



**número 1 - volumen 18 - enero - febrero - 2003**



REVISTA MEXICANA DE  
**REUMATOLOGÍA**

I S S N - 0 1 8 6 - 8 9 6 9

V O L . 1 8

N Ú M . 1

**Editor:**

Juan Manuel Miranda Limón

**Co-Editoras:**

Leonor Barile Fabris  
Marina Rull Gabayet  
Janitzia Vázquez Mellado C.

**Editor Emérito:**

Píndaro Martínez Elizondo

**MESA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD  
MEXICANA DE REUMATOLOGÍA**

**Presidente:**

Francisco G. Medina Rodríguez

**Vicepresidente:**

Mario Alberto Garza Elizondo

**Secretaria:**

César Alejandro Arce Salinas

**Tesorero:**

Manuel Robles San Román

**Comité Editorial Internacional:**

Graciela Alarcón (EUA)  
Agustín Escalante (EUA)  
Mario García Carrasco (España)  
José Font Franco (España)  
Abraham García Kutzbach (Guatemala)  
Antonio Iglesias Gamarra (Colombia)  
Munther Khamashta (GB)  
José Maldonado Cocco (Argentina)  
Bernardo A. Pons-Estel (Argentina)  
Antonio J. Reginato (EUA)  
Anthony S. Russell (Canadá)  
María Suárez Almozor (EUA)

**Comité Editorial Nacional:**

Carlos Abud Mendoza  
Donato Alarcón Segovia  
Jorge Alcocer Varela  
José Álvarez Nemegeyi  
María del Carmen Amigo Castañeda  
Lilia Andrade Ortega  
Eduardo Barreira Mercado  
Rubén Burgos Vargas  
Juan Canoso Ardigo  
Patricia Clark Peralta  
Fidencio Cons Molina  
Margarita Delezé Hinojosa  
Efraín Díaz Jouanen  
Francisco Espinosa Larrañaga  
Antonio Fraga Mouret  
Dionisio Galarza Delgado  
Federico Galván Villegas  
Roberto González Amaro  
Julio Granados Arriola  
Sergio Gutiérrez Ureña  
Rafael Herrera Esparza  
Guillermo Huerta Yáñez  
Luis Javier Jara Quezada  
Manuel Martínez Lavín  
Francisco Medina Rodríguez  
María Esther Pérez Vázquez  
Carlos Pineda Villaseñor  
Salvador Pizarro Chávez  
César Ramos Remus  
José Gustavo Sámano Tirado  
Jorge Sánchez Guerrero  
Leobardo Terán Estrada

Revista Mexicana de Reumatología es una publicación oficial del Colegio Mexicano de Reumatología A.C. Coeditada por el Colegio Mexicano de Reumatología A.C. y Quantum Solutions Key Outsourced Services, S.C. Está incluida en: LILACS, CENIDS; ARTEMISA, BIBLIOMEX SALUD (UNAM, SSA) EBSCO. Certificado de Licitud de Título 3843. Certificado de Licitud de Contenido 8529. Reserva de derechos del uso exclusivo del Título en SEP. Oficinas Administrativas: Antenor Sala 81, Narvarte 03020, México, D.F. Tels: 5538 1048; 5519 8512; Fax: 5519 9489. Email: smre@infosel.net.mx. Imprenta Offsett Multicolor, Calzada de la Viga No. 1332, Col. El Triunfo, Deleg. Iztapalapa, 09430, México D.F. Tiraje 3000 mil ejemplares en papel couché mate de 90 kg. Composición tipográfica en Fujiyama, Fujiyama Ligth, FuturaXBIKcnBT y Ottawa. Impresa en México. Asistencia editorial: Francisco Espinosa Larrañaga: Composición y formación: J. Alfredo Flores Hernández. Diseño Gráfico: J. Alfredo Flores Hernández. Derechos reservados para todos los países signatarios de la Convención Panamericana y de la Convención Internacional sobre Derechos de Autor. Copyright© 2002, Colegio Mexicano de Reumatología A.C. Se prohíbe la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación por cualquier medio sin el consentimiento por escrito del Editor. Los conceptos publicados son responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente las opiniones o recomendaciones del Comité Editorial o del Colegio.

Correspondencia de 2ª clase  
Rev Mex Reumatol: 2003;18(1):1-100



# XXXI CONGRESO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA

MONTERREY, NUEVO LEÓN, DEL 7 AL 12 DE FEBRERO DEL 2003



## COMITÉ ORGANIZADOR DEL XXXI CONGRESO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA

### Presidente:

Dr. Francisco G. Medina Rodríguez

### Vicepresidente:

Dr. Mario Alberto Garza Elizondo

### Secretaria:

César Alejandro Arce Salinas

### Tesorero:

Manuel Robles San Román

### Vocales:

Capítulo Centro: Dr. Gerardo Salmón de la Torre

Capítulo Centro-Sur: Dr. David D. Bañuelos Ramírez

Capítulo Jalisco: Dra. Ana Guislaine Bernard Medina

Capítulo Michoacán: Dr. J. Gabriel Herrejón Cervantes

Capítulo Noreste: Dra. Adelfia Urenda Quezada

Capítulo Noroeste: Dr. Jorge Alberto Zamudio Lerma

Capítulo Norte: Dra. María Margarita Monroy Mariscal

Capítulo Sureste: Dr. José Luis García Figueroa

Capítulo Veracruz: Dr. Horacio Lom Orta

## COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL DEL XXXI CONGRESO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA

Dr. Dionosio Ángel Galarza Delgado

Dra. Josefina Sauza del Pozo

Dra. María Luisa García Cervantes

Dr. Mario Alberto Garza Elizondo

---

## Contenido:

Artículo Especial 1

Editorial 1

## Resúmenes de los trabajos presentados en el XXXI Congreso Mexicano de Reumatología

Sesiones Plenarias 3

Sesiones Simultáneas 13

Carteles 29

Índice de Autores 87

Índice General 93

Índice Temático 99

---



XXXI Congreso Mexicano de Reumatología

Bienvenidos

Monterrey, Nuevo León

7 al 12  
Febrero 2003

### **Albores de la Reumatología Mexicana**

Dr. Alfonso Chávez Sánchez  
Presidente de la Sociedad Mexicana de Reumatología de 1959-1961

Con agrado atiendo en éstas líneas la petición del editor para recordar como inició su vida nuestra especialidad en éste país. Como ya en otras dos ocasiones hice alusión al tema en mi discurso en la inauguración del 1er. Congreso Mexicano de Reumatología y en el documento "Datos históricos de la Sociedad Mexicana de Reumatología", hoy me veo obligado a repetir algunos de los pasajes que en esas ocasiones relaté:

#### **"Postrimerías"**

Dije en aquel entonces —mayo de 1962— que 23 años atrás, el Dr. Francisco de P. Miranda, que no era reumatólogo, cuando corría el año de 1939, generó la idea de fundar una organización de la especialidad, a la que llamó "Liga Mexicana contra el Reumatismo". Esta nació bajo la sombra de la Cardiología Mexicana (en el seno de la misma Sociedad Mexicana de Cardiología), que para ese entonces ya estaba en plena madurez. Fueron distinguidos cardiólogos como los maestros Ignacio Chávez, Manuel Vaquero, Teófilo Ortiz Ramírez, Salvador Aceves, Alfonso de Gortari, etc., los pioneros en el ejercicio de parte de nuestra especialidad (ellos trataban la fiebre reumática), que por aquel entonces era absorbida por la propia cardiología y que trataba ya de librarse del tutelaje cardiológico y prestárseles una muy especial atención a este nuevo campo clínico.

Desgraciadamente el destino no lo quiso así, y esa Liga que con tanto entusiasmo había nacido, no pudo realizar ninguna labor relevante durante muchos años. Tuvieron que pasar 13 años para que en 1952 cuando ya existía un servicio de la especialidad en el Instituto Nacional de Cardiología, se tratara de reorganizar la liga.

Cabe aquí un paréntesis para relatar la forma en que la reumatología inició su práctica en el mencionado Instituto (primera Institución Oficial que la estableció en el país). Dentro de la consulta externa, se "canalizaba" a los pacientes reumáticos que a ella llegaban, al Dr. Javier Robles Gil, el Dr. Manuel Boelsterly y el que escribe, lo auxiliábamos.

Transcurrió algún tiempo, antes de que naciera el servicio de Reumatología (primero en el país), cosa que aconteció el mismo día que surgieron los servicios de Angiología y Congénitos.

A partir de esa fecha, el hasta entonces encargado de la consulta reumatológica, se convirtió en Jefe del Servicio de Reumatología. Fue hasta entonces, cuando se trató de reorganizar la Liga Mexicana contra el Reumatismo. Se nombró una directiva que encabezó el propio Dr. Robles Gil, quedando como secretario su adjunto el Dr. Manuel Boelsterly y como tesorero el mismo que lo era de la Sociedad Mexicana de Cardiología, el Dr. Armando Cuellar. El tiempo fue corriendo sin ninguna novedad. Por entonces fue aceptado en la liga —nuestro pequeño grupo— el Dr. Aurelio Gutiérrez Moyano (QEPD) quién como voluntario ya tenía algún tiempo trabajando con nosotros.

## Fundación de la Sociedad

Cursaba el año 1959 —un poco más de 5 años después— cuando vino el 2º Congreso Panamericano de Reumatología que se verificó en la ciudad de Washington D.C. Ahí nos reunimos todos los mexicanos que en aquel tiempo hacíamos reumatología: Dres. Javier Robles Gil, Manuel Boelsterly, Aurelio Gutiérrez Moyano, Roberto Real, Héctor Rodríguez, Jorge Pérez Mata, Píndaro Martínez Elizondo y el que esto escribe. Tuvimos una plática informal en la que se acordó hacer en un mes, una junta en la ciudad de México, D.F., para elaborar un plan de trabajo para la Liga Mexicana contra el Reumatismo, ya que sólo existía de membrete, y nunca se había llevado a cabo ni una sola reunión ni científica ni de negocios.

Asimismo a esa junta casi todos los miembros de la Liga (una veintena), la mayor parte cardiólogos, habiendo llevado el maestro Salvador Aceves —a la postre Director del Instituto Nacional de Cardiología y Secretario de Salubridad—, la presidencia de debates. A sugerencia suya se nombró nueva mesa directiva ya que informó

que en los estatutos que entonces existían, estaba establecido que la directiva duraría en funciones dos años y la actual ya llevaba cinco. Se verificó una elección muy *sui-géneris* y democráticamente pidió que sin existir un candidato a ocupar ningún puesto, cada quien votara por escrito y en secreto por la persona que creyera idónea para desempeñar el puesto de Presidente. Por unanimidad recayó en el que escribe, este nombramiento, como secretario quedó el Dr. Manuel Boelsterly. Esta fue pues la que sería la primera directiva de la actual Sociedad Mexicana de Reumatología. Se invitó a todos los miembros no reumatólogos que no tuvieran interés en los problemas de la especialidad a decidir su situación dentro de la sociedad y un gran número renunció. Se admitió posteriormente a los que iniciaban labores de la especialidad en el Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de la Nutrición y Hospital Colonia y se formó así la plantilla de socios, es de interés recordar por orden alfabético los primeros miembros. Con un asterisco se marcan los que aún siguen perteneciendo a ella (página 2 del No. 1 del Boletín Mexicano de Reumatología, enero de 1961).

Dr. Aceves, Salvador  
 Dr. Beltrán Goñi, Patricio  
 Dr. Benavides, Patricio  
 Dr. Boelsterly, Manuel  
 Dr. Bustamante Gurria, Andrés  
 Dr. Cabrera, Enrique  
 Dr. Cesarman, Teodoro  
 Dr. Chávez Gómex, Carlos  
 Dr. Chávez, Nicandro  
 Dr. Chávez Sánchez Alfonso\*  
 Dr. De Gortari, Alfonso  
 Dr. Del Cueto, Ramón  
 Dr. Díaz M, Fernando  
 Dr. Dorbercker, Narno  
 Dr. Fernández Pellón, Rubén  
 Dr. Flores, Arturo  
 Dr. Gómez, Federico  
 Dr. Gómez Mont, Francisco  
 Dr. González Mariscal, Gregorio  
 Dr. Gutiérrez Moyano, Aurelio  
 Dr. Jinich, Horacio  
 Dr. Katona, Gabor  
 Dr. Lomelín, Luis  
 Dr. López García, Carlos

Dr. Manero Sastré, Luis  
 Dr. Márquez Campos, Luis  
 Dr. Martínez Elizondo, Píndaro\*  
 Dr. Martínez Herreron, Rodolfo  
 Dr. Méndez, Luis  
 Dr. Mendoza, Felipe  
 Dr. Mintz, Gregorio  
 Dr. Mondragón Kalb, Manuel\*  
 Dr. Morales Reyes, Roberto  
 Dr. Moreno Valle, Rafael  
 Dr. Ortiz Ramírez, Teófilo  
 Dr. Pavón Abreu, Jorge  
 Dr. Pérez Mata, Jorge\*  
 Dr. Pino Quintal, Fernando Alberto  
 Dr. Quiroz, José Antonio  
 Dr. Quiroz Pavia, Fernando  
 Dr. Robles Gil, Javier  
 Dr. Rodríguez, Héctor  
 Dr. Sáenz Arroyo, Luis  
 Dr. Serrano, Pedro  
 Dr. Suárez, Enrique  
 Dr. Tapia Acuña, Carlos  
 Dr. Zamudio, José Antonio  
 Dr. Zubirán, Jose Ma.

La primera medida que tomó la Directiva fue convertir la Liga Mexicana contra el Reumatismo en Sociedad Mexicana de Reumatología. Se dieron todos los pasos necesarios y quedó fundada la Sociedad como tal.

Por diferentes motivos, la tramitación legal no se hizo durante el primer bienio de vida.

Por primera vez se iniciaron las sesiones reglamentarias cada mes que ya nunca se suspenderían hasta la fecha. Se llevaron a cabo durante los dos primeros años en un precioso local que estrenamos en el Edificio Rioma (Av. Insurgentes y Michoacán), totalmente equipado. En otra sala adjunta se reunían las esposas de los socios con las que éstos se unían al terminar las sesiones, en amables tertulias con espléndido agasajo que nos proporcionaba el laboratorio propietario del local. En esos albores de la especialidad en México, tropezamos con dificultades mil. La primera fue encontrar un local que tuviera todas las condiciones para que una sociedad científica pudiera sesionar. Fue nuestro deseo salirnos del ambiente hospitalario para darle un cariz distinto, de mayor atracción para que los socios acudieran con gusto. Fue así que conseguimos el local que mencioné, con el atractivo también señalado, habiendo conseguido darle a las sesiones un sesgo social amable agregado. Se estableció como fecha el último martes de cada mes, como se hace hasta hoy en día y desde entonces se ha sesionado en forma in-interrumpida excepto en el mes de diciembre y durante la verificación de los Congresos Nacionales.

La directiva pronto fue modificada ya que el tesorero pidió retirarse por no poder dedicar el tiempo suficiente a la atención de su puesto, que fue cubierto por el Dr. Píndaro Martínez.

Durante esa primera gestión se organizaron conferencias de divulgación de la especialidad en universidades de diferentes ciudades del país (Puebla, Toluca, Campeche, Monterrey) y se asistió a la "Asamblea Médica de Occidente" en Guadalajara, con ponencias.

## El Boletín Mexicano de Reumatología

Una inquietud que llevábamos desde hacia tiempo pudo ser una realidad cuando fundamos con el Dr. Gutiérrez Moyano el "Boletín Mexicano de Reumatología" (primera publicación de la especialidad en nuestro país), cuatrimestral y patrocinado por los laboratorios Scheramex en su totalidad, que exitosamente se publicó por 6 años ininterrumpidos con un tiraje que llegó a la importante cifra de 5,000 ejemplares por número, mismos que se distribuían a todo el país y a las Sociedades y Ligas de reumatología de todo el mundo con las que de inmediato se había tomado contacto. Hubo intercambio con la mayoría de las revistas que en aquel entonces se publicaban sobre la especialidad: *Annals of Rheumatic Diseases* (Inglaterra); *Acta Reumatológica Escandinávica* (Suecia); *Osteoarthritis y Enfermedades Afines* (España);

*Rhumatologie* (Francia); *Reumatología* (Italia); *Reumatizan* (Yugoslavia); *Revista Argentina de Reumatología*; *AIR* (Archivos Interamericanos de Reumatología) (Brasil), a la cual fuimos invitados a tomar parte del consejo consultivo en representación de México. Esta ya no se publica desafortunadamente y fue la única revista bilingüe de la especialidad en el mundo. El cuerpo de consejeros de nuestra revista la formaron los Dres. Ignacio Chávez S, Patricio Beltrán Goñi, Javier Robles Gil y Salvador Zubirán.

Como teníamos dificultad para recabar el material necesario para nuestra revista, se estableció que los trabajos leídos cada mes en las sesiones reglamentarias, fueran propiedad de ella para su publicación prioritaria. Desgraciadamente no todos los compañeros querían entregarlos, ya que preferían publicarlos en otras revistas para ellos más importantes. A pesar de todo no decayó nuestro entusiasmo y no solamente durante nuestros dos años de gestión sino por cuatro más continuamos con la publicación, convirtiéndonos en editores el que escribe y el Dr. Gutiérrez Moyano y como Director el Presidente en turno de la sociedad, hasta que por negárenos el material necesario por la directiva en turno tuvimos que suspender la publicación.

La Sociedad se quedó sin revista (que así iba a ser rebautizada a petición popular en el volumen IV que ya no se publicó), hasta que el Dr. Píndaro Martínez reanudó su publicación editándola ya como Revista Mexicana de Reumatología.

Creo de interés histórico, reproducir aquel párrafo de mi discurso en la apertura del 1er. Congreso Mexicano de Reumatología, en el que hice referencia al nacimiento de nuestra revista :

"Nuestra inquietud por exteriorizar toda esa vida interna, vio cristalizar esos deseos al nacer nuestro Boletín Mexicano de Reumatología hace justamente un año; Revista de divulgación que vio la luz primera con beneplácito y la más calurosa y acogedora bienvenida por parte del cuerpo médico nacional y extranjero; baste para atestiguarlo el hecho estadístico harto significativo de que al iniciar su 2º año de vida, duplicó su tiraje. Este portavoz que ya era una verdadera necesidad, hace llegar los conocimientos, opiniones e inquietudes de la reumatología mexicana a todo nuestro país y hasta el último rincón del mundo donde exista una sociedad organizada de Reumatología. Es ésta la primera revista de la especialidad que se publica en México y esperamos que viva muchos, muchos años."

## El emblema de la Sociedad

Como toda sociedad debe tener un emblema, en la misma primera sesión de la nuestra, se abrió un concurso para elegirlo; de todos los presentados, fue seleccionado con el que concursó, el que esto escribe, y que continúa siendo el emblema oficial. Para darlo a conocer, se

publicó en el No. 1 del Boletín Mexicano de Reumatología página 5 con un párrafo explicativo al pie.

Como requisito se pidió que incluyeran un motivo mexicano y un símbolo que aludiera a la especialidad. A raíz de ello nació nuestro emblema que en una sola figura, la de Quetzalcóatl, representa ambas cosas ya que según se menciona en un códice, él era invocado para curar el reumatismo.

Habiendo sido pues ese legendario personaje "el primer reumatólogo" que existió en nuestro país, su efigie, que es además símbolo de mexicanidad, encaja a la perfección en nuestro escudo. Para que éste pueda ser debidamente interpretado, hemos creído pertinente dedicarle estas líneas.

### Actividades científicas

En el Hotel Ixtapan de la Sal, Estado de México, se organizó durante una semana un ciclo de conferencias y mesas redonda sobre "Actualidades en Reumatología" a la que asistieron numerosos especialistas americanos, entre los cuales estuvieron los que más tarde fueron invitados por un servidor y que asistieron al Primer Congreso Mexicano de Reumatología y que posteriormente mencionaremos, hecho que resultó de una significativa relevancia.

Para terminar nuestra gestión en la primera Presidencia de la Sociedad, quisimos cerrar con broche de oro nuestra actuación organizando el primer Congreso Mexicano de Reumatología, cuyos trabajos iniciamos al terminar el primer año de vida de nuestra Sociedad.

Aunque parezca mentira, tuvimos tremenda oposición de algunos miembros que aún consideraban inmadura a la sociedad para realizar un Congreso Nacional. Se fueron salvando todos los problemas, nos pusimos en contacto con las autoridades universitarias y hospitalarias, con las Ligas Panamericanas e Internacional contra el Reumatismo, a los que estábamos afiliados, lanzamos nuestra convocatoria y por fin en el auditorio del Hospital 20 de Noviembre, que gentilmente nos cedió el entonces jefe de Enseñanza, el maestro Don Teófilo Ortiz Ramírez, se llevó a cabo el Primer Congreso Mexicano de Reumatología que no sólo por la calidad académica de los trabajos sino por la relevancia de sus participantes fue todo un éxito.

Asistieron varios médicos extranjeros que con su aportación dieron realce al acto y trajimos como invitados a connotados reumatólogos de fama mundial que le

impusieron brillantez a nuestro inolvidable Primer Congreso. Entre las personalidades que invitamos a participar con conferencias magistrales y mesas redondas, estuvieron: el Presidente de Liga Internacional contra el Reumatismo, Dr. Pedro Barcelo; los ex-presidentes de la American Rheumatism Association, Dr. Richard Freyberg, J. Bunim (candidato a premio Nobel de Medicina) y Maxwell Lockie, quienes a raíz de su valiosa participación fueron nombrados miembros honorarios.

Algo que nos llena de satisfacción y por qué no decirlo, de orgullo, es que hasta la fecha, en todos los congresos nacionales que ha realizado la sociedad, los directivos y los organizadores en turno han continuado con el esquema prácticamente igual: participación de connotadas personalidades de la Reumatología Internacional en trabajos libres, mesas redondas, conferencias magistrales, y además con la adición de los talleres de aprendizaje. En nuestro período, se organizó el 1er. curso de especialización avalado por las autoridades correspondientes, habiendo tocado a la segunda mesa directiva registrar legalmente a nuestra sociedad como Sociedad Mexicana de Reumatología, A.C. en 1963.

Por el escaso número de miembros activos, las primeras directivas duraban en ejercicio dos años, al terminar las cuales se cerraban las actividades con la organización del Congreso. Posteriormente al ir creciendo la Sociedad, llegó el momento de acortar las distancias y las directivas principiaron a tener solo un año de actividad verificándose por tanto nuestros congresos también cada año. Así es como en sus 42 años de vida la Sociedad ha llevado a cabo 33 congresos, que se han realizado en múltiples ciudades de la República, siempre con un estupendo éxito.

Internacionalmente nuestra Sociedad (recién transformada en flamante Colegio), se ha proyectado a todos los confines de nuestro planeta, asistiendo sus miembros a prácticamente todos los Congresos internacionales (yo tuve el honor de abrir el X Congreso Internacional en Roma en la 1ª sesión plenaria con mi trabajo) y panamericanos, amén de algunos Europeos y Asiáticos. Gran número de socios pertenecemos a varias Sociedades Internacionales y extranjeras en las que se han desempeñado cargos en las nuevas directivas, correspondiéndoles al que éste escribe, el honor de ser el único mexicano Miembro Emérito desde 1989 del American College of Rheumatology.

Creo haber hecho un relato sencillo, pero completo del inicio de nuestra especialidad en México, y una mención muy considerada —que creíamos necesaria— de su trayectoria hasta nuestros días.



## ***Agradecimiento y Propuesta de Actividades***

**Mario A. Garza Elizondo**

En primer lugar quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todos mis compañeros reumatólogos por el voto de confianza que me manifestaron en la ciudad de Mérida, para ocupar el honoroso cargo de la vicepresidencia 2002-03 de nuestra querida sociedad. Durante este año como Vice-presidente he participado como actor y espectador de los grandes cambios que han llegado a nuestra sociedad, ahora convertida en Colegio Mexicano de Reumatología, cambios que propician grandes retos para su comité ejecutivo. Sin embargo, estoy convencido que las bases de nuestro gremio son tan sólidas que aunado a la gran participación de todos ustedes y su apoyo incondicional me permitirá asegurar la continuidad hacia la excelencia en el año 2003-2004.

A continuación me permito informar a ustedes brevemente las actividades por realizar el año 2003-04 en las diferentes áreas de acción: Académica y de investigación, asistencial, comunicación, administrativa, jurídica y de atención a colegiados.

Es un deber nuestro el continuar e incrementar los lazos científicos y de amistad entre los reumatólogos de México, médicos generales, familiares e internistas, con la única finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes reumáticos en nuestro país.

Para ello trabajaremos con el coordinador del comité de educación e investigación el Dr. Luis Javier Jara Quezada en la educación de pregrado, para fortalecer la enseñanza de la Reumatología.

Con los médicos generales y familiares es importante la educación médica continua. Por tal motivo, en colaboración con los capítulos regionales se continuará con los cursos, jornadas y simposio, pero además, tenemos contemplado con el Dr. Carlos Abud Mendoza el realizar un curso académico nacional.

Con respecto a la Investigación: Cada grupo de reumatólogos en el país realiza investigación básica y clínica, que se dificulta un poco más fuera del DF, es nuestra obligación continuar con la iniciativa de nuestros expresidentes de fomentar estudios clínicos multicéntricos.

Reforzaremos el apoyo del curso de residentes en reumatología, que en forma brillante lo coordina el Dr. Luis Humberto Silveira Torre. Se planea realizar un consenso sobre productos biológicos (anti-TNF) en coordinación con el Dr. Rubén Burgos Vargas. Se continuará con el apoyo al Consejo Mexicano de Reumatología y a la sección de reumatología pediátrica.

En las actividades académicas propias de nuestro colegio continuaremos con las sesiones mensuales a cargo de los centros de adiestramiento e investigación, que nos actualizan y nos generan ideas en áreas de oportunidad de la reumatología.

El Profesor Invitado para el año 2003 es el Dr. David T. Felson (ya confirmó su asistencia para el mes de noviembre), ganador de los premios Henry Kunkel (1991) y Clinical Research (2201) de la ACR, actualmente adscrito al Centro de Artritis de la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston, estamos convencidos que la vasta experiencia del Dr. Felson en la enseñanza e investigación clínica de la reumatología nos aportará valiosa información en su visita por los principales centros de adiestramiento; y así, podremos establecer lazos académicos y de investigación con él.

Se está planeando con el Dr. César Alejandro Arce Salinas la realización de un libro anual de actualización de tópicos selectos en Reumatología, esperen pronto la invitación para participar en este proyecto.

En relación, al área social o asistencial es excelente la implementación del "Día del paciente reumático", pero podríamos ampliarlo a una sesión mensual o trimestral.

Con respecto al financiamiento de los proyectos asistenciales la fundación del Colegio Mexicano de Reumatología deberá implementar a corto plazo campañas de capital para contar con fondos suficientes y ayudar al paciente reumático. Además, se investigará jurídicamente si esta fundación puede apoyar a la enseñanza y a la investigación, o se requiere constituir otra.

Los pacientes tienen cada vez más acceso a la información electrónica, por lo que debemos meditar en la reglamentación y organización de grupos de pacientes reunidos en grupos de autoayuda o asociaciones como la de Osteoporosis, Fibromialgia, Lupus, Artritis Reumatoide, etc. De no hacerlo, otros profesionales lo harán con diferentes intereses que los nuestros.

En el área de comunicación apoyaremos al comité de Publicaciones en su difícil tarea de lograr la excelencia en nuestro máximo órgano informativo la Revista Mexicana de Reumatología. Una vez más exhortamos a nuestros colegiados prolíficos en su quehacer reumático-literario que envíen material para su divulgación. Se continuará con actualización de la página electrónica del colegio con información para reumatólogos, médicos generales e internistas, además es importante una sección para pacientes y para el Consejo Mexicano de Reumatología.

En el área administrativa y de finanzas se trabajará en la elaboración de un manual de procedimientos en las diferentes áreas de acción del colegio, para facilitar las tareas administrativas y ejecutivas de las futuras mesas directivas. Y al terminar el año de gestión administrativa 2003-4 se implementará un sistema de evaluación de resultados del trabajo realizado.

Por último, en el área jurídica y de atención a los colegiados trabajaremos sobre la aplicación programada de los estatutos del colegio, así como, los derechos, las obligaciones de los colegiados y la situación jurídica de los capítulos.

Además, debemos estar informados oportunamente sobre la reglamentación e implementación del Arbitraje Médico. Se estudiará la posibilidad de mejorar nuestro libre ejercicio de la medicina y no ser manipulados por terceros pagadores.

Una buena idea será implementar una sección de asesoría y atención a todos los colegiados.

Por otro lado, el plantear múltiples objetivos y acciones siempre resulta muy ambicioso y nos invita a la ineficiencia y el incumplimiento de nuestras promesas y la transferencia (a terceros) inmediata de errores o fallas. Por tal razón, creo que es importante siempre enfocar nuestro esfuerzo en los programas más relevantes o prioritarios y no pretender iniciar todos y no terminarlos. Durante todo el año de nuestra gestión el comité ejecutivo de nuestro colegio atenderá todas las observaciones que nos hagan los colegiados.

P-1

### Eficacia de metotrexate en pacientes con espondilitis anquilosante: Estudio aleatorizado doble-ciego, placebo-controlado.

González-López L, García-González A, Vázquez del Mercado M, Muñoz-Valle JF, Gámez-Nava JI. Departamento de Medicina Interna-Reumatología HGR-110, IMSS, Instituto de Biología Molecular en Medicina, U de G. Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, HECMNO, IMSS, Guadalajara Jal, México.

**Introducción:** Debido a falta de estudios placebo-controlados, existe controversia acerca de la efectividad de metotrexate (MTX) en espondilitis anquilosante (EA). Por lo tanto nosotros evaluamos la eficacia y seguridad de MTX en EA en un estudio aleatorizado doble-ciego, placebo-controlado.

**Pacientes y métodos:** 35 pacientes con EA fueron aleatorizados para recibir MTX oral o placebo administrados en cápsulas idénticas a dosis de 7.5 mg/semana. Las evaluaciones de fueron realizadas a las semanas 4, 12, 16, y 24. La variable primaria de respuesta fue la mejoría de un índice compuesto basado en: percepción global del paciente y el médico de la actividad de la espondilitis, índice funcional de la enfermedad (BASFI), índice de actividad (BASDAI), rigidez matinal, escala de bienestar físico y cuestionario de evaluación de salud para EA (HAQ-AS).

**Análisis estadístico:** t de Student para diferencias de promedios, Chi-cuadrada para diferencias de proporciones. Se realizó análisis de intención de tratamiento.

