre y de riñón (THP1 y HEK293T). Evaluar el silenciamiento del gen *ABCG2* mediante el sistema de CRISPR Cas9, al diseñar una secuencia de RNA-guía específica del gen (RNAg) en células THP1 y HEK293T. Evaluar la actividad del gen en las células modificadas y no modificadas mediante el análisis de la expresión del gen y la proteína de *ABCG2* en células transfectadas y no transfectadas mediante PCR en tiempo real e inmunofluorescencia. Analizar la presencia de la zona eliminada del gen mediante secuenciación de la región blanco de la enzima Cas9.

Materiales y métodos: Se realizarán cultivos primarios de las líneas humanas THP1 (monocítica) y HEK293T (riñón), que se cultivarán en medios específicos y se activarán con MSU (recristalización) y AUs por 48 horas. A la par se efectuará la edición del genoma de ambos tipos celulares mediante la técnica de CRISPR CAS9, mediante el diseño de la secuencia de RNA-guía específico para silenciar el gen de *ABCG2*, una secuencia sintética transcrita y la enzima recombinante Cas9 que se transfectarán con lipofectamina en cajas de cultivo de 96 posos. Con posterioridad se analizará la expresión de genes de inflamación y de *ABCG2* por inmunofluorescencia y PCR en tiempo real, así como la activación con cristales en las células editadas.

Resultados: Hasta el momento se ha diseñado la secuencia de RNA-guía específica del gen *ABCG2* para silenciarse por CRISPR-CAS9 de la plataforma de Horizon; se hicieron crecer las líneas celulares de riñón y monocitos y se realizó un análisis de expresión basal por PCR en tiempo

real de los genes *ABCG2* y *GAPDH* como gen constitutivo de referencia. Las células, una vez modificadas con el rna-g, rnatrac y la enzima Cas9 recombinante, se activarán con cristales de urato monosódico y ácido úrico soluble en concentraciones previamente establecidas para estimular a las células de riñón y activar la respuesta inmunitaria de las células monocíticas (diferenciadas previamente con lipopolisacáridos) por 24 horas. Estos estudios se repetirán en las células no modificadas para evaluar la reacción inmunitaria y su comparación.

Conclusiones: Hasta el momento se ha medido la expresión génica basal de *ABCG2* y la expresión proteica por inmunofluorescencia en ambos tipos celulares y se tiene ya el RNA-guía específico de *ABCG2* para silenciar el gen por el sistema CRISPR CAS9 con la enzima recombinante.

Bibliografía

- Chen M, Lu X, Lu C, Shen N, Jiang Y, Chen M, et al. Soluble uric acid increases PDZK1 and ABCG2 expression in human intestinal cell lines via the TLR4-NLRP3 inflammasome and PI3K/Akt signaling pathway. *Arthritis Res Ther.* 2018;20(1):20.
- Lu X, Chen M, Shen J, Xu Y, Wu H. IL-1beta functionally attenuates ABCG2 and PDZK1 expression in HK-2 cells partially through NF-kB activation. *Cell Biol Int.* 2019;43(3):279-89.

CG239

El perfil de microarreglos en ratones MRL/lpr indica activación temprana de linfocitos T foliculares: vías de coestimulación y papel de Slamf6/Slamf7

Godínez-Aguilar R¹, Chávez-Rueda K², Moreno-Rodríguez J¹

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS

Introducción: Entender la patogenia de las enfermedades autoinmunitarias es un desafío importante en el conocimiento médico. Aunque se conocen algunos de los mecanismos moleculares y celulares que participan en la autoinmunidad, la mayoría representa observaciones aisladas, sin comprensión absoluta. La homeostasis inmunológica depende de interacciones entre señales positivas (de activación) y negativas (reguladoras) para mantener un equilibrio que permita tener una respuesta inmunitaria competente y al mismo tiempo prevenir la autoinmunidad. El ratón MRL/lpr (MRL) es un modelo de autoinmunidad espontánea similar al del lupus eritematoso sistémico (LES) humano y es útil en el estudio de su patogenia.

Objetivos: Analizar los perfiles de expresión génica mediante microarreglos de expresión en ratones MRL de diferentes edades, comparados con ratones sanos, con objeto de determinar los posibles genes y las vías de activación celular que intervienen en la patogenia del LES.

Material y métodos: Se utilizaron ratones MRL de 8, 12 y 32 semanas de edad y ratones sanos (C57/BL6 (B6) y Balb/c) de 12 semanas. Se sacrificaron, se obtuvieron los bazo y se extrajo el RNA mensajero por métodos convencionales, que se usó para sintetizar cDNA y cRNA, que se hibridaron en placas de microarreglos de expresión (Affymetrix GeneChip Mouse Genome 430 2.0 Array) que interrogan el genoma completo del ratón. Los valores de las hibridaciones se normalizaron mediante RMA y se seleccionaron los genes con expresión diferencial (DEG) > 1.5 y con una $p < 0.01$ (genes sobreexpresados y subexpresados en ratones MRL). Con estos DEG se efectuó un análisis de enriquecimiento de vías moleculares con los softwares David, GSEA y WebGestalt. Se analizaron mediante *gene ontology* (GO) y fenotipo (KEGG), tomando en cuenta sólo las vías con enriquecimiento de FDR < 0.05. Por último, se identificaron subtipos celulares inmunológicos correspondientes a los DEG mediante CIBERSORT.

Resultados: Del total de 45 000 sondas, 3 372 (que corresponden a 2 269 genes) mostraron expresión diferencial en ratones MRL (12 semanas), 1 048 con sobreexpresión y 1 221 subexpresados. El análisis de componente principal reveló claras diferencias entre ratones MRL y ratones sanos, así como entre ambas cepas de estos últimos. Las principales vías moleculares representadas por estos DEG por *gene ontology* fueron: regulación positiva

de la respuesta inmunitaria; respuesta a interferón- β ; vía de señalización de la regulación de la respuesta inmunitaria; respuesta a interferón- γ ; fisiología anormal del sistema inmunitario; inmunidad innata anormal; secreción anormal de citosinas; inmunidad adaptativa anormal, entre otras más. El análisis por CIBERSORT indicó que la población celular con mayor sobrerepresentación fueron los linfocitos T CD4+ foliculares (Tfh), seguidos por células plasmáticas, con disminución de linfocitos B vírgenes. Esto se confirmó con análisis individual (por ratón) de la expresión de algunas moléculas relevantes (aumento de IL-21, Bcl6, etc., características de Tfh). Además, se encontró sobreexpresión de vías de coestimulación, tanto moléculas de señalización como factores de transcripción, con sobreexpresión marcada de la vía de Slam (Slamf6 y Slamf7).

Conclusiones: De modo similar al LES humano, la respuesta inmunitaria en ratones MRL está sesgada en relación con un incremento de la inmunidad humoral (Tfh y células plasmáticas) con activación constitutiva de linfocitos B. No hubo diferencias significativas entre machos y hembras de ninguna de las cepas de ratones. Se investiga ahora el posible papel de la vía de coestimulación de Slamf6 y Slamf7 en las alteraciones encontradas.

Bibliografía

- Reimand J, Isserlin R, Voisin V, Kucera M, Tannus-Lopes C, Roshtamianfar A, et al. Pathway enrichment analysis and visualization of omics data using g:Profiler, GSEA, Cytoscape and Enrichment Map. *Nature Protocols.* 2019;14(2):482-517.

CG240

Mutación en p.Ser.56Phe en UBA1 como causa de síndrome VEXAS

Martín-Nares E, Sánchez-Hernández BE, Montante-Montes de Oca D, Apodaca-Chávez E, Crispín JC

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El síndrome VEXAS es el prototipo de enfermedad hematoinflamatoria. Hasta el momento se han descrito un par de casos de síndrome VEXAS en la población latinoamericana.

Objetivos: Presentar un caso de síndrome VEXAS debido a la mutación p.Ser.56Phe en *UBA1*.

Resultados: Hombre que inició en 2012, a los 68 años, con fiebre, pérdida de peso, nódulos subcutáneos dolorosos en brazos y piernas, disfonía, tos, poliartritis, y un episodio de trombosis venosa profunda de miembro superior derecho. Se ingresó en diciembre de 2012 para abordaje de fiebre de origen desconocido. Durante la hospitalización mostró la aparición de nódulos subcutáneos y lo valoró el servicio de dermatología, que identificó dermatosis diseminada a las cuatro extremidades bilateral y simétrica, caracterizada por múltiples nudosidades de 5 a 10 mm de diámetro, de consistencia firme, móviles, algunas de ellas dolorosas a la palpación y con eritema en la piel que las cubría. La biopsia señaló paniculitis septal con notoria necrosis, fibrosis y escasa inflamación linfocitaria perivascular. Se documentó pancitopenia: Hb: 7.7 mg/dL, VCM: 100.9 fL, plaquetas: 133 000/ μ L, leucocitos: 2 500/ μ L, linfocitos: 625/ μ L, neutrófilos: 1 600/ μ L; y elevación de VSG (58 mm/h) y ferritina (625 ng/mL). El aspirado de médula ósea y la biopsia de hueso revelaron cambios displásicos de las tres líneas celulares con citogenética de 45XY e inversión 19. Se diagnosticó síndrome mielodisplásico IPSS-R 1. Dado que se trataba de un síndrome mielodisplásico de bajo riesgo, se optó por dar seguimiento y vigilancia. El paciente egresó sin un diagnóstico claro de la fiebre y las manifestaciones inflamatorias. En abril de 2013 se agregaron al cuadro condritis auricular bilateral y nasal, edema periorbitario bilateral, dolor ocular y limitación de movimiento ocular del ojo derecho. La TAC de órbitas mostró signos de miositis orbitaria. Ante esto se integró el diagnóstico de policondritis recurrente y probable orbitopatía tiroidea. Se inició tratamiento con prednisona (30 mg) y azatioprina, con respuesta casi total de los síntomas. Durante su evolución sufrió recaídas al reducir la prednisona, con la aparición adicional de condritis laríngea e hipoacusia neurosensorial. Una biopsia de nódulos indicó vasculitis neutrofílica y granulomatosa de vasos

de mediano calibre. Se hospitalizó en mayo de 2015 por cuadro de neumonitis. Se descartaron causas infecciosas y se realizó biopsia pulmonar con informe de neumonía organizada. Se consideró actividad pulmonar de la enfermedad, la cual presentó también en mayo de 2016. La TAC de tórax delineó engrosamiento bronquial, bronquiectasias y engrosamiento intersticial difuso. Se cambió el inmunosupresor a micofenolato de mofetil. En septiembre de 2016 desarrolló un cuadro de neumonía de focos múltiples y pancreatitis grave que culminó en el fallecimiento del paciente. En 2021, en la revisión de aspirado y biopsia de hueso, se observaron vacuolas en precursores mieloides y eritroides. Se obtuvo DNA de la biopsia de hueso y se realizó secuenciación Sanger del gen *UBA1*. Se encontró la mutación c.167C>T p.Ser.56Phe y se confirmó el diagnóstico de síndrome VEXAS. **Conclusiones:** El síndrome VEXAS debe considerarse en pacientes con manifestaciones inflamatorias y hematológicas dependientes de esteroides o resistentes al tratamiento. En la búsqueda de mutaciones del gen *UBA1*, además de las descritas en p.Met41, deben reconocerse otras notificadas, como en este caso, en el cual se identificó la mutación p.Ser.56Phe, que se ha descrito sólo en dos casos en las publicaciones médicas.

Bibliografía

1. Poulter JA, Collins JC, Cargo C, et al. Novel somatic mutations in UBA1 as a cause of VEXAS syndrome. *Blood*. 2021 Jul 1;137(26):3676-3681.
2. Gurnari C, Mannion P, Pandit I, et al. UBA1 Screening in sweet syndrome with hematological neoplasms reveals a novel association between VEXAS and chronic myelomonocytic leukemia. *Hemasphere*. 2022 Sep 27;6(10):e775.

CG241

Expresión de homólogos de PAD/AD y citrulinación endógena en microbiota humana

Pérez-Pérez E¹, Nieto-Torres E¹, Bollain y Goytia-De la Rosa JJ¹, Ávalos-Díaz E¹, Delgadillo-Ruiz L¹, Herrera-Esparza R²

⁽¹⁾Universidad Autónoma de Zacatecas, ⁽²⁾Otro

Introducción: El microbioma está extendido en diversos sitios anatómicos. La abundancia y diversidad microbiana son esenciales para mantener la homeostasis en la salud y la enfermedad. El mutualismo hospedador-microbioma se establece después del nacimiento y la respuesta inmunitaria adaptativa sufre una educación o selección periférica para tolerar al microbioma o sus productos metabólicos. Algunas especies microbianas orales e intestinales como *Porphyromonas gingivalis* y *Prevotella copri*, respectivamente, contribuyen a la patogenia de la artritis reumatoide (AR). Durante la disbiosis, estas bacterias pueden mediar en la citrulinación de proteínas humanas o bacterianas para desencadenar una respuesta inmunitaria que conduce a la generación de autoanticuerpos. La citrulinación es una modificación postraduccional que convierte al aminoácido arginina en el aminoácido citrulina de algunas proteínas autólogas por acción de las enzimas PAD.

Objetivos: Estudiar la expresión de PAD/AD o enzimas homólogas en extractos de 10 comensales de la microbiota humana.

Material y métodos: Los extractos microbianos se sometieron a PAGE/*Western blot* y se probaron con anticuerpos monoclonales anti-PAD2, anti-PAD4, anticitrulina y 10 sueros de artritis reumatoide con anti-CCP determinados por ELISA e igual número de controles. Los resultados se procesaron con la prueba ji cuadrada.

Resultados: Todos los sueros reumatoides fueron reactivos a los extractos microbianos y la mitad de ellos reconoció proteínas citrulinadas bacterianas, a diferencia de los controles. Fue interesante detectar homólogos de PAD/AD en cepas bacterianas ($p < 0.04$) pero no micóticas. Teóricamente, estas enzimas son capaces de eliminar de modo endógeno los residuos de arginina y producir proteínas bacterianas citrulinadas reconocidas, en especial por los sueros reumatoides.

Conclusiones: Los componentes bacterianos de la microbiota, como *S. aureus*, *P. mirabilis*, *E. coli*, *Klebsiella sp.*, *Citrobacter*, *S. epidermidis* y *A. baumannii*, expresan homólogos de PAD/AD y antígenos citrulinados que son reconocidos por sueros reumatoides, mientras que las levaduras *C. al-*

bicans, *C. glabrata* y *S. cerevisiae* carecen de ellos. Los resultados actuales obligan a replantear si estos anticuerpos constituyen huellas de un episodio disbiótico o si las enzimas homólogas de PAD/AD citrulinan de forma endógena algunas proteínas bacterianas, ¿cuál es su función en estos microorganismos? o ¿cuál es su función en la interfaz microbioma-hospedador? y, por último, ¿son relevantes estos antígenos bacterianos citrulinados en la patogenia de la artritis reumatoide?

Bibliografía

1. Kaijian H, Zhuo-Xun W, Xuan-Yu C, Jing-Quan W, Dongya Z, Chuanxing X, Chen ZS. Microbiota in health and diseases. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 2022;7(1).
2. Alghamdi MA, Redwan EM. Interplay of microbiota and citrullination in the immunopathogenesis of rheumatoid arthritis. *Probiotics and Antimicrobial Proteins*, 2022;14(1):99-113.

CG242

Los anticuerpos anti-Ro52/TRIM21 están asociados con circuitos inflamatorios aberrantes en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas

Mora-Ramírez M

Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez

Introducción: Los anticuerpos anti-Ro52/TRIM21 están relacionados con varias enfermedades autoinmunitarias, de forma central el lupus eritematoso sistémico y el síndrome de Sjögren, en un ambiente francamente desregulado de citocinas.

Objetivos: Evaluar la relación directa de los anti-Ro52/TRIM21 con los circuitos inflamatorios de citocinas.

Material y métodos: Estudio transversal con pacientes consecutivos de la consulta externa del departamento de reumatología con enfermedad autoinmunitaria diagnosticada. Los anticuerpos anti-Ro52/TRIM21 y el amiloide sérico se midieron mediante ELISA; los paneles para 18 citocinas y nueve quimiocinas se analizaron por Luminex, mientras que la PCR (hs-CRP) y el complemento se cuantificaron con nefelometría.

Resultados: Se incluyó a 167 pacientes en total (143 con lupus eritematoso sistémico [LES], 16 con síndrome de Sjögren primario y 8 con esclerosis sistémica), 41 (24%) de los cuales fue positivo para anticuerpos anti-Ro52/TRIM21. Al analizar de manera específica, los pacientes con anti-Ro52/TRIM21 tuvieron cifras séricas más elevadas de interleucina (IL)-2, IL-4, IL-6, GM-CSF, IL-21, IL-22, hs-CRP y quimiocinas CCL-4, CXCL-8, CXCL-10 y CXCL-12, pero más bajas de complemento C4. En los subanálisis en los pacientes con LES no se identificó una relación entre la presencia o los valores de anticuerpos anti-Ro52/TRIM21 con manifestaciones específicas de órgano o actividad de la enfermedad.

Conclusiones: Es importante destacar que hasta 25% de los pacientes con enfermedad autoinmunitaria tiene concentraciones elevadas de anticuerpos anti-Ro52/TRIM21, con clara vinculación con circuitos aberrantes de citosinas, como moléculas angiogénicas y quimiotácticas de granulocitos. Sin embargo, aún no es posible relacionarlos con actividad de la enfermedad o afectación específicas de órgano.

Bibliografía

1. Mora-Arias T, Amezcua-Guerra LM. Type III Interferons (lambda interferons) in rheumatic autoimmune diseases. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)*. 2020;68:1.
2. Espinosa A, Hennig J, Ambrosi A, Anandapadmanaban M, Abeliu MS, Sheng Y, et al. Anti-Ro52 autoantibodies from patients with Sjögren's syndrome inhibit the Ro52 E3 ligase activity by blocking the E3/E2 interface. *J Biol Chem*. 2011;286:36478-91.
3. Wada K, Niida M, Tanaka M, Kamitani T. Ro52-mediated monoubiquitination of IKK{beta} down-regulates NF-{\kappa}B signalling. *J Biochem*. 2009;146:821-32.
4. Higgs R, Ni Gabhann J, Ben Larbi N, Breen EP, Fitzgerald KA, Jefferies CA. The E3 ubiquitin ligase Ro52 negatively regulates IFN-

beta production post-pathogen recognition by polyubiquitin-mediated degradation of IRF3. *J Immunol* 2008;181:1780-6.

- Kunishita Y, Yoshimi R, Kamiyama R, Kishimoto D, Yoshida K, Hashimoto E, et al. TRIM21 dysfunction enhances aberrant B-Cell differentiation in autoimmune pathogenesis. *Front Immunol*. 2020;11:98.

CG243

Variante C677T del gen *MTHFR* asociada a úlceras orales de repetición y sus diagnósticos diferenciales

Medina-Fonseca B, Gómez-Martín D, Hurtado-Arias JJ, Jiménez-Soto R, Loeza-Urbe MP

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las úlceras orales son comunes en varias enfermedades del tejido conectivo, síndrome de Behçet, infecciones, etc. La enzima *MTHFR* cataliza la transformación de homocisteína a metionina y sus mutaciones se han vinculado con estados protrombóticos, afección neurológica y úlceras en mucosas. Se han descrito posibles respuestas terapéuticas a la complementación con folato, vitamina B₁₂ y B₆, y, en algunos casos, se ha descrito el uso de anti-TNF con respuestas variables.

Objetivos: Se presenta un caso de una mutación relacionada con úlceras orales de repetición.

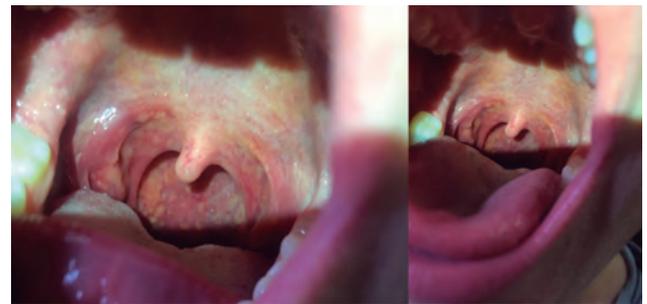
Resultados: Mujer de 31 años originaria y residente de la Ciudad de México, con padres de ascendencia española, antecedente materno de infarto de miocardio y dislipidemia, una prima de su madre con lupus eritematoso generalizado, una prima hermana con afectación neurológica no especificada y una detección reciente de mutación del gen *MTHFR*. Niega alergias, cirugías e inmunizaciones recientes. Menarca a los 12 años, ciclos irregulares, sin embarazos. Inició su padecimiento en marzo del 2019 con aparición de dermatosis localizada que afectaba tórax anterior en la región intermamaria constituida por placas no pigmentadas con descamación en su superficie de bordes irregulares que evolucionaron a máculas eritematosas levemente pruriginosas. En mayo del 2019 apareció sobre el pezón de la mama izquierda una úlcera de 2 mm de diámetro tratada con esteroide tópico con mejoría parcial. Con posterioridad desarrolló dermatosis diseminada que afectaba la región lateral del tórax, escote, piernas y brazos de manera bilateral y simétrica, constituida por pápulas distribuidas de manera difusa que causaban dolor de tipo ardoroso, la cual remitió de manera espontánea en dos semanas (Figura 1). En julio del 2019 se agregó livedo reticular en el dorso de las manos. Se agregaron vesículas dolorosas que comprometían los pilares faríngeos, el paladar blando y la orofaringe en relación con faringodinia que no han desaparecido hasta la fecha. En agosto del 2019, los estudios de laboratorio destacaron leucopenia (LEU 2.8, LIN 1 050, NEU 1 400), VSG negativa (2), y normales los restantes parámetros. ANA 1:80 moteado grueso, ac. anti-DNA-dc negativos, anti-SSa y anti-SSb negativos y ANCA negativos. Serología para CMV, VEB y VHS negativa. Se la valoró por primera vez en la consulta de reumatología en enero del 2020 y se realizó la prueba de patergia que resultó negativa y HLAB51, también negativo. Retomó seguimiento hasta junio del 2022 con cuadros recurrentes de úlceras orales y genitales que se exacerbaban tras recibir tratamiento con metotrexato (Figura 2). En septiembre de 2022 inició azatioprina (100 mg/24 h) y colquicina (1 mg/24 h) con mejoría parcial de los síntomas. La exploración física reveló úlceras en boca y región posterior de faringe y artritis en carpo izquierdo, ambos codos, hombro izquierdo, segunda MCF derecha, sin entesitis, y el resto normal. El estudio genético identificó la variante C677T del gen *MTHFR* en estado homocigoto.

Conclusiones: Las úlceras orales son frecuentes en la población general y, en el contexto de enfermedades sistémicas, su abordaje cobra importancia. El mecanismo fisiopatológico no es del todo claro y probablemente se relaciona con daño endotelial, proliferación del músculo liso vascular que favorece la generación de factores de coagulación o disminución de factores antitrombóticos. Se requieren estudios que evalúen el empleo de folatos y anti-TNF como opciones terapéuticas.

Figura 1. Dermatitis constituida por pápulas distribuidas de manera difusa que afectaba la región lateral del tórax, escote, piernas y brazos de manera bilateral y simétrica. (CG243)



Figura 2. Úlceras orales recurrentes. (CG243)



Bibliografía

- Kalkan G, Karakus N, Yigit S. Association of *MTHFR* gene C677T mutation with recurrent aphthous stomatitis and number of oral ulcers. *Clin Oral Investig*. 2014;18(2):437-41.
- Scheuern A, Fischer N, McDonald J, Brunner H, Haas J, Hügle B. Mutations in the *MTHFR* gene are not associated with Methotrexate intolerance in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2016;14(1):11.

CG244

Comportamiento de subpoblaciones de linfocitos T en pacientes con enfermedades reumatológicas tratados con rituximab en el Centro Médico Nacional Siglo XXI

Roque-Ibáñez C, Catana-Hernández R, Hernández-Vásquez R

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

Introducción: El rituximab puede reducir la población de linfocitos B CD19+, con diferencias entre la reaparición de sus subpoblaciones. Asimismo, se ha demostrado que hay un agotamiento de linfocitos T, aunque su estudio ha sido menos amplio pese a la amplia gama de enfermedades reumatológicas en las que se prescribe el fármaco.

Objetivos: Evaluar el cambio en los valores de subpoblaciones CD4+ y CD8+ de linfocitos T en pacientes con enfermedades reumatológicas después del tratamiento con rituximab.

Material y métodos: Estudio analítico de cohorte retrospectiva y descriptiva. Se revisaron expedientes de pacientes con enfermedades reumatológi-

cas con uso de rituximab que acudieron a la unidad de terapias avanzadas del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI para aplicación del fármaco de marzo a noviembre de 2021 y que contaran con determinación de leucocitos totales, linfocitos y subpoblaciones de linfocitos T CD4+ y CD8+ por citometría de flujo antes de la perfusión y a los seis a ocho meses después de ésta. De manera adicional, se cuantificaron las cifras de inmunoglobulinas G, M y A en esos mismos periodos como parte del seguimiento de control.

Resultados: Se seleccionó a 12 pacientes de 30 a 84 años con artritis reumatoide y esclerosis sistémica, 91% de los cuales correspondió a mujeres (Tabla 1). Todos habían recibido tratamiento con rituximab, con una dosis acumulada promedio de 3 g. Entre las mediciones realizadas se encontró una disminución de leucocitos totales de 1.85 cél/mm³ (p 0.32), aunque con cifras de linfocitos totales similares entre las mediciones basales y a los ocho meses (disminución de 0.08 cél/mm³, p = 0.23). No hubo cambios estadísticamente significativos en los valores de linfocitos T CD4+ (p = 0.18) y CD8+ (p = 0.36). Por otra parte, se advirtió que las concentraciones de inmunoglobulinas G y M experimentaron un aumento a los seis a ocho meses respecto de las mediciones basales (18 mg y 20 mg, respectivamente [p < 0.001 en ambos casos]), pero no en el caso de IgA (p = 0.7).

Tabla 1. Concentraciones de linfocitos T CD4+ antes y seis a ocho meses después de la aplicación de rituximab. (CG244)

Pacientes (n = 12)	CD8+ (cél/mm ³) basal	CD8+ (%) basal	CD8+ (cél/mm ³) a los 6-8 meses	CD8+ (%) a los 6-8 meses
Paciente 1	0.33	23.72	0.04	9.33
Paciente 2	0.45	49.46	0.43	57.99
Paciente 3	0.73	30.39	0.28	19.86
Paciente 4	0.29	35.79	0.17	25.11
Paciente 5	0.05	20.64	0.35	23.62
Paciente 6	0.13	19.71	0.1	21.63
Paciente 7	0.44	33.6	0.44	35.08
Paciente 8	0.32	16.62	0.18	17.34
Paciente 9	0	22.15	0.37	24.79
Paciente 10	0.02	48	0.45	53.16
Paciente 11	0.56	35.34	0.53	35.33
Paciente 12	0.19	49.35	0.26	53.57

Conclusiones: En este estudio se ha evaluado el comportamiento de los subtipos CD4+ y CD8+ de los linfocitos T en relación con el tratamiento con rituximab, con medición de éstos antes de su aplicación y seis a ocho meses después de ésta, sin encontrar diferencias significativas entre ambas. En cambio, al comparar los valores de inmunoglobulinas se reconoció que había un aumento (y no disminución como se ha descrito antes en la bibliografía) después de la aplicación del antiCD20+ en el mismo periodo de tiempo. Ninguna de estas mediciones se había descrito en pacientes mexicanos, por lo que resulta necesario ampliar este estudio en la población.

Bibliografía

- Mélet J, Mulleman D, Goupille P, Ribourtout B, Watier H, Thibault G. Rituximab-induced T cell depletion in patients with rheumatoid arthritis: association with clinical response: rituximab-induced T cell depletion and clinical response in RA. *Arthritis Rheum* [Internet]. 2013;65(11):2783-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/art.38107>.
- Ramwadhoebe TH, van Baarsen LGM, Boumans MJH, Bruijnen STG, Safy M, Berger FH, et al. Effect of rituximab treatment on T and B cell subsets in lymph node biopsies of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2019 [citado el 24 de octubre de 2022];58(6):1075-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/key428>.

CG245

Características clínicas y respuesta al tratamiento de pacientes mexicanos con ER-IgG4 en un centro médico de alta especialidad

Ocaña-Sibilla MJ, Rosales-Don Pablo VM, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L, Pérez-Álvarez E

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 es poco frecuente y se calcula que tiene una incidencia anual de 0.8 a 3.1 casos por 100 000 individuos. Puede manifestarse como enfermedad limitada a cabeza y cuello, pancreatobiliar, retroperitoneal/aortitis o enfermedad de Mikulicz/sistémica.

Objetivos: Se presenta una serie de siete casos en los que se describen las características clínicas y respuesta al tratamiento de pacientes con ER-IgG4 atendidos en la institución de los autores.

Resultados: Se incluyó a siete pacientes, todas mujeres, con una edad media de 52 (26-74) y una mediana de duración de la enfermedad de 17 (5-39) meses. Cinco pacientes (71%) tuvieron diagnóstico definitivo y dos (28.5%) diagnóstico probable, según los criterios diagnósticos para la enfermedad relacionada con IgG4 (CDCI, por sus siglas en inglés); sin embargo, cuando se aplicaron criterios específicos de órgano a los casos probables, 1 (50%) tuvo diagnóstico definitivo y 1 (50%) diagnóstico posible. La mediana de tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de IgG4-RD fue de 32 (3-137) meses. Cinco pacientes tuvieron un diagnóstico erróneo antes del diagnóstico de IgG4-RD: linfoma de Hodgkin, amiloidosis y uveítis granulomatosa. La modalidad de imagen empleada para la evaluación fue la TC y se identificaron ocho sitios anatómicos afectados en los pacientes, los más frecuentes de los cuales fueron ganglios linfáticos (33.3%), glándula lagrimal (25%), órbitas (25%) y parótidas (25%). Tres pacientes (25%) tuvieron afectación de un sólo órgano, tres (25%) de dos y uno (8.3%) ≥ 3 órganos. La mediana del número de órganos afectados fue 1.7 (1-4). En todos los pacientes, la afectación de órganos fue sincrónica. Seis pacientes (87%) utilizaron glucocorticoides (GC) y 7 (100%) tratamiento inmunosupresor que incluyó azatioprina (n = 2), metotrexato (n = 2), micofenolato de mofetilo (n = 3) y rituximab (n = 4). Se identificó una remisión completa en el último seguimiento en 6 (85.7%) pacientes, sin recaídas hasta el momento. Durante el seguimiento, 6 (85.7%) pacientes mostraron algún tipo de daño y los principales órganos afectados fueron el ojo (n = 3), el hígado (n = 1) y el riñón (n = 1).

Conclusiones: La ER-IgG4 es una enfermedad autoinmunitaria y multisistémica que puede afectar casi a cualquier órgano. Hasta ahora, pocos trabajos han evaluado las características clínicas de la ER-IgG4 en el medio. Se presenta una cohorte de siete pacientes con ER-IgG4 que mostró predominio por el sexo femenino y fenotipo clínico de cabeza y cuello. Por el momento, la respuesta al tratamiento ha sido satisfactoria y la mayoría de los pacientes logró la remisión completa.

CG246

Paquimeningitis hipertrófica relacionada a IgG4: serie de casos

Medina-Fonseca B, Hernández-Molina G, Martín-Nares E

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La paquimeningitis hipertrófica (PH) es una manifestación típica, pero infrecuente de la enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4), presente en el 2% a 4% de los pacientes. A pesar de ello, la ER-IgG4 se considera una de las principales causas de PH.

Objetivos: Presentar tres casos de PH.

Resultados: Caso 1: mujer de 46 años que comenzó con sensación de temblor fino relacionado con edema de párpado superior izquierdo, el cual avanzó hasta la incapacidad de abrir el ojo. La TAC de órbitas y la biopsia de tejidos orbitarios indicaron probable miopatía y se la refirió al servicio neurología, que descartó afectación neurológica y se la envió al instituto de los autores. Los estudios de laboratorio se incluyen en la **Tabla 1**. La RMN de cráneo identificó un aumento de volumen de párpados, glándulas lagrimales, esclera posterior, músculos rectos superior, lateral e inferior y signos de perineuritis de manera bilateral, mayor del lado izquierdo. De manera incidental se observó paquimeningitis focal asimétrica en el seno cavernoso izquierdo (**Figura 1A**). La biopsia de párpado encontró infiltrado linfoplasmocitario denso, células plasmáticas IgG4+/HPF = 80, IgG+/HPF = 114 y IgG4/IgG = 70.2%. Se integró el diagnóstico de ER-IgG4 con afectación orbitaria y paquimeningitis. Se trató con prednisona y azatioprina con adecuada respuesta.

Caso 2: hombre de 55 años con antecedente de colitis ulcerativa crónica en tratamiento con mesalazina. Inició con aumento progresivo de volumen del párpado superior, proptosis bilateral de predominio derecho, quemosis, epífora, ardor y dolor retroocular, diplopía horizontal y disminución de la agudeza visual. Además, refería tos crónica y episodios de parotidomegalia. Fue referido a la institución de los autores. Los estudios de laboratorio aparecen en la **Tabla 1**. La TAC y la RMN de órbita/encéfalo delinearonseudotumores orbitarios bilaterales que comprometían a las glándulas lagrimales, grasa, músculos, conducto nasolacrimal y perineuritis, además de afectación de parótidas y submandibulares. Se observó asimismo paquimeningitis focal falcotentorial y de seno cavernoso. La TAC de tórax evidenció engrosamiento bronquial, atrapamiento aéreo y derrame pericárdico. Se integró el diagnóstico de ER-IgG4 con lesión orbitaria, glándulas salivales, paquimeningitis, pulmón y pericardio. Se trató con prednisona y leflunomida con adecuada respuesta.

Caso 3: hombre de 27 años que inició con cefalea hemicraneal derecha, opresiva, pulsátil, en relación con lipotimia, además de ptosis palpebral. Sufrió paresia del NC III derecho, diplopía, hemihipoestesia facial derecha, disminución de agudeza visual de ojo derecho y paresia de NC VI. La RMN reconoció paquimeningitis de tipo periférico en las cisuras interhemisféricas con extensión a la tienda del cerebelo bilateral y en fosa craneal media adyacente a región temporal (**Figura 1B-C**). Se sospechó síndrome de Tolosa-Hunt y recibió 5 bolos de metilprednisolona con mejoría de agudeza visual y resolución de cefalea. Desde entonces muestra cuadros de recaídas intermitentes tratadas con glucocorticoides. Ingresó al instituto para su atención; los estudios de laboratorio se incluyen en la **Tabla 1**. La RMN de seguimiento reveló trombosis venosa cerebral antigua y se observaron además datos de sinusitis, mastoiditis y perineuritis. Se integró el diagnóstico de ER-IgG4, en la actualidad sin tratamiento.

Conclusiones: Se presentan tres casos de PH relacionada con IgG4 en seguimiento en una cohorte de 106 pacientes con ER-IgG4 (prevalencia = 2.8%). Se demuestra la diferente presentación clínica de esta entidad,

desde casos asintomáticos detectados de modo incidental hasta la presentación más habitual que es la cefalea. La PH casi siempre aparece como manifestación única o como parte del fenotipo limitado a cabeza y cuello; sin embargo, puede presentarse en pacientes con compromiso sistémico.

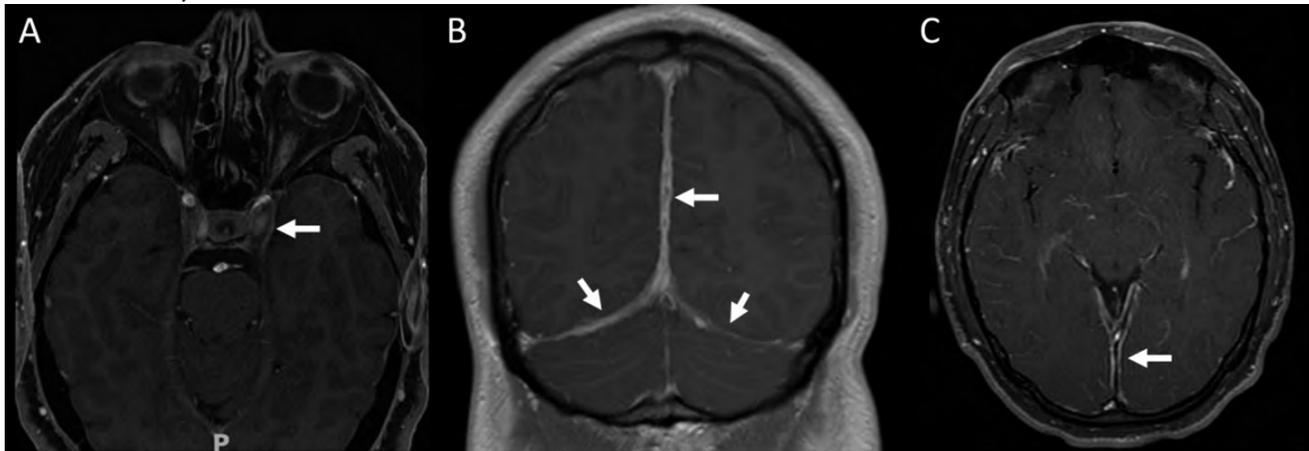
Tabla 1. Estudios de laboratorio y criterios diagnósticos/clasificación. (CG246)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
IgG, mg/dL (n = 635-1 741)	1 385	1 835	1 205
IgG1, mg/dL (n = 405-1 011)	783	1430	758
IgG4, mg/dL (n = 3-201)	144	438	284
IgG4/IgG	0.10	0.23	0.23
IgG4/IgG1	0.18	0.30	0.37
IgE, UI/mL (n < 160)	-	474.2	-
Eosinófilos, x10 ³ /μL	102	70	70
Factor reumatoide, UL/mL (n = 0-14)	<10	<10	-
ANA (HEp-2-IFI)	Moteado grueso 1:80	-	Moteado fino 1:160
C3, mg/dL (n = 87-200)	148	162	169
C4, mg/dL (n = 19-52)	40	26	54
VSG, mm/h (n = 2-30)	3	11	-
PCR, mg/dL (n = 0-1)	1.93	0.12	0.57
ANCA	Negativo	Negativo	Negativo
PR3-ANCA	Negativo	Negativo	Negativo
MPO-ANCA	Negativo	Negativo	Negativo
Criterios diagnósticos japoneses	Definitivo	Posible	Posible
Criterios de clasificación ACR/EULAR 2019	Definitivo	Definitivo	Probable

Bibliografía

1. AbdelRazek MA, Venna N, Stone JH. IgG4-related disease of the central and peripheral nervous systems. *Lancet Neurol.* 2018 Feb;17(2):183-192.
2. Melenotte C, Segquier J, Ebbo M, et al. Clinical presentation, treatment and outcome of IgG4-related pachymeningitis: from a national case registry and literature review. *Semin Arthritis Rheum.* 2019 Dec;49(3):430-437.

Figura 1. A. RMN de encéfalo en secuencia eco-gradiente que muestra engrosamiento del seno cavernoso izquierdo a expensas de paquimeningitis en el caso 1 (flecha). RMN de encéfalo en secuencia T1 con gadolinio que muestra paquimeningitis hipertrófica falcotentorial y en tienda del cerebelo (flechas) en corte coronal (B) y axial (C) en el caso 3. (CG246)



CG247

Los trabajos de cuello azul son poco prevalentes en una cohorte de pacientes mexicanos con enfermedad relacionada a IgG4

Martín-Nares E, Gamboa-Espíndola M, Hernández-Molina G

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La causa y los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) no están bien establecidos. Se ha informado que el tabaquismo es un factor de riesgo, sobre todo en mujeres o pacientes con fibrosis retroperitoneal. Además, se ha sugerido que tener un trabajo de cuello azul (TCA) (ocupación en la cual se realiza trabajo manual/físico) es un factor de riesgo para ER-IgG4 con afectación pancreatobiliar en la población de Países Bajos y el Reino Unido. No se conoce la prevalencia de TCA en la población latinoamericana con ER-IgG4.

Objetivos: Determinar la prevalencia de pacientes con ER-IgG4 con TCA en una cohorte mexicana.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y descriptivo. Se incluyó a los pacientes con diagnóstico de ER-IgG4 de acuerdo con los criterios diagnósticos japoneses o los criterios de clasificación ACR/EULAR 2019 que se valoraron en un centro de atención de tercer nivel entre 2018 y 2022. Se aplicó un cuestionario estandarizado para obtener el historial laboral, de tabaquismo y exposición a biomasa. Se utilizó la Clasificación Estandarizada Internacional de Ocupaciones (ISCO88) para dividir a los pacientes en aquellos con trabajos de cuello blanco (TCB) (grupos ISCO88 0-5) o TCA (grupos ISCO88 6-9). El trabajo doméstico no remunerado (ama de casa) se clasificó dentro del grupo 9. Los pacientes se dividieron de acuerdo con fenotipos clínicos en pancreatohepatobiliar, retroperitoneal/aórtico, limitado a cabeza y cuello, Mikulicz/sistémico e indefinido, además del fenotipo proliferativo y fibrótico.

Resultados: Se incluyó a 95 pacientes con una media de edad de 53.8 ± 15.8 años, de los cuales 48 (50.5%) eran hombres. Las características demográficas y clínicas se describen en la **Tabla 1**. De los 95 pacientes, 78 (82.1%) tenían un trabajo remunerado y de ellos 63 (66.3%) tenían

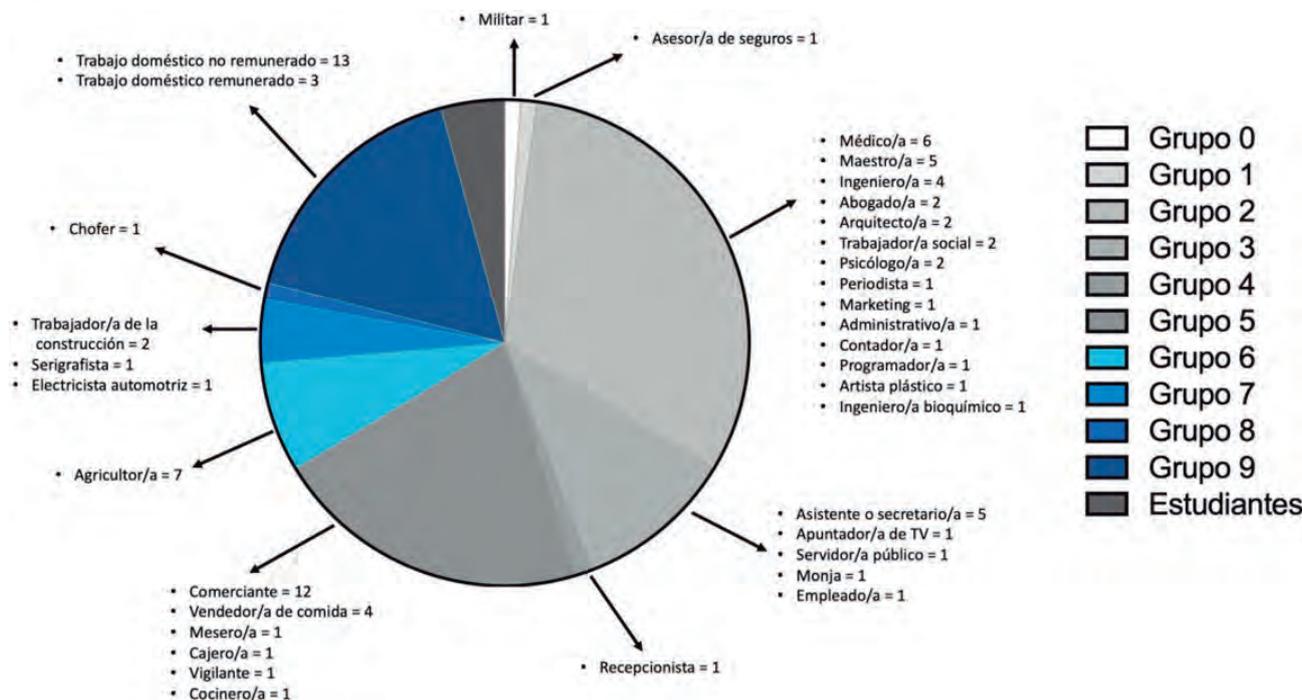
TCB y 15 (15.8%) TCA. De los pacientes sin ocupaciones remuneradas, 13 (13.7%) eran amas de casa y 4 (4.2%) estudiantes. Al incluirse al trabajo doméstico no remunerado dentro de los TCA, 28 (29.5%) pacientes tenían TCA. La distribución de los grupos de ocupaciones de acuerdo con el ISCO88 se muestra en la **Figura 1**. La proporción de pacientes con TCB fue mayor tanto al incluir el trabajo doméstico no remunerado dentro del grupo de TCA (66.3% vs. 29.5%) como al excluirlo (66.3% vs. 15.8%). Al analizar a los pacientes sin incluir al trabajo doméstico no remunerado, no se hallaron diferencias en la proporción de pacientes del fenotipo pancreatohepatobiliar (14 [22.2%] vs. 5 [33.3%], p = 0.40), con afectación pancreática (29 [46%] vs. 7 [46.7%], p = 0.96), o de vía biliar (20 [31.7%] vs. 4 [26.7%], p = 0.70), entre pacientes con TCB y TCA. Al incluir al trabajo doméstico no remunerado se encontraron los mismos resultados. Los pacientes con TCB tuvieron mayor afectación pulmonar (18 [29%] vs. 2 [7.1%], p = 0.02) y menos exposición a biomasa (12 [19%] vs. 18 [64.3%], p < 0.001). No hubo diferencia en la proporción de tabaquismo.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de 95 pacientes con enfermedad relacionada con IgG4. (CG247)

Fenotipo pancreatohepatobiliar, n (%)	21 (22.1)
Retroperitoneal/aórtico, n (%)	8 (8.4)
Limitado a cabeza y cuello, n (%)	29 (30.5)
Mikulicz/sistémico, n (%)	25 (26.3)
Indefinido, n (%)	12 (12.6)
Fenotipo proliferativo, n (%)	67 (70.5)
Fenotipo fibrótico, n (%)	28 (29.5)
No tabaquismo, n (%)	50 (52.6)
Tabaquismo pasivo, n (%)	4 (4.2)
Tabaquismo actual, n (%)	7 (7.4)
Tabaquismo previo, n (%)	34 (35.8)
Biomasa, n (%)	30 (31.6)

Conclusiones: La prevalencia de TCA en población mexicana con ER-IgG4 es significativamente menor a la observada en población caucásica (29.5% vs. 68%). Los TCA no fueron más frecuentes en pacientes con afección pancreatobiliar. Estos hallazgos indican que otros factores de ries-

Figura 1. Distribución de los grupos de ocupaciones en la cohorte de pacientes con ER-IgG4. (CG247)



go influyen en el desarrollo de ER-IgG4 además de la exposición laboral.

Bibliografía

1. Hubers LM, Schuurman AR, Buijs J, et al. Blue-collar work is a risk factor for developing IgG4-related disease of the biliary tract and pancreas. *JHEP Rep.* 2021 Oct 9;3(6):100385.
2. de Buy Wenniger LJ, Culver EL, Beuers U. Exposure to occupational antigens might predispose to IgG4-related disease. *Hepatology.* 2014 Oct;60(4):1453-4.

CG248

Enfermedad relacionada a IgG4 como causa de pericarditis constrictiva idiopática

Martín-Nares E, Uribe-Uribe NO, Lizardo-Thiebaud MJ, Hernández-Molina G

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La pericarditis constrictiva (PC) es una forma de falla cardíaca diastólica causada por un pericardio poco elástico que impide el llenado cardíaco y que, en términos histopatológicos, se encuentra fibrótico y engrosado. Algunas causas de esta entidad son la tuberculosis, periodo posterior a una operación cardíaca y radioterapia; sin embargo, cerca del 40% se considera idiopática. La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) puede afectar el pericardio y existen casos notificados de PC. Hasta el momento ningún estudio ha evaluado si las biopsias de pericardio en pacientes con PC idiopática tienen características de ER-IgG4.

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes con PC idiopática que cumplen criterios histopatológicos de ER-IgG4.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Se revisaron los expedientes de los pacientes con PC en un centro de atención de tercer nivel entre 1987 y 2020. Se excluyó a los pacientes que no contaban con biopsia de pericardio o que tuvieran una causa secundaria de PC identificada. Se definió como idiopáticos a aquellos pacientes en quienes no se había determinado una causa de la PC. Dos patólogas con experiencia en ER-IgG4 analizaron las biopsias de pericardio de manera estandarizada en búsqueda de las siguientes variables histopatológicas: infiltrado linfoplasmocitario denso, fibrosis, fibrosis estoriforme y flebitis obliterante. Se realizó inmunohistoquímica para IgG e IgG4 y se determinó el número de células IgG+ e IgG4+ por campo de gran aumento y se calculó la relación IgG4/IgG de acuerdo con el Consenso Internacional de Patología (CIP) de la ER-IgG4. Según este consenso, se clasificaron los casos en altamente indicativos de ER-IgG4, características histopatológicas probables o evidencia histopatológica insuficiente. También se aplicaron los criterios diagnósticos japoneses (CDJ) y los criterios ACR/EULAR 2019 a todos los casos.

Resultados: Se revisaron 66 casos, de los cuales 10 tenían una causa establecida (3 casos de tuberculosis, 2 de ER-IgG4 previamente identificada y 1 caso de crioglobulinemia, lupus eritematoso generalizado, enfermedad de Erdheim-Chester, cáncer testicular y cáncer de mama, cada uno). De los 56 casos restantes, sólo 12 contaban con biopsia de pericardio. Todos se habían clasificado como idiopáticos. La media de edad fue de 43.5 ± 14.4 años y 9 (75%) eran hombres. Se encontró infiltrado linfoplasmocitario en todos los casos, fibrosis en 8 y fibrosis estoriforme en uno sólo. En ninguna biopsia se halló flebitis obliterativa. En todos los casos, las tinciones para IgG4 fueron valorables, mientras que en dos casos las tinciones para IgG no lo fueron, por lo que la relación IgG4/IgG pudo calcularse en 10 casos. La mediana de células plasmáticas IgG4+ por campo de gran aumento fue de 30.5 (RIC 16.5-41) y la mediana de la relación IgG4/IgG fue de 59.5% (RIC 27-66). Las 12 biopsias tenían > 10 células plasmáticas IgG4+, en tanto que 7/10 (70%) tenían una relación IgG4/IgG > 40%. De acuerdo con el CIP, un (8.3%) caso fue altamente indicativo de ER-IgG4, 6 (50%) tuvieron características histológicas probables y 5 (41.6%) mostraron evidencia histopatológica insuficiente. De todos los casos, 7 (58.3%) se diagnosticaron como ER-IgG4 probable de acuerdo con los CDJ, aunque solo un paciente satisfacía criterios ACR/EULAR 2019 para ER-IgG4 atípica.

Conclusiones: Un gran porcentaje de biopsias de pericardio de pacientes

con PC idiopática muestra hallazgos consistentes de ER-IgG4 y cumplen al menos un grupo de criterios de diagnóstico/clasificación. La ER-IgG4 debe considerarse dentro del abordaje de PC y realizar una evaluación histopatológica dirigida debido a las implicaciones terapéuticas.

Bibliografía

1. Deshpande V, Zen Y, Chan JK, et al. Consensus statement on the pathology of IgG4-related disease. *Mod Pathol.* 2012 Sep;25(9):1181-92.
2. Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J.* 2015 Nov 7;36(42):2921-2964.

CG249

Manejo quirúrgico-reumatológico para enfermedad humana por adyuvante inducido por biopolímeros: experiencia de un centro de atención privada especializada

Hernández-Cervantes D¹, Chávez-Oropeza BM², Martínez-Martínez LA³, Lugo-Zamudio GE²

⁽¹⁾Centro DHE, ⁽²⁾Hospital Juárez de México, ⁽³⁾Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez

Introducción: La enfermedad humana por adyuvantes es un síndrome autoinmunitario/inflamatorio vinculado con procedimientos estéticos practicados por personal no médico o no calificado al inyectar una gran diversidad de materiales, entre ellos aceites minerales, vegetales o industriales, parafinas y silicona líquida. Estos depósitos pueden activar una respuesta inflamatoria o autoinmunitaria que genera complicaciones no sólo en las regiones anatómicas donde se administran, sino también en sitios de migración e incluso de manera sistémica.

Objetivos: Describir las alteraciones anatómicas, histológicas, inmunológicas, así como la respuesta al tratamiento médico-quirúrgico de un sistema de clasificación de la enfermedad por adyuvantes de acuerdo con el daño tisular.

Material y métodos: Se trata de una cohorte de pacientes consecutivos que acudieron a un centro privado de cirugía plástica especializada en retiro de biopolímeros desde agosto de 2020 hasta junio de 2022. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con el grado de afectación tisular en el sitio de la aplicación del biopolímero (I, II, IIIa, IIIb y IV), la magnitud de su depósito y el desplazamiento de las lesiones. Los pacientes con clasificación II a IV se valoraron en el servicio de reumatología con el objetivo de atenuar la inflamación de las pacientes antes del procedimiento quirúrgico, durante el cual se efectuó una biopsia. Se realizó estadística descriptiva con el programa SPSS, versión 23.

Resultados: Se incluyó a 81 pacientes con antecedente de administración de inyecciones de sustancias modeladoras. El 96% de ellos correspondió a mujeres con edad de 40 ± 10 años y en promedio con $11 \pm$ años de someterse a la administración del biopolímero. La región anatómica afectada con más frecuencia fue la región glútea (74%), seguida por los labios (17.3%), gastrocnemios (14.8%) y glándula mamaria (8.6%). La clasificación más frecuente fue IIIa (35.8%). Se recabaron biopsias de 54 pacientes: se identificó evidencia de cuerpo extraño en 73% (metacrilato, parafina, aceite y silicona), fibrosis en 59%, granulomas en 53%, congestión vascular en 33%, material eosinofílico en 21%, infiltrado linfocitario en 19%, hemorragias en 19%, vasculitis en 30%, trombosis en 9% y necrosis en 2%. No se informó afectación ósea por histopatología. El 50% de los pacientes tuvo PCR > 1 mg/dL, el 26% VGS > 20 mm/h, el 28% anticuerpos antinucleares positivos y el 3.7% anticentrómero positivo. El 37% de los pacientes requirió tratamiento médico del servicio de reumatología: colchicina (0.5-1 mg/24 h, 30%), prednisona o equivalente (5-15 mg, 28%), metotrexato (15 mg cada semana, 13%) y AINE (2.5%). Al 95% de los pacientes se les realizó tratamiento quirúrgico para la extracción de biopolímeros con Va-

ser, técnica abierta o mixta, y en 23 pacientes fue necesario el tratamiento quirúrgico en un sitio secundario de administración de biopolímero. No se observaron complicaciones posoperatorias en los pacientes del centro especializado en retiro de biopolímeros, y sólo tres pacientes (clasificación IV) no fueron objeto de medidas quirúrgicas, si bien ya las habían necesitado en otros centros quirúrgicos.

Conclusiones: El escrutinio de enfermedades reumatológicas y el tratamiento médico intensivo preoperatorio, en conjunto con la selección personalizada de la técnica de cirugía plástica de los pacientes con depósitos por biopolímeros, se traduce en éxito quirúrgico. Se requieren estudios controlados aleatorizados para definir el papel definitivo y sistemático de los modificadores de la enfermedad en el periodo preoperatorio.

Bibliografía

1. Shoenfeld Y, Agmon-Levin N. 'ASIA - autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants. J Autoimmun. 2011 Feb;36(1):4-8
2. Vera-Lastra O, Medina G, Cruz-Domínguez MP, et al. Autoimmune/inflammatory syndrome induced by mineral oil: a health problem. Clin Rheumatol. 2018 Jun;37(6):1441-1448.

CG250

Validación del índice de gravedad de intolerancia al metotrexato (MISS)

Anaya-Ramos W, Álvarez-Hernández E

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El metotrexato (MTX) suele ser el tratamiento de primera línea en muchas enfermedades reumatológicas (ER), en virtud de su seguridad, eficacia y bajo costo; sin embargo, puede tener efectos adversos gastrointestinales (GI) que se presentan en 52% a 65% y pueden causar suspensión del tratamiento y un efecto negativo en el control de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes. En algunas ocasiones, los efectos no son clínicamente evidentes y pueden pasar inadvertidos si no se investiga de forma adecuada. El MISS es un cuestionario diseñado para medir la intolerancia al MTX que incluye 12 reactivos y 4 dominios: efectos adversos GI directos (al tomar el MTX), anticipatorios (antes de tomar el MTX), asociativos (al considerar tomar el MTX) y alteraciones de conducta. Se califica con una escala Likert de 0 a 3 y una puntuación de 0 a 36 puntos; a mayor puntuación, mayor intolerancia al MTX. Está validado en inglés, francés y portugués, pero no hay una versión validada en español.

Objetivos: Validar y adaptar el cuestionario MISS al español en pacientes con ER. Determinar la frecuencia de intolerancia al MTX en los pacientes con ER del Hospital General de México.

Material y métodos: Se realizó una traducción y retrotraducción del cuestionario según las recomendaciones específicas. El cuestionario se aplicó a pacientes mayores de 18 años, con alguna ER definida y con uso de MTX por lo menos durante tres meses. Se recabaron datos sociodemográficos, diagnóstico y tratamiento. Se realizó estadística descriptiva. La significancia estadística se consideró < 0.05. Para la validación se realizaron análisis de fiabilidad (alfa de Cronbach) y análisis factorial con rotaciones (ortogonal y varimax).

Resultados: Se incluyó a 105 pacientes, de los cuales 98 (93.3%) fueron mujeres, con edad media de 47.45 ± 12.34 años. La escolaridad media fue de 9.32 ± 3.68 años. Hasta 80 (76.2%) tenían AR, 7 (6.7%) LES, 7 (6.7%) miopatía inflamatoria y 11 (10.48%) otras ER. El tiempo de uso de MTX fue de 7.97 ± 6.14 años. La dosis promedio fue de 15.45 ± 4.3 mg a la semana. La media de la puntuación del MISS fue de 4.79 ± 6.12. Tuvo un alfa de Cronbach de 0.896. En el análisis factorial se encontraron cuatro dimensiones (76.23% de la varianza). La intolerancia a MTX (MISS > 6) se encontró en 30 pacientes (28.6%). En la **Tabla 1** se observa la frecuencia de los efectos adversos registrados por el cuestionario MISS. La intolerancia al MTX se vinculó con el tiempo de uso > 10 años (RM, 3.17; IC95%, 1.3-7.72) y las dosis > 15 mg (RM, 1.4; IC95%, 1.0-1.96). No se reconoció relación con otras variables (edad, sexo, escolaridad, diagnóstico y administración de otros medicamentos).

Tabla 1. (CG250)

Síntomas	n (%)
Dolor abdominal	
Después de tomar MTX	43 (41)
Anticipatorio	15 (14.4)
Asociativo	20 (19.1)
Náusea	
Después de tomar MTX	51 (48.7)
Anticipatorio	21 (20.1)
Asociativo	28 (26.7)
Vómito	
Después de tomar MTX	11 (10.5)
Anticipatorio	3 (2.9)
Alteraciones de conducta	
Ansiedad	36 (34.3)
Tristeza	28 (26.7)
Irritabilidad	36 (34.3)
Negarse a tomar MTX	26 (24.8)

Conclusiones: El cuestionario MISS es de fácil comprensión y confiable para la detección de intolerancia al MTX en pacientes con ER.

Bibliografía

1. Bulatovi M, Heijstek MW, Verkaaik M, et al. High prevalence of methotrexate intolerance in juvenile idiopathic arthritis: development and validation of a methotrexate intolerance severity score. Arthritis Rheum. 2011;63:2007-13. doi: 10.1002/art.30367.
2. Amaral JM, Brito MJM, Kakehasi AM. Cultural adaptation and validation of the Methotrexate Intolerance Severity Score in Brazilian portuguese for adults with rheumatoid arthritis. J Clin Rheumatol. 2021;27(6S):S168-S172. doi:10.1097/RHU.0000000000001221.

CG251

Efectos del alopurinol sobre marcadores inflamatorios y cambios morfoestructurales por ultrasonido en individuos con hiperuricemia asintomática: prueba piloto

Valdivieso-Ruiz GM¹, Soto-Fajardo RC¹, Medina-García AC¹, Rodríguez-Flores SA¹, Hopf-Estandía K², Robledo-Márquez SN², Silveira-Torre LH², Amezcua-Guerra LM², Pineda-Villaseñor C¹

⁽¹⁾ Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS, ⁽²⁾ Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez

Introducción: La hiperuricemia asintomática se define como concentraciones de urato en suero > 7 mg/dL, en ausencia de clínica indicativa de gota, urolitiasis o nefropatía por uratos. Esta alteración metabólica tiene una relación estrecha con enfermedades crónicas y degenerativas. Existe evidencia sobre la utilidad del ultrasonido (US) en la identificación de depósitos de cristales de urato monosódico en individuos con hiperuricemia asintomática y, de modo simultáneo, se ha observado la elevación de diferentes marcadores de inflamación en un grado similar al encontrado en pacientes con gota crónica en estos enfermos.

Objetivos: Evaluar si existen cambios en los marcadores inflamatorios séricos de individuos con hiperuricemia asintomática y cambios morfoestructurales identificados en US, después del tratamiento con alopurinol durante seis meses.

Material y métodos: Este estudio clínico abierto se plantea como una prueba piloto. Se incluyó a individuos con dos mediciones de urato sérico > 7 mg/dL en el último año, con al menos una lesión elemental

consistente con depósitos de cristales de urato monosódico observados por US; se excluyó a aquellos que mostraban signos o síntomas articulares, diagnóstico de gota, urolitiasis, nefropatía por uratos y en tratamiento hipouricemiante. El US se realizó en las rodillas, tobillos y la primera articulación metatarsofalángica (1° MTF) de forma bilateral. Las lesiones buscadas fueron sinovitis, erosiones, doble contorno, agregados, tofos y señal Doppler de poder, de acuerdo con las definiciones OMERACT y con un equipo Esaote mylab70® con sondas lineales de alta frecuencia (6-18 y 4-13 MHz). Se llevó a cabo la medición basal de interleucina 6 (IL-6) e interleucina 8 (IL-8) y a los seis meses de tratamiento mediante inmunoanálisis con Luminex. Cada persona recibió una dosis inicial diaria de 150 mg de alopurinol por un mes y después se incrementó la dosis a 300 mg cada 24 horas hasta concluir los seis meses (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias de medias obtenidas en los valores basales y posteriores al tratamiento con alopurinol por seis meses. Se observa una reducción significativa de las lesiones ecográficas antes y después del tratamiento en rodilla. (CG251)

Cambios antes y después del tratamiento con alopurinol por seis meses				
	Media	n	Desviación típica	p
IL-6 basal	0.07218	11	0.021976	0.40
IL-6 postratamiento	0.06618	11	0.010265	
IL-8 basal	0.08145	11	0.032073	0.59
IL-8 postratamiento	0.07691	11	0.013953	
Lesiones ecográficas en rodilla basal	3.6364	11	1.74773	0.003
Lesiones ecográficas en rodilla postratamiento	1.2727	11	1.19087	
Lesiones ecográficas en tobillo basal	1.0909	11	1.57826	0.82
Lesiones ecográficas en tobillo postratamiento	0.9091	11	1.44600	
Lesiones ecográficas en pie basal	0.6364	11	1.02691	0.15
Lesiones ecográficas en pie postratamiento	1.5455	11	1.80907	
Lesiones ecográficas total basal	5.3636	11	3.35478	0.35
Lesiones ecográficas total postratamiento	3.7273	11	3.58025	

Resultados: El 90.9% correspondió al sexo masculino, con una edad promedio de 56.6 años (DE 11.8); el IMC promedio fue de 26.9 kg/m² (DE, 3.81). Los individuos registraron valores mayores de IL-6 e IL-8 a mayor número de lesiones elementales encontradas (p < 0.05); la lesión de mayor prevalencia fueron los agregados que se hallaron en el 100% de la población de estudio. Se observó que el riesgo de sinovitis aumentaba ante la presencia de agregados OR = 8.0 (IC95%, 0.25-253.7). Por último, el porcentaje de cambio del número total de lesiones fue de 2.81 ± 109.7 en el intervalo de -100.0% a 250%.

Conclusiones: El alopurinol es útil en la regresión de lesiones elementales identificadas por ultrasonido en personas con hiperuricemia asintomática; sin embargo, se requieren más estudios para determinar su relevancia en los efectos en IL-6 e IL-8.

Bibliografía

- Pineda C, Amezcua-Guerra LM, Solano C, Rodríguez-Henríquez P, Hernández-Díaz C, Vargas A, et al. Joint and tendon subclinical involvement suggestive of gouty arthritis in asymptomatic hyperuricemia: an ultrasound controlled study. *Arthritis Res Ther* [Internet]. 2011;13(1):R4. Available from: <http://arthritis-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/ar3223>.
- Stewart S, Maxwell H, Dalbeth N. Prevalence and discrimination of OMERACT-defined elementary ultrasound lesions of gout in people with asymptomatic hyperuricaemia: a systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* [Internet]. 2019 Aug;49(1):62-73. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0049017218306188>.

CG252

Enfermedad del tejido conectivo e hipertensión arterial pulmonar: reporte de serie de casos del Hospital General de México

Cruz-Martínez RZ¹, Cueto-Robledo G¹, García-Méndez S²

⁽¹⁾ Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, ⁽²⁾ Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es un raro trastorno de la vasculatura pulmonar. La HAP representa el grupo I, se considera hipertensión precapilar y su diagnóstico se establece por cateterismo cardiaco derecho (CCD), con presión media de la arteria pulmonar > 25 mm Hg, presión en cuña de la arteria pulmonar < 15 mm Hg y resistencias vasculares pulmonares de 3 UW. Los pacientes con enfermedades del tejido conectivo (CTD) suelen desarrollar HAP (CTD-HAP) como complicación de la misma autoinmunidad.

Objetivos: Describir a los pacientes y sus variables sometidos a cateterismo cardiaco derecho desde el año 2013 hasta la actualidad con diagnóstico de HAP y de tejido conectivo (CTD-HAP).

Resultados: Se conformó un total de 55 casos, mayores de 18 años, con una media de edad de 50.93 años, el 4.3% de hombres y el 95.7% de mujeres; la presencia de HAP-CTD de acuerdo con cada enfermedad se integró con esclerodermia variedad limitada (32.7%), esclerodermia variedad difusa (23.6%), lupus eritematoso sistémico (18.2%), artritis reumatoide y síndrome de Sjögren (9.1%), respectivamente, y dermatomiositis y enfermedad mixta del tejido conectivo (3.6%). Al momento de la revisión, el 76.2% de la población se encontraba aún vivo y el resto finado. Los síntomas presentados al inicio de su padecimiento fueron los siguientes: disnea (85.5%), fatiga (63.6%), tos (38.2%), palpitaciones (29.1%), edema (20%), angina (10.9%) y síncope (7.3) y los signos presentados en la EF fueron estertores crepitantes (67.3%), reforzamiento del S2 (61.8%), cianosis (14.5%), hepatomegalia (12.7%), ingurgitación yugular y acropaquias (5.5%). El 6.12% mostró disfunción renal con TFG < 60 mL/min (6.12%). La clase funcional predominante fue de grado II con 38.2%. El BNP tuvo una media de 334.63 y la media de la PCM6 fue de 334.6. Las pruebas de función respiratoria señalaron que el 10% desarrolló obstrucción, lo que sugiere restricción en el 95% con media de 59.87%, y ello confirma un patrón restrictivo por pletismografía, en el 48% de los casos con CPT, media de 74.14, y con DLCO₂ consistente con restricción en el 100% de los casos con media de 45%. Se calculó la relación FVC/DLCO₂ con media de 1.65; las variables ecocardiográficas valoradas fueron FE media de 64%, TAPSE 18.32, onda S? 11.2, FAC 34.13, área de la aurícula derecha de 20.38 y PsAP de 68.14, relación TAPSE/PsAP de 0.31. El 71% de los casos tuvo EPID, con variedad de neumonía intersticial inespecífica (52%), neumonía intersticial habitual (36%), linfoidea (10.5%) e informe de un caso de fibroelastosis pleuropulmonar (1.8%). Las variables hemodinámicas medidas por CD fueron: media de la arteria pulmonar de 41.82, RVP de 7.6 y PCWP de 6.1; PAD de 5.33 y DVd de 4.42, además de estratificación inicial no invasiva con riesgo bajo (27.3%), riesgo intermedio bajo (30.9%), riesgo intermedio alto (25.5%) y riesgo alto (5.5%), así como estratificación por REVEAL 2.0 *Risk Calculator* con riesgo bajo de 63.8% y riesgo medio de 36.2%.

Conclusiones: Es elevada la prevalencia de CTD-HAP; en el plano nacional no existe un informe de la epidemiología de esta enfermedad, pero es necesaria su adecuada identificación debido a la gran mortalidad con la que se relaciona. La mayoría de los pacientes mostró Ssc HAP, con HP moderada, y riesgo bajo a intermedio de avance de la enfermedad, lo que exige una evaluación multidisciplinaria para su adecuado diagnóstico.

Bibliografía

- Humbert M, Kovacs G, Hoepfer MM, Badagliacca R, Berger RMF, Brida M, et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *Eur Heart J*. 2022;43(38):3618-731.
- Vonk MC, Vandecasteele E, van Dijk AP. Pulmonary hypertension in connective tissue diseases, new evidence and challenges. *Eur J Clin Invest*. 2021;51(4):e13453.

CG253

Autoinmunidad en pacientes con inmunodeficiencias primarias: serie de casos

Gamboa-Espíndola M, Martín-Nares E, Hernández-Molina GA

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Se ha descrito la relación de pacientes con inmunodeficiencias primarias en casos aislados.

Objetivos: Evaluar las manifestaciones autoinmunitarias en una cohorte de pacientes adultos con inmunodeficiencias primarias.

Presentación de casos: Serie de casos de un centro de tercer nivel (2012-2022) que incluyó a pacientes con diagnóstico de inmunodeficiencias según la clasificación del Comité de Expertos de la Unión Internacional de Sociedades de Inmunología 2022. Del expediente se registraron variables demográficas, tipo de inmunodeficiencia, años de evolución, presencia de autoinmunidad de órgano blanco y autoinmunidad sistémica (de acuerdo con criterios vigentes de cada enfermedad), y la temporalidad de presentación. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyó a 48 pacientes (26 hombres, 54.16%), con edad actual de 32.1 ± 13 años y tiempo de evolución de 16.9 ± 9.1 años. Distribución de las inmunodeficiencias: inmunodeficiencia combinada con características sincrónicas (n = 15, 31.25%), deficiencias de complemento (n = 3, 6.25%), defectos congénitos de función fagocitaria o número de fagocitos (n = 7, 14.58%), defectos en vía intrínseca e innata de la inmunidad (n = 4, 8.33%), inmunodeficiencia celular y humoral (n = 3, 6.25%), otros defectos no linfocitarios (n = 1, 2.08%), fenocopias con errores innatos de la inmunidad (n = 1, 2.08%) y defectos predominantemente de anticuerpos (n = 14, 29.16%). Seis pacientes ya habían fallecido al momento de la revisión. Se documentó a 15 pacientes (31.2%) con autoinmunidad sistémica o de órgano blanco, de los cuales 12 fueron de este último y 5 sistémica (grupos no exclusivos). La autoinmunidad de órgano blanco se presentó en cinco pacientes antes de la inmunodeficiencia, uno de forma concomitante y seis con posterioridad. La mediana de afectación a órganos blanco fue de 1 (intervalo, 1-4). La mediana de presentación de inmunidad de órgano blanco antes de la inmunodeficiencia fue de 7 años (intervalo, 1-19) y luego de la inmunodeficiencia de 4 años (intervalo, 1-17). Distribución de afectación a órgano blanco: trombocitopenia inmunitaria primaria (n = 3), enfermedad tiroidea autoinmunitaria (n = 5), alopecia areata (n = 1), vitiligo (n = 2), escleroderma localizada (n = 1), hepatitis autoinmunitaria

(n = 1), colitis ulcerativa (n = 1), síndrome de Evans (n = 2), anemia perniciosa (n = 1) y miastenia grave (n = 1). Hubo autoinmunidad sistémica en cinco pacientes y en todos ellos fue posterior al diagnóstico de inmunodeficiencia (mediana, 8 años; intervalo, 1-33 años). Los pacientes tuvieron las siguientes enfermedades sistémicas: 2 pacientes PAN, 2 pacientes SAF primario y 1 paciente esclerosis sistémica limitada + SAF primario + síndrome de Sjögren secundario. En la **Tabla 1** se detallan las características de estos pacientes.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes sufrió enfermedad autoinmunitaria, ya sea de órgano blanco o sistémica. En esta cohorte, las enfermedades sistémicas más frecuentes fueron SAF y PAN.

Bibliografía

1. Bousfiha A, MounDIR A, Tangye SG, et al. The 2022 Update of IUIS Phenotypical Classification for Human Inborn Errors of Immunity. J Clin Immunol. 2022 Oct 6. In press.

CG254

Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa en un paciente con sospecha de gota tofécea por nódulos en manos

Cruz-López G, Fajardo-Hermosillo LD, Alcaraz-Wong AA

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El diagnóstico diferencial de múltiples nódulos en mano incluye nódulos reumatoides, tofos gotosos, fibromatosis, eritema elevado diutinum y, de manera excepcional, neoplasias derivadas de la vaina del tendón, como el tumor de células gigantes de la vaina tendinosa (TCGVT).

Objetivos: Presentar el caso de un paciente portador de insuficiencia renal bajo tratamiento dialítico, enviado por nódulos en manos ante la sospecha de gota tofécea y cuya biopsia confirmó una neoplasia conocida como TCGVT con metástasis pulmonares.

Resultados: Hombre de 28 años con antecedente de enfermedad renal crónica bajo tratamiento de sustitución renal en modalidad diálisis peritoneal e hiperparatiroidismo secundario desde el 2019; ha sufrido complicaciones como taponamiento cardíaco y neumonía adjunta en 2021. Inicia su padecimiento en julio 2021 con la aparición de nódulos firmes y dolorosos en las articulaciones metacarpofalángicas de ambas manos, con crecimiento pro-

Tabla 1. Pacientes con inmunodeficiencia y enfermedades autoinmunitarias sistémicas. (CG253)

	Inmunodeficiencia, clasificación	Inmunodeficiencia específica	Enfermedad sistémica	Serología	Tx	Estado actual
1	Defectos predominantemente de anticuerpos	Inmunodeficiencia común variable	PAN	No se realizó	PDN, CFM	Remisión
2	Defectos congénitos de fun. fagocitaria o número de fagocitos	Enfermedad granulomatosa crónica	SAF trombótico	ANA MF 1:160, AL, anti-2-GPI IgG, aCL IgG (-), anti-2-GPI IgM 17.4 U/mL, aCL IgM 36.7 U/mL	Anticoagulación	Estable
3	Inmunodeficiencia combinada características sindrómicas	Hiper-IgE	PAN	No se realizó	PDN, MMF	Remisión
4	Inmunodeficiencia combinada características sindrómicas	Síndrome velocardiofacial	SAF hematológico (Sx. Fisher-Evans)	Anti-DNA, anti-Sm, anti-Ro, AL, anti-n 2-GPI IgG e IgM, aCL IgG (-), ANA homogéneo 1:80, aCL IgM 99.2 U/mL	RTX, PDN, esplenectomía, AZA	Remisión parcial
5	Defectos congénitos de fun. fagocitaria o número de fagocitos	Deficiencia de GATA 2	Escleroderma sistémica limitada + SAF obstétrico Síndrome de Sjögren secundario	ANA patrón centromérico 1:1 280 Anticentrómero 378 UI, anti-Ro 33.1 U/mL, anti-La, anti-DNA, aCL IgG e IgM, anti-2 GPI IgG, AL (-) anti-2-GPI IgM 203 U/mL	Antagonista del calcio, lubricantes oculares	Estable

gresivo y aumento de la temperatura. Las radiografías de manos muestran grandes masas radiopacas sin erosiones (**Figura 1**). Fue remitido al servicio de reumatología para descartar gota tofácea. En la valoración del paciente, además de las lesiones en manos, se identifican nódulos en codo y costado derecho. Ante la sospecha de extensión de la enfermedad se solicitó una tomografía de tórax que muestra calcificaciones pulmonares bilaterales de predominio en lóbulos superiores. Los registros paraclínicos señalan ácido úrico de 6.88 mg/dL y reactantes de fase aguda normales. La biopsia de los nódulos de la mano derecha mostró un TCGVT de variedad difusa.

Conclusiones: El TCGVT es la segunda neoplasia que afecta la mano en frecuencia después de los gangliones. Chassaignac lo describió en 1952 y Jaffe lo reclasificó en 1941, de acuerdo con su origen en la vaina tendinosa (como TCGVT), articulación (como sinovitis villonodular pigmentada) o bursa (como bursitis villonodular pigmentada). El TCGVT posee dos variedades. La limitada es más común, de curso benigno y afecta a una sola localización, como dedos de la mano y muñeca. La variedad difusa es múltiple y lesiona a la rodilla, tobillo, hombro, codo y cadera, es infrecuente, aunque más destructiva y agresiva, recidivante al tratamiento, con una transformación maligna relacionada con metástasis pulmonares en cuatro informes de casos publicados hasta el momento. Esta neoplasia es de crecimiento lento, desde un mes hasta 30 años. Se manifiesta en clínica con dolor, artritis o hemartrosis. Predomina en adultos del sexo femenino en la tercera década y su tamaño varía desde 0.5 hasta 6 cm; muestra erosiones o calcificaciones distróficas en un 70% de los casos que pueden valorarse en radiografías. Su origen se ha vinculado con traumatismo, degeneración articular y translocación de genes en relación con el cromosoma 1p13, el 2q35 como el factor estimulante de colonias tipo 1 y el gen de colágeno tipo VI *COL6A3*. El tratamiento de elección es la escisión extensa y radioterapia concomitante para evitar la recurrencia informada de 14% a 92% junto con erosiones y alta actividad mitótica. En fecha reciente se han empleado tratamientos prometedores contra inhibidores de cinasas, como pexidartinib, nilotinib o imatinib. Aunque el TCGVT es un diagnóstico diferencial infrecuente en pacientes con sospecha de gota tofácea, debe

considerarse por su ominoso pronóstico ante compromiso extraarticular y un crecimiento acelerado de los nódulos con radiografías que no muestran erosiones en bordes articulares o masas radiolúcidas.

Bibliografía

1. Koutserimpas C, Kastanis G, Ioannidis A, Filippou D, Balalis K. Giant cell tumors of the tendon sheath of the hand: an 11-year retrospective study. *J BUON*. 2018 Sep-Oct;23(5):1546-1551.
2. Christanto AG, Kuntara A. Tenosynovial giant cell tumor, localized type, with recurrence, and lung metastases: a case report. *Radiol Case Rep*. 2022 Apr 6;17(6):1946-1950.

CG255

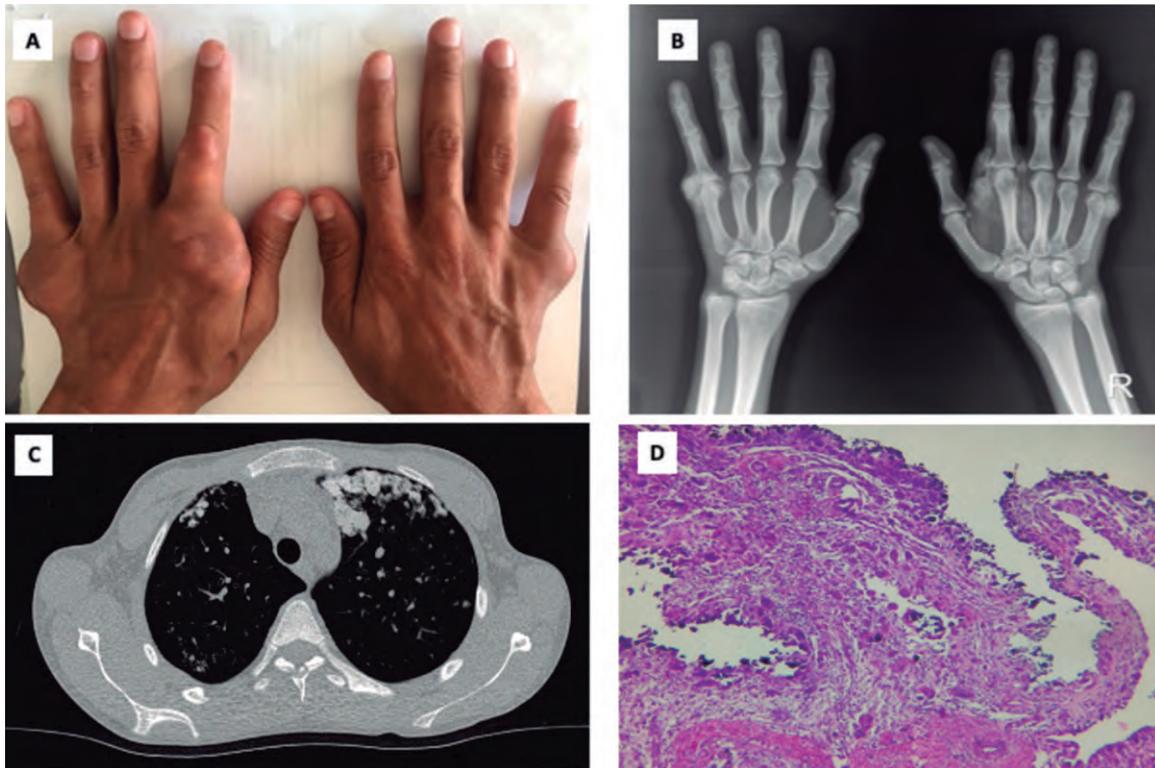
Lupus eritematoso sistémico “like” en infección por virus de la inmunodeficiencia humana

Pérez-Cruz DK

Hospital Juárez de México

Introducción: La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es aún prevalente en México; entre 1983 y 2022 se diagnosticaron 336 515 casos, sobre todo en hombres. En casi 3% de los pacientes se detectan anticuerpos antinucleares positivos. El VIH puede compartir manifestaciones clínicas similares con enfermedades autoinmunitarias: artritis reumatoide, esclerosis sistémica, síndrome antifosfolípido y lupus eritematoso sistémico (LES). El LES y el VIH comparten síntomas constitucionales, dermatológicos, renales, articulares, neurológicos (psicosis, neuropatía periférica y focalización) y alteraciones hematológicas.

Figura 1. A. Nódulos dolorosos en ambas manos referidos como tofos. **B.** Radiografías de manos que muestran masas radiopacas sin erosiones. **C.** Tomografía axial computarizada de pulmón con múltiples calcificaciones en ambos lóbulos superiores de predominio izquierdo. **D.** Biopsia de nódulo de mano que señaló tumor de células gigantes de la vaina tendinosa variedad difusa con numerosas células de aspecto histiocítico y gigantes multinucleadas (H-E, 10x). (CG254)



Objetivos: Presentar dos casos de lupus eritematoso sistémico en una infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

Resultados: Caso 1: paciente femenino de 19 años con cuadro clínico durante el puerperio mediato, caracterizado por fiebre, astenia, adinamia, pérdida de peso, úlceras orales, crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, proteinuria, artritis, diarrea, infecciones vaginales de repetición, síndrome anémico y foco neumónico que exigió ingreso a un servicio de medicina interna, donde recibió tratamiento con pulsos de glucocorticoide por sospecha de LES, con mejoría clínica parcial. El caso se envió al servicio del autor. Exploración física: temp. 39.4°C, FC 140 x', FR 24 x', TA 110/60 mm Hg, alopecia difusa, candidosis oral, úlceras orales, síndrome de condensación bilateral, oligoartritis en rodilla derecha y úlceras en región vulvar con secreción verdosa. Estudios de laboratorio: Hb 8.3 g/dL, neutrófilos 11.17 10³/uL, linfocitos 0.37 10³/uL, PCR 14 mg/dL, TGP 475 U/L, TGO 89 U/L, GGT 549 U/L, amilasa 149 UI/L, lipasa 764 UI/L, C3 155 mg/dL, C4 36 mg/dL, anticuerpos: ANA, anti-dsDNA, anti-Sm, anti-SSA, anti-SSB, anti-β2-GPI (IgG e IgM), aCL (IgG e IgM) negativos. Tomografía pulmonar: neumonía de focos múltiples y derrame pleural bilateral. ELISA y *Western blot* positivos para VIH.

Caso 2: paciente femenino de 21 años de edad con cuadro clínico caracterizado por síntomas constitucionales, fatiga, astenia, pérdida de peso de 24 kg en 10 meses, caída de cabello, exantema en áreas fotoexpuestas y parestesias en miembros inferiores. Evolucionó con hemiparesia corporal izquierda en relación con afasia motora transitoria. Exploración física: temp. 36.2°C, FC 93 x', TA 100/60 mm Hg FR 20 x', alopecia no cicatrizal, exantema maculopapular localizado en área cigomática, supraclavicular, cervical y livedo reticular en miembros inferiores. Estudios de laboratorio: leucocitos- 2.98 10³/uL, Hb 9.8 g/dL, plaquetas 68 10³/uL, neutrófilos 10 10³/uL, linfocitos: 0.42 10³/uL, Coombs directo positivo, anticuerpos: ANA, anti-dsDNA, anti-Sm, anti-SSA, anti-SSB, anti-β2-GPI (IgG e IgM), aCL (IgG e IgM) negativos. Telerradiografía de tórax y tomografía axial computarizada de cráneo sin alteraciones. Estudio de conducción nerviosa: compromiso mononeuropático múltiple de carácter axonal en nervios peroneo y sural. ELISA y *Western blot* positivos para VIH.

Conclusiones: En mujeres jóvenes con vida sexual activa y manifestaciones sistémicas indicativas de enfermedad autoinmunitaria, como LES, debe considerarse la infección por VIH dentro del diagnóstico diferencial, la cual es todavía una anomalía muy prevalente en este país. Ambos comparten manifestaciones clínicas y de laboratorio e incluso pueden coexistir, por lo que el tratamiento y pronóstico son diferentes en dichas situaciones.

Bibliografía

1. Carugati M, Franzetti M. Systemic lupus erythematosus and HIV infection: a whimsical relationship. Reports of two cases and review of the literature. *Clin Rheumatol*. 2013;32:1399-1405.
2. Fox C, Walker K. Evolving spectrum of HIV-associated rheumatic syndromes. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2015;29(2):244-58.
3. Vega L, Espinoza R. Human immunodeficiency virus infection (HIV)-associated rheumatic manifestations in the pre-and post-HAART eras. *Clin Rheumatol*. 2020;39(9):2515-2522.

CG256

Artritis reactiva por *Ureaplasma urealyticum*: reporte de un caso

Lizardi-Díaz MA

Hospital Ángeles Lomas

Introducción: La artritis reactiva o síndrome de Reiter es una afección autoinmunitaria posinfecciosa precedida por una infección bacteriana del tracto gastrointestinal o urinario. Se clasifica como una espondiloartropatía seronegativa relacionada con HLA-B27 que afecta por lo general a adultos jóvenes y se manifiesta con síntomas musculoesqueléticos o extraarticulares que se resuelven casi siempre de modo espontáneo en seis a 12 meses.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con cuadro de artralgiyas de una semana de evolución en relación con dermatosis como una posibilidad diagnóstica de espondiloartropatías.

Resultados: Paciente femenina de 32 años, sin antecedentes personales patológicos aparentes, quien inició su padecimiento actual una semana antes de su ingreso hospitalario, con cefalea holocraneal de tipo opresiva, cervicalgia, astenia, adinamia y malestar general. Tres días anteriores a su ingreso se agregan diaforesis nocturna, artralgiyas en articulaciones humero-cubital bilateral, interfalángicas proximales, tibioastragalina bilateral y femorotibial bilateral, con atenuación de los síntomas a la movilización articular. Un día antes de su ingreso hospitalario acudió con facultativo, quien inició tratamiento farmacológico con ketoprofeno en dosis no especificada, sin mejoría de los síntomas, por lo que acude al servicio de urgencias en donde se agrega dermatosis localizada en la región proximal del miembro pélvico izquierdo, sin afectar las regiones dorsoplantares y caracterizada por lesiones maculopapulares ligeramente eritematosas, no pruriginosas, así como artralgiyas generalizadas incapacitantes (**Figura 1**). En la anamnesis niega rigidez matutina y refiere picadura por insectos unos 14 días anteriores a su ingreso hospitalario. Exploración física: oligoartritis asimétrica de miembro torácico e izquierdo y dermatosis maculopapular en la región proximal del miembro pélvico izquierdo. Como parte del abordaje diagnóstico del cuadro clínico de la paciente se solicitaron serologías para virus de Epstein-Barr, VIH, VDRL, parvovirus B19, TORCH, hepatitis A, B y C, citomegalovirus, enfermedades por vector, y cultivo de exudado vaginal de *Ureaplasma*, *Mycoplasma*, *Chlamydia*; adicionalmente se inició abordaje reumatológico y se solicitan factor reumatoide, cifras de complemento C3 y C4, anticuerpos antinucleares, anticoagulante lúpico, y perfil de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, y HLA B27, todos negativos, salvo el cultivo de exudado vaginal de *Ureaplasma* que resulta positivo. Se establece el diagnóstico de artritis reactiva por *Ureaplasma urealyticum* y se envía a domicilio con tratamiento sintomático, con posterior seguimiento por consulta externa; se alcanza la remisión de los síntomas un mes después de su hospitalización sin recidivas hasta el momento.

Figura 1. (CG256)



Conclusiones: Las artritis reactivas constituyen una complicación poco frecuente ante infecciones comunes, por lo que ante artritis oligoarticular asimétrica debe descartarse una infección previa o actual, en especial por agentes gastrointestinales o urológicos a la par de espondiloartropatías

seropositivas o seronegativas. A pesar de ser una entidad patológica infrecuente, las estrategias de diagnóstico microbiológico han permitido la correcta identificación de causas antes poco estudiadas, por lo que las espondiloartropatías deben considerarse como posibilidades diagnósticas con mayor frecuencia.

Bibliografía

1. Taylor-Robinson D. European guideline for managing sexually acquired reactive arthritis. *International Journal of STD & AIDS*. 2015;27(1):80-80.
2. Jubber A, Moorthy A. Reactive arthritis: a clinical review. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. 2021;51(3):288-297.

CG257

Espectro de manifestaciones clínicas en síndrome de Stickler: evaluación de una familia

Ibarra-Stone KA, Pacheco-Pilco VG, Gutiérrez-Farfán IS, López-Gamboa RA, Fuentes-Cataño MC, Hidalgo-Bravo A, Jara-Quezada LJ, Espinosa-Morales R

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: El síndrome de Stickler (SS) es un trastorno del tejido conectivo hereditario con una prevalencia de 1 a 3 por 10 000 nacimientos. Las formas más frecuentes se heredan de forma dominante y en menor medida de manera recesiva; se han identificado seis genes vinculados con la formación de colágeno tipo II, IX y XI. Esta heterogeneidad genética produce manifestaciones oftalmológicas, orofaciales, auditivas y articulares distintas dentro de una familia. Existen dos formas de presentación: SS tipo 1 (sistémica) y SS tipo 2 (localizada).

Objetivos: Determinar la prevalencia de manifestaciones clínicas del SS en cuatro integrantes de una familia.

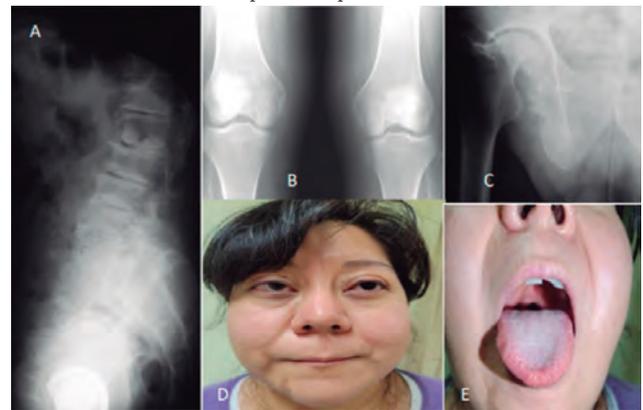
Material y métodos: Estudio transversal llevado a cabo a partir de un paciente en seguimiento por el servicio de reumatología. Se realizó una evaluación multisistémica (reumatológica, oftalmológica, genética y audiológica) de tres integrantes de su familia con manifestaciones clínicas consistentes.

Resultados: Se presenta a una familia con fenotipo característico de SS tipo 1: a) osteoartritis temprana (100%), b) miopía alta (100%), c) hipoacusia neurosensorial y caída selectiva en tonos agudos (50%). Dos pacientes del género masculino (padre e hijo) y dos hijas, con una edad media de 53 años (intervalo, 38-72 años). La forma más grave de osteoartritis (OA) evolucionó a necrosis avascular de cabeza femoral en el 50%, seguida de OA de rodillas grado III en el 75%, todos con OA generalizada antes de los 40 años (cadera, rodilla, manos, pies, columna). La primera manifestación oftalmológica fue miopía y las mujeres sufrieron desprendimiento de retina antes de los 21 años. El servicio de audiología determinó hipoacusia superficial bilateral en 75% de los pacientes con una caída selectiva en un espectro de 20 a 35 dB en tonos agudos (4-8 kHz). La hija menor inició con paladar hendido al nacimiento y persiste con hiperlaxitud de codos. Los rasgos faciales predominantes son puente nasal ancho, ojos prominentes, plenitud palpebral, fisura palpebral larga y esclera azul (**Figura 1**). Los criterios diagnósticos para SS se analizaron por paciente. El tratamiento consistió en lentes divergentes durante la infancia, tratamiento con láser para el desprendimiento de retina y reemplazo articular (padre: cadera izquierda, e hija mayor: de manera bilateral antes de los 40 años).

Conclusiones: El SS tipo 1 se presenta en el 80% a 90%, en relación con variantes patogénicas heterocigotas en COL2A1. La afectación ocular es grave, con una miopía > 3.00 dioptrías, anomalías vítreas, desprendimiento de retina, glaucoma y cataratas; es una causa importante de ceguera en niños. La forma más común de pérdida auditiva es la neurosensorial pura que aumenta con la edad. La OA se ha calculado en 15% antes de los 20 años y 50% antes de los 30 años. El diagnóstico de SS requiere un alto índice de sospecha que permita establecer un diagnóstico temprano y preventivo de complicaciones. El tratamiento de la OA temprana es sintomático y la osteonecrosis requiere tratamiento quirúrgico, con necesidad

de un seguimiento oftalmológico estrecho y cirugía con láser preventiva. La hipoacusia suele ser leve; en casos graves, la colocación de implantes cocleares es benéfica. Los reumatólogos deben estar alerta para identificar casos probables y, cuando sea posible, ofrecer tratamiento conjunto con asesoramiento genético.

Figura 1. A. Columna lumbosacra del padre, proyección lateral: disminución de espacio articular en articulaciones apofisarias con reparación extensa ósea, disminución de altura de discos intervertebrales, osteofitos marginales. B. Proyección AP de rodillas en hija menor, artrosis femorotibial externa grado II de Kellgren y Lawrence. C. Proyección AP de cadera derecha del padre, osteonecrosis de cabeza femoral, osteofitos y escleritis subcondral. D. Fenotipo de hija menor, rasgos faciales característicos, frente estrecha de diámetro biparietal, cejas arqueadas delgadas, plenitud palpebral, fisuras palpebrales largas, ptosis bilateral con endotropía de ojo derecho, base nasal ancha con punta piriforme, filtrum largo poco marcado, labios delgados, mancha café con leche en lado derecho de mentón de 1 cm de diámetro. E. Corrección parcial de paladar hendido. (CG257)



Bibliografía

1. Stickler GB, Hughes W, Houchin P. Clinical features of hereditary progressive arthro-ophthalmopathy (stickler syndrome): a survey. *Genetics in Medicine*. 2001;3(3):192-6.
2. Soh Z, Richards AJ, McNinch A, Alexander P, Martin H, Snead MP. Dominant stickler syndrome. *Genes*. 2022;13(6):1089.

CG258

Coexistencia de colangitis biliar primaria (CBP) y síndrome de CREST: reporte de caso

Durán-Montoya SA¹, Durán-Montoya SJ², Durán-Ortiz JS³, Partida-Zavala N²

⁽¹⁾Hospital General de Zona no. 89, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Universidad Autónoma de Nayarit, ⁽³⁾Hospital Civil de Tépica Dr. Antonio González Guevara

Introducción: La esclerodermia sistémica (ES) es una enfermedad multisistémica caracterizada por alteraciones microvasculares, autoinmunitarias, excesiva producción y depósito de colágeno en los tejidos, lo cual conduce a fibrosis cutánea y órganos internos. Se distinguen dos formas de ES: difusa y limitada. Esta última se denomina síndrome CREST (calcinosis, fenómeno de Raynaud, trastornos de la motilidad esofágica, esclerodactilia y telangiectasias). El compromiso pulmonar, cardíaco y renal es bien conocido en la ES; no obstante, esta afección puede presentarse también en el síndrome CREST con relativa menor frecuencia. El compromiso de la glándula hepática en la ES es infrecuente y los casos notificados son escasos. La CBP es el padecimiento relacionado en particular con el síndrome CREST. Se presenta el caso de una paciente con esta relación clínica.

Objetivos: Documentar el caso de una paciente de 61 años de edad con antecedente de fenómeno de Raynaud de siete años de evolución y diagnóstico de síndrome CREST en febrero de 2022, con posterior diagnóstico de CBP de acuerdo con los criterios estipulados.

Resultados: Los anticuerpos antimicrosomales fueron positivos (AMA) a título de 1:80 y los anticuerpos antinucleares positivos a título de 1:1 280 con patrón anticentrómero por el método de inmunofluorescencia indirecta (IFI). La inmunoespecificidad para otros autoanticuerpos como anti-Ro/La, Sm, RNPn, Jo-1, SCL-70, RNA polimerasa (ELISA), anti-DNA, músculo liso, y KLM-1(IFI) fueron negativos. Se descartaron otras causas de hepatopatía crónica con resultados serológicos negativos para hepatitis B, C, D, E, virus de inmunodeficiencia humana, citomegalovirus, y virus del Epstein-Barr. Se confirmó el diagnóstico de CBP en estadio de cirrosis hepática por elastografía, la cual arrojó una cifra de 14.6 kPa, equivalente a un grado F4 en la escala METAVIR.

Conclusiones: Murray-Lyon describió de manera inicial en 1970 la relación de CBP (antes conocida como cirrosis biliar primaria) con el síndrome CREST; hoy en día se conoce también como síndrome de Reynolds. Aunque no se ha definido el sustrato fisiopatológico de esta vinculación, es probable un mecanismo autoinmunitario común. Destaca en este caso la escasa expresión clínica de CBP que evolucionó a cirrosis hepática de carácter silente, lo que invariablemente empeora el pronóstico de vida del paciente y propicia las complicaciones propias de la cirrosis: ascitis, hipertensión portal y encefalopatía. Se sugiere la búsqueda intencionada y temprana de alteraciones bioquímicas hepáticas, así como marcadores serológicos específicos de CBP en pacientes con síndrome CREST, con objeto de diagnosticar en fase temprana el padecimiento y establecer esquemas de tratamiento oportunos que modifiquen al final el pronóstico de los pacientes.

Bibliografía

1. Karadaglic Pavlovic M. Sklerodermija. In: Karadaglc, editor. Dermatologija. Beograd: Vojnoizdavacki zavod, Versalpress Beograd; 2000:1721-41.
2. Jiménez SA, Derk CT. Following the molecular pathways toward an understanding of the pathogenesis of systemic sclerosis. *Ann Intern Med* 2004;140:37-50.

CG259

Pioderma gangrenoso que precede al diagnóstico de lupus eritematoso sistémico: ¿una asociación rara pero no fortuita?

Palacios-Sotelo A, García-García C, Moreno-López LM, Félix-León EY, García-Quintana I

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofilica poco frecuente, sin evidencia de vasculitis o infección. Se caracteriza por úlceras cutáneas dolorosas de evolución rápida, bordes socavados y eritema periférico. El 50% a 70% se relaciona con enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reumatoide, artritis seronegativas y neoplasias hematológicas. Su nexa con lupus eritematoso sistémico (LES) es poco frecuente. Hasta la fecha, tan sólo se han informado 25 casos de PG relacionado con LES.

Objetivos: Describir la relación de pioderma gangrenoso como manifestación inicial del lupus eritematoso sistémico.