**Resultados:** 17 pacientes recibieron MTX y 18 recibieron placebo. La duración de la enfermedad, sexo y edad fueron similares en ambos grupos. En el grupo de MTX se observó mejoría estadística a 6 meses en: Bienestar físico ( $p=0.009$ ), índice de BASDAI ( $p=0.017$ ), en el índice de BASFI ( $p=0.02$ ), HAQ-AS ( $p=0.02$ ), evaluación global del paciente ( $p<0.03$ ) y del médico ( $p<0.001$ ). Sólo el BASDAI tuvo mejoría estadística en el grupo placebo ( $p=0.01$ ). A 6 meses 53% de pacientes con MTX presentaron respuesta en el índice compuesto, comparado a 11% con placebo ( $p=0.008$ ). Un paciente de MTX salió del estudio por falta de apego y 1 de placebo por falta de eficacia terapéutica. Efectos secundarios leves fueron reportados en ambos grupos principalmente gastrointestinales.

**Conclusión:** MTX fue un fármaco eficaz y con aceptable margen de seguridad. Este primer estudio doble-ciego, placebo-controlado sugiere que MTX es una opción terapéutica actual en EA.

Este proyecto fue apoyado por FOFOI. FP 0038/824.

P-2

### Inmunidad celular a la tuberculina en pacientes con arteritis de Takayasu (AT).

<sup>1</sup>Soto ME, <sup>2</sup>Abraham-Simón J, <sup>1</sup>Álvarez E, <sup>3</sup>Cicero-Sabido R, <sup>3</sup>Ramírez-Casanova E, <sup>1</sup>Reyes PA. <sup>1</sup>Departamento de Inmunología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. <sup>2</sup>Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. <sup>3</sup>Departamento de Neumología y Tórax, Hospital General de México. México DF. México.

**Introducción:** La AT enfermedad inflamatoria, caracterizada por la afección de grandes vasos, la aorta, arteria pulmonar y sus ramas, con etiología desconocida, se ha postulado en base anecdótica asociación con micobacteriosis. Ahora evaluamos la reactividad cutánea a PPD como evidencia de inmunidad celular a Micobacterias.

**Material y métodos:** Estudio comparativo de 30 pacientes con AT (>4 criterios del Colegio Americano de Reumatología) atendidos entre mayo del 2001 y septiembre del 2002. Los pacientes fueron evaluados por el mismo Reumatólogo (MES), quien determinó el grado de actividad de la enfermedad y los clasificó (Numano). En la misma visita se realizó una prueba intradérmica con 5U OT, evaluada 72 h después, por uno de los investigadores (EA), ciego al diagnóstico del paciente. La prueba se consideró positiva cuando la induración cutánea fue > a 10 mm. Se investigó Combe, aplicación previa de BCG e historia de tuberculosis. Como grupo control incluimos 60 voluntarios sanos, trabajadores de un hospital de 3<sup>er</sup> nivel, los cuales fueron pareados por edad, género y exposición previa a la vacuna BCG.

**Análisis estadístico:** El análisis bivariado se realizó utilizando la prueba de chi2 con corrección de Yates o Fisher exacta para las variables dicotómicas y la prueba de U Mann-Whitney para las variables continuas.

**Resultados:** No hubo diferencia estadística entre AT y el grupo de comparación en género (AT 26 mujeres, controles 44 mujeres  $p=0.4$ ), edad media  $\pm$  DE (AT  $24\pm 8$  años, controles  $27\pm 5$ ,  $p=0.112$ ), ni exposición previa a micobacterias (Combe, BCG). La mayoría de los pacientes con AT eran Tipo V (55%) o I (24%). La mediana del tiempo de evolución fue de 98 meses, la media de  $150\pm 161$  meses y el promedio de actividad de  $4.0\pm 2.0$ . La prevalencia de intradermorreacción positiva fue del 93% en AT y del 28% en el grupo control (RM 34.4, IC 95% 7.1-166.6,  $p<0.0001$ ). En el caso de AT hubo mayor induración local e hiperergia ( $23.2\pm 10$  vs  $6.9\pm 6.5$  mm) ( $p<0.0001$ ).

**Conclusión:** Esta observación sistemática muestra que la población con AT tiene evidencia de inmunidad celular a PPD claramente diferente a la que ocurre en una población comparable. Es necesario extender estos estudios para definir si hay una asociación entre la exposición a micobacterias y esta vasculitis primaria.

P-3

### **Análisis de correlación clínica mediante ultrasonido y resonancia magnética en la evaluación del hombro de pacientes con artritis reumatoide (AR).**

Carrillo-Vázquez SM, Fuentes-García M, Miranda-Limón JM.

Departamentos de Reumatología e Imagenología, Hospital de Especialidades, CMN La Raza, IMSS, México, DF.

**Objetivo:** Determinar la incidencia y tipo de lesiones en tejidos blandos de hombro en pacientes consecutivos con AR y correlacionarlos con las manifestaciones clínicas. **Material y métodos:** Se estudiaron pacientes consecutivos con AR (criterios ACR). Se realizó exploración clínica, radiografía simple de hombros, ultrasonido (US) de hombro con transductor de alta resolución con rango de 7.5 a 10 MHz, en forma dinámica, y se realizó resonancia magnética (RM) con imán superconductor de 1 tesla, con bobina secundaria para hombros. Los estudios se valoraron por un radiólogo experimentado, cegado al tiempo de evolución y a las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

**Resultados:** Se estudiaron 15 pacientes con AR con una edad promedio de 42.6 años (25-64), y tiempo de evolución de  $3.6 \pm 3.0$  años, 9 del género femenino. Sólo 2 pacientes se encontraban asintomáticos del hombro al momento de la evaluación. En 11 la radiografía fue normal, en 3 hubo disminución del espacio articular y en 1 aumento de densidad de tejidos blandos. Por US se documentó la presencia de tendinitis en 9, bursitis en 5, ruptura tendinosa en 3 y pinzamiento subacromial en 1, en 1 caso el estudio fue normal. Mediante RM se encontraron 8 casos de tendinitis, 4 de bursitis, 1 con pinzamiento subacromial con erosiones en este mismo caso. Por este método no se identificó ruptura tendinosa; en 3 casos el estudio fue normal. Los estudios de correlación clínica fueron significativos con US y RM y de estos métodos entre sí. No hubo correlación con la radiografía simple.

**Conclusión:** La RM es un método muy sensible para identificar la patología de hombro en AR. El US es igualmente sensible pero su costo inferior lo convierten en el método de elección para el estudio del hombro en pacientes con AR.

P-4

### **Caracterización del fenotipo de los osteoblastos en espándilo artropatías: El caso de la tarsitis anquilosante.**

<sup>1</sup>Pacheco-Tena C, <sup>2</sup>Burgos-Vargas R, <sup>1</sup>Aubin JE, <sup>1</sup>Stone M, <sup>3</sup>Pérez-Tamayo R, <sup>4</sup>Pineda-Villaseñor C, <sup>1</sup>Inman RD.

<sup>1</sup>Universidad de Toronto, Toronto, ON, Canadá. <sup>2</sup>Hospital General de México, México. <sup>3</sup>Universidad Nacional Autónoma de México, <sup>4</sup>Instituto Nacional de Cardiología, México.

**Antecedentes:** La tarsitis anquilosante (TA) es una variante de SpA que se caracteriza por la de fusión de los huesos tarsales a consecuencia de la Proliferación ósea (PO).

**Objetivo:** Caracterizar el fenotipo de las células involucradas en la proliferación ósea en pacientes con TA.

**Métodos:** Se incluyeron biopsias de pacientes con diagnóstico de SpA (ESSG) que tuvieran tarsitis. Los pacientes fueron biopsiados en la superficie dorsal del escafoides o primera cuneiforme mediante biopsia abierta con aguja o gubia. Las biopsias fueron analizadas por inmunofluorescencia buscando fosfatasa alcalina (FA), sialoproteína ósea (SO), péptido relacionado a la paratohormona (pr-PTH), osteocalcina (OC) y osteopontina (OPN).

**Resultados:** Se incluyeron las biopsias de 9 pacientes, todas con evidencia de proliferación ósea predominantemente en la cara externa del hueso cortical (entesis). En 3 casos se detectaron "islas de osteogénesis" en el tejido tendinoso. La tinción de SO fue positiva en el 100% de las muestras, particularmente en la matriz ósea y en estructuras periólicas, la pr-PTH se limitó a osteoblastos periólicos (55%) y fibroblastos adyacentes (22%). La OPN, un marcador temprano de diferenciación osteoblastoide fue detectado en los sitios de regeneración ósea (77%), en periostio (33%) y también en estructuras tendinosas distantes al hueso (55%). La OC, un marcador de diferenciación para etapas finales de linaje osteocítico se detectó en 88% de los casos, incluyendo la matriz ósea, osteocitos, periostio e interesadamente en fibroblastos tendinosos distantes al hueso. No se detectó reacción positiva para FA.

**Conclusiones:** Nuestro estudio es el primero en demostrar y caracterizar la expresión de proteínas de diferenciación osteoide en la entesis en SpA. Nuestros resultados fundamentan que la PO en SpA privilegia la diferenciación de células mesenquimatosas primordiales hacia precursores osteoides más que la expansión de estructuras periólicas hacia la entesis.

P-5

### **Seguimiento a largo plazo de 128 pacientes con síndrome antifosfolípido primario. ¿Desarrollan lupus eritematoso generalizado?**

Amigo-Castañeda MC, Gómez-Puerta JA, Martín H, Aguirre MA, Camps MT, Cuadrado MJ, Khamashta MA, Hughes GRV.

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México DF; Fundación Hospital Alcorcón, Madrid, España; Hospital Reina Sofía, Córdoba, España; Hospital Clínico Universitario, Málaga, España; Lupus Unit, The Rayne Institute, London, UK.

**Objetivo:** Evaluar a largo plazo si los pacientes con SAF primario desarrollan LEG u otra enfermedad autoinmune.

**Pacientes y métodos:** 128 pacientes no seleccionados con diagnóstico de SAF primario (Criterios de Sapporo), que acudían regularmente a los Centros de Referencia (enero 1987-julio 2001). Se revisaron las características clínicas y serológicas de acuerdo a un protocolo de estudio.

**Resultados:** 97 mujeres/31 varones. Edad promedio: 41 años (16-79). Promedio de seguimiento: 9 años (2-15). Las principales manifestaciones clínicas iniciales: TVP (48%), trombosis arterial (49%), pérdida de embarazo (55%). Los hallazgos serológicos iniciales: aCl IgG (73%), aCL IgM (25%), AL (58%), AAN (37%), Coombs + (6%). Durante el seguimiento, 11 pacientes desarrollaron LEG (8%), 6 lupus-like y 1 miastenia, gravis. Los 110 pacientes restantes (86%) permanecieron como SAF primario. El análisis univariado mostró que la historia familiar de LEG, la presencia de Raynaud, migraña, afección neuro-psiquiátrica, anemia hemolítica, Coombs positivo y disminución de C3 y C4 confería riesgo significativo de desarrollo posterior de LEG ( $p < 0.05$ ). Sin

embargo, en el análisis de regresión logística, únicamente el Coombs positivo tuvo: significancia ( $p < 0.027$ ). Limitaciones del estudio: carácter retrospectivo y multicéntrico. **Conclusiones:** En un porcentaje bajo de pacientes con diagnóstico de SAF primario ocurre LEG durante el seguimiento. Hay pacientes que cumplen criterios de SAF años antes de reunir criterios de LEG. La anemia hemolítica autoinmune Coombs positiva, en pacientes con SAF, debe alertar sobre el desarrollo subsecuente de LEG.

P-6

### Relevancia del polimorfismo en el gen *ccr5* en la patogénesis de la artritis reumatoide refractaria en mexicanos.

<sup>1</sup>Zúñiga J, <sup>2</sup>Villarreal-Garza C, <sup>2</sup>Cardiel-Ríos MH, Barquera R, <sup>3</sup>Vargas-Alarcón G, <sup>2</sup>Granados-Arriola J.

<sup>1</sup>Laboratorio de Biología Molecular e Inmunogenética, Servicio de Infectología, INER. <sup>2</sup>Departamento de Inmunología y Reumatología, INCMNSZ. <sup>3</sup>Sección de Biología Celular, Departamento de Fisiología, INCIC, México, DF.

**Introducción:** El receptor *ccr5* es una molécula crucial en la quimotaxis mediada por beta-quimiocinas se expresa principalmente en monocitos-macrófagos y linfocitos T CD4+. Lo anterior justifica su estudio en enfermedades infecciosas e inflamatorias. Recientemente, se ha identificado una delección de 32 pares de bases del gen estructural del *ccr5* (*ccr5*-delta 32) cuya presencia provoca la expresión de un receptor no funcional. **Objetivo:** Determinar la distribución alélica y genotípica de la delección *ccr5* delta 32 en pacientes mexicanos con artritis reumatoide y establecer la relevancia biológica de esta delección en la patogénesis de AR refractaria.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron un total de 385 individuos mexicanos (193 mestizos y 192 indígenas, del grupo mestizo 102 pacientes con AR leve, 21 pacientes con AR grave y se comparó con 70 individuos sanos sin historia de enfermedades autoinmunes. El grupo indígena se formó de 61 Indígenas Teenek de San Luis Potosí, 70 Indígenas Mayo de Sinaloa y 61 Mazatecos de la sierra de Oaxaca. La delección *ccr5* delta 32 se analizó mediante PCR-SSP.

**Resultados:** En el grupo mestizo de pacientes con AR la frecuencia génica de la delección *ccr5* delta 32 fue de 0.019 con las siguientes frecuencias genotípicas: *ccr5/ccr5*=98%, *ccr5/ccr5* delta 32=1.9% y *ccr5* delta 32/*ccr5* delta 32=1.0%. En este grupo la distribución genotípica de la delección se encontró de desequilibrio Hardy-Weinberg ( $\chi^2$ =6.35,  $p=0.01$ ). Ningún paciente con AR refractaria mostró la delección y tampoco ocurrió en los sanos. En el grupo indígena, solo los Mazatecos mostraron una frecuencia de 1.6%.

**Conclusión:** La delección *ccr5* delta 32 es poco frecuente en poblaciones Mesoamericanas, por lo que este trabajo confirma la hipótesis del origen caucasoide de dicha delección. Este estudio excluye en mexicanos un papel relevante del gen *ccr5* o de la delección *ccr5* delta 32 en la patogénesis de la AR.

P-7

### Osteorisk: Un instrumento simple para la identificación de mujeres latinoamericanas con osteoporosis.

<sup>1</sup>Morales-Torres J, Sen SS, Geling O, Messina OD, Riera G, Solimano JA, Neto JFM, Frisoli A, Castro RS.

<sup>1</sup>Hospital Aranda de la Parra, León Gto. México.

**Antecedentes:** La Osteoporosis (OP) es un problema de salud creciente en América Latina (AL). El acceso a la medición de la Densidad Mineral Ósea (DMO), el medio aceptado para identificar pacientes con OP, es muy limitado. Actualmente, no hay un instrumento diseñado específicamente para identificar el riesgo de OP en población latinoamericana.

**Objetivo:** Desarrollar y evaluar un índice simple y de fácil empleo, basado en los factores de riesgo de fácil acceso, para identificar mujeres con OP (DMO en fémur proximal con  $T < 2.5$ ) en AL.

**Método:** La población de estudio incluyó mujeres posmenopáusicas de 50 y más años en AL, sin historia de fractura o reemplazo de ambas caderas, ooforectomía, evidencia de enfermedad metabólica ósea, cáncer, insuficiencia renal, uso de medicamentos contra la OP y que tuvieran medición por DXA del cuello del fémur. Se revisaron un total de 1,547 pacientes de Argentina, Brasil, Costa Rica, México, Perú y Venezuela. Se utilizaron procedimientos de selección de modelos y regresión de Cuadrados Mínimos para desarrollar este índice. La sensibilidad y especificidad se evaluaron para determinar la efectividad del índice, simplificándolo por medio de la reducción del número de factores de predicción.

**Resultados:** Como predictores del valor T se evaluaron diversos factores de riesgo. El modelo final incluyó edad, peso, país de origen, uso actual de estrógenos e historia de fracturas como predictores del valor T. El índice resultante alcanzó una sensibilidad de 91% y especificidad de 47%. Al simplificar el índice incluyendo solo la edad y peso de las mujeres se conservó un poder predictivo semejante (sensibilidad 92% y especificidad 45%). Basados en este último índice (edad y peso) se identificaron 3 categorías de riesgo: Pacientes con alto riesgo (índice  $\leq -2$ , donde 65.5% tenían OP); pacientes con riesgo moderado (índice de -2 a 1, donde 26.7% tenían OP) y pacientes con riesgo bajo (índice de  $> 1$ , donde 8% tenían OP). Este índice mostró un poder predictivo comparable cuando se evaluó país por país.

**Conclusiones:** Este índice (OsteoRisk) es un instrumento de empleo sencillo que identifica con precisión a la mayoría de las mujeres latinoamericanas con OP y puede ayudar al clínico en decisiones acerca de procesos diagnósticos y de tratamiento.

P-8

### El análisis de la respuesta inmune innata en un modelo animal de artritis reactiva inducida por *Chlamydia*, señala a TLR2 como un factor determinante en la susceptibilidad.

Pacheco-Tena C, Chiu B, Inman RD.  
Universidad de Toronto, Toronto, ON, Canadá.

**Objetivo:** Comparar la expresión y función de TLR2 y TLR4 en AR-Ch en dos cepas de rata que muestran curso clínico divergente en la artritis reactiva inducida por *Chlamydia*.

**Métodos:** Se midió la expresión y funcionamiento de TLR2 y TLR4 en un sistema *in vitro* y otro *in vivo*. En el sistema *in vivo* se inyectó a las ratas de las cepas mencionadas (Lw y BN) con fibroblastos cultivados (obtenidos de las mismas cepas) previamente infectados, se extrajo el tejido sinovial de la articulación inyectada. El sistema *in vitro* incluyó los fibroblastos infectados. La medición de TLR2 y TLR4 en ambos sistemas se realizó mediante un ensayo inmunoenzimático. La actividad de éstos se midió con la concentración de I-kappa-B fosforilado (ikb-p) producto de la activación de ambos TLR. Adicionalmente se realizó estudios de inmunofluorescencia a las 48 h buscando ambos TLR's.

**Resultados:** En el sistema *in vitro*, la infección de los sinoviocitos con CT incrementó la expresión de TLR2, TLR4 y ikb-p, en ambas cepas pero con diferencias en las proporciones. TLR4 se incrementó más en Lw que en BN (8.3 veces vs 4.0,  $p=0.05$ ) al igual que ikb-p ( $p=0.05$ ), en contraste TLR2 se incrementó más en BN (3.7 veces vs 2.7  $p=0.05$ ). En el tejido sinovial este patrón se mantuvo, Lw expresó más TLR4 ( $0.38 \pm 0.12$  vs  $0.25 \pm 0.12$ ) e ikb-p ( $0.29 \pm 0.010$  vs  $0.17 \pm 0.05$ ) mientras que BN TLR2 ( $0.23 \pm 0.1$  vs  $0.17 \pm 0.05$ ) sin que estas diferencias alcanzaran significancia estadística. La expresión de ikb-p fue dependiente en BN de TLR2 con un coeficiente de correlación de 0.97 ( $p=0.001$ ), en tanto que en la cepa Lw la expresión de ikb-p no correlacionó con TLR2 ni TLR4.

**Conclusión:** La infección con CT induce expresión de TLR2 y TLR4 y eventualmente activación celular como se establece por la medición de ikb-p. La resistencia de BN a CT puede estar relacionada al uso preferencial de TLR2. La respuesta inmune innata puede tener un papel importante en procesos reumáticos, tales como la artritis reactiva que son complicaciones de procesos infecciosos.

P-9

### Niveles de ácido hialurónico en artritis reumatoide: Asociación con actividad de la enfermedad.

<sup>1</sup>Palafox-Sánchez CA, <sup>1</sup>García-Valladares I,  
<sup>1</sup>García-de la Torre I, <sup>2</sup>Taylor DO, <sup>2</sup>López LR.  
<sup>1</sup>Hospital General de Occidente, Zapopan, Jal. México,  
<sup>2</sup>Corgenix Inc., Westminter, CO. EUA.

**Introducción:** El Ácido Hialurónico (AH) es un mucopolisacárido de alto peso molecular, ampliamente distribuido en el organismo. Entra a la circulación por vía linfática principalmente de las articulaciones y es rápidamente eliminado por el hígado mediante receptores específicos. La elevación de sus niveles séricos puede resultar de; elevación de su producción, por ejemplo esclerodermia, psoriasis y ciertas neoplasias; o disminución de su depuración por el hígado. La elevación de los niveles séricos en pacientes con AR se debe a la elevación de su síntesis por la sinovial inflamada.

**Objetivo:** Evaluar si la elevación de los niveles séricos de AH se asocia con síntomas de actividad en adultos con artritis reumatoide.

**Material y métodos:** Se analizaron 156 muestras de suero de 119 pacientes con artritis reumatoide. Como controles se analizaron dos grupos: uno constituido por 97 muestras de suero de 59 pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) y el segundo por 34 donadores. Se evaluó la intensidad de los síntomas articulares: número de articulaciones dolorosas e inflamadas, y se investigó la presencia de FR, nivel de proteína C reactiva, VSG, y biometría hemática. Los niveles de AH se calcularon mediante un método Inmunoenzimático, utilizando una molécula de captura conocida como "proteína de unión al ácido hialurónico", considerándose como niveles altos aquellas muestras con un valor  $>75$ ng/ml.

**Resultados:** Los niveles de AH se encontraron elevados ( $>75$  ng/ml) en el 44.5% de pacientes con AR (media: 94.06 ng/ml), comparado con el 16.90% de pacientes con LEG (media: 53.55 ng/ml) y 2.9% del grupo de sujetos sanos (media: 12.06 ng/ml). El nivel promedio de AH en pacientes con AR fue significativamente mayor que en los pacientes con LEG ( $p<0.006$ ) y que en el grupo control ( $p<0.001$ ) y se asoció también con los datos clínicos y de laboratorio de actividad inflamatoria articular.

**Conclusiones:** Encontramos que los niveles elevados de AH en pacientes con AR se asociaron significativamente con los datos clínicos y de laboratorio de actividad inflamatoria de la enfermedad. Debido a que el AH normalmente se produce en la membrana sinovial y su síntesis aumenta durante la inflamación, la medición de los niveles de AH puede resultar de gran ayuda como un marcador de actividad inflamatoria o de daño de la membrana sinovial en AR.

P-10

### Alteraciones morfológicas e inmunohistoquímicas en hipertensión arterial pulmonar en necropsias de casos con lupus eritematoso sistémico.

Ornelas-Aguirre JM, Vásquez-Jiménez JC, Vázquez-Camacho G, Plascencia-Ortiz T, Velásquez-García C, González-López L, Gámez-Nava JJ.

Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica y el Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de Especialidades en el Centro Médico Nacional de Occidente. México.

**Introducción:** La etiología de la Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) en Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es incierta. Ciertos componentes antigénicos pueden asociarse a su desarrollo. Los estudios que han evaluado las características inmunohistoquímicas en autopsias adolecen de falta de comparación.

**Objetivo:** Evaluar en autopsias la presencia de componentes posiblemente asociados a la presencia de la hipertensión pulmonar en lupus eritematoso sistémico mediante inmunohistoquímica.

**Material y métodos:** En un estudio de casos y controles, se seleccionaron estudios de necropsias con LES desde 1984 a 2001. Los casos fueron definidos como LES-HAP por histopatología, los controles fueron LES sin HAP y otro grupo sin patología pulmonar. Dos patólogos revisaron las laminillas para confirmar los diagnósticos y evaluar las características morfológicas de la HAP usando la gradificación de Heat-Edwards. Con inmunohistoquímica se evaluaron depósitos de Tenascina-C, Laminina, Fibronectina, Inmunoglobulinas, Serotonina y CD-34.

**Resultados:** De un total de 18 necropsias con LES, 11 (62%) tuvieron HAP, 7 (38%) fueron controles con LES sin HAP y 9 controles sin enfermedad pulmonar. En los casos de HAP-LES las arterias pulmonares se diferenciaron de los controles sin LES en la frecuencia e intensidad para la Tenascina-C ( $p=0.003$ ) y Serotonina ( $p=0.035$ ). Se observó una correlación positiva entre el grado de HAP y la intensidad de tinción tanto para la Tenascina-C ( $\rho=0.43$ ,  $p=0.03$ ) y la Colágena IV ( $\rho=0.47$ ,  $p=0.02$ ).

**Conclusiones:** En estudios previos se ha asociado a la Tenascina-C en la remodelación muscular cardíaca y como un modulador del factor de crecimiento vascular epidérmico en las células musculares lisas en la íntima arterial. Nuestros resultados sugieren que la Tenascina-C puede jugar un papel en la patogénesis de la HAP en el Lupus Eritematoso Sistémico. La realización de estudios posteriores incluyendo modelos experimentales en estos casos serían de gran utilidad para validar nuestros hallazgos en la patogénesis de la Hipertensión Arterial Pulmonar en el LES.

P-11

### Correlación de los anticuerpos anti-cromatina (aCRO) con la actividad clínica de pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG).

Abraham-Simón J, Cabiedes J, Alcocer-Varela J. Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México DF, México.

**Introducción:** El nucleosoma es el principal antígeno en la fisiopatología del LEG. Los aCRO son una familia de anticuerpos de capaces formar complejos antígeno-anticuerpo con el nucleosoma, el cual, probablemente es el mecanismo principal de daño en pacientes con LEG.

**Objetivo:** Evaluar la correlación de los anticuerpos anti-cromatina (anti-DNA de cadena doble -aDNAcd-, anti-nucleosoma -aNCS-, anti-histonas -aHST-) con la actividad en pacientes con LEG.

**Material y métodos:** Estudio transversal en el cual incluimos 53 pacientes con LEG (>4 criterios ACR), atendidos en forma consecutiva en la consulta externa de Reumatología. Se determinó el grado de actividad del LEG mediante el SLEDAI. En la misma visita se les tomó una muestra de sangre periférica, para determinar los anticuerpos aCRO por ELISA (aDNAcd, aNCS y aHST). Análisis estadístico. Las variables dicotómicas fueron analizadas mediante la prueba de X2 con corrección de Yates o exacta de Fisher, y las variables continuas con la prueba de U Mann-Whitney. La correlación entre los títulos de aCRO y la actividad de la enfermedad se determinó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. El valor significativo de p se estableció en < 0.05 dos colas.

**Resultados:** Incluimos 53 pacientes (31 mujeres) con edad media ( $\pm$ DE) de  $35\pm 12$  años (intervalo 19-68 años), con un tiempo de evolución del LEG de  $85\pm 66$  meses (intervalo 12-238 meses). Al momento de su evaluación la media del SLEDAI fue de  $3\pm 4$  (intervalo 0-15). Las manifestaciones más frecuentes del LEG fueron: las muco cutáneas (77%), articulares (71%) hematológicas (59%) y renales (41%). La media de los títulos de aCRO fueron: aNCS  $109\pm 104$  UI/ml, aDNAcd  $386\pm 456$  UI/ml y aHST  $20\pm 30$  UI/ml. Todos los anticuerpos aCRO tuvieron correlación con la actividad del LEG pero esta fue mayor con los aNCS ( $r=0.568$ ,  $p<0.0001$ ), que con los aDNAcd ( $r=0.432$ ,  $p=0.003$ ) y aHST ( $r=0.175$ ,  $p=0.2$ ).

**Conclusión:** Existe una alta correlación de los aCRO con la actividad de la enfermedad, especialmente de los aNCS y aDNAcd. Lo cual apoya fuertemente su participación en la fisiopatología del LEG.

P-12

### Estudio de ligamiento genético en familias mestizo-mexicanas con múltiples casos de espondilo artropatías (SPA).

<sup>1</sup>Gutiérrez-Suárez R, <sup>2</sup>Hernández-Pacheco G, <sup>1</sup>Burgos-Vargas R, <sup>2</sup>Vargas-Alarcón G.

<sup>1</sup>Dirección de Investigación. Hospital General de México (HGM) SSA. <sup>2</sup>Departamento de Fisiología. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México, DF.

**Introducción:** El riesgo relativo conferido por el HLA-B27 para el desarrollo de SpA ha sido establecido en múltiples estudios de asociación en diferentes poblaciones, incluyendo la mexicana. Los estudios de ligamiento genético identifican la co-segregación de loci necesarios para el desarrollo de la enfermedad.

**Objetivo:** Estudiar el ligamiento genético entre los marcadores HLA e identificar los loci necesarios para el desarrollo de SpA en un grupo de familias con varios individuos afectados.

**Métodos:** A través de cuestionarios, exploración y estudios radiográficos se identificaron familias en las que el caso índice padeciese espondilitis anquilosante y al menos uno de sus hermanos la misma enfermedad o SpA indiferenciada. Estudiamos los alelos del MHC (HLA-A, -B, -DR y -DQ) por reacción en cadena de polimerasa con iniciadores específicos de alelo (PCR-SSP). Para cada familia se definieron los cuatro haplotipos del CMH y se evaluó el ligamiento genético por el método de "pares de hermanos".

**Resultados:** El total de individuos afectados en las 16 familias, incluyendo el probando totalizó 38 personas. El análisis de pares de hermanos en los individuos afectados mostró que 10 individuos comparten 1 haplotipo (26.3%), 24 comparten 2 haplotipos (63.1%) y 4 no comparten ninguno (10.5%) lo cual es mayor de lo esperado por el azar (50% comparten un haplotipo, 25% comparten 2 haplotipos y 25% no comparten haplotipos. La diferencia entre lo observado y lo esperado fue significativa con  $x^2 = 29.7$  y  $p < 10^{-6}$ . Todos los haplotipos compartidos portaban el HLA-B27 excepto en cuatro casos que fueron negativos para este marcador. Existió heterogeneidad importante en alelos HLA-A y HLA-DR en los diferentes haplotipos, destacando la presencia de HLA-DR4 y HLA-DR8.

**Conclusiones:** El presente estudio es el primero en población mestizo-mexicana que demuestra ligamiento genético entre las SpA y los marcadores del CMH. Lo anterior indica que el gen de susceptibilidad a la enfermedad se encuentra en esta región del genoma, lo que permitirá ubicar su posición en estudios posteriores.

P-13

### La mortalidad en artritis reumatoide esta asociada con la severidad de la enfermedad independientemente de las comorbilidades.

Navarro-Cano G, del Rincón I, Pogosian S, Roldán J, Escalante A.

División de Inmunología Clínica y Reumatología del Departamento de Medicina. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad de Texas, San Antonio, Texas. EUA.

**Objetivo:** Medir el grado de asociación entre la mortalidad en pacientes con artritis reumatoide (AR), la severidad de la enfermedad y las comorbilidades.

**Pacientes y métodos:** Estudiamos pacientes con AR de acuerdo a los criterios del ACR de 6 centros de consulta de Reumatología en la ciudad de San Antonio, Texas. EUA. Evaluamos en ellos la severidad de la AR y de las comorbilidades, utilizando la escala de DUSOI (Duke severity of illness checklist), la cual se utiliza para medir la severidad de las enfermedades. Dividimos el DUSOI en sus componentes para AR (RADUSOI) y comorbilidades (COMDUSOI). Utilizamos el índice de Charlson para medición de comorbilidades y una escala de severidad global de la AR. Se realizó un seguimiento anual de los pacientes y se determinó el número de muertes. Estimamos el efecto de la severidad de la AR y de las comorbilidades sobre la mortalidad usando el modelo de Kaplan Meier, modelo Cox de riesgo proporcional, modelos de regresión logística y medimos la certeza de predicción de muerte de las escalas utilizadas.

**Resultados:** Se incluyeron 778 pacientes; con un tiempo de seguimiento de 0.1 a 6.3 años (promedio 2.52 años) con un periodo total de observación de 2,314 años paciente. 75 pacientes murieron (9.6%), para una mortalidad total de 3.1 por 100 pacientes año. En análisis bivariado, tanto la severidad como la comorbilidad se asociaron significativamente con mortalidad. En un modelo multivariado Cox de riesgo que incluyó edad y sexo como covariables, tanto el RADUSOI como la escala global de severidad de AR se asociaron con mortalidad, independientemente de las comorbilidades. El área bajo la curva del modelo por regresión logística de mortalidad que incluía edad y sexo aumentó de 0.78 a 0.85 después de incluir en el análisis escalas de severidad de AR y de comorbilidad ( $P=0.004$ ).

**Conclusiones:** La severidad de la AR se asocia significativamente con la mortalidad de los pacientes, independientemente de las comorbilidades. Sin embargo el enfoque terapéutico en AR debe considerar también el tratamiento de las comorbilidades como una estrategia para incrementar la sobrevivencia.

P-14

### Estudio de la activación de la vía de las MAP cinasas inducida a través de CD69 en linfocitos de pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG).

<sup>1</sup>Alvarado-Sánchez B, <sup>1</sup>Layseca-Espinosa E, <sup>2</sup>Abud-Mendoza C, <sup>3</sup>Alcocer-Varela J, <sup>4</sup>Rosenstein Y, <sup>1</sup>González-Amaro R.

<sup>1</sup>Depto. Inmunología, Facultad de Medicina, UASLP, <sup>2</sup>Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central, San Luis Potosí, SLP, <sup>3</sup>Depto. Inmunología y Reumatología, INCMNSZ, México, DF, <sup>4</sup>Depto. Genética y Fisiología Molecular, UNAM, Cuernavaca, Mor. México

**Introducción:** Los linfocitos de pacientes con LEG presentan múltiples anormalidades, incluyendo defectos en algunas vías de señalización intracelular. CD69 es una molécula que tiene una función importante en células T. La vía de señalización intracelular de las MAP cinasas es activada por diferentes estímulos y tiene un papel importante en la activación, proliferación y diferenciación de células T.

**Objetivo:** Investigar si existen anormalidades en la vía de activación de las MAP cinasas inducida a través de CD69 en linfocitos T de pacientes con LEG.

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron pacientes con LEG activo sin tratamiento ( $n=5$ ), pacientes activos bajo tratamiento con glucocorticoides ( $n=8$ ), pacientes con enfermedad inactiva ( $n=8$ ) e individuos sanos ( $n=5$ ). Se obtuvieron linfocitos de sangre venosa y se indujo la expresión de CD69 mediante un pulso de 2 h con PMA. Posteriormente (24 h), los linfocitos se estimularon a través de CD69 con los anticuerpos monoclonales TP1/8 y TP1/55, más un anticuerpo entrecruzador y la activación de la vía de las MAP cinasas fue analizada mediante inmunoblot de ERK-2.



**Resultados:** Se encontró un incremento significativo en la fosforilación de ERK-2 en linfocitos T de pacientes con LEG con enfermedad activa y que recibían tratamiento con glucocorticoides comparado con los controles sanos y los otros grupos de pacientes. Además, la cinética de activación de ERK-2 fue diferente en estos pacientes. Nuestros datos indican que los linfocitos de pacientes con LEG muestran alteraciones en la activación de la vía de las MAP cinasas, las cuales parecen estar asociadas al tratamiento con glucocorticoides.

**Conclusiones:** Es muy probable que estas anomalías contribuyan significativamente a la función defectuosa de los linfocitos T de pacientes con LEG.

P-15

### **Infección crónica por virus de hepatitis C y enfermedades reumáticas sistémicas: Curso clínico y tratamiento.**

<sup>1</sup>Medina-Rodríguez F, <sup>2</sup>Jara-Quezada LJ, <sup>3</sup>Ramos-Casals M, <sup>1</sup>Fuentes-de la Mata J, <sup>2</sup>García-Carrasco M, <sup>2</sup>Font J, <sup>1</sup>Fraga A.

<sup>1</sup>Depto. de Reumatología Centro Médico Nacional "Siglo XXI", IMSS, México. <sup>2</sup>Centro Médico Nacional "La Raza", <sup>3</sup>Hospital Clínic, Barcelona, España.

La infección por virus de hepatitis C (VHC) puede presentar características clínicas e inmunológicas compartidas con enfermedades autoinmunes como síndrome de Sjögren (SS), lupus eritematoso sistémico (LES) y artritis reumatoide (AR).

**Objetivo:** Analizar las características clínicas de pacientes con enfermedad reumatológica sistémica (ERS) e infección crónica por VHC, describir sus características clínicas y respuesta al tratamiento.

**Pacientes:** Análisis retrospectivo de infección crónica por VHC en pacientes con ERS desde 1992 hasta 2001. Se revisaron expedientes y se analizaron características clínicas y serológicas, así como su respuesta terapéutica a partir del diagnóstico de VHC. El diagnóstico de infección por VHC se realizó mediante serología positiva RIBA-III y/o biopsia hepática.

**Resultados:** Identificamos 23 pacientes VHC+ (11Masc, 12Fem), que cumplían los criterios de clasificación de las siguientes ERS: SS (n=9), LES (n=7), AR (n=4), síndrome antifosfolípido primario (SAF, n=3). La edad media al diagnóstico de la ERS fue de 36.8 años y el tiempo de evolución de 8.5 años. El lapso a partir del diagnóstico de VHC fue de 3.1 años. Hubo antecedente transfusional en 6 casos.

**Laboratorio:** Todos tuvieron elevación persistente de aminotransferasas, hipocomplementemia y crioglobulinemia 19/23. Se identificaron 2 neoplasias: glándula parótida (1) e hígado (1). Los tipos histológicos fueron linfoma MALT en uno y linfoma B de zona marginal en otro paciente. Los 2 recibieron quimioterapia (CHOP) y uno radioterapia. Un paciente murió por progresión del linfoma y el otro presentó remisión parcial. Las causas principales de mortalidad se debieron tanto a manifestaciones autoinmunes graves (n=2) como a complicaciones de su hepatopatía crónica (2), infecciones en 2 casos y 1 por neoplasia. Estos pacientes presentaban enfermedad hepática avanzada y habían suspendido y/o disminuido el tratamiento inmunodepresor. Hubo 2 pacientes con trombocitopenia severa y anemia hemolítica en un caso asociados al uso de interferón.

**Conclusiones:** La infección por VHC en pacientes con ERS (LES, AR, SS y SAF) complica el curso de la enfermedad y obliga a modificar los esquemas terapéuticos convencionales, con reactivación de la ERC y/o la infección por VHC. La presencia de manifestaciones clínicas y autoinmunes asociadas a crioglobulinemia puede condicionar un falso diagnóstico de ciertas ERS (LES, AR y PAN) en pacientes VHC, por lo que deben utilizarse cautamente los criterios de clasificación en pacientes con VHC+ y crioglobulinemia. La coexistencia de EAS y VHC se asocia a una alta morbilidad (desarrollo de efectos secundarios y neoplasia) y mortalidad elevada debido a la suma de las patologías hepática y autoinmune.

P-16

### **Prevalencia de hiperleptinemia en pacientes pre-menopáusicas con lupus eritematoso generalizado (LEG). Su asociación con obesidad central, resistencia a la insulina y síndrome metabólico.**

Villa AR, Halhali A, Esteves A, Lerman I, De Santiago S, Sánchez-Castillo S, Pichardo E, Pascual-Ramos V, Padín M, Rull M, Balderas I, Alarcón-Segovia D.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, DF.

La leptina es un péptido hormonal secretado por los adipocitos y codificado por el gen *ob*. Actúa en el eje hipotálamo-hipófisis, tiene un papel central en la homeostasis de energía y sus niveles circulantes disminuyen con el ayuno e incrementan por mediadores inflamatorios. En LEG no se ha descrito la prevalencia de hiperleptinemia.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de hiperleptinemia en pacientes pre-menopáusicas con LEG y establecer su asociación con variables clínicas, antropométricas y metabólicas.

**Métodos:** Estudio transversal en pacientes del sexo femenino,  $\geq 18$  años, premenopáusicas, con diagnóstico de LEG (ACR  $\geq 4$  criterios), no embarazadas, no tratadas con ciclofosfamida, sin amputaciones y sin liposucción reciente. La valoración clínica incluyó medición de actividad (MEX-SLEDAI) y daño acumulado (SLICC/ACR), así como del tratamiento con cloroquina y prednisona. Se realizó antropometría e impedancia bioeléctrica. En una muestra de sangre venosa periférica se determinó el perfil de lípidos completo y los niveles de glucosa, insulina y leptina. La resistencia a la insulina se definió por índice HOMA y el síndrome metabólico por criterios de la OMS y del ATP III. Se consideró hiperleptinemia por los valores de leptina circulante ( $>$  percentil 90) en 42 mujeres de la misma edad en población abierta.

P-17

### Presencia de ADN de *Helicobacter pylori* en momias prehispánicas mexicanas.

<sup>1</sup>Amezcu-Guerra LM, <sup>2</sup>Mansilla-Lory J, <sup>2</sup>Piñón C, <sup>3</sup>López-Vidal Y, <sup>4</sup>Mundo F, <sup>4</sup>Urbina F, <sup>1</sup>Martínez-Lavín M, <sup>2</sup>Bautista J, <sup>1</sup>Pineda C.

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Cardiología, <sup>2</sup>Instituto Nacional de Antropología e Historia, <sup>3</sup>UNAM, <sup>4</sup>Hospital Ángeles del Pedregal. México, DF.

**Resultados:** La muestra estudiada fue de 232 pacientes. La prevalencia de hiperleptinemia fue 33.6% y se asoció principalmente con obesidad central ( $p < 0.0001$ ), sobrepeso/obesidad ( $p < 0.0001$ ), porcentaje elevado de grasa corporal ( $p < 0.0001$ ), resistencia a la insulina ( $p = 0.02$ ), síndrome metabólico ( $p = 0.001$ ) y la presencia de síndrome de Cushing ( $p = 0.009$ ). No hubo asociación estadísticamente significativa de hiperleptinemia con: dislipidemia, la presencia de actividad clínica o daño acumulado (tanto renal como general), ni el tratamiento (previo o actual) de prednisona o cloroquina.

**Conclusiones:** Se encontró una prevalencia elevada de hiperleptinemia en esta muestra de pacientes. Las asociaciones significativas se observaron con parámetros antropométricos, no así con parámetros clínicos, lo que hace pensar que otros factores, probablemente inflamatorios, puedan contribuir a su elevada prevalencia en LEG.

Se estima que más de la mitad de la población mundial está infectada por el *Helicobacter pylori* (Hp). El Hp está asociado con enfermedad ácido péptica, adenocarcinoma gástrico, linfomas MALT, y gastrotoxicidad por AINES. Se ha sugerido que el Hp fue traído al nuevo mundo por los europeos. Hay evidencia de su presencia en momias egipcias y en restos fecales de momias sudamericanas. No hay estudios en momias prehispánicas mexicanas. El estudio endoscópico de las momias puede constituir una herramienta complementaria en la investigación paleopatológica de los tejidos secos.

**Objetivo:** Determinar la presencia de ADN de Hp y *Mycobacterium tuberculosis* (MT) en órganos de momias antiguas, exploradas mediante técnicas de videolaparoscopia.

**Materiales y métodos:** De la colección de 36 cuerpos momificados preservados en el Museo Nacional de Antropología e Historia se seleccionaron 5 cuerpos desecados naturalmente ante la probabilidad de que pertenecieran al periodo prehispánico con base en las características del entierro, la postura, plumaje, textiles, cordeles y el resto del ajuar funerario. Cuatro cuerpos fueron recuperados de la cueva mortuoria de "la Ventana" en Chihuahua y el restante de una cueva ubicada en la Sierra de Durango. El estudio videoendoscópico se hizo por medio de un gastroscopio, un broncoscopio y un laparoscopio. Para la detección de ADN se empleó un kit GENECLEAN BIO 101; se realizó amplificación de ADN de Hp por PCR a partir de la subunidad 16S de ARN. Las muestras incluyeron remanentes gástricos, dientes, sarro, lengua, cerebro y restos colónicos que fueron sometidas a búsqueda de ADN de HP; también se tomaron muestras pulmonares en los que se realizó amplificación de ADN por PCR de MT.

**Resultados:** La amplificación del ADN de Hp fue positiva en dos muestras de tejido gástrico y en dos remanentes colónicos, las demás muestras fueron negativas; no se encontró evidencia de ADN de MT.

**Conclusiones:** Se confirma la presencia de Hp en el tubo digestivo de momias mexicanas. El Hp pudo haber existido en el continente americano antes de la llegada de los europeos. La videoendoscopia es una herramienta útil en el estudio de cuerpos desecados naturalmente. Dirección futura: Determinar el genotipo cag-A+ del HP antiguo.

P-18

### Estudio transversal de factores asociados con severidad histopatológica en cartilago en pacientes que son llevados a artroplastía total de rodilla y cadera.

<sup>1</sup>Espinosa-Morales R, <sup>1</sup>Duarte-Salazar C, <sup>2</sup>Estrada-Villaseñor EG, <sup>3</sup>Chaidez-Rosales PA, <sup>3</sup>Ilizaliturri-Sánchez VM, <sup>3</sup>Valero-González F, <sup>3</sup>Aguilera-Zepeda JM.

<sup>1</sup>Reumatología, <sup>2</sup>Patología, <sup>3</sup>Reconstrucción Articular. Centro Nacional de Rehabilitación. México, DF. México.

**Introducción:** La osteoartritis (OA) es una enfermedad de etiología desconocida, se asocia a elevados costos individuales y sociales, la incidencia tiene una relación directamente proporcional con la edad. El órgano blanco es el cartílago. Estudios han asociado la aparición y el pronóstico de la OA con distintos factores de riesgo.

**Objetivo:** Conocer la severidad histopatológica al momento de realizar las cirugías de reemplazos de cadera y rodilla. Analizar si hay factores de riesgo determinantes del daño que presenta el cartílago.

**Material y métodos:** Se incluyeron todos los tejidos que fueron retirados al realizar artroplastía total de rodillas (ATR) y artroplastía total de caderas (ATC) de septiembre del 2001 a septiembre del 2002. El material fue revisado y graduado por una patóloga de nuestro centro experta en cartilago. Paralelamente se extrajeron en una base de datos factores que se han relacionado a aparición y progresión de la OA. Se realizó análisis estadístico descriptivo y bivariado paramétrico y no paramétrico según variables.

**Resultados:** Se realizaron 73 reemplazos articulares. 25 caderas (34%) y 48 rodillas (66%). 54 (74%) fueron mujeres (M) y 19 (26%) hombres (H), la edad promedio para H fue 67.3±10.9 años y M 65±14.7, la primer causa de la cirugía fue: OA primaria en 56 casos (77%), seguido OA secundaria a evento ortopédico (14%) y 8 (9%) cirugías con enfermedad inflamatoria autoinmune. El índice de masa corporal en pacientes operados de ATC fue: H 29 y M 27 y en ATR: H 29 y M 30. Hábito de fumar fue visto en 20.3% de M y 68.4% en H. La puntuación de daño al cartílago en ATC fue: H 15.11±6 vs M 15.25±6.22 ( $p = 0.95$ ); en ATR fue: H 12.2±1.29 vs M 14.9±0.99 ( $p = 0.19$ ).

**Conclusiones:** El número de pacientes con ATC es menor, el número de cirugías es mayor en mujeres, la población que fue llevada a ATC o ATR tuvo sobre peso (IMC > 25 y >30), aunque en ATC el puntaje histológico de daño a cartílago fue similar entre hombres y mujeres, la tendencia de daño al cartílago en ATR es más severo en mujeres. Se realizarán modelos multivariados para analizar factores asociados a daño al cartílago.

P-19

### Receptores a estrógenos y progestágenos en biopsias de pacientes con nefritis lúpica (NL).

Galván-Villegas F, Castro-Guzmán CL, Perla-Navarro AV, Sánchez-Ortiz A, Ramos-Remus C. Hospital de Especialidades CMNO, IMSS, Guadalajara, Jal, México.

Las hormonas sexuales juegan un papel sobresaliente en la patogenia del lupus eritematoso sistémico (LES) y la afección renal es causa importante de morbi-mortalidad. Se han descrito receptores a estrógenos (RE) y progestágenos (RP) en órganos sexuales y no sexuales, con diversas funciones.

**Objetivo:** Determinar la presencia de receptores a RE y RP en tejido renal de biopsias de pacientes con NL y tratar de correlacionar con variables clínicas, serológicas e histológicas.

**Material y método:** Se incluyeron biopsias de pacientes con NL seleccionadas al azar (grupo 1), biopsias renales de pacientes con afección renal no inmune (grupo 2) y tejido renal de necropsias de personas fallecidas por causas traumáticas (grupo 3), se determinaron los RE y RP por técnica de inmunohistoquímica y se recabaron datos clínicos y serológicos al momento del estudio y los datos histopatológicos de la microscopía de luz.

**Resultados:** Se estudiaron 30 biopsias, 10 de pacientes con NL todas mujeres, 10 del grupo 2 (8 mujeres y 2 hombres) y 10 del grupo 3, todas mujeres. Todas las biopsias de grupo 1 fueron positivas para RE y RP tanto en mesangio como a nivel tubular y ninguna de los grupos 2 y 3. No hubo relación con manifestaciones clínicas o serológicas.

**Conclusión:** Nuestros hallazgos apoyan el papel patogénico hormonal en LES, se requieren con más pacientes y que incluyan hombres y mujeres e idealmente con y sin daño renal.

P-20

### Frecuencia de deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en el Hospital Infantil de México.

Faugier E, Maldonado R, Cervera P, Carreño-Manjares R. Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, DF.

**Objetivo:** Establecer mediante pruebas neuropsiquiátricas la frecuencia de deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico.

**Justificación:** El deterioro cognitivo per se, al ser una manifestación a menudo subclínica pasa desapercibida. Por el contrario, la afección de las funciones cognitivas de memoria, atención, razonamiento, lenguaje, etc, puede representar un riesgo importante para la vida del paciente al alterar su capacidad de decisión, interacción con otras personas y medio ambiente. Lo puede convertir en forma paulatina o súbita en una persona con disfunción moderada o un grado máximo de demencia. De acuerdo al número y severidad de las funciones cognitivas involucradas puede impedir en menor o mayor grado el desempeño social, ocupacional y/o educacional de la persona. Los síntomas y manifestaciones clínicas tienen en ocasiones un carácter subjetivo y en la mayoría de las veces, no son objetivamente verificables. Por lo anterior el determinar la existencia y grado de severidad del deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, representa un reto para el Reumatólogo Pediatría. Identificar su presencia y especificar el dominio cognitivo afectado es de radical importancia para obtener una evaluación integral del paciente y normar una conducta terapéutica encaminada para proporcionar un adecuado control de la enfermedad y una buena calidad de vida.

El presente trabajo estableció la presencia de deterioro cognitivo en una población pediátrica estudiada de enero de 1996 a junio del 2002 con un total de 102 casos estudiados. La presencia de deterioro cognitivo se estableció por análisis de pruebas neuropsicológicas de: Figura de Rey, Stroop, y Wisconsin. Los resultados se compararon con apego a tratamiento, tiempo de evolución, antecedente de episodio previo de neurolupus, índice de actividad (SLEDAI), y nefropatía lúpica, para establecer una posible relación. Encontrando resultados estadísticamente significativos con alteración en dominio de memoria operativa, reconocimiento visoespacial, control de interpretación, memoria, y síntesis. Concluyendo que el 100% de los pacientes estudiados presenta deterioro cognitivo al tener en al menos uno de los dominios evaluados afección.

# Artemisa 10

Edición de aniversario

## Artículos editados en México sobre información en salud

2,399 artículos en texto completo de 34 revistas publicadas en 2001

12,000 imágenes contenidas en artículos científicos publicados entre 1996 y 2001

Base de datos con más de 15,000 referencias bibliográficas de artículos publicados entre 1992 y 2001

## Revistas participantes

- Anales de Otorrinolaringología Mexicana
- Anales Médicos
- Archivos de Neurociencias
- Archivos de Cardiología de México
- Bioquímica
- Boletín Médico del Hospital Infantil de México
- Cirugía y Cirujanos
- Gaceta Médica de México
- Ginecología y Obstetricia de México
- La Revista de Investigación Clínica
- Nefrología Mexicana
- Perinatología y Reproducción Humana
- Revista ADM
- Revista Alergia México
- Revista Biomédica
- Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría
- Revista de Enfermería del IMSS
- Revista de Gastroenterología de México
- Medicina Interna de México
- Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM
- Revista de Sanidad Militar
- Revista de Oncología
- Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- Revista Médica del Hospital General de México
- Revista Médica del IMSS
- Revista Mexicana de Anestesiología
- Revista Mexicana de Angiología
- Revista Mexicana de Oftalmología
- Revista Mexicana de Ortopedia y Traumatología
- Revista Mexicana de Patología Clínica
- Revista Mexicana de Reumatología
- Salud Mental
- Salud Pública de México
- Veterinaria México

S-1

### Comparación de niveles séricos de propeptidos de procólgena Tipo I y III entre artritis reumatoide y espondilitis anquilosante.

<sup>1</sup>Villa-Manzano AI, <sup>1</sup>García-González A, <sup>3</sup>González-López L, <sup>1</sup>López-Olivo MA, <sup>1</sup>Salazar-Páramo M, <sup>1</sup>González-Valera I, <sup>2</sup>Galván-Ramírez ML, Ornelas-Torres JC, García-González G, <sup>1</sup>Gómez-Nava JI. <sup>1</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. <sup>2</sup>Centro Universitario de Ciencias de la Salud, <sup>3</sup>HGR 110, del IMSS Guadalajara, Jal. México.

**Introducción:** En la artritis reumatoide (AR) diversos estudios han descrito niveles elevados de marcadores de fibrogénesis como los propéptidos de pro colágena tipo I (PIPC) y III (PIIIPC) como marcadores de fibrogénesis. No hay estudios en la literatura acerca de estos niveles en pacientes con espondilitis anquilosante (EA). Por lo tanto el objetivo del presente estudio fue el de comparar los niveles séricos de propéptidos de pro colágena tipo I (PIPC) y III (PIIIPC) en pacientes con EA y AR.

**Material y métodos:** Estudio transversal comparativo. Se evaluaron pacientes con diagnóstico de EA y AR. Se investigó edad, tiempo de evolución de la enfermedad, actividad clínica y uso de inductores de remisión. Un investigador evaluó índices de actividad y funcionalidad en el caso de la AR se evaluó el RADAR y HAQ-DI en tanto que en EA se evaluaron BASDAI y BASFI. Los PIPC y PIIIPC fueron determinados por método de RIA (técnica de Risteli). Se realizó un análisis de comparación usando U de Mann-Whitney para variables continuas de distribución no normal, y Chi-cuadrada para comparación de frecuencias.

**Resultados:** Se evaluaron 39 pacientes con diagnóstico de AR y 22 pacientes con EA. Para AR la edad promedio fue de  $38 \pm 8.5$  contra  $33 \pm 8.8$  para EA ( $p=0.038$ ). No hubo diferencias en tiempo de evolución ( $8 \pm 7$  en AR vs  $8 \pm 6$  en EA,  $p=0.9$ ). En AR 12/38 (32%) pacientes tuvieron niveles elevados de PIIIPC comparados a 9/22 (41%) con EA. ( $p=0.7$ ). En el caso de PIPC en AR 20/39 (51%) tuvieron niveles elevados, comparados a 11/21 (52%) en EA ( $p=0.9$ ).

**Conclusiones:** Niveles elevados de pro colágena fueron observados en pacientes con EA en frecuencia similar a AR. Puesto que estos son marcadores de fibrogénesis estas alteraciones podrían tener utilidad como identificadores de actividad en estos pacientes. Trabajo apoyado por SIMORELOS CONACyT. 20000302009. FOFOI: FP-2001/364.

S-2

### Síntesis de IL-10 por células CD19+ que expresan CD154 en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG).

Díaz-Alderete A, Richaud-Patin Y, Llorente L, Alcocer-Varela J.

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

**Introducción:** Se ha descrito la expresión de la molécula de superficie CD154 en linfocitos B tanto de sujetos sanos como de pacientes con LEG. Dicha subpoblación se encuentra aumentada en lupus y se ha asociado con la hiperactividad de las células B característica de la enfermedad. Dentro de los mecanismos de regulación inmune que promueven la activación, diferenciación y producción de autoanticuerpos en LEG, se encuentran los niveles elevados de IL-10. El objetivo de este estudio fue analizar en linfocitos B de pacientes con LEG la expresión de CD154 y determinar si estas células son capaces de sintetizar IL-10.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron 11 mujeres, 5 con el diagnóstico de LEG de acuerdo con los criterios del ACR y 6 sanas como controles. Ninguna de las pacientes recibía tratamiento al momento del estudio. Se aislaron células mononucleares de sangre periférica (CMN) por gradiente de densidad, las CMN fueron ajustadas a una concentración de un millón/ml en RPMI-1640 e incubadas 48 horas, sin estímulo o en presencia de SAC (1:10000). Se realizó un doble marcaje de superficie con el empleo de anticuerpos monoclonales (AcMo) marcados con distintos fluorocromos (anti-CD19-PE-Cy5; anti-CD154-PE). Después de fijar las células con paraformaldehído al 4% y permeabilizar con una solución amortiguadora de saponina, se realizó la tinción intracitoplásmica de IL-10 con un AcMo anti-IL-10-FITC. Las células fueron analizadas por citometría de flujo. Se realizó una ventana electrónica de acuerdo a las características de tamaño y granularidad de los linfocitos y otra, incluida en la primera, de aquellas células CD19+.

**Resultados:** Se encontró un porcentaje mayor de células B CD154+IL-10+ en LEG, en estado basal y al estimular con SAC ( $5.2 \pm 1.3\%$  y  $5.0 \pm 2.9\%$ , respectivamente) en comparación con los controles ( $2.2 \pm 1.5\%$  y  $3.3 \pm 1.5\%$ ) ( $p=0.007$ ). Sin embargo el índice de estimulación se encontró disminuido en las CMN de las pacientes ( $0.82 \pm 0.4$ ) vs las de los controles ( $2.4 \pm 1.9$ ) ( $p=0.009$ ).

**Conclusiones:** Los linfocitos B CD154+IL-10+ en LEG presentan una subpoblación celular hiperactiva y, acaso sea ésta la responsable de la producción de autoanticuerpos en la enfermedad.

S-3

### El estrés calórico redistribuye a las ribonucleoproteínas Ro y la del citoplasma a los cuerpos nucleares de estrés de células HEp-2.

Sánchez-Rodríguez SH, Ávalos-Díaz E, Herrera-Esparza R.

Departamento de Inmunología. CBE. Universidad Autónoma de Zacatecas. Guadalupe, Zacatecas. México.

Las ribonucleoproteínas Ro tienen interés particular como marcadores de formas fotosensitivas de lupus; por ejemplo en lupus cutáneo subagudo las lesiones son desencadenadas por la exposición al sol, lo que causa translocación del antígeno Ro a la superficie celular haciéndolo accesible a las células presentadoras de antígeno. El presente trabajo estudia la modificación de los compartimentos celulares de Ro inducidos por el estrés calórico. Para resolver nuestra pregunta central se estresaron células HEp-2 y se estudió la expresión de la ribonucleoproteína Ro60 por inmunofluorescencia indirecta usando anticuerpos monoclonales anti-Ro y anti-La. Los principales resultados de este trabajo demuestran que Ro60 y La se localizan principalmente en el citoplasma y en menor grado en el

### S-4 **Ruptura del citoesqueleto (CE) de condrocitos (CD) en osteoartritis humana (OA)-Expresión diferencial de vimentina, actina y tubulina.**

Kouri JB, Abbud-Losoya K, Roja ML, Capín GN, Luna J, Flores D, Talamás P, Mena R, Lavalle C. Departamento de Patología Experimental. CINVESTAV-IPN. México, DF. México.

nucleoplasma. Bajo el efecto del estrés calórico los antígenos Ro y La fueron reclutados al nucleolo y a los cuerpos nucleares de estrés, en tanto que la fracción citoplásmica de Ro se movilizó al citoesqueleto y a la superficie celular. El análisis confocal demostró que Ro60 co-localiza con Hsp70 en las fibras de estrés del citoesqueleto, este hallazgo fue confirmado por inmunoprecipitación de fracciones de Ro60 o La radiomarcadas con P32, las cuales co-precipitan a Hsp70 con proteínas del citoesqueleto. Estos datos sugieren que la redistribución de Ro60 o La por el estrés celular aumenta la accesibilidad de estos antígenos en la superficie celular por la vía del citoesqueleto.

Se investigaron alteraciones en el CE de Cd humanos con OA.

**Material y métodos:** Se obtuvo cartílago fresco de rodillas de 6 cadáveres y 5 pacientes con OA (reemplazo articular). La expresión de vimentina, actina y tubulina se realizó por inmunofluorescencia y Western-Blot.

**Resultados:** El CE de los Cd de OA difirió significativamente de los Cd del cartílago normal. En éste último, casi todos los Cd mostraron vimentina, actina y tubulina. El porcentaje de Cd de OA marcados varió para los siguientes componentes: vimentina 55.8%; actina 87.7%; tubulina 29.7%. La tinción varió de región a región del cartílago, en la misma muestra y entre diferentes pacientes. La tinción de Cd evaluados en cada campo microscópico varió para cada uno de los componentes del CE de OA como sigue: vimentina 0-75%; actina 0-100%; tubulina 10-70%. La valoración por Western-Blot apoyó las observaciones histoquímicas, que indicaron una variación importante en la heterogeneidad de la ruptura del CE en OA cuando se comparó con los controles. La vimentina exhibió diversas bandas entre 51.5 y 38.5 kDa; la tubulina exhibió una banda extra de 32 kDa; la actina mostró dos bandas extras por arriba de su peso molecular.