Resultados: Mujer de 23 años sin antecedentes de importancia, quien inicia dos semanas previas con vesículas, pústulas y ampollas en región submandibular, que se diseminaron rápidamente a todos los segmentos corporales, en particular cuello, glúteos y cara posterior de extremidades inferiores, las cuales evolucionaron hasta formar múltiples úlceras intensamente dolorosas de bordes eritematovioláceos, bien delimitados y socavados, algunas de fondo necrótico y otras con tejido de granulación (**Figura 1**). Se documentó artritis de las muñecas y alopecia no cicatrizal. La biopsia indicó infiltrado inflamatorio denso mixto, de predominio neutrofilico,

indicativo de pioderma gangrenoso variante ampollosa. Como parte del abordaje diagnóstico se realizó tamizaje para enfermedad inflamatoria intestinal y neoplasias, con resultado negativo. Los estudios de laboratorio señalaron anticuerpos antinucleares 1:320 patrón homogéneo, anti-DNA de doble cadena 599.8 e hipocomplementemia. Con base en lo anterior se estableció el diagnóstico de PG de acuerdo con los Criterios del Consenso de Delphi al cumplir con un criterio mayor (biopsia con infiltrado neutrofilico) y cuatro menores (vesículas que se ulceran con rapidez, úlceras dolorosas con borde socavado y eritema periférico, múltiples úlceras que afectan las extremidades inferiores y mejoría con tratamiento inmunosupresor). Para el diagnóstico de LES se reunieron los siguientes criterios ACR/EULAR 2019: anticuerpos antinucleares 1:360, alopecia no cicatrizal, artritis, anti-DNA positivo e hipocomplementemia. Dadas las características clínicas, el PG se clasificó como grave (úlceras > 3 cm de diámetro, afectación genital, visualización de músculos, más de 10 lesiones y más del 25% de superficie corporal afectada). Se trató con metilprednisolona (3 g), prednisona (1 mg/kg/día) y ciclosporina (4 mg/kg/día) con mejoría clínica. **Discusión:** El diagnóstico de PG representa un reto debido a la variedad de manifestaciones clínicas. La variante más común es la ulcerativa y es la más vinculada con enfermedades sistémicas. La presentación de PG relacionado con LES es poco frecuente (**Tabla 1**). El primer informe de dicha relación lo publicó en 1971 Kerstin Olson. Hasta la fecha se han notificado 26 casos, de los cuales el 16% tuvo PG como manifestación inicial de LES. Puesto que es una entidad clínica poco frecuente son escasas las evidencias acerca del tratamiento. El estudio clínico *Study of Treatments for Pyoderma Gangrenosum Patients (STOP GAP)* comparó la ciclosporina A con la prednisona (0.75 mg/kg) con eficacia similar pero menor tasa de efectos adversos graves con ciclosporina. En el caso de la paciente, destaca el compromiso cutáneo grave, la variante ampollosa, que es rara, el diagnóstico concomitante con LES y la adecuada respuesta con ciclosporina.

Figura 1. A. Dermatitis diseminada a todos los segmentos corporales caracterizada por múltiples úlceras de bordes eritematovioláceos, bien delimitados, socavados y fondo con tejido de granulación. **B.** Resolución de dermatosis luego de tres meses de tratamiento. (CG259)



Tabla 1. Características clínicas de pacientes con PG y LES concurrente. (CG259)

No.	Referencia	Género Edad	Localización (número)	Aparición de PG antes del diagnóstico de LES
1	Caso actual	M/23	Cara, tórax anterior, posterior, abdomen, glúteos, piernas (MP)	Concurrente
2	Teoh, SC	H/35	Pierna (MP)	Concurrente
3	Masatliohlu	M/35	Pierna (1)	Concurrente
4	Peterson	M/48	Pliegues interglúteos e inguinales (6)	Concurrente
5	Canas	NE/50	NE	Concurrente

M, mujer; H, hombre; MP, *multiple*; NE, no especificado; PG, pioderma gangrenoso; LES, lupus eritematoso sistémico.

Conclusiones: La relación entre PG y LES es rara. EL PG y otras dermatosis neutrofílicas pueden añadirse al amplio espectro clínico de lesiones neutrofílicas del lupus cutáneo; la ciclosporina es muy eficaz en el tratamiento de PG y debe considerarse como primera línea de tratamiento.

Bibliografía

1. Maverakis E, Marzano AV, Le ST, et al. Pyoderma gangrenosum. Nat Rev Dis Primers. 2020;6, 81.
2. Teoh SC, Sim CY, Chuah SL, Kok V, Teh CL. Pyoderma gangrenosum and cobalamin deficiency in systemic lupus erythematosus: a rare but non fortuitous association. BMC Rheumatol. 2021;5(1):7.
3. Masatliohlu SP, Göktay F, Mansur AT, Akkaya AD, Güne P. Systemic lupus erythematosus presenting as pyoderma gangrenosum in two cases. Rheumatol Int. 2009;29(7):837-840.
4. Peterson LL. Hydralazine-induced systemic lupus erythematosus presenting as pyoderma gangrenosum-like ulcers. J Am Acad Dermatol. 1984;10:379:84.
5. Cañas CA, Durán CE, Bravo JC, Castaño DE, Tobón GJ. Leg ulcers in the antiphospholipid syndrome may be considered as a form of pyoderma gangrenosum and they respond favorably to treatment with immunosuppression and anticoagulation. Rheumatol Int. 2010;30(9):1253-1257.

CG260

Enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada e infección por virus de inmunodeficiencia humana: reporte de caso clínico

Saldaña-Campos EM, Cisneros-Ruiz B, Calderón-De la Peña GA, González-Díaz V, Ventura-Valenzuela ME

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es un padecimiento multisistémico autoinmunitario e inflamatorio con manifestaciones oftalmológicas, dermatológicas, auditivas y neurológica. En las publicaciones médicas existen escasos informes de esta entidad vinculada con enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana.

Objetivos: Describir un caso de enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada e infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Descripción del caso: Paciente masculino de 34 años con fotofobia, dolor ocular bilateral y disminución de agudeza visual de un mes de evolución. Tiene antecedente de infección por VIH y buen apego terapéutico, carga viral indetectable, T CD4+ 1 200 células/mL y enfermedad renal crónica G III. Exploración física: visión OD 20/80, OI 20/30, presión intraocular 16 mmHg, tonómetro Goldman, papiledema escala Lars-Frisen 3 bilateral, lesiones retinianas hipopigmentadas difusas, con desprendimiento seroso inferior bilateral, mácula de ojo derecho con estrella macular sobre arcada temporal inferior (**Figura 1**); rinoscopia: tabique desviado a la izquierda en áreas II y III, cornetes hipertrofos, abundantes puentes de moco, sin descarga meatal ni sangrado activo, otoscopia bilateral con conductos permeables; el resto de exploración física sin alteraciones. Se descartaron procesos virales, oportunistas, así como compromiso neurológico, dermatológico y auditivo, y se considera la enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada incompleta en fase de uveítis; recibe tratamiento con esteroide retrobulbar en dos ocasiones, ácido micofenólico (1 g) cada 12 horas, y prednisona (7.5 mg/día) con reducción gradual. Durante su evolución el paciente presenta proceso neumónico y se identifica nódulo pulmonar; se realiza lavado bronquio alveolar y el análisis citológico identifica microorganismos esféricos consistentes con *Histoplasma capsulatum*; recibe anfotericina liposomal e itraconazol y la tomografía de seguimiento no revela cambios parenquimatosos.

Resultados: La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada es un trastorno inmunitario de linfocitos T, dirigido al ataque de melanocitos, melanina, epitelio pigmentoso retiniano y proteínas tirosinasa específicas, la subpoblación linfocítica mayormente implicada TCD4+, la misma subpoblación afectada en la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. En el curso clínico de la enfermedad de Vogt-Koyanagi se describen cuatro fases, la primera de

Figura 1. Fotografía clínica y angiografía de los ojos derecho e izquierdo. (CG260)



éstas (fase prodrómica) caracterizada por síntomas generales, cefalea, dolor ocular, náusea, fotosensibilidad y, de forma infrecuente, síntomas meníngeos; con posterioridad se presenta la fase uveítica, con aparición de cambios de agudeza visual bilateral, en correlación con cambios en la coroides (elevación de la capa peripapilar, hiperemia y edema del disco óptico, edema de retina acompañado de desprendimientos focales o difusos). Ambas fases se identificaron en el paciente, cuyo curso clínico podría verse modificado como consecuencia de su estado inmunológico. En concordancia con los criterios diagnósticos, el paciente sufre compromiso ocular bilateral, neuroretinitis y edema papilar, desprendimiento seroso de retina, todas consideradas manifestaciones tempranas de la enfermedad. Luego del tratamiento inmunomodulador, el paciente ha experimentado mejoría de los síntomas y ha recuperado agudeza visual, sin desarrollar manifestaciones clínicas indicativas de fases tardías de la enfermedad. El paciente muestra a los ocho meses de tratamiento nódulo pulmonar y se aísla *Histoplasma capsulatum* en el lavado bronquioalveolar; ha recibido anfotericina liposomal con adecuada evolución, sin detectarse nuevas lesiones pulmonares.

Bibliografía

1. Joye A, Suhler E. Vogt-Koyanagi-Harada disease. Current Opinion in Ophthalmology [Internet]. 2021 Nov [cited 2022 Oct 25];32(6):574-82. Available from: https://journals.lww.com/co-ophthalmology/Abstract/2021/11000/Vogt_Koyanagi_Harada_disease.13.aspx.
2. Baltmr A, Lightman S, Tomkins-Netzer O. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome: current perspectives. Clin Ophthalmol [Internet]. 2016 Nov 24 [cited 2022 Oct 26];10:234561. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5135404/>.

CG261

Bloqueo cardiaco congénito (BCC) autoinmune

Damián-Abrego GN, Fariás-Serrato CV

Hospital Ángeles de León

Introducción: La prevalencia de BCC es de 1 en 20 000 nacidos vivos y se define como congénito si se diagnostica en el útero, al nacer o dentro del primer mes de vida. Se presenta en el producto de una madre con enfermedad autoinmunitaria o autoanticuerpos positivos, sin anomalías anatómicas del corazón fetal. El proceso fisiopatológico se debe a una lesión inmuno mediada del sistema de conducción, que ocurre por el paso transplacentario

de anticuerpos maternos anti-SSA/Ro-SSB/La. El BCC autoinmunitario es una de las manifestaciones del lupus neonatal.

Objetivos: Presentar un caso de BCC autoinmunitario.

Resultados: Mujer de 30 años con antecedente de importancia de madre con artritis reumatoide, con embarazo de 30 SDG, producto con bloqueo A-V confirmado por ecocardiografía fetal. Es referida al servicio de reumatología para su valoración. En el interrogatorio y la exploración física no se reconocen signos de enfermedad reumática; se solicitan estudios inmunológicos: anticuerpos antinucleares 1:320 moteado fino, anticuerpos anti-DNA, anti-Smith negativo, ac. anti-SSA/Ro: 173 UR/mL (N < 20), anticuerpos anti-SSB/La: negativo, C3: 125 mg/dL, C4: 23 mg/dL, anticuerpos anticardiolipinas, anti-β2-GP1 y anticoagulante lúpico negativos. Mostró un embarazo normoevolutivo, con desenlace a las 38 SDG por cesárea con producto de 2 900 g y talla de 49 cm; el electrocardiograma registró bloqueo AV completo (Figura 1) y con posterioridad se colocó marcapasos epicárdico (Figura 2).

Figura 1. Electrocardiograma: *situs solitus*, bloqueo AV completo, FC media 50 l/min, crecimiento de la aurícula derecha y sobrecarga diastólica de VI. aQR a la derecha, alteración en la repolarización. (CG261)

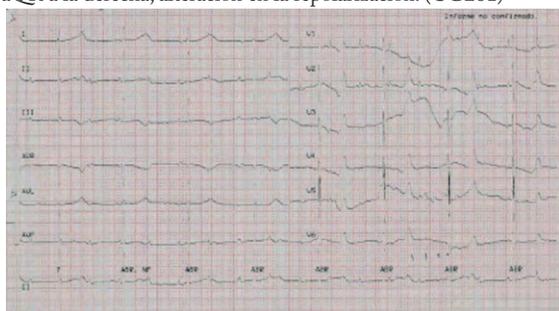


Figura 2. Radiografía de tórax: *situs solitus*, levocardia, levoápep, cardiomegalia grado I a expensas de aurícula derecha y ventrículo izquierdo. Arco aórtico izquierdo; arco medio rectificado, flujo pulmonar normal, y presencia del cable del marcapasos epicárdico. (CG261)



Discusión: El 1.7% de los fetos y lactantes cuyas madres tienen autoanticuerpos positivos desarrolla un bloqueo AV. Un tercio de los BCC se presenta en fetos de madres con lupus eritematoso sistémico, pero la gran mayoría ocurre en fetos de madres sanas, portadoras de anticuerpos anti-Ro/SSA. Por lo tanto, el diagnóstico de seropositividad de las madres se establece casi siempre sólo después de la detección del bloqueo AV congénito.

Conclusiones: El reumatólogo debe tener una gran sospecha de BCC de fetos de madres con enfermedades reumáticas, especialmente en pacientes con lupus eritematoso sistémico y síndrome de Sjögren con anticuerpos anti-SSA/Ro-SSB/La; asimismo, debe descartar las enfermedades autoinmunitarias en madres con productos con BCC autoinmunitario.

Bibliografía

1. Brito-Zerón P, Izmirly PM, Ramos-Casal M, Buyon JP, Khamashta MA. The clinical spectrum of autoimmune congenital heart block. *Nature Reviews Rheumatology*. 2015 Mar 24;11(5):301-12.
2. Baruteau AE. Congenital and childhood atrioventricular blocks: pathophysiology and contemporary management. *European Journal of Pediatrics*. 2016 Jun 29;175 (9):1235-48.

CG262

Síndrome de Felty, deficiencia de proteína S y trombosis intrahepática

González-Hernández MF¹, Jara-Quezada LJ¹, Flores-Almaraz S², Palacios-Mendoza EB¹, Peña-Ayala A¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS, ⁽²⁾Instituto Mexicano del Seguro Social HGR 2 El marqués, Querétaro

Introducción: El síndrome de Felty (SF) es una complicación grave de la artritis reumatoide (AR) de larga evolución y se caracteriza por la triada AR, esplenomegalia y neutropenia; se presenta en el 3% de los casos. En relación con el tratamiento del SF, no existen estudios clínicos controlados y los datos disponibles provienen de informes de casos. El SF cursa con infecciones recurrentes, se trata por lo regular con metotrexato y se agrega G-CSF (factor estimulante de granulocitos), cuando la cuenta de neutrófilos es < 1 000/mm³. En algunos pacientes, el SF puede responder al rituximab. Las trombofilias se han relacionado con positividad de anticuerpos antifosfolípidos o deficiencia de proteína C o S, lo que eleva el riesgo de trombosis. Hasta el momento no hay informes de trombofilia en SF vinculado con deficiencia de proteína C o S.

Objetivos: Presentar un caso de síndrome de Felty con deficiencia de proteína S y trombosis intrahepática.

Resultados: Paciente femenino de 55 años con antecedentes de diabetes tipo 2 desde siete años antes en tratamiento con metformina. AR diagnosticada hace 30 años y tratada con DMARD; en la actualidad recibe abatacept (125 mg semanal), pero ha fallado al etanercept y el adalimumab en los dos años anteriores. Recibió rituximab (10 ciclos). En 2018 sufre leucopenia, neutropenia (1 000 mm³) y trombocitopenia, transaminasemia leve, atribuida de modo inicial a medicamentos, y se suspende el metotrexato. Luego se añaden anemia y esplenomegalia con aspirado de médula ósea y la biopsia de hueso revela cambios regenerativos consecutivos a los fármacos. Se suspendió el rituximab. Se establece el diagnóstico de SF (AR, esplenomegalia y neutropenia persistente). En virtud de la persistencia de actividad (DAS 28 4.2) se indica abatacept, con PPD positivo e induración 6 mm en marzo de 2020 y se inicia isoniacida (300 mg/24 h) por seis meses como tratamiento quimioproláctico; tras un mes de tratamiento aparece sangrado de tubo digestivo alto y la endoscopia reconoce varices esofágicas grado IV y gastropatía portal hipertensiva leve, con biopsia negativa para metaplasia intestinal. Panel viral para hepatitis B y C negativo. Anticuerpos antinucleares 1:320, patrón moteado fino, anticuerpos para hepatitis autoinmunitaria y colangitis biliar primaria negativos. No se practica una biopsia hepática por el riesgo hemorrágico. El ultrasonido hepático muestra cirrosis hepática y trombosis de la vena porta, con colateralidad epigástrica; la imagen Doppler revela signos de hipertensión portal. La fibroelastografía por RM indica dureza hepática calculada de 4.94 KPa (kilopascuales) que corresponde a F3 de Metavir. TAC trifásica: trombosis de la vena porta, rama portal izquierda y proximal a la vena mesentérica inferior que causa esplenomegalia. Se indican anticoagulación con enoxaparina y protocolo de estudio para trombofilias, con anticuerpos antifosfolípidos (anticoagulante lúpico, anti- 2 glucoproteína 1 IgG e IgM, anticardiolipinas IgG e IgM) y antianexina V negativos, proteína C normal; se identifica deficiencia de proteína S (50%). Se continuó tratamiento con enoxaparina (60 mg/12 h) por seis meses hasta disolución del trombo. En la actualidad muestra actividad articular ocasional de leve a moderada, sin posibilidad de uso de otros FARME de forma concomitante; continúa con abatacept semanal y enoxaparina profiláctica. El control anual de colangiografía revela dureza hepática de 6.4 KP, que corresponde a fibrosis grado 4.

Conclusiones: Existe un riesgo incrementado de trombosis en AR y es multifactorial. Los anticuerpos antifosfolípido están presentes en el 28% de pacientes con AR. El SF altera la morbimortalidad de estos pacientes. Sin embargo, hasta el momento no se ha descrito ningún caso de deficiencia de proteína S, trombosis intrahepática y síndrome de Felty. Se debe realizar estudio amplio de las trombofilias en pacientes reumáticos en todos los casos de trombosis, además de los anticuerpos antifosfolípidos.

Bibliografía

1. Gorodetskiy VR, Sidorova YV, Kupryshina NA, et al. Analysis of a single-institution cohort of patients with Feltz's syndrome and T-cell large granular lymphocytic leukemia in the setting of rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int.* 2021;41:147-156.
2. Seriola B, Accardo S, Garnera A, Fasciolo D, Cutolo M. Anticardiolipin antibodies, free protein S levels and thrombosis: a survey in a selected population of rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology (Oxford).* 1999 Jul;38(7):675-8.
3. Molander V, Bower H, Frisell T, Askling J. Risk of venous thromboembolism in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity: a nationwide cohort study from Sweden. *Annals Rheumatic Diseases* 2020-218419.

CG263

Seudotumor orbitario: correlación de hallazgos imagenológicos por resonancia magnética con diagnóstico etiológico

Saldaña-Campos EM, Cervantes-Ramírez RE, Cisneros-Ruiz B, Ventura-Valenzuela ME, Yupe-Flores AV, Ochoa-de León GM, Calderón-De la Peña GA, Santana-Delgado J, Martínez-Bonilla GE, González-Díaz V, Velarde-Chávez JA, Bernard-Medina AG, Cerpa-Cruz S, Uribe-Martínez JF

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Elseudotumor orbitario es una entidad inflamatoria de causa desconocida que afecta a estructuras de la órbita en la cual puede correlacionarse o no con enfermedades sistémicas reumatológicas como primera manifestación.

Objetivos: Correlacionar los hallazgos imagenológicos de RMN con el diagnóstico etiológico en pacientes conseudotumor orbitario.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico deseudotumor orbitario valorados en el servicio de reumatología del HC-FAA de enero de 2018 a agosto de 2022 con seguimiento mínimo de tres meses. Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas, de laboratorio e imagenológicas, así como tratamiento y respuesta terapéutica. Se realizó análisis descriptivo en el cual las variables categóricas se expresaron como frecuencias y las variables continuas como medias y desviación estándar. Se evaluó la distribución de los datos con la prueba de Shapiro-Wilk. En objetivo primario se analizó mediante la prueba de coeficiente de correlación de Spearman. Se definió un valor p significativo < 0.05.

Resultados: Se incluyó a 16 pacientes con diagnóstico deseudotumor orbitario con edad promedio de 42.44 ± 18.7 , sexo femenino de 62.5% ($n = 10$) y un tiempo de evolución de $5.3 \pm$ años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron blefaroproposis (56.3%), cefalea (50%), ptosis (50%) y disminución de la agudeza visual (31.3%). Dentro de los hallazgos por RMN se describieron infiltración de grasa retroorbitaria (12.5%), infiltración del tabique nasal (12.5%), dacrioadenitis (12.5%), engrosamiento leptomeníngeo (12.5%) y, en menor medida, celulitis orbitaria, engrosamiento de músculos extraoculares, pansinusitis e infiltración intraconal y extraconal (6.3%, respectivamente). Se documentó el diagnóstico histopatológico en 93.2% de los pacientes y los diagnósticos etiológicos más frecuentes fueron enfermedad relacionada con IgG4 (24%), granulomatosis con poliangitis (25%), orbitopatía inflamatoria idiopática (18.8%), síndrome de Sjögren (6.3%) y síndrome de Tolosa-Hunt (6.3%). Se encontró una correlación positiva entre el engrosamiento leptomeníngeo con granulomatosis con poliangitis ($r = 0.56$, $p = 0.024$), celulitis orbitaria con diagnóstico de enfermedad relacionada con IgG4 ($r = 0.54$, $p = 0.032$), así como dacrioadenitis con síndrome de Sjögren ($r = 0.83$, $p = 0.004$). El diagnóstico de síndrome de Tolosa-Hunt se correlacionó de forma significativa con la presencia de engrosamiento de músculos extraoculares e infiltración intraconal ($r = 0.68$, $p = 0.004$).

Conclusiones: En estos pacientes con abordaje diagnóstico deseudotumor orbitario, los hallazgos por RMN ya descritos se correlacionan con diagnósticos etiológicos específicos.

Bibliografía

1. Dutta P, Anand K. Tolosa-Hunt Syndrome: a review of diagnostic criteria and unresolved issues. *J Curr Ophthalmol.* 2021 Jun;33(2):104-11.
2. Rachwani-Anil R, Zamorano-Martín F, Rocha-de-Lossada C, García-Lorente M, Pérez-Casaseca C, Hernando-Ayala C, et al. Orbital inflammatory disease. *Arch Soc Esp Oftalmol (Engl Ed).* 2022 Feb;97(2):89-99.

CG264

Fascitis eosinofílica: presentación de un caso

Pimentel-León RR¹, Licona-Isidro B¹, García-Chávez M²

⁽¹⁾HGZ 1 Tlaxcala, ⁽²⁾HR Gral. Ignacio Zaragoza, ISSSTE

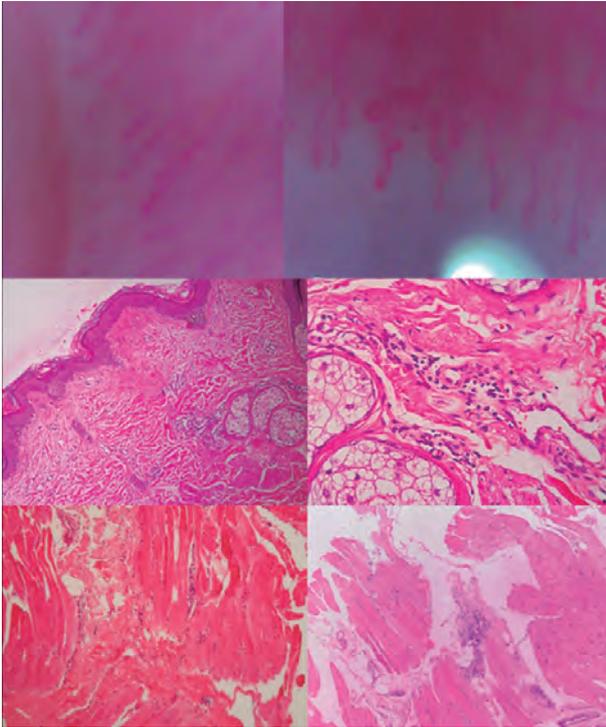
Introducción: La fascitis eosinofílica es un síndrome esclerodermiforme que se caracteriza por engrosamiento de la fascia muscular y tejido subcutáneo; provoca limitación funcional por contracturas en flexión y el diagnóstico requiere un adecuado abordaje y biopsia en bloque de piel, en la que puede observarse infiltración variable por eosinófilos.

Objetivos: Presentar un caso con fascitis eosinofílica.

Resultados: Paciente femenino de 19 años sin antecedentes de importancia, con cuadro de seis meses caracterizado por dolor en manos, brazos y pies de tipo inflamatorio, y posterior limitación de arcos de movimiento que afecta a carpos, codos y rodillas de manera simétrica, acompañado de edema; se concluyó esclerodermia y se trató con esteroide. Se observó mejoría de los síntomas, pero persistió la limitación funcional, por lo cual se la remitió a valoración; se identifica limitación en arcos de movimiento a nivel de codos, carpos, rodillas y tobillos, sin evidencia de sinovitis, se palpa engrosamiento de tejido subcutáneo, sin edema de manos o esclerodactilia, edema con fovea en ambos tobillos, sin fenómeno de Raynaud. Estudios de laboratorio: biometría hemática con eosinofilia (leucocitos totales 6 400, eosinofilia de 22% y totales de 1 408). La química sanguínea y las pruebas de funcionamiento hepático normales, Ck 110. PCR 105, VSG 35 mm/L, ANAs 1:640, patrón moteado grueso, factor reumatoide 320, anticuerpos anti-DNA, anti-Smith, anti-CCP, Scl-70 y centrómero negativos. La biopsia de piel muestra dermis profunda con haces de colágeno denso; tejido muscular y tejido fibroadiposo con infiltrado inflamatorio por linfocitos maduros y engrosamiento de fascia (**Figura 1**). Se establece fascitis eosinofílica por engrosamiento de tejidos profundos, limitación de arcos de movimiento, eosinofilia periférica, cambios en la biopsia y ausencia de fenómeno de Raynaud, esclerodactilia y compromiso orgánico. Se inicia tratamiento con prednisona (50 mg/24 h) y metotrexato (15 mg/sem). En el seguimiento se observan persistencia de dolor, edema, eritema y elevación de la temperatura en brazos, piernas y tobillos; los estudios de laboratorio de control continúan con eosinofilia: leucocitos totales de 7 700, eosinófilos 23.1% y total de 1 770, por lo cual se administró rituximab (2 g) y con ello se consiguió mejoría de las manifestaciones con desaparición del edema y el dolor, descenso de eosinófilos de forma progresiva en las consultas subsiguientes con cifras de 140 y 100; empero, se reconoce la persistencia de contracturas en flexión de codos y la limitación de movimientos de carpos para la flexoextensión.

Conclusiones: El caso descrito es típico de una fascitis eosinofílica, por las características clínicas y la eosinofilia periférica; en la biopsia no hay infiltrado eosinofílico, probablemente en relación con el consumo previo de esteroide. En el abordaje de un paciente con signos de engrosamiento cutáneo o tejidos profundos es importante la diferenciación con esclerodermia localizada, la cual tiene una evolución más insidiosa, menos extensa y sin eosinofilia; con respecto a la esclerosis sistémica, por lo general aparece con fenómeno de Raynaud, cambios capilaroscópicos y daño orgánico. Es importante el alto índice de sospecha en esta entidad, ya que el retraso en el diagnóstico y tratamiento inducen secuelas. Si bien la biopsia es importante para el apoyo diagnóstico, no es imprescindible para iniciar el tratamiento. El rituximab puede considerarse ante la resistencia del tratamiento regular.

Figura 1. (CG264)



Bibliografía

1. Baranski E, Rocha T. Eosinophilic fasciitis. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2016;91(5 sup 1):S57-9.
2. Ihn H. Eosinophilic fasciitis: from pathophysiology to treatment. Allergy International. 2019;(68):437-39.
3. Lebeaux D, Sene D. Eosinophilic fasciitis (Shulman disease). Best Practice & Research: Clinical Rheumatology. 2012;(26)4:449-58.

CG265

Hombre de 40 años con historia de artropatía inflamatoria y fenómeno de Raynaud

Ramos-Mendoza S

Figura 1. (CG265)



Hospital Central Dr. Ignacio Morones, SLP

Introducción: Las miopatías idiopáticas inflamatorias vinculadas con anti-MDA5 son raras; su trascendencia se debe a su elevada morbimortalidad.
Objetivos: Presentar un caso clínico.

Resultados: Hombre de 40 años, pianista, con un mes de evolución con artralgias en hombros, rodillas y MTF; pápulas eritematosas en cara, cuello, tórax anterior-posterior y abdomen; caída abundante de cabello, que se agregó a las dos semanas; disminución progresiva de fuerza en cuello, miembros torácicos y pélvicos, fenómeno de Raynaud y edema generalizado. De forma subsecuente aparecen lesiones purpúricas, livedoides y necróticas muy dolorosas, disfagia a sólidos y líquidos, además de fiebre de 38°C. EF: TA 110/80, FC 110 lpm, FR 24 rpm, Sat%, 94%, T 38°. Zonas de alopecia, úlcera en paladar duro, dolor y flogosis en MTF, IFP y tobillos; edema hasta tercio medio de extremidades, lesiones maculopapulares eritematosas, generalizadas en cara, cuello, tórax anterior y posterior, abdomen, manos y tobillos. Debilidad muscular de predominio proximal con MMT-8 de 92, necrosis digital de las cuatro extremidades. Estudios de laboratorio: leucocitos 3 300, linfocitos 340, PCR 4.2, CPK 8 431, TGO 740, TGP 546, AAN por Hep-2: positivos 1:640 patrón aparato de Golgi. Anti-MDA5 intensamente positivo +++. TAC de tórax: imágenes subpleurales y basales en vidrio deslustrado, y engrosamiento septal. Se diagnosticó dermatomiositis MDA5 y necrosis digital. El tratamiento incluyó pulsos de MTP, CYC, IgIV, rituximab, prednisona, MMF, sildenafil, verapamilo y atorvastatina. Se amputaron los dedos de manos y pies. Evolución: progresión de necrosis de dedos de manos y pies (Figura 1). MMT8 145.

Conclusiones: El anti-MDA-5 es un anticuerpo específico de DM, relacionado con fenotipo característico, como la enfermedad pulmonar intersticial y la afectación cutánea grave; las úlceras se presentan en 82%, con propensión por pliegues y región digital, en ocasiones necróticas, junto con dolor intenso y vasculitis. El fenómeno de Raynaud pertenece al subtipo raro de las manifestaciones dérmicas. La necrosis digital extensa es rara y se desconoce el mecanismo; se presupone que es efecto de la microangiopatía vascular. El tratamiento inmunomodulador para MDA5 está establecido, pero no hay datos en las publicaciones médicas para necrosis digital grave o extensa. La relación entre anticuerpos anti-Golgi y anti MDA-5 es muy rara y se vincula con un patrón miopático.

Bibliografía

1. Kurtzman. Anti-melanoma differentiation-associated gene 5 (MDA5) dermatomyositis: a concise review with an emphasis on distinctive clinical features. Journal of the American Academy of Dermatology. 78(4):776-785. doi:10.1016/j.jaad.2017.12.010.
2. Charbit L. Nécroses digitales étendues au cours d'une dermatomyosite avec anticorps anti-MDA-5. Ann Dermatol Venereol. 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.03.018.

CG266

Síndrome anti-Ku

Castillo-De La Garza RJ, García-Arellano G, Cárdenas-De La Garza JA *Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL*

Introducción: La proteína Ku (Ku70/Ku80) es una proteína de unión al DNA que juega un papel importante en la reparación de daños al DNA bicatenario. Los anticuerpos anti-Ku se describieron como un marcador de esclerosis sistémica-polimiositis y otros síndromes de superposición. Estos anticuerpos se han detallado en enfermedades autoinmunitarias, como lupus eritematoso sistémico, enfermedad mixta del tejido conectivo, esclerosis sistémica, síndrome de Sjögren y miopatías inflamatorias. Se ha categorizado a los pacientes con anticuerpos anti-Ku en grupos fenotípicos con elevación de creatinina cinasa (relacionados con enfermedad pulmonar intersticial) o reactividad acompañada de anticuerpos contra el DNA de doble cadena (en relación con glomerulonefritis). Se ha sugerido el síndrome anti-Ku como una entidad propia. La categorización adecuada de pacientes con reactividad aislada para anti-Ku es un desafío debido a la falta de criterios de clasificación.

Objetivos: Describir la presentación clínica del anticuerpo anti-Ku.

Resultados: Mujer de 39 años previamente sana, que inició su padecimiento actual tres meses antes de su consulta con artralgias, exantema y fiebre acompañada de prurito seguido de erupción cutánea. Un mes antes comenzó con elevaciones febriles matutinas intermitentes > 39°C. Al interrogatorio, la paciente refirió antecedentes de fenómenos de Raynaud, xeroftalmía, sequedad oral y vaginal. La exploración física identificó alopecia no cicatrizal, exantema malar, livedo reticular en extremidades inferiores y placas eritematosas ovales y lineales en tronco y extremidades (**Figura 1**). No se encontró debilidad muscular, esclerodactilia o disnea. La biometría hemática reveló leucocitosis (18.930 x 10⁹) y neutrofilia (15.960 x 10⁹). La proteína C reactiva, la velocidad de sedimentación globular y la ferritina fueron de 153.55 mg/L, 35 mm/HR y 180.9 ng/mL, respectivamente. Las pruebas de VIH, hepatitis B y C, parvovirus B19, dengue y virus de Epstein-Barr fueron negativas. La tomografía computarizada de alta resolución y la tomografía toraco-abdomino-pélvica con contraste y la radiografía de manos fueron normales, así como el electrocardiograma. Anticuerpos anti-CCP, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, contra DNA bicatenario, P-ANCA, C-ANCA, anti-SS-A/Ro, anti-SS-B/La, anti-RNP, anti-Scl70, anticuerpos anticentrómero, anticuerpos anticardiolipinas, anti-β2 glucoproteína y anticoagulante lúpico negativos. El panel de miopatías inflamatorias autoinmunitarias por *immunoblot* fue altamente positivo para anti-Ku y levemente positivo para PM-Scl75 y negativo para cN-1A, Ro-52, OJ, EJ, PL-12, PL-7, SRP, Jp-1, PM-Scl100, SAE1, NXP2, MDA5, TIF1-γ, Mi-2β, Mi-2α. La prueba de Schirmer reveló 4 mm para ojo derecho y 5 mm para el izquierdo. La tasa de flujo de saliva total no estimulada reveló 0.08 en 1 minuto. Una biopsia de glándula salivar menor no mostró evidencia de infiltración de linfocitos. Se iniciaron prednisona y metotrexato (15 mg semanales) con resolución completa a las cuatro semanas. La prednisona se redujo gradualmente durante el segundo mes. La paciente se encontraba asintomática en el último seguimiento, seis meses después del diagnóstico inicial.

Conclusiones: El anti-MDA-5 es un anticuerpo específico de DM, vinculado con el fenotipo característico, como la enfermedad pulmonar intersticial y la afectación cutánea grave; las úlceras se presentan en 82%, con propensión por pliegues y región digital, algunas veces necróticas, junto con dolor intenso y vasculitis. El fenómeno de Raynaud pertenece al subtipo raro de las manifestaciones dérmicas. La necrosis digital extensa es rara y se desconoce el mecanismo, quizá por la microangiopatía vascular. El tratamiento inmunomodulador para MDA5 está establecido; sin embargo, no hay datos en la bibliografía para necrosis digital grave o extensa. Los anticuerpos anti-Ku se han descrito en enfermedades del tejido conectivo. La reactividad de anticuerpos anti-Ku puede estar acompañada de aumento de CK o anticuerpos contra el DNA de doble cadena. Los síntomas más frecuentes descritos en pacientes con estos anticuerpos son artralgia, fenómeno de Raynaud, debilidad muscular, edema de manos, disfagia y afección pulmonar y renal.

Bibliografía

1. Belizna C, Henrion D, Beucher A, Lavigne C, Ghaali A, Lévesque H. Anti-Ku antibodies: clinical, genetic and diagnostic insights. *Autoimmunity Reviews*. 2010;9:691-4.
2. Spielmann L, Nespola B, Séverac F, Andres E, Kessler R, Guffroy A, et al. Anti-Ku syndrome with elevated CK and anti-Ku syndrome with anti-dsDNA are two distinct entities with different outcomes. *Ann Rheum Dis*. 2019 Aug 1;78(8):1101-6.

CG267

Superposición de esclerosis sistémica variedad difusa (dcSSc) con vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (VAA): una asociación inusual

Jiménez-Soto R, Arvizu-Rivera RI, Hurtado-Arias JJ, Camacho-Morán EA, Loeza-Urbe MP

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La fisiopatología de la SS y la VAA es completamente distinta; la primera es una vasculopatía con proliferación de miofibroblastos y deposición de matriz en el subendotelio que genera oclusión, mientras que la segunda se caracteriza por inflamación y destrucción de vasos sanguíneos de pequeño y mediano tamaño. La coexistencia de ambas entidades es infrecuente y requiere demostración histopatológica.

Objetivos: Presentar un caso de superposición de esclerosis sistémica.

Descripción del caso: Mujer de 44 años de edad con diagnóstico reciente de dcSSc y panarteritis nodosa con mononeuritis múltiple demostrada por biopsia de nervio sural sin vasculitis. Se inició abordaje con determinación de anticuerpos antinucleares homogéneo 1:320 y mitocondrial 1:160, p-ANCA 1:80 (VR < 1:20), anticentrómero 8 U/mL (< 3.7), anti-Scl-70 56.1 U/mL (VR < 3.7); anti-DNAc, anti-SSa, anti-MPO, anti-PR3 y anticuerpos antifosfolípidos negativos. Recibió una dosis acumulada de 6 g de ciclofosfamida, prednisona (10 mg/día) y mantenimiento con azatioprina (75 mg/día) con mejoría de los síntomas. Durante el seguimiento mostró hematuria y caída espontánea de falange distal del segundo dedo de la mano izquierda (**Figura 1**). Al interrogatorio refirió cefalea, orina espumosa y parestesias en todas las extremidades. Se encontró hipertensa (145/90 mmHg) y se sospecharon crisis renal o vasculitis sistémica. En los estudios de laboratorios destacaron hemoglobina 12.4 g/dL, 1 980 linfocitos, 512 000 plaquetas/μL, creatinina 0.74 mg/dL, PCR 1.1 mg/L y VSG 7 mm/h. El examen general de orina registró proteínas de 100 mg/dL, 60 eritrocitos por campo y dismorfia del 30% y proteinuria de 1 687 mg/24 h. En el abordaje se encontró: anti-MPO 80.5 U/mL (VR < 2), anti-PR3 2.2 U/mL (VR < 2) y anti-RNA polimerasa III negativo. Biopsia renal: glomerulonefritis necrosante y proliferativa extracapilar paucimunitaria, con fibrosis intersticial de 40% y atrofia tubular de 30%, consistente con VAA. Se integró el diagnóstico de superposición de dcSSc + VAA MPO (+) con actividad grave por la glomerulonefritis, polineuropatía y compromiso digital; se cambió el esquema a rituximab de acuerdo con las recomendaciones ACR/EULAR 2022. En el seguimiento ha permanecido clínicamente estable, con función renal basal y remisión de la proteinuria.

Resultados: La incidencia de ANCA en SS se ha informado del 7% a 13%, aunque la relevancia clínica es incierta. Se han notificado unos 60 casos de superposición de estas entidades. Se relaciona más con fenotipos de poliangeitis microscópica (PAM) MPO+ o limitado a riñón que a granulomatosis con poliangeitis; la glomerulonefritis de rápida progresión es el cuadro más frecuente en el 80% de los casos. El principal diagnóstico diferencial debe realizarse con la crisis renal, en la cual son cuadros más (sub)agudos, positividad de anti-RNA polimerasa III, hipertensión maligna, proteinuria leve y riesgo de enfermedad renal crónica, mientras que en la superposición hay seropositividad para ANCA y anti-Scl-70, hipertensión leve, exceso de proteinuria, semilunas en la biopsia y alta mortalidad. Las banderas rojas que deben alertar sobre esta entidad son: pacientes con

Figura 1. Caída espontánea de segunda falange distal de la mano izquierda. Necrosis digital de segunda y tercer falanges distales de la mano derecha. (CG267)



SS en presencia de hemorragia pulmonar o vasculitis cutánea, proteinuria/hematuria notable sin contexto de hipertensión maligna, con ANCA y marcadores de inflamación elevados.

Conclusiones: La relevancia del caso es la glomerulonefritis con normotensión en un paciente con SS, lo cual debe alertar en los VAA como diagnóstico diferencial, sin perder de vista que el diagnóstico es histopatológico y es obligado dado que tienen implicaciones terapéuticas completamente diferentes.

Bibliografía

1. Martín-Nares E. Prevalence of overlap of antineutrophil cytoplasmic antibody associated vasculitis with systemic autoimmune diseases: an unrecognized example of poliautoimmunity. *Clinical Rheumatology*. 2019;38:97-106.
2. Woodworth T. Scleroderma renal crisis and renal involvement in systemic sclerosis. *Nat Rev Nephrol*. 2016;12:678-691.

CG268

Reticulohistiocitosis multicéntrica con respuesta favorable a la combinación de leflunomida y metotrexato: a propósito de un caso

Urenda-Quezada A¹, Loya-Merino BL², Chavira-Flores MV¹, Velarde-Loya M¹, Olaya-Córdova M¹

⁽¹⁾Hospital Presidente Lázaro Cárdenas, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital Ángeles Chihuahua

Introducción: La reticulohistiocitosis multicéntrica es una enfermedad granulomatosa multisistémica rara, con alrededor de 300 casos informados en el mundo. En clínica se caracteriza por artritis destructiva grave y desarrollo de nódulos cutáneos. Puede semejar otras anomalías reumáticas, en especial artritis reumatoide y dermatomiositis. El diagnóstico definitivo se establece mediante el estudio anatomopatológico, el cual demuestra el infiltrado linfohistiocítico en dermis superficial y reticular. Se ha relacionado con proceso maligno en casi un 30% de los pacientes. No existe un tratamiento específico, aunque se han informado uso de glucocorticoides, fármacos modificadores de enfermedad y casos aislados de administración de fármacos biológicos.

Objetivos: Presentar un caso de reticulohistiocitosis multicéntrica.

Resultados: Paciente masculino de 48 años de edad con poliartritis simétrica y afectación predominante de interfalángicas distales y proximales en ambas manos, de un año de evolución, acompañado de manifestaciones cutáneas caracterizadas por lesiones papulonodulares ligeramente eritematosas en pabellones auriculares, codos, región dorsal de manos y región periungueal, con tendencia a confluir. El diagnóstico inicial es de artritis psoriásica, tratada con metotrexato a dosis de 15 mg semanales, con pobre respuesta y escasa tolerancia gástrica. Ante la discreta respuesta al tratamiento y la morfología de las lesiones cutáneas se decide tomar

biopsia, que confirma el diagnóstico de reticulohistiocitosis multicéntrica por presencia de infiltrado linfohistiocítico en dermis superficial y reticular, con células histiocíticas multinucleadas con citoplasma en vidrio esmerilado y células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño y Tuoton. El análisis inmunohistoquímico resultó intensamente positivo para CD45, CD68 y CD163 y negativo para CD1a, proteína S-100 y factor XIIIa, con proliferación celular de 7% medida con Ki-67. Se descartó enfermedad autoinmunitaria o neoplásica adjunta. Se consideró el tratamiento con fármaco biológico, pero ante la ausencia de su disponibilidad se decide la combinación de leflunomida a dosis de 20 mg diarios con metotrexato (15 mg semanales), que consigue una buena respuesta después de tres meses de iniciada la relación (**Figura 1**).

Figura 1. Fotografías comparativas al momento del diagnóstico (fila superior) y luego de dos años de tratamiento con leflunomida y metotrexato (fila inferior); se observa una mejoría de las lesiones cutáneas. (CG268)



Conclusiones: Dada la rareza y presentación infrecuente de esta enfermedad, no existe una guía terapéutica establecida. Se ha informado el uso de inmunosupresores como ciclofosfamida y metotrexato, así como fármacos biológicos, ante la ausencia de instrumentos para establecer la mejoría. La respuesta al tratamiento se valoró desde el punto de vista clínico, con disminución de las lesiones dermatológicas y la mejoría de los síntomas articulares, así como reducción de los reactantes de fase aguda. En este caso sobresalió la vinculación de leflunomida con metotrexato como una alternativa para el control de esta enfermedad, si no se dispone de la modalidad biológica.

Bibliografía

1. Sánchez-Álvarez C, Sandhu AS, Crowson CS, Wetter DA, McKenzie GA, Lehman JS, et al. Multicentric reticulohistiocytosis: the Mayo Clinic experience (1980-2017). *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2020

- [citado el 25 de octubre de 2022];59(8):1898-905. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31742640/>
- Macía-Villa CC, Zea-Mendoza A. Multicentric reticulohistiocytosis: case report with response to infliximab and review of treatment options. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2016 [citado el 25 de octubre de 2022];35(2):527-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24733253/>
 - Pacheco-Tena C, Reyes-Cordero G, Ochoa-Albiztegui R, Ríos-Barrera V, González-Chávez SA. Treatment of multicentric reticulohistiocytosis with tocilizumab. *J Clin Rheumatol* [Internet]. 2013 [citado el 25 de octubre de 2022];19(5):272-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23872542/>
 - Niaki OZ, Penn E, Scott DA, Cobos G, Vleugels RA, Weinblatt ME. Treatment of severe multicentric reticulohistiocytosis with upadacitinib. *JAMA Dermatol* [Internet]. 2021 [citado el 25 de octubre de 2022];157(6):735-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33950153/>

CG269

Escleritis necrosante como manifestación inicial de vasculitis granulomatosa

Bernal-Enríquez MB, Catana-Hernández R

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

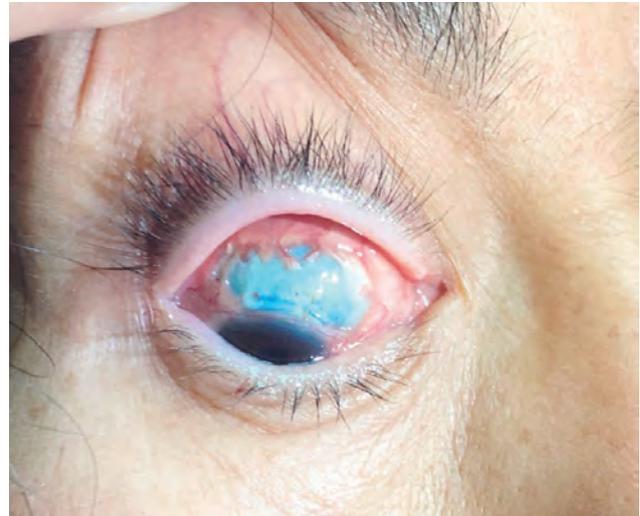
Introducción: Hablar de vasculitis hoy en día implica la conceptualización de la enfermedad como una inflamación sistémica caracterizada por granulomas necrosantes y vasculitis; si bien se trata de una entidad rara, lo es aún más en relación con un trastorno específico de órgano. La enfermedad ocular inflamatoria se describe en el 50% a 60% de los pacientes con vasculitis positiva a ANCA y en el 8% a 16% de los pacientes es una manifestación inicial. Los informes de casos describen una amplia gama de compromisos oculares, desde inflamación de la pared del ojo hasta masas orbitarias; la episcleritis se considera la manifestación ocular más frecuente en el 16% a 38% de los casos; otras manifestaciones oculares que pueden presentarse son uveítis (5%) y escleritis (3.6%).

Objetivos: Describir un caso clínico de escleritis necrosante positiva a ANCA.

Resultados: Mujer de 55 años con síndrome de ojo rojo desde 2017 que recibió tratamiento sintomático de manera intermitente con mejoría parcial. Desde entonces experimentó episodios de dolor ocular derecho de tipo punzante (5/10) sin síntomas acompañantes, con recurrencia cada tres a cuatro meses que persistieron hasta enero de 2022, cuando el dolor aumentó de intensidad (9/10) y se acompañó de disminución de la agudeza visual unilateral. Se le valoró en el servicio de oftalmología que determinó el diagnóstico de escleritis, ajustó el tratamiento sintomático y agregó esteroide local con revaloración 10 días después, cuando cursó con lesión activa, ulceraciones conjuntivales y adelgazamiento escleral (Figura 1); por esa razón se la refirió al servicio de reumatología para complementación diagnóstica. El interrogatorio y la exploración física no identificaron afectación de ningún otro órgano; anticuerpos antinucleares 2.60 (positivo ³ 1.5 quimioluminiscencia), anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos patrón citoplasmático (c-ANCA) 55.81 UR/mL (positivo > 20 ELISA), anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos patrón periférico (p-ANCA) negativo. Ante el contexto de vasculitis granulomatosa positiva a ANCA recibió metilprednisolona (3 g) y ciclofosfámido esquema CYCLOPS, hasta el momento solo 4 dosis administradas; se observó mejoría clínica del 30%, pero persistió la disminución de agudeza visual. Hasta el momento sin tratamiento de mantenimiento con nueva exacerbación caracterizada por dolor ocular con intensidad 8/10 e hiperemia conjuntival que requirió pulsos de metilprednisolona (1 g durante 5 días) con continuación de prednisona a razón de 1 mg/kg/día. Actualmente con mejoría clínica de último episodio y en protocolo de inicio de tratamiento de mantenimiento (rituximab).

Discusión: La relación de afección oftálmica como parte del espectro de un trastorno autoinmunitario es compleja. Si bien en este momento no se cuenta con manifestación clínica sistémica, los pacientes positivos para ANCA tienen un mayor riesgo de desarrollar discapacidad visual, queratopatía y pannus vascular debido al alto porcentaje de recaídas (30%) sin tratamiento inmunosupresor. Los cambios corneales por infiltración granulomatosa, adelgazamiento o ulceración fueron la amenaza más común para la visión. Dichas complicaciones obligan a considerar un tratamiento intensivo para la enfermedad, tanto en el episodio agudo como en el tratamiento de mantenimiento enfocado en la vasculitis sistémica para prevenir secuelas y protocolizar al paciente para reconstrucción, si es elegible.

Figura 1. (CG269)



Conclusiones: Las manifestaciones específicas de órgano de la vasculitis se deben considerar con cautela. Si bien la mayoría de las veces pueden tratarse de vasculitis localizadas, la expresión clínica y el riesgo de secuelas obligan a realizar una participación interdisciplinaria con otras especialidades para la mejoría del paciente.

Bibliografía

- Kuroyanagi K. Necrotizing scleritis in a patient positive for both c- and p-ANCA without underlying systemic vasculitis. *Jpn J Ophthalmol.* 2011 Sep;55(5):581-582.
- Watkins AS. Ocular disease in patients with ANCA-positive vasculitis. *J Ocul Biol Dis Infor.* 2009 Dec 12;3(1):12-19.