**Conclusiones:** Dado que el CE juega un papel importante en la estructura y función de células normales, se especula acerca del papel potencial del CE y sus alteraciones en la expresión diferencial de sus estructuras con relación a apoptosis y la modificación de la expresión fenotípica de los CD en OA humana.

### S-5 **Anticuerpos anti-nucleosoma (aNSC) como predictor del desarrollo de lupus eritematoso generalizado (LEG), en pacientes con síndrome antifosfolípido primario (SAFP).**

Abraham-Simón J, Rojas-Serrano J, Cabiedes J, Alcocer-Varela J, Alarcón-Segovia D. Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México DF, México.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad de los aNSC para predecir el desarrollo de manifestaciones del LEG en pacientes con SAFP.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte histórica en el cual incluimos 18 pacientes con SAFP (Alarcón-Segovia *et al*), atendidos entre enero de 1980 y enero del 2000, quienes fueron negativos para los criterios de JC Piette. Al inicio del SAFP se les determinaron los títulos de aNSC y fueron seguidos para evaluar el desarrollo de manifestaciones relacionadas al LEG. Los pacientes que tuvieron más de 4 criterios de LEG-ACR fueron considerados como LEG.

**Análisis estadístico:** El análisis bivariado se realizó con la prueba de X2 con corrección de Yates o exacta de Fisher para las variables dicotómicas y prueba de U de Mann Whitney para las continuas. La probabilidad de desarrollar LEG se calculó con curvas de Kaplan y Meier y la prueba de hipótesis con la prueba de log-rank. El valor significativo de p se estableció en 0.05 de dos colas.

**Resultados:** Incluimos 18 pacientes (15 mujeres) con SAFP, con edad media ( $\pm$  DE)  $43 \pm 11$  años, los cuales tuvieron un tiempo de seguimiento de  $11 \pm 5$  años. El 33% desarrolló LEG después de un tiempo de evolución del SAFP de  $9 \pm 4$  años. La edad media de la aparición de las manifestaciones relacionadas a LEG fue  $38 \pm 8$  años. Al momento de su aparición el LEG se caracterizó por artritis (100%), manifestaciones hematológicas (100%), nefropatía (67%), eritema malar (50%), fotosensibilidad (50%) y serositis (50%). La media de criterios de LEG-ACR fue de  $6 \pm 2$  (intervalo 4-8). Los aNSC fueron positivos en todos los pacientes que desarrollaron manifestaciones del LEG y solo en 3/12 de los que no lo desarrollaron. Con esto, la sensibilidad de los aNSC para predecir la aparición del LEG en pacientes con SAFP fue del 100%, con una especificidad del 75%, VPP 67%, VPN 100% y razón de verosimilitud de 4. La probabilidad de desarrollar síntomas de LEG en presencia de aNSC fue de 0.67. Mientras que en los pacientes negativos para aNSC fue de 0.09 ( $p=0.001$ ).

**Conclusiones:** La presencia de aNSC al momento del diagnóstico de SAF, se asocia a una alta probabilidad de desarrollar manifestaciones relacionadas al LEG. Lo cual sugiere que esta prueba debe considerarse en el escrutinio de los pacientes con SAFP.

S-6

### Las proteínas de choque térmico (Hsp) co-localizan con los complejos inmunes en la unión dermo-epidérmica en lupus.

Villalobos-Hurtado R, Sánchez-Rodríguez SH, Ávalos-Díaz E, Herrera-Esparza R. Departamento de Inmunología. CBE. Universidad Autónoma de Zacatecas. Guadalupe, Zacatecas. México.

Las proteínas de shock térmico tienen un papel fisiológico de gran importancia durante el estrés, *in vitro* participan en la redistribución antigénica inducida por la irradiación ultravioleta (UV), la fracción UV de la luz solar es determinante en detonar la actividad lúpica a nivel cutáneo. El presente estudio pretende definir la participación de las proteínas de shock térmico (Hsp) en la redistribución de autoantígenos en la unión dermo-epidérmica. Para este propósito estudiamos diez biopsias de piel de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) por inmunofluorescencia directa. Los inmunoreactantes fueron detectados con conjugados fluorescentes mono-específicos anti-IgG, IgA, IgM, C3, C1q y las Hsp fueron detectadas con monoclonales rodaminados anti-Hsp27, Hsp60, Hsp70 y Hsp90. De algunos cortes de piel se eluyeron los autoanticuerpos con glicina 0.2M y fueron caracterizados por Western blot. Todas las biopsias de LES correspondían a piel no lesional, los pacientes estaban activos (SLEDAI) y presentaban anticuerpos antinucleares. Los hallazgos inmunopatológicos en todas las biopsias fueron depósitos inmunes en la unión dermo-epidérmica (banda lúpica), en todas las biopsias los inmunoreactantes más comunes fueron IgG, IgM y C3. La proteína de shock térmico que presentó una distribución constante en la unión dermo-epidérmica fue la Hsp70, en muchos casos co-localizó con IgG o C3. Otras Hsp estuvieron distribuidas en la epidermis y alrededor de los vasos de dermis superficial. En aquellas biopsias en las que se realizó elución de anticuerpos, la especificidad de éstos fue similar a la de los AAN en el suero. En síntesis, las Hsp co-localizan con los inmunoreactantes de la banda lúpica, este hallazgo sugiere, que algunos autoantígenos son producidos por agentes estresantes como la luz solar.

S-7

### Características clínicas y factores pronósticos de mortalidad en pacientes con arteritis de takayasu (AT). Cohorte retrospectiva de 105 pacientes.

Soto ME, Abraham-Simón J, Álvarez E, Reyes PA. Departamento de Inmunología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México DF, México.

**Objetivo:** Evaluar las características clínicas y factores pronósticos de mortalidad, de una cohorte de pacientes con AT.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en el cual se revisaron los expedientes clínicos de 105 pacientes con AT (> 4 criterios del Colegio Americano de Reumatología), atendidos entre 1975 y 2002. Se evaluaron las variables demográficas, características clínicas y resultados de panaortografía. Fueron clasificados utilizando la escala de Numano.

**Análisis estadístico:** La asociación de las variables con mortalidad mediante la prueba de X<sup>2</sup> con corrección de Yates o prueba exacta de Fisher. El análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan y Meier, y la prueba de hipótesis mediante la prueba de log-rank.

**Resultados:** Incluimos 105 pacientes (89 mujeres) con AT, con edad media (±DE) de 24±9 años, los cuales tuvieron un seguimiento de 89±106 meses (intervalo: 3-720 meses). 71 pacientes fueron originarios del DF y los restantes de provincia. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: disminución de pulsos (95%), cefalea (71%), síntomas oculares (67%), disnea (55%), soplo cardíaco o abdominal (52%), claudicación de miembros superiores (49%), claudicación de miembros inferiores (35%), palpitaciones (37%), vértigo (36%), síncope (36%) y malestar general (29%). 55 de 56 pacientes (98%) tuvieron reacción cutánea a la tuberculina, 4 de los cuales con tuberculosis. En 102 pacientes se contó con panarteriografía y los sitios de mayor afección vascular fueron: arterias subclavias (65%), arterias renales (50%), carótidas (46%) aorta abdominal (36%), vertebrales (20%), iliacas (19%), arteria pulmonar y arterias coronarias (13%). La clasificación de Numano más frecuente fue la I (20%) y la V (67%). La mortalidad global en esta cohorte fue del 25%. La probabilidad de supervivencia a 2 años fue 0.92, a 5 años de 0.85 y a 10 años 0.81. Ninguna de las variables estudiadas fue útil como predictor de mortalidad. Las alteraciones coronarias mostraron una tendencia a reducir la probabilidad de supervivencia a 5 años (0.72 vs 1.0) (p=0.07).

**Conclusiones:** La AT es enfermedad de mujeres jóvenes, causa daño arterial difuso, gran morbilidad pero relativamente baja mortalidad, no hay predictores de supervivencia reconocibles hasta ahora, pero, sin duda, la AT tiene impacto negativo en la calidad de vida.

S-8

### Características clínicas y factores pronósticos de recuperación completa en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) y mielopatía.

<sup>1</sup>Abraham-Simón J, <sup>1</sup>Valdés-Ferrer SI, <sup>1</sup>Alcocer-Varela J, <sup>2</sup>Dávila-Maldonado L, <sup>1</sup>Alarcón-Segovia D, <sup>1</sup>Cabral AR.

<sup>1</sup>Depto. Inmunología y Reumatología, Depto. Neurología, <sup>2</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México DF, México.

**Objetivo:** Evaluar las características clínicas y factores pronósticos asociados a recuperación completa en pacientes con LEG y mielopatía.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en el cual se evaluaron las características clínicas y evolución de una cohorte de pacientes con LEG (>4 criterios ACR) y mielopatía. El diagnóstico de mielopatía se estableció con base en la presencia de al menos 2 de los siguientes criterios clínicos: 1) síndrome de neurona motora, 2) alteración sensitiva y 3) pérdida en el control de esfínteres. En todos los casos fue indispensable la identificación de lesiones medulares mediante imagen de resonancia magnética (IRM) o tomografía, compatible con el cuadro clínico.

**Análisis estadístico:** El análisis bivariado mediante la prueba de X<sup>2</sup> con corrección de Yates o exacta de Fisher.

**Resultados:** Identificamos 18 casos con mielopatía, todas mujeres, con edad media ( $\pm$  DE) de  $32\pm 8$  años. El intervalo entre el inicio del LEG y la aparición de la mielopatía fue de  $50\pm 49$  meses (intervalo 0-228.) Al momento de la mielopatía tuvieron una media de SLEDAI de  $17\pm 13$ , el 83% estaba recibiendo prednisona a una dosis de  $15\pm 17$  mg/24h y el 40% recibía al menos un fármaco inmunosupresor. El 81% fue positivo para anticuerpos anti-cardiolipina -aCL- (10 con isotipo IgG\8 con isotipo IgM) y el 64% para los anticuerpos aB2GP1. El 45% tenía manifestaciones de un síndrome antifosfolípido (SAF.) Todos los pacientes tuvieron alteraciones motoras, el 94% alteraciones sensitivas y el 72% alteraciones en el control de esfínteres. En todos los casos se confirmó el diagnóstico de mielopatía por IRM. El intervalo entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento fue de  $14\pm 14$  días. El 72% recibió bolos de metilprednisolona y/o ciclofosfamida IV y el 22% azatioprina. Después de un seguimiento de  $48\pm 43$  meses, el 44% tuvo remisión completa de los síntomas motores y el 50% mejoría parcial. Los síntomas sensitivos y el control de esfínteres se recuperaron completamente en el 66% y en forma parcial en el 26%. Las variables con mayor fuerza de asociación con la recuperación completa fueron: ausencia de aCL (100% vs 25%, RM=4; IC95% 1.5-10.6;  $p=0.04$ ) y ausencia de aB2GP1 (RM=2.2, IC 95% 1.0-4.6;  $p=0.09$ ).

**Conclusiones:** El pronóstico de la mielopatía encontrado en esta cohorte de pacientes fue bueno. Encontramos una alta asociación entre el SAF, aCL y el desarrollo de mielopatía en pacientes con LEG. Los predictores de recuperación incompleta fueron la presencia de aCL y aB2GP1.

S-9

### Evaluación de la percepción de riesgo para enfermedades reumatológicas en adolescentes del Valle de Toluca.

Domínguez G, Huitrón BG, Meléndez-Mercado C, Guzmán S.

Instituto de Investigación en Ciencias Médicas, ICMED. Toluca, Estado de México.

**Objetivo:** Evaluar la percepción de riesgo para enfermedades reumatológicas entre adolescentes del Valle de Toluca.

**Material y métodos:** Se aplicó una encuesta genérica aplicada de manera asistida sobre factores de riesgo para la salud la cual consta de 100 reactivos que incluyen variables socio-demográficas, antecedentes heredo-familiares de enfermedades crónicas, exposición a factores de riesgo conocidos para enfermedades crónicas e infecciosas, así como costumbres de actividad física y evaluación mediante una escala visual análoga (0-100 mm) la percepción del sujeto para desarrollar una enfermedad reumatológica.

**Análisis estadístico:** estadística descriptiva, prueba chi cuadrada, t de Student y regresión logística.

**Resultados:** Se incluyeron 756 alumnos de primer ingreso a nivel bachillerato, con edad promedio de 15 (1 años, 45.7% mujeres/54.3% hombres, 43% de ellos son el hijo mayor, el 82% cuenta con todos los servicios mínimos de urbanización, 54% de los padres tienen educación a nivel bachillerato y las madres son amas de casa (52%), el antecedente heredo familiar mas frecuente es DM 34.8%, fenómeno de Raynaud 16% e hipertensión 12.9%, hay 47% con lumbalgia y 14.8% con artralgias, 30 % se automedica 30% por dolor, el 34.4% ha tenido lesiones deportivas de las cuales al menos la mitad no acudió a evaluación por médico. La percepción de riesgo promedio fue de 14 mm (0-100mm, mediana 5), se comparó a sujetos con percepción de riesgo 0 vs percepción de riesgo >1, encontrando diferencias estadísticamente significativas en antecedente familiar de enfermedad reumatológica (68 vs 89%  $p=0.007$ ), antecedente de lumbalgia (68% vs 82%  $p=0.018$ ) y ejercicio intenso (66% vs 74%  $p=0.045$ ), las cuales mantuvieron su significancia estadística en el análisis multivariado.

**Conclusiones:** la percepción de riesgo de enfermedades reumatológicas es bajo, sin embargo existen situaciones como tener familiares con estos padecimientos o sintomatología músculo esquelética que la incrementan, es necesario evaluar estrategias de intervención para favorecer percepción de riesgo estas enfermedades.

S-10

### Evaluación de la terapia psicológica como coadyuvante de la quimioterapia en el lupus eritematoso sistémico (LES).

Romero-Flores R, Castillo-Victoria E, Jara-Quezada LJ, Barile-Fabris L, Saavedra-Salinas MA, Miranda-Limón JL.

Departamentos de Reumatología y Psiquiatría, Hospital de Especialidades, CMN La Raza, IMSS, México, DF.

**Introducción:** Existe una clara interdependencia entre los sistemas inmune y neuroendócrino, con repercusión negativa del estrés en la evolución de padecimientos autoinmunes, y se ha demostrado mayor sobrevida en pacientes con cáncer de mama que reciben apoyo psicológico adicional a la quimioterapia.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad de la terapia psicológica sobre la actividad lúpica en pacientes que requieren pulsos mensuales de ciclofosfamida (CFM).

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron 28 pacientes con LES (ARA, 1982), que requerían pulsos mensuales de CFM, por glomerulonefritis proliferativa en 23 casos, alteraciones hematológicas en 3 por vasculitis cutánea grave y por hipertensión arterial pulmonar. Se conformaron dos grupos: I, CFM IV mensual (0.5-1 g/m<sup>2</sup>SC), + 0.5 mg/Kg de prednisona; II, CFM IV + prednisona + psicoterapia, que consistió en 9 sesiones de terapia



grupal con una misma psicóloga; en ambos grupos se realizó calificación de SLEDAI, de depresión (cuestionario de Beck) y de ansiedad (ISRA) basal y a los 6 meses.

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes en el grupo I y 15 en el grupo II. La edad promedio para el grupo I fue de  $30.9 \pm 11.29$  y en el grupo II de  $30.4 \pm 10.9$ , y el tiempo de evolución de  $59.6 \pm 12.1$  y de 30.4 meses para cada grupo. En el G-I el promedio de SLEDAI inicial fue de  $30.3 \pm 12.1$  y en el G-II de  $30.4 \pm 10.9$ . Hubo depresión en 9 pacientes del G-I y en 15 del G-II. A los 6 meses de seguimiento se observó mejoría en los índices de función renal y reducción significativa en el SLEDAI y en la calificación de la depresión en ambos grupos. La reducción del SLEDAI, Beck y del ISRA fue mayor en el grupo que recibió psicoterapia.

**Conclusión:** La terapia psicológica, adicional a la quimioterapia habitual con CFM, favorece el control de la actividad en las pacientes con LES.

## S-11

### Efecto de la comorbilidad en el HAQ-Di en artritis reumatoide.

Gómez-Nava JI, Morales-Romero J, Vásquez-Pimentel L, López-Olivo MA, González-López L. Departamento de Medicina Interna-Reumatología Hospital General Regional 110, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, HECMNO, IMSS. Guadalajara Jalisco, México.

**Introducción:** Diversos factores afectan la funcionalidad en la artritis reumatoide (AR). Pocos estudios evalúan el efecto de estados comórbidos en estos pacientes. Nosotros evaluamos la asociación entre comorbilidad y funcionalidad en AR.

**Material y métodos:** En un estudio transversal se evaluaron pacientes con artritis reumatoide (AR) mediante el índice de comorbilidad de Charlson y el índice funcional HAQ-Di. Prueba de chi-cuadrado se usó para comparar proporciones. Se utilizó análisis multivariado para evaluar efecto de comorbilidad en el HAQ-Di. Covariadas fueron edad, sexo, tiempo de evolución y tratamiento.

**Resultados:** De 200 pacientes, 196 (98%) aceptaron participar (87% mujeres). El rango de edad fue de 18 a 79 años (media 50(12 años)). La media de HAQ-Di fue  $0.77(0.60)$ . 123 pacientes (63%) tuvieron al menos una enfermedad adicional. Las más frecuentes fueron enfermedad ácido péptica 38%, hipertensión arterial 27%, enfermedad vascular periférica 10% y diabetes mellitus 6%. Comorbilidad fue asociada a edad mayor de 50 años ( $p=0.041$ ), no se asoció al sexo ( $p=0.47$ ) o duración de la enfermedad ( $p=0.45$ ). La hipertensión arterial sistémica fue más frecuente en mayores de 50 años ( $p<0.001$ ). En el análisis multivariado los mayores predictores para el puntaje de HAQ-Di fueron: edad ( $p=0.017$ ) e índice de comorbilidad ( $p=0.043$ ).

**Conclusiones:** La comorbilidad es frecuente en AR y contribuyen a afectar el estado funcional influenciando negativamente la evolución de la enfermedad y efectividad de tratamientos.

## S-12

### Densidad mineral ósea en pacientes con gota y niveles variables de plomo en hueso.

<sup>1</sup>Guzmán S, Cruz J, Dtez P, Burgos-Vargas R, Vázquez-Mellado J.

Servicio de Reumatología Hospital General de México y

<sup>1</sup>Centro Nacional de Rehabilitación. México DF.

**Objetivo:** Evaluar la densidad mineral ósea en pacientes con gota y niveles variables de plomo (Pb) en hueso.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes voluntarios consecutivos de la consulta externa de Reumatología del Hospital General de México de la Clínica de Gota, que participaron en un proyecto previo de determinación de Pb en rotula, tibia (ambos mayor a  $25 \text{mcg/mm}^3$ ) y sangre (mayor de  $10 \text{mg/dl}$ ). A todos ellos se les invitó a participar para determinación de densidad mineral ósea mediante densitometría ósea dual de 3 regiones (Lumbar, cadera y radio) con densitómetro Hototge 2000 (utiliza población mexicana de referencia). Para el presente análisis se tomaron en cuenta los valores Z totales por región. Del expediente clínico se recabaron variables, demográficas, características propias de la enfermedad y de laboratorio Análisis estadístico: Estadística descriptiva, prueba exacta de Fisher - U Mann-Whitney.

**Resultados:** Los 34 pacientes incluidos fueron hombres, con edad promedio de  $49.1 \pm 10.8$  años, con tiempo de evolución  $12 \pm 8.2$  años, en 44% de los pacientes con presencia de tofos (predominantemente en MsSs), se detectó osteoporosis a nivel trocántero en el 13.9% (5 pacientes), a nivel lumbar 11% (4 pacientes) y en radio 47% (16 pacientes). Los Valores Z en la región de cadera: trocánter  $0.122 \pm 1.579$ , intertrocánterica  $-0.040 \pm 1.49$ , total  $-0.07 \pm 1.56$ , triángulo de Ward  $0.251 \pm 1.95$ , L1-4  $0.169 \pm 1.63$ , Radio tercio medio  $-1.826 \pm 3.392$  MID-2.95 $\pm$ 3, ulna distal  $-2.45 \pm 2.933$  total  $-2.501 \pm 3.202$ . Las determinaciones de Pb fueron las siguientes: sangre  $15 \pm 6.4$ , tibia  $22.8 \pm 10$ , y unión de las rotulas  $32 \pm 12$ . No se detectaron diferencias al comparar entre grupos (Osteoporosis vs No osteoporosis), a nivel trocánter o lumbar, sin embargo a nivel de radio, se detectaron las siguientes diferencias Edad  $45.9 \pm 111.04$  vs  $51.83$   $p=0.031$ , Pb en sangre 56% vs 43  $p=0.058$ .

**Conclusiones:** La osteoporosis en pacientes con gota y niveles variables de Pb en hueso y sangre es más frecuente en huesos largos, lo cual corresponde al comportamiento biológico del Pb, cuyo principal reservorio en el cuerpo son los huesos largos.

S-13

### Utilidad de la inmunización contra influenza y neumococo en pacientes con lupus eritematoso generalizado.

Ortiz-Jiménez E, Juárez-Hernández I, Cabiedes J, Ponce de León S, Alcocer-Varela J, Cardiel-Ríos MH.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zaubiran". DF, México.

**Introducción:** Aunque se ha descrito que la inmunización contra el virus de la influenza y neumococo en pacientes con Lupus Eritematoso Generalizado (LEG) es una práctica segura, la utilidad real de la misma podría ponerse en duda ya que el estado de inmunosupresión, tanto por tipo de tratamiento utilizado como por la enfermedad misma pueden impedir a estos pacientes montar una respuesta inmune adecuada. El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad de la inmunización contra virus de la influenza y neumococo en pacientes con LEG.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, clínico, no aleatorizado en el que se incluyeron 294 pacientes con LEG. Ciento cincuenta pacientes fueron vacunados de forma simultánea con la vacuna antigripal trivalente (FLUZONE) y con la vacuna antineumocócica polivalente (IMOVAX-NEUMO), los pacientes que prefirieron no ser vacunados (144) se incluyeron en el grupo control. En cada paciente se determinó morbilidad, índice de actividad y cronicidad de la enfermedad y se calculó la dosis acumulada, dosis actual y tipo de tratamiento inmunosupresor. El seguimiento se realizó a través de encuestas mensuales por vía telefónica en las que se interrogó sobre el número de eventos de infecciones de vías aéreas superiores, neumonías, internamientos y días laborales perdidos durante los 9 meses posteriores a la vacunación.

**Resultados:** No existieron diferencias significativas entre ambos grupos. En total se presentaron 224 resfriados en los pacientes vacunados contra 186 en el grupo control; los días laborales perdidos fueron 180 vs 142 y existieron 2 neumonías, ambas en el grupo de los vacunados. El promedio de resfriados y días laborales perdidos, por individuo a los 9 meses fue de 1.53 y 1.23 en los vacunados y 1.31 y 1.0 en el grupo control.

**Conclusiones:** Aunque se requiere un seguimiento mayor, el esquema de inmunización recomendado contra influenza y neumococo no parece ser útil en pacientes con LEG. Podrían requerirse modificaciones en el esquema de inmunización para estos pacientes.

S-14

### Enfermedades reumáticas: ¿Un mismo problema para el paciente y el reumatólogo?

Ramos-Remus C, Aceves-Ávila FJ.

Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS, Guadalajara, Jalisco. México.

La forma en que un sujeto previamente sano responde ante un nuevo problema de salud depende de sus estructuras interpretativas. El "posicionamiento" es parte de ellas; es el valor que un individuo asigna a un producto o servicio en comparación con otro.

**Objetivo:** Evaluar a) el posicionamiento de las enfermedades reumáticas y de la reumatología como especialidad médica y, b) el concepto de enfermedades reumáticas en dos segmentos específicos de población de una ciudad mexicana de tres millones de habitantes.

**Métodos:** Diseño cualitativo; entrevistas a profundidad. Dos grupos seleccionados al azar por sus números telefónicos; 30 sujetos sanos y 50% mujeres en cada uno.

Grupo 1: escolaridad formal mayor de 16 años.

Grupo 2: escolaridad formal menor de 6 años. Ninguno de los incluidos tiene familiares con enfermedad reumática ni trabajos relacionados con servicios de salud. Las entrevistas se hicieron a 10 individuos por sesión en cámara de Gesell y se grabaron para análisis posterior.

**Resultados:** Grupo 1: edad promedio 30 años, varones laborando en negocios propios, mujeres amas de casa.

Grupo 2: edad promedio 31 años, obreros asalariados no calificados, con algunas amas de casa. La reumatología no fue conocida por ninguno de los grupos. Las especialidades mejor posicionadas en ambos grupos son ginecología, pediatría y ortopedia. Ambos grupos definieron a las enfermedades reumáticas como problemas de "coyunturas", musculares, de riñones, de circulación y "artritis", creen que sólo ocurren en personas "mayores" y no las perciben como potencialmente incapacitantes. Identificaron como causas al clima y diversos factores laborales.

**Conclusión:** El posicionamiento de la reumatología en México es inexistente en población sana. El grado de educación formal no influye en cómo se perciben las enfermedades reumáticas. Conocen su existencia, pero están "desinformadas", lo que condiciona conductas erróneas en el cuidado de la salud. Se requiere una campaña de remodelación de estructuras interpretativas sobre las enfermedades reumáticas y los médicos capacitados para atenderlas. La mercadotecnia social es un marco conceptual útil para ello.

S-15

### Estudio comparativo de metotrexato (MTX) en dosis bajas semanales (DBS) vs MTX a dosis bajas cotidianas (DBC) en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Rizo-Rodríguez J, Moreno-Valdés R, Cardiel-Ríos MH, Orozco-Alcalá JJ, Ramsés R, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C.

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis del Hospital Central y de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, SLP, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, DF, Hospital Civil de Guadalajara, México.

**Introducción:** La mayoría de los reumatólogos tenemos la idea de que el MTX a DBS es eficaz y menos tóxico que el empleo a DBC.

**Objetivo:** Evaluar y comparar el empleo de MTX a DBS con el MTX a DBC, de acuerdo a parámetros clínicos y de laboratorio.

**Material y métodos:** Analizamos los expedientes de 180 pacientes con AR de más de 1 año de evolución, manejados con prednisona y DMARD, dividiéndolos en 2 grupos, 100 pacientes con DBC (G1), y 80 pacientes bajo tratamiento con DBS de MTX (G2). Además de los parámetros clínicos, se compararon la VSG y Hb, número y tipo de DMARD, dosis promedio y acumulada de CE y MTX, así como eventos adversos.

**Resultados:** La dosis de MTX en el G1 fue prácticamente del doble que la del G2 (2.5 vs 1.3 mg/d), con ACR70 en el 70% en el G1 vs 50% del G2. La VSG disminuyó en el G2 (18.3%), pero no en el 1, aunque la PCR disminuyó 25% en el G1 e incrementó Hb 1.5g hechos no modificables en el 2. Recayeron 14% y 47% en los grupos 1 y 2 (p<0.01). El 2% del G1 y el 18% del 2 suspendieron MTX por eventos adversos.

**Conclusiones:** El MTX a DBC es eficaz y con tolerancia similar o mayor al empleo del MTX a DBS.

S-16

### La baja natalidad en lupus eritematoso sistémico. Análisis de 60 casos.

Blanco-Soto E, Barreira-Mercado E, Rosas-López F, Noriega-Caudillo J, Ruiz-Acosta JM. Centro de Especialidades Médicas de Querétaro, Hospital Regional No. 1 del IMSS-Qro. México.

La gestación en el Lupus Eritematoso Sistémico es por definición un embarazo de alto riesgo, debido a la mayor frecuencia de abortos y pérdidas fetales, partos prematuros, lupus neonatal y complicaciones perinatales en el recién nacido. Para la madre este entorno también representa riesgos potenciales (algunos controversiales) como la reactivación de la enfermedad, mayor riesgo de preeclampsia, eventos oclusivos por anticuerpos antifosfolípido, y síndrome de HELLP entre otros. Al respecto evaluamos en una cohorte algunos tópicos de la historia gineco-obstétrica de las pacientes con lupus eritematoso sistémico.

**Material y métodos:** Se seleccionó de manera aleatoria a 60 pacientes con diagnóstico confirmado de Lupus Eritematoso Sistémico de acuerdo a los criterios del ACR de 1982. Se registró la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, los tratamientos médicos administrados para el control de la enfermedad y en cada caso los antecedentes Gineco-Obstétricos. En cuanto a los hijos por mujer, los hallazgos se compararon con los indicadores promedio de la localidad con un grupo control de 100 casos y los publicados a nacional. Para otros resultados se aplicaron pruebas de estadística descriptiva.

**Resultados:** Edad promedio 31.63 (rango 21-44 años±5.87), edad de la menarquia 12.95±1.43, uso de anticonceptivos 7 casos (11.6%) amenorrea secundaria al tratamiento 13 casos (21.66%). En cuanto al promedio de número de hijos por mujer fue de 1.41±1.60 (rango 0 a 6) muy por debajo del promedio de la población local (4.23) y del índice nacional promedio (3.83). Entre otros resultados, no se observó diferencia significativa en cuanto al número de abortos (13.33% en LES contra 14.18% en controles).

S-17

### Morbimortalidad asociada a eventos quirúrgicos en pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario.

Medina-Pastor MN, López-López SM, Amigo-Castañeda MC, Nava-Zavala A. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México DF.

**Introducción:** En la literatura existen estudios escasos sobre la morbimortalidad asociada en pacientes con Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos Primario (SAFP) y eventos quirúrgicos o intervencionistas.

**Objetivo:** Comparar la morbimortalidad en pacientes con SAFP y eventos quirúrgicos contra pacientes con el diagnóstico de SAFP sin eventos quirúrgicos. Así mismo comparar la mortalidad en pacientes con SAFP que se someten a tromboendarterectomía contra otras cirugías.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, comparativo, longitudinal en pacientes del Departamento de Reumatología de este Instituto, con el diagnóstico de SAFP, dividiéndose en dos grupos, siendo la variable el haberse o no sometido a evento quirúrgico o intervencionista. Determinándose edad, sexo, tiempo de evolución desde que ingresaron al servicio de reumatología y se les realizó el diagnóstico de SAFP, cirugías o procedimientos intervencionistas, características clínicas, exámenes de laboratorio, complicaciones, y el desenlace. Se calculó la media y la desviación estándar para la edad, el tiempo de evolución y el desenlace. Además de la prueba exacta de Fisher para comparar la mortalidad entre los pacientes con cirugía y sin ella. Y para comparar en el grupo de pacientes con cirugías, la mortalidad en pacientes con tromboendarterectomía y con otras cirugías.

**Resultados:** Entraron al estudio 52 pacientes: 33 pacientes en el grupo con eventos quirúrgicos y 19 pacientes sin evento quirúrgico. El grupo con cirugías: 15 pacientes pertenecen al sexo masculino y 18 al femenino. En el grupo sin cirugías: 9 son mascu-

linos y 10 femeninos. La media de edad (DE) en el grupo con cirugías es de 43.13 años ( $\pm 10.83$ ); la media de edad (DE) en el grupo sin cirugías es de 45.68 años ( $\pm 17.76$ ). La media (DE) de tiempo de evolución desde el diagnóstico de SAFF fue en el grupo con cirugías de 6.04 años ( $\pm 4.38$ ) y en el grupo sin cirugías de 6.13 ( $\pm 3.49$ ). En cuanto al desenlace de los pacientes con cirugías 14 (42%) fallecieron y 19 (58%) continúan vivos, en los pacientes sin cirugía 4 (21.5%) han fallecido y 15 (78.94%) están vivos, sin significancia estadística. Al comparar la mortalidad en los pacientes con cirugías con tromboendarterectomía 10 pacientes 30.3% en los que 8 han fallecido 80% y viven 2 (20%). Otras cirugías 23 pacientes 69.7%, en los que 6 han fallecido 26.08% y viven 17 (73.91%). Con una alta significancia estadística  $p=0.0070$ .

**Conclusiones:** En nuestro grupo no encontramos diferencias significativas en que los eventos quirúrgicos se relacionen a morbimortalidad, sin embargo si se observa una tendencia importante. El comparar la tromboendarterectomía con otros eventos quirúrgicos si se observó que esta conlleva mucho mayor riesgo en este tipo de pacientes.

S-18

### El alelo 5G del polimorfismo -675 en el promotor del PAI-1 es un posible factor de riesgo para el desarrollo de la artritis reumatoide en el occidente de México.

Ruiz-Quezada S, Muñoz-Valle JF, Martín-Márquez BT, Martínez-Bonilla G, Oregón-Romero E, Bernard-Medina AG, Daneri-Navarro A, Cárdenas-Meza M, Vázquez-del Mercado M.

Laboratorio de Inmunología, CUCS, U de G; Servicio de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"; Laboratorio de Patología Clínica, Hospital Civil de Guadalajara "Juan I. Menchaca". Guadalajara, Jal, México.

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por destrucción de cartílago y hueso. El gen PAI-1 presenta un polimorfismo 4G/5G en el promotor, lo que induce variaciones en la expresión. Sugerimos que niveles disminuidos de PAI-1 favorecen la conversión de plasminógeno a plasmina lo que induce la activación de metaloproteinasas, siendo estas las enzimas más importantes involucradas en la degradación del cartílago y hueso subcondral en AR. El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia genotípica y alélica del polimorfismo 4G/5G en el promotor del PAI-1 y su asociación con el perfil de lípidos en pacientes con AR, osteoartritis (OA) y controles clínicamente sanos (CCS).

**Material y métodos:** Estudio transversal, comparativo y observacional. Se estudiaron pacientes con AR, OA, y CCS. El polimorfismo se determinó por PCR-RFLP's con la enzima de restricción Bsl I. **Análisis estadístico:** SPSS y Epi Info.

**Resultados:** La frecuencia de los genotipos 5G/5G, 4G/5G, 4G/4G en AR fue: 0.45, 0.52, 0.03; en OA fue: 0.32, 0.55 y 0.13 y en CCS fue: 0.23, 0.6, 0.17 respectivamente (NS). En la frecuencia alélica se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de AR y CCS para el alelo 5G (0.71 AR y 0.53 CCS  $p<0.05$ ; OR 2.16; 95%, IC 0.97-4.84). Además se encontró un incremento de triglicéridos (TG) y lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL-c) en CCS portadores del genotipo 5G/5G ( $p<0.05$ ). No se encontraron diferencias significativas en el resto de los parámetros.

**Conclusiones:** El alelo 5G es más frecuente en AR, indicando que los individuos portadores del alelo tienen dos veces mayor riesgo de desarrollar AR en el Occidente de México. El genotipo 5G/5G se asocia con niveles altos de TG y de VLDL-c en CCS, lo cual sugiere que los niveles séricos de estos parámetros están asociados con el genotipo 5G/5G del PAI-1.

S-19

### Densidad mineral ósea: Otros factores de riesgo que contribuyen a disminuirla.

Jaimés-Hernández J, Robles-San Román M, <sup>1</sup>Guzmán S, Meléndez-Mercado C.

Centro Médico Toluca, Servicio de Reumatología, Hospital de Concentración Toluca, Servicio de Reumatología, ISSEMYM. <sup>1</sup>Facultad de Medicina, Investigación Clínica, Posgrado. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México.

**Introducción:** Además de los factores de riesgo formalmente asociados a la osteoporosis existen condiciones en el estilo de vida que pueden contribuir en dirección y magnitud aun no establecidas a la disminución de la densidad mineral ósea (DMO).

**Objetivo:** Explorar condiciones asociadas a la DMO baja en pacientes no seleccionados del valle de Toluca.

**Material y métodos:** Se incluyeron 136 pacientes consecutivos espontáneos de la Clínica de Osteoporosis (OP), por interrogatorio dirigido se identificaron los siguientes factores de riesgo: constitución y actividad física, número de embarazos (NE), consumo de café (>3 tasas)(CC), tabaquismo, ingesta de bebidas alcohólicas, menopausia, tratamiento y enfermedad concomitante. De manera independiente el médico evaluador calificó subjetivamente el riesgo para OP (0 -2), cada paciente calificó su percepción de aporte de calcio (ACa), y en un segundo tiempo lo evaluó un nutriólogo; así como su gasto calórico. Se realizó determinación de la densidad mineral ósea (DMO) dual de tres regiones con densitómetro Hologic 2000 (utiliza como referencia población mexicana) y determinaciones en sangre de calcio, fósforo, creatinina, fosfatasa alcalina (FA), hidroxiprolina y la relación Cr/Ca en orina de 24 hr.

**Análisis estadístico:** Estadística descriptiva del grupo total,  $\chi^2$ , prueba t Student y regresión logística.

**Resultados:** Del total 97% fueron mujeres, el promedio de edad del grupo  $58.6\pm 12$ , se detectó antecedente de tabaquismo (21%), ingesta de bebidas alcohólicas (44%), CC 44%, actividad física <2 h (74%), menopausia > 5años (70.6%), obesidad (57%), el

54% de los pacientes consideran su ACa deficiente, la valoración por el nutriólogo detectó 66%, al comparar a las pacientes con DMO NL vs disminuida, se detectaron diferencias en: edad (52±11 Vs 64±10 años p= 0.000), NG 4+3 Vs 6+4 (OR 3.4 IC95% 1.6-7 p=0.001), menopausia >5 años 67% vs 87 % (OR 3.3 IC95% 1.4-7.7 p=0.005), gasto metabólico 155±221 vs 1395±258 p= 0.001; únicamente edad, aporte de calcio bajo y enfermedad concomitante conservaron su significancia en el análisis multivariado. **Conclusiones:** Además de la edad y menopausia la disminución en la DMO en estos pacientes no seleccionados se asoció a NG, gasto metabólico y ACa. Por lo que es importante ampliar la información en nuestra población respecto a otros factores de riesgo.

S-20

### Impacto del género en el comportamiento clínico y sobrevida en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Estudio de casos y controles.

Soto ME, Abraham-Simón J, Arena E, Flores C, González-Ortega ME, Reyes PA.

Departamento de Inmunología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México DF, México.

**Introducción:** Continuamos el estudio del impacto de género en LES, se precisan datos clínicos y estimación de sobrevida en una cohorte estudiada en un centro de referencia. Los datos se contrastan con los obtenidos en la literatura.

**Material y métodos:** Estudio de casos y controles, en el cual incluimos 36 hombres y 151 mujeres con LES (>4 criterios del ACR, atendidos entre 1984-2001). En estos pacientes se investigó el comportamiento clínico y la sobrevida a 5 años.

**Análisis estadístico:** Para la comparación de variables dicotómicas utilizamos la prueba X2 con corrección de Yates o prueba exacta de Fisher. Para las variables continuas la prueba de U Mann-Whitney, para análisis de sobrevida curvas de Kaplan y Meier y la prueba de hipótesis con log-rank.

**Resultados:** La edad media (± DE) (hombres: 32±14.2 vs mujeres: 30.3±12.3 años) y tiempo de evolución de la enfermedad (hombres: 5.2±7.2 vs mujeres: 6.6±7.4 años) fueron similares. Encontramos diferencias clínicas relacionadas al género. En mujeres una mayor prevalencia de adinamia (34 vs 8%, RM 5.8, IC95% 1.7-19.6, p=0.002), Raynaud (34 vs 13%, RM 3.1, IC95%, 1.2-8.8, p=0.001), eritema malar (52 vs 33%, RM 2.2, IC95% 1.0-4.8, p=0.004) y alopecia (56 vs 38%, RM 2, IC95%, 1-4.2, p=0.04). En hombres una mayor prevalencia de sedimento urinario activo (58 vs 15%, RM 9.1 IC95% 4.0-20.0, p<0.0001), linfopenia (92 vs 58%, RM 7.8, IC95% 2.3-26.8, p<0.0001), lupus discoide (30 vs 5%, RM 7.8, IC95% 2.8-21.4, p<0.0001), psicosis (14 vs 5%, RM 3.3, IC95% 1-11, p=0.05), pericarditis (42 vs 18%, RM 3.1, IC95% 1.4-6.8, p=0.007), trombocitopenia (52 vs 45%, RM 2.4, IC95% 1.1-5.1, p=0.02) y daño renal (77 vs 62%, RM 2.1, IC95% 1-4.9, p<0.08). La probabilidad de sobrevida a 5 años en mujeres fue de 0.92 y en hombres de 0.85 p=0.12.

**Conclusiones:** Hay suficientes diferencias asociadas a género en LES, las de mayor impacto en morbilidad parecen agruparse entre los hombres, sin embargo no se observa un impacto al analizar probabilidad de sobrevida.

S-21

### La plasmaféresis es superior a metilprednisolona en insuficiencia renal aguda en vasculitis anca positivas.

Flores-Suárez LF, Luqmani R, Gaskin G, Jayne D & EUVAS.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición México, DF. & EUVAS.

**Introducción:** Se presentan resultados preliminares de un estudio clínico que compara la plasmaféresis (PF) versus bolos de metilprednisolona (MPDN) como terapia adyuvante en glomérulo nefritis necrosante asociada a vasculitis ANCA positivas.

**Métodos:** Se aleatorizaron 151 pacientes con vasculitis ANCA positiva e insuficiencia renal aguda (creatinina sérica >500 mol/L) para recibir 7 intercambios de plasma (c/u de 60 ml/kg) durante dos semanas o 3 bolos de MPDN (c/u de 15 mg/kg) en conjunto con terapia estándar (ciclofosfamida oral-CFM y prednisona-PDN a dosis altas en ambos grupos). La aleatorización se estratificó de acuerdo a requerimientos dialíticos y/u oliguria y se hizo al momento del diagnóstico.

**Resultados:** Edad media: 65 años. La mayoría de los pacientes tuvieron poliangeítis microscópica; también hubo pacientes con granulomatosis de Wegener y vasculitis renal limitada sin haber diferencias en las proporciones de pacientes en cuanto al diagnóstico y el tratamiento recibido. Diez pacientes fueron retirados durante la evolución al hacerse evidentes otros diagnósticos. Hay datos de 124 pacientes a 3 meses de seguimiento. Veinte pacientes (16%) murieron en los primeros tres meses; las causas incluyeron: sepsis (7), hemorragia pulmonar (4), y alteraciones cardiovasculares (4); el resto murieron por causas multifactoriales. Los índices de muerte no difirieron en ambos grupos. En cuanto a función renal el desenlace fue mejor en el grupo tratado con PF, tanto en términos de índice de independencia de diálisis en pacientes que sobrevivieron (p=0.004) o en cuanto al índice general de sobrevida libre de diálisis (p=0.017). La diferencia fue mayor en los pacientes que requirieron diálisis al momento de la presentación.

Sobrevida a 3 meses	Vivos-sin diálisis	Diálisis dependientes	Muertos
Plasmaféresis n = 61	42 (68.9%)	9 (14.8%)	10 (16.4%)
Bolos de MPDN n = 63	30 (47.6%)	23 (36.5%)	10 (15.9%)

## S-22 El afrontamiento pasivo a la enfermedad se asocia con actividad en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

<sup>1</sup>Neri GM, <sup>2</sup>Guzmán VS, <sup>3</sup>Duarte-Salazar C, <sup>1</sup>Lavielle SP, <sup>2</sup>Miranda-Limón JM, <sup>2</sup>Jara-Quezada LJ.

<sup>1</sup>HECMN SXXI IMSS, <sup>2</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica y Departamento de Reumatología, HECMN La Raza. México, <sup>3</sup>Centro Nacional de Rehabilitación. México.

**Conclusiones:** El mecanismo de acción de la PF se desconoce, pero podría ser debido a remoción de ANCA circulantes. Los datos sugieren que el añadir PF a la terapia estándar de CFM y PDN es preferible a bolos de MPDN en el tratamiento inicial de glomerulo nefritis necrosante debida a vasculitis ANCA positiva manifestada como insuficiencia renal aguda.

**Objetivo:** Evaluar la asociación de estilo de afrontamiento (EA) a la enfermedad con el estado clínico en pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES).

**Material y métodos:** Se evaluaron pacientes consecutivos voluntarios de la consulta externa del servicio de Reumatología con diagnóstico de LES (> 4 criterios del ACR, 1982). Se determinó la actividad de la enfermedad (MEX-SLEDAI > 4), el índice de daño crónico (SLICC/ACR DI >1), se excluyó pacientes con actividad en sistema nervioso central. Se aplicó el instrumento de medición de afrontamiento de Lazarus y Folkman: Ways Coping Questionnaire (WCQ), validado en población mexicana, que evalúa el afrontamiento pasivo EAP (pensamiento mágico, distanciamiento, aceptación de la responsabilidad, confrontativo y autocontrol) y el afrontamiento activo-EAA (Dirigido a lo positivo, búsqueda de apoyo social y afrontamiento dirigido al problema). Se midió además función cognoscitiva global (Minimental), nivel de depresión (Inventario de depresión de Beck) y variables demográficas sexo, edad, escolaridad, ingreso económico).

**Resultados:** Se incluyeron 195 pacientes con LES (179 mujeres, 16 hombres). Edad promedio de 30.4±10.3 años, tiempo de evolución de LES de 3.8±4.9 años (mediana 2 años), escolaridad 10.6±3 años cursados, ingreso familiar mensual promedio de 4172±2939 pesos. MEX-SLEDAI promedio 3.6±2.5, SLICC/ACR mediana 0 (rango 0-5). Cursó con LES activo 44% de la muestra, se encontró depresión en 55% y deterioro cognoscitivo en 1.5%. El WCQ mostró EAP en 106 pacientes (54.4%) y EAA en 89 (45.6%). Los pacientes con EAP tuvieron un puntaje significativamente alto de MEX-SLEDAI comparado con EAA (4.25±2 vs 3±2 p=0.000). El OR de EAP para LES activo fue 3.16 (IC 95% 1.7-5.7 p=0.000), el EAP y EAA también tuvieron diferencias significativas en depresión (65% vs 44% p=0.003) y escolaridad (10±3 vs 11 ±3 p=0.029). Sin embargo en el modelo de regresión logística sólo el EAP estuvo asociado a actividad de LES en forma significativa (OR 2.97 IC 95% 1.57-5.68, p=0.001).

**Conclusión:** Este estudio sugiere que el EAP se asocia con actividad de enfermedad en LES, de manera independiente a depresión. Es necesario un estudio prospectivo para determinar la naturaleza dinámica del afrontamiento y el efecto de la educación del paciente sobre EAP en LES.

## S-23 Diferencias por genero en la actividad clínica, acumulación de daño y mortalidad en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) a través del curso de la enfermedad.

Romero-Díaz J, Doménech M, Sánchez-Guerrero J. Departamento de Inmunología y Reumatología. INCMNSZ. México, DF. México.

Se ha considerado que el LEG es muy agresivo y tiene mayor mortalidad en hombres que en mujeres.

**Objetivo:** Determinar si existen diferencias en la actividad, el daño acumulado y mortalidad entre hombres y mujeres con LEG de reciente diagnóstico.

**Diseño:** Cohorte retrospectiva.

**Métodos:** Se incluyeron 73 hombres con LEG de reciente diagnóstico (<1 año) que acudieran a la consulta de Reumatología entre enero de 1973 y diciembre de 1998, Durante el mismo período, se seleccionaron al azar 73 mujeres con LEG de reciente diagnóstico pareadas por edad (±2 años) y año del diagnóstico. Se recabó la información en un formato estandarizado con variables demográficas, criterios de lupus, daño crónico (SLICC ACR/DI), actividad (SLEAI), hospitalizaciones, además de uso y dosis acumulada de prednisona e inmunosupresores. Se les dio seguimiento desde la primera visita con el reumatólogo después de reunir los 4 criterios hasta el 31 de dic-2001, la fecha de la última visita a la consulta o la fecha de fallecimiento, lo que ocurrió primero. Aquellos pacientes que dejaron de acudir al Instituto por >1 año fueron censurados.

**Análisis estadístico:** Estadística descriptiva, t de student o U-Mann Whimney, Chi-cuadrada, regresión logística y curva de Kaplan Meier. Se consideró significativa uaa p<0.05 a dos colas.

**Resultados:** Los hombres y las mujeres fueron comparables en edad, criterios de lupus y tiempo de seguimiento, p=NS. No hubo diferencias en la actividad inicial ni en la actividad global de los primeros 3 años. Al 4to y 5to años se encontró mayor actividad global en los hombres: 3.3±3.1 vs 1.7±2.5, p=0.01 y 4.0±3.9 vs 2.2±3.3, p=0.04 respectivamente. No hubo diferencias en el porcentaje de uso ni dosis de esteroides e inmunosupresores. El SLICC acumulado total fue mayor en hombres al 4º año; 1.8±1.8 vs 1.1±1.1 (p=0.07), 5º; 1.955. vs 1.2±1.3(p=0;04), y 6º; 2.351.5 vs 1.3±1.5 (p=0.01).

El daño vascular y renal predominó en los hombres,  $p=NS$  y el neuropsiquiátrico en mujeres ( $p=0.03$ ). Diez hombres y 2 mujeres murieron durante el seguimiento ( $p=0.03$ ). Las variables predictoras de mortalidad fueron el género (HR 5.6, IC95% 1.1-28.5,  $p=0.03$ ) y el SLICC acumulado (HR 1.5, IC 95% 1.1-2.0,  $p=0.008$ ).

**Conclusiones:** Los hombres con lupus cursan con mayor actividad de la enfermedad, acumulan más daño y tienen una mortalidad más elevada que las mujeres.

S-24

### El uso del cuestionario LANSS para dolor neuropático en pacientes con fibromialgia.

López S, Medina M, Nava-Zavala A, Martínez-Lavín M.

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México, DF. México.

**Introducción:** Las investigaciones recientes sugieren que la fibromialgia (FM) es un síndrome doloroso neuropático mediado por hiperactividad simpática (BMC Musculoskelet Disord 2002; 3:2). El dolor neuropático se caracteriza por persistir independiente de estímulos nocivos y por acompañarse de hiperalgesia/alodinia y parestesias. El síndrome fibromiálgico tiene dichas características. La escala de dolor LANSS es un instrumento clínico recién desarrollado y validado para identificar al dolor neuropático y diferenciarlo del nociceptivo (Pain 2001; 92:147). Contiene 5 preguntas relacionadas con 5 áreas diferentes que componen el síndrome parestésico (áreas disestésica, autonómica, inducida, paroxística y térmica).

**Objetivo:** Evaluar las respuestas que los pacientes con FM dan al cuestionario LANSS y compararlas con las respuestas dadas por pacientes que sufren del síndrome doloroso nociceptivo por antonomasia, artritis reumatoide (AR).

**Métodos:** Estudio prolectivo abierto. El cuestionario LANSS fue traducido al español por dos de los autores y "re-traducido" al inglés por una intérprete profesional. Se corroboró que las dos versiones en inglés fuesen concordantes. De la consulta externa de nuestra institución, se estudiaron de manera consecutiva 20 pacientes con FM y 20 con AR activa. Todos los pacientes estuvieron de acuerdo en contestar la versión española del cuestionario.

**Resultados:** La intensidad del dolor fue similar en ambos grupos de acuerdo a una escala analógica visual ( $5.3\pm 3.0$  para la FM vs  $5.4\pm 3.1$  para la AR ( $p=NS$ ). Sin embargo se encontraron marcadas diferencias en el porcentaje de respuestas afirmativas en 4 de las 5 áreas parestésicas del cuestionario LANSS, a saber; disestésica (95 vs 30), inducida (95 vs 35), paroxística (90 vs 15) y térmica (90 vs 20).  $P < 0.0001$  para cada comparación.

**Conclusiones:** La alta prevalencia de trastornos sensoriales asociados al dolor, da sustento clínico a la hipótesis que sostiene que la FM es un síndrome neuropático. Las preguntas del cuestionario LANSS constituyen un nuevo instrumento, útil y fácil, en el diagnóstico diferencial del dolor fibromiálgico vs el dolor nociceptivo presente en otras entidades reumatológicas.

S-25

### Gota: Expresión clínica variable dependiendo del sitio de atención médica.

<sup>1</sup>Casasola-Vargas J, <sup>1</sup>Cruz-Álvarez LJ, <sup>2</sup>Espinoza-Villalpando J, <sup>1</sup>Guzmán S, <sup>2</sup>Cruz J, <sup>3</sup>Shumsky C, <sup>1</sup>Medrano-Ramírez G, <sup>1</sup>Lino-Pérez L, <sup>1</sup>Burgos-Vargas R, <sup>1</sup>Vázquez-Mellado J.

<sup>1</sup>Servicios de Reumatología del Hospital General de México, <sup>2</sup>Hospital Regional de PEMEX, <sup>3</sup>Hospital Central Norte de PEMEX, Reynosa, Tamps. México.

**Objetivo:** Determinar si la expresión clínica de la gota es diferente en 4 grupos de pacientes atendidos en diferentes instituciones o niveles de atención médica.

**Material y métodos:** Es un estudio multicéntrico en el cual se analizaron 65 variables clínicas y de laboratorio de 496 pacientes con diagnóstico de gota: 317 del Hospital General de México (HGM), 69 del Hospital Central Norte de PEMEX en el DF. (HCNP), 68 del Hospital Regional de PEMEX en Reynosa, Tamps (HRPR) y 42 de la consulta privada de 3 reumatólogos. El análisis estadístico se hizo con prueba de t, X<sup>2</sup> y ANOVA.

**Resultados:** Los pacientes de PEMEX (HCNP y HRPR) son similares en todas las variables estudiadas pero diferentes a los del HGM y de la CP.

Los pacientes de PEMEX (HCNP y HRPR) al compararlos con los del HGM tienen significativamente ( $p < 0.05$ ): Mayor edad de inicio y edad actual, mayor escolaridad, mayor frecuencia en mujeres y mayor prevalencia de HTAS, diabetes mellitus, litiasis, uso previo de diuréticos y AAS a dosis bajas. Asimismo, los pacientes de PEMEX (VS HGM) tienen menor frecuencia de antecedentes familiares de gota, alcoholismo, número de tofos, tofos intradérmicos, antecedente de uso crónico de esteroides y menor retraso en el diagnóstico.

**Conclusiones:** Las características de los pacientes con gota son variables dependiendo del sitio de atención médica, los pacientes de los hospitales HCNP y HRPR son similares a los pacientes con gota reportados en países del primer mundo. Al parecer no hay diferencias raciales entre los grupos y por tanto, los pacientes del HGM tienen una enfermedad más grave tal vez debido a diferencias en nivel socioeconómico.

S-26

### Impacto en calidad de vida en una cohorte de artritis reumatoide (AR). Evaluación a 7 años.

Arce-Salinas CA, Ventura-Ríos L.

Servicios de Medicina Interna y Reumatología. Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos, México, DF. México.

**Introducción:** La AR es una enfermedad grave en términos de mortalidad, morbilidad y costos para su atención y complicaciones; todo ello a pesar del uso de nuevos medicamentos, combinaciones y mejores estrategias recientes para su control. Se presenta la evolución a 7 años de un grupo de pacientes tratados agresivamente.

**Pacientes y métodos:** Se seleccionó un grupo de pacientes de la clínica de AR de larga evolución en la que se evaluó el impacto de la enfermedad en términos de actividad y deterioro funcional; todos habían recibido combinaciones de FARME y habían sido vistos intensamente. Fueron evaluados mediante indicadores del ACR para medición de actividad de la enfermedad (cuenta articular, HAQ, EVA y VSG) Se analiza en esta ocasión los parámetros iniciales y luego de 7 años de seguimiento. Análisis: Se empleó estadística no paramétrica, Wilcoxon y prueba exacta de Fisher según fuera apropiado.

**Resultados:** El grupo se constituyó de 22 pacientes, 19 mujeres y 3 hombres con edad promedio de 49 años. Es de notarse que hubo gran tiempo de evolución previo a la primera evaluación, un promedio de  $9 \pm 2.1$  años. El promedio de FARME antes de la primera evaluación fue de  $2.9 \pm 1.5$ ; posterior a ello, un 60% se encuentra con combinaciones de 2 y 3 medicamentos y el promedio de FARME actual es de 4.5. Poco menos de 80% están actualmente con esteroide. Al comparar las evaluaciones clínicas: HAQ inicial  $0.56 \pm 0.5$  y HAQ final  $0.52 \pm 0.49$ ; articulaciones dolorosas, inicial  $8.7 \pm 8.9$  contra final  $5.5 \pm 6.8$ ; articulaciones inflamadas, inicial  $7.18 \pm 7.27$  contra final  $1.6 \pm 1.8$  ( $p < 0.001$ ); desempeño global inicial  $4.72 \pm 3.6$  contra final  $3.9 \pm 3.5$  y la EVA de dolor inicial de  $3.3 \pm 2.6$  y final de  $3.75 \pm 3.0$ .

**Conclusión:** El tratamiento agresivo con combinaciones de FARME que conduzcan a la disminución de las articulaciones inflamadas posiblemente establezca la enfermedad y detenga la progresión de la limitación física y el daño concomitante.

S-27

### Enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC). ¿Existen diferencias entre EMTC "seropositiva" y "seronegativa"?

Tlitlepantzin-Apartado MA, Balderas I, Cabiedes J, Granados-Arriola J, Cardiel-Ríos MH, Pascual-Ramos V.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México DF, México.

**Introducción:** La EMTC se define por criterios clínicos y serológicos (Alarcón-Segovia, Villarreal, 1982). Existen pacientes con criterios clínicos y ausencia del criterio serológico (EMTC seronegativa).

**Objetivos:** 1) Definir las características clínicas, serológicas e inmunogenéticas de los pacientes con EMTC seronegativa (EMTC-). 2) Comparar los anteriores con controles, EMTC seropositiva (EMTC+).

**Material y métodos:** Se identificaron pacientes con criterios clínicos para EMTC y ausencia de anticuerpos anti U1 RNP y controles (de una base de datos local).

**Resultados:** se identificaron 20 pacientes con EMTC- y se compararon con 63 pacientes con EMTC+. Las características demográficas de ambos grupos fueron similares (sexo, edad media al diagnóstico y en el momento de estudio). El tiempo medio de seguimiento fue de 112 meses (EMTC-) vs 167 meses (EMTC+). Nueve de los pacientes con EMTC- contaban con 4 o más determinaciones de anticuerpos anti U1 RNP. No hubo diferencias en los criterios clínicos entre ambas entidades (Raynaud, artritis, esclerodactilia, edema de manos, miositis). Se estudiaron 95 variables clínicas y demográficas; las diferencias significativas fueron: Hipotiroidismo 10% (EMTC-) vs 0% (EMTC+),  $p=0.01$ ; alopecia 35% (EMTC-) vs 62% (EMTC+),  $P=0.03$ ; hepato-esplenomegalia 5% (EMTC-) vs 0% (EMTC+),  $p=0.07$ . Se realizó serología en 17/20 pacientes con EMTC-: 70% tuvieron factor reumatoide positivo, 41% anticuerpos antinucleosomales positivos, 29% anticuerpos anticardiolipina (IgM) positivos y 64% anticuerpos antinucleares positivos. La frecuencia génica de los alelos clase II del SMH (DR1, DR4 y DR11) fue semejante a la encontrada en estudios previos del mismo grupo étnico e incluso de la misma institución.

**Conclusión:** Existen pacientes con criterios clínicos para EMTC y ausencia persistente de anticuerpos anti U1 RNP. La presencia vs ausencia de anti U1 RNP parece estar asociada con características clínicas irrelevantes.

S-28

### Alta prevalencia de litiasis en dos grupos de pacientes mexicanos con gota.

<sup>1</sup>Medina M, <sup>2</sup>Vázquez-Mellado J, <sup>3</sup>Álvarez-Nemegyei J, <sup>2</sup>Burgos-Vargas R.<sup>1</sup>Depto. Investigación, Lab. de Invest. FUNSALUD, Hosp. O'Horan, SSS, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, Hosp. General de México, <sup>3</sup>Hosp. de Especialidades Centro Médico Nacional de Oriente Lic. Ignacio García Téllez, IMSS. México.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de litiasis y factores asociados a ella en pacientes con gota y función renal normal (Creatinina  $< 1.5$ ).

**Material y métodos:** Se incluyeron prospectivamente a 129 pacientes consecutivos con diagnóstico de gota: 88 del IMSS Yucatán (IMSSY) y 41 del Hospital General de México (HGM). Se consignaron variables clínicas y de laboratorio incluyendo determinaciones séricas y urinarias de: Ácido úrico, creatinina, calcio, K, Na y pH. A todos aquellos sin historia de litiasis se les realizó USG renal. El análisis estadístico se hizo con prueba de t y X<sup>2</sup>.

**Resultados:** La prevalencia de litiasis fue del 40% (71% de ellos por historia de cólico renal y 29% por USG), la prevalencia fue similar entre los pacientes de las dos instituciones (IMSSY: 41%, HGM: 39%). El 98% de los pacientes fueron del sexo masculino. Los promedios ( $\pm$ DE) de edad, índice de masa corporal y tiempo de evolución fueron:



50.7±11.8 años, 29.9±5.7 kg/m<sup>2</sup>, 9.5±9.1 años respectivamente. Solamente el 9% de los pacientes eran hiperexcretores de ácido úrico. No hubo ninguna diferencia significativa en las variables clínicas o de laboratorio entre los pacientes con litiasis vs aquellos sin litiasis. El grupo total de pacientes del IMSS (litiasis + no litiasis) tuvo diferencias clínicamente significativas al compararlos con el grupo total de los pacientes del HGM en relación a edad, alcoholismo, número de tofos, frecuencia de HTAS, dislipidemia, uricosuria, calciuria, creatinina en orina, K en orina y pH urinario aunque todo ello no influyó en la frecuencia de litiasis.