CG270

Lupus neuropsiquiátrico asociado a granulomatosis con poliangeítis: reporte de caso

Cimé-Aké E, Peña-Ojeda MN, Hurtado-Arias JJ, Mora-Rosas AM, Frago-Loyo HE

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El lupus eritematoso generalizado (LEG) neuropsiquiátrico (LEGNP) representa uno de los más grandes retos diagnósticos. Dentro de los diferentes síndromes neuropsiquiátricos por LEG, aquellos que cursan con notable morbimortalidad son la enfermedad cerebrovascular, estado confusional agudo y psicosis. La granulomatosis con poliangeítis (GPA) es una enfermedad autoinmunitaria de pequeños vasos que suele tener una presentación sistémica con gran morbimortalidad. La vinculación entre LEGNP y GPA se ha notificado en escasa medida.

Objetivos: Informar un caso de relación entre LEGNP y GPA.

Resultados: Mujer de 43 años sin antecedentes relevantes. Dos meses antes de su hospitalización sufrió leucolinfopenia, artritis, derrame pleural y pericárdico, proteinuria subnefrótica, presencia de cuerpos citoides en la retina, así como hipocomplementemia, antinucleares con patrón homogéneo 1:2 560 y positividad para anti-Sm (11 UI/mL), anti-DNAc (1 287 UI/mL), y antinucleosomas (510 UI/mL), anticardiolipinas (aCL) IgG 24.6, aCL IgM 88.9, anti-β2GP1 IgG 4.4, anti-2GP1 IgM 11.5 y anticoagulante lúpico negativo. Se integró el diagnóstico de lupus eritematoso generalizado (LEG). Dada la presencia de cuerpos citoides, la paciente recibió PDN (1 mg/kg) con dosis de reducción, hidroxycicloroquina (200 mg/día), así como un bolo de ciclofosfamida (1 000 mg). Su padecimiento actual inició con hipoacusia, insomnio y episodio agudo de cuadro psicótico con gritos incontrolables, gesticulación y agitación psicomotriz, intermitente, con sensación de muerte inminente, verborrea, autolesión y caquofonia, por lo que se la trasladó a urgencias de la institución de los autores. A su llegada recibió haloperidol (5 mg en dosis única) con remisión de la agitación psicomotriz. De modo inicial se consideró psicosis aguda secundaria a los esteroides, por lo que se redujo la dosis del esteroide al 50% (prednisona, 25 mg/día) y se inició olanzapina (5-10 mg). A los cuatro días de estancia intrahospitalaria experimentó una elevación febril hasta 38.5°C. Los hemocultivos y urocultivo no identificaron aislamientos y la TAC de tórax sin evidencia de neumonía. Después desarrolló mayor alteración del estado neurológico, fluctuante con episodios de agitación, ideas delirantes y agresión verbal, por lo que se incrementó la dosis de olanzapina hasta 20 mg/día, sin obtener clara respuesta. Se realizó punción lumbar, que registró glucosa (36 mg/dL) e hiperproteinorraquia (52 mg/dL) con PCR negativas para VHS y VVZ. Se realizó resonancia magnética en la que se observó reforzamiento paquimeningeo generalizado y la TEP-TC con FDG encontró disminución del metabolismo generalizado de predominio frontal e hipermetabolismo de ganglios basales consistentes con encefalitis inflamatoria. Por sospecha de afección autoinmunitaria adjunta se solicitó ANCA, y se obtuvo cANCA con resultado positivo (1:160) y anti-PR3 positivo (2.3 U/mL). Con los hallazgos de hipoacusia neurosensorial y paquimeningitis junto con cANCA 1:160 y PR3 2.3 se concluyó que la paciente tenía sobreposición de LEG y GPA. Se consideró que la actividad neuropsiquiátrica era secundaria a LEG por lo que se indicaron bolos de metilprednisolona (1 g por 3 días) y se continuó con prednisona (1 mg/kg/día), así como inducción con ciclofosfamida. La paciente evolucionó de manera satisfactoria, con remisión completa del cuadro neuropsiquiátrico.

Conclusiones: La relación o sobreposición de LEG y GPA es muy rara y en la bibliografía sólo se han notificado escasos casos; más frecuente que la presencia de LEG con vasculitis ANCA limitada a riñón es la coincidencia de vasculitis sistémica y LEG. El diagnóstico de LEGNP, y de forma más específica su sobreposición con GPA, es un verdadero reto diagnóstico que es importante reconocer para instituir un adecuado tratamiento inmunosupresor.

Bibliografía

1. Itikyala S, Pattanaik D, Raza S. Systemic lupus erythematosus (SLE) and antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis (AAV) overlap syndrome: case report and review of the literature. *Case Rep Rheumatol.* 2019 Jan 6;2019:5013904.

CG271

Nefropatía IgA, presentación concomitante con enfermedad inflamatoria intestinal, espondiloartritis y vasculitis cutánea

Medina-San Millán P, Sabido-Sauri RA, Barbosa-Cobos RE, Lugo-Zamudio GE, Vásquez-Jiménez E

Hospital Juárez de México

Introducción: La nefropatía IgA es la glomerulopatía primaria más frecuente en el mundo y su diagnóstico es un reto debido a la heterogeneidad de su presentación y la concomitancia con otras enfermedades autoinmunitarias. La aparición de vasculitis cutánea vinculada con glomerulonefritis

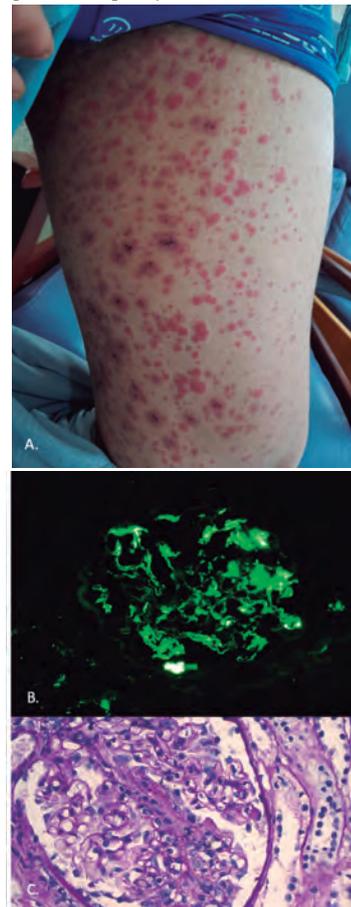
IgA es frecuente (96%-100%), pero puede relacionarse con otras entidades, como enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y espondiloartritis, aunque con frecuencia desconocida.

Objetivos: Describir un caso de nefropatía IgA en relación con enfermedad inflamatoria intestinal, espondiloartritis y vasculitis cutánea.

Resultados: Paciente masculino de 21 años sin antecedentes de importancia, que sufre exantema maculopapular eritematovioláceo en miembros pélvicos (**Figura 1A**), epistaxis autolimitada, artralgiás en rodillas y tobillos, dolor abdominal difuso y sangrado de tubo digestivo. La exploración física muestra púrpura palpable, artritis de rodilla izquierda, edema bimalleolar y dolor abdominal generalizado sin irritación peritoneal. Registros paraclínicos: leucocitos totales $12.49 \times 10^3/\mu\text{l}$ (5.2-12.4), neutrófilos $9.29 \times 10^3/\mu\text{l}$ (1.9-8.0), glucosa 148 mg/dL (70-110), VSG 20 mm/h (0-13), PCR 6.9 mg/dL (< 0.5), eritrocituria dismórfica (0-3 eritrocitos/campo) y proteinuria 2.61 g en 24 h (< 0.15 g/24 h). Serología para VIH, hepatitis B y hepatitis C no reactivos. Anticuerpos ANA por IFI, anti-DNAc, anti-Sm, anticardiolipina IgG e IgM, anti-B2GP1 IgG e IgM, anti-SSA, anti-SSb, anti-MPO, anti-PR3 y anti-MBG negativos. No se encontró evidencia de enfermedades infecciosas ni otras enfermedades autoinmunitarias adjuntas. Ultrasonido renal con dimensiones y relación corticomedular normales. La biopsia cutánea señaló vasculitis leucocitoclástica y la biopsia renal nefropatía por IgA (M1, E1, S1, C0, hipertrofia podocitaria; Oxford 2016) con proliferación mesangial y endocapilar, clase IIIb de la ISKDC (**Figura 1B**), con depósitos predominantes de IgA por inmunofluorescencia (**Figura 1C**). La biopsia de colon establece colitis crónica y actividad moderada-intensa con abscesos cripticos e hiperplasia de células de Paneth, consistente con EII.

Conclusiones: La aparición simultánea de nefropatía IgA con EII y espondiloartritis es poco frecuente, por lo que el tratamiento debe enfocarse en el

Figura 1. A. Púrpura palpable. **B.** Inmunorreactante IgA positivo con patrón granular, global y difuso en el mesangio (3+). **C.** Glomérulo con proliferación mesangial, endocapilar y zonas de necrosis fibrinoide. (CG271)



órgano o sistema que ponga en riesgo la vida y función. Aunque las recomendaciones actuales para el tratamiento de nefropatía IgA son controversiales, se recomiendan medidas de apoyo y, en casos de mal pronóstico, glucocorticoides sistémicos e inmunosupresores. La ausencia de tratamiento incrementa la morbimortalidad de forma significativa en todas las entidades descritas.

Bibliografía

1. Saha MK, Julian BA, Novak J, Rizk DV. Secondary IgA nephropathy. *Kidney Int.* 2018;94(4):674-681.
2. Maritati F, Canzian A, Fenaroli P, Vaglio A. Adult-onset IgA vasculitis (Henoch-Schönlein): update on therapy. *Presse Med.* 2020;49(3):104035.

CG272

Sobreposición de lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante: reporte de un caso

Irazoque-Palazuelos F, Pinto-Ortiz M

Hospital Ángeles Mocol

Introducción: El término de sobreposición de refiere a la coexistencia de dos enfermedades reumáticas en un mismo paciente. Se ha publicado que el mayor número de vinculaciones del lupus eritematoso sistémico con otras, en orden de frecuencia, son síndrome antifosfolípido, síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, esclerosis sistémica y miopatías; la relación con espondilitis anquilosante se ha informado en muy pocos casos. El lupus eritematoso sistémico (LES) es un trastorno autoinmunitario, con una expresión clínica multisistémica, efecto de la producción de autoanticuerpos, activación de complemento y depósito de complejos inmunitarios. La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria inmunomediada caracterizada por dolor lumbar inflamatorio, oligoartritis periférica, entesitis y compromiso de órgano blanco (p. ej., uveítis); asimismo, es más prevalente en hombres (relación 2:1) y el diagnóstico se establece con características clínicas y radiológicas (RMN) de acuerdo con los criterios de Nueva York. Tanto la etiopatogenia como las características genéticas y clínicas son diferentes en ambas enfermedades. Se presenta este informe de un caso con dicha coexistencia.

Objetivos: Presentar un caso de superposición entre lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante.

Descripción del caso: Se trata de una paciente femenina de 78 años de edad quien acude por diagnóstico de lupus eritematoso sistémico de 15 años de evolución, con características clínicas de fotosensibilidad, exantema malar, úlceras orales, poliartralgias y artritis, con múltiples tratamientos con FARM y actividad moderada de la enfermedad; también hay dolor alternante de glúteos y columna lumbar que imposibilita la deambulación y las actividades de la vida diaria; los estudios de laboratorio muestran anticuerpos antinucleares positivos 1:320 y linfopenia (900 U/dL), por lo que se ajusta el tratamiento con hidroxycloquina, bloqueador solar, azatioprina (50 mg/8 h) y se solicitan radiografías pélvicas que delimitan anomalías en la articulación sacroiliaca y la RMN indica sacroilítis bilateral; se diagnostica el síndrome de sobreposición de lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante y se reajusta el tratamiento con indicación de AINE diario y FARM, con lo que la paciente ha mostrado evolución favorable.

Resultados: Hasta donde saben los autores, este caso es uno de los pocos casos informados de coexistencia de estos dos trastornos en la bibliografía indexada. En la coexistencia de estas dos anomalías con antecedentes genéticos y clínicos diferentes, los síntomas pueden representar la importancia de los factores ambientales compartidos, u otros factores precipitantes.

Conclusiones: Por lo tanto, es necesario identificar la superposición de un sinnúmero de manifestaciones clínicas para un adecuado tratamiento y una evolución favorable de estos pacientes.

Bibliografía

1. Tsokos GC. *N Engl J Med.* 2011;365:2110-21.
2. Ehrenfeld M. Spondyloarthropathies. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2012;26(1):135-45.
3. Jury EC, D'Cruz D, Morrow WJ. Autoantibodies and overlap syndromes in autoimmune rheumatic disease. *J Clin Pathol.* 2001;54(5):340-7.

4. Sharp GC. Mixed connective tissue disease--an apparently distinct rheumatic disease syndrome associated with a specific antibody to an extractable nuclear antigen (ENA). *Am J Med.* 1972;52(2):148-59.

CG273

Síndrome de Sweet asociado a lupus eritematoso generalizado: reporte de caso

Cimé-Aké E, Peña-Ojeda MN, Muñoz Castañeda-Wallace RA, Frago-Loyo HE

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El síndrome de Sweet es una enfermedad inflamatoria de la piel caracterizado por una extensa infiltración de neutrófilos en la dermis con extensión subcutánea, conocida como dermatosis neutrofilica febril aguda. Puede presentarse junto con estados inflamatorios crónicos como las enfermedades autoinmunitarias. Su vinculación con LEG se ha informado en escasa medida.

Objetivos: Describir un caso de relación entre síndrome de Sweet y LEG.

Resultados: Mujer de 31 años con diagnóstico de lupus eritematoso generalizado de un año de evolución por historial de actividad constitucional, cutánea, articular, serosa y renal (sedimento activo y síndrome nefrótico) con biopsia renal concluyente de nefritis lúpica clase IV + V, por lo que se inició esquema de inducción a la remisión con MMF y PDN (1 mg/kg) a dosis-reducción con seguimiento, con respuesta completa. Antes de su hospitalización se encontraba con prednisona (15 mg/día), dosis de reducción, hidroxycloquina (200 mg/día), micofenolato de mofetilo (1-1-1) y caltrato (600 + D). Su padecimiento inició un mes antes de la hospitalización con dolor, edema y eritema en muslo derecho, por lo que acudió a valoración a medio externo en donde se prescribió amoxicilina (5 días), sin mejoría. Dos semanas después se agregó sensación de hipertermia no cuantificada. El día de su hospitalización se añadieron astenia, adinamia, sensación de hipertermia no cuantificada y malestar general, por lo que acudió al servicio de urgencias del instituto de los autores. A su llegada se encontró con dermatosis que afectaba la cara lateral interna y externa del muslo derecho, caracterizada por una placa violácea y edematosa de bordes retiformes en la cara interna, de unos 10 cm en su eje mayor y que en sus límites proximales tenía una mancha hiperpigmentada marrón oscuro, separada de las dos lesiones distales por piel sana; en la cara externa había una lesión de las mismas características de casi 7 cm en su eje más largo. Estudios de laboratorio: leucocitosis 14 500, neutrofilia 11 500 y proteína C reactiva 1.31, así como hipocomplementemia C3 63, C4 27. La paciente ingresó bajo sospecha de probable celulitis, por lo que se inició piperacilina/tazobactam, pero a las 72 horas no se observó cambio clínico alguno y los cultivos biopsia no informaron aislamientos. Por último se tomó biopsia cutánea que indicó dermatosis neutrofilica superficial y profunda intersticial y en el tejido adiposo un patrón septal y lobulillar con cariorrexis. Se consideró una dermatosis neutrofilica relacionada con LEG y se administraron prednisona (0.5 mg/kg), hidroxycloquina (400 mg/día) y dapsona. La paciente evolucionó de manera satisfactoria hasta la remisión de la lesión cutánea.

Conclusiones: Para su diagnóstico, el síndrome de Sweet requiere ambos criterios mayores y dos criterios menores. Los criterios mayores incluyen aparición súbita de lesiones cutáneas típicas y una histopatología consistente. Los criterios menores son lesiones precedidas por una de las infecciones o vacunas relacionadas, acompañadas por una de las neoplasias malignas o trastornos inflamatorios, además de exposición a un fármaco o embarazo; presencia de fiebre y signos y síntomas constitucionales; leucocitosis; y una excelente respuesta a los corticoides sistémicos. Es importante reconocer que este tipo de lesiones cutáneas puede aparecer en el contexto de lupus con actividad, por lo que se requiere una alta sospecha para proporcionar un tratamiento adecuado.

Bibliografía

1. Villarreal-Villarreal CD, Ocampo-Candiani J, Villarreal-Martínez A. Sweet syndrome: a review and update. *Actas Dermosifiliogr.* 2016 Jun;107(5):369-78.

2. Das A, Burmeister R, Chhaya R, Eisenga B, Kumar A. Sweet syndrome in a patient with systemic lupus erythematosus. *J Clin Rheumatol*. 2020 Jun;26(4):e85-e86.

2. Walczak BE, Johnson CN, Howe BM. Myositis ossificans. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2015;23(10):612-22.

CG274

Miositis osificante secundaria a trauma: una lesión benigna que simula malignidad

Moreno-Navales R¹, Tenorio- Aguirre EK¹, Rodríguez-Henríquez PJ², Hernández-Díaz C³, Becerril-Mendoza L⁴

⁽¹⁾ Hospital General Dr. Manuel Gea González, ⁽²⁾ Otro, ⁽³⁾ Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS, ⁽⁴⁾ Hospital Juárez de México

Introducción: La miositis osificante (MO) se caracteriza por la formación benigna de hueso lamelar heterotrópico y suele presentarse en atletas de deportes de contacto, con mayor frecuencia en hombres jóvenes (en la segunda o tercera décadas de la vida); su prevalencia calculada es de 1 en 1 millón de personas/año; el 80% de esta entidad se localiza en los músculos de huesos largos. La lesión se relaciona muchas veces con traumatismo directo de alta energía y también repetitivo de baja energía. La fisiopatología no se ha dilucidado del todo; se ha descrito que ocurre por diferenciación inapropiada de fibroblastos a células osteogénicas. La presentación clínica consiste en síntomas inespecíficos, como dolor, inflamación y pérdida de arcos de movilidad que pueden presentarse en hematomas, abscesos y proceso maligno de tejidos blandos y hueso, además de características imagenológicas no definidas en fases iniciales de la alteración; en ocasiones es necesaria la biopsia, con histología de hueso maduro lamelar con fibroblastos y matriz osteoide organizada en la periferia de un foco central de tejido a celular. El tratamiento de elección es conservador; la MO es un trastorno autolimitado.

Objetivos: Presentar un caso de miositis osificante secundaria a traumatismo.

Presentación del caso: Mujer de 69 años sin antecedentes personales patológicos de importancia. Refiere antecedente de traumatismo secundario a accidente de tránsito en la infancia. Consulta por dolor medial y lateral del muslo bilateral con posterior limitación de la deambulación de siete meses de evolución, por lo que acudió a valoración médica con médico cirujano vascular, quien diagnosticó insuficiencia venosa periférica sin instituir tratamiento. Cuatro meses antes de la valoración de los autores refiere pérdida de la solución de continuidad en muslo izquierdo con posterior salida de secreción serosa. Las radiografías de cadera bilateral señalan reacción perióstica con osificación lateral de muslo bilateral, por lo que se la refirió al servicio de reumatología. El ultrasonido musculoesquelético con equipo Siemens Acuson Antares y transductor lineal de 13-5 SP MHz identificó una imagen anecoica de bordes irregulares en el músculo vasto lateral izquierdo, con bordes irregulares, paredes bien definidas, compresible, sin señal Doppler, y un trayecto tortuoso de 1.49 x 1.73 x 1.58 cm y volumen de 0.91 mL. En un trayecto de 20 cm se observaron múltiples imágenes hiperecoicas con sombra acústica posterior, de 2.03, 1, 2.12, 2.61, 1.79, 1.18, 3.07 y 2.88 cm, respectivamente. En el muslo derecho se encuentran múltiples imágenes hiperecoicas de similares características (**Figura 1**). Con estos hallazgos se integró el diagnóstico de miositis osificante.

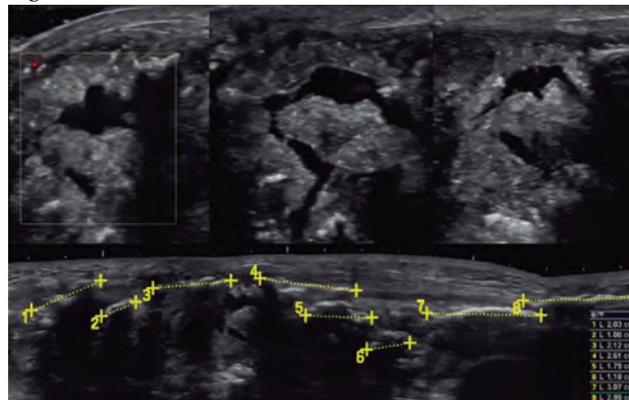
Resultados: El músculo vasto lateral izquierdo proyecta una imagen anecoica de bordes irregulares, paredes bien definidas, compresible, sin señal Doppler, con trayecto tortuoso de 1.49 x 1.73 x 1.58 cm y volumen 0.91 mL. El músculo vasto lateral izquierdo muestra en la reconstrucción extendida un trayecto de 20 cm y múltiples imágenes hiperecoicas con sombra acústica posterior, que miden 2.03, 1, 2.12, 2.61, 1.79, 1.18, 3.07 y 2.88 cm, respectivamente (**Figura 1**).

Conclusiones: La MO es un diagnóstico diferencial en afecciones de tejidos blandos y óseos. Una adecuada anamnesis y el ultrasonido musculoesquelético pueden ser determinantes para establecer el diagnóstico oportuno.

Bibliografía

1. Saad A, Azzopardi C, Patel A, Davies AM, Botchu R. Myositis ossificans revisited the largest reported case series. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*. 2021;17:123-7.

Figura 1. (CG274)



CG275

Síndrome de superposición grave (lupus eritematoso sistémico y esclerosis sistémica) complicado con choque séptico y respuesta a terapia con IGIV

Quiñones-Moya H, Pérez-Cristóbal M

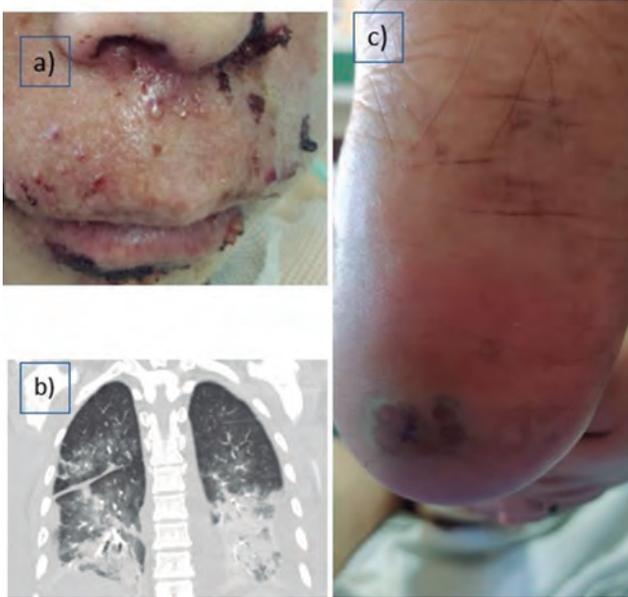
UMAE Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Objetivos: Describir un caso de síndrome de superposición grave complicado con choque séptico.

Resultados: Mujer de 36 años con diagnóstico de LES desde 2012 (manifestaciones iniciales hematológicas e inmunológicas); suspendió el tratamiento ocho años antes, al parecer sin reactivación de la enfermedad. Desde tres meses previos padece diarrea intermitente junto con pérdida de peso de 10 kg y para ello recibe múltiples esquemas antibióticos, sin resolución completa del cuadro. Dada la sospecha de actividad, acude con un reumatólogo particular quien encuentra esclerodactilia, fenómeno de Raynaud y anticuerpos anti-Scl-70 y anticentromero positivos, diagnóstica esclerosis sistémica e indica tratamiento con colchicina (1 mg/12 h) y prednisona (10 mg/24 h). A los cinco días se agrega un eritema generalizado y ardoroso en cara, espalda, tórax y brazos, motivo por el cual decide acudir al servicio de urgencias. Durante la valoración inicial se diagnostica herpes generalizado, candidosis oral y absceso en el talón izquierdo. Estudios de laboratorio: leucopenia a expensas de linfopenia (150 cel/mm³), trombocitopenia (32 000 cel/mm³), anemia normocítica normocrómica grado II (9.2 g), hiperbilirrubinemia (3 mg/dL) a expensas de la directa (2.3 mg/dL), hipertransaminasemia, PCR elevada (18 mg/dL), procalcitonina > 100 UI, ferritina 1 057 UI, anti-DNAs a títulos generalizados, anti-SCL-70 positivo e hipocomplementemia. Durante sus primeras horas de hospitalización, la paciente sufre elevaciones febriles a pesar del tratamiento antibiótico con carbapenémicos, dolor abdominal intenso e hipoglucemias sintomáticas que producen alteración del estado de alerta, además de desaturación. La TAC toracoabdominal revela una neumonía bilateral (**Figura 1**), pielonefritis aguda bilateral y pancreatitis con lipasa de 504; al persistir el deterioro neurológico y la desaturación se decidió tratamiento avanzado de la vía respiratoria e ingreso a UCI donde se confirma peritonitis por líquido peritoneal purulento con cocos grampositivos. En virtud del estado poliinfectioso y las manifestaciones de gravedad de la paciente se inicia infusión de IGIV a 2 g/kg. A las 24 horas se logra extubar a la paciente y se observa una mejoría notoria del estado de alerta. Unas 48 horas después, el exantema generalizado desaparece y cumple ese mismo periodo sin elevación febril por lo que se decidió su egreso a piso.

Durante su estancia persiste la mejoría y hay disminución de transaminasas, bilirrubinas y mejoría de las citopenias; además, la paciente ya no tiene ningún episodio febril nuevo y recibe el alta por mejoría. Unos 21 días después se observa en la consulta donde se identifica a una paciente con resolución completa del cuadro.

Figura 1. A. Eritema consistente con herpes zóster. **B.** Neumonía bilateral por TAC. **C.** Absceso en talón. (CG275)



Conclusiones: Éste es un cuadro atípico de actividad de lupus, en el cual se advierte una evidente inmunodeficiencia sin relación con medicamentos, además de mejoría con la administración de inmunoglobulina intravenosa y antibióticos. Se descartaron otras causas probables de inmunosupresión, como neoplasias, VIH o consumo de fármacos. La inmunoglobulina es un medicamento usado a menudo en la práctica clínica en pacientes con actividad de la enfermedad y procesos infecciosos, pero con poca evidencia sólida de su efectividad tanto en la actividad de LES como en procesos sépticos. Debido a la respuesta en esta paciente, dicha efectividad puede ser verdadera y deben analizarse los estudios clínicos grandes.

Bibliografía

- Martínez Tatiana, García-Robledo J, Plata I, et al. Mechanisms of action and historical facts on the use of intravenous immunoglobulins in systemic lupus erythematosus. *Autoimmunity Reviews*. 2019;18(3).
- Alejandría MM, Lansang MA, Dans LF, Mantaring JB 3rd. Intravenous immunoglobulin for treating sepsis, severe sepsis and septic shock. *Cochrane Database Syst Rev* (2013) Sep 16;2013(9):CD001090.

CG276

Hidradenitis supurativa y nefritis lúpica manejado con rituximab

Pimentel-León RR¹, García-Chávez M², Aguilar-Campohermoso NJ

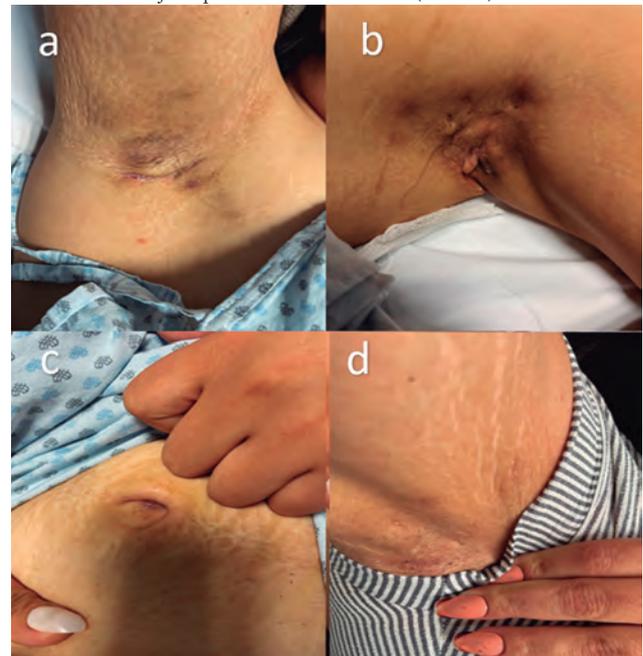
⁽¹⁾HGZ1 Tlaxcala, Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽²⁾Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza, ISSSTE

Introducción: La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad cutánea inflamatoria, crónica y recurrente que se presenta con nódulos subcutáneos, abscesos, fístulas y cicatrices hipertróficas en zonas intertriginosas; predomina en el sexo femenino entre los 20 y 40 años y se desconoce su causa, pero se han descrito múltiples factores relacionados, como obesidad,

tabaquismo, hormonas, fricción local y un mecanismo autoinmunitario/ autoinflamatorio con participación de múltiples células y citosinas que establecen un ambiente inflamatorio; su vinculación con enfermedades autoinmunitarias es frecuente, en especial enfermedad inflamatoria intestinal y espondiloartritis; sin embargo, su relación con el lupus eritematoso sistémico (LES) es rara y el tratamiento requiere la estadificación de la enfermedad, valoración de las áreas afectadas y comorbilidades. Se han indicado curaciones, escisión quirúrgica, antimicrobianos tópicos y sistémicos, esteroides intralesionales y sistémicos y, en fecha reciente, fármacos biológicos, sobre todo anti-TNF, con buena respuesta. El rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico contra CD20 y hasta el momento no se ha explorado su uso para esta entidad, si bien existe un informe de caso (utilizado para el rechazo de trasplante renal) con buena respuesta para la enfermedad cutánea.

Objetivos: Describir un caso de hidradenitis supurativa y nefritis lúpica. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 31 años, con antecedente de abscesos de repetición axilar y bilateral de cinco años de evolución. Padece de tres meses con fatiga, artralgias y después edema periférico progresivo; la exploración documentó palidez de tegumentos, caída de cabello, sinovitis en carpos y metacarpofalángicas; en el plano axilar se identifican abscesos con trayectos fistulosos y en el umbilical salida de material purulento y edema en extremidades inferiores. Estudios de laboratorio: glucosa 79, Cr 1.1, BUN 22, ácido úrico 8.8, colesterol 129, albúmina 2.5, triglicéridos 208, ALT 14, AST 16, TSH 3.3, Hb 8.7, VCM 93, plaquetas 218, leucocitos 6.2, linfocitos 2.3, VSG 120, PCR 42, proteínas en orina de 24 h 4.6 g. ANA 1:1 280, patrón moteado grueso, anti-Smith > 200, anti-DNA 224, anti-Ro y La negativos, anticuerpos antipeptidos citrulinados negativos, factor reumatoide negativo, C3 19, C4 3.2, CH50 1. La biopsia renal indica nefritis lúpica tipo III. Se estableció lupus eritematoso sistémico con nefritis e hidradenitis supurativa grado II de Hurley, y se trató con prednisona (1 mg/kg), ácido micofenólico (2 g/día), hidroxiclo-roquina (200 mg/día), atorvastatina y ARA II; en el seguimiento no se observó mejoría de las manifestaciones, por lo cual se decide iniciar rituximab (2 g), previa administración de antimicrobianos. En el seguimiento se reconoce mejoría de las manifestaciones articulares y renales, sin artritis ni edema periférico y los estudios de laboratorio registran EGO sin proteinuria, cilindros negativos, proteínas en orina de 24 h 135 mg, C3 68, C4 8.2, CH50 22.1, anti-DNA 74. Se observó mejoría de las lesiones axilares y umbilicales, sin nuevos abscesos o salida de material purulento a un año de seguimiento (Figura 1).

Figura 1. A. Absceso axilar. **B.** Fístulas y cicatrices. **C.** Material purulento umbilical. **D.** Mejoría posterior al tratamiento. (CG276)



Resultados: La HS es una entidad cada vez más reconocida, con un mecanismo inflamatorio/autoinmunitario en su patogenia, por lo cual es frecuente su nexa con otras enfermedades autoinmunitarias, aunque existen pocos casos notificados en LES; es necesario considerarla dentro de los diagnósticos diferenciales ante casos sospechosos; el rituximab no se ha estudiado para esta entidad, pero podría ser una opción terapéutica en pacientes seleccionados. Se desconoce la utilidad en pacientes con HS aislada.

Conclusiones: La relación entre LES e hidradenitis supurativa es rara. El rituximab podría ser un tratamiento en casos resistentes.

Bibliografía

1. Ben C, Bragazzi N, Watad A, Sharif K, Whitby A. Hidradenitis suppurativa associated with systemic lupus erythematosus: a case report. *Medicine*. 2018;97(12):e0186.
2. Ross Y, Ballou S. Association of hidradenitis suppurativa with autoimmune disease and autoantibodies. *Rheumatology Advances in Practice*. 2022;(6):2.

CG277

Asociación entre artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico

López-Suárez RF, Sabido-Sauri RA¹, Barbosa-Cobos RE¹, Lugo-Zamudio GE¹

Hospital Juárez de México

Introducción: La superposición entre lupus eritematoso sistémico (LES) y artritis reumatoide (AR) se conoce como rhusus y su prevalencia varía entre 0.46% y 9.7%. El diagnóstico se determina cuando se cumplen criterios de clasificación de ambas enfermedades y se caracteriza por artritis simétrica y factor reumatoide (FR), anticuerpos antipéptido citrulinado (ACPA), anticuerpos antinucleares (ANA), anti-DNA bicatenario (anti-dcDNA) y erosiones radiográficas. Las principales manifestaciones extraarticulares son hematológicas (50%). El tratamiento depende del órgano o sistema afectados e incluye fármacos modificadores de la enfermedad convencionales y biológicos.

Objetivos: Presentar dos casos clínicos de pacientes que satisfacen criterios de clasificación de lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide.

Resultados: Caso 1: mujer de 44 años con AR de 14 años de evolución en tratamiento con hidroxiquina que presentó fatiga, fiebre, diaforesis nocturna, artralgias en rodillas y tobillos, artritis en carpos, metacarpofalángicas (MCF) e interfalángicas proximales (IFP), dolor lumbar y síntomas secos. Estudios de laboratorio: ANA 1:1 280 patrón homogéneo y 1:160 granular fino, anti-dcDNA > 800 UI/ml (< 100 UI/mL), anti-Sm 152.84 UR/mL (< 20 UR/mL), C4 9.6 mg/dL (< 10 mg/dL), FR 306 UI/mL (< 35 UI/mL) y ACPA 291 U/mL (< 35 U/mL). Biopsia de glándula salival: sialoadenitis crónica con *Focus score* de 1. Diagnóstico: rhusus y síndrome de Sjögren secundario. Tratamiento: hidroxiquina, metotrexato y prednisona a dosis bajas con adecuada respuesta.

Caso 2: mujer de 36 años con antecedente de hipotiroidismo, púrpura trombocitopénica idiopática y AR de seis meses de evolución. Se presentó con caída de cabello, eritema malar, úlceras orales y fenómeno de Raynaud. Estudios de laboratorio: linfocitos $0.77 \times 10^3/L$, ANA 1:5 120 moteado fino, ACL IgM 31 UI/mL (< 13 UI/mL), ACPA 308 UI/mL (< 20 UI/mL), anti-B2GPI IgA 20.4 UI/mL (< 6.3 UI/mL), anti-β2-GPI IgM 107 UI/mL (< 14 UI/mL), Coombs directo 3+, hipocomplementemia C4 6.4 mg/dL (< 10 mg/dL), PCR 1.32 mg/dL. Diagnóstico: rhusus. Tratamiento: metotrexato, hidroxiquina y dosis bajas de prednisona con adecuada respuesta.

Conclusiones: Se presentan dos pacientes con criterios de clasificación para LES (ACR/EULAR 2019) y AR (ACR/EULAR 2010). Si bien el 90% de los pacientes con LES muestra manifestaciones musculoesqueléticas, pocos sufren artritis erosiva. La frecuencia de pacientes con LES, ACPA y artropatía erosiva es de 14.56%, lo que contrasta con el 43% con LES y ACPA sin artropatía. El debate actual se centra en establecer si el rhusus es una superposición o una entidad clínica independiente. Debido a la elevada prevalencia de ACPA en el LES, el diagnóstico de rhusus debe

determinarse con base en criterios clínicos y, a diferencia de AR, no se ha precisado el valor pronóstico de estos anticuerpos.

Bibliografía

1. Li J, Wu H, Huang X, Xu D, Zheng W, Zhao Y, et al. Clinical analysis of 56 patients with rhusus syndrome: manifestations and comparisons with systemic lupus erythematosus. *Medicine*. 2015;93:5pp.
2. Wu CY, Yang HY, Lou SF, Lai HJ. From rheumatoid factor to anti-citrullinated protein antibodies and anti-carbamylated protein antibodies for diagnosis and prognosis prediction in patients with rheumatoid arthritis. *Int J Med Sci*. 2021;22:686.

CG278

Presentación atípica de gota tofácea: reporte de caso

Alcocer-León M¹, Carmona-Lara GA¹, Cervantes-González AM¹, Xibillé-Friedmann DX², Carrillo-Vázquez SM³

⁽¹⁾Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca, ⁽³⁾Otro

Introducción: La gota es la forma más común de artritis inflamatoria que afecta a los adultos. La presentación atípica incluye el compromiso de múltiples articulaciones o varias articulaciones distribuidas simétricamente y sitios extraarticulares. Con poca frecuencia, la gota puede afectar a las articulaciones grandes proximales distintas de la rodilla y la columna.

Objetivos: Describir un caso atípico de gota tofácea.

Descripción del caso: Paciente masculino de 48 años. Inicia su padecimiento actual 10 años antes con artralgias simétricas de muñecas y rodillas, de manera intermitente, de predominio matutino y tipo inflamatorio, con intensidad variable de 2/10 a 4/10 en EVA; tres años antes se agregan dolor e inflamación de metatarsofalángica del primer dedo izquierdo, con administración de un medicamento no especificado; la afección se autolimita. Aparece un segundo brote siete meses previos caracterizado por artralgia de intensidad 9/10 y artritis de metatarsofalángica del primer dedo del pie izquierdo, motivo por el cual acudió al servicio de reumatología, donde la exploración física documenta dermatosis diseminada con tendencia a la simetría; ésta afecta a miembros superiores y de éstos: codos, superficie dorsal de articulaciones interfalángicas proximales (IP) de segundo y cuarto dedos de la mano derecha y tercero de la mano izquierda; miembros inferiores y de éstos: rodillas y superficie dorsal de articulación metatarsofalángica (MTF) del primer dedo de ambos pies; y pabellón auricular bilateral; se caracteriza por neoformaciones exofíticas de diversos diámetros (2 mm a 5 cm), algunas de ellas de consistencia dura y otras blandas, con dolor a la digitopresión de las localizadas en las articulaciones IP y MTF, lo cual produce limitación de los arcos de movimiento; el resto de exploración física sin relevancia. Esto lleva a iniciar tratamiento con alopurinol (600 mg por la mañana y 300 mg por la noche), colchicina (0.5 mg/24 h), así como dextetoprofeno (75 mg/12 h) y tramadol (25 mg/12 h).

Resultados: Es importante tener presente como diagnóstico diferencial la gota tofácea en pacientes con poliartritis simétrica, ya que su aparición representa un retraso diagnóstico y por lo tanto terapéutico y afecta de manera negativa el pronóstico con incremento de la morbimortalidad; asimismo hay que considerar que estos pacientes tienen otros factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial sistémica, dislipidemia o enfermedad renal crónica.

Conclusiones: Los tofos identificados en la exploración física (**Figura 1**) no excluyen la posibilidad de que estén presentes en órganos internos, como las válvulas cardiacas o el tubo digestivo; de ahí también la importancia del control terapéutico.

Bibliografía

1. Chen-Xu M, Yokose C, Rai SK, Pillinger MH, Choi HK. Contemporary prevalence of gout and hyperuricemia in the United States and decadal trends: the National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2016. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71:991-999.
2. Neogi T. 2015 gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:1789-1798.

Figura 1. Mano derecha con tofos gotáceos en IFP de segundo y cuarto dedos y tofo en la quinta MCF de la mano izquierdo. (CG278)



CG279

Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto asociada a sobreposición de lupus eritematoso sistémico con síndrome de Sjögren

Zuno-Silva W, García-Cerda D, Rivas-Casillas NC, Gómez-Loza L, García-de la Torre I, Marín-Rosales M

Hospital General de Occidente, SSA, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) o linfadenitis histiocítica necrosante es un padecimiento inflamatorio ganglionar inespecífico que se caracteriza por linfadenopatía y nexos con afecciones autoinmunitarias, como lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome de Sjögren (SS), entre otras.

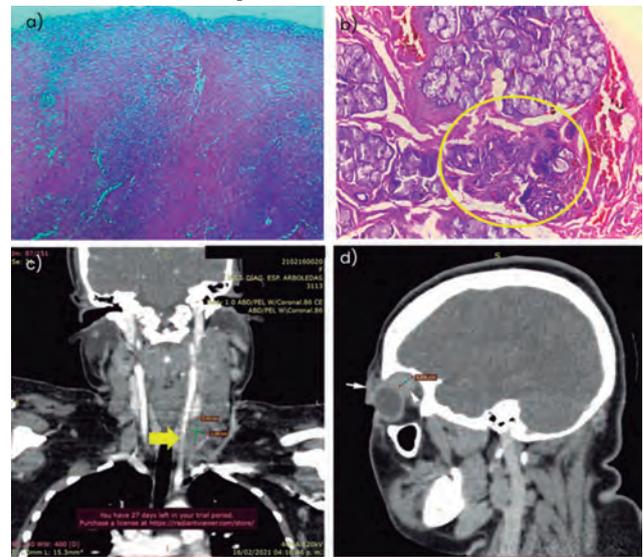
Objetivos: Presentar un caso y revisión de la bibliografía.

Resultados: Paciente femenina de 25 años sin antecedentes previos, la cual inicia cuadro con adenopatía submandibular izquierda de crecimiento rápido, dolorosa y petra y adenopatía submandibular derecha de 1 cm de diámetro, con pérdida de peso de 2 kg, artralgias y fiebre nocturna, más edema bipalpebral con nódulo conjuntival derecho. Durante su abordaje, la paciente refiere síntomas de ojo y boca seca. EF: edema palpebral ++ y nódulo de párpado derecho, adenopatía cervical derecha de 1 cm dolorosa a la palpación con conglomerado submandibular izquierdo de 4 cm fijo doloroso a la palpación, y adenopatías subclaviculares izquierdas de 2 cm. Estudios de laboratorio: Hb 11.8 g/dL, plt 248 10^3 /mL, leu 3.81 10^3 /mL, neu 2.92 10^3 /mL, linf 1.51 10^3 /mL, crs 0.43 mg/dL. TAC de cráneo y cuello: adenopatías cervicales bilaterales de predominio izquierdo (**Figura 1C**). RMN de cráneo y órbita: lesiones infiltrativas en órbita, regiones extraconales en ángulos laterales correspondientes a glándulas lacrimales (**Figura 1D**). Biopsia excisional de ganglio: linfadenitis necrosante histiocítica/Kikuchi-Fujimoto (**Figura 1A**). Anticuerpos antinucleares 1:320 MF con inmunoespecificidad anti-Sm 12, anti-RNP Sm 43. La biopsia de glándula salival revela más de dos focos con infiltrado linfocítico (**Figura 1B**) y prueba de Schirmer < 5 mm bilateral. Se diagnostica LES con 11 puntos según los criterios EULAR 2019 y 4 puntos según los criterios ACR/EULAR 2016 para SS.

Conclusiones: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es un trastorno extremadamente raro, benigno y autolimitado, caracterizado por linfadenopatía regional. Su causa aún es incierta, pero se atribuye a infecciones virales o enfermedades autoinmunitarias. En términos fisiopatológicos se

ha encontrado la alteración de estructuras reticulotubulares de linfocitos e histiocitos activados, las mismas estructuras que se han encontrado alteradas en linfocitos y células endoteliales en enfermedades autoinmunitarias como LES y SS. La EKF comparte varias características clínicas/histológicas con el LES; más aún, todavía no se define si estas dos anomalías son espectros de una misma. En relación con SS, la relación se ha identificado en menor frecuencia, si bien ambas poseen procesos benignos en los ganglios linfáticos y las glándulas salivales, como la proliferación linfoide reactiva, incluida la sialoadenitis linfoepitelial. En las publicaciones médicas se han descrito varios casos de la coexistencia de EKF con LES o EKF con SS, pero no se ha descrito un caso en el cual se encuentren las tres alteraciones presentes en un mismo paciente.

Figura 1. A. Biopsia de adenopatía: infiltrado inflamatorio con histiocitos y necrosis. B. Biopsia de glándula salival menor: infiltrado inflamatorio linfocítico, *Focus socore* de 2. C. TAC de cuello: adenopatía cervical (flecha amarilla) de 2.4 cm en su mayor diámetro. D. IRM cabeza: lesión infiltrativa de órbita de 1.04 cm (punta de flecha). (CG279)



Bibliografía

- Sharma V, Rankin R. Fatal Kikuchi-like lymphadenitis associated with connective tissue disease: a report of two cases and review of the literature. Springerplus. 2015;4(1):1-10.
- Deaver D, Horna P, Cualing H, Sokol L. Pathogenesis, diagnosis, and management of Kikuchi-Fujimoto disease. Cancer Control. 2014;21(4): 313-21.

CG280

Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada a razón de un caso

Narváez-Chávez SM², Rodríguez-Henríquez PJ¹, Venzor-Castellanos JP², Mendoza-Barrera X², Becerril-Mendoza L³

⁽¹⁾Otro, ⁽²⁾Hospital General Dr. Manuel Gea González, ⁽³⁾Hospital Juárez de México

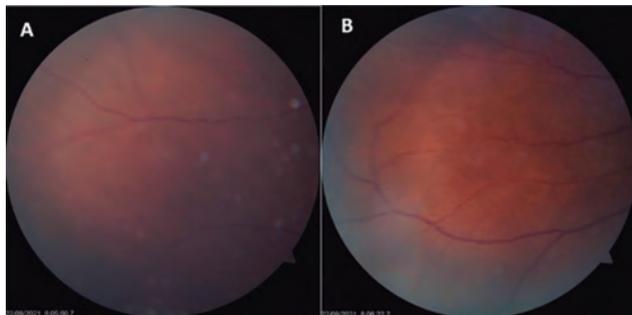
Introducción: El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada es un trastorno inflamatorio multisistémico poco común que se caracteriza por panuveítis con desprendimiento seroso de la retina y a menudo se acompaña de manifestaciones neurológicas y cutáneas, entre ellas cefalea, pérdida de audición, vitiligo y poliosis. Se puede dividir en cuatro etapas clínicas: 1) etapa prodrómica reconocible por síntomas inespecíficos, como fiebre, náusea, vértigo y síntomas neurológicos como dolores de cabeza, debilidad muscular; 2) etapa oftalmológica, que aparece algunos días después

de la primera etapa y los pacientes se quejan de visión borrosa, dolor ocular, fotofobia o escotoma central; muchas veces se produce un desprendimiento de retina seroso bilateral, y también pueden presentarse alteraciones de la audición; 3) etapa de convalecencia, que ocurre dentro de los meses posteriores al inicio y se caracteriza por poliosis que afecta a las cejas y las pestañas, con pérdida de cabello y vitiligo; 4) etapa recurrente crónica-uveítis recurrente y complicaciones oftalmológicas. Es un diagnóstico de exclusión y diferencial de enfermedades reumáticas autoinmunitarias sistémicas.

Objetivos: Describir las características clínicas de una paciente con síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada.

Resultados: Mujer de 44 años con antecedente de hipotiroidismo primario en tratamiento con levotiroxina (25 mcg/24 h). Acudió a valoración por disminución progresiva de la visión de unos ocho meses de evolución, acompañada de cefalea periorbitaria y occipital, con alivio parcial con ibuprofeno. En la anamnesis revela dolor y rigidez de columna dorsal y cervical durante un mes antes de la disminución de agudeza visual. Negó acúfenos, alucinaciones, vértigo e hipoacusia, aunque refirió caída desde su propio plano de sustentación en dos ocasiones sin pérdida del estado de alerta. Se realizó examen oftalmológico con agudeza visual 20/50 en ambos ojos con presión intraocular de 14 mmHg, conjuntiva normocrómica, córnea transparente, cámara anterior formada y amplia, iris regular, celularidad +++, reactivo, y se identificó desprendimiento de retina seroso en ambos ojos (**Figura 1**). La exploración física identificó desprendimiento fácil del cabello a la tracción y la presencia de parche de cabello gris en la región anterior del cráneo de reciente aparición. Se solicitaron estudios complementarios que indicaron hemoglobina normal, con eritrosedimentación elevada, perfil de anticuerpos negativo para síndrome antifosfolípido, ANCA (-), TORCH negativo, panel de hepatitis negativo, PPD (Mantoux) negativa. Resonancia magnética de encéfalo y valoración por neurología sin alteraciones. Se prescribió prednisolona al 1%, tres pulsos de metilprednisolona y continuó con prednisona a razón de 1 mg/kg/día vía oral.

Figura 1. A. Imagen clínica de fondo de ojo en la que se identifican copos de nieve sobre trayecto de arcada temporal superior. **B.** Imagen clínica de fondo de ojo en la cual se observa banco de nieve inferior (cúmulos de copos de nieve). (CG280)



Conclusiones: Las manifestaciones clínicas acompañantes de la disminución de agudeza visual, así como la poliosis y alopecia, incluido el desprendimiento de retina seroso bilateral, fueron indicativas de síndrome de VKH en este paciente. Al ser un diagnóstico de exclusión requiere un abordaje sistemático con base en criterios clínicos para lograr el inicio de tratamiento oportuno en este grupo de pacientes.

Bibliografía

1. Read RW, Holland GN, Rao NA, Tabbara KF, Ohno S, Arellanes-García L, Pivetti-Pezzi P, Tessler HH, Usui M. Revised diagnostic criteria for Vogt-Koyanagi-Harada disease: report of an international committee on nomenclature. *Am J Ophthalmol.* 2001 May;131(5):647-52. doi: 10.1016/s0002-9394(01)00925-4. PMID: 11336942.
2. Sheriff F, Narayanan NS, Huttner AJ, Baehring JM. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome: a novel case and brief review of focal neurologic presentations. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm.* 2014 Nov 20;1(4):e49. doi: 10.1212/NXI.000000000000049. PMID: 25419540; PMCID: PMC4239829.

CG281

Viscosuplementación en osteoartritis de rodilla: funcionalidad, discapacidad y dolor

Pacheco-Pilco VG, Martínez-Villarreal AA

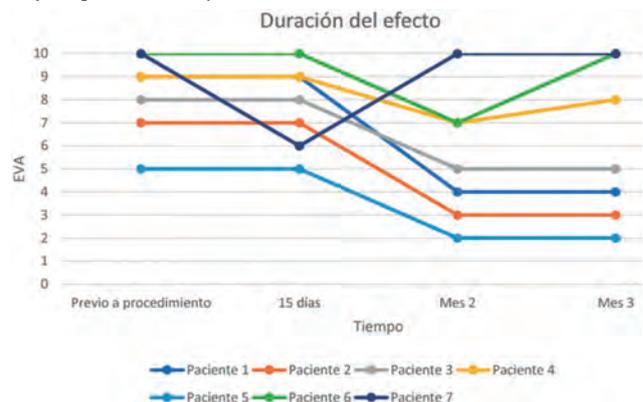
Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: La osteoartritis (OA) es una enfermedad degenerativa progresiva que causa dolor intenso y limitación funcional. Los objetivos del tratamiento son disminuir el dolor y mejorar la fuerza muscular por medio de educación, ejercicios adecuados y control del peso, así como tratamientos farmacológicos y quirúrgicos. La viscosuplementación sirve para aumentar o actuar como un sustituto del líquido sinovial y puede mejorar los efectos de la pérdida de cartilago al amortiguar las articulaciones y reducir el dolor, si bien el grado de evidencia de esta modalidad terapéutica es bajo. **Objetivos:** Evaluar la funcionalidad, la discapacidad y el dolor en pacientes con OA de rodilla tratados con viscosuplementación.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de marzo a septiembre de 2022, observacional, longitudinal y descriptivo, realizado en pacientes con OA de rodilla grados II y III a los que se les aplicó viscosuplementación con ácido hialurónico de alto peso molecular en la consulta externa del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Se infiltraron 3 mL (60 mg) en la rodilla afectada con el paciente en posición sedente, la rodilla en ángulo de 90°; el procedimiento se efectuó en el borde superior de la tibia, lateral al tendón rotuliano con previa asepsia y antisepsia. Las variables analizadas fueron edad, sexo, comorbilidades, ocupación, IMC, clasificación de OA (KL), rodilla infiltrada, escala visual analógica (EVA), capacidad funcional (WOMAC), percepción de discapacidad (WHODAS), duración del efecto y reacciones adversas, antes y después de tres meses de la infiltración.

Resultados: Se infiltraron siete rodillas de siete pacientes, con un promedio de edad de 64.29 años. Los pacientes presentaron enfermedades como esclerosis sistémica (1), fibromialgia (1) y artritis reumatoide (1). Tres pacientes tenían sobrepeso, dos obesidad y dos peso normal. Seis mostraron grado radiográfico KL II y uno KL III. El EVA fue de 8.29 puntos antes de la infiltración y 4.86 a los tres meses. Para la escala de WOMAC, la relación entre el dominio del dolor antes y después de tres meses de la infiltración fue 9.68/4.14, para el dominio de rigidez 2.14/1.57 y para el dominio funcional 31.71/14; en cuanto a la escala de WHODAS, dos pacientes no tuvieron percepción de discapacidad en ningún dominio antes y después del procedimiento, dos mostraron una percepción ligera y tres un cambio de la percepción (1 de grave/moderado y 2 de moderado/ligero). El EVA posterior a la viscosuplementación se mantuvo en cuatro pacientes al tercer mes, dos presentaron mejoría sólo por dos meses y uno tan sólo por 15 días (**Figura 1**). Se identificaron efectos adversos en un paciente caracterizados por dolor en el sitio de punción por aproximadamente un mes con resolución completa posterior.

Figura 1. Duración del efecto de la viscosuplementación. Cuatro pacientes mantuvieron la disminución del EVA a los tres meses; dos presentaron mejoría por dos meses y uno tan sólo 15 días. (CG281)



Conclusiones: La viscosuplementación tiene una efectividad limitada, pero mejora el dolor de manera transitoria. También se observó mejoría de la funcionalidad, aunque no de la percepción de la discapacidad.

Bibliografía

1. Rutjes AW, Jüni P, da Costa BR, Trelle S, Nuesch E, Reichenbach S. Viscosupplementation for osteoarthritis of the knee: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*. 2012;157(3):180-191.
2. Jevsevar D, Donnelly P, Brown GA, Cummins DS. Viscosupplementation for osteoarthritis of the knee: a systematic review of the evidence. *JBJS*. 2015;97(24):2047-2060.

CG282

Manifestaciones de la púrpura de Henoch-Schönlein en el adulto

Hernández-Llinas JH, Moctezuma-Ríos JF, Medrano-Ramírez G

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La púrpura de Henoch-Schönlein es la vasculitis infantil más común y afecta a 10 a 20 niños por 100 000 por año. Más del 90% de los pacientes son menores de 10 años, con una edad media de seis años. Se trata de una vasculitis leucocitoclástica que afecta de modo predominante a pequeños vasos. Su presentación clínica incluye púrpura palpable cutánea, dolor articular, afectación renal, dolor abdominal tipo cólico y hemorragia digestiva. La mayor parte de los casos de púrpura de Henoch-Schönlein ocurre en otoño e invierno. Los desencadenantes propuestos incluyen infecciones del tracto respiratorio superior, medicamentos, vacunas y tumores malignos. La fisiopatología aún no se comprende por completo y se trata de una enfermedad generalmente autolimitada e inofensiva, pero la nefritis concomitante puede causar complicaciones graves. La proporción de pacientes con afectación renal varía entre el 20% y el 80% en las publicaciones médicas y la incidencia calculada de síndrome nefrótico o nefrítico se aproximada a 7% de todos los casos de púrpura de Henoch-Schönlein y 1% de los pacientes desarrolla insuficiencia renal terminal. La nefritis ocurre casi siempre en uno a dos meses después del inicio de la púrpura de Henoch-Schönlein; en consideración de las manifestaciones en el paciente adulto, se presenta el siguiente caso.

Objetivos: Caracterizar el cuadro clínico en un adulto con diagnóstico de púrpura de Henoch-Schönlein.

Resultados: Mujer de 23 años sin antecedentes de relevancia quien inició su padecimiento el 15 de septiembre con artritis de rodillas, manchas eritematosas, no elevadas, múltiples, a nivel pretibial, que se extienden a gemelos, muslos, caderas, edema de miembros infrarrotulianos en el transcurso de una semana, momento en el que se agregó artritis de tobillos, muñecas, interfalángicas proximales, metacarpofalángicas; acude tras una semana a consulta y se establece reacción alérgica con proceso infeccioso cutáneo y administración de tratamiento no especificado, sin mejoría; aumenta el número de las lesiones y se extienden hasta miembros superiores, además de dolor urente en miembros inferiores; dos días después se añade angina abdominal, con evacuaciones hematoquécicas, por lo que acude a urgencias. Se solicita valoración del servicio de reumatología y se decide traslado al servicio de los autores por diagnóstico de púrpura de Henoch-Schönlein. Durante su estancia se descartan procesos infecciosos agudos; se solicitan recolección de orina y determinación de proteínas de 24 horas (1.3 g), y tras tres pulsos de metilprednisolona (1 g/24 h) disminuyó la distribución de las lesiones purpúricas, la angina abdominal, artritis, y también descienden las proteínas de 24 horas a 0.3 g. En búsqueda de compromiso de pequeño vaso, el ultrasonido renal y la biopsia renal identifican depósito de inmunocomplejos, y queda pendiente la determinación de depósitos de IgA. La paciente desarrolla la púrpura de miembros inferiores como criterio inicial por EULAR/PRINTO/PRES, angina abdominal, vasculitis leucocitoclástica, artritis aguda y proteinuria, satisface todos los criterios y su manifestación principal es la actividad renal; sin embargo, ante la adecuada respuesta de todos los órganos afectados, se considera el mantenimiento del tratamiento farmacológico con micofenolato de mofetilo,

prednisona a dosis de reducción, calcio y vitamina D y se decide egreso con revaloración en un mes.

Conclusiones: La púrpura de Henoch-Schönlein es un padecimiento principalmente de niños, autolimitado y por lo regular benigno. En el caso de los pacientes adultos se halla en especial una mayor frecuencia de compromiso sistémico, sobre todo renal, como en el caso de esta paciente.

CG283

Eritrodermia como diagnóstico diferencial: a propósito de un caso de enfermedad de Still y de dermatomiositis amioipática

Cruz-Avendaño RM, Anaya-Ramos WC, Valdivia-Mejía SE, Morales-Graciano MJ, Meza López-Olguín G, Casasola-Vargas JC

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La eritrodermia (dermatitis exfoliativa) es una emergencia dermatológica caracterizada por eritema y descamación $\geq 90\%$ de la superficie corporal con una incidencia de 1-2/100 000 personas, con predominio masculino y edad de presentación entre los 42 y 61 años. En el 23% es secundaria a dermatosis crónica previa y en un 20% a hipersensibilidad por medicamentos.

Objetivos: Exponer dos casos clínicos en los que la eritrodermia puede confundirse como actividad de la enfermedad de base.

Resultados: Caso 1: mujer de 55 años con antecedentes hereditarios de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y artritis reumatoide. Comenzó en octubre del 2021 con eritema generalizado, signo V de escote, signo de Gottron, lesiones ulceradas en muslos, fotosensibilidad y lesiones en heliotropo. Tras protocolo diagnóstico se determinó dermatomiositis amioipática anti-Tif1- γ con afectación extensa de piel, por lo que se inició tratamiento con un total de 3 g de metilprednisolona e hidroxicloroquina (200 mg/24 h). A la semana muestra eritrodermia con prurito que interrumpe el sueño; se descartó proceso infeccioso y neoplásico intercurrente y en los estudios de laboratorio destacó CR elevada de 29.1. Al aplicar algoritmo de Naranjo se establece hidroxicloroquina como probable causal con 7 puntos. En la toma de biopsia se identificaron características de dermatomiositis sin datos de actividad.

Caso 2: hombre de 43 años con AHF de DM2, HTA y cáncer medular de tiroides y faringe. Tiene diagnóstico de enfermedad de Still desde el 2018 (fiebre $> 39^{\circ}\text{C}$, artritis, exantema evanescente, leucocitosis persistente con neutrofilia, F reumatoide negativo). Permaneció asintomático con mantenimiento de 20 mg/sem de metotrexato; interrumpió el tratamiento por tres meses en 2020, tras lo que inició padecimiento actual con 24 horas de eritema extenso, pruriginoso y urente en extremidades, con generalización a las 48 horas. Antes de su ingreso recibió paracetamol (1.5 g/día x 5 días), neomelubrina (1.5 g/día por 2 semanas), hidroxicina (1 tab/día por 7 días), levofloxacina (750 mg/14 día), metotrexato (25 mg + AF 10 mg/sem). Con ello empeoró hasta descamación generalizada, hiporexia y náusea con emesis de tres días. En la hospitalización se documentaron hipereosinofilia (1 700), lesión renal (Cr 1.8 mg/dL), ferritina ($> 40 000$), hipertransaminasemia y PCR elevada, de tal modo que cumplió con 6 puntos de RegiSCAR y se estableció el diagnóstico definitivo de DRESS. Véase la **Tabla 1**.

Discusión: Se presentaron dos casos clínicos en los que el eritema representa parte de las manifestaciones iniciales o exacerbación de la enfermedad; sin embargo, la extensión $> 90\%$ de la superficie corporal lleva a considerar diagnósticos diferenciales. En el caso 1, la relación entre eritrodermia y miopatía es rara, ya que sólo existen seis casos informados en la bibliografía y tres de ellos se vinculan con un proceso maligno. Tras un exhaustivo protocolo se descartó actividad de miopatía amioipática y luego de la aplicación del algoritmo de Naranjo se determinó la hidroxicloroquina como causante. En el caso dos se encontraron datos de actividad de la enfermedad por la suspensión del metotrexato; sin embargo, por lesión renal, hepática y eosinofilia se interconsultó con el alergólogo, quien determinó afectación concomitante con DRESS. Ambos pacientes mejoraron con la suspensión de medicación sospechosa como desencadenante, medidas tópicas con emolientes y tratamiento dirigido. Actualmente se encuentran en remisión de la eritrodermia.

Tabla 1.(CG283)

	Caso 1	Caso 2
Identificación	Femenino 55 años	Masculino 43 años
Diagnóstico reumatológico	Dermatomiositis amiopática anti-Tif1- γ Síndrome de Sjögren	Enfermedad de Still
Motivo de ingreso	Eritema generalizado abrupto, con prurito que interrumpe el sueño Fiebre de 39°C Vesículas dolorosas en zonas de fotoexposición con celulitis perilesional	Eritema localizado y generalización abrupta Fiebre de 38°C matutina y nocturna Múltiples tratamientos RAM, bromuria, hipoxemia y emesis
Paraclínicos de importancia	Hb 12.9 g/dL, Leu 4 400, Lin 635, Eos 300, Cr 0.72, TGL 174, CT 103, PCR 29.1, PCT 0.07, EGO normal, marcadores tumorales negativos, panel viral y hepatitis negativos. Hemocultivos y urocultivos: negativos. Tomografía simple de 3 regiones en el que se informa sólo hernia hiatal, enfermedad diverticular no complicada y cambios degenerativos de columna	Hb 7.5, Leu 17 930, Lin 790, Eos 1 700, Cr 1.8, ferritina > 40 000, GGT 68, ALT 80, AST 102, FA 96, DHL 997, PCR 75, PCT 0.18, marcadores tumorales negativos, panel viral y hepatitis negativos. Hemocultivos y urocultivos: negativos
Causa de la eritrodermia	Eritrodermia secundaria a farmacodermia por hidroxycloquina	Síndrome DRESS
Criterios diagnósticos	Algoritmo de Naranjo 7 puntos Biopsia	RegiSCAR 6 puntos
Tratamiento durante hospitalización	1. Prednisona 50 mg/día 2. Calcio 600 + vitamina D, 1 tableta/día 3. Dicloxacilina 500 mg cada 6 horas por 3 días 4. Levocetirizina 5 mg/12 h 5. Hialuronato de sodio al 0.15% gotas oftálmicas, 1 gota cada 4 horas 6. Dexeryl crema cada 8 horas	1. Prednisona 50 mg/día 2. Metotrexato 15 mg/sem 3. Calcio 600 + vitamina D, 1 tableta/día 4. Ac. fólico 10 mg via oral a la semana 5. Enalapril 10 mg via oral al día

Conclusiones: La eritrodermia debe considerarse un diagnóstico diferencial en las enfermedades reumatológicas con eritema extenso. Ningún fármaco está exento de producir farmacodermia y es de utilidad la aplicación del algoritmo de Naranjo. El DRESS debe sospecharse ante eosinofilia y hay que establecer su probabilidad mediante la aplicación de Regiscar.

Bibliografía

1. Tso S, Satchwell F, Moiz H, et al. Erythroderma (exfoliative dermatitis). Part 1: underlying causes, clinical presentation and pathogenesis. Clin Exp Dermatol. 2021;46:1001-1010.
2. Zambarnardi A, Label M. Cutaneous adverse drug reactions: How to Identify the Trigger. Reacciones cutáneas adversas a medicamentos: cómo identificar el desencadenante. Actas Dermosifiliogr. 2018;109:699-707.
3. Valdés-González G, Chávez-López M, Gallaga-Gutiérrez A, Reyes-García A. Dermatomyositis-erythrodermia: clinical presentation not associated to malignancy. A case report. Reumatol Clin. 2014;10(1): 48-50.
4. Khurana A, Katara A, Agarwal A, Kathirvel P, Ahuja A. Hydroxychloroquine-induced erythroderma: a rare adverse effect of a commonly used drug. Dermatol Ther. 2020;33:e14145.
5. Cabañas R, Ramírez E, Sendagorta E, et al. Spanish Guidelines for Diagnosis, Management, Treatment, and Prevention of DRESS Syndrome. J Investig Allergol Clin Immunol. 2020;30:229-253.

CG284

Sobreposición de miopatía inflamatoria en paciente con artritis reumatoide

Morales-Tovar DA¹, Rodríguez-Henríquez PJ¹, Peña-Andrade E², Venzor-Castellanos JP¹, Becerril-Mendoza L³

⁽¹⁾ Hospital General Dr. Manuel Gea González, ⁽²⁾ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽³⁾ Hospital Juárez de México

Introducción: Los anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados se relacionan con una mayor actividad de la enfermedad y progresión radiográfica, y pueden encontrarse en algunos pacientes con otras enfermedades autoinmunitarias sistémicas, como esclerosis sistémica y lupus sistémico. La presencia

de estos anticuerpos en miopatías inflamatorias se ha documentado en pocas ocasiones, con series de casos no mayores de 10 pacientes.

Objetivos: Presentar un caso de superposición de miopatía inflamatoria.

Resultados: Hombre de 51 años con antecedente de gammapatía policlonal diagnosticada en el Instituto Nacional de Cancerología. Acude a consulta externa del servicio de reumatología con artritis de tipo inflamatorio en manos de seis meses de evolución; estudios de laboratorio: factor reumatoide de 4 848.9 UI/mL y antipeptido cíclico citrulinado > 500 U/mL; se integró el diagnóstico de artritis reumatoide y se inicia metotrexato (12.5 mg semanales) más ácido fólico (5 mg/72 h) y glucocorticoides en dosis de reducción. Seis meses después en consulta de seguimiento refirió antecedente de debilidad y parestesias en miembros superiores e inferiores, las cuales incrementaron su intensidad posterior al retiro de los glucocorticoides; se documentaron CK 1 083 IU/L, CK-MB 66.36 ng/mL, con anticuerpos antinucleares de patrón homogéneo 1:1 000, anti-MI-2B y anti-Ku positivos. Se realizaron estudios neurofisiológicos, con hallazgos de neuroconducción consistentes con polineuropatía sensitiva dependiente de longitud de tipo axonal, con ondas positivas y fibrilaciones, indicativos de miopatía de tipo inflamatoria en la electromiografía (Tabla 1); se prescribió prednisona a dosis moderadas y se reconoció mejoría en la cita subsecuente.

Conclusiones: La sobreposición de artritis reumatoide con enfermedades de tejido conectivo ocurre en cerca de 20% de los pacientes; la principal característica clínica recae en la presencia de artralgiyas que son más graves que las mialgiyas; la miositis activa es poco común, cercana a 13% y puede complicar el curso clínico de los pacientes, ya que puede retrasar el inicio del tratamiento, por lo que se requieren mayores estudios sobre la prevalencia y marcadores, clínicos, bioquímicos o inmunológicos que sean indicativos de esta superposición para lograr una mejor comprensión y un diagnóstico temprano.

Bibliografía

1. Meyer A, Lefevre G, Bierry G, Duval A, Ottaviani S, Meyer O, Tournadre A, Le Goff B, Messer L, Buchdahl AL, De Bandt M, Deligny C, Dubois M, Coquerelle P, Falgarone G, Flipo RM, Mathian A, Geny B, Amoura Z, Benveniste O, Hachulla E, Sibilia J, Hervier B; Club Rhumatismes et Inflammation. In antisynthetase syndrome, ACPA are associated with severe and erosive arthritis: an overlapping rheumatoid arthritis and antisynthetase syndrome. Medicine (Baltimore). 2015 May;94(20):e523.
2. Emad Y, Ragab Y, Abd-Elsalam M, Rasker JJ. Antisynthetase syndrome complicating the course of established case with rheumatoid arthritis: a rare and under-recognized overlapping disease. Reumatol Clin (Engl Ed). 2020 Sep-Oct;16(5 Pt 2):419-422.

Tabla 1. Electromiografía por inserción de electrodo monopolar de aguja. Se detecta actividad insercional disminuida en amplitud y duración; en reposo, discretas cantidades de potenciales de fibrilación y ondas agudas positivas en los tres músculos. (CB284)

Side	Muscle	INS	FIB	POS	FASC	AMP	DUR	POL	REIN	RECRT	Pattern	Esfuerzo
Right	Deltoid	Dism	2+	1+	0	1860	<10	Many	Nml	Early	-2	Max
Left	Triceps	Dism	1+	0	0	5500	<10	Many	2+	Early	-2	Max
Right	Vastus Lat	Dism	2+	2+	0	3150	<10	Many	2+	Early	-2	Max

CG285

Sarcoidosis cardiaca aislada: presentación clínica, diagnóstico y tratamiento de un caso

Mejía-Segura AM, Martínez-Martínez LA, Carvajal-Juárez I, Alexánder-Rosas E, Meléndez-Ramírez G

Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria de causa desconocida, por lo regular multisistémica, caracterizada por formación de granulomas no caseificantes, y en raras ocasiones se afecta sólo el corazón. La sarcoidosis cardiaca (SC) es una de las causas más comunes de muerte por sarcoidosis y el abordaje diagnóstico de la SC aislada (SCA) es casi siempre problemático y dificulta el inicio del tratamiento. Se presenta el caso de una paciente con infarto agudo de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA) en quien se diagnosticó SCA, mediante métodos de imagen no invasivos y se instituyó tratamiento multidisciplinario.

Objetivos: Presentar un caso de sarcoidosis cardiaca aislada.

Descripción del caso: Se trata de una mujer de 39 años, con tres meses de evolución de dolor torácico, no anginoso, de intensidad leve y autolimitado. Ante un episodio de angina de mayor duración e intensidad acudió a urgencias. El electrocardiograma registró hallazgos de infradesnivel del ST en seis derivaciones y elevación, en aVR. Se realizó cateterismo cardiaco en el que se identificaron arterias coronarias sin lesiones significativas y zonas de espasmo coronario epicárdico en segmento medio de arteria circunfleja y segmento distal de la arteria descendente anterior, que se resolvieron con nitroglicerina intracoronaria. Mostró taquicardia ventricular y fibrilación ventricular, tratadas con cardioversión eléctrica. Con posterioridad se inició abordaje de MINOCA de origen no ateroescleroso. La resonancia magnética cardiaca (RMC) mostró reforzamiento tardío de patrón mixto (subendocárdico en tabique e intramiocárdico nodular parcheado heterogéneo) indicativo de enfermedad infiltrativa

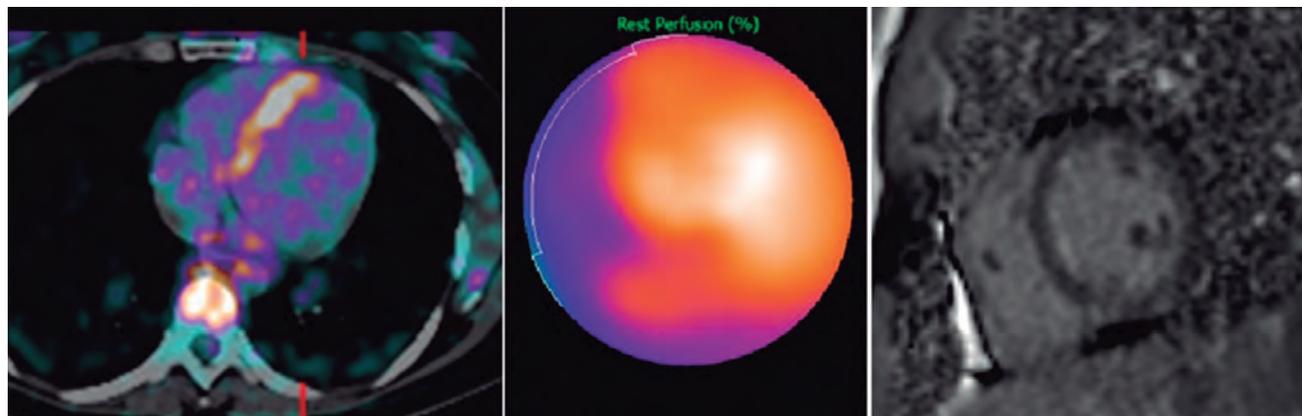
(sarcoidosis cardiaca). La gammagrafía de perfusión miocárdica (MPI) delineó un defecto de perfusión septal con hipocinesia notoria. La TEP/TC con 18F-FDG mostró hipermetabolismo heterogéneo en parches, predominio septal, así como ganglios mediastínicos metabólicos, sin evidencia de enfermedad extracardiaca (Figura 1). Se determinó el diagnóstico de SCA y el paciente egresó con prednisona y antagonistas del calcio. Cuatro meses después presentó dolor precordial y palpitaciones; se colocó un DAI y se interconsultó con el servicio de reumatología. En virtud del antecedente de persistencia de los síntomas cardiovascularmente durante monoterapia de prednisona, se agregó metotrexato como ahorrador de glucocorticoides. Se realizaron controles de imagen al año del diagnóstico (MPI y TEP/TC) que indicaron normalización de perfusión septal con mejoría de hipocinesia y ausencia de actividad metabólica inflamatoria correspondiente con respuesta completa. Se continuó descenso paulatino de prednisona hasta la omisión.

Resultados: La SC sintomática tiene una prevalencia del 5% en los casos de sarcoidosis y la SCA representa casi un tercio de esos casos. Aunque el corazón no es de los órganos más afectados en la sarcoidosis, su importancia radica en que la SCA suele presentarse con enfermedad cardiaca más avanzada y tiene mayor riesgo de muerte súbita. El diagnóstico constituye un reto por varias circunstancias, entre las que destacan el acceso limitado y de baja sensibilidad de la biopsia endomiocárdica y el desconocimiento de los métodos de imagen que apoyan el diagnóstico. Sin embargo, según las guías japonesas 2016 de SC y del 2017 de SCA, la inclusión de los hallazgos de imagen en los criterios mayores ha permitido establecer el diagnóstico de SCA, de manera no invasiva. Este caso cumplió 4 criterios mayores y 1 criterio menor para establecer el diagnóstico de SCA. De forma consecutiva se inició el tratamiento oportuno con glucocorticoides, inmunosupresores, medidas de prevención de MS con la colocación de DAI, y se consiguió el control de la actividad inflamatoria.

Bibliografía

1. Tan JL. Cardiac Sarcoidosis. Am J Cardiol. 2019;123:513-22.
2. Sato K. Utility of Updated Japanese Circulation Society Guidelines to Diagnose Isolated Cardiac Sarcoidosis. J Am Heart Assoc. 2022;11:e025565. doi: 10.1161/JAHA.122.025565.

Figura 1. Estudios de imagen no invasivos. A. TEP/TC con 18F-FDG: intensa actividad hipermetabólica en parches con predominio septal, SUVmax de 2.5. B. Gammagrafía de perfusión miocárdica SPECT con 99mTc-MIBI; mapa polar con moderado defecto de perfusión septal. C. Resonancia magnética cardiaca: eje corto con reforzamiento tardío de gadolinio septal en parches. (CG285)



CG286

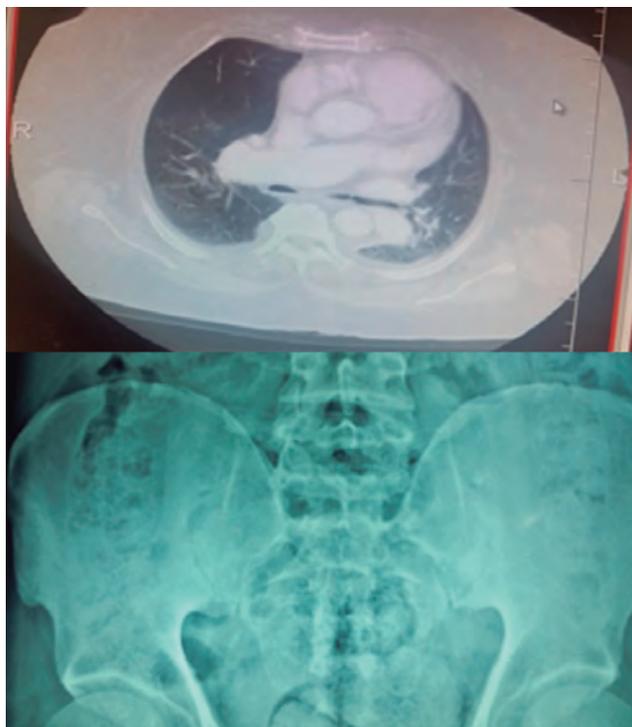
Artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y neumopatía intersticialPimentel-León RR¹, García-Chávez M², Licona-Isidro B¹⁽¹⁾ HGZ 1, Tlaxcala, IMSS, ⁽²⁾ HR Gral. Ignacio Zaragoza, ISSSTE

Introducción: La artritis reumatoide (AR) y la espondilitis anquilosante (EA) son entidades frecuentes y sin tratamiento llevan a la destrucción articular y limitación física. La sobreposición entre AR y EA se ha descrito desde la década de 1970 y posteriormente en múltiples series; se considera una probabilidad de 1:100 000 casos, aunque es posible que sea más frecuente de lo previsto en la actualidad.

Objetivos: Presentar un caso de superposición de artritis reumatoide y espondilitis anquilosante.

Resultados: Paciente masculino de 62 años con lumbalgia inflamatoria de 10 años de evolución con buena respuesta a los antiinflamatorios. Padecimiento de cuatro meses con dolor inflamatorio en hombros, codos, manos, rodillas y pies, junto con rigidez matutina de 45 minutos. Exploración física: limitación en flexión cervical, dolor en hombros a la abducción, sinovitis en codos, carpos, segunda a cuarta metacarpofalángicas de mano derecha y segunda y tercera de la mano izquierda, tercera interfalángica proximal de mano derecha, derrame articular en rodilla derecha, dolor en tobillos y metatarsofalángicas, Schober 3 cm, a nivel pulmonar con estertores finos teleinspiratorios en región media y basal bilateral. Estudios de laboratorio: VSG 41, PCR 12, FR negativo, Ac-CCP 223, ANA negativos, HLA B-27 positivo, hepatitis B, C, VIH, PPD y QuantiFERON negativos. Espirometría CVF 85%. TAC de tórax: engrosamiento septal y áreas de vidrio deslustrado en bases, radiografía de manos con osteopenia juxtaarticular y pelvis AP con sacroileítis grado 3 bilateral (**Figura 1**). Se concluye sobreposición entre AR y EA, ya que cumplía criterios para ambas entidades; se inició tratamiento con metotrexato, sin obtener buena respuesta terapéutica por lo cual se decide combinar con sulfasalazina,

Figura 1. A. TAC con engrosamiento septal y áreas de vidrio deslustrado. **B.** Radiografía de pelvis con sacroileítis. (CG286)



pero se mantiene la actividad de la enfermedad con DAS28 de 4.8 y ASDAS de 2.6; en este momento se consideraron varias opciones terapéuticas como fármacos biológicos, inicialmente anti-TNF, dado que este grupo de medicamentos está aprobado para ambas entidades, pero en vista de la afectación pulmonar y la existencia de poca evidencia de su uso en manifestaciones pulmonares se decide prescribir FARME sintético dirigido con baricitinib; se consigue adecuada respuesta terapéutica y se alcanza la remisión con valoración con DAS28 1.8 y ASDAS 0.64.

Discusión: La diferenciación entre AR y EA no es compleja, ya que tienen múltiples diferencias como la edad de presentación, la predisposición genética, la clínica, los cambios radiográficos e incluso la respuesta terapéutica; empero, existen algunos datos que exigen el escrutinio adecuado como la presencia de manifestaciones axiales en AR (en particular atlantoaxoidea, aunque existe sacroileítis hasta en el 20%) y las manifestaciones periféricas en EA (hasta 30%, pero no erosivas); el HLA B-27 se puede encontrar en el 5% a 8% de los pacientes con AR y el FR en 9% de los pacientes con EA. Por estas razones, al considerar una superposición deben considerarse todos estos aspectos y, ante la ausencia de recomendaciones para este grupo de pacientes, debe elegirse el tratamiento que más se adecue a las características del paciente específico.

Conclusiones: En pacientes con manifestaciones axiales y periféricas debe descartarse superposición. No es recomendable realizar marcadores para ambas enfermedades en todos los casos de artralgias. El baricitinib podría ser una buena opción terapéutica en los pacientes que sufren superposición y fracaso o contraindicación para otros tratamientos, como anti-TNF.

Bibliografía

1. Fiori G, Pignone A, Cerinic MM. Overlap syndromes. *Reumatizam*. 2002;49(2):12-5. PMID: 12476753.
2. Barczyńska TA, Wegierska M, Zuchowski P, Dura M, Zalewska J, Waszczak M, Jeka S. Coexistence of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Reumatology*. 2015;53(5):279-85. doi: 10.5114/reum.2015.55832. Epub 2015 Dec 8. PMID: 27407260; PMCID: PMC4847317.
3. Akhondi H, Varacallo M. Rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. [Updated 2022 Feb 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532288/>

CG287

Glomerulonefritis rápidamente progresiva, semilunar-pauciimmune: el antecedente de autoinmunidad siempre debe tomarse en cuenta

Carmona-Lara GA, Carrillo-Vázquez SM, Hanessian-De La Garza DC, Padilla-García RA, García-Navarro AR

Hospital Regional 1o de Octubre, ISSSTE

Introducción: Se presenta el caso de una paciente que se diagnosticó con artritis reumatoide seropositiva temprana. Experimentó rápida respuesta y se consideró en remisión y tras cuatro años se retiraron los fármacos modificadores de la enfermedad. Se mantuvo asintomática y sin tratamiento, pero a los seis años desarrolló glomerulonefritis de rápida progresión y nefritis tubulointersticial activa que no respondió al tratamiento. Además, el caso es de notable interés ya que el diagnóstico final podría corresponder a una vasculitis negativa a ANCA o una glomerulopatía por depósito de C3.

Objetivos: Exponer el caso de una paciente que revela la importancia del seguimiento por un reumatólogo, a pesar de que la enfermedad se considere en remisión y suspendidos los fármacos.

Resultados: Mujer de 52 años que tiene una hermana con lupus eritematoso sistémico y otra hermana con artritis reumatoide y síndrome de Sjögren, sin otros antecedentes de importancia. Una reumatóloga externa la diagnosticó a inicios de 2016 con artritis reumatoide; resultó interesante su inicio con leucocitosis de 48 000, trombocitosis de 600 000, fiebre vespertina, anticuerpos antinucleares positivos 1:160, C3 y C4 normales, factor reumatoide de

225 y anticuerpos antipéptidos citrulinados negativos. Se inició tratamiento con metotrexato (10 mg/sem), sulfasalazina (1 g/día), prednisona (7.5 mg) y ácido fólico concomitante. A los dos meses sin articulaciones dolorosas o inflamadas; se establece la remisión. Se realizó el descenso de la dosis de metotrexato y su retiro un año después; y en mayo de 2018 se interrumpió la sulfasalazina. Se mantuvo en remisión. En julio de 2022 debido a dispepsia acudió con internista privado, quien solicitó estudios de laboratorio, que registraron creatinina sérica de 1.7 y anemia grado I normocítica normocrómica; se administraron omeprazol y antihipertensivo. En agosto de 2022 acudió a urgencias porque se agravaron los síntomas gastrointestinales; se estableció síndrome urémico (urea 243), con proteínas urinarias de 500 y eritrocitos en sedimento de 2 618. Se iniciaron pulsos de metilprednisolona, pasó a sesión de hemodiálisis y se solicitó biopsia renal ante posibilidad de glomerulonefritis de rápida progresión. Se instituye tratamiento con ácido micofenólico, prednisona (50 mg/día) y seguimiento con hemodiálisis ambulatoria. A finales de septiembre reingresó por evacuaciones diarreas y se cuantifican leucocitosis de 28 800 a expensas de neutrófilos, urea de 198 y sodio 125. El 5 de octubre inició vértigo y la angiografía describe disminución de calibre en la circulación anterior del polígono de Willis y enfermedad de pequeño vaso. La capilaroscopia indica densidad disminuida, con tres capilares por milímetro y ectasia capilar. Tomografía de tórax: neumopatía intersticial con patrón neumonía organizada. Biopsia renal: glomerulonefritis extracapilar activa y predominante fibrosa, nefritis tubulointersticial activa, fibrosis intersticial grado II y arterioloesclerosis moderada. Llamen la atención sólo depósitos de C3 con patrón granular, focal y segmentario en el mesangio. Negativo para todo lo demás. Desgraciadamente la paciente evolucionó de manera inadecuada, con choque mixto relacionado con diarrea y leucocitosis hasta de 118 000 a expensas de neutrofilia; debido a urocultivos positivos frecuentes y sospecha de infección, no se proporcionó ciclofosfamida. Se concluyó la posibilidad de una vasculitis negativa a ANCA o una glomerulonefritis por depósito de C3, ambas de características pauciinmunitarias con semilunas.

Conclusiones: Aunque una enfermedad reumática parezca en remisión, no debe dejarse sin seguimiento a un paciente con enfermedad autoinmunitaria. El diagnóstico diferencial entre una vasculitis negativa a ANCA y glomerulonefritis por C3 es complicado, a pesar de contar con resultado de biopsia renal.

Bibliografía

- Sethi S, Zand L, De Vriese AS, et al. Complement activation in pauci-immune necrotizing and crescentic glomerulonephritis: results of a proteomic analysis. *Nephrol Dial Transplant.* 2017;32.

CG288

Enfermedad pulmonar intersticial (EPI) con características autoinmunes (IPAF)

Fonseca-Hernández MM, Silva-Jiménez GE, Cuevas-Orta E, Herrera-Van Oostdam DA, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones, SLP

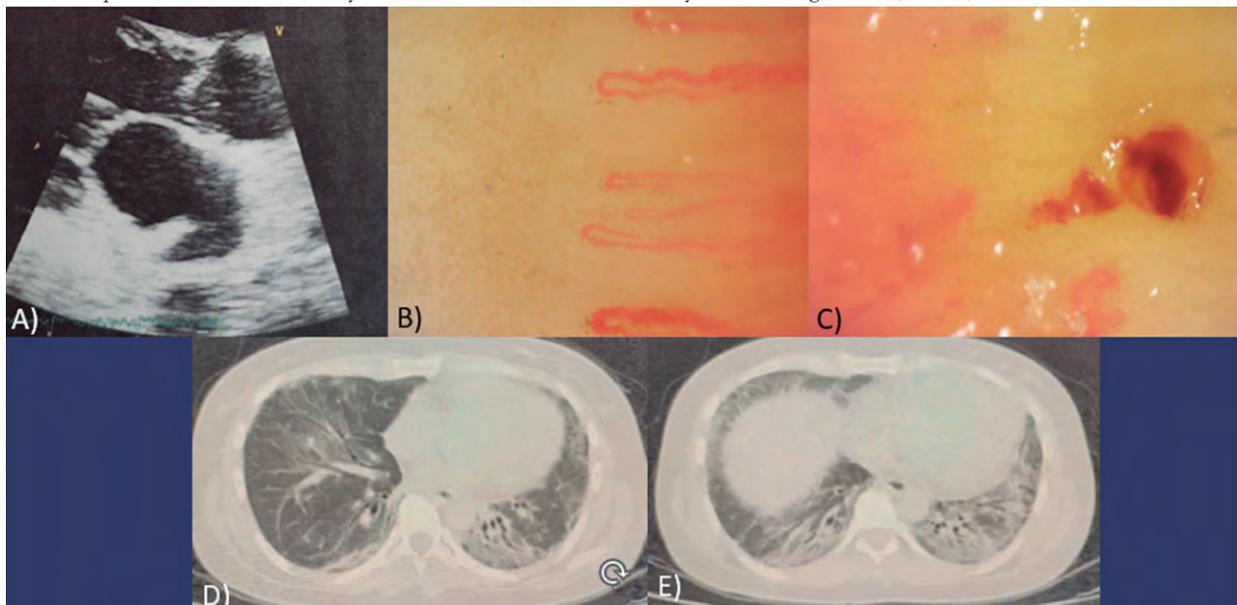
Introducción: Más de 200 trastornos pueden dar lugar a EPI, que se clasifica en idiopática, autoinmunitaria, relacionadas con exposición y enfermedades huérfanas. El diagnóstico y la clasificación se basan en información clínica, radiológica y patológica. El 30% de las EPI se vincula con enfermedades del tejido conjuntivo (ETC) y éstas aparecen entre la cuarta y sexta décadas de la vida, sobre todo con patrón de neumonía intersticial inespecífica (NINE).

Objetivos: Describir un caso de enfermedad pulmonar intersticial.

Descripción del caso: Paciente femenino de 37 años, con toxicomanías negadas y previamente sana. Inició en diciembre 2021 con disnea de medianos esfuerzos y tos con expectoración hialina. Acudió al neumólogo y ante imagen radiológica indicativa de EPI se refiere al servicio de reumatología. Se inicia abordaje diagnóstico con serología inmunológica y se la trata con ácido micofenólico, pirfenidona, prednisona y trimetropim/sulfametoxazol. Dentro de los estudios de gabinete destacó el ecocardiograma transtorácico que identificó vegetación consistente con endocarditis de Libman-Sacks (**Figura 1** y **Tabla 1**). En septiembre de 2022 sufre exacerbación de disnea y requiere oxígeno complementario; en abril acude a urgencias de este hospital y el control tomográfico revela patrón pulmonar de NINE y neumonía organizada (NO). Al interrogatorio dirigido destacan poliartritis, úlceras orales recurrentes dolorosas y fotosensibilidad facial. Exploración física: leve eritema malar, adenopatía cervical 1 cm, indolora y móvil; revoluciones cardiacas sin fenómenos agregados y estertores crepitantes bibasales y sibilancias bilaterales; flogosis poliarticular, debilidad de cintura escapular y pélvica MMT8 138 puntos. Recibió metilprednisolona (1 g/día x 3 días), ciclofosfamida y rituximab; ecocardiograma de control sin anomalías.

Resultados: NINE es el patrón principal de EPI en pacientes con ETC. Algunos pacientes con EPI idiopática tienen características de enfermedad autoinmunitaria, pero los hallazgos son insuficientes para el diagnóstico definitivo. La neumonía intersticial con características

Figura 1. A. Vegetación indicativa de endocarditis de Libman-Sacks. **B.** Capilaroscopia normal. **C.** Capilaroscopia con datos inespecíficos, hemorragia. **D-E.** TAC con patrón en vidrio deslustrado y consolidación consistente con NINE y neumonía organizada. (CG288)



autoinmunitarias (IPAF) se considera ante algunos datos clínicos y de laboratorio de autoinmunidad (autoanticuerpos) sin criterios de clasificación diagnósticos. En pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) se informan tasas de prevalencia del 6% a 11% de vegetaciones trombóticas por US transtorácico, con tasas más altas (43%) por ecocardiografía transesofágica. Este paciente cursó con criterios de cada dominio (artritis, ANA 1:1 280, TÁCAR con patrón de NINE y NO) por lo que se clasificó como IPAF. El lupus resulta una posibilidad, sin criterios suficientes para su clasificación.

Tabla 1. Estudios de laboratorio. (CG288)

Estudio	Resultado
Anticuerpos antinucleares	1:1 280 patrón citoplasmático reticular
DNA bicatenario	18.8 (0-20 IU/mL)
Anticardiolipina IgM	3.4 (0-7 GPL-U/mL)
Anti-β2 glucoproteína IgM	5.6 (0-8 U/mL)
HIV	Negativo
Serie BAAR	Negativo

Bibliografía

1. Ferri C, Manfredi A, Sebastiani M, Colaci M, Giuggioli D, Vacchi C, Della Casa G, Cerri S, Torricelli P, Luppi F. Interstitial pneumonia with autoimmune features and undifferentiated connective tissue disease: our interdisciplinary rheumatology-pneumology experience, and review of the literature. *Autoimmun Rev.* 2016 Jan;15(1):61-70.
2. Graney BA, Fischer A. Interstitial pneumonia with autoimmune features. *Ann Am Thorac Soc.* 2019 May;16(5):525-533.

CG289

Calcinosis universalis en superposición de esclerosis sistémica variedad limitada (ISSc) y miopatía inflamatoria

Fernández-Lozano D¹, Salvatierra-Velasco L², Jiménez-Soto R³, Rolán-Ortega JI³, García-Padilla CE³

⁽¹⁾Hospital de Mérida, Badajoz, ⁽²⁾Hospital Universitario Clínico San Cecilio, ⁽³⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La calcinosis cutánea se define como el depósito de calcio en piel y tejidos subcutáneos que puede encontrarse dentro del espectro clínico común de varias enfermedades del tejido conectivo, como la esclerosis sistémica, la dermatomiositis o el síndrome de superposición. Se conoce como calcinosis universal cuando existe además afectación intramuscular, tendinosa y de fascia generalizada; es una presentación infrecuente en la población adulta, en relación con mayor gravedad clínica y difícil control terapéutico.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con calcinosis universal en el contexto de superposición de esclerosis sistémica variedad limitada (ISSc) y miopatía inflamatoria.

Resultados: Mujer de 29 años originaria y residente de la Ciudad de México con antecedentes de púrpura de Henoch-Schönlein, diabetes mellitus tipo 1 y asma. Inició en 2008 con endurecimiento de manos y pies con esclerodactilia y limitación de la movilidad de carpos junto con artralgias. Negó fenómeno de Raynaud, disfagia, disnea o afectación en otros órganos. La biopsia cutánea identificó ISSc, capilaroscopia normal, con anticuerpos anticentrómero positivos en 4.4 U/mL (VR < 3.7) y el resto de autoanticuerpos negativo. Se determinó el diagnóstico de ISSc. Con posterioridad empezó con dolor en extremidades inferiores en relación con lesiones ampollasas ulcerativas en la región pretibial, sobreinfectadas a pesar de varios ciclos de antibióticos. Esas lesiones las valoró el servicio de dermatología que las clasificó como calcinosis cutánea; se inició tratamiento con diltiazem e infiltraciones de triamcinolona sin mejoría. A los cinco años presentó cuatro de artritis séptica en rodilla derecha que precisó amputación supracondílea por mala evolución a pesar del tratamiento. La calcinosis siguió en evolución y

afectó a muslos, abdomen, región torácica, cara anterior de cuello y extremidades superiores hasta manos; las radiografías revelaron afectación de fascia y músculos consistente con calcinosis universal (**Figuras 1 a 4**). Durante el seguimiento, la paciente no ha desarrollado debilidad muscular ni alteración de enzimas musculares. Ante el grado de calcinosis, se replanteó el caso y se solicitó el panel de miopatías inflamatorias, hasta documentar positividad para autoanticuerpos anti-PM-Scl-75, anti-Ku y anticentrómero en 9.3 U/mL. Se repitió la capilaroscopia, la cual indicó patrón de esclerosis temprana. Al final se reclasificó como síndrome de superposición de ISSc y miopatía inflamatoria amiofática. Se introduce nuevamente el tratamiento con diltiazem para la calcinosis, sin aparición de nuevas lesiones ulcerativas, así como estabilidad clínica de la enfermedad reumatológica.

Conclusiones: Ante la presencia de calcinosis universal como manifestación diferencial de otras enfermedades del tejido conectivo, como las miopatías inflamatorias, sin perder de vista que la calcinosis se presenta más en las formas juveniles que en las de adultos, con 40% y 20%, respectivamente. Es necesario instituir un tratamiento temprano para evitar complicaciones y la extensión de las lesiones a pesar de que existen escasos resultados satisfactorios. En ocasiones, esta manifestación puede ser más limitante que la propia enfermedad reumatológica de base, con una elevada tasa de complicaciones que ensombrecen el pronóstico de estos pacientes.

Figuras 1 y 2. Rx anteroposterior y lateral del miembro inferior izquierdo en la que se identifica calcinosis. (CG289)



Figura 3. Manos con contracción por calcinosis. (CG289)



Figura 4. Lesiones cicatrizales en la pierna izquierda. (CG289)



CG290

Neumonía intersticial con características autoinmunes en una mujer de 75 años

Muñoz-Castañeda W, González-Pineda A, Sosa-García JO, Rodríguez-Juárez C, Ramírez-Muñoz A, Islas-López F

Hospital Médica Sur

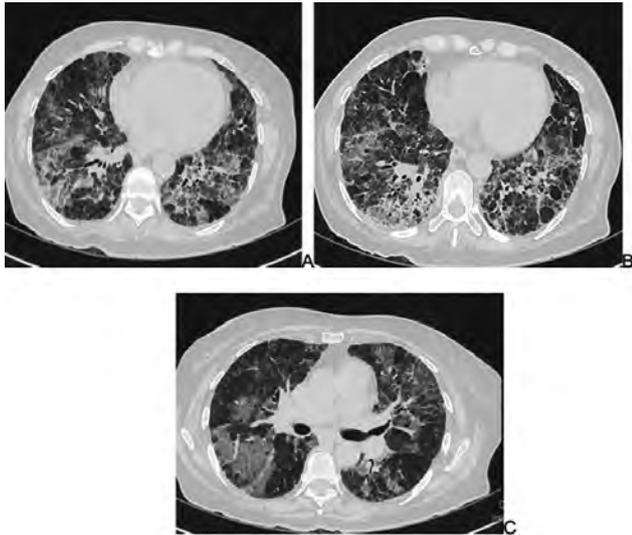
Introducción: Durante el periodo de 2010 al 2012 se trató de desarrollar los criterios para la denominada enfermedad pulmonar intersticial (EPI) relacionada con enfermedad del tejido conectivo (ETC); sin embargo, existía un número significativo de pacientes con características de ETC sin cumplir con los criterios de dicha anomalía. Fisher et al. propusieron el término ETC de pulmón dominante, en el cual se incluyeron características morfológicas y serológicas; sólo hasta el 2015 la *American Thoracic Society* (ATS) y la *European Respiratory Society* (ERS) describieron los criterios de clasificación para la neumonía intersticial con características autoinmunitarias (IPAF) con el objetivo de identificar a los pacientes con ETC de predominio pulmonar que carecen de características para clasificarse con una enfermedad reumática sistémica específica.

Objetivos: Presentar un caso de neumonía intersticial con características autoinmunitarias.