**Conclusiones:** La prevalencia de litiasis en pacientes con gota en México parece ser mayor (casi el doble) de lo previamente reportado. En estos dos grupos de pacientes no se encontraron variables clínicas o de laboratorio que se asocien a la presencia de litiasis.

S-29

### Sacroiliitis (SI) y afección de coxofemorales en lupus eritematoso sistémico (LES). ¿Entesopatía?

Sierra-Jiménez GM, Sánchez-Ortiz A, Barrera-Cruz A, Sánchez-Alonso S, Aceves-Ávila FJ, Ramos-Remus C.

Departamento de Reumatología, Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS, Guadalajara, Jalisco, México.

**Introducción:** Existen varios reportes de sacroiliitis (SI) en LES. En algunos de estos pacientes hay espondilitis anquilosante asociada. Cuando existe en LES afección de articulaciones coxofemorales, se supone causado por necrosis avascular. Sin embargo, hay pacientes con LES, SI y afección de coxofemorales no causadas por espóndilo artropatías o necrosis avascular.

**Objetivos:** Investigar la prevalencia de SI radiográfica y compromiso de articulaciones coxofemorales en una muestra de pacientes consecutivos con LES (ACR 1982) en un hospital de tercer nivel de atención.

**Material y métodos:** Se incluyeron 111 pacientes de la consulta externa de Reumatología del CMNO. Ninguno de ellos cumplía con los criterios del grupo Europeo para estudio de espóndilo artropatías ni presentaban datos de necrosis avascular de articulaciones coxofemorales. Se registraron variables demográficas y clínicas con un cuestionario estructurado. Se tomó radiografía simple de pelvis en proyección posteroanterior a todos los pacientes. Estas fueron evaluadas por un mismo observador cegado a los datos clínicos del paciente. La SI radiográfica se definió de acuerdo a los criterios de NY para EA (1966). También se registró la presencia de afección de articulaciones coxofemorales y de osteítis pubis.

**Resultados:** El 88% de los pacientes fueron mujeres con edad promedio de 37±11 años y con una duración promedio de la enfermedad de 120±82 meses. En 28% encontramos SI grados 2-4; en 9% se encontró afección de coxofemorales (5% bilateral). Hubo osteítis pubis en 29%. Se encontró asociación de SI con afección coxofemoral ( $p=0.002$ ). Por reinterrogatorio, encontramos lumbalgia no inflamatoria en el 21% y artritis periférica en 62% de los pacientes, sin asociación entre la presencia de cualquiera de estas dos situaciones clínicas y la existencia de lesiones radiográficas.

**Conclusión:** La SI y la afección de articulaciones coxofemorales son frecuentes en el LES, aunque no se buscan habitualmente. Con base en estos hallazgos y la conocida existencia de subluxación atlanto-axial y artropatía de Jaccoud, proponemos que el LES probablemente afecta también la entesis.

S-30

### Eficacia de ciclofosfamida intravenosa en pacientes con neuropatía periférica severa.

Arévalo-Martínez F, Andrade-Ortega L, Irazoque-Palazuelos F.

Servicio de Reumatología. CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, México, DF.

**Introducción:** La neuropatía periférica (NP) es una manifestación frecuente de las enfermedades reumatológicas. Su evolución puede ser progresiva e incapacitante y su tratamiento pocas veces es satisfactorio. Por ello, decidimos evaluar la respuesta al tratamiento con pulsos de ciclofosfamida (CF) mensual en un grupo de pacientes con NP severa secundaria a enfermedades reumáticas.

**Métodos y pacientes:** Estudiamos 14 pacientes con diagnóstico de MPH severa; 8 secundaria a lupus eritematoso generalizado, 2 a Sjögren primario y 4 a poliarteritis nodosa. Se aplicó cuestionario y examen neurológico validados y estudio de neuroconducción previo y después de 6 pulsos de CF (750 a 1,000 mg/m<sup>2</sup> SC). Se registraron variables demográficas, clínicas y relacionadas al tratamiento. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva e inferencial (ANOVA,  $\chi^2$  con corrección de Yates, prueba exacta de Fisher y de Kruskal-Wallis).

**Resultados:** Todos los pacientes fueron mujeres, con edad promedio de 42.2 años (rango 23-61) y al diagnóstico de NP de 39.4 años (rango 22-56 años). El tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento fue de 16.1 meses (rango 1-48 meses). El tiempo de seguimiento promedio fue de 20 meses (rango 8-29 meses). La calificación del cuestionario validado fue de 4.42 (rango 2 a 7). En todos los pacientes la NP fue severa (Grado III). Doce pacientes tuvieron polineuropatía y 2 mononeuropatía, fue axonal en 6 y mixta en 8, con mayor afección en miembros inferiores.

El 48.2 % de los pacientes tratados mejoró en forma parcial o total con el tratamiento (calificación de inicial de 4.66 final de 0.33), este grupo de pacientes tuvo menor edad (33 vs 49.2 años) e inicio más temprano de tratamiento (5 vs 24.5 meses) que los pacientes sin respuesta (calificación inicial y final de 4.25). No observamos otras diferencias clínicas ni electrofisiológicas, excepto porque los 2 pacientes con mononeuropatía y los que sufrían síndrome de Sjögren no tuvieron mejoría.

**Conclusiones:** La CF puede ser una opción terapéutica en pacientes con NP severa. Es posible que el diagnóstico y tratamiento tempranos sean factor determinante para lograr una respuesta exitosa.

S-31

### Efectos del metotrexate sobre la síntesis de interleucina 1-Beta, IL-10, factor de necrosis tumoral Alfa e índice de proliferación celular en espondilitis anquilosante.

García-González A, Vázquez-del Mercado M, Muñoz-Valle JF, Bernard-Medina AG, Salazar-Páramo M, Cardona-Muñoz EG, Gámez-Nava JI, González-López L.

Departamento de Medicina Interna-Reumatología HGR-110, IMSS, Instituto de Biología Molecular en Medicina, U de G, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, HECMNO, IMSS, Guadalajara, Jal, México.

**Introducción:** Pocos estudios han evaluado efectos de inductores de remisión en niveles de citocinas en espondilitis anquilosante (EA). En un estudio doble-ciego controlado contra placebo evaluamos el efecto de MTX sobre la síntesis de citocinas e índice de proliferación celular (CPI) en EA.

**Pacientes y métodos:** Células mononucleares (MNC) de sangre periférica fueron obtenidas de 13 pacientes con EA quienes eran parte de un ensayo clínico placebo-controlado. 8 pacientes correspondían al grupo de MTX y 5 al de placebo. Se determinó en forma cegada la síntesis de interleucina 1-Beta (IL-1B), IL-10, factor de necrosis tumoral alfa (TNF-a) y CPI por MNC obtenidas a la basal y a las 4, 12, 16, y 24 semanas.

**Análisis:** U de Mann-Whitney para comparar diferencias entre grupos y Wilcoxon para comparaciones entre el valor basal y final de citocinas.

**Resultados:** Los grupos fueron comparables a la basal en los valores de IL-1B, IL-10, TNF-a y CPI (p(NS)). Al sexto mes hubo decremento significativo en la síntesis de IL-1B en el grupo de MTX (p(0.018)), acompañado de un incremento significativo del CPI (p=0.018). Los cambios en síntesis de IL-1B acompañaron a la mejoría clínica de los pacientes. Por el contrario no se observó diferencia estadística en el grupo placebo en la síntesis de citocinas y CPI.

**Conclusión:** En pacientes con EA que recibieron MTX se observaron efectos estadísticamente significativos en la síntesis de IL-1B y el CPI. Estos hallazgos pueden ser una contribución a explicar los mecanismos implicados en la respuesta a MTX por estos pacientes.

Este proyecto fue apoyado por FOFOI. FP-0038/824.y FP2001/150

S-32

### Los cuerpos extraños en el sistema músculo-esquelético y sus complicaciones: Un estudio clínico-sonográfico

Martínez-Zapata JL, Silveira-Torre LH, Nava-Zavala A, Bouffard A, Pineda-Villaseñor C. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México, DF. Henry Ford Hospital, Detroit, MI. USA.

Los cuerpos extraños (CE) retenidos pueden no ser detectados y causar diversas complicaciones músculo-esqueléticas (ME) de naturaleza infecciosa e inflamatoria. La radiología simple es el método de elección para su evaluación inicial, sin embargo, diversos tipos de CE son radiolúcidos y pueden pasar inadvertidos. La ecografía (ECO) constituye una alternativa diagnóstica.

**Objetivos:** Revisar la experiencia clínica y de ECO en la detección de CE y sus complicaciones ME. Examinar el papel de la asistencia de la ECO en su extracción quirúrgica.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron todos los casos consecutivos con sospecha clínica de retención de CE que se confirmaron por ECO de enero de 1999 a diciembre de 2001. La correlación quirúrgica permitió en todos ellos confirmar la presencia del CE y de sus complicaciones. Un transductor lineal de alta frecuencia (7.5 MHz o mayor) fue empleado en todos los casos; el área de interés y los tejidos vecinos fueron rastreados en planos ortogonales.

**Resultados:** Se incluyeron 50 pacientes (34M/16F) con edad promedio de 36.9 (21.5 años (variación: 3-82)). Los CE fueron radio-pacos 9 (18%) y radiolúcidos 41 (82%). El tiempo transcurrido desde la lesión penetrante hasta su remoción fue en promedio de 130±360.7 días (variación: 1-2195). Todos los CE fueron vistos como focos hiperecóticos con sombra acústica posterior, 20 (40%) estaban rodeados por un halo hipoeico causado por edema, absceso o tejido de granulación. Se encontró una variedad de CE incluyendo: astillas de madera 19 (38%); vidrio 12 (24%); palillos dentales 6 (12%); espinas vegetales 5 (10%), viruta metálica 3 (6%); fragmentos plásticos 2 (4%) y un caso (2%) de: arena, espinas de erizo de mar y fragmentos de cerámica. Las complicaciones asociadas fueron: celulitis, infección de tejidos blandos, abscesos, tenosinovitis, hematomas, tendónitis, bursitis y artritis. Los cultivos y biopsias de tejido sinovial mostraron: *S. aureus*, *Pseudomonas* sp, *S. pyogenes*, *S. (hemolyticus)*, *Enterococcus faecalis*, *Prototeca* sp, y bacilos ácido-alcohol resistentes. La extracción quirúrgica asistida por ECO fue exitosa en 19 (100%) de los casos, en comparación con las cirugías no asistidas por ECO que resultaron en 15 (48%) casos de fracaso quirúrgico y reintervención (p<0.005).

**Conclusiones:** El ECO permite la detección de los CE, así como una adecuada evaluación de sus complicaciones. La asistencia quirúrgica con ECO reduce el número de intentos quirúrgicos de extracción.

S-33

### **Alteraciones inmunoregulatorias en pacientes con lupus eritematoso generalizado en remisión**

Crispín JC, Martínez CA, Richaud-Patin Y, Alcocer-Varela J, Alarcón-Segovia D.

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

Aunque no es posible predecir la evolución clínica de los pacientes con Lupus Eritematoso Generalizado (LEG), se sabe que hasta un 70% de ellos alcanza la remisión, en ocasiones por periodos muy prolongados. Se conoce muy poco del comportamiento del sistema inmune durante dichas fases. Por este motivo decidimos estudiar en pacientes con LEG inactivo la distribución de las principales subpoblaciones linfoides y la producción de citocinas por células mononucleares obtenidas de sangre periférica. Reclutamos 10 pacientes con enfermedad activa y 43 en remisión. Como grupo control participaron 20 voluntarios sanos. Remisión se definió como la ausencia completa de manifestaciones clínicas (<2 puntos en la escala MEX-SLEDAI). Se consideró como inicio del periodo remisión el día en que los pacientes cumplían un año sin recibir ningún tratamiento con corticoesteroides o inmunosupresores. Los pacientes en remisión se asignaron a uno de los siguientes grupos: grupo I, de 1 a 5 años en remisión (n=10); grupo II, de 6 a 10 años (n=10); grupo III, de 11 a 15 años (n=15); grupo IV, de 16 a 20 años (n=8); grupo V más de 20 años (n=5). Se utilizó citometría de flujo para la cuantificación de subpoblaciones linfoides y ELISA para la medición de citocinas (IL-2, 4, 10, 12, 18) en sobrenadantes de cultivos de células mononucleares. Los pacientes con periodos de remisión de hasta 15 años mostraron un aumento en la cantidad de células B. Asimismo, su producción de IL-2, 10 y 18 fue menor. La producción de IL-18 se encontró aumentada. Los pacientes de los grupos con más años de enfermedad inactiva corrigieron la mayor parte de las alteraciones. Sin embargo, mostraron una producción de IL-18 menor a la del grupo control. La producción de IL-12 mostró una correlación estrecha con la cantidad de años en remisión ( $r=0.7565$ ).

Estos hallazgos muestran que las alteraciones inmunológicas en pacientes con LEG tardan mucho más en corregirse que lo que podría inferirse en base a las manifestaciones clínicas. El sistema inmune de estos pacientes muestra una tendencia a corregir gradualmente los defectos observados en pacientes durante fases de actividad de la enfermedad.

S-34

### **Características clínicas y radiológicas de los pacientes con artritis psoriásica.**

Hernández-Vásquez J, Fuentes-de la Mata J, Medina-Rodríguez F, Fraga A.

Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI, IMSS. México, DF. México.

**Introducción:** Los tipos de presentación de la artritis psoriásica (APs), las manifestaciones clínicas y los hallazgos radiográficos son distintos con base en la población estudiada. En México se desconocen estas frecuencias. Realizamos un estudio retrospectivo para describir las características clínicas y radiológicas de nuestros pacientes.

**Material y método:** Revisamos los expedientes clínicos de los pacientes con APs y se determinó el tipo (Moll y Wright), características clínicas y radiológicas de cada caso. Se realizó factor reumatoide y radiografías de manos, pelvis y columna lumbar. Se determinó la frecuencia en porcentajes de cada una de las manifestaciones y la edad de presentación de la psoriasis y la APs.

**Resultados:** Se encontraron 18 pacientes con APs, la mitad son mujeres. La edad promedio es de 50.7 años (rangos de 33 a 77). La psoriasis inició en promedio a los 33.5 (10 a 58) y la APs a los 39.5 (23 a 75). Las lesiones cutáneas se presentaron antes que la artritis en 73% de las ocasiones con una diferencia de 11 años (2 a 23), fue simultánea en 16% y en 11% la artritis apareció antes que la afección cutánea (11 a 23). Iniciaron con poliartritis 27% de los pacientes, con oligoartritis el 44%, afección principal de interfalángicas distales el 16% y axial 11%. Actualmente la mayoría tiene poliartritis simétrica (77%) y dos tienen mutilante. En cuanto a las manifestaciones clínicas, 33% presentaron dactilitis, 27 entesitis, 50 sacroilítis y el 11% uveítis. El 16.6% tuvo FR positivo. Las radiografías mostraron alteraciones en los tejidos blandos en 40% de los casos, osteopenia en 84%, erosiones en 64%, subluxación en 14, osteolisis y acroosteolisis en 12 y sindesmofitos en 18%. En 41% de los casos se encontró sacroilítis; en 16% fue unilateral y en 25% bilateral.

**Conclusiones:** Las características clínicas iniciales y radiográficas de nuestros pacientes, es muy similar a la reportada en población hispánica de otros estudios, aunque la mayoría evolucionan a un cuadro de poliartritis que podría confundirse con artritis reumatoide.

S-35

### Ensayo clínico aleatorizado a largo plazo de la eficacia de danazol vs dapsona en lupus hematológico

Castro N, Bustamante R, Pérez A, Alcalá M.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de danazol y dapsona en pacientes con LES hematológico. **Métodos y pacientes:** Se incluyeron pacientes con LES hematológico (ACR de 1982) con 1 año de diagnóstico, en el periodo entre enero y agosto del 2002. De forma aleatorizada se asignó danazol (200 mg/d) o dapsona (100 mg/d); con valoraciones clínicas y de laboratorio mensuales (BH, PFH, QS, EGO). Se eliminaron pacientes con efectos adversos que ameritaron suspensión al medicamento o pacientes que presentaron afección a órgano mayor. El análisis se realizó mediante medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes, 5 pacientes en cada grupo. En cada grupo 3 pacientes con PTA, 1 con AHAI y 1 con Sx de Fisher Evans: la edad media al diagnóstico fue de 32.8 años; 9 de los pacientes eran femeninos y uno masculino. Todos los pacientes con ANA positivo, (7/MF), MEXSLEDAI inicial 8, seguimiento promedio 4 meses. Todos los pacientes presentaron mejoría y se mantuvieron estables durante el seguimiento. No hubo recaídas. El danazol o dapsona permitió la disminución de PDN. Dos pacientes con dapsona requirieron suspensión del medicamento (metahemoglobinemia e intolerancia gástrica), un paciente con danazol presentó hirsutismo.

**Conclusiones:** El uso de danazol y dapsona son una opción terapéutica; es necesario un mayor seguimiento.

S-36

### Eficacia y seguridad de infliximab en pacientes con artritis reumatoide.

Vicente-González AV, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L, Hernández-Díaz C, Poot-Lujan J, Ruvalcaba-Priego MA, Mota-Mondragón BA, Amat-Traconis MA.

Servicio de Reumatología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, México, DF.

Actualmente no existe un tratamiento que cure la enfermedad la mayoría de los tratamientos están diseñados para disminuir las molestias o detener el avance de la misma, por lo que se han estudiado nuevos tratamientos como es la utilización de anticuerpos anti FNT $\alpha$  (factor de necrosis tumoral alfa), que como sabemos es una de las principales citocinas pro inflamatorias en la patogénesis de Artritis Reumatoide (AR). Evaluamos la eficacia y seguridad de infliximab en dos grupos de pacientes con AR, el primero con un año o menor, todos <30 años, sin respuesta al manejo inicial de triple esquema (cloroquina, azulfidina, metotrexate), más dosis bajas de esteroide y AINE, todos ellos con criterios de mal pronóstico. El segundo grupo, pacientes con > de 30 años, y más de un año de diagnóstico, mala respuesta a más de dos esquemas terapéutico convencional para la enfermedad. A todos ellos se les estudio, clase funcional, HAQ, BH, plaquetas, HAN, FR, VSG, ACR 20,50,70, evaluación radiológica (Sharp). Se aplicó esquema terapéutico convencional de infliximab y dosis semanal de metotrexate (promedio 15 mg/semanal). Asimismo, se evaluaron reacciones secundarias durante la infusión y posterior a esta. Los resultados mostraron para ambos grupos mejoría de los parámetros, tanto clínicos como de laboratorio, para ambos grupos en los primeros tres meses de tratamiento. La diferencia se pudo observar en la presentación de eventos adversos, siendo en el segundo grupo más frecuentes tanto en el momento de la infusión como en la presentación de infecciones severas. Concluimos que el medicamento es una excelente opción para el manejo de AR resistente a tratamiento convencional y con factores de mal pronóstico. Creemos que la selección adecuada de los pacientes marcará la pauta del éxito de este grupo de pacientes

C-1

### La disfunción mitocondrial, control central de la apoptosis en cartilago articular osteoartrótico humano.

<sup>1</sup>Abbud-Lozoya KA, <sup>1</sup>Aguilera-Zepeda JM, <sup>1</sup>Hazan L EJ, <sup>2</sup>Kouri JB.

<sup>1</sup>Centro Nacional de Rehabilitación SSA. <sup>2</sup>Centro de Investigación y de Estudios Avanzados-IPN. México DF.

**Objetivo:** Determinar el papel de la función mitocondrial en cartilago articular. En la muerte celular programada por apoptosis en estadio inicial un rasgo característico es la disrupción en la actividad mitocondrial. En la apoptosis al contrario que en la necrosis las células sufren de compactación y degradación de la cromatina nuclear, condensación del citoplasma y producción de cuerpos apoptóticos.

**Materiales y Métodos:** Cultivo de condrocitos humanos en perlas de alginato se trataron por 2 horas con vp-16 (etopósido). Se determinó la disfunción mitocondrial utilizando un colorante catiónico. Realizamos estudios de microscopia de luz, electrónica, epifluorescencia/contraste de fase y confocal.

**Resultados:** Estudios ultraestructurales demostraron la presencia de "cuerpos mielínicos o de degradación" asociados a mitocondrias tipo II. Por otra parte, se observaron gránulos rojos dentro de las mitocondrias de los condrocitos humanos y granulos verdes de colorante ionizado en el citoplasma de condrocitos apoptóticos

**Conclusión:** Los condrocitos humanos en muerte celular programada por apoptosis, requieren río abajo de la disfunción mitocondrial el cual tiene un papel central en la apoptosis. Esto indica que el daño realizado por el vp-16 depende de las señales mediadas por el citocromo c liberado por la mitocondria. La disfunción de la mitocondria comprende cambios en el potencial de membrana y alteraciones del balance oxido-reducción. Estos cambios son debidos a la apertura del poro de transición de permeabilidad mitocondrial.

C-2

### Comparación de niveles séricos de propéptidos de procolágena Tipo I y III en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

<sup>1</sup>García-González A, <sup>1</sup>Villa-Manzano AI, <sup>1</sup>López-Olivo MA, <sup>1</sup>Salazar-Páramo M, <sup>1</sup>González-Valera I, <sup>1</sup>Gámez-Nava JI, <sup>2</sup>García-González G, <sup>2</sup>Ornelas-Torres JC, <sup>3</sup>González-López L, <sup>4</sup>Cardona-Muñoz EG.

<sup>1</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica y <sup>2</sup>Medicina Nuclear del HECMO, <sup>3</sup>Hospital Gral. Regional 110, <sup>4</sup>Hospital Gral. Regional 45 del IMSS Guadalajara, Jal. México.

**Introducción:** En pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), la presencia de aumento de depósitos de colágena se presenta con frecuencia en afecciones a órgano mayor como la afección pulmonar o renal. Pocos estudios han evaluado marcadores clínicos de fibrogénesis en pacientes con enfermedades difusas del tejido conectivo. Nosotros evaluamos los niveles de los propéptidos de pro colágena tipo I (PIPC) y tipo III (PIIIPC) en LES.

**Material y métodos:** En un estudio transversal comparativo. Se evaluaron pacientes con diagnóstico de LES. Se consideraron edad, tiempo de evolución de la enfermedad, actividad clínica, y uso de inductores de remisión. Los PPC fueron determinados por método de RIA (técnica de Risteli). Un investigador evaluó el índice de actividad (MEX-SLEDAI) y de cronicidad (SLICC). Se realizó un análisis de comparación usando U de May-Whitney para variables continuas de distribución no normal, y Chi-cuadrada para comparación de frecuencias.

**Resultados:** 26 pacientes con LES, de edad promedio de 35±9 y tiempo de evolución de 11±9 años, MEX-SLEDAI de 2±2. 29% se encontraban activos al momento de la evaluación. Los niveles de PIPC se observaron elevados en el 65% de los casos mientras que los niveles de PIIIPC en el 16%. No se encontró diferencia en los niveles de PIPC asociado a la toma de cloroquina. No hubo correlación estadística entre MEX-SLEDAI y niveles de pro colágena.

**Conclusiones:** Niveles de PIPC y PIIIPC se observaron en pacientes con LES activos e inactivos. Una evaluación de estos propéptidos como marcadores de respuesta terapéutica podría ser de utilidad en estos pacientes.

Este trabajo fue apoyado por: SIMORELOS-CONACyT- 20000302009. FOFOI/FP 0038/1219.

C-3

### La apoptosis y no la necrosis aumenta la unión de los anticuerpos antinucleares a los antígenos de las células HEp-2.

Herrera van Oostdam DA, Sánchez-Rodríguez SH, Ramírez-Sandoval R, Ávalos-Díaz E, Herrera-Esparza R.

Facultad de Medicina y Centro de Biología Experimental. Universidad Autónoma de Zacatecas. México.

**Objetivo:** Definir si los autoantígenos de los anticuerpos antinucleares son más antigénicos cuando proceden de células apoptóticas o necróticas.

**Material y métodos:** Se cultivaron células HEp-2 en condiciones normales, y fueron pulsadas con camptotecina o con cloruro de mercurio para inducir apoptosis o necrosis, las monocapas de células fueron procesadas por ELISA usando 100 sueros, de los cuales 80 eran positivos para anticuerpos antinucleares (AAN) por inmunofluorescencia y 20 tenían AAN negativos.

**Resultados:** Las células HEp-2 expresaron cambios apoptóticos o necróticos después de 24 horas de incubación; las células control no presentaron ningún cambio de apoptosis o necrosis. Los sueros autoinmunes con AAN positivos reaccionaron débilmente con los antígenos de células normales, sin embargo sus valores de ELISA aumentaron significativamente en células apoptóticas. La reactividad a células necróticas fue similar a la obtenida con células normales. Los sueros AAN negativos no fueron reactivos en ELISA para los antígenos de células apoptóticas o necróticas.

**Conclusiones:** La apoptosis aumenta la disponibilidad de antígenos de las células HEp-2. Los sueros con anticuerpos antinucleares reconocen mejor a los antígenos de células apoptóticas que aquellos de células normales o necróticas.

**Infliximab en psoriasis.**

Ávalos-Díaz E, Herrera-Esparza R.  
Centro de Biología Experimental. Universidad Autónoma  
de Zacatecas. Guadalupe, Zac, México.

C-4

La psoriasis es un padecimiento cutáneo crónico que puede acompañarse de artritis y es mediado por células T, también se ha demostrado un aumento de citocinas TH1, en particular el TNFalfa se encuentra elevado en piel psoriásica y correlaciona con la extensión y severidad de la enfermedad cutánea. Por estos motivos se ha propuesto una alternativa terapéutica, utilizando un anticuerpo monoclonal quimérico anti-TNFalfa, que inhibe la comunicación celular y sus efectos. Se presenta un paciente de 51 años de edad con diagnóstico de psoriasis de 31 años de evolución, con dermatosis que afectaba aproximadamente el 60% de la superficie corporal, constituida por placas eritematoescamosas. El paciente había sido tratado con queratolíticos, fototerapia y metotrexate. Sus exámenes de laboratorio mostraron pruebas funcionales hepáticas alteradas. Fue incluido en un protocolo de tratamiento con Infliximab 3 mg/Kg IV en dosis mensuales por 3 ocasiones. Luego del primer mes de tratamiento el paciente presentó una disminución de las lesiones de un 40% y al cuarto mes las lesiones habían desaparecido. Se realizó biopsia de piel que mostró un cuadro histológico característico de psoriasis, y el estudio histoquímico con anti-TNFalfa antes y al finalizar la terapia, fue positivo en piel lesional y negativo al final del tratamiento. De igual manera, el TNFalfa sérico presentó niveles elevados antes del tratamiento cuando el cuadro estaba activo y disminuyó notablemente al término de la terapia. Actualmente el paciente tiene 5 meses sin ningún tratamiento y se encuentra inactivo. Por lo anterior, se concluye que el uso del infliximab en psoriasis, es una alternativa terapéutica efectiva.

**Periartritis de hombro y diabetes mellitus.**

Cetina-Manzanilla JA, Cetina-Canto JA.  
Facultad de Medicina, UADY. Mérida, Yucatán. México

C-5

Existe una importante relación entre las manifestaciones clínicas de los padecimientos reumáticos y endocrinos. En ocasiones hay sobreposición de los mismos, como ocurre en la diabetes mellitus, acromegalia, hiperparatiroidismo primario, entre otros padecimientos. El paciente diabético con frecuencia presenta manifestaciones osteomusculares como el síndrome del túnel del carpo, tenosinovitis y contractura de Dupuytren, periartritis, neuroartropatía, etc. En ocasiones estas manifestaciones osteomusculares pueden pasar desapercibidas o pueden interpretarse en forma equivocada como manifestación clínica de neuropatía periférica. En la diabetes pueden estar afectadas tanto las estructuras articulares como para-articulares; en este último grupo sobresale la Periartritis de hombro que se presenta con mayor frecuencia en diabéticos que en la población general. Por otra parte se ha reportado alteraciones en la curva de tolerancia a la glucosa (GTP) en pacientes con poliartritis de hombro y en familiares de diabéticos. Para conocer la frecuencia de la periartritis de hombro y su relación con la diabetes mellitus tipo II se estudiaron 185 pacientes con dicho padecimiento, con un rango de edad de 35 a 72 años, una evolución de la diabetes de 3 meses a 15 años. Para el diagnóstico se tomaron en cuenta parámetros clínicos y radiográficos: en treinta y ocho de los pacientes (20.5%) se diagnosticó el problema, la localización fue predominantemente unilateral (33 casos) y únicamente en 5 fue bilateral. En forma comparativa se estudiaron 80 pacientes no diabéticos, con periartritis de hombro y se encontró antecedentes familiares de diabetes en 33 de ellos (41.2%), de los cuales 4 presentaron curva de tolerancia a la glucosa anormal. Consideramos conveniente considerar las alteraciones reumáticas en el paciente diabético e investigar este trastorno metabólico en todo paciente con compromiso articular de hombros.

**Enfermedad de Paget. Reporte de nuevos casos.**

Mellado-Rojas P, Cajigas-Melgoza JC.  
Hospital Ángeles de las Lomas. Huixquilucan, Edo Mex.  
México.

C-6

**Introducción:** La enfermedad de Paget, entidad descrita en 1871 por James Paget, se caracteriza por resorción ósea excesiva y posterior formación excesiva de hueso, lo cual da un patrón característico en "Mosaico". Existe agregación familiar y es más frecuente en varones mayores de 40 años. En 1995 reportamos 22 casos de enfermedad de Paget, en pacientes de origen mediterráneo, con una edad media de 66 años. El 100% de los pacientes presentaron fase mixta (osteoclástica y osteoblástica).

**Reporte:** Se presentan 3 casos nuevos, los cuales comparamos con la serie reportada anteriormente. Se trata de 2 mujeres y 1 varón, todos mayores de 45 años, 2 con dolor óseo. Los 3 pacientes presentaron marcadores de resorción y formación ósea, y en los estudios de imagen, presentaban datos compatibles con fase mixta. Los pacientes fueron tratados con calcitonina, alendronato y/o AINES.

**Conclusión:** Las características encontradas en estos 3 pacientes son similares a lo reportado en la literatura internacional, y a la serie que reportamos en 1995. Es importante recordar que también en nuestro país se presenta esta enfermedad, en ciertos grupos raciales. Debemos considerarla como diagnóstico diferencial de algunas entidades, ya que fácilmente se confunde con patologías como Osteoartritis, o metástasis blásticas de tumores como el Ca de Próstata. El diagnóstico oportuno y el tratamiento.

C-7

### Eosinofilia en el diagnóstico reumatológico.

García-López O, Oros C, Vidal E, Flores F, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C.

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina UASLP, San Luis Potosí, SLP y Reumatología del INCMNSZ, México.

El espectro clínico de la eosinofilia es muy amplio y entre este deben incluirse el diagnóstico de padecimientos reumatológicos. Presentamos 4 pacientes con esta característica distintiva que acudieron a la consulta de Reumatología sin un diagnóstico de certeza.

**Caso 1.** F. de 57 a., con 4 meses de fiebre intermitente, ataque al estado general, lesiones dérmicas máculopapulares diseminadas, crecimiento parotídeo bilateral, mialgias, artralgiyas, rigidez matutina, sequedad de mucosas, además de pérdida ponderal. Eosinofilia de 1560. Dx. Linfoma T.

**Caso 2.** F. de 32 a., con fiebre, disnea, pérdida de peso y tos. EF: Síndrome de condensación y RX: imágenes mixtas periféricas y apicales, BH con eosinofilia de 6320 (35%). La biopsia pulmonar: Neumonía eosinofílica.

**Caso 3.** F. de 42 a., historia de asma de inicio tardío, sinusitis recurrente, poliposis nasal y neumonía; eosinofilia hasta de 4200/mm<sup>3</sup>. C-ANCA 1:40 y anti-MPO 136.8 U (Normal <9). Dx: Síndrome de Churg-Strauss. Respuesta excelente a esteroides y metotrexato.

**Caso 4.** F. de 31 a., historia de asma en infancia, fiebre, infiltrados pulmonares, nódulos subcutáneos y taponamiento cardíaco; eosinofilia de 2450. Biopsia: vasculitis mediano calibre con eosinófilos. Dx: Churg-Strauss. Respuesta excelente a esteroides y metotrexato con seguimiento de 3 años.

Presentaremos pautas para abordaje diagnóstico y diferencial, estudios de imagen que incluirán ecocardiograma, tele de tórax, etc., así como estudios histopatológicos y de inmunohistoquímica.

C-8

### Densitometría en estudiantes de medicina.

Orta-Lozano A, Abud L, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C.

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, SLP, México.

**Introducción:** Recientemente se informó que la prevalencia de osteopenia en mujeres jóvenes en los USA es de 15% y que ocurre osteoporosis en esta misma población en el 2%.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de densidad mineral ósea baja en mujeres jóvenes sanas.

**Materiales y métodos:** Realizamos evaluación de la densidad ósea mineral de la columna lumbar (Hologic QDR Delphi) a 50 estudiantes del 3er. año de Medicina. Excluimos a aquellas con algún padecimiento reumatológico, endocrinológico, etc. Se les aplicó cuestionario sobre tabaquismo, dieta, ingesta de bebidas alcohólicas, hábitos de ejercicio, consumo de bebidas de cola y de cafeína.

**Resultados:** La edad promedio de las estudiantes fue de 22.6 años, con límites de 19 a 29, estatura de 159 cm. (148-170) y peso de 55.3 (42-75). Todas refirieron dieta normal con consumo de lácteos, aunque la mayoría negó hábito de ejercicio y de consumir suplementos de calcio y vitamina D. La densidad mineral ósea promedio fue 0.954±0.194 y el 33% del grupo estudiado tuvieron osteopenia; sólo uno presentó osteoporosis.

**Discusión:** La población de género femenino joven tiene alta prevalencia de osteopenia y puede tener osteoporosis. Estos datos invitan a la reflexión de la necesidad de estudio de escrutinio en este grupo de población aún en ausencia de factores de riesgo para osteoporosis.

C-9

### Paniculitis lobulillar asociada a raloxifeno.

Medina-Rodríguez F, Fuentes-de la Mata J, Fraga A.

Departamento de Reumatología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México D.F.

**Introducción:** Los derivados benzotiofenos, son sustancias no esteroideas que inhiben la resorción ósea y disminuyen la incidencia de fracturas en terreno osteoporótico. El clorhidrato de raloxifeno es generalmente bien tolerado, con pocos efectos secundarios, entre los que destacan fenómenos tromboembólicos venosos, sofocación, calambres, hipertransaminasemia y edema periférico. Hasta la fecha, no existe evidencia de efectos adversos cutáneos con este fármaco.

**Caso clínico:** Mujer de 61 años con osteoporosis postmenopáusica y antecedentes de hipersensibilidad a penicilina y clotrimoxazol. Tras 10 semanas de tratamiento con raloxifeno y suplemento de calcio comienza a notar progresiva aparición de nódulos subcutáneos eritematosos, calientes y dolorosos en cuello, tórax anterior y brazos. La exploración física fue normal y el interrogatorio dirigido descartó focalidad infecciosa previa o ingesta circunstancial de cualquier otro tipo de fármaco o tóxico. En ningún momento la paciente presentó fiebre o signos de enfermedad sistémica. La biometría hemática, QS, EGO y AAN fueron normales. La VSG 17 mm/h. La radiografía de tórax fue normal y el mantoux fue de 5 mm. Se le practicó biopsia de piel lesionada, la cual fue compatible con paniculitis lobulillar linfo-histiocitaria. Ante la sospecha de una posible toxicodermia se suspendió toda la medicación anterior, se inició prednisona 15 mg/día con regresión parcial de las lesiones a partir del primer mes de suspensión. Seis meses después se reinició manejo raloxifeno con reaparición de lesiones cutáneas a las 4 semanas, con suspensión definitiva del raloxifeno. Un año después, persisten

aún algunas retracciones cicatriciales en tórax y brazos. Respecto de la osteoporosis, se encuentra con manejo a base de risedronato 35 mg/semana y 1,000 mg/día de carbonato de calcio sin evidencia de efectos secundarios.

**Comentario:** De nuestro conocimiento, no existen reportes previos de paniculitis lobulillar asociada a raloxifeno. La multiplicación del uso clínico del raloxifeno debe ayudar a definir mejor su perfil de toxicidad y sus inconvenientes de uso.

C-10

### Osteonecrosis en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana.

<sup>1</sup>Medina-Rodríguez F, <sup>2</sup>Pérez-Saleme L, <sup>3</sup>Tannus J, <sup>1</sup>Fuentes-de la Mata J, <sup>1</sup>Fraga A.

Departamentos de <sup>1</sup>Reumatología, <sup>2</sup>Infectología e <sup>3</sup>Imagenología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México DF.

**Introducción:** Se ha reportado que el tratamiento con inhibidores de proteasa (IP) en pacientes VIH+ condiciona importantes alteraciones metabólicas, como hiperlipemia, hiperglucemia, las cuales podrían jugar un papel importante en el desarrollo de osteonecrosis (ON).

**Objetivo:** Analizar la relación entre las alteraciones metabólicas asociadas a IP y el desarrollo de ON en pacientes diagnosticados de infección VIH.

**Materiales y métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes VIH+ con ON en seguimiento en la consulta externa de Infectología y Reumatología de nuestro hospital. Recogimos los datos de género, edad al diagnóstico de la ON, tratamiento retroviral recibido, niveles de CD4+, carga viral, número de articulaciones afectadas con ON, localización, factores de riesgo clásicos conocidos y tratamiento de la misma.

**Resultados:** En nuestra serie identificamos 13 sitios de ON en 8 pacientes VIH+, 7 hombres y una mujer. La edad media al diagnóstico de la ON fue de 37.2 años (28-47). Tres presentaron afectación múltiple, presentando 1 de los casos 3 sitios de ON. La localización más frecuente fue la cadera en 5, rodilla en 3, tobillo en 2 y húmero en 1 caso. La cuenta media de CD4+ fue de 299 células/mm<sup>3</sup> (93-784). El diagnóstico de VIH fue previo en los 8 casos. 7 pacientes (87%) fueron tratados previamente con IP y el tiempo medio de tratamiento fue de 17.2 meses (4-31). Tres pacientes presentaban hiperlipemia dos de ellos secundaria a tratamiento con IP. Sólo uno con hiperlipemia por IP desarrollo ON en ausencia de otro factor de riesgo. Todos los demás presentaban uno o más factores de los conocidos clásicamente como predisponentes al desarrollo de ON. En 4 casos había historia previa de consumo de alcohol, 1 hiperlipidemia, tres hiperuricemia, 1 esteatosis hepática, 2 habían recibido tratamiento previo con esteroides.

**Conclusión:** Nuestros resultados no sugieren que la hiperlipemia secundaria el tratamiento con IP sea un factor de riesgo decisivo para el desarrollo de ON en pacientes VIH+, por lo cual probablemente la etiología sea multifactorial. Deberán realizarse estudios epidemiológicos más amplios para establecer la etiopatogénea de la ON en pacientes VIH+.

C-11

### Rabdomiolisis por fenoverina (SPASMOPRIV).

<sup>2</sup>Amigo-Castañeda MC, <sup>1</sup>Roldan de la Ol, <sup>1</sup>Martínez-Sánchez J, <sup>1</sup>Aguirre-Sánchez J, <sup>1</sup>de León-Bojorge B, <sup>1</sup>Prieto-Seiffert P, Moreno-Sánchez F, <sup>2</sup>Loredo-Mendoza ML, Ávila-Casado MC, <sup>1</sup>Canoso-Ardigó JJ.

<sup>1</sup>Centro Médico ABC, <sup>2</sup>Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México, DF, México.

Describimos 3 pacientes con miopatía por fenoverina, una entidad que amerita reconocerse en nuestro medio.

**Caso 1.** Femenina de 63 años de edad con cirrosis por hepatitis B. Una semana previa al ingreso presentó cefalea, escalofríos y dolor torácico. A su ingreso: rigidez de nuca. CPK 8472 (<235), aldolasa 17 (<7). Diez días antes había iniciado fenoverina. Se suspendió la fenoverina y se administró hidratación. Nueve semanas después, asintomática, con enzimas musculares normales.

**Caso 2.** Femenina de 53 años de edad. Mialgias intensas y debilidad en pantorrillas, extendiéndose a bíceps, tríceps, deltoides y cuádriceps, 48 horas previas a su ingreso. Historia de lumbalgia crónica, cefaleas y "colitis". Por los síntomas gastrointestinales tomó fenoverina (200 mg x 2 x 17 días previos al inicio de sus síntomas). CPK 5426, aldolasa 122. Biopsia de cuádriceps: atrofia leve de fibras musculares aisladas. Se suspendió la fenoverina. Se inició prednisona. La recuperación fue completa.

**Caso 3.** Masculino de 50 años, sacerdote, antecedente de alcoholismo intenso e insuficiencia hepática. Tomaba fenoverina para síndrome de intestino irritable. Inició de forma súbita dolor insoportable de miembros inferiores acompañado de debilidad. ECG: Bloqueo de rama derecha. Insuficiencia respiratoria que requirió ventilación asistida. CPK: 6762, mioglobina sérica: 332,680, mioglobulinuria. Insuficiencia renal aguda. La biopsia de cuádriceps mostró a la microscopía de luz: degeneración hialina en fibras musculares aisladas pero de forma difusa y muy extensa. La microscopía electrónica mostró disminución muy importante en el número de las mitocondrias con cambios degenerativos acentuados en las mitocondrias observadas. Falleció a los 10 días del inicio del cuadro 1. Llamamos la atención a una miopatía potencialmente fatal asociada a un medicamento de uso común en nuestro medio. La fenoverina ha sido retirada del mercado por su toxicidad en diversos países. La insuficiencia hepática parece ser un factor de riesgo para la expresión clínica y gravedad de esta condición.



C-12

### Experiencia con leflunomida en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR).

<sup>1</sup>García-Cervantes ML, Souza-del Pozo MJ, Aranda-Baca LE, Urenda-Quezada A, Ramos-Sánchez A.

<sup>1</sup>Reumatología Hospital San José Tec de Monterrey, Servicio de Reumatología Hospital de Especialidades No 25 del IMSS, Monterrey N.L. México.

La AR es una enfermedad crónica, inflamatoria de predominio articular y de difícil control a pesar de múltiples esquemas de tratamiento. En los últimos años se ha utilizado la leflunomida con buenos resultados.

**Objetivo:** Analizar nuestra experiencia con el uso del fármaco en pacientes con artritis reumatoide.

**Material y métodos:** Se revisaron retrospectivamente los expedientes de los pacientes con diagnóstico de AR que recibieron tratamiento con leflunomida en los últimos 18 meses con la finalidad de conocer la respuesta y sus efectos secundarios. Se obtuvo la siguiente información: género, edad, tiempo de evolución de la AR, duración del tratamiento, efectos colaterales y motivo en caso de suspensión así como la evaluación global de la respuesta clínica según el médico.

**Resultados:** Se revisaron 107 expedientes y fueron eliminados 6 por información incompleta. Fueron 15 hombres y 86 mujeres, con edad media de  $51 \pm 13$  años, tiempo medio de duración de la enfermedad de  $122 \pm 113$  meses y el tiempo de tratamiento fue de  $16 \pm 10$  meses. 62% habían recibido por lo menos 2 inductores de remisión antes de la leflunomida y 60% recibieron terapia concomitante. 83% mejoraron, 12% no tuvieron cambios y 6% empeoraron. 19% tuvieron efectos colaterales que en 10% obligaron a suspender la terapia.

**Conclusiones:** El tratamiento con leflunomida mejoró las condiciones clínicas de los pacientes con artritis reumatoide con pocos efectos colaterales.

C-13

### Artritis crónica de inicio juvenil (ACJ) como presentación de linfoma plasmocitoide. Informe de un caso.

Romero-Flores MR, Céspedes-Cruz A, Pérez-Camacho R, Solís-Vallejo E.

Departamento de Reumatología Pediátrica, Hospital General Centro Médico La Raza, IMSS. México, DF.

**Introducción:** La artritis como manifestación inicial de linfoma, es extremadamente rara.

**Objetivo:** Informe de un caso de linfoma plasmocitoide cuya manifestación inicial fue un cuadro semejante a ACJ poliarticular.

**Caso:** Femenino de 14 años de edad con antecedentes de madre portadora de AR. Cuadro clínico de 8 meses de evolución caracterizado por artritis de hombros, codos, muñecas, rodillas, tobillos, fiebre, diaforesis profusa, hiporexia, astenia, adinamia, insomnio, dolor articular nocturno, rigidez articular matutina de más de 1 hora, clase funcional III, pérdida de peso de 7 kg en 3 meses. Seis meses después fiebre de hasta  $40^{\circ}\text{C}$ , rinorrea hialina, sudoración profusa nocturna. Fue hospitalizada: el examen inicial mostró palidez cutánea, sudoración profusa, adenomegalias dolorosas supraclaviculares, cervicales, axilares e inguinales bilaterales de aproximadamente 4 cm, induradas, limitación de movimientos de cuello, hepatomegalia de 4-3-3 cm por debajo del borde costal y esplenomegalia dolorosas, artritis de muñecas, MCF, IFP, codos, rodillas y tobillos. Los estudios de laboratorio mostraron anemia microcítica e hipocrómica (Hb11.7), leucocitos 10800, linfocitos 6382, VSG 55, plaquetas 407, PCR 1:80, FR 1.80, C3 178, C4 23.5, ANA negativos, IgE 21240. Las radiografías de manos y pies normales, ultrasonido abdominal: hepatoesplenomegalia, con daño renal difuso leve. TAC abdominal con adenomegalias retroperitoneales. La biopsia de ganglio cervical: trastorno linfoproliferativo con diferenciación plasmocitoide y restricción de cadenas ligeras lambda monoclonales. Actualmente la paciente se encuentra bajo tratamiento citotóxico.

**Conclusión:** Debido a que enfermedades no reumatológicas como malignidad, pueden presentarse con afección musculoesquelética, similar ACJ, es necesario excluirlas inicialmente, para evitar errores diagnósticos, tratamiento inadecuados y complicaciones serias.

C-14

### Padecer en artritis crónica juvenil.

<sup>1</sup>Peláez-Ballestas I, <sup>2</sup>Romero M, <sup>2</sup>Ramos L, <sup>1</sup>Hernández-Garduño A, <sup>3</sup>Clark P, <sup>1</sup>Burgos-Vargas R.

<sup>1</sup>Hospital General de México, <sup>2</sup>Instituto Nacional de Psiquiatría, <sup>3</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

El proceso del padecer en niños con artritis implica la vivencia cotidiana de éstos y sus padres con la enfermedad. En este estudio exploramos la experiencia y aspectos culturales del paciente y sus padres con respecto a la artritis crónica juvenil (AIC) utilizando una aproximación cualitativa a través de entrevistas en profundidad. La población estuvo constituida por 6 niños y 16 padres cuyas entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas con el programa Atlas/ti. Encontramos diferencias importantes en las narrativas de los padres y los niños; mientras que en los primeros predomina el sufrimiento para conocer el diagnóstico y el tratamiento ("peregrinaje"), en los segundos resaltan el sufrimiento de la discapacidad y el aislamiento social. El impacto de aspectos socio-culturales se observa en el significado de la enfermedad y las decisiones relacionadas con la misma. Los modelos de explicación de la enfermedad son distintos en los participantes del proceso clínico de la AIC.

C-15

### **Dolor y percepción de dificultad para la relación sexual: factores de riesgo para depresión en artritis reumatoide.**

<sup>1</sup>Morales-Romero J, <sup>1</sup>López-Olivo MA, <sup>1</sup>Villa-Manzano A, <sup>1</sup>García-González A, <sup>2</sup>Hernández-Romo JA, <sup>3</sup>Gómez-Nava JJ, <sup>1</sup>González-López L.

<sup>1</sup>Hospital Gral. Regional 110, <sup>2</sup>Psiquiatría de la Unidad de Trasplantes HECMNO, <sup>3</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. HECMNO. IMSS, Guadalajara, Jal, México.

**Introducción:** La depresión es una entidad de alta prevalencia en artritis reumatoide (AR). Este estudio evalúa la asociación de diferentes factores con la presencia de depresión en estos pacientes.

**Material y métodos:** Estudio transversal comparativo. Se evaluaron pacientes con AR de consulta externa de un hospital de segundo nivel. Se identificó depresión mediante el Inventario de Depresión de Beck validado al español (depresión:  $\geq 17$  puntos). Se evaluaron características clínicas, actividad de la enfermedad (RADAR), capacidad funcional (HAQ-DI). Se realizó análisis univariado y multivariado en regresión logística, U de Mann Whitney y correlación de Spearman. Un valor de  $p < 0.05$  se consideró significativo.

**Resultados:** Se entrevistaron a 109 pacientes (84% mujeres). 57% presentó depresión. Comparando deprimidos y no deprimidos no hubo diferencias en edad y género. Variables asociadas a depresión en el análisis univariado fueron percibir dificultad para la relación sexual ( $p=0.003$ ), mayor puntaje del HAQ-DI ( $p<0.0001$ ), mayor percepción del dolor ( $p<0.0001$ ) y mayor actividad de la enfermedad ( $p<0.0001$ ). En el análisis ajustado las variables que tuvieron mayor riesgo para depresión fueron dificultad en la relación sexual (OR 3.1; IC95% 1.1 a 8.5) y el dolor percibido por el paciente (OR 1.3; IC95% 1.1 a 1.5).

**Conclusiones:** Una alta prevalencia de depresión fue observada en AR. Las dificultades para una relación sexual y el dolor son factores asociados a depresión. Un mejor control de la enfermedad es requerido para disminuir la frecuencia de estados depresivos.

C-16

### **Papel de las estatinas (E) en la artritis reumatoide refractaria (ARR).**

Rizo-Rodríguez J, Marentes-Monsivais V, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C.

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la UASLP, San Luis Potosí, SLP, México.

**Introducción:** Las E son medicamentos con efectos pleiotrópicos en el sistema inmune además de los reconocidos sobre protección cardíaca y cerebrovascular. Informamos recientemente el beneficio de estas en padecimientos reumatológicos graves refractarios a tratamiento.

**Objetivo:** Evaluar la potencial eficacia de E mediante estudio longitudinal y prospectivo, en pacientes con ARR a DMARD.

**Material y métodos:** Pacientes con diagnóstico de ARR (21) con más de 1 año de diagnóstico, bajo tratamiento con prednisona a 7.5 mg/día, metotrexate 17.5/s y sulfasalacina 3g/d, persistentemente activos en clase funcional I-III; se les administró 40 mg/día de simvastatina (G 1:11 pts), cloroquina 250mg/d (G2: 5 pts) y metformina 1.5 g/d (G3:5 pts). Se evaluaron clínicamente (respuesta al ACR20) y mediante laboratorio, tanto al inicio como al mes de tratamiento.

**Resultados:** Observamos mejoría en 9 de los 11 pacientes del G1, los cuales 7 alcanzaron la respuesta ACR20. De igual forma se observó mejoría del ACR20 en 2 de 5 del G2 y en 1 del G3. La VSG disminuyó 2mm en promedio, la PCR 50% (4.16 a 2.2 mg/dl) en el G1 y no ocurrieron diferencias en los otros grupos.

**Conclusiones:** El empleo de simvastatina puede asociarse a mejoría clínica y de reactantes de fase aguda en pacientes con AR con pobre respuesta terapéutica a DMARD.

C-17

### **Metotrexato (MTX) a dosis bajas cotidianas en el manejo de la artritis reumatoide (AR).**

Rizo-Rodríguez J, Marentes-Monsivais V, Ponce-Mejía L, Ramos-Ruiz A, Rada-López M, Puente-Gallegos F, Zárate Z, Díaz A, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C.

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina UASLP, San Luis Potosí, México.

**Introducción:** Sin evidencia científica el MTX se emplea a dosis bajas semanales (1-2 días/semana).

**Objetivos:** Evaluar eficacia y toxicidad del MTX en dosis cotidianas.

**Material y métodos:** Incluimos a 100 pacientes no selectivos, de la consulta de nuestra Unidad con AR bajo tratamiento con MTX de manera continua, por lo menos durante un año. Analizamos parámetros clínicos y de laboratorio, con énfasis en eficacia y toxicidad. Casi todos los pacientes estaban con AINE, inicialmente el % bajo tratamiento con CE a dosis bajas y otro DMARD.

**Resultados:** Observamos respuesta ACR50 en el 89% y ACR70 en el 59%. La dosis de MTX fue de 17.5 mg/s. con dosis acumulativa de 3250 mg. El 30% suspendió el CE al término del seguimiento por remisión completa. Recibían inicialmente 1.4 DMARD y al finalizar 1, de éstos el 19% sólo recibe MTX. En el seguimiento no hubo diferencias en la VSG, la PCR disminuyó de 2.0 mg/dl a 1.6 mg/dl y la Hb aumentó 0.5 gr/dl. Observamos 1 recaída por año por paciente. La toxicidad se presentó en el 16%, la mayoría evidenciable por elevación de PFH y solo el 2% suspendió el tratamiento por toxicidad medular.

**Conclusiones:** El MTX a dosis bajas cotidianas en AR, es eficaz y bien tolerado. El 30% alcanza remisión completa con MTX y otro(s) DMARD, puede suspender las dosis bajas de CE y la 5ª parte puede continuar como monoterapia y en remisión completa.

C-18

### Resonancia magnética (RM) en pacientes con artritis reumatoide en remisión completa (ARRC) tratados con DMARD o Anti-TNF.

Martínez-Martínez M, Reyes-Vaca G, Abud-Mendoza C.

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis del Hospital Central y de la Facultad de Medicina de la UASLP y Departamento de Radiología del Centro Médico del Potosí, San Luis Potosí, SLP, México.

**Introducción:** Infrecuentemente observamos pacientes con ARRC bajo parámetros clínicos y de laboratorio.

**Objetivo:** Determinar mediante RM datos de actividad de la AR en pacientes con ARRC.

**Material y métodos:** Evaluamos a pacientes ARRC seguidos por lo menos durante 3 meses. El G. A se conformó con aquellos pacientes tratados con anti-TNF (4 con etanercept y 1 con infliximab) y el B incluyó aquellos bajo tratamiento con otros DMARD (2 ó más). En ambos grupos se realizó RM de manos, en proyecciones sagitales y coronales. Se evaluaron en ambos grupos medidas de tendencia central en las variables que así lo requirieron (edad, tiempo de evolución de la AR) y se realizó prueba de  $X^2$  para comparar la presencia o ausencia de actividad por RM en ambos grupos.

**Resultados:** Sólo una paciente del grupo A mostró actividad por RM (sinovitis en la 2ª MCF izq) En los 5 del B, observamos líquido en alguna o varias articulaciones mcf o ifp (p: 0.0476190) a pesar de tener mayor tiempo de evolución de la enfermedad el G.A (5 vs 3 años).

**Conclusiones:** La RM muestra alteraciones que sugieren actividad de la enfermedad aún en aquellos pacientes en remisión clínica y de laboratorio persistentes, con potencial significado pronóstico.

C-19

### Lupus en varones ¿Por qué no se sospecha el diagnóstico?

Bañuelos-Ramírez D, Rodríguez-Galán L, Salinas-Saldívar S.

Hospital de Especialidades de Puebla. CMN MAC IMSS. Puebla, Pue. México.

La generalización de que el lupus eritematoso sistémico (LES) es poco frecuente en varones adicionado al pobre conocimiento de la Reumatología en la población médica, motiva una baja sospecha del LES y un retraso en el diagnóstico. En este trabajo se exponen dos casos de LES en varones con datos clínicos y paraclínicos tempranos de LES no reconocidos de manera inicial; la evaluación inicial fue tórpida con tendencia a la mejoría tras la instalación de un tratamiento combinado.

**Caso 1:** Varón en la 3ª década de la vida, casado, joyero, inicia con eritema malar, úlceras en manos, Raynaud, alopecia, fiebre, úlceras orales, importante ataque al estado general. Se le estudia como neoplasia, HIV, TB, LNH por 3 hospitales regionales. En interconsulta con Reumatología se establece el Dx de LEG con a-DNA, cel LE+, proteinuria, leuco-linfopenia. Con tratamiento combinado mejoría.

**Caso 2:** Adulto en la 7ª década de la vida, inicia con fiebre intermitente, artritis bilateral, asimétrica, ataque al estado general, linfadenopatías, bicitopenia, hepato-esplenomegalia. Aspirado de MO hiperplasia, determinación de acTB y PCR TB negativos. IC a Reumatología: FR+, AFL, A-DNA+. Manejo con ciclofosfamida, Infliximab y MPDS, ASA, buena evolución. En conclusión: En caso 1, retraso de 2 años y en el 2º caso retraso de 1 año y medio. El LES en varones es poco sospechado, la evolución no tiene que ser desfavorable con tratamiento.

C-20

### Coexistencia de pancreatitis grave y vasculitis enteral en el lupus eritematoso generalizado (LEG).

Bear I, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C.

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, SLP, México.

**Introducción:** La pancreatitis en el LEG puede estar asociada a medicamentos o a la actividad misma de la enfermedad, la necrótica hemorrágica como manifestación del padecimiento es rara y la vasculitis enteral con documentación tomográfica, excepcional. Ambas entidades se han descrito asociadas a angeítis de mediano calibre, del tipo de la poliarteritis nodosa.

**Caso clínico:** Femenino de 20 años, con antecedente de hermana con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Su LEG lo inició 4 meses antes con manifestaciones periféricas, pero presentó hipertensión arterial desde 3 meses previos. Tres semanas antes de ingresar presentó dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo, que se exacerbó 48 horas, además de distensión, fiebre y disnea, hechos que motivaron su internamiento. A la EF con 140/100, FC 130x', FR 31x', 38°C; eritema malar, dolor y flogosis poliarticular, dolor y distensión abdominal con peristaltismo disminuido al inicio y posteriormente ausente, reboque generalizado y ascitis. Por laboratorio anemia, leve, leuco y linfopenia e hiperamilasemia de 709, proteinuria de 1g/L con 250 eritrocitos/ml; líquido de ascitis hemático (32800 E/ml). Tomografía con aumento de volumen pancreático y doble contorno en múltiples asas intestinales. Recibió mPDN, ciclofosfamida y octeótrido. Actualmente asintomática con prednisona y azatioprina. Se presentarán los estudios de imagen y se hará discusión sobre la evolución, el tratamiento y el pronóstico.

C-21

**Pancreatitis aguda en lupus eritematoso generalizado (LEG).**

Sánchez-Huerta JM, Papaqui-Tapia S, Franco-Flores E.

Hospital Universitario de la BUAP. Puebla, Pue. México.

De las alteraciones digestivas, la afectación pancreática en el lupus eritematoso generalizado (LEG), es poco frecuente (3-7%) y puede caracterizarse clínicamente por distensión y dolor abdominal intenso, transictivo, náusea y vómito y elevación importante de la amilasa sérica. Puede ser debida en este padecimiento al uso de esteroides, azatioprina o por actividad de vasculitis en este órgano.

**Caso clínico:** Masculino de 24 años de edad, campesino, originario y residente de Tepeaca, Pue. Sin antecedentes de importancia. Inicia hace 8 meses con fotosensibilidad, eritema malar bilateral, artritis de pequeñas y medianas articulaciones que le incapacitan para sus actividades diarias, úlceras orales, náusea y vómito de contenido gástrico, distensión y dolor abdominal intenso, transictivo y pérdida ponderal de 8 Kg.

**Laboratorio:** BH, Hb. 13.3, Hto. 41.2, leucos 2500, neut 93, linf 3, plaq 231000, QS: glucosa 105, urea 70.6, creat.2.1, TGO 49, TGP 88, FA 72, Amilasa sérica 2971, FR 16 Ul/ml, PCR 96 mg/l, AEL 125 UT, EGO: Asp. turbio, sed abundante, prot 69.7 mg/dl, Hb huellas, CLE +, AAN 1:16 moteado fino, Acanti-DNA n +, Ac antiSM+

**Gabinete:** US abdominal: páncreas no valorable por sobreposición de gas intestinal. Líquido de ascitis en moderada cantidad. Tomografía Computada de Abdomen Superior: páncreas aumentado de tamaño, de bordes irregulares, más o menos definidos, con densidad mixta en relación a proceso inflamatorio con zonas de densidad líquida alrededor, sugestivo de edema importante de predominio en cuerpo y cola.

Actualmente el paciente se encuentra en buenas condiciones, tolerando su vía oral y recuperación ponderal. Se controla con MTX 10 mg/semana, PDN 7.5 mg/día, calcitonina 200 US y omeprazol 40 mg/día.

C-22

**Cirrosis biliar primaria en lupus eritematoso generalizado (LEG).**

Sánchez-Huerta JM, Escalante-Sandoval I.