Descripción del caso: Mujer de 75 años. Inició su padecimiento actual 48 horas antes de su ingreso con fiebre, tos productiva, de tipo disnea y disnea de pequeños esfuerzos, acompañado de dolor torácico pleurítico y síntomas generales. En los estudios de laboratorio iniciales destacó anemia normocítica normocrómica, leucocitosis y elevación de marcadores de inflamación. Se solicitó panel respiratorio que mostró un resultado negativo a microorganismos. La tomografía de tórax delineó áreas de vidrio deslustrado y empedrado multisegmentario, en relación con neumonía intersticial y fibrosis pleuropulmonar moderada (**Figura 1**). Durante su estancia hospitalaria cursó con deterioro respiratorio y requirió medidas avanzadas de la vía respiratoria e ingreso a terapia intensiva. Se solicitó perfil reumatológico con informe de ANA positivos 1:320 (moteado fino), anti-DNAs, anti-Ro, anti-La, anti-Smith, Scl-70, anticentrómero, anti-PCC, factor reumatoide, C3 y C4 negativos. La biopsia pulmonar indicó infiltrado inflamatorio agudo y crónico con hemorragia intraalveolar focal, sin microorganismos ni inclusiones virales. Se integró el diagnóstico de neumonía intersticial con características autoinmunitarias (IPAF) y se indicaron bolos de metilprednisolona, micofenolato de mofetilo y pirfenidona con adecuada evolución clínica, con evolución a puntas convencionales para mantener una saturación > 90%. La paciente egresó estable con adecuada tolerancia al tratamiento.

Conclusiones: A pesar del esfuerzo para identificar la enfermedad de tejido conectivo (ETC) oculta en pacientes con neumonía intersticial idiopática (NII), en muchos casos se identifican características que sugieren autoin-

Figura 1. Tomografía al ingreso. **A.** Corte inferior. **B.** Corte medio. **C.** Corte superior. El parénquima pulmonar muestra zonas de ocupación alveolointerstitial con engrosamiento intersticial adjunto, en relación con patrón de vidrio deslustrado de distribución subpleural y peribroncovascular sobre todo en lóbulos superiores, y patrón en empedrado hacia lóbulos inferiores. Coexisten cambios por fibrosis pleuropulmonar que producen bronquiectasias y bronquiolocitas por tracción hacia segmentos postero-basales. (CG290)



unidad subyacente, aunque es posible que el paciente no tenga una ETC reconocible. Se han utilizado los términos enfermedad pulmonar intersticial (EPI) indiferenciada, EPI de pulmón dominante o neumonía intersticial con características autoinmunitarias (IPAF) para describir a estos individuos. Se elige el término IPAF para distinguir la principal diferencia con otras EPI. El perfil general que lleva a sospechar esta entidad son pacientes con datos de neumonía intersticial en la biopsia pulmonar o tomografía computarizada y características bioquímicas (anticuerpos específicos) de una enfermedad autoinmunitaria, sin que estos hallazgos sean suficientes para determinar el diagnóstico definitivo de una ETC específica. La prevalencia de IPAF oscila entre 7.1% y 34.1% con una media de edad de 60 años y predominio en mujeres. La fisiopatología del IPAF se desconoce. Se han notificado factores ambientales adjuntos y el antecedente de tabaquismo es uno de los principales, de 38.8% a 56.2%. Más allá de las limitaciones de los criterios propuestos para IPAF, faltan recomendaciones de consenso para evaluar la ETC en un paciente con EPI, así como para ofrecer un tratamiento estandarizado específico para los pacientes con IPAF.

Bibliografía

1. Fernandes L, Nasser M, Ahmad K, Cottin V. Interstitial pneumonia with autoimmune features (IPAF). *Front Med (Lausanne)*. 2019 Sep 27;6:209. doi: 10.3389/fmed.2019.00209. PMID: 31681774; PMCID: PMC6798044.
2. Graney BA, Fischer A. Interstitial pneumonia with autoimmune features. *Ann Am Thorac Soc*. 2019 May;16(5):525-533. doi: 10.1513/AnnalsATS.201808-565CME. PMID: 30695649; PMCID: PMC6850782.

CG291

Síndrome de Schnitzler: presentación de tres casos

Cortez-Domínguez EU, Hinojosa-Azaola A, Rodríguez-Reyna TS, Hernández-Molina G, Martín-Nares E

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El síndrome de Schnitzler es una enfermedad autoinflamatoria idiopática rara. Se caracteriza en particular por urticaria crónica y gammapatía monoclonal (casi siempre del isotipo IgM kappa), así como signos y síntomas de inflamación sistémica. Sólo se han descrito dos casos en Latinoamérica.

Objetivos: Presentar tres casos de síndrome de Schnitzler atendidos en la institución de los autores.

Resultados: Caso 1: Hombre de 61 años que ingresa para abordaje de fiebre, diaforesis nocturna, pérdida de peso, urticaria crónica y linfadenopatías. Sin antecedentes de importancia. Se realizó abordaje en medio externo donde se solicitaron múltiples estudios sin lograr integrar un diagnóstico. El paciente seguía tratamiento antibiótico sin conseguir mejoría. Durante su evolución presentó además artralgias y mialgias. Se indicó el abordaje mostrado en la **Tabla 1**. La TAC de tórax y abdomen encontró hepatoesplenomegalia y adenomegalias intraabdominales. La electroforesis y la inmunofijación de proteínas en orina revelaron una elevación monoclonal IgG. Se descartaron enfermedades autoinmunitarias, infecciosas y hematológicas y se integró el diagnóstico de síndrome de Schnitzler de acuerdo con los criterios de Estrasburgo. Recibió tratamiento con prednisona y metotrexato con adecuada respuesta.

Caso 2: Mujer de 44 años que comenzó dos años antes con exantema habonoso pruriginoso en miembros superiores y abdomen. Se administraron antihistamínicos sin mejoría del cuadro. Durante su evolución se agregaron fiebre no cuantificada, astenia, artralgias, mialgias, diaforesis nocturna y pérdida de peso. Se realizó el abordaje mostrado en la **Tabla 1**. Se identifica una elevación monoclonal de IgM kappa mediante electroforesis e inmunofijación de proteínas en suero. Se solicitó TEP-TC que reveló adenopatías cervicales, mediastínicas, axilares e inguinales con incremento de metabolismo. Se descartaron enfermedades autoinmunitarias, infecciosas y hematológicas y se estableció el diagnóstico de síndrome de Schnitzler de acuerdo con los criterios de Estrasburgo. Se trató de modo inicial con prednisona y metotrexato, pero debido a múltiples recaídas se comenzó tratamiento con tocilizumab.

Tabla 1. (CG291)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Leucocitos, μL	20 000	18 700	15 800
Neutrófilos, μL	17 600	16 269	14 970
Neutrófilos, (%)	88	87	94.8
Plaquetas	629 000	585 000	515 000
PCR, mg/dL	No realizado	9.87	22
VSG, mm/h	54	79	47
DHL, UI/L	296	No realizado	396
Ferritina, ng/mL	15 000	No realizado	> 15 000
B2 microglobulina, mg/L	3.62	2.2	9.05
Biopsia de piel	Dermatitis neutrofilica intersticial paucicelular relacionada con hidradenitis neutrofilica	Patrón perivascular superficial mixta (linfocitaria y por eosinófilos)	Dermatosis neutrofilica relacionada con enfermedad autoinmunitaria, sin vasculitis
Biopsia de ganglio	No concluyente	Hiperplasia linfoide reactiva	Adenopatía inguinal con hiperplasia linfoide
Biopsia de hueso	Normocelular con maduración de las tres líneas celulares hematopoyéticas, sin evidencia de infiltración por linfoma	Sin evidencia de neoplasia con 5% de células plasmáticas sin restricción de cadenas ligeras	Hiper celular leve con adecuada maduración de líneas hematopoyéticas, población de células plasmática del 10% de la celularidad, sin restricción de cadenas ligeras
Aspirado de médula ósea	Hiper celular con hiperplasia de línea granulocítica con ligera detención en maduración de ésta, maduración adecuada de las series eritroide y megacariocítica, sin evidencia de linfoma	No realizado	No consistente con gammapatía monoclonal

Caso 3: Mujer de 67 años que ingresa para abordaje de exantema urticariforme generalizado, malestar general, náusea, vómito y fiebre de 38°C. Se efectuó el abordaje mostrado en la **Tabla 1**. La TEP-TC registró adenopatías axilares izquierdas con signos de proceso inflamatorio en el tejido celular subcutáneo, adenopatías iliacas bilaterales con incremento del metabolismo, incremento difuso del metabolismo de la médula ósea e inversión del metabolismo hepatoesplénico. Se identificó mediante electroforesis e inmunofijación séricas una elevación monoclonal IgG lambda. Tras excluir múltiples diagnósticos diferenciales (infecciosas, hematológicas, inflamatorias) se integró el diagnóstico de síndrome de Schnitzler según los criterios de Estrasburgo. Recibió tratamiento con prednisona y metotrexato con adecuada respuesta.

Conclusiones: El síndrome de Schnitzler debe incluirse dentro del diagnóstico diferencial de la fiebre de origen desconocido y urticaria crónica. Debido a que el cuadro clínico se acompaña de artralgias, mialgias, adenopatías y hepatoesplenomegalia, además de elevación de reactantes de fase aguda e hiperferritinemia, los pacientes con síndrome de Schnitzler suelen satisfacer los criterios de enfermedad de Still del adulto. En realidad, dos de los pacientes presentados habían tenido dicho diagnóstico previamente. Ante esto, es recomendable descartar la presencia de elevaciones monoclonales en pacientes con un cuadro clínico de enfermedad de Still del adulto que se presenten con lesiones urticariformes. La importancia de su detección oportuna radica en que la inhibición de IL-1 con biológicos puede controlar la inflamación y evitar su evolución hacia un trastorno linfoproliferativo o el desarrollo de amiloidosis AA.

Bibliografía

- Gusdorf L, Lipsker D. Schnitzler syndrome: a review. *Curr Rheumatol Rep.* 2017 Aug;19(8):46.
- De Koning HD. Schnitzler's syndrome: lessons from 281 cases. *Clin Transl Allergy.* 2014 Dec 5;4:41.

CG292

Coexistencia de miastenia gravis y lupus eritematoso generalizado: bases inmunopatogénicas

García-Mosqueda N¹, Silva-Jiménez GE¹, Fonseca-Hernández MM¹, Herrera-Van Oostdam DA¹, Abud-Mendoza C²

⁽¹⁾Hospital Central Dr. Ignacio Morones, SLP; ⁽²⁾Hospital Central

Introducción: La miastenia grave (MG) generalizada se expresa por debilidad muscular ante la actuación de anticuerpos contra la placa neuromuscular, dirigidos contra el receptor de acetilcolina (AChR), la cinasa específica del músculo (MUSK) o la lipoproteína 4 (LRP4). El lupus eritematoso generalizado (LEG) se caracteriza por la diversidad de autoanticuerpos y depósito de inmunocomplejos, muchos con patogenicidad hacia células, tejidos u órganos. Estas alteraciones autoinmunitarias tienen mecanismos fisiopatogénicos diferentes, aunque pueden compartir serologías, como ocurre en la MG en la que hay anticuerpos antinucleares (ANA) en el 38.5% y anti-DNA de doble cadena (DNADs) en 19.2%. Ambas entidades poseen elevada morbimortalidad, la que disminuye con diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.

Objetivos: Presentar un caso de coexistencia de miastenia grave y lupus eritematoso generalizado.

Descripción del caso: Mujer de 21 años, con abuelo y tíos maternos diabéticos, etilismo ocasional, clasificada con LEG en agosto 2021 por actividad articular, mucocutánea (eritema malar, caída de cabello, fenómeno de Raynaud), hematológica (leucopenia) y neuropsiquiátrica (convulsiones), con anticuerpos antinucleares (ANA) 1:640 patrón nuclear homogéneo; recibió hidroxicloroquina, prednisona, atorvastatina, vD, colchicina, gabapentina, fluoxetina, quetiapina y clonazepam. Antecedente de ciclos menstruales regulares, G-1, A-1 (aborto diferido, 7.3 sdg); tiene cuatro hospitalizaciones previas por deterioro ventilatorio clasificado como "crisis asmática", con necesidad de instrumentación de la vía respiratoria y requirió traqueostomía por ventilación mecánica prolongada. El 5 de julio de 2022 la evaluó el servicio de reumatología por fatiga, debilidad en extremidades de predominio proximal que empeoraba durante el transcurso del día, diplopía, ptosis palpebral bilateral, disfagia a sólidos. Destacó acortamiento frontal del cabello, eritema malar, ptosis palpebral bilateral de predominio derecho, sin úlceras orales, cánula de traqueostomía, ausencia de signos cardiopulmonares, fuerza muscular de extremidades superiores 4/5, inferiores 3/5; y presencia de poliartritis en manos. El 6 de julio de 2022 se hospitaliza por recaída de MG, por lo que se administraron 76 g de gammaglobulina, rituximab (500 mg), prednisona (30 mg/día) y pirodostigmina (30 mg/8 h); C3 73 mg/dL (90-180), C4 16.8 mg/dL (10-40), anti-DNADs IgG 21 IU/mL (0-20), anti-AChR 572.27 nmol/L (positivo: > 0.51), creatinina 0.7 mg/dL, examen general orina sin proteinuria ni eritrocituria. Bajo diagnóstico de MG se solicitaron radiografía y tomogra-

fía de tórax simple-contrastada, que fueron normales. Durante cinco días mostró adecuada evolución y egresa a domicilio.

Resultados: El diagnóstico clínico-serológico de anticuerpos fue de miastenia grave III-A generalizada leve, en un paciente con lupus eritematoso generalizado. Lo excepcional de esta relación es que el desarrollo de MG en lupus es raro (1%-2%). Las descripciones de coexistencia de LEG y MG son en su mayoría informes de casos. La presentación de MG en el lupus de acuerdo con la temporalidad se divide en dos: cuando lo antecede se presenta en 7.7% a 8.0% y cuando es posterior es de 0.25% a 1.3%. En pacientes con MG y lupus es posible observar anti-DNAs en 88.5%, anticardiolipina IgG en 56%, anticoagulante lúpico en 32%, anti-Ro/SSA en 33.3% y anti-Smith en 20.8%. La presencia de cualquiera de ellos confiere mayor gravedad.

Conclusiones: Dado que este paciente tiene IMC menor de 20 se decidió esperar unos meses bajo tratamiento conservador, con la intención de preparar para tiectomía, lo que podría proporcionar mejores desenlaces.

Bibliografía

1. Raut S, Reddy I, Sahi FM, Masood A, Malik BH. 2020 Jun 3;12(6):e8422. doi: 10.7759/cureus.8422.
2. Sthoeger Z, Neiman A, Elbirt D, Zinger H, Magen E, Burstein R, Eitan S, Abarbanel J, Mozes E. Am J Med Sci. 2006 Jan;331(1):4-9. doi: 10.1097/00000441-200601000-00004.

CG293

Endocarditis infecciosa asociada a glomerulonefritis rápidamente progresiva por inmunocomplejos: gran simulador de nefritis lúpica

García-Mosqueda N, Avilés-Ramírez LRJ, Velázquez-Guevara BA, Silva-Jiménez GE, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones, SLP

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) a menudo se manifiesta como compromiso multisistémico por émbolos sépticos periféricos o fenómenos inducidos por inmunocomplejos, como vasculitis cutánea y glomerulonefritis (GN). La glomerulonefritis de rápida progresión (GNRP) relacionada con EI se caracteriza por deterioro rápido de la función renal, junto con hiperplasia extracapilar y formación de medialunas (GNC). Esto ocurre en 4% a 10% del total en biopsias renales y se clasifica según sea el patrón de inmunofluorescencia (IF), incluida la GN por complejos inmunitarios; es elevada la morbimortalidad, que decrece con diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.

Objetivos: Presentar un caso de endocarditis infecciosa relacionada con glomerulonefritis de rápida progresión.

Descripción del caso: Hombre de 27 años con antecedente familiar de DM2, cáncer no especificado en madre y hermano con cardiopatía no precisada; etilismo desde los 15 años, semanal, tabaquismo leve ocasional, marihuana a los 18 años, sólo un mes. Sano hasta agosto de 2020 cuando inició con caída del plano de sustentación y contusión directa en hombro derecho. En septiembre del 2020 presentó dolor punzante en hombro contundido, intensidad 7/10, exacerbado por ejercicio; el médico realiza artrocentesis glenohumeral, además de recibir AINE y vitamina B₁₂, sin mejoría. Noviembre de 2020 con dolor en hombro contralateral, de similares características, sin predominio de horario, que remite de forma inicial con el reposo. En enero de 2021 se agrega gonalgia derecha y lumbalgia irradiada a muslo derecho, predominio matutino. Recibió paracetamol, prednisona y diclofenaco, con mejoría parcial. En mayo de 2021 se añaden fiebre cuantificada (38.4°C), vespertina, pérdida ponderal inespecífica, disnea de grandes esfuerzos, edema de miembros inferiores, petequias en extremidades superiores, tórax anterior y dolor abdominal en epigastrio y fosa iliaca izquierda, punzante, intensidad 8/10, sin irradiaciones, náusea y vómito en cuatro ocasiones gastrobiliar, 10 evacuaciones Bristol 7, verdosas fétidas, con moco, pujo y tenesmo. El 1 de junio de 2022 destacaban los estudios de laboratorio: hemoglobina 9.4 g/dL, normocitica

normocromica, creatinina 1.96 mg/dL, ácido úrico 8.4 mg/dL, datos de hemólisis, bilirrubina total 1.49 mg/dL (0.2-1.3), bilirrubina indirecta 1.25 mg/dL (0.0-1.1), PCR 120.3 mg/dL (0.0-0.5), VSG 62 mm/h (corregida 30 mm/h; 0.0-15), factor reumatoide 512 UI/mL (< 12), anti-CCP < 0.5 UR/mL; sólo se indican esomeprazol, difenidol y loperamida, sin mejoría. El 8 de junio de 2022 acude al servicio de urgencias, sin alteraciones en fondo de ojo ni conjuntivas, taquicárdico, soplo sistólico grado III/VI en foco aórtico, irradiado a carótidas y foco mitral, sin modificación en Valsalva; sin flogosis articular; recibió ceftriaxona, metronidazol, hidrocortisona, ondansetrón y omeprazol. Con los resultados iniciales de siete días previos se solicitaron nuevos estudios, que aparecen en la **Tabla 1**. El 9 de junio de 2022 los hemocultivos repetidos identifican *Granulicatella adiacens* y se inician vancomicina, amikacina, luego penicilina G, gentamicina y prednisona. El 18 de junio de 2022 ECOTT con vegetación en válvula aórtica y mitral. Histopatología renal con GN proliferativa endocapilar y extracapilar activa focal, nefritis tubulointerstitial activa con lesión tubular aguda focal y con cambios regenerativos moderados del epitelio; inmunofluorescencia con IgG+, IgA+, IgM+, C1q+, C3c+, albúmina+, kappa+, lambda+, C4c y fibrinógeno negativos; la microscopía electrónica revela depósitos electrodenso predominantemente mesangiales, algunos subendoteliales y escasos subepiteliales (**Figura 1**). El 22 de junio de 2022 se lo refiere a tratamiento quirúrgico definitivo y antimicrobiano.

Figura 1. A. Tinción PAS: se observa hiperplasia endocapilar segmentaria, lesión proliferativa extracapilar activa (medialuna). B. Inmunofluorescencia directa: se observan inmunocomplejos con patrón granular, global y difuso en el mesangio. C. Microscopía electrónica: escasos depósitos de material electrodenso que sugieren complejos inmunitarios de localización subepitelial (jorobas) (Cortesía de la Dra. Ma. Virginia Soto Abraham). (CG293)

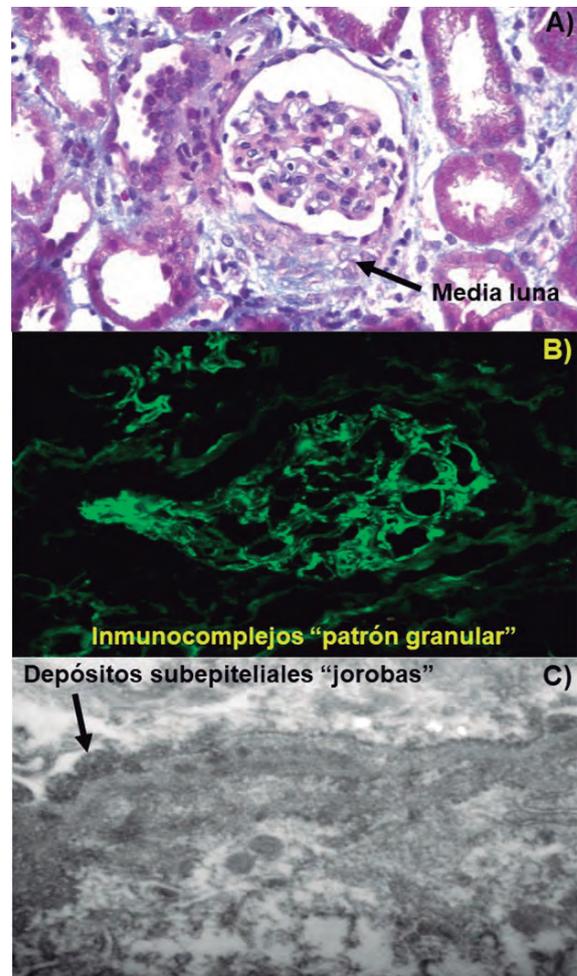


Tabla 1. Estudios de laboratorio. (CG293)

Factor reumatoide	314 UI/mL (< 12)
PCR	19.7 mg/dL (0.0-0.5)
Creatinina	4.12 mg/dL
C3	58 mg/dL (90-180)
C4	11 mg/dL (10-40)
Antiestreptolisinas O	78 UI/mL (< 200)
Ferritina	526 ng/mL (12-300)
Hierro total	45 mcg/dL (60-170)
Capacidad total fijación hierro	165 mcg/dL (240-450)
Porcentaje saturación transferrina	27% (20-50)
Examen general de orina	Proteínas 100 mg/dL Eritrocitos dismórficos
AAN, ANCA, crioglobulinas y rosa de Bengala	Negativos

Resultados: La GNCRP relacionada con la EI es rara y se describe sobre todo en informes de casos; es complicación grave y posee una elevada morbimortalidad. La GN por complejos inmunitarios “casa llena” es característica de lupus y se presenta en 30% a 60%, ocurre en 4.8% de la GN posinfecciosa aguda, con presentaciones de GNCRP.

Conclusiones: Es muy controvertido el tratamiento inmunosupresor en la GNCRP relacionada con EI por el posible riesgo de agravamiento de la infección. Además de la GN por complejos inmunitarios, los depósitos subepiteliales (jorobas) inclinan *a priori* la balanza hacia proceso infeccioso.

Bibliografía

- Rianthavorn P, Chacranon M. Long-term renal outcome in pediatric glomerulonephritis associated with crescent formation. Clin Exp Nephrol. 2018 Jun;22(3):661-667. doi: 10.1007/s10157-017-1498-2.
- Khalighi MA, Chang A. Infection-related glomerulonephritis. Glomerular Dis 2021;1:82-91. DOI: 10.1159/000515461.

CG294

Síndrome de Eagle como manifestación de debut de hiperostosis esquelética idiopática generalizada

Álvarez-Nemegyei J, Álvarez-Acosta JG, Trujillo-Moguel W

Hospital Star Médica, Mérida, Yucatán

Introducción: El síndrome de Eagle (SE) es un padecimiento caracterizado por osificación del ligamento estilohioideo vinculado con cervicalgia y síndromes variados originados por la compresión de estructuras neurovasculares cervicales cercanas. La hiperostosis esquelética idiopática generalizada (HEIG) o enfermedad de Rotes-Querol se caracteriza por osificación ligamentaria generalizada, especialmente en la columna torácica, con síntomas de dolor musculoesquelético y disminución de la movilidad según sea el sitio esquelético afectado. El presente caso ilustra la presencia de SE como manifestación de inicio de HEIG.

Objetivos: Presentar un caso de síndrome de Eagle como manifestación inicial de hiperostosis esquelética idiopática generalizada.

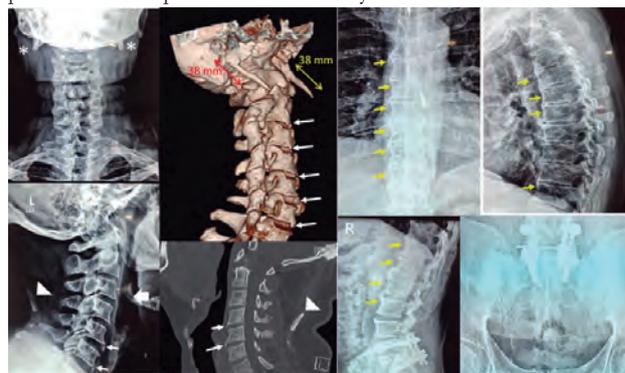
Resultados: Hombre de 61 años, jubilado. Amigdalectomía a los siete años. HTAS tratado con candesartán, dislipidemia controlada con rosuvastatina; a los 45 años, cardiopatía isquémica con implantación de *stent*, recibe AAS. A los 51 años es objeto de cirugía lumbar por hernia discal. Padecimiento de tres meses de evolución con cervicalgia bilateral persistente, irradiada a miembros superiores y que se incrementaba durante la sedestación prolongada. No había mejorado a pesar del control previo con dexametasona/indometacina y paracetamol. EF: movilidad cervical normal, dolor a la palpación de zona de proyección de apófisis estiloides izquierda, hombro izquierdo con ABD de 45°, derecho con ABD de 90, Phallen positivo derecho, maniobra

de Filkenstein derecha. Estudios de laboratorio: VSG y PCR normales, FR y anti-PCC negativos. Valores séricos de TSH, fosfatasa alcalina, calcio y fósforo: normales. HLA B27: ausente. Estudios radiográficos: columna cervical AP: prominencia de apófisis estiloides; lateral: osificación de tejidos blandos subcutáneos a la altura de C4 y C5, del ligamento interespinoso en C6, y del ligamento intervertebral común anterior en C6 y C7. Extensión de las astas del hueso hioides siguiendo el trayecto del ligamento estilohioideo; hombros: osificación del ligamento coracoacromial bilateral. US ME hombro izquierdo: tendinosis del supraespinoso. EMG y VCN de miembros superiores normales. RMN de columna cervical: leve protrusión discal C5-C6. Por todo lo anterior se realizó TC de columna cervical que mostró apófisis estiloides con longitud bilateral de 38 mm, osificación del ligamento longitudinal anterior C2-C6 y del ligamento nual (**Figura 1**, panel izquierdo). Con esto se diagnosticó síndrome de Eagle. Cumplió criterios de Resnick y Niwayama para HEIG por RX de columna torácica: osificación del ligamento vertebral común anterior y lateral T7-T12, más evidentes del lado derecho, sin afectación de espacios vertebrales. RX de columna lumbar: osificación del ligamento vertebral común anterior L1-L4, con osteofitos flotantes en L1-L4, sin afectación de espacios intervertebrales, ausencia de sacroileítis, además de osificación en múltiples sitios ligamentarios extraaxiales (**Figura 1**, panel derecho).

Recibió meloxicam/metocarbamol, paracetamol, infiltración de local de glucocorticoides a nivel subacromial en hombros y muñeca derecha, además de fisioterapia y rehabilitación. Evolución adecuada del dolor con regreso a funcionalidad completa.

Figura 1. (CG294)

Síndrome de Eagle: prominencia de apófisis estiloides (asteriscos), apófisis estiloides con osificación de ligamento estilohioideo proximal, longitud bilateral de 38 mm. Extensión del asta del hioides siguiendo el curso del ligamento estilohioideo (flecha gruesa). HEIG: osificación del ligamento vertebral común anterior (flechas) y del ligamento nual (puntas de flecha). HEIG: osificación multinivel de ligamento vertebral común anterior en columnas lumbar y torácica y lateral derecha en columna torácica (flechas), preservación de espacios intervertebrales y ausencia de sacroileítis.



Conclusiones: Este caso muestra características clínicas típicas de SE (antecedente de amigdalectomía, dolor cervical) y osificación del ligamento estilohioideo bilateral con apófisis estiloides > 30 mm de longitud en el contexto de osificación ligamentaria múltiple por HIEG que, a pesar de tener todos los criterios diagnósticos, era hiposintomática hasta que apareció el SE. El caso es interesante por la rareza relativa de la HEIG y absoluta del SE (± 200 casos reportados). Sólo hay cuatro informes de coincidencia de HEIG y SE, en los cuales el SE apareció después del horizonte clínico de la HEIG. Este sería el primer caso informado de SE como manifestación de inicio de la HEIG.

Bibliografía

- Bhosle R, Aditya G, Das S, Krishnan P, Eagle’s syndrome, Neuroimage 2022;70:180-1.
- Zammit M, Chircop C, Attard V, D’Anastasi M. Eagle’s syndrome: a piercing matter. BMJ Case Rep 2018;11:e22661.
- Emary PC, DC Dornink M, Taylor JA. A rare case of Eagle syndrome and diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in the cervical spine. J Can Chiropr Assoc 2017;61:167-70.

CG295

Morfea generalizada rápidamente progresiva tratada con abatacept

Silva-Jiménez GE, Abud-Mendoza C, Herrera-Van Oostdam D, Aguilera Barragán Pickens G, Cuevas-Orta E, Santillán-Guerrero E

Hospital Central Dr. Ignacio Morones, SLP

Introducción: La morfea generalizada se define como cuatro placas morfeiformes que afectan a dos sitios anatómicos diferentes. La actividad de la enfermedad se manifiesta con aparición de nuevas lesiones o expansión de las existentes en los últimos tres meses, induración, aumento progresivo o esclerosis de la lesión, documentación mediante escalas de actividad, resonancia magnética o biopsia de piel. El tratamiento de primera línea incluye metotrexato y glucocorticoides; como segunda y tercera líneas figuran micofenolato de mofetilo y abatacept.

Objetivos: Informar un caso de morfea generalizada de rápida progresión tratada con abatacept.

Resultados: Paciente femenino de 44 años con morfea localizada en muslo izquierdo desde los 18 años, diagnosticada por biopsia, sin tratamiento. Infección por SARS-CoV-2 en enero de 2022, requerimiento de oxígeno domiciliario por dos semanas; diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada en mayo 2022. Inició padecimiento actual en enero de 2022, posterior a infección por SARS-CoV-2 con dermatosis diseminada a muslo, hemitórax e hipocondrio izquierdo con placas hiperpigmentadas asintomáticas, por lo que acudió al servicio de dermatología en mes de abril. Exploración física: placas hiperpigmentadas induradas, algunas con eritema, submandibular derecha, tórax en pared costal y tercio superior, cuello posterior, hombro izquierdo y pliegue inframamario izquierdo, ingle y muslo izquierdo (**Figura 1**), ante lo que se clasifica como morfea generalizada; se administran metotrexato (25 mg/sem) y prednisona (75 mg/día) con progresión de las lesiones en un lapso de dos meses, ante lo que se decide ingreso para pulsos de metilprednisolona seguidos de 50 mg de prednisona oral. Se sesiona caso con el servicio de reumatología y se indica empleo de abatacept, micofenolato de mofetilo, metotrexato y prednisona por resistencia y rápida progresión. Hasta el momento se han aplicado dos dosis de abatacept y se ha observado mejoría de las lesiones sin presentar efectos adversos.

Conclusiones: No hay consenso del tratamiento de morfea generalizada de rápida progresión y es controversial dado que se respalda en cohortes

retrospectivas con pocos pacientes o informes de casos. El abatacept ha demostrado mejorar la evaluación global de la enfermedad con buen perfil de seguridad. En casos de resistencia al tratamiento de primera línea con metotrexato y prednisona a dosis de 0.5-1 mg/kg/día, la evidencia señala que usar pulsos de metilprednisolona no modifica la evolución de la enfermedad; por lo tanto, se sugiere emplear micofenolato de mofetilo, fármacos biológicos como abatacept, imatinib, rituximab o tocilizumab, que en informes de caso han demostrado beneficio.

Bibliografía

- Rodríguez-Salgado P, García-Romero MT. Morphea: a practical review of its diagnosis, classification and treatment. Gac Med Mex [Internet]. 2019;155(5):483-91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.M20000336>.
- Li SC, Torok KS, Ishaq SS, Buckley M, Edelheit B, Ede KC, et al. Preliminary evidence on abatacept safety and efficacy in refractory juvenile localized scleroderma. Rheumatology (Oxford) [Internet]. 2021;60(8):3817-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keaa873>.

CG296

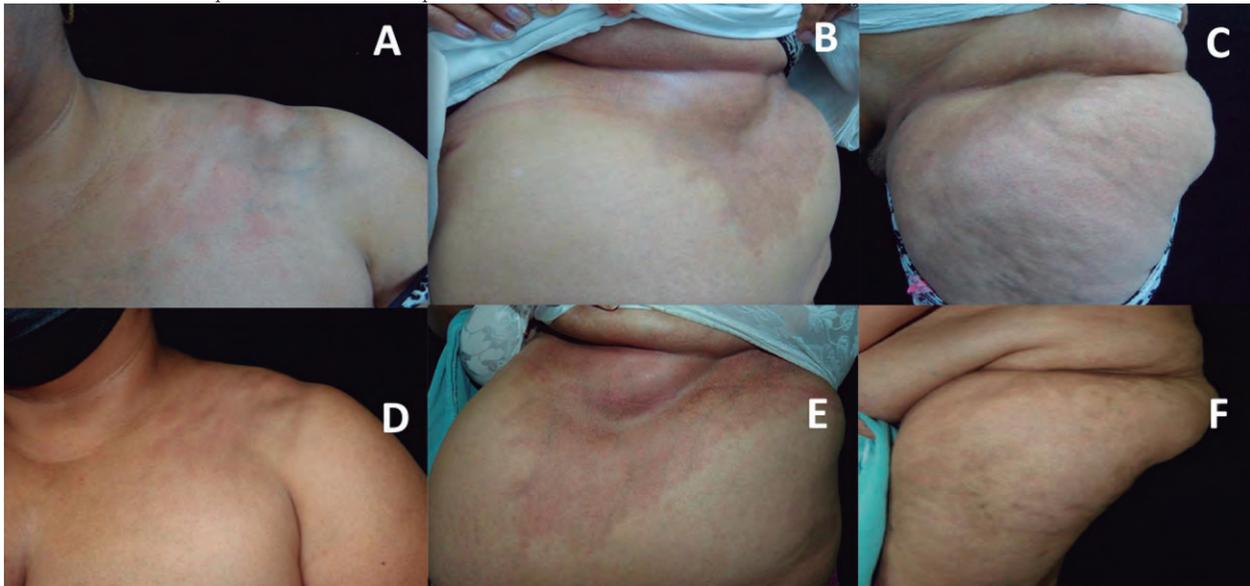
Factores asociados a la mortalidad en pacientes con enfermedades reumáticas e infección por SARS-COV-2: datos de México y Argentina

Alpízar-Rodríguez D¹, Isnardi C², Pons-Estel GJ², Skinner-Taylor CM¹, Juárez-Mora IM¹, Silveira-Torre LH¹, Zazueta-Montiel BE¹, Castillo-Ortiz AA¹, Gómez G², Báez RM², Exeni-Ida E², Berbotto G², Reyes-Torres AA², Martínez-Martínez M²

⁽¹⁾Colegio Mexicano de Reumatología, ⁽²⁾Sociedad Argentina de Reumatología

Introducción: La mortalidad de pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas (ERI) se ha encontrado elevada cuando se relaciona con factores descritos en la población general, como edad, sexo masculino y comorbilidades, así como con factores vinculados con tener una ERI, como actividad de la enfermedad y tratamiento. Las personas con ERI han enfrentado varios desafíos durante la pandemia de COVID-19, como el acceso deficiente a los servicios de salud regulares

Figura 1. A-C. Lesiones iniciales de placas morfeiformes generalizadas en región supraclavicular, inframamaria, ingle y muslo izquierdo. **D-F.** Lesiones morfeiformes dos meses después del tratamiento de primera línea. (CG295)



y la escasez de fármacos, en particular en los países en desarrollo. La mortalidad en pacientes con ERI de países de Latinoamérica se ha explorado en escasa medida.

Objetivos: Evaluar los factores vinculados con la mortalidad en pacientes con ERI de México y Argentina tras el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Los datos de los registros de ambos países, CMR-COVID de México y SAR-COVID de Argentina, se fusionaron. En este análisis se incluyó a todos los pacientes adultos con ERI con infección por SARS-CoV-2 registrados entre el 13 de agosto de 2020 y el 20 de febrero de 2022 en SAR-COVID y entre el 17 de abril de 2020 y el 10 de febrero de 2022 en CMR-COVID. Se registraron los datos sociodemográficos, las comorbilidades, las características clínicas y el tratamiento de las ERI, las características de la infección por SARS-CoV-2, el tratamiento y las complicaciones (Tabla 1). Se utilizaron estadísticas descriptivas. La relación de la mortalidad con las variables demográficas y clínicas en el momento del diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 se calculó mediante análisis de regresión logística.

Resultados: Se registró a 3 181 pacientes, 908 (28.5%) de CMR-COVID y 2 273 (71.5%) de SAR-COVID. En general, los pacientes tenían una edad media de 50.4 años y el 81.7% correspondía a mujeres. Las ERI más frecuentes fueron artritis reumatoide (48.7%) y lupus eritematoso sistémico (18.6%).

Una cuarta parte de los pacientes (25.2%) se hospitalizó y el 5.7% falleció. En México, el porcentaje de muerte fue mayor (10%) que en Argentina (4%), $p < 0.001$. El análisis univariable mostró que la ausencia de comorbilidades, la recepción de cDMARDs y el tratamiento con TNFi redujeron la relación con mortalidad, OR 0.5 (IC95%, 0.4-0.7), OR 0.7 (IC95%, 0.5-0.9) y OR 0.4 (IC95%, 0.2-0.8), respectivamente. Los factores vinculados con la mortalidad en el momento del diagnóstico de COVID-19 fueron el sexo femenino, la edad > 60 años, la actividad de la enfermedad de moderada a alta, la diabetes tipo 2, la insuficiencia renal crónica, la enfermedad cardiovascular y el tratamiento con glucocorticoides e inhibidores de CD20 en el análisis univariable, con relación conservada de forma independiente en el análisis multivariable ajustado (Figura 1).

Conclusiones: La mortalidad en los pacientes con ERI y COVID-19 en los registros CMR-COVID y SAR-COVID fue del 5.7%, con mayor mortalidad en los pacientes mexicanos. Los factores vinculados con la mortalidad en los ERI y COVID-19 fueron los descritos en la población general, como la edad avanzada y las comorbilidades, y los factores específicos de los ERI, como la actividad moderada/alta de la enfermedad, el uso de corticoides y el tratamiento con inhibidores de CD20. Estos hallazgos son consistentes con informes previos y resaltan la importancia de un control y tratamiento adecuados de la enfermedad.

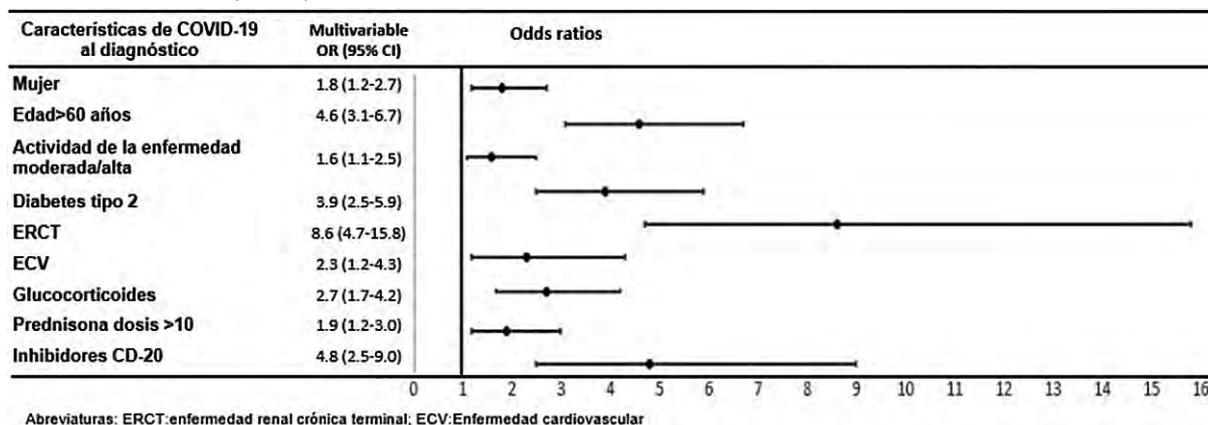
Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas y COVID-19 en México y Argentina y mortalidad. (CG296)

Características en el momento del diagnóstico de COVID-19	Total n = 3 181	Defunciones 182 (5.7)	Sobrevivientes 2 999 (94.3)	Univariable OR (IC95%)	Multivariable OR (IC95%)
Mujeres, n (%)	2 598 (81.7)	135 (74.2)	2 463 (82.1)	1.6 (1.1-2.3)	1.8 (1.2-2.7)
Edad, media (DE)	50.4 (14.3)	61 (14.1)	49.7 (14.0)	1.1 (1.0-1.1)	
Edad > 60 años, n (%)	860 (27.0)	109 (59.9)	751 (25.0)	4.5 (3.3-6.1)	4.6 (3.1-6.7)
ER* n (%)					
Artritis reumatoide	1 550 (48.7)	87 (47.8)	1 463 (48.8)	1	
Lupus eritematoso sistémico	593 (18.6)	33 (18.1)	560 (18.7)	0.9 (0.6-1.5)	
Espondiloartritis (axial y otros)	330 (10.4)	10 (5.5)	320 (10.7)	0.5 (0.3-1.0)	
Otros	723 (22.7)	53 (29.1)	670 (22.3)	1.3 (0.9-1.9)	
Actividad de la enfermedad moderada/alta ¹ , n (%)	614 (20.6)	55 (35.9)	559 (19.7)	2.3 (1.6-3.2)	1.6 (1.1-2.5)
Comorbilidades*					
Ninguna, n (%)	1 981 (62.3)	86 (47.3)	1 895 (63.2)	0.5 (0.4-0.7)	
Tabaquismo actual, n (%)	152 (5.4)	3 (2.2)	149 (5.5)	0.4 (0.1-1.2)	
Hipertensión arterial, n (%)	765 (24.7)	78 (43.6)	687 (23.5)	2.5 (1.8-3.4)	
Diabetes tipo 2, n (%)	274 (8.9)	50 (27.9)	224 (7.7)	4.6 (3.3- 6.6)	3.9 (2.5-5.9)
Obesidad (IMC > 30), n (%)	356 (11.5)	27 (15.3)	329 (11.3)	1.4 (0.9-2.2)	
EPOC, n (%)	125 (4.1)	15 (8.4)	110 (3.8)	2.3 (1.3-4.1)	
ERCT, n (%)	78 (2.5)	26 (14.5)	52 (1.8)	9.3 (5.7-15.4)	8.6 (4.7-15.8)
ECV, n (%)	99 (3.2)	19 (10.9)	80 (2.8)	4.3 (2.5-7.3)	2.3 (1.2-4.3)
Multimorbilidad(> 2 comorbilidades), n (%)	538 (16.9)	62 (34.1)	476 (15.9)	2.7 (1.9-3.8)	
Tratamiento al diagnóstico de COVID-19*					
Glucocorticoides, n (%)	1 287 (40.8)	120 (66.3)	1 167 (39.3)	3.0 (2.2-4.2)	2.7 (1.7-4.2)
Prednisona dosis > 10, n (%)	441 (13.9)	59 (32.4)	382 (12.7)	3.3 (2.4-4.6)	1.9 (1.2-3.0)
FARMEsc n (%)	1 385 (43.5)	74 (35.2)	1 321 (44.1)	0.7 (0.5-0.9)	
Antipalúdicos, n (%)	734 (23.1)	33 (18.1)	701 (23.4)	0.7 (0.5-1.1)	
Anti-TNFi, n (%)	360 (11.3)	9 (4.9)	351 (11.7)	0.4 (0.2-0.8)	
Inhibidores CD20, n (%)	100 (3.1)	21 (11.5)	79 (2.6)	4.8 (2.9-8.0)	4.8 (2.5-9.0)
Inhibidores Jak, n (%)	149 (4.7)	7 (3.8)	142 (4.7)	0.8 (0.4-1.7)	
Sin tratamiento	308 (13.7)	12 (6.6)	296 (9.9)	0.6 (0.4-1.2)	

Abreviaturas: ERCT, enfermedad renal crónica terminal; ECV, enfermedad cardiovascular; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FARMESc, metotrexato, leflunomida y sulfasalazina.

*Sobreposición, ¹2 985 pacientes.

Figura 1. Análisis multivariable. (CG296)



Bibliografía

1. Strangfeld A, Schäfer M, Gianfrancesco MA, et al. Factors associated with COVID-19-related death in people with rheumatic diseases: results from the COVID-19 Global Rheumatology Alliance physician-reported registry. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2021;80:930-942.
2. Nikiphorou E, Alpizar-Rodríguez D, Gastelum-Strozzi A, et al. Syndemics & syndemogenesis in COVID-19 and rheumatic and musculoskeletal diseases: old challenges, new era. *Rheumatology (Oxford)*. 2021;60(5):2040-2045.

CG297

Infección por SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedad reumatológica en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

Primero-Nieto AK, Faugier-Fuentes E, Rodríguez-Aguayo S, Barba-Aguilar MAV, Guzmán-Revilla A, Bermúdez-Canales HW

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El virus SARS-CoV-2 afecta a la población pediátrica con enfermedad reumatológica, que recibe tratamiento inmunosupresor con fármacos modificadores de la actividad reumática, así como tratamiento biológico, por lo que pueden catalogarse como pacientes de riesgo. Ante el efecto mundial del COVID 19, que provocó la muerte de millones de personas en el mundo, es importante conocer el curso clínico de los pacientes pediátricos con enfermedad reumatológica durante su infección por SARS-CoV-2.

Objetivos: Describir las características sociodemográficas, clínicas y el desenlace de pacientes con enfermedad reumatológica durante la infección por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

Resultados: Se identificaron 34 casos: 14 (41%) requirieron hospitalización y 20 (59%) recibieron tratamiento ambulatorio. La mediana de edad es de 12.5 años (8-16). El género más frecuente fue el femenino con el 73% y el 27% del género masculino. El lupus eritematoso sistémico (LES) fue la enfermedad más frecuente con el 14% y que más veces requirió hospitalización en un 21%. La mayoría de los pacientes tenía una evolución de la enfermedad menor de 12 meses (47%). De los 34 pacientes totales, 19 de ellos cursaban con enfermedad inactiva (55%). La enfermedad inactiva fue más frecuente en el grupo de hospitalizados (57%). Las comorbilidades informadas consistieron en hipertensión arterial secundaria (n = 7), enfermedad renal crónica (n = 3) y desnutrición crónica agudizada (n = 2). Los medicamentos notificados fueron hidroxiquina (56%), micofenolato de mofetilo (32%), ciclofosfamida (20%), azatioprina (17%) y metotrexato (14%). En el grupo de los fármacos biológicos figuran tocilizumab (12%) y rituximab (3%). El 42% de los pacientes que requirieron hospitalización contaba con un consumo de prednisona a dosis inmunosupresora. El 20% de los pacientes fue asintomático y los mayores síntomas registrados fue-

ron tos (38%), fiebre (29%), rinorrea (17%), cefalea (17%), dolor abdominal (14%), odinofagia (14%); otros síntomas registrados: diarrea, adinamia, vómito, artralgias, astenia, dolor torácico e hiporexia. Las complicaciones vinculadas por la infección de SARS-CoV-2 fueron: neumonía con el 17%, seguida de sepsis con el 8% y celulitis en un 5%; un paciente cursó con choque séptico (2%) y otro con PIMS (2%). De los pacientes registrados, el 11% sufrió recaída de la enfermedad reumatológica posterior a la infección por SARS-CoV-2. En la población estudiada descrita en el presente estudio, sólo en uno sobrevino la muerte (3%). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de niños con enfermedades reumáticas e infección por SARS-CoV-2. (CG297)

Categoría	Pacientes (n = 34)	%
Demografía		
Edad en años	Mediana 12.5 (8-16)	
Femenino	25	73
Masculino	9	27
Características clínicas		
Comorbilidades		
Hipertensión arterial secundaria	7	20
Enfermedad renal crónica	3	8
Desnutrición crónica agudizada	2	5
Enfermedad reumatológica		
Lupus eritematoso sistémico	5	14
Dermatomiositis juvenil	4	11
AIJ poliarticular FR negativo	3	8
Vasculitis IgA	3	8
Otro	19	59
Enfermedad activa	15	44
Medicamentos modificadores de la enfermedad		
Corticoide orales < 20 mg/ día	4	11
Corticoide orales > 20 mg/ día	12	35
Hidroxiquina	19	55
Micofenolato	11	32
Ciclofosfamida	7	20
Azatioprina	6	17
Metotrexato	5	14
Tocilizumab	4	11
Sulfasalazina	1	2
Leflunomida	1	2
Rituximab	1	2
Tacrolimus	1	2

Conclusiones: Primer estudio en notificar los casos de pacientes mexicanos pediátricos con enfermedad reumática que desarrollaron infección por COVID-19, con población afectada durante todo el curso de la pandemia. Es importante mencionar que esta población de estudio no estaba vacunada al momento de adquirir la infección por SARS-CoV-2. El curso de la pandemia se presentó en cuatro oleadas, de las cuales cada una posee características distintas en cuanto a su evolución, virulencia, temporalidad y mortalidad; estas variaciones y limitantes modifican los resultados obtenidos.

Bibliografía

1. Landewé RB, Machado PM, Kroon F, Bijlsma HW, Burmester GR, Carmona L, et al. EULAR provisional recommendations for the management of rheumatic and musculoskeletal diseases in the context of SARS-CoV-2. *Ann Rheum Dis.* 2020;79(7):8518. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-21787>.
2. Sozeri B, Ulu K, Kaya-Akça U, Haslak F, Pac-Kisaarslan A, Otar-Yener G, et al. The clinical course of SARS-CoV-2 infection among children with rheumatic disease under biologic therapy: a retrospective and multicenter study. *Rheumatol Int.* 2022;42(3):46975.

CG298

Presentación clínica y seguimiento de pacientes con síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico

Rojas-Sigala LA, Arellano-Valdez CA, Méndez-Núñez M, Portillo-Rivera AC, Tlacuilo-Parra JA

Centro Médico Nacional de Occidente IMSS (Pediatria)

Introducción: El síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (MIS-c) se describió en Europa tras la primera ola de COVID-19 en la población pediátrica. Se identificó un cuadro similar a la enfermedad de Kawasaki, que cursó con signos de hiperinflamación y disfunción cardiovascular. Se define como un síndrome posinfeccioso, con características diferentes a la infección aguda por SARS-CoV-2. Es una enfermedad emergente con gravedad considerable, que requiere cuidados especializados; no se conoce el pronóstico a largo plazo.

Objetivos: Determinar la presentación clínica al inicio y sus complicaciones durante el seguimiento a 30 días tras el egreso, en un centro de referencia pediátrico de tercer nivel.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva que incluyó a pacientes menores de 18 años que cumplieron criterios diagnósticos del CDC para MIS-c, en el periodo de abril de 2020 a septiembre de 2022 y que requirieron hospitalización. Se analizaron datos clínicos, bioquímicos y ecocardiográficos al momento de su presentación y 30 días posteriores a su egreso. Para la comparación de variables se empleó la prueba ji cuadrada y se categorizaron como normales o anormales los valores de laboratorio, considerado significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyó a 17 pacientes, 9 (53%) mujeres y 8 (47%) hombres, con una edad promedio de 7 ± 3 años. Todos los pacientes cursaron con fiebre, en promedio de 7 ± 2 días antes de su ingreso. Se identificaron marcadores de inflamación elevados en todos, sobre todo PCR con una media de 129 ± 107 , así como IL-6 con una media de 32 pg/mL (valor de referencia < 13). Las principales afecciones al ingreso en cada uno de los 12 pacientes (70%) fueron las gastrointestinales, dermatológicas y cardiovasculares, seguidas de las hematológicas en 58% y las respiratorias en 47% (Tabla 1). Durante el seguimiento 30 días después de su egreso, 6 (35%) pacientes persistían con elevación de PCR ($p = 0.0003$), 8 (47%) con VSG aumentada ($p = 0.1$) y uno con DHL elevada ($p = 0.03$). En cuanto a la afectación hematológica, 14 (82%) mostraron anemia, 64% neutrofilia y 64% linfopenia, mientras que al seguimiento ninguno tuvo anemia, 25% neutrofilia y 6% linfopenia ($p = 0.0002$). Dentro de los marcadores de gravedad, 13 (76%) reveló hipoalbuminemia basal, en tanto que al seguimiento sólo 3 (17%) persistieron con albúmina $< 3.5 \text{ g/dL}$ ($p = 0.002$). De los 12 que cursaron con afectación cardiovascular, 83% tuvo aumento del BNP, 50% cursó con choque y 33% tuvo FEVI disminuida; sólo uno (5%) sufrió aneurismas coronarios. Al seguimiento, 4 (23%) persistían con afectación

Tabla 1. Presentación clínica y seguimiento de 17 pacientes con síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (MIS-c). (CG298)

	Ingreso n (%) / media \pm DE	30 días n (%) / media \pm DE	Valor p		
Edad (menor a 21 años)	7 \pm 3	-	-		
Fiebre ($> 38^\circ\text{C}$ por > 24 h)	17 (100%)	0 (0%)	< 0.0000001		
PCR* ($> 5 \text{ mg/L}$)	17 (100%) / 129.8 ± 107.1	6/14 (42%) / 7.6 ± 6.5	0.0003		
VSG ($> 10 \text{ mm/h}$)	16 (94%) / 31.5 ± 11.8	8 / 11 (72%) / 20.2 ± 10.2	0.1		
Fibrinógeno ($> 400 \text{ mg/dl}$)	10 (58%) / 493 ± 218	0/6 (0%) / 316.8 ± 68.8	0.01		
Procalcitonina ($> 0.5 \text{ ng/ml}$)	12/13 (92%) / 9.4 ± 18.7	-	-		
Dímero D ($> 250 \text{ ng/ml}$)	15/16 (93%) / $1\ 660.4 \pm 1\ 455$	2/8 (25%) / $636.3 \pm 1\ 260$	0.001		
Ferritina ($> 70 \text{ ng/ml}$)	14/15 (93%) / 621.8 ± 601.4	-	-		
DHL ($> 350 \text{ U/L}$)	8 (47%) / 276.5 ± 87.3	1/12 (8%) / 243.3 ± 72.5	0.03		
IL-6 (13 pg/ml)	5/9 (55%) / 32.6 ± 34.1	-	-		
Hipoalbuminemia ($< 3.5 \text{ g/dl}$)	13 (76%)	3/13 (23%)	0.002		
Neutrofilia (elevada para la edad)	11 (64%)	4/16 (25%)	0.01		
Linfopenia (baja para la edad)	11 (64%)	1/16 (6%)	0.0002		
Afectación orgánica					
Cardiovascular (n = 12)	FEVI	Menor 55%	4/12 (33%)	1/12 (8.3%)	0.1
	BNP	> 35	10/12 (83%)	-	
	Choque		6/12 (50%)	0/12	0.006
Respiratoria		8 (47%)	0 (0%)	0.001	
Neurológica		1 (5%)	0 (0%)	0.5	
Gastrointestinal		12 (70%)	1 (5%)	0.00006	
Renal		3 (17%)	0 (0%)	0.1	
Dermatológica		12 (70%)	0 (0%)	0.00001	
Hematológica		10 (58%)	2 (11%)	0.002	
Método diagnóstico de infección por SARS-CoV2					
PCR**		4 (23%)			
Antígeno		0 (0%)			
Serología		2 (11%)			
Exposición		11 (64%)			

Los valores de p se calcularon con base en variables expresadas en número y porcentajes.

PCR*, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; DHL, deshidrogenasa láctica; IL-6, interleucina 6; PCR**, reacción en cadena de la polimerasa.

orgánica, dos con coagulopatía con elevación de dímero D, uno con transaminasemia y uno con FEVI disminuida. No se registraron defunciones. **Conclusiones:** La presentación clínica del MIS-c en esta población cursó con afectación gastrointestinal, dermatológica y cardiovascular (choque, disminución de la FEVI y aumento de BNP) que confieren gravedad, además de marcadores de inflamación elevados. Sin embargo, durante el seguimiento no se observaron secuelas importantes de la afectación multiorgánica. Se desconoce al momento el curso de la enfermedad a largo plazo.

Bibliografía

1. Penner J. 6 - month multidisciplinary follow-up and outcomes of patients with paediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS-TS) at a UK tertiary paediatric hospital: a retrospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health.* 2021;5(7):473-82.
2. Williams V. Clinicolaboratory profile, treatment, intensive care needs, and outcome of pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *J Pediatr Intensive Care.* 2022;11(1):1-12.

CG299

Motivos de no adherencia a la consulta de reumatología en un hospital de tercer nivel: ¿consecuencias de la pandemia por COVID-19?

Valdivinos-Bañuelos A, Beltrán-Aguilar VM, Flores-Alvarado DE, Garza-Delgado DA

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas son enfermedades crónicas, progresivas y a menudo incapacitantes, las cuales requieren seguimiento frecuente, así como tratamiento farmacológico de largo plazo. A pesar de ello, después de la prescripción, escapa del alcance del reumatólogo asegurar la adherencia del paciente a la consulta y el tratamiento indicados. Las consecuencias que ha generado la pandemia por COVID-19 tuvieron un efecto negativo en los ámbitos económico y social de la población mundial, los cuales no sólo fueron inmediatos, sino que se prevé que también afectarán a mediano y largo plazos.

Objetivos: Determinar las principales causas de no adherencia a la consulta de reumatología en un hospital de tercer nivel del noreste de México. **Material y métodos:** Se identificó, por medio de la base de datos del servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José E. González, a todos los pacientes que no asistieron a su consulta programada desde enero de 2021 hasta julio de 2022 y se les contactó por vía telefónica para determinar el motivo de su inasistencia.

Resultados: Durante el año 2021 se identificó a 2 487 pacientes que no acudieron a su consulta programada de reumatología. El 60% de estos pacientes señaló que el motivo de su inasistencia se relacionó directamente con el COVID-19 (38% enfermos o con familiar enfermo, 22% por miedo a contagiarse), mientras que 40% refirió otros motivos de inasistencia (10% por razones económicas, 30% olvidó la fecha de su consulta). Por otro lado, en el periodo evaluado de enero a julio del 2022 se identificó a 1 529 pacientes que no acudieron a su consulta programada. El 70% de ellos comentó que no asistió por motivos económicos (imposibilidad para costear la transportación, la consulta, los estudios solicitados o el tratamiento), en tanto que 15% contestó que olvidó la fecha de su consulta y 15% refirió algún motivo directamente relacionado con la pandemia (en especial miedo a contagiarse de COVID-19).

Conclusiones: La pandemia de COVID-19 ha modificado de modo negativo la adherencia a la consulta de reumatología. De forma inicial, este efecto se debió a causas directamente relacionadas con la pandemia; sin embargo, los motivos de inasistencia a la consulta han cambiado con el tiempo; los pacientes han informado en fecha más reciente los relacionados con dificultades económicas, que también han provocado la pandemia en el plano mundial.

Bibliografía

1. Aletaha D, Smolen JS. The definition and measurement of disease modification in inflammatory rheumatic diseases. *Rheumatic Disease Clinics of North America.* 2006 Feb;32(1):9-44.
2. Mishra NP, Das SS, Yadav S, Khan W, Afzal M, Alarifi A, et al. Global impacts of pre- and post-COVID-19 pandemic: focus on socio-economic consequences. *Sensors International.* 2020;1:100042.

CG300

Comportamiento de la fibromialgia en la era pos-COVID-19

Guerrero-Solís C¹, Cisneros-Ventura IG¹, Amaya-Estrada JL²

⁽¹⁾Unidad de Especialidades Médicas, Secretaría de la Defensa Nacional ⁽²⁾Hospital Central del Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos

Introducción: La fibromialgia es un trastorno caracterizado por dolor crónico generalizado, alteraciones del sueño, disfunción cognitiva y alteraciones en el estado de ánimo. La prevalencia de la fibromialgia es muy variable y depende de la región y los criterios utilizados. La mayoría de las revisiones bibliográficas atribuye la mayor incidencia y el empeoramiento de los síntomas globales en pacientes a la pandemia por COVID-19.

Objetivos: Identificar el comportamiento de la fibromialgia a partir de la pandemia de COVID-19 y definir la influencia de la infección y trastornos del estado de ánimo desencadenados durante la pandemia.

Material y métodos: Estudio transversal analítico y unicéntrico que incluyó a pacientes que cumplieron con criterios diagnósticos ACR 2010 en la consulta externa, a partir de la cohorte (primera vez) y aquellos que se diagnosticaron a partir de la pandemia por COVID-19 (subsecuentes). Se les realizó cuestionario PHQ-4 para cribado de trastorno del estado de ánimo (depresión o ansiedad). Se evaluaron las características demográficas, clínicas, serológicas, terapéuticas y biopsicosociales, infección por COVID-19 e informe de inmunizaciones.

Resultados: Se incluyó a 96 pacientes, 94 (97.9%) mujeres, con edad promedio de 54.2 años. Ocurrió infección por COVID-19 en 29 (30.2%) y de éstos ninguno requirió hospitalización. Recibieron esquema de vacunación completo (una o dos según el biológico utilizado) 94 (97.9%) y la osteoartritis fue el principal motivo de seguimiento en 69 (71.9%). El diagnóstico de fibromialgia se estableció durante la cohorte (primera vez) en 37 (38.5%) y se realizó durante el transcurso de la pandemia (subsecuentes) en 59 (61.5%). Se registraron los siguientes promedios: VSG 23.7, PCR < 5, en su mayoría EVA 8/10. El trastorno de ansiedad fue el de mayor prevalencia en el grupo, que se presentó en 53 (55.2%), el trastorno depresivo en 27 (28.1%) y un trastorno mixto en 10 (10.4%). En la comparación de grupos, el COVID-19 se documentó más en los pacientes de primera vez en 16/37 (43.2%), mientras que en los subsecuentes en 13/59 (22.3%). En relación con la depresión en 9/27 (33.3%), fue más común en los pacientes de primera vez, 18/27 (66.6%). El trastorno de ansiedad en 21/53 (39.6%) fue más común en los pacientes subsecuentes, 38/53 (71.6%).

Conclusiones: En este estudio, 30.2% de los pacientes contrajo la infección por COVID-19, ninguno con criterios de gravedad (hospitalización o uso de oxígeno), sin correlación significativa con el diagnóstico de fibromialgia. Destaca la importancia de las inmunizaciones casi en la totalidad del grupo. El seguimiento de estos pacientes en general se debe a osteoartritis y se informó fibromialgia con incidencia global alta, con una proporción (14.6%) casi duplicada con los informes anteriores a la pandemia en la cual las incidencias más altas fueron hasta de 8%. En la comparación de grupos es posible dilucidar que en los pacientes de primera vez hubo una mayor depresión, mientras que los subsecuentes muestran mayor prevalencia de ansiedad; esto revela que la ansiedad fue el trastorno más prevalente durante la pandemia y que se correlacionó más con fibromialgia que la infección por COVID-19. Muchas pueden ser las causas de este efecto, en virtud del aislamiento continuo y extenso, la incertidumbre y el alcance, sobre todo en las primeras olas de contagio COVID-19. Es entonces que debe concederse más importancia a la ansiedad como la posible pandemia tras la pandemia.

Bibliografía

- Salaffi F, Giorgi V, Sirotti S, Bongiovanni S, Farah S, Bazzichi L, et al. The effect of novel coronavirus disease-2019 (COVID-19) on fibromyalgia syndrome. *Clin Exp Rheumatol*. 2021;39(Suppl 130):7277.
- López-León S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv*. 2021.

CG301

Estudio comparativo de biomarcadores inflamatorios y tromboticos en pacientes con enfermedades reumatológicas recuperados de COVID-19

Ambriz-Murillo Y¹, Cano-Méndez AF², García-Larragoiti NP², Guzmán-Cancino P², Trujillo M², Jiménez-Vega Y², Viveros-Sandoval ME²

⁽¹⁾Hospital de Alta Especialidad del ISSSTE de Morelia, ⁽²⁾UMSNH

Introducción: Existen informes de persistencia de síntomas en sujetos recuperados de COVID-19 semanas o meses después de la infección. Este estado se ha definido como COVID largo o persistente. Es escasa la información existente sobre la causa y tratamiento de los pacientes que cursan con este síndrome. Se ha documentado que los pacientes afectados por COVID-19 poseen un estado protrombótico inducido por la activación exacerbada de la respuesta inflamatoria, que puede persistir incluso después de resolverse el proceso agudo. Este estado se observa en pacientes que cursan con procesos inflamatorios crónicos como diabetes mellitus, síndrome metabólico y enfermedades autoinmunitarias como la artritis reumatoide (AR), entre otras. Se desconoce si el estado inmunotrombótico activo se correlaciona con COVID-19 prolongado. Dado lo anterior es necesario determinar si existe una correlación entre las alteraciones inmunotrombóticas en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas y la persistencia de síntomas pos-COVID-19.

Objetivos: Evaluar el estado trombotico inflamatorio en pacientes recuperados de COVID-19 con secuelas y que cursan con un estado inflamatorio crónico.

Tabla 1. Características basales. (CG301)

Variable	Grupo control (n = 15)	SM (n = 15)	ER (n = 12)	Valor de p
Edad (años, promedio, ± DE)	22.7 (3.88)	43.63 (11.98)	52.63 (6.34)	< 0.0001
IMC (promedio ± DE)	23.03 (3.041)	26.1 (3.93)	27.85 (5.24)	< 0.0001
Fumadores, n (%)	14 (93.33)	15 (100)	6 (50)	0.0001
Vacunados, n (%)	15 (100)	15 (100)	12 (100)	
Artritis reumatoide, n (%)	NA	NA	8 (66.6)	NA
Otras enfermedades autoinmunitarias, n	NA	NA	4	
COVID-19 persistente, n (%)	15	15	12	
IL-6 (pg/mL, DE)	272.8 (172.8)	601.3 (258.1)	1 047 (729.1)	0.001
p-Selectina (pg/mL, DE)	163.5 (75.67)	677.2 (424.2)	1 121 (1 103)	0.001
PSGL-1 (pg/mL, DE)	7 356 (2 181)	6 181 (1 141)	6 691 (1 724)	0.001
Dímero D (pg/mL, DE)	15 963 (4 126)	9 887 (11 609)	16 562 (23 828)	0.024
Factor tisular (ng/mL, DE)	218.9 (99.31)	549 (309.6)	286.1 (549)	0.001

ANOVA para comparaciones entre grupos. IMC, índice de masa corporal; NA, no aplica; SM, síndrome metabólico; ER, enfermedades reumatológicas. Otras enfermedades autoinmunes: Lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante

Material y métodos: Se incluyó a una población de pacientes (n = 42) que refirieron secuelas post-COVID-19, los cuales aceptaron participar de manera voluntaria. Se establecieron diferentes grupos de estudio: una población con enfermedades reumatológicas (ER) (n = 12), un grupo de estudio de sujetos con síndrome metabólico (SM) (n = 15) y un grupo de voluntarios aparentemente sanos (n = 15). Este estudio es de tipo prospectivo y longitudinal. Se obtuvieron datos clínicos y demográficos por medio de una entrevista dirigida. Se obtuvo muestra sanguínea por venopunción para obtención de plasma. Se determinaron los biomarcadores tromboticos dimeros-D (D-D) y factor tisular (FT) inflamatorio: interleucina 6 (IL-6) e inmunotrombótico: P-selectina (P-sel), por medio de citometría de flujo (Human Thrombosis Panel LegendPLEX. BIOLEGEND®). Los resultados se analizaron a través del programa GraphPad Prism 8.0, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la evaluación de normalidad de los datos, luego ANOVA de dos vías y prueba *post hoc* de Tukey para determinar de diferencias intergrupales. Se consideró p < 0.05 como significativa.

Resultados: Se identificaron diferencias intergrupales en los intervalos de edad e índice de masa corporal (IMC) (Tabla 1), así como aumento significativo de la concentración plasmática de IL-6 en el grupo SM con respecto al grupo de sujetos sanos (p < 0.01), sin diferencias entre grupo ER y grupo de individuos sanos. Por otro lado, existe aumento de la concentración de P-Sel en el grupo de ER al compararse con el grupo control (p < 0.01). Es importante mencionar que todos los pacientes que integran el grupo de estudio ER cuentan con un tratamiento activo. Al evaluar los biomarcadores presuntivos de un estado procoagulante, se encontraron elevaciones de las concentraciones de FT en el grupo SM al compararse contra los otros grupos de estudio (p < 0.01). Finalmente, no se encontraron diferencias estadísticas intergrupales en las concentraciones de D-D, pero sí valores elevados en el grupo ER.

Conclusiones: Los individuos que cursan con un estado inflamatorio crónico muestran elevaciones de las concentraciones de biomarcadores tromboticos inflamatorios que se correlacionan con la persistencia de síntomas en personas recuperadas de COVID-19. El grupo ER experimenta elevaciones considerables con respecto a los otros grupos de estudio; será importante dilucidar si esto es un marcador que predispone a COVID persistente o corresponde a la actividad de la enfermedad.

Bibliografía

- Rawish E, Sauter M, Sauter R, Nording H, Langer HF. Complement, inflammation and thrombosis. *British Journal of Pharmacology*. 2021;178(14):2892-2904.
- Crook H, Raza S, Nowell J, Young M, Edison P. Long covid-mechanisms, risk factors, and management. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2021;374:1648.

CG302

Utilidad de redes sociales (Facebook y Messenger) en la comunicación médico-paciente durante la pandemia (COVID-19) en un servicio de reumatología

Casasola-Vargas JC, Gastelum-Strozzi A, Peláez-Ballestas I, Colmenares-Roa T, Álvarez-Hernández E

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) ha alterado de forma directa la atención de pacientes con enfermedades reumáticas ya que, al enfocar la atención en los pacientes infectados, se cerraron áreas no prioritarias, lo que relegó el cuidado de los pacientes de consulta regular y ello obligó a la implementación de la tecnología para continuar con la comunicación médico-paciente (telemedicina y uso de redes sociales).

Objetivos: Describir la utilidad de las redes sociales para la comunicación entre los reumatólogos y los pacientes con enfermedades reumáticas durante la pandemia.

Material y métodos: Se analizaron los datos de la página, perfil de Facebook (FB) y Messenger de reumatología HGM; esta página se creó

y usó en el servicio de reumatología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, de marzo del 2020 hasta la fecha. El análisis de cada una de las publicaciones, los comentarios y los mensajes utilizados para el estudio se realizó en el programa Facepacer (<https://github.com/strohne/Facepacer>), el cual permite obtener información pública de diversos sitios con la interfaz de programación de aplicaciones (en inglés *application programming interface*, API) que cada sitio provee a desarrolladores para el manejo de esta información. Sólo se obtuvieron los identificadores numéricos de cada uno de los usuarios (desidentificación). Se usó lematización (*stemming*) para recuperación de datos y analizar los mensajes. Estos últimos se clasificaron en dos categorías principales, de orientación médica y otros; la clasificación y análisis de los mensajes se efectuaron por médicos que participaron en forma activa en la página, con previo consenso de cómo clasificar en las subcategorías (Tabla 1).

Resultados: En la página se registraron 2 862 seguidores, el 74.5% de mujeres; el 50% de los seguidores se encontraron entre los 25 y 44 años y en el perfil se registraron 4 172 amigos. El 89.2% de los seguidores era de México, el 4% de Ecuador, el 1.2% de Estados Unidos, el 0.7% de Bolivia y Colombia, el 0.5% de Nicaragua y Perú, el 0.3% de Costa Rica, España, El Salvador y Argentina. Se recibieron 3 968 mensajes en 355 conversaciones. El porcentaje de mensajes y consultas a la página aumentó en un 40% durante los periodos de incremento del número de contagios en el área metropolitana. De un total de 3 968 mensajes, 2 690 (67%) se clasificaron como de orientación médica y de éstos el 41% tenía relación con diagnósticos y tratamiento de enfermedades reumáticas; 42% correspondió a citas médicas, 7% se relacionó con infección de SARS-CoV-2, 5% con el desabasto de medicamentos, el 3% como urgencias médicas y el 2% con la vacunación contra COVID-19. Se clasificaron como otros 1 346 (33%), de los cuales 891 se consideraron como saludos o agradecimientos, 541 como no clasificables y el resto como ventas o promociones.

Conclusiones: La página y el perfil de FB a través de Messenger fueron un medio de comunicación de utilidad para continuar con la atención a los pacientes para resolver sus preguntas durante la pandemia, en especial en la orientación de uso de medicamentos e interacciones farmacológicas potencialmente riesgosas. Las redes sociales pueden ser una estrategia complementaria para la atención de pacientes con enfermedades reumáticas en instituciones públicas.

Tabla 1. (CG302)

Temas de consulta por parte de los usuarios	Descripción del tema	n = 3 938 n (%)
1. Enfermedad reumática	Dudas o comentarios acerca de: Recaídas Nuevos síntomas Estudios de laboratorio Deterioro de la salud en general	492 (20)
2. Tratamiento	Dudas sobre dosis, ajuste posológico, efectos adversos, interacción con otros medicamentos, toma de decisiones para cambiar o ajustar	545 (21)
3. Disponibilidad de medicamentos	Disponibilidad de los fármacos: lugares y motivos de desabasto	96 (5)
4. Infección COVID-19	Síntomas relacionados con COVID-19, realización de pruebas e interpretación de los resultados para tomar decisiones, dudas de tratamiento y dónde acudir a recibir atención médica	144 (7)
5. Cita médica	Solicitud o cambio de cita con el/la reumatólogo (a) tratante o citas para estudios de imagen y laboratorio	1 133 (42)
6. Vacuna	Cuándo vacunarse, mitos, qué vacuna es mejor, interacciones con los medicamentos de su enfermedad y efectos secundarios	44 (2)
7. Urgencias	Solicitud de información de cuándo acudir a los servicios de urgencias, interpretación de síntomas graves que requirieran atención hospitalaria	65 (3)
Médico total		2 690 (67)
Otras		
8. Saludos y agradecimientos	Felicitaciones, saludos y agradecimientos	819 (19)
9. Ventas	Equipo y vestimenta médico	16 (0.4)
10. Promociones	Casas, medicamentos alternativos, etc.	3 (0.07)
11. No clasificable	Mensajes	541 (13)
Otros temas: total		1 346 (33)
Total		3 938 (100)

Bibliografía

1. Álvarez-Mon MA, Rodríguez-Quiroga A, de Anta L, Quintero J. Aplicaciones médicas de las redes sociales. Aspectos específicos de la pandemia de la COVID-19 [Medical applications of social networks. Specific aspects of the COVID-19 pandemic]. *Medicine (Madr)*. 2020 Dec;13(23):1305-1310. Spanish. doi: 10.1016/j.med.2020.12.012. Epub 2020 Dec 24. PMID: 33519029; PMCID: PMC7833728.

CG303

Afección sistémica refractaria post-COVID en síndrome de Blau

Morales-Martínez A, Arellano-Valdez CA, Méndez-Núñez M, Portillo-Rivera AC, Tlacuilo-Parra JA

Centro Médico Nacional de Occidente IMSS (Pediatria)

Introducción: El síndrome de Blau (SB) o sarcoidosis de inicio temprano es una enfermedad autoinflamatoria rara y crónica, causada por mutaciones en el gen *NOD2*. Comienza antes de los cinco años, con su triada característica de dermatitis, artritis y uveítis. La afectación orgánica más allá de la triada incluye sobre todo pulmones, hígado, ganglios linfáticos y, con menor frecuencia, cerebro.

Objetivos: Presentar un caso de afección sistémica resistente post-COVID en el síndrome de Blau.

Resultados: Paciente femenina de 18 años con diagnóstico de Blau a los 11 meses, por biopsia de piel, artritis poliarticular exuberante y uveítis persistente, lo que confirma el diagnóstico con variante SNV heterocigota en *NOD2* (exón 4; c. 1 538 T > C, chr16:50745360; hg19; NM_022162), lo cual causa intercambio p. Met513Thr, (NP_071445.1). Se trató con metotrexato (MTX), diversos anti-TNF (por intolerancia) y anti-IL-6, más dosis variables de corticoides por uveítis resistente. Cursó con COVID-19 en agosto de 2021, con evolución tórpida posterior. Septiembre 2021: abdomen agudo; cirugía laparoscópica y apendicectomía blanca. Diciembre 2021: vómito, dolor abdominal, hipotermia y sudoraciones. Ultrasonido

abdominal: sarcoides hepatoesplénicos y adenitis mesentérica granulomatosa. Biopsias ganglionares: íleo y sarcoides. Cultivos y QuantiFERON Tb gold negativos. Sufrió derrame pleural y atelectasia derechos, no infecciosos. Febrero 2022: vitreítis, dolor sacro en coxofemorales y rodillas. Resonancia magnética (RM) lumbar y de sacroiliacas: sarcoides en L5. Agosto 2022: reinfección por SARS-CoV-2 y posteriormente cefalea intensa, vómito, desorientación, delirio, agitación, amnesia, disgeusia, cefalea intensa y somnolencia; se descarta proceso infeccioso. RM cerebral: lesiones sarcoides occipitales, en núcleo caudado y arrosariamiento vascular. Desarrolla hipertensión arterial transitoria. Septiembre 2022: cefalea intensa, dolor ocular, ótico y mandibular (V par craneal); mareo y limitación a la masticación. IRM cerebral: múltiples lesiones nodulares en ganglios basales, sustancia blanca, globo pálido, cápsula interna, duramadre, hipocampo, meninges, fosa posterior y VII y VIII pares craneales, de 1 cm (**Figura 1**). Mejora posterior a manitol y pulsos de esteroide, y se continúan golimumab, MTX y corticoide. Durante la evolución alcanzó leucocitosis de 70 870/ml, IL-6 de 1 376 pg/mL (nl-7), PCR 24.8 mg/dL (nl-0.3), VSG 54 mm/hhora (nl-15), ferritina 219 ng/mL (nl-67) y plaquetas 484 000/mL. Recurrieron la cefalea cotidiana, el dolor articular y la fiebre matutina; se añadió micofenolato retirado por intolerancia, por lo que se suspendió anti-TNF para iniciar tofacitinib, con mejoría parcial progresiva.

Conclusiones: El paciente ha manifestado durante 16 años la triada típica de síndrome de Blau. Luego de la infección por COVID se produjo compromiso orgánico múltiple. La adición de síntomas se ha informado en un tercio a la mitad de los pacientes. Se han descrito el inicio, la reactivación o el agravamiento y los síndromes similares a enfermedades autoinmunitarias luego de una infección por SARS-CoV-2; no hay informes en el síndrome de Blau. La afectación pulmonar en el SB es rara, en particular por la enfermedad pulmonar intersticial; esta paciente sufrió derrame pleural y atelectasia. La duración del SB tiene una media de 12.8 años con artritis y uveítis; más de 50% remite a tres años. En este caso, los síntomas persistieron más tiempo pese a la politerapia, más la adición de manifestaciones resistentes múltiples, 16 años después. El tratamiento del SB consiste en esteroides sistémicos y tópicos, MTX, anti-TNF e inhibidores de IL-1 e IL-6 (citosinas producto de la activación del *NOD2*). La paciente recibió simultáneamente las primeras cuatro dianas, con persistencia de la uveítis,

por lo que recibió inhibidor de IL-6. Después de SARS-CoV-2 cursó con artritis, fiebre y neurosarcoidosis resistentes, tratadas con tofacitinib. El tratamiento efectivo inicial y durante la evolución del SB es crucial para mejores desenlaces en pacientes con formas agresivas o estímulos inmunitarios potentes, como el SARS-CoV-2.

Bibliografía

1. Córdova-Fletes C, Rangel-Sosa MM, Martínez-Jacobo LA, Becerra-Solano LE, Arellano-Valdés CA, Tlacuilo-Parra JA, et al. Whole-exome sequencing in three children with sporadic Blau syndrome, one of them co-presenting with recurrent polyserositis. *Autoimmunity*. 2020 Sep;53(6):344-352.
2. Kaufman KP, Becker ML. Distinguishing Blau syndrome from systemic sarcoidosis. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2021 Feb 9;21(2):10.

CG304

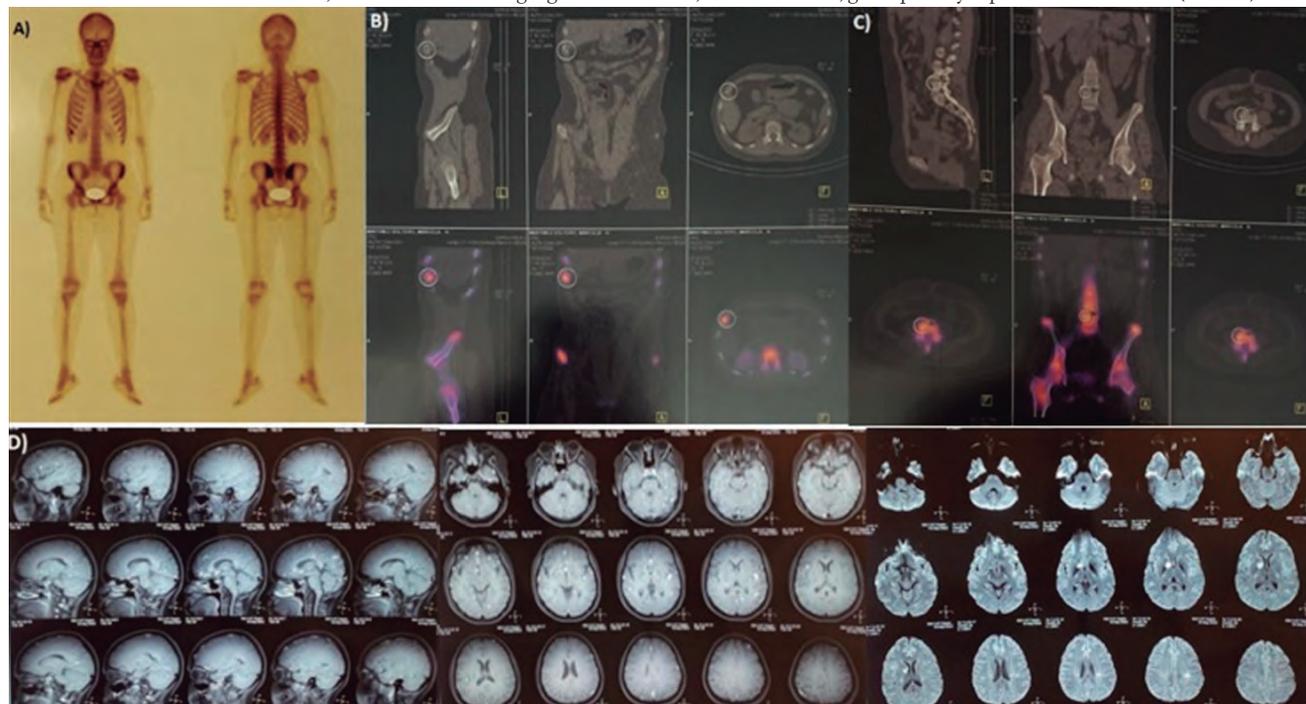
Análisis de los factores clínicos e inmunológicos asociados al desarrollo de síndrome post-COVID-19

Camacho-Morán E, Ruiz-Torres J, Lira-Luna J, Pérez-Fragoso A, Núñez-Aguirre M, Alcalá-Carmona B, Gómez-Martín D

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La evidencia actual sugiere que un alto porcentaje de pacientes que tuvieron COVID-19 puede manifestar diversos síntomas posteriores a la resolución de la infección aguda. El conocimiento sobre los factores de riesgo clínicos e inmunológicos capaces de predecir el desarrollo de síndrome post-COVID-19 serán de gran relevancia para establecer una estrategia de seguimiento y diagnóstico oportuno. El síndrome post-COVID-19 agrupa la persistencia de síntomas por más de 12 semanas posteriores al inicio de la infección. Su patogenia aún no se conoce del todo y carece de biomarcadores.

Figura 1. A. Centellograma de cuerpo completo con captación aumentada en sacroiliacas y octavo arco costal. **B.** SPECT-CT con lesión en octavo arco costal derecho por sarcoidosis. **C.** SPECT-CT: lesión en L5 hacia el lado derecho, con ligera esclerosis y captación aumentada en sacroiliacas. **D.** Cortes sagital y axial en los que se observan lesiones con realce anular, reforzamiento con contraste en lesiones corticales, múltiples lesiones de aspecto nodular que afectan la duramadre hacia el vértex del encéfalo, lesiones nodulares en ganglio basal derecho, sustancia blanca, globo pálido y cápsula interna de 1 cm. (CG303)



Objetivos: Evaluar los factores clínicos e inmunológicos relacionaos con el desarrollo del síndrome post-COVID19.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte que incluyó a pacientes con diagnóstico de COVID-19 corroborado mediante RT-PCR positiva para SARS-CoV-2 en hisopado nasofaríngeo, que a su egreso de hospitalización o manejo ambulatorio tuvieron al menos tres semanas del inicio de los síntomas. A dichos pacientes se les aplicó un cuestionario estandarizado para la detección de síntomas vinculados con síndrome post-COVID-19 previamente validado, así como el cuestionario de St. George para síntomas respiratorios. Además, se les realizó una exploración física completa y se les tomó una muestra de 10 mL de sangre venosa periférica para la obtención de suero y plasma para cuantificación de citosinas, quimiocinas, NET y autoanticuerpos. Con posterioridad se revisó a los pacientes seis meses después para evaluar a quienes permanecieron con síntomas o sin relación con síndrome post-COVID19. El desenlace primario fue el desarrollo de síndrome post-COVID19 definido como la persistencia de los síntomas más allá de las 12 semanas y la fatiga fue el síntoma central y dos o más de los siguientes: dolor muscular, debilidad, depresión, fiebre de bajo grado, dolor torácico, dermatosis, mal control metabólico, cefalea, disnea, dificultades neurocognitivas y efectos tromboticos. En cuanto al análisis estadístico, las variables cuantitativas se expresaron como medianas y rango intercuartílico. La diferencia entre medianas se evaluó con U de Mann-Whitney o prueba de Kruskal-Wallis. La correlación entre variables cuantitativas se midió con rho de Spearman. La relación entre variables se evaluó con ji cuadrada y se calcularon razones de riesgo (RR) con IC95%. Se tomó un valor de $p < 0.05$ y el análisis se llevó a cabo con la ayuda del software SPSS v21.

Resultados: Se seleccionó a 51 pacientes, 32 (62.7%) eran hombres y 19 mujeres (37.3%), con una mediana de edad de 48 años (24-68). Un total de 18 pacientes (35.2%) desarrolló el desenlace primario. Los pacientes que presentaron síndrome post-COVID19 se caracterizaron inmunológicamente por mostrar valores incrementados de TNF- α ($p \leq 0.01$), IP10 ($p \leq 0.01$), IL-1R ($p \leq 0.01$), CCR3 ($p \leq 0.05$), así como expansión de LDG CD10-inmadruras ($p \leq 0.01$). Además, desde el punto de vista metabólico, los valores elevados de ácido hidroxibutírico ($p \leq 0.01$), ácido 3,4-dihidroxibutarínico ($p \leq 0.01$) y cisteína ($p \leq 0.01$) caracterizaron a los pacientes con síndrome post-COVID-19 (**Figura 1**).

Conclusiones: Los datos sugieren una sólida relación entre el estado proinflamatorio mediado a través de la exacerbación del daño durante la infección aguda por SARS-CoV-2, promovida por una atracción aumentada de granulocitos inmaduros enriquecidos con citosinas proinflamatorias, lo cual sugiere que pueden tener un papel clave en la fisiopatogenia del síndrome post-COVID19. Estos hallazgos a su vez pueden estar promovidos por repercusiones en el metabolismo celular quizá derivadas de hipoxia

(metabolismo de aminoácidos ramificados) y de mecanismos vinculados con el estrés oxidativo (cisteína/cistina).

Bibliografía

1. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, et al. Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): A Review. JAMA 2020 doi: 10.1001/jama.2020.12839 [published Online First: 2020/07/11].
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med 2020;382(8):727-33. doi: 10.1056/NEJMoa2001017 [published Online First: 2020/01/25].

CG305

Polimialgia reumática posinfección por COVID-19

Ventura-Ríos L

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: El SARS-CoV-2 tiene un transcriptoma complejo y comparte similitudes con las proteínas humanas y su infección podría generar varios autoanticuerpos y tormenta de citosinas, que forman la base para el desarrollo de manifestaciones autoinmunitarias y reumáticas. En consecuencia, se ha informado que una variedad de manifestaciones sistémicas o específicas de órganos están relacionadas con COVID-19. La polimialgia reumática es una entidad reumatológica escasamente informada en la bibliografía.

Objetivos: Describir el caso de una paciente que desarrolló polimialgia reumática luego de infección por SARS-CoV-2.

Resultados: Paciente femenina de 75 años de edad sin antecedentes personales patológicos de importancia. Recibió vacunación COVID-19, última dosis en marzo del 2022. Cuatro meses después cursó con infección por COVID-19, clínicamente refirió dolor en orofaringe y fatiga con prueba PCR positiva para COVID-19. Dos semanas después tuvo artralgiás intensas, rigidez de hombros y antebrazos que le incapacitan para elevar miembros superiores, además de rigidez matinal con duración hasta de una hora, pérdida ponderal de 4 kg, sin fiebre ni artritis (**Figura 1**). Acude en la tercera semana de evolución con síntomas del dolor de hombros y antebrazos intensos. En su evaluación física muestra facies de dolor, sin fiebre, con incapacidad para efectuar movimientos activos de hombros, sin artritis a ningún nivel, y mantiene arcos de movilidad en todas articulaciones excepto en hombros. Estudios de laboratorio relevantes del caso clínico: factor reumatoide negativo, velocidad de sedimentación globular de 46 mm/h y proteína C reactiva ultrasensible (0.05 mg/dL). Ultrasonido de hombros: bursitis subacromiosubdeltoidea bilateral.

Figura 1. (CG304)

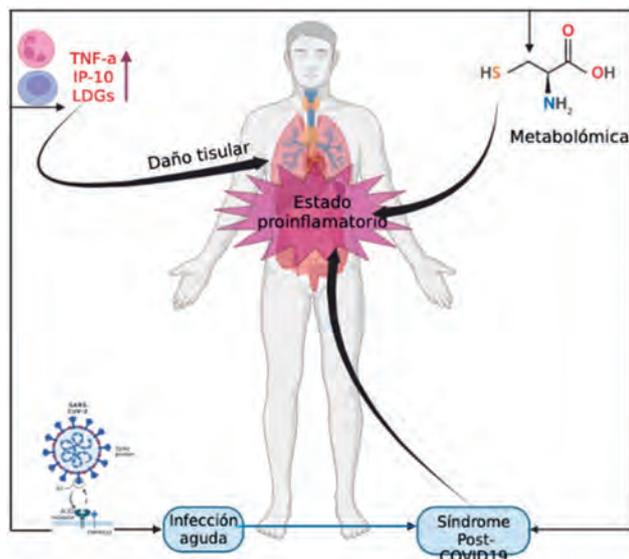


Figura 1. Hombro izquierdo supraespinoso. (CG305)



Conclusiones: La polimialgia reumática se ha descrito posterior a vacunación para SARS-CoV-2, aunque pocos casos luego de la infección.

Bibliografía

1. Monti S. COVID-19 in systemic vasculitis and polymyalgias rheumatica: who is at risk of poor outcomes. *Lancet Rheumatol.* 2021;3(12):823-824.

CG306

Vasculitis asociada a vacunación contra COVID-19: reporte de caso

Lira-Tecpa J¹, Díaz-Jaso C¹, Medina G²

⁽¹⁾Hospital General Regional 72 Lic. Vicente Santos Guajardo, IMSS, ⁽²⁾Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La infección por el virus SARS-CoV-2 ha supuesto el contagio de millones de personas; sin embargo, el desarrollo de vacunas para combatir la pandemia ha representado un paso importante en la lucha en su contra, con alta seguridad en su aplicación, si bien aún se estudian sus efectos secundarios, uno de ellos la vasculitis.

Objetivos: Presentar un caso de una mujer hospitalizada por una vasculitis cutánea atribuida a la vacunación contra la COVID-19.

Resultados: Paciente femenino de 48 años de edad sin enfermedades crónico-degenerativas, ni antecedentes de alergias o enfermedades autoinmunitarias a familiares; recibió tres inmunizaciones anti-COVID-19, las primeras dos con Astra-Zeneca en junio y septiembre de 2021 y dosis de refuerzo con Sputnik-V el 2 de febrero del 2022; seis días después aparecieron lesiones maculopapulares de aspecto purpúrico distribuidas en los miembros pélvicos inferiores con posterior diseminación ascendente, hacia la cara inferior de brazos, tercio inferior de espalda, flancos y glúteos, pruriginosas, de bordes elevados, algunos de ellos palpables, no descamativas y sin desaparecer a la digitopresión, por lo que acude a su unidad de medicina familiar que indica prednisona (50 mg) con dosis de reducción cada cuatro días con mejoría parcial de los síntomas. El 15 de marzo de 2022, la paciente presentó aumento del número de lesiones con diseminación en ambos miembros pélvicos, hemiabdomen inferior, espalda lumbar, flancos y antebrazos, por lo que acude a urgencias a valoración al HGR 72 del IMSS. Estudios de laboratorio: Hb 12.04, Hto 37.5, leucocitos 12.4, neutrófilos 10.1, plaquetas 226, Cr 0.6, urea 35.6, glucosa 132, Na 138, K 4.1, Cl 4.1, BUN 16.67, albúmina 3.9, AST 36, ALT 42, DHL 514, TP 11.7, TPT 22.8, INR 1.06. EGO pH 7, densidad 1.020, Hb aproximada 80 eritrocitos/mcl. Permaneció internada por ocho días en la unidad, donde recibió prednisona (50 mg al día) y luego dosis de reducción con mejoría de las lesiones y egreso. Se descartaron procesos infecciosos a través de panel TORCH, hepatitis B o C y VIH; además, el urocultivo no mostró desarrollo bacteriano. Se realizó biopsia de piel con informe de vasculitis leucocitoclástica y un patrón mixto perivascular conformado por neutrófilos, linfocitos y algunos eosinófilos, con evidencia de extravasación de eritrocitos (Figura 1A), sin datos de necrosis vascular. Después la valoró el servicio de reumatología con informe de diversos anticuerpos negativos, por lo que se atribuyó la anomalía a la vacunación anti-COVID-19. En su último seguimiento, la paciente sólo muestra lesiones residuales en las extremidades inferiores (Figura 1B). La vasculitis es un efecto adverso raro, en particular relacionado con vacunas como influenza y hepatitis B/C. Se ha propuesto que, en algunos casos, se relaciona con la formación de inmunocomplejos que contienen antígenos inactivados del virus con anticuerpos que se depositan en los vasos sanguíneos, lo que provoca tanto activación del complemento como atracción de células inflamatorias perivasculares, con daño a éstas. Se han informado casos con las vacunas de Pfizer y Moderna atribuibles a una reacción de hipersensibilidad tipo IV, en probable relación con el vehículo.

Conclusiones: Hasta donde saben los autores, éste es el primer caso documentado en la unidad y posiblemente en México de un caso de vasculitis relacionada con la vacuna Sputnik V, por lo que es necesaria la documentación de más casos similares para llevar a cabo estudios que permitan determinar la naturaleza de la reacción inflamatoria vascular.

Figura 1. A. Patrón inflamatorio mixto perivascular conformado por neutrófilos, linfocitos y algunos eosinófilos, junto con evidencia de extravasación de eritrocitos perivascular. **B.** Aumento 4x. (CG306)



Bibliografía

1. Bencharattaphakhi R, Rerknimitr P. Sinovac COVID-19 vaccine-induced cutaneous leukocytoclastic vasculitis. *JAAD Case Report.* 2021 Dec;18:1-3.
2. Magro C, Crowson AN, Franks L, Schaffer PR, Whelan P, Nuovo G. The histologic and molecular correlate of COVID-19 vaccine-induced changes in the skin- *Clin Dermatol.* 2021 Nov-Dec;39(6): 966-984.

CG307

Síndromes reumatológicos de nuevo inicio después de la vacunación contra el COVID-19: revisión sistemática

Soto-Fajardo RC¹, Peña-Ayala A¹, González-Hernández F¹, Bernal-González A¹, Flores-Ordóñez P¹, Medina-García AC¹, Pineda-Villaseñor C¹, Vera-Lastra OL², Jara-Quezada LJ¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS, ⁽²⁾Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Desde enero de 2021, alrededor del 60% de la población total ha recibido al menos una dosis de alguna vacuna contra la COVID-19. Una minoría de individuos vacunados puede tener algún fenómeno au-

toinmunitario, el cual puede presentarse en individuos con enfermedades autoinmunitarias previas o como manifestaciones de nueva aparición.

Objetivos: Revisar de forma sistemática la frecuencia, las manifestaciones clínicas y el tratamiento de los síndromes reumatológicos de nueva aparición vinculados con la vacunación contra la COVID-19.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de artículos originales publicados entre enero de 2021 y abril de 2022. El proceso de investigación se llevó a cabo de acuerdo con los lineamientos PRISMA. Se realizaron búsquedas electrónicas en Medline, EMBASE, Cochrane, Scopus, EBSCO, WoS y LILACS con uso de los siguientes términos clave en todas las combinaciones posibles: *reumatic diseases, systemic vasculitis, myositis, polymyositis, systemic lupus erythematosus*, síndrome antifosfolípido, enfermedad de Still del adulto, artritis reumatoide, vasculitis relacionada con ANCA, espondiloartritis, artritis reactiva, síndrome de Sjögren, esclerosis sistémica, COVID-19 vacuna y vacuna contra el SARS-CoV-2. Se incluyeron estudios sobre enfermedades reumáticas autoinmunitarias de nueva aparición después de la aplicación de la vacuna COVID-19. Se incluyeron estudios de cohortes, informes de casos o series de casos si los pacientes cumplían los criterios de diagnóstico/clasificación o nomenclatura específicos para cada enfermedad reumática autoinmunitaria.

Resultados: Se incluyeron 57 estudios, con un total de 87 pacientes. Todos los estudios incluidos fueron series de casos o informes de casos. La mayoría de los pacientes incluidos eran de Europa (42.5%); los diagnósticos informados con mayor frecuencia fueron vasculitis (vasculitis relacionada con ANCA en 27.6%, arteritis de células gigantes en 8%, vasculitis IgA en 8%, arteritis de Takayasu en 2.3%, enfermedad de Kawasaki en 3.4%, vasculitis crioglobulinémica en 1.1%), seguidos por polimialgia reumática (14.9%), lupus eritematoso sistémico (11.5%) y enfermedad de Still del adulto (10.3%), otras afecciones informadas fueron artritis reumatoide (3.4%), artritis reactiva (2.3%), síndrome de Sjögren (3.4%), esclerosis sistémica (2.3%) y síndrome de superposición (1.1%). En el 20.8% de los casos no se especificó el tratamiento utilizado; del resto, la mayoría recibió glucocorticoides (70.8%, 2.8% dosis baja, 5.6% dosis media, 18.1% dosis alta y 20.8% pulsos). Además, el 40.3% recibió algún inmunosupresor (ciclofosfamida 11.1%, rituximab 4.2%, hidroxilcloroquina 6.9%, metotrexato 5.6%, tocilizumab 4.2%, micofenolato 4.2%, otros 4.2%, inmunoglobulina 11.1%). El 54.2% de los pacientes alcanzó remisión completa, el 20.8% parcial y el 9.7% no respondió (datos perdidos = 15.3%). Limitaciones: un porcentaje considerable de los casos no disponía de datos completos (características clínicas, tratamiento, seguimiento). El seguimiento fue corto y no tuvo serología durante el seguimiento, por lo que no es posible saber si se trata de síndromes transitorios o permanentes. Sesgos significativos (la mayoría eran informes de casos).

Conclusiones: A pesar del creciente número de casos documentados, la incidencia aún es baja en comparación con los beneficios de la vacunación. Es necesario el seguimiento en estos pacientes para determinar la evolución de esta rara aparición de enfermedades reumáticas autoinmunitarias. Por último, es necesario investigar el riesgo inmunogenético y los componentes de la vacuna con el fin de conocer su compleja relación con el sistema inmunitario.

Bibliografía

- Jara LJ, Vera-Lastra O, Mahroum N, Pineda C, Shoenfeld Y. Autoimmune post-COVID vaccine syndromes: does the spectrum of autoimmune/inflammatory syndrome expand Clin Rheumatol. 2022;41(5):1603-1609. doi: 10.1007/s10067-022-06149-4.
- Chen Y, Xu Z, Wang P, Li XM, Shuai ZW, et al. New-onset autoimmune phenomena post-COVID-19 vaccination. Immunology. 2022;165(4):386-401. doi: 10.1111/imm.13443. Epub 2022 Jan 7. PMID: 34957554.

CG308

Polimiositis inducida por vacuna COVID-19: reporte de un caso

Sánchez-Cruz AA¹, Escudero-Tepale EM¹, Morales-Castañeda WA², Rosas-Villegas CE³

⁽¹⁾Hospital General de Zona No.2 Fresnillo, ⁽²⁾HGZ3, ⁽³⁾IMSS

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas son un grupo heterogéneo de trastornos autoinmunitarios que por lo general se caracterizan por una inflamación crónica del músculo con manifestaciones clínicas, respuestas al tratamiento y pronósticos variables. La polimiositis podría definirse como un fenotipo de miositis con debilidad muscular crónica sin compromiso de la piel y con mecanismos predominantes de células T citotóxicas.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente que desarrolló polimiositis posterior a la aplicación de vacuna COVID-19.

Resultados: Paciente masculino de 85 años; comorbilidades: hernia discal de L4 y L5. Inicia cuadro una semana después de la aplicación de la primera dosis de vacuna COVID-19, con debilidad en extremidades superiores simétrica y de manera proximal; con posterioridad, al recibir la segunda dosis de vacuna COVID, se agrega debilidad en extremidades inferiores, simétrica y proximal, con pérdida de peso de 20 kg en dos meses, más debilidad cervical, disfagia y neumonía por broncoaspiración. Ingres a hospitalización y protocolo de estudios, con estudios paraclínicos (CPK 13 399.2, AST 586, ALT 695, DHL 1 291) y se decide realizar biopsia muscular que revela datos consistentes con polimiositis; se inician pulsos de metilprednisolona, con mejoría de síntomas, y se continúan dosis altas de esteroide a dosis de reducción y azatioprina (2 mg/kg/día), con lo cual mostró adecuada respuesta clínica y de laboratorio (ALT 17, AST 22.70, CPK 146, CPK. MB 22.30). Por la edad se protocoliza y se descarta neoplasia adjunta. Durante mucho tiempo se ha pensado que la infección viral es una posible causa de la enfermedad autoinmunitaria, incluida la IIM. Se demostró que la vacuna MRNA COVID-19 induce de manera exclusiva efectos de IFN tipo I. Se considera ampliamente que la regulación al alza de estas vías inmunológicas es la base de varias enfermedades mediadas por el sistema inmunitario, en especial en sujetos genéticamente predispuestos. Los investigadores creen que la autoinmunidad inducida por la vacuna es efecto del mimetismo molecular entre la célula hospedadora y el antígeno o directamente de los adyuvantes de la vacuna.

Conclusiones: Antes se han descrito casos de miopatías inducidas por la vacuna COVID-19 y se han identificado sobre todo cuadros de dermatomiositis; sin embargo, en el caso expuesto, la presentación fue una polimiositis, y al tratarse de una entidad rara y aún más en el grupo etario, produjo retardo del diagnóstico, de tal modo que el paciente mostraba un cuadro grave de la enfermedad. La importancia de este caso es documentar la posibilidad de desarrollar miopatía inflamatoria posterior a la aplicación de vacuna, sin presentarse necesariamente en los intervalos de edad y género, y con ello disminuir el tiempo de diagnóstico con la finalidad de recibir un tratamiento temprano con mejor pronóstico de la enfermedad.

Bibliografía

- Lundberg IE, Fujimoto M, Vencovsky J, et al. Idiopathic inflammatory myopathies. Nat Rev Dis Primers. 2021 Dec 2;7(1):86.
- Gouda W, Albasri A, Alsaqabi F, et al. Dermatomyositis following BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccination. J Korean Med Sci. 2022 Feb 7;37(5):e32.

CG309

Vasculitis como primera manifestación de síndrome de Sjögren en pacientes con infección previa por COVID-19

Vargas-Avilés AS, Puebla-Miranda M, Vázquez-Velo JA, González-Véliz GF

Hospital Juárez de México

Introducción: La vasculitis es una de las manifestaciones extraglandulares del síndrome de Sjögren (SS). Los vasos de pequeño calibre son los afectados con más frecuencia. La vasculitis cutánea más común en el SS es palpable, en relación con crioglobulinas, pero puede ser impalpable (urticariana). El hallazgo más común en la biopsia de piel es la vasculitis leucocitoclástica. La infección viral por SARS-CoV-2 favorece el inicio o la exacerbación de enfermedades autoinmunitarias en pacientes genéticamente susceptibles, situación que también se ha planteado con la vacunación para dicha infección. En los pacientes con COVID-19 ocurre una disfunción del sistema inmunitario y disbiosis intestinal y se han documentado anticuerpos

circulantes: antinucleares, anti-SSA y SSB, anti-CCP, entre otros. Además de compartir síntomas que caracterizan al síndrome de Sjögren (SS): xerostomía (32%), trastornos gustativos (70%) y ojo seco (72%), dichas manifestaciones se presentan antes (40%), de forma simultánea (46%) o después de la aparición de otros síntomas de la infección por COVID-19. Se ha informado en Latinoamérica un incremento del SS en pacientes infectados con anterioridad por COVID-19.

Objetivos: Presentar un caso de vasculitis como primera manifestación del síndrome de Sjögren en pacientes con infección previa por COVID-19.

Resultados: Caso 1: paciente masculino de 35 años de edad con infección por COVID-19, dos meses antes del padecimiento e inmunización con dos dosis de la vacuna Sputnik. Acudió por lesiones eritematosas iniciales de rodillas, que se diseminaron a muslos, piernas y pies; evolucionó con aparición de ampollas y necrosis central de estos defectos (**Figura 1**). Después sufrió fiebre, pérdida de peso, xerostomía, xeroftalmía, artralgias en manos y parestesias en miembros inferiores. Estudios de laboratorio: anticuerpos ANA 1:320, patrón homogéneo, anti-SSA 109.

Figura 1. Lesiones purpúricas, algunas con centro necrótico y manchas hipercrómicas. (CG309)



Caso 2: paciente femenino de 42 años de edad con infección por COVID-19, tres meses antes del padecimiento e inmunización con dos dosis de la vacuna Pfizer y refuerzo Astra-Zeneca. Inició con lesiones eritematosas, maculares, algunas palpables, en ambas piernas y glúteos, que evolucionaron a aparición de úlceras y necrosis central (**Figura 2**). Se agregaron fiebre, pérdida de peso, xerostomía, xeroftalmía, artralgias en

Figura 2. A. Lesión ulcerativa, con fondo necrótico. **B.** Úlcera con borde elevado y fondo con tejido de granulación. (CG309)



hombros, manos y rodillas y parestesias en miembros inferiores. Estudios de laboratorio: anticuerpos ANA 1:1 280 patrón homogéneo, anti-SSA 1 505 y anti-SSB 312. En ambos pacientes se documentaron prueba de Schimer positiva y biopsia de lesiones iniciales: vasculitis urticariana (caso 1) y leucocitoclástica (caso 2). El estudio de conducción nerviosa reveló compromiso polineuropático sensitivo y mononeuropático motor múltiple en miembros inferiores.

Se indicó tratamiento con lubricantes oculares y orales, glucocorticoides a dosis moderadas, hidroxicloroquina, azatioprina y pregabalina, con mejoría clínica.

Conclusiones: La infección por COVID-19 puede favorecer el inicio o deterioro de enfermedades autoinmunitarias, como el SS. En pacientes con infección previa por COVID-19 y datos clínicos como vasculitis y síndrome seco debe considerarse la posibilidad de aparición del SS. Las manifestaciones clínicas en esta anomalía son similares a las de la población general.

Bibliografía

1. Fantozzia P, Pampena E, Vannab D, Pellegrinob E, Corbib D, Mammucarib S. Xerostomia, gustatory and olfactory dysfunctions in patients with Covid 19. *Am J Orolaryngol* 2020;41:102721.
2. Masuko K. Will the COVID-19 pandemic trigger future occurrence of autoimmunity like Sjögren's syndrome. *Int J Rheum Dis.* 2021;24:963-965.
3. Martelli-Júnior H, Alcino Gueiros L, Gomes de Lucena E, Coletta R. Increase in the number of Sjögren's syndrome cases in Brazil in the COVID-19 Era. *Oral Diseases.* 2021;00:13.

CG310

Impacto de la pandemia de COVID-19 en pacientes con artritis reumatoide: interrupción de la atención

Moctezuma-Ocampo AA¹, Montiel-Hernández JL¹, Gómez-Galicia DL¹, Xibille-Friedmann DX²

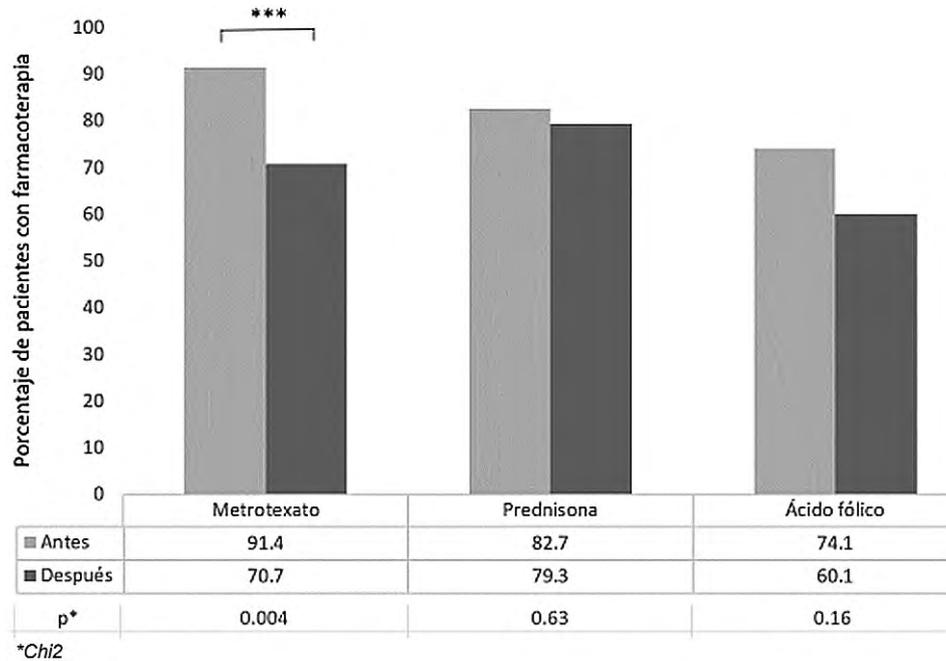
⁽¹⁾Universidad Autónoma del Estado de Morelos, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca José G. Parres

Introducción: La pandemia de COVID-19 ha generado un gran desafío tanto para los pacientes con artritis reumatoide (AR) como para los proveedores de atención médica de reumatología, con un efecto en el tratamiento y el seguimiento de los pacientes. Desde marzo del 2020 hasta octubre del 2021, el servicio de reumatología del Hospital General de Cuernavaca se suspendió, motivo por el cual los pacientes con AR no recibieron la atención médica ni la medicación necesaria. Los estudios previos han documentado que este tipo de interrupciones altera la farmacoterapia. **Objetivos:** Evaluar el efecto de la interrupción de la atención médica durante la pandemia de COVID-19 sobre la farmacoterapia y actividad clínica en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio transversal de pacientes con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010). Entre febrero y septiembre del 2022 se realizaron encuestas telefónicas de pacientes previamente registrados en la base de datos de la clínica de AR, sobre la farmacoterapia utilizada (antes y después de la pandemia), consumo de productos herbolarios, actividad de la enfermedad y dolor percibido en la última semana (escala del 0 > 10), rigidez matutina, asistencia con un reumatólogo durante la pandemia y posibilidad de comprar la medicación. Además, se comparó la actividad clínica antes y después de la pandemia evaluada por el reumatólogo.

Resultados: Participaron 58 pacientes con AR y los fármacos más empleados fueron metotrexato, prednisona y ácido fólico (**Figura 1**). El 62% de los pacientes tuvo modificaciones a la farmacoterapia, las más frecuentes de las cuales fueron los cambios en la dosis inicial de prednisona y la suspensión o adición de medicamentos (MTX). El 31% de los pacientes utilizó algún producto herbolario: tres pacientes consumían un producto con alerta sanitaria (COFEPRIS) debido a la detección de glucocorticoides. La evaluación de la enfermedad notificada por los pacientes fue de 5.58 ± 2.47 , el dolor percibido en la última semana se identificó en 5.32 ± 2.69 y el 62% de los pacientes informó rigidez matutina. Sólo el 17% de los

Figura 1. Fármacos más utilizados (temporalidad en función de la pandemia). (CG310)



pacientes asistió a consulta con un reumatólogo desde el inicio de la pandemia y el 90% de los pacientes debió comprar su medicación. Tan sólo 24 pacientes de los pacientes (42.8%) han regresado a la consulta reumatológica. Al comparar su actividad clínica con su estado antes de la pandemia, no se observaron cambios significativos en el recuento de articulaciones inflamadas, dolorosas, VSG o DAS28 (Tabla 1).

Tabla 1. Valores del recuento de articulaciones dolorosas, inflamadas, VSG y DAS 28 (temporalidad en función de la pandemia). (CG310)

Parámetros	Antes, media (DE)	Ahora, media (DE)	p*
Articulaciones dolorosas	3.16 ± 3.44	4.32 ± 7.05	0.47
Articulaciones inflamadas	3.08 ± 1.81	2.24 ± 2.40	0.18
Velocidad de sedimentación globular	21.30 ± 8.48	20.68 ± 7.72	0.79
DAS28	3.80 ± 0.86	3.58 ± 1.11	0.45

*Prueba t no pareada con corrección de Welch.

Conclusiones: La falta de atención médica durante la pandemia favoreció cambios en la farmacoterapia prescrita. Aunque no se observaron cambios en su actividad clínica, esto significó un incremento del uso de prednisona o su cambio por tratamientos alternativos.

Bibliografía

- Romao VC. Práctica de reumatología en medio de la pandemia de COVID-19: una visión pragmática. RMD abierto 6, e001314 (2020). <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/rmdopen-2020-001314>.
- Fragoulis GE. Treatment adherence of patients with systemic rheumatic diseases in COVID-19 pandemic. Ann Rheum Dis. 2021;80:e60. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-217935>.
- Tanaka E. Changes in treatment adherence and behaviour during the COVID-19 pandemic in Japanese patients with rheumatoid arthritis: results from cross-sectional study in the IORRA Cohort. Mod Rheumatol. 2022. <https://doi.org/10.1093/mr/roab120>.
- COFEPRIS alerta sobre comercialización ilegal del producto Artri ajo king, el cual no cuenta con registro sanitario. Alerta Sanitaria 08/2021, 2021). <https://www.gob.mx/cofepris/articulos/cofepris-alerta-sobre-comercializacion-ilegal-del-producto-artri-ajo-king-el-cual-no-cuenta-con-registro-sanitario?idiom=es>.

CG311

Incremento de la ecogenicidad del músculo recto femoral en pacientes con COVID-19 subagudo, asintomático y leve

Coronado-Zarco R, Olascoada-Gómez De León A, Hernández-Díaz C, Quinzaños-Fresnedo J, Aguirre-Meneses H, Macías-Gallardo J, Franco-Cendejas R, Mondragón-Eguiluz A, Chávez-Heras T, Zarco-Ordóñez K, Centeno-Morales NC, Quintanar-Trejo LE, López-Megchun X, Aragón-Hernández A

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: Las mialgias, la fatiga y la debilidad son quejas comunes en pacientes post-COVID-19. Las formas más consistentes para evaluar la calidad muscular es la fuerza (dinamometría manual) y la cuantificación de masa (densitometría de cuerpo completo). La ecogenicidad por ultrasonido ofrece una evaluación del estado de salud muscular y su incremento se ha relacionado con inflamación, mioesteatosis o fibrosis, anomalías que no se evalúan con los métodos convencionales.

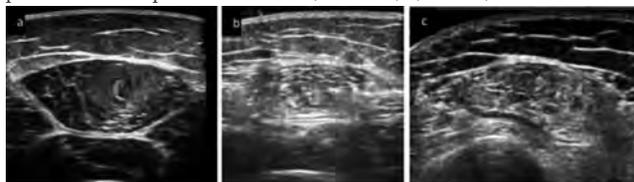
Objetivos: Comparar fuerza prensil, composición corporal, ecogenicidad y calidad muscular en pacientes post-COVID-19.

Material y métodos: Estudio analítico (Comité de Investigación y Ética 43/20 SP-1). Se incluyó a sujetos adultos, con tres semanas de diagnóstico de COVID-19 (criterios OMS), no hospitalizados. Se midió la fuerza prensil con dinamómetro manual, la masa magra apendicular (MMA) con densitometría, la calidad muscular tras considerar la unidad de fuerza (kg) entre la unidad de masa magra (kg) corporal y brazo derecho, y la ecogenicidad con análisis de imágenes de ultrasonido con software Image JO.

Resultados: Se estudió a 119 pacientes (controles, 37 femeninos y 27 masculinos; casos, 32 femeninos y 23 masculinos). Se observaron diferencias significativas para medias de peso, índice de masa corporal (IMC) y ecogenicidad del recto femoral (ERF) derecho. El IMC y la ecogenicidad están aumentados en los casos con significancia estadística y existe una correlación significativa entre estas dos variables (Figura 1).

Conclusiones: La ecogenicidad de los pacientes post-COVID subagudos está incrementada, lo que podría sugerir infiltración grasa muscular o un proceso inflamatorio.

Figura 1. Músculo recto femoral en el corte transversal. Ecogenicidad en a): sujeto control (79 dB); b) paciente post-COVID-19 (146.1 dB); c) paciente con miopatía inflamatoria (134.4 dB). (CG311)



Bibliografía

1. Correa-de Araujo R. The need for standardized assessment of muscle quality in skeletal muscle function deficit and other aging-related muscle dysfunctions: a Symposium Report. *Front Physiol.* 2017;8:87.
2. Naimo MA. Skeletal muscle quality: a biomarker for assessing physical performance capabilities in young populations. *Front Physiol.* 2021;5(12):706699.
3. Pillen S, van Alfen N. Muscle ultrasound from diagnostic tool to outcome measure Quantification is the challenge. *Muscle Nerve* 2015;52:319-20.

CG312

Artritis psoriásica posterior a COVID-19: reporte de un caso

Arévalo-Martínez FG¹, Ochoa-Ayala LI², Reyes-Ríos E³

⁽¹⁾Hospital Ángeles Metropolitano, ⁽²⁾Hospital General Fray Junípero Serra, ISSSTE, Tijuana, ⁽³⁾Hospital General Regional No. 20, IMSS, Tijuana

Introducción: Se han informado la aparición de enfermedades autoinmunitarias reumáticas (EAR) o su exacerbación preexistente, en relación con las vacunas contra COVID-19 y por COVID-19, como artritis reumatoide, LES, vasculitis SAF y psoriasis. Se presenta el caso de una paciente femenina que luego de COVID-19 inicia con artritis psoriásica. La psoriasis y la artritis psoriásica (PsA) comparten mecanismos patogénicos que incluyen factores genéticos, ambientales e inmunológicos, con generación de linfocitos T citotóxicos autorreactivos, respuesta inmunitaria mediada por linfocitos Th1 y Th17, citocinas TNF-alfa e interleucina 17, que a su vez juegan un papel importante en la replicación viral.

Objetivos: Presentar un caso de artritis psoriásica posterior a COVID-19. **Resultados:** Paciente femenina de 45 años, sin AHF de importancia, con APP de asma e hipertensión arterial, y diagnóstico de COVID-19 en enero de 2022. Cuatro semanas posteriores al diagnóstico inicia con algia y sinovitis asimétrica en rodillas, tobillos y MTF, rigidez matinal > 1 h y dificultad al deambular por dolor. Después sufre lesiones eritematoescamosas, pruriginosas, en palmas, dedos y tórax posterior, paroniquia, afectación del lecho ungueal y onicólisis. Estudios inmunológicos negativos; VSG 35/25 mm/h, PCR 14/6 mg/L. La biopsia cutánea indica esclerodermia. Se trata con FARME (metotrexate, 2.5 mg 4 tabletas por semana; y sulfasalazina, 500 mg cada 8 h), esteroide tópico y biológico anti-TNF-alfa (adalimumab 40 mg, subcutáneo, cada 15 días), con mejoría de manifestaciones cutáneas y articulares a las seis semanas de tratamiento. Los mecanismos para el desarrollo de EAR después de COVID-19 no son claros. Se ha demostrado incremento de activación de células B, reactividad cruzada contra la proteína S del SARS-CoV-2 y la relación del STAT-3 en el desarrollo de psoriasis y el COVID-19, por mediar señal de citocinas 17, 23 y la diferenciación de células Th-17.

Conclusiones: Se presenta un caso de un paciente con triple vacuna de vector viral contra COVID-19, que luego de COVID-19 desarrolla artritis psoriásica. Varios informes demuestran nexo entre vacunas y COVID-19 con enfermedades autoinmunitarias reumáticas, muy probablemente en pacientes con predisposición genética.

Bibliografía

1. Ozaras R, Berk A, Ucar DH, Kaya F, Mutlu H. COVID-19 and exacerbation of psoriasis. *Dermatol Ther.* 2020;33(4).

2. Ciaffi J, Meliconi R, Ruscitti P, Giacomelli R, Ursini F. Rheumatic manifestations of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *BMC Rheumatol.* 2020;4:65.

CG313

Uso de tocilizumab en pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Domínguez-Valdez SI, Muñoz-López S, Irazoque-Palazuelos F, Rosales-Don Pablo V, Hadid-Smeck J, Escarela-Serrano M, Fidel-Téllez F, Rodríguez-Martínez CM, Montiel-López L, Méndez-Vidrio MC, Pasos-Altamirano G, Cajina-López D, Andrade-Ortega L, Garduño-Pérez AA

Centro Médico Nacional 20 de noviembre, ISSSTE

Introducción: El uso del tocilizumab en COVID-19 se implementó de manera emergente en pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2.

Objetivos: Evaluar la administración de tocilizumab en pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 en un hospital de alta especialidad. Determinar la mortalidad hospitalaria y los cambios en diversos parámetros clínicos y de laboratorio tras el tratamiento con tocilizumab.

Material y métodos: Registro de pacientes hospitalizados con neumonía grave por SARS-CoV-2 tratados con tocilizumab en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, del 2020 al 2022, en un área de medicina interna y terapia intensiva. Se incluyó a pacientes que se encontraban dentro de las primeras 24 horas de admisión a la unidad de cuidados intensivos y que requerían ventilación mecánica invasiva o no invasiva u oxígeno de alto flujo (FiO₂ >e 40% y flujo > 30 L/min), y en aquellos pacientes que mostraban rápida progresión a la falla respiratoria.

Resultados: Registro de 237 pacientes, 69 mujeres (29.1%) y 168 hombres (70.9%), con media de edad de 54.5 años, los cuales tenían como factores de riesgo: obesidad (48.1%), diabetes mellitus (44.7%) e hipertensión arterial (41.8%). De los marcadores de inflamación y trombosis estudiados, sólo la proteína C reactiva (PCR) y el fibrinógeno mostraron descenso significativo después de administrar tocilizumab (**Tabla 1**). La mortalidad global fue de 34.6% (82 de 237 pacientes), significativamente más alta en pacientes que requirieron ventilación mecánica (73.3 vs. 3.8%, p = 0000).

Tabla 1. (CG313)

Marcador	Inicial	Después de tocilizumab	Diferencia	p
PCR (n = 197)	121.82	52.52	69.305	0.000
Fibrinógeno (n = 191)	533.36	412.90	120.461	0.000

Conclusiones: El tratamiento con tocilizumab en pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 se vinculó con disminución significativa de los valores de PCR y fibrinógeno, lo que podría relacionarse con disminución del proceso inflamatorio y riesgo de trombosis, respectivamente. Sin embargo, es necesaria la comparación con un grupo control para determinar si hubo disminución de la mortalidad con tocilizumab.

Bibliografía

1. Xiaoling X, Mingfeng H, Tiantian L, Wei S, Dongsheng W, Binqing FD, et al. Effective treatment of severe COVID-19 patients with tocilizumab. *PNAS.* May 19 2020;117(20).
2. Timothée K, Souheil Z, Anne L, Philippe S, et al. Impact of tocilizumab on mortality and/or invasive mechanical ventilation requirement in a cohort of 206 COVID-19 patients. *International Journal of Infectious Diseases.* 2021;99:xxxxxx.

CG314

Frecuencia de enfermedad reumática e infección por SARS-CoV-2 en pacientes pediátricos: manifestaciones clínicas, de laboratorio, gabinete y tratamiento

Cortina-Olvera GC, Céspedes-Cruz AI, Torres-Jiménez AR, Zeferiño-Cruz M, Velázquez-Cruz A

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (Pediatria)

Introducción: La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad respiratoria aguda infecciosa causada por un virus de la familia *Coronaviridae*, no identificado previamente en seres humanos, el SARS-CoV-2 (síndrome respiratorio agudo grave coronavirus 2). La Alianza Global de Reumatología COVID-19 (C19-GRA) fue la primera en determinar los factores relacionados con hospitalización en 600 casos con COVID-19 y enfermedades reumáticas, de los cuales 277 (46%) requirieron hospitalización; esto indica que el riesgo de infección inicial con SARS-CoV-2 es similar entre los pacientes con enfermedad reumática y población general.

Objetivos: Describir las características clínicas, de laboratorio y gabinete en pacientes pediátricos con enfermedad reumática que cursaron con infección por SARS-CoV-2 y requirieron hospitalización en el Centro Médico Nacional la Raza durante el periodo de marzo de 2020 a agosto de 2021.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional, previo registro y aprobación del protocolo por el comité local de investigación en salud; se identificaron expedientes clínicos de pacientes hospitalizados por infección de SARS-CoV-2 y enfermedad reumatológica, de marzo de 2020 a agosto de 2021. Se utilizó Excel para el análisis estadístico de las variables cuantitativas y cualitativas, así como SPSS versión 16.

Resultados: Se incluyó a un total de 13 pacientes con enfermedad reumática e infección concomitante con SARS-CoV-2, el 77% del sexo femenino y el 23% del masculino. La edad promedio de los pacientes fue de 11 años, y el grupo etario más afectado fue el de 11 a 15 años (61%). Respecto del diagnóstico reumatológico, el 61% (8 pacientes) tenía diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, 15% (2 pacientes) artritis idiopática juvenil y 1 paciente (8%) púrpura vascular, poliangeitis microscópica y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, respectivamente. El 69% (9 pacientes) mostró actividad de la enfermedad al diagnóstico de infección por SARS-CoV-2. Los hallazgos de laboratorio en infección por SARS-CoV-2 y enfermedad reumática mostraron un predominio de leucopenia, linfopenia, elevación de proteína C reactiva, ferritina y dímero D. Dentro de las complicaciones, 2 pacientes (15%) sufrieron síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico, 4 pacientes (31%) serositis (derrame pericárdico y derrame cardiaco) y 1 paciente ectasia coronaria. Los principales tratamientos instituidos para la enfermedad de base antes de la infección por SARS-CoV-2 fueron esteroides sistémicos, mifeprenoato de metil y cloroquina, los cuales no se modificaron durante el curso de la enfermedad. El 69% de los pacientes se mantuvo con aporte de oxígeno complementario en puntas nasales, con bolsa máscara (23%) y ventilación mecánica controlada en 3 pacientes (23%). Sólo se registró una defunción por complicación con síndrome de activación macrófaga y derrame pleural. Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas relacionadas con infección por SARS-CoV2 en pacientes con enfermedad reumatológica. (CG314)

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	Porcentaje
Tos	4	30.80%
Fiebre	9	69.20%
Disnea	7	53.80%
Cefalea	6	46.20%
Odinofagia	1	7.70%
Dolor abdominal	1	7.70%
Mialgias	1	7.70%
Artralgias	8	61.50%
Dolor torácico	3	23.10%
Vómito	2	15.40%
Conjuntivitis	3	23.10%
Ataque al estado general	10	76.90%

Frecuencia de síntomas en infección por COVID-19 en pacientes con enfermedad reumatológica.

Conclusiones: La enfermedad reumatológica más frecuente en relación con infección por SARS-CoV-2 fue el lupus eritematoso sistémico, seguida por artritis reumatoide juvenil; el curso fue bueno en 92%.

Bibliografía

- Ugarte-Gil MF, Marques CDL, Alpizar-Rodríguez D, Pons-Estel GJ, Xibille-Friedmann D, Paiva E, et al. Characteristics associated with Covid-19 in patients with rheumatic disease in Latin America: data from the Covid-19 Global Rheumatology Alliance physician-reported registry. *Global Rheumatology* [Internet]. 2020; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.46856/grp.10.e003>.
- Santos CS, Morales CM, Álvarez ED, Castro CA, Robles AL, Sandoval TP. Determinants of COVID-19 disease severity in patients with underlying rheumatic disease. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2020;39(9):2789-96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-020-05301-2>.

CG315

Tocilizumab: alternativa terapéutica para el síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado a SARS-CoV-2

Gallego-Tapia AR¹, Casaubon-García P¹, Sánchez-Medina J¹, Menchaca-Aguayo HF², Ramos-Tiñini P³, Faugier-Fuentes E⁴

⁽¹⁾ Centro Médico ABC, ⁽²⁾ Hospital General Dr. Agustín O'Horan, ⁽³⁾ Clínica CIES, Centro de Investigación Educación y Servicios, ⁽⁴⁾ Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: En abril del 2020 se notificó en varios países de Europa y en Estados Unidos un síndrome inflamatorio en niños relacionado temporalmente con la pandemia por COVID-19. A este síndrome se lo denominó síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico temporalmente relacionado con SARS-CoV-2 (PIMS-TS) según el *Royal College* del Reino Unido, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y la Organización Mundial de la Salud. Se presenta entre cuatro y seis semanas después de la infección por SARS-CoV-2. La presentación clínica es similar a la de la enfermedad de Kawasaki, aunque predominan los síntomas gastrointestinales, cardíacos y estado de choque. Durante el transcurso de la pandemia se han empleado distintos tratamientos, sobre todo gammaglobulina y esteroides; sin embargo, ante casos resistentes al tratamiento inicial se han utilizado fármacos biológicos como el tocilizumab.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con diagnóstico de PIMS-TS con resistencia al tratamiento y adecuada respuesta a la alternativa terapéutica con tocilizumab.

Resultados: Paciente masculino de cuatro años, que inició con fiebre de cinco días de evolución, persistente, con irritabilidad, dolor abdominal, vómito, hiperemia conjuntival y dermatosis maculopapular, previamente sano. Los padres cursaron con COVID-19 cuatro semanas antes. Exploración física: irritabilidad, edema bupalpebral, inyección conjuntival, faringe hiperémica, linfadenopatía cervical anterior de 0.5 cm; pulsos saltones, llenado capilar inmediato. Sufrió deterioro respiratorio y datos de choque por lo que ingresó a la unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP). Estudios de laboratorio: leucocitosis, neutrofilia, trombocitopenia, hiponatremia, elevación de transaminasas, hipoalbuminemia, hipertrigliceridemia, elevación de transaminasas, bilirrubina directa, VSG, PCR, procalcitonina, ferritina, fibrinógeno, dímero D, interleucina 6 (IL-6) y troponina. PCR SARS-CoV-2 negativa, IgG para SARS-CoV-2 positiva. Examen general de orina con piuria estéril. Hemocultivo negativo. Ecocardiograma: disfunción ventricular y ectasia en arteria coronaria derecha (**Tabla 1**). Se diagnosticó PIMS-TS. Por el estado de choque se inició ventilación mecánica invasiva, apoyo inotrópico y vasopresor; gammaglobulina (2 g/kg) y metilprednisolona (30 mg/kg/día). A las 48 horas sufrió choque refractario y elevación de marcadores inflamatorios, por lo que se administró tocilizumab (12 mg/kg/dosis); mostró mejoría clínica y disminución de reactantes (**Figura 1**). Ecocardiograma de control (**Figura 2**). Egresó de la UTIP.

Conclusiones: El PIMS-TS, al tratarse de una entidad relativamente nueva, representa un reto diagnóstico y terapéutico. Este caso se presentó con resistencia al tratamiento inmunomodulador inicial descrito en las distin-

tas guías publicadas, por lo que se optó por el tocilizumab como alternativa terapéutica con base en los mecanismos fisiopatológicos, con buena respuesta. Los tratamientos inmunomoduladores de primera línea son inmunoglobulina (IGIV) y glucocorticoides, combinados o en forma secuencial de acuerdo con la respuesta a la modalidad inicial. En casos de resistencia se sugieren dosis altas (10-30 mg/kg/día) de glucocorticoides (metilprednisolona), anakinra, tocilizumab o infliximab. Este caso demuestra la efectividad del tocilizumab.

Tabla 1. (CG315)

	Valor del <i>strain</i> longitudinal	Valor de Z score de arteria coronaria derecha	Fración de expulsión ventricular (FEVI)
1º Ecocardiograma	-13.9%	3.2 mm (+2.3)	44%
2º Ecocardiograma	-23.7%	1.5 mm (-0.95)	57%

Figura 1. (CG315)

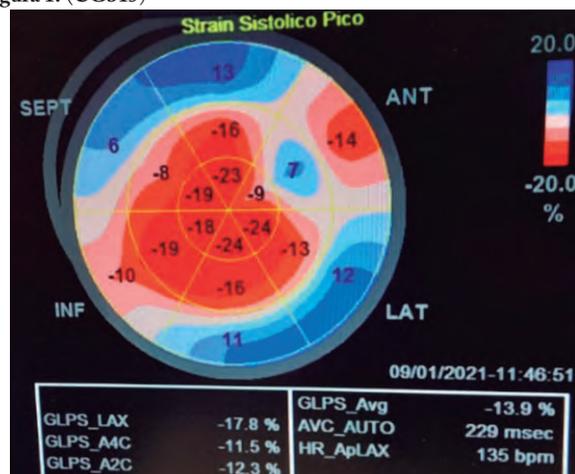
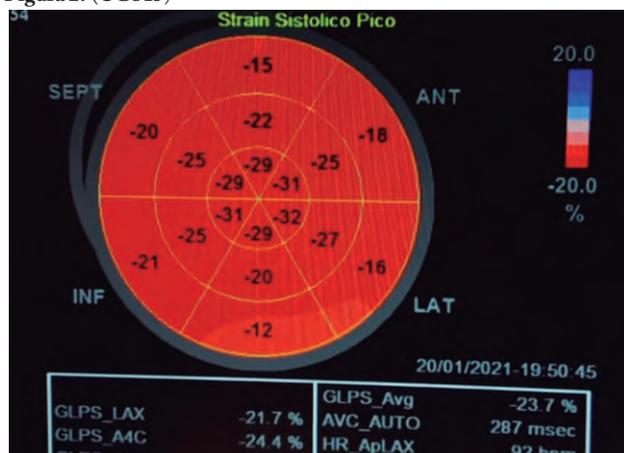


Figura 2. (CG315)



Bibliografía

- Hennon TR, Penque MD, Abdul-Aziz R, Alibrahim OS, McGreevy MB, Prout AJ, et al. COVID-19 associated multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) guidelines; a Western New York approach. *Progress in Pediatric Cardiology* 2020;57: <https://doi.org/10.1016/j.ppedcard.2020.101232>.
- Whittaker E, Bamford A, Kenny J, et al. Clinical characteristics of 58 children with a pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2. *JAMA* 2020;324(3):259-69.

- Sharma C, Ganigara M, Galeotti C, Burns J, Berganza FM, Hayes DA, et al. Multisystem inflammatory syndrome in children and Kawasaki disease: a critical comparison. *Nat Rev Rheumatol.* 2021;17(12):731-48.
- McArdle AJ, Vito O, Patel H, Seaby EG, Shah P, Wilson C, et al. Treatment of multisystem inflammatory syndrome in children. *N Engl J Med.* 2021;385(1):11-22.
- Son MBF, Murray N, Friedman K, Young CC, Newhams MM, Feldstein LR, et al. Multisystem inflammatory syndrome in children-initial therapy and outcomes. *N Engl J Med.* 2021;385(1):23-34.
- Schlapbach L, Maya CA, Grazioli S, Schöbi N, Ritz N, Aebi C. Best practice recommendations for the diagnosis and management of children with pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 (PIMS-TS; multisystem inflammatory syndrome in children, MIS-C) in Switzerland. *Front Pediatr.* 2021. doi: 10.3389/fped.2021.667507.
- Henderson LA, Canna SW, Friedman KG, Gorelik M, Lapidus SK, Bassiri H, Behrens EM, Kernan KF, Schulters GS, Seo P, Son MBF, Tremoulet AH, VanderPluy C, Yeung RSM, Mudano AS, Turner AS, Karp DR, Mehta JJ. American College of Rheumatology Clinical Guidance for multisystem inflammatory syndrome in children associated with SARS-CoV-2 and hyperinflammation in pediatric COVID-19: Version 3. *Arthritis Rheumatol.* 2022 Apr;74(4):e1-e20.
- McArdle AJ, Vito O, Patel H, Seaby EG, Shah P, Wilson C, et al. Treatment of multisystem inflammatory syndrome in children. *N Engl J Med.* 2021;385(1):11-22.
- Son MBF, Murray N, Friedman K, Young CC, Newhams MM, Feldstein LR, et al. Multisystem inflammatory syndrome in children-initial therapy and outcomes. *N Engl J Med.* 2021;385(1):23-34.

CG316

Grados de severidad de infección por SARS-CoV-2 en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Díaz-Osuna FJ

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La enfermedad por coronavirus 2019 es una afección de alta transmisibilidad, gracias a lo cual ha logrado convertirse en el principal problema de salud mundial, con una alta tasa de mortalidad en determinadas poblaciones. Dentro de los grupos de riesgo se ha considerado a los pacientes que tienen algún grado de inmunosupresión, incluido en este grupo a un gran número de pacientes con enfermedades reumáticas.

Objetivos: Describir los grados de gravedad de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo, con universo y criterios de selección: pacientes con antecedentes de diagnóstico o infección activa por SARS-CoV-2, hospitalizados o valorados en la consulta externa del UMAE HE CMNO, y que contaban con prueba de PCR positiva para COVID-19. Muestra: dada la baja prevalencia de la enfermedad, y los pocos informes de ésta, se incluyó a la totalidad de los pacientes que satisficieran los criterios de inclusión; se analizaron las siguientes variables: hospitalización, días de hospitalización, uso de oxígeno, duración de los síntomas, apego al tratamiento, tipo de síntomas, tratamiento anterior a la infección por COVID-19, modificaciones del tratamiento posterior a COVID-19, uso de esteroides durante infección por COVID-19, administración anterior de esteroides antes de COVID-19, gravedad por COVID-19, comorbilidades, tabaquismo, uso de medidas preventivas para COVID-19, sexo y edad. Desarrollo de los procedimientos: se revisó la base de datos de hospitalización, consulta externa y epidemiología en el hospital UMAE HE CMNO de Guadalajara, Jalisco. Aspectos estadísticos: en el caso de las variables cuantitativas, los datos se mostraron como promedio o mediana; las variables nominales como números o porcentajes. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 27.0.

Resultados: En total se obtuvo conocimiento de 33 pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, de los cuales sólo 12 tenían registrado una

prueba de PCR positiva para SARS-CoV-2. Las características que se obtuvieron de los pacientes fueron las siguientes: sexo: mujeres (83.3%), hombres (16.6%), múltiples comorbilidades (50%) y 4 (33.3%) con otras comorbilidades; las comorbilidades que mayormente se identificaron fueron trastornos tiroideos y síndrome antifosfolípidos. En cuanto a la gravedad del cuadro clínico, en su mayor parte fueron de COVID-19 leve (n = 9, 75%). En relación con el uso de esteroides, 6 (50%) no los utilizaban antes de desarrollar COVID-19, 4 (33.3%) los usaban a dosis baja y 2 (16.6%) a dosis moderada. Durante el transcurso de la infección, 4 (33.3%) no emplearon ninguna dosis de esteroide, 3 (25%) a dosis baja, 2 (16.6%) a dosis moderada y 3 (25%) a dosis alta. En cuanto a los tipos de síntomas, los más frecuentes fueron: cefalea en 6 (50%) pacientes y anosmia y tos en 5 (41.66%). La mayoría de los pacientes sufrió síntomas por siete a 15 días (58.3%). Sólo uno requirió oxígeno (8.3%) y el resto no (91.6%). La hospitalización fue necesaria en 3 (25%) pacientes y en el resto no (9 pacientes, 75%).

Conclusiones: En pacientes con lupus eritematoso sistémico e infección por COVID-19 fue más frecuente un cuadro leve, alguna dosis de esteroide y múltiples síntomas, los más predominantes de los cuales fueron cefalea, anosmia y tos. Sólo tres pacientes requirieron hospitalización, de los que dos iniciaron con diagnóstico de lupus al momento de la infección por COVID-19.

Bibliografía

- Spihlman AP, Gadi N, Wu SC, Moulton VR. COVID-19 and systemic lupus erythematosus: focus on immune response and therapeutics. *Front Immunol.* 2020; 30;11:589474.

CG317

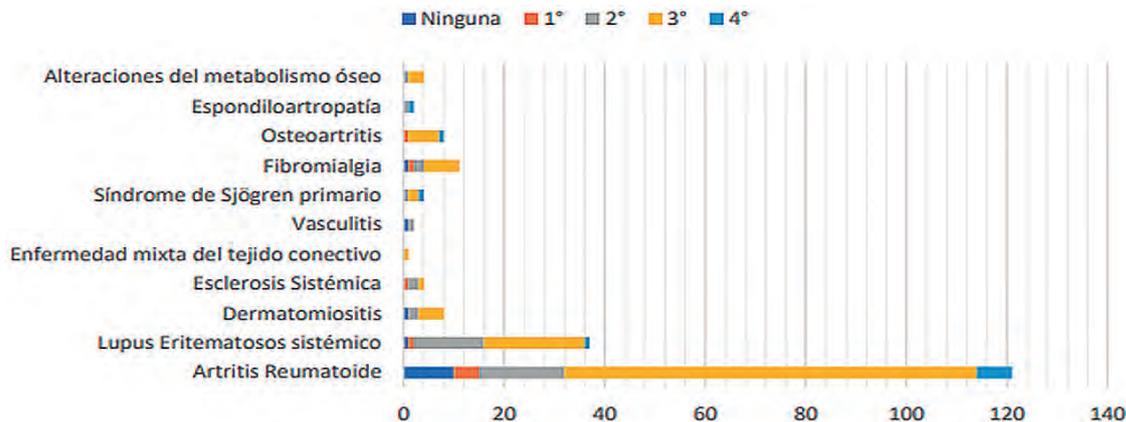
Cobertura de vacunación contra SARS-CoV-2 en población con enfermedades reumáticas en el noreste del país

Campos-Tinajero E, Esquivel-Valerio JA, García-Arellano G, Galarza-Delgado DA, Castillo-De la Garza RJ

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Desde la disponibilidad de la vacuna contra el SARS-CoV-2, en México se han aplicado 223 158 993 dosis, para una cobertura de 97 179 493 personas, según cifras de la Secretaría de Salud al mes de octubre de 2022. Hasta el momento, las recomendaciones del Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) son de tres dosis contra SARS-CoV-2; sin embargo, otras instituciones de salud como los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomiendan cinco dosis contra SARS-CoV-2 del tipo ácido ribonucleico mensajero (RNAm), Pfizer-BioNTech y Moderna. La vacunación contra SARS-CoV-2 es eficaz para reducir la infectividad, morbilidad y mortalidad, por lo que es

Figura 1. Número de dosis contra SARS-CoV-2 por enfermedad. (CG317)



necesario conocer la cobertura en poblaciones como la de pacientes con enfermedades reumatológicas.

Objetivos: Notificar la cobertura de vacunación contra SARS-CoV-2 en una población de pacientes con enfermedades reumáticas en un hospital de tercer nivel del noreste del país.

Material y métodos: Se seleccionó a pacientes mayores de 18 años con enfermedad reumática durante sus consultas regulares entre el 1 de marzo y el 31 de agosto de 2022. Se les preguntó por su estado de vacunación con respecto al SARS-CoV-2, corroborado por el certificado de vacunación emitido por la Secretaría de Salud.

Resultados: Se incluyó a un total de 202 pacientes con diferentes enfermedades reumatológicas; las características de los pacientes y la distribución de las dosis y marca del laboratorio se muestran en la **Tabla 1** y la distribución de las dosis por enfermedad en la **Figura 1**.

Conclusiones: Según los estándares de recomendación actual, ningún paciente de esta población cuenta con cinco dosis de vacuna contra SARS-CoV-2, pese a lo cual el 62.87% posee una cobertura con tres dosis y en el 6.93% ninguna. El pronóstico en pacientes con enfermedades reumatológicas con infección por SARS-CoV-2 mejora con vacunación al margen del tipo de vacuna, a diferencia de los que no están inmunizados, lo cual es un motivo para continuar los esfuerzos por aumentar el porcentaje de cobertura en esta población.

Tabla 1. Características de la población y porcentaje de vacunación para SARS-CoV-2 por laboratorio. (CG317)

Características de la población (n = 202)	
Edad media (años)	50.14
Sexo	
Femenino	189 (93.56%)
Masculino	13 (6.43%)
Porcentaje de cobertura según dosis	
Ninguna	14 (6.93%)
1°	9 (4.45%)
2°	41 (20.29%)
3°	127 (62.87%)
4°	11 (5.44%)
Laboratorio	
Pfizer	45 (23.93%)
Astra-Zeneca	102 (50.49%)
Sinovac	8 (3.96%)
Cansino	28 (13.86%)
Moderna	8 (3.96%)

Bibliografía

1. México-COVID-19-Vacunas administradas 2022-Datosmacro.com (expansion.com).
2. Landewé RBM. EULAR recommendations for the management and vaccination of people with rheumatic and musculoskeletal diseases in the context of SARS-CoV-2: the November 2021 upd. *Ann Rheum Dis* 2022;0:112. Clinical Guidance for COVID-19 Vaccination | CDC.
3. Papagoras C. Better outcomes of COVID-19 in vaccinated compared to unvaccinated patients with systemic rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2022;81:1013-1016.

CG318**Lupus tumidus como agudización de la enfermedad en lupus eritematoso sistémico tras infección por SARS-CoV-2**Flores-Hernández JA¹, Hernández-Díaz C²⁽¹⁾Hospital Star Médica Roma, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SS

Introducción: La pandemia por SARS-CoV-2 incrementó en los pacientes con enfermedades reumáticas y uso crónico de FARMESc el riesgo de desarrollar un cuadro de gravedad o la muerte, pero hasta el día de hoy no se ha dilucidado el riesgo que puede llevar a sufrir una agudización de la enfermedad preexistente o el desarrollo de ésta. A continuación se presenta el caso de un paciente con lupus eritematoso sistémico (LES), sin previas manifestaciones graves de la enfermedad y que tras padecer infección por SARS-CoV-2 desarrolló un cuadro de lupus cutáneo crónico.

Objetivos: Presentar un caso de lupus tumidus como agudización de la enfermedad en el lupus eritematoso sistémico.

Resultados: Mujer de 24 años con diagnóstico LES, que inició con manifestaciones mucocutáneas, reconocibles por eritema malar, pérdida fácil del cabello y lesiones cutáneas subagudas tipo eritemato-anular-escamoso, y manifestaciones articulares caracterizadas por artralgias (**Figura 1**). Perfil inmunológico con anticuerpos antinucleares positivos 1:5 120 patrón citoplasmático y moteado fino; especificidades positivas para anti-RNP, antinucleosomas, anti-Smith, anti-P ribosomal y anti-RNP; además, anticuerpos anticardiolipina positivos IgG e IgM y anti-β2 glucoproteína. Se encontraba en tratamiento con prednisona (5 mg), metotrexato (7.5 mg cada semana), ácido fólico (5 mcg), hidroxicloroquina (300 mg), áci-

do acetilsalicílico (100 mg) y fotoprotector solar. Cuenta con esquema de vacunación contra SARS-CoV-2 (tres dosis). Un mes antes del inicio del padecimiento actual sufre infección por COVID-19, con síntomas leves; suspendió el antipalúdico y los FARMESc por indicación médica. A las 72 horas de la remisión de los síntomas experimenta un incremento de volumen en cara, a nivel maxilar, frontal y cigomático, secundario a dermatosis caracterizada por lesiones maculo-eritematosas anulares (con escama), hiperémicas y dolorosas a la palpación. Al interrogatorio dirigido refiere malestar general, astenia y adinamia, artralgias de ambas manos, inflamación, sin datos indicativos de sinovitis. Exploración física: desprendimiento fácil del cabello y zonas de alopecia frontal, acompañados de lesiones eritemato-escamosas anulares. Asimetría facial a expensas de incremento de volumen a nivel de regiones cigomáticas, maxilares y mandibulares, junto con dermatosis caracterizada por placas eritemato-escamosas induradas y dolorosas a la palpación; mucosa oral sin lesiones aparentes. También muestra lesiones eritematosas e induradas a nivel retroauricular izquierdo. Se establece un diagnóstico preliminar con base en el cuadro clínico y se inicia tratamiento con glucocorticoide a dosis altas (50 mg vía oral cada 24 horas, 1 mg/kg/peso) y se optimiza la dosis de FARMESc (metotrexato), con lo que la paciente mostró mejoría clínica significativa a las 72 horas, lo que confirmó el diagnóstico ante la ausencia de cicatriz en zonas de lesión. **Conclusiones:** La infección por SARS-CoV-2 ha reabierto el debate acerca de si las infecciones virales pueden desencadenar o agudizar un cuadro de LES. Se ha demostrado en algunos casos el papel del INF-α y del autoanticuerpo anti-INF-α, como parte de la relación que existe en la infección por SARS-CoV-2 y la agudización del LES. Se describió el lupus tumidus como lesiones eritematosas, induradas y no cicatrizantes, y con posterioridad se describieron los criterios diagnósticos: placas eritematosas, edematosas, urticariformes, no cicatrizales, de superficie lisa, en áreas fotoexpuestas, que tienen buena respuesta a antipalúdicos. En este caso es importante destacar el riesgo de sufrir una agudización de la enfermedad por una infección por SARS-CoV-2 independientemente de la gravedad y que no todas las manifestaciones serán las más frecuentes relacionadas con LES.

Bibliografía

1. Mascaro JM, Schroh R, Bendjui G, Preti C. Lupus eritematoso tumidus: estudio clínico y epidemiológico. *Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana*. 2020;48(1):7-15.
2. Mageau A, Nicaise Roland P, Goulenok T, Farkh C, Charles N, Sacre K. Systemic lupus erythematosus flare following SARS-CoV2 infection: the implication of IFNα and anti-IFNα autoantibodies. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2021.

Figura 1. A. Paciente con lupus tumidus al momento del diagnóstico. **B.** Paciente con remisión del cuadro posterior al tratamiento. (CG318)