Hospital Regional ISSSTE Puebla. México.

Aunque las manifestaciones gastrointestinales en el LEG pueden presentarse hasta en el 50% de los casos, la afectación hepática puede ser asintomático o bien caracterizarse por fatiga crónica, prurito e ictericia lentamente progresiva. La cirrosis biliar primaria (CBP) raramente se asocia al LEG, y es la inflamación progresiva con destrucción de los septos y conductos biliares interlobulillares produciendo colestasis intra hepática.

**Caso clínico:** Femenina de 48 años de edad, ama de casa, originaria y residente de la ciudad de Puebla. GIP1AOCOV1 Menopausia hace 4 años. Alérgica a las sulfas. Inicia hace 4 años con caída fácil de pelo, fotosensibilidad, úlceras orales, artritis en manos, rodillas y tobillos. Se le solicita los siguientes estudios inmunológicos, encontrando disminución de C3.C4, CH50, y positividad para los AAN y Ac anti-DNA. Hace seis meses presenta fatiga fácil, ictericia de piel y tegumentos y prurito persistente. Indicándole los siguientes estudios de laboratorio: BH: Hb 15.8 g/dl, Hto 45.5%, Leucocitos 5300, plaquetas 248,000, EGO: normal. QS: glucosa 86, urea 25, creatinina 1.05, ácido úrico 5.6, TGO 34, TGP 55, DHL 509, FA 353. Colesterol total 255, BT 0.72, BD 0.29, BI 0.4, proteínas totales 6.9, Alb 4.1, glob 2.8, A/G 1.5, VDRL negativo, FR negativo, células LE negativas, AEL 240 UT, Ac anti-mitocondria +, Ac anti-músculo liso negativos. Biopsia hepática (22-IV-02): colangitis crónica destructiva no supurativa compatible con cirrosis biliar primaria en fase I. Actualmente la paciente se encuentra asintomática, ingiriendo azatioprina 100 mg/día, predisona 15 mg/día, colestiramina 300 mg/día y ac. Ursodesoxicólico 750 mg/día.

C-23

**Inyección subcutánea de metoxifenol en el desarrollo de lupus eritematoso generalizado.**

Arce-Salinas CA, Contreras-Domínguez V, Morales-Velásquez JL, Ventura-Ríos L, Muro-Cruz D, Rivera-Salgado MI.

Servicios de Medicina Interna, Reumatología y Patología del Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos, México, DF, México.

**Introducción:** El LEG es una enfermedad inflamatoria generalizada autoinmune que puede afectar cualquier órgano o tejido. Aunque se desconocen sus causas, se sabe que la predisposición genética y alteraciones hormonales tienen un papel importante, además, algunas drogas han estado relacionadas con su etiología.

**Pacientes:** Informamos el caso de dos pacientes: La primera, mujer de 35 años de edad quien se aplicó metoxifenol intramuscular en glúteos y piernas con fines estéticos y posteriormente desarrolló reacción aguda que mejoró con esteroide. Cinco años después, presentó síndrome nefrítico, artritis, lesiones cutáneas, vasculitis periférica y anticuerpos antinucleares positivos; la biopsia mostró una glomérulo nefritis lúpica clase III que ha sido tratada exitosamente con ciclofosfamida en bolos. El segundo caso corresponde a una mujer de 33 años, luego de aplicarse 150 inyecciones de metoxifenol en glúteos desarrolló lesión aguda que requirió de debridación; meses después se embarazó y en el tercer trimestre desarrolló trombocitopenia, hipertensión y proteinuria. El embarazo se resolvió por cesárea con un producto normal; durante la evolución post-parto se presentó artritis poliarticular, lesiones cutáneas, hipocomplementemia, anticuerpos antinucleares positivos en títulos bajos y fotosensibilidad. La biopsia renal mostró una glomérulo nefritis lúpica clase II que se ha tratado adecuadamente con esteroides y azatioprina.

C-24

### Absorción intestinal deficiente y cistitis intersticial como manifestación inicial de lupus eritematoso generalizado (LEG).

Ventura-Ríos L, Berni-Betancourt AC, Garduño-Pérez AA, Romero-Ocampo L, Muro-Cruz D, Arce-Salinas CA.

Servicios de Medicina Interna y Reumatología. Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos. México, DF. México.

**Discusión:** El metoxifenol es ampliamente utilizado terapéuticamente en la Medicina Alternativa y de primer contacto; recientemente, se ha incrementado el número de casos en que se aplica dosis muy elevadas de este medicamento con fines modelantes y estéticos. Aunque son comunes las reacciones agudas, no se ha mostrado claramente una asociación con enfermedades reumáticas. Estos casos muestran la necesidad de regulación para el uso de estas sustancias y muestran el desarrollo de LEG que no había sido previamente descrito en este contexto.

**Introducción:** El LEG es un padecimiento inflamatorio generalizado cuyas manifestaciones clínicas son muy variables. Para su diagnóstico se requieren de ciertos datos clínicos y de laboratorio; sin embargo, algunas manifestaciones, aún inusuales deben hacer sospechar este padecimiento.

**Informe del caso:** Correspondió a una mujer de 30 años. A partir del tercer mes de su primer embarazo cursó intermitentemente con fiebre, dolor abdominal, evacuaciones líquidas, disuria y urgencia urinaria; síntomas que no remitieron con analgésicos o antibióticos. Dos meses después de la cesárea se sometió a laparotomía exploradora por persistir con la misma sintomatología; los hallazgos fueron ascitis con linfocitos, esteatosis hepática, periapendicitis focal y epiplón con inflamación granulomatosa crónica; iniciaron tratamiento antifímico pero por toxicidad se retiró y fue enviada a nuestro Hospital. Durante su internamiento cursó con vómito incoercible, empeoramiento de su estado nutricional y diarrea secretora crónica. No se realizó cuantificación de grasa en heces por intolerancia a la vía oral; aunque la prueba D-xylosa fue positiva para absorción intestinal deficiente. Las biopsias duodenales, colonoscopia y el tránsito intestinal sólo mostraron inflamación ileal. Una segunda laparotomía, indicada por obstrucción intestinal fue normal. Los estudios de BAAR y PCR para Mycobacterias típicas o atípicas, la serología para virus de hepatitis y VIH fueron negativos. La paciente continuó con disuria, nicturia, piuria e incontinencia urinaria; además de anemia, linfopenia y trombocitosis. Una cistografía reveló vejiga pequeña, engrosada y de escasa capacidad y la biopsia reportó fibrosis. A la tercera semana desarrolló síndrome nefrótico e hipertensión arterial y vasculitis. Tuvo además, hipocomplementemia, VSG incrementada, anticuerpos antinucleares (moteado grueso 1:160 y anti-Sm positivo). Se indicó tratamiento con esteroides orales y ciclofosfamida IV con lo que mejoró rápidamente la sintomatología gastrointestinal y genitourinaria. Posterior a tres meses se encuentra asintomática.

**Conclusión:** Este es el primer caso en donde se combinan raras formas de afección visceral: cistitis intersticial y absorción intestinal deficiente como datos iniciales de LEG.

C-25

### Lupus eritematoso sistémico (LES) y reticulohistiocitosis maligna (RHM). Presentación de un caso.

Hernández-Díaz C, Poot-Luján J, Vicente-González AV, Andrade-Ortega L, Irazoque-Palazuelos F, Hadad-Pinelo J, Páez-Valencia C, Gorráez-De la Mora MT.

Servicios de Reumatología y Anatomía Patológica. CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. México, DF.

**Presentación del caso:** Mujer de 30 años con LES desde 2000; con nefropatía lúpica clase V por biopsia, tratada al inicio con pulsos de metilprednisolona, después prednisona y cloroquina. No aceptó pulsos de ciclofosfamida (CFM), por lo que se agregó azatioprina (AZA). La paciente suspende tratamiento un año, en marzo de 2001 actividad renal, hematológica y muco cutánea reiniciándose manejo con esteroides y AZA, con buena evolución; en mayo presenta cuadro de colico abdominal en epimesogastrio, náusea y vómito, con datos de abdomen agudo; documentándose pancreatitis estadio B (Criterios de Baltazar), manejada conservadoramente con mejoría. Se suspende AZA y se inicia CFM. En junio presenta diabetes secundaria a esteroides y secuelas de pancreatitis, se indica insulina. En septiembre acude por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo y epigastrio, vómito postprandial gastrobiliar y fiebre; 48 horas después cede el dolor, persiste la fiebre sin evidencia clínica ni por laboratorio de infección o actividad de LES. TAC de abdomen colección de gas ventral a la cabeza, cuerpo y parte de cola de páncreas y nivel hidroaéreo en espacio pararenal anterior con extensión al espacio retro e intraperitoneal, se diagnostica pancreatitis estadio E. Aspirado de médula ósea (MO) con cambios megaloblásticos y células vacuoladas, con incremento de las células plasmáticas; la biopsia de MO fue normal. Evolución tórpida, con deterioro hemodinámico y paro cardiorrespiratorio, falleciendo. La necropsia mostró biopsia con histiocitos con actividad hemofagocítica en bazo, hígado y MO, e inmunohistoquímica positiva para CD68 y CD59.

La asociación de LES y es neoplasias ha sido reportada, el mecanismo es controversial. La RHM es una neoplasia hematológica poco frecuente, aún más su asociación con LES. Se requiere alto índice de sospecha porque las manifestaciones clínicas son inespecíficas y el diagnóstico se basa en la presencia de histiocitos con actividad hemofagocítica.

C-26

### Hemorragia alveolar aguda (HAAF) sin hemoptisis como manifestación temprana de lupus eritematoso sistémico (LES). Presentación de un caso.

Poot-Luján J, Hernández-Díaz C, Vicente-González AV, Andrade-Ortega L, Irazoque-Palazuelos F, Espinoza-Coello L, Espinoza-Soberanes JA, Gorráez-De la Mora MT.

Servicios de Reumatología y Anatomía Patológica. CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. México DF.

**Presentación del caso:** Femenino de 15 años, inicia en agosto del 2001 con ataque al estado general, caída del cabello, úlceras orales, artralgias generalizadas. A la exploración palidez generalizada, caída de cabello con fractura frontal, eritema malar, edema bipalpebral, úlceras orales, sinovitis aguda de MCF e IFD izquierdas, eritema palmar y edema maleolar bilateral. Por laboratorio anemia microcítica hipocrómica, leucopenia, linfopenia, reactantes de fase aguda elevados, FR positivo, elevación de pruebas de función hepática, hipocomplementemia y AAN positivos (lineal periférico), dsDNA, Sm y RNP positivos. En las primeras 24 horas evolución tórpida, con diaforesis, disnea de grandes esfuerzos, tos sin expectoración, estertores crepitantes, subcrepitantes bibasales y radiografía de tórax infiltrado heterogéneo difuso diseminado, diagnosticándose neumonitis lúpica. Se inician pulsos de metilprednisolona (MPD) (1 g/día) por 3 días y pulso único de ciclofosfamida (1 g/m<sup>2</sup> SC), continuando prednisona (1 mg/Kg/día) con adecuada respuesta clínica inicial, sin cambios radiológicos. Una semana después presenta deterioro hemodinámico y pulmonar súbitos ameritando intubación orotraqueal sin evidencia de hemoptisis, traslado a UCI por datos clínicos de insuficiencia respiratoria y disminución del hematocrito; se continúan pulsos de MPD, inotrópicos, heparina y antibióticos de amplio espectro, persiste en malas condiciones con hipoperfusión generalizada y choque, sin respuesta al manejo, falleciendo. En la necropsia se reporta Hemorragia intra-alveolar masiva generalizada.

**Discusión:** De las manifestaciones pulmonares de LES, la neumonitis lúpica constituye la expresión clínica de una lesión aguda a nivel alveolar explicada por vasculitis. Ocurre en el 1-4% de los pacientes y puede complicarse con HAA. Orientan al diagnóstico el deterioro respiratorio súbito, la hemoptisis, el descenso del hematocrito y cambios radiológicos característicos; sin embargo, se han descrito casos de HAA sin hemoptisis en el 42-66% de los pacientes. El pronóstico en los pacientes determina una mortalidad elevada, en especial cuando esta es una manifestación temprana de la enfermedad.

C-27

### Comportamiento de la DHEA-s en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Grimaldo N, Ruiz A, Vázquez R, Céspedes M, Gámez-Nava JJ, Gutiérrez L, Pizarro S.

HGZ No1. Unidad de Investigación en Epidemiología. Clínica. Chihuahua, Chih. México.

La Dihidroepiandrostenediona (DHEA) es una hormona androgénica utilizada en el tratamiento de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Se ha descrito que la concentración de DHEA es menor en los períodos de actividad de la enfermedad. No hay a la fecha un estudio que muestre el comportamiento de la hormona en mediciones repetidas.

**Objetivos:** Determinar las concentraciones séricas de DHEA según el estado clínico de los pacientes y la correlación entre el índice de SLEDAI y la concentración de la hormona.

**Material y métodos:** Diseño de estudio. Cohorte prospectiva. Población de estudio y variables. 30 pacientes de sexo femenino, con diagnóstico de LES (ACR), edad entre 18 a 50 años, SLEDAI ≤ 3, dosis de esteroides máxima de 10 mg/día 4 semanas previas su ingreso al estudio. Se excluyeron pacientes con menopausia, tratamiento androgénico, insuficiencia renal o hepática, otras enfermedades autoinmunes o embarazo. Se realizó evaluación mensual clínica y de laboratorio, se determinó el índice de SLEDAI y en forma simultánea se obtuvo muestra de sangre para cuantificar la concentración de DHEA, ADNA, C3, C4, biometría hemática completa y química sanguínea. El tiempo promedio de seguimiento de los casos fue de 6 meses. Se consideró exacerbación a los pacientes que tuvieron incremento en más de tres puntos en el índice de SLEDAI.

**Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue de 30.8 años, con una duración de la enfermedad de 3 años. 10/30 pacientes ingresaron en remisión, 18/30 pacientes se exacerbaron, hubo 22 exacerbaciones en el período, 3/30 pacientes tuvieron más de una exacerbación. La concentración basal de DHEA no mostró diferencias significativas entre los activos vs los inactivos (p=0.3). A final de período no hubo diferencias significativas en el área bajo la curva de los pacientes que presentaron actividad vs los que permanecieron estables o inactivos. Sin embargo, en el análisis de correlación de Spearman en cada punto del período se observa una tendencia negativa entre la concentración de DHEA y el índice de SLEDAI que no alcanza niveles de significancia. Lo anterior puede traducir un error tipo II.

**Conclusión:** 1). Existe variabilidad marcada en la concentración sérica de DHEA en pacientes con LES independientemente de su estado de actividad. 2). La medición repetida de la DHEA no mostró diferencias significativas entre los pacientes que presentan actividad o exacerbación y los que permanecen estables. 3). Se propone un estudio en un número mayor de pacientes para evaluar el significado clínico de la DHEA en LES.

C-28

### Exacerbaciones de lupus eritematoso sistémico en mujeres no menopáusicas y posmenopáusicas.

Sánchez-González ML, Zonana-Nacach A, Jiménez-Balderas FJ, Muñoz-Louis R, Fraga A. Departamento de Reumatología, HECMN Siglo XXI, IMSS, México DF.

Durante la menopausia el descenso de estrógenos se ha asociado a una disminución de la actividad del LES.

**Objetivo:** Comparar la frecuencia y severidad de exacerbaciones en mujeres con LES no menopáusicas y posmenopáusicas.

**Método:** Se incluyeron 96 mujeres con LES. La mediana de evolución fue de 84 meses. Todas las pacientes estaban inactivas de la enfermedad, >1 año con ≤10 mg de prednisona (PND) con o sin cloroquina (CHA) o en remisión clínica ≥1 año sin PND o CHA. Ellas fueron seguidas durante 2 años midiendo la actividad del LES (SLEDAI). Las exacerbaciones fueron definidas como la aparición de manifestaciones que requirieran modificación del tratamiento. Análisis Estadístico: t de Student, X<sup>2</sup>, OR 95% CI.

**Resultados:** Se presentaron 33 exacerbaciones en 23 pacientes. En el grupo de no menopáusicas las exacerbaciones fueron más frecuentes (p=0.006 [OR 1.37 CI 1.09-1.73]), mientras que las mujeres postmenopáusicas tuvieron una mayor tendencia de afección a órgano mayor.

**Conclusiones:** Se confirma que las mujeres no menopáusicas tienen un mayor riesgo de exacerbaciones. Sin embargo, en las postmenopáusicas las exacerbaciones son más graves.

	No-menopáusicas n=53	Post-menopáusicas n=43
Edad	34±10	54±9
Evolución, meses	121	189
Inactividad al inicio/remisión (%)	76/25	62/37
Exacerbaciones	19 (36%)	4 (9.3%)
Exacerbación a órgano mayor	6 (32%)	3 (75%)

C-29

### Incidencia de recaídas en pacientes con lupus eritematoso sistémico en remisión. Reporte preliminar.

<sup>1</sup>Pérez A, <sup>1</sup>Bustamante R, <sup>1</sup>Galindo-Rodríguez G, <sup>2</sup>Lavalle C.

<sup>1</sup>Departamento de Reumatología HECMR- IMSS, HECMR-IMSS. <sup>2</sup>Departamento de Patología Experimental CINVESTAV-IPN.

**Objetivo:** Evaluar la incidencia de recaídas en pacientes con LES en remisión en un centro de tercer nivel de atención.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes de la clínica de LES del departamento de Reumatología de nuestro hospital y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: a) criterios de clasificación de acuerdo al ACR, b) MEX-SLEDAI de 0-2 de manera consecutiva por al menos 6 meses, c) prednisona ≤10mg/día en los últimos 6 meses. Análisis Estadístico: diferencias entre medias y proporciones se compararon usando prueba de t de Student y Chi cuadrada respectivamente.

**Resultados:** Se han revisado hasta el momento 95 expedientes de 220 (43%), 90 fueron del sexo femenino, con una edad media de 37.6 años (±10.8), la duración media de la enfermedad fue de 9.6 años (±6), los órganos afectados previos a alcanzar la última remisión fueron: MCA 70%, renal 61%, hematológico 33%, neurológico 30%, serosas 30%, gastrointestinal 9%. Recayeron 21 pacientes (22%) durante el seguimiento para una densidad de incidencia de 6.9 por 100 años-personas. Los órganos de recaída fueron: riñón 16%, MCA 10%, hematológico 6%, neurológico 4% y cardiopulmonar 2%. No se identificaron factores predictores de recaídas (uso de esteroides, órgano mayor, uso de estrógenos, embarazo).

**Conclusiones:** La densidad de incidencia de recaídas fue de 6.9 por 100 años-persona, la afección de órgano mayor previo a la remisión no fue un factor predictor de recaída.

C-30

### Enfermedad tiroidea subclínica en pacientes con lupus eritematoso sistémico: Análisis de 266 pacientes sin evidencia previa de enfermedad tiroidea.

<sup>1</sup>García-Carrasco M, <sup>2</sup>Jara-Quezada LJ, <sup>2</sup>Brito-Zerón MP, <sup>3</sup>Ramos-Casals M, <sup>3</sup>Halperin I, <sup>3</sup>Cervera R, <sup>3</sup>Font J, <sup>3</sup>Inguelmo M.

<sup>1</sup>BUAP, Puebla, <sup>2</sup>Unidad de Invest. Clínica, CMN La Raza, IMSS, México, <sup>3</sup>Depto. de Enfermedades Autoinmunes, Hospital Clinic Barcelona, España.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de enfermedad tiroidea subclínica en una cohorte de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) sin evidencia previa de enfermedad tiroidea.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron 266 pacientes consecutivos con LES (criterios del ACR 1982), 242 mujeres y 21 hombres, con una edad promedio de 28.7 años. A todos los pacientes se les determinó: tiroxina libre (T3), Triyodotironina (T4), Hormona estimulante del tiroides (TSH) y anticuerpos anti-tiroideos (anti-tiroglobulina y anti-microsomales) por métodos previamente estandarizados. Hipotiroidismo e hipertiroidismo sub-clínico fue definido como incremento o disminución de TSH con valores normales de T3 y T4 respectivamente.

**Resultados:** Se encontró enfermedad tiroidea subclínica en 51 pacientes con LES (19%), 48 mujeres y 3 hombres, con edad promedio de 28.2 años, 41 (80%) con hipotiroidismo subclínico y 10 con hipertiroidismo subclínico. No se encontró ninguna dife-

rencia en el cuadro clínico, inmunológico o tratamientos recibidos entre pacientes con o sin enfermedad tiroidea subclínica. Los anticuerpos antitiroideos fueron positivos en 15 (43%) de 35 pacientes (tiroiditis autoinmune); en 12/29 con hipotiroidismo y en 3/6 con hipertiroidismo.

**Conclusión:** La enfermedad tiroidea subclínica sin evidencia previa de enfermedad tiroidea es prevalente en pacientes con LES. El perfil tiroideo más frecuente es el hipotiroidismo subclínico y casi la mitad de estos pacientes tuvieron tiroiditis autoinmune. Los pacientes con LES deben ser periódicamente sometidos a evaluación de la función tiroidea.

C-31

### **Lupus eritematoso generalizado de inicio tardío en hombres. Presentación de un caso y revisión de la literatura.**

Guerrero-Díaz FI, Villarreal-Alarcón MA, Esquivel-Valerio JA, Galarza-Delgado DA, Garza-Elizondo MA.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Monterrey N.L. México.

El Lupus Eritematoso Generalizado (LEG) es también llamado "enfermedad del sexo femenino", denominado así, porque ocurre de 10 a 15 veces más frecuentemente en pacientes del sexo femenino en comparación al sexo masculino. El 90% de los pacientes con LEG que inicia entre los 15 y 45 años son mujeres y después de los 50 años (aproximadamente la edad de inicio de la menopausia) el porcentaje de mujeres con LEG disminuye al 75% y el porcentaje de los hombres con la enfermedad se incrementa a 25%. Sin embargo, el LEG puede ocurrir en ambos sexos y en cualquier edad. El curso clínico del LEG en el hombre y la mujer es idéntico; aunque, algunos autores opinan que las manifestaciones tardías de la enfermedad difieren entre ambos sexos. Estos hallazgos no han sido confirmados y la evidencia sustancial en la severidad del LEG entre hombres y mujeres no difiere significativamente.

**Presentación del caso.** Paciente masculino de 53 años de edad, con antecedentes de CCTCG tratadas con carbamazepina, inicia cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por fiebre y dolor faríngeo recibiendo tratamiento antibiótico para posteriormente iniciar con eritema cutáneo generalizado con predominio facial, artralgias de predominio en rodillas, hombros, tobillos y codos acompañadas de mialgias y ataque al estado general manifestado por astenia y adinamia, pérdida de peso (12 Kg en 4 meses), debilidad, fatiga así como una caída de cabello importante y fenómeno de Raynaud bifásico. A la EF se encontró dermatosis diseminada con predominio cara, cuello, V del escote, caracterizada por eritema con descamación blanquecina fina, se observan máculas eritemato-violáceas en el tercio distal de las extremidades. Coloración violácea y máculas violáceas en región distal de falanges de pies y manos. Uñas distróficas con onicomiosis en ambos pies.

Laboratorio reportó BH Hb 8.9 Hto 26.3% Leucocitos 2750 Linfocitos 15% Neutrófilos 70% Plaquetas 58000 Depuración de creatinina 30.29 ml/min Proteínas en orina de 24 h: 86 g/l Células LE(+) y ANA(+) 1:2560 patrón homogéneo, Anti DNA nativo (+) Anti SM (-) Anti Histonas (-) EGO Proteínas 2.43 g/l Cilindros escasos hialinos y granuloso. Se inicio terapéutica específica con una respuesta satisfactoria, actualmente el paciente se encuentra asintomático.

C-32

### **Tuberculosis pulmonar en paciente con síndrome de Sjögren que simula neumopatía intersticial. Presentación de un caso.**

Guerrero-Díaz FI, Villarreal-Alarcón MA, Esquivel-Valerio JA, Galarza-Delgado DA, Garza-Elizondo MA.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Monterrey N.L. México

**Introducción:** La Tuberculosis pulmonar es una enfermedad infectocontagiosa bacteriana producida por una micobacteria del complejo Mycobacterium con diversas manifestaciones clínicas y con amplia distribución mundial. El desarrollo de enfermedad intersticial pulmonar en pacientes con síndrome de Sjögren (SS) se ha informado entre el 8 y 38% de los casos. El espectro de la enfermedad está entre casos con alevolitias subclínica y fibrosis pulmonar franca con presencia de imagen radiológica en "panal de abeja". El hallazgo patológico más comúnmente informado es el de Neumonitis Intersticial Linfocítica (NIL).

**Presentación del caso.** Paciente femenina de 50 años de edad que acudió por presentar cuadro de 9 meses de evolución caracterizado por disnea de grandes a medianos esfuerzos y pérdida de peso inexplicable de 23 Kg además de tos seca irritativa; al interrogatorio dirigido se documento sicca oral y ocular así como dolor articular no inflamatorio asimétrico crónico localizado en rodilla izquierda y codos. Su Radiografía de tórax mostró infiltrado intersticial difuso bilateral de predominio basal derecho. Los anticuerpos antinucleares por Hep2 (+) 1:80 con patrón moteado, Anti Ro-SSA (+) 71U, Anti La-SSB (+) 83U, Anti DNA ds (-). La TAC reportó imagen en vidrio despulido, infiltrado alveolar en lóbulo medio, adenopatía mediastinal y axilar bilateral. Su espirometría y pletismografía mostraron CVF 81%, FEV1 88%, FEF 25-75 134%, pletismografía CPT 80%, VR 85%, DLCO 73% (con un previo de 81%). En la broncoscopia se observó árbol traqueobronquial normal; lavado bronquial negativo para BAAR y Hongos; citología de lavado broncoalveolar macrófagos 35%, Linfos 32%, células Plasmáticas 1% no células Neoplásicas. Se realizó biopsia a cielo abierto donde se reporta neumopatía intersticial linfocítica asociada a proceso inflamatorio



crónico granulomatoso (corroborada en 2 centros distintos); los cultivos para hongos y micobacterias fueron negativos. Se realizó además Inmunohistoquímica y PCR del tejido reportándose CD 20+, CD3 focalmente +, CD43 +, Kappa+ y lambda+, descartándose linfoma. El PCR para mycobacterium tuberculosis fue positivo (verificándose en 1 ocasión.) Actualmente la paciente se encuentra clínicamente estable y con tratamiento establecido.

C-33

### **Anemia hemolítica y púrpura trombocitopénica autoinmunes en síndrome de Sjögren primario (SSP). Informe de 2 casos y revisión de la literatura.**

Pérez-Bastidas ME, Quiñónez-Palacios M, Palafox-Sánchez CA, García-de la Torre I, Orozco-Barral G.

Hospital General de Occidente, Secretaría Salud, Zapopan, Jal, México.

El SSp se puede definir como una epitelitis autoinmune, caracterizada por infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas y en varios sitios del epitelio; expresando comúnmente xerofthalmia y xerostomia; sin embargo la tercera parte de los pacientes también presenta manifestaciones extraglandulares. De éstas los hallazgos hematológicos son variables incluyendo hemocitopenias, hipergamaglobulinemia y gamapatías monoclonales. Informamos de 2 casos con citopenias autoinmunes, las cuales son manifestaciones raras en SSp. **Caso 1:** mujer de 50 años, que ingresa al servicio de urgencias por presentar ictericia de inicio súbito (24 horas previas). Se corrobora hemoglobina de 7 g/dl y se confirma por Hematología anemia hemolítica autoinmune (AHA) con AAN (-), anti-DNAn (-) y FR (-). Recibe tratamiento con esteroides por vía oral en descenso paulatino con buena respuesta. No hay recaída en su evolución. A los 4 años presenta poliartralgias, complejo sicca, Schirmer (+), FR (+), AAN (-), anti-SSA/Ro (-), anti-DNAn (-) y biopsia de labio positiva. Recibe piroxicam y cloroquina por 2 años.

**Caso 2:** mujer de 61 años, remitida a nuestro servicio para evaluación por ser madre de hija con bloqueo cardíaco congénito; tiene historia de 10 años con xerostomía y 5 años con xerofthalmia. Schirmer (+), FR (+), AAN (-), anti-SSA/Ro (-) y anti-DNAn (-) y biopsia de labio positiva. Durante su evolución presenta poliartralgias y síndrome del túnel del carpo bilateral en los primeros 5 años; en este momento se detecta trombocitopenia (56,000/mm<sup>3</sup>) sin manifestaciones hemorrágicas. La evaluación por Hematología concluye púrpura trombocitopénica autoinmune (PTA) y recibe tratamiento con azatioprina (no recibe esteroides), con buena respuesta. La AHA y La PTA son manifestaciones muy raras en la expresión clínica del SSp; sin embargo hay descripción de éstas en la literatura, aproximadamente 22 para la AHA y de 20 para la PTA. Un aspecto más a resaltar es que dichas manifestaciones pueden preceder la expresión del complejo sicca, lo cual puede dificultar aun más el diagnóstico.

C-34

### **Asociación de síndrome de Sjögren primario (SSP) con acidosis tubular renal y pancreatitis edematosa aguda recurrente. Reporte de un caso.**

Espinosa-Villalpando J, Cruz-Álvarez LJ, Hernández-Zarco L, López-Tarabay CV.

Hospital Regional de Reynosa PEMEX. México.

**Objetivo:** Reportar una asociación rara en una paciente con SSP más ATR I y pancreatitis aguda recurrente.

**Reporte del caso:** Se trata de femenino de 37 años de edad, con inicio de padecimiento en 1981 al diagnosticarse síndrome de Sjögren (xerostomía, xerofthalmia, biopsia de glándula menor con sialoadenitis crónica focal, anti Ro y La positivos). En 1984 se agregaron parestesias, disestesias y calambres progresivos, y debilidad de miembros pélvicos, los estudios paraclínicos reportaron hipokalemia severa con 1.9 meq/l. En el estudio de la hipokalemia se encontró aumento en la depuración de bicarbonato, sodio y potasio, y la biopsia renal aportó datos compatibles con acidosis tubular renal tipo I, se agrego tratamiento sustitutivo con bicarbonato de sodio y potasio. En 1986 presenta dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo intenso, con distensión abdominal, náuseas y vómito de contenido gástrico, los estudios de laboratorio y gabinete: amilasa de 4300 U/l, enzimas hepáticas TGO y TGP, normales, FA normal, DHL elevado, calcio bajo de 7.1, leucocitosis de 18 mil mm<sup>3</sup>/dl. Se egresó 15 días después sin complicaciones agudas ni tardías por la pancreatitis aguda. Presenta otros tres episodios de pancreatitis aguda en 1988, 1991 y 1993. En 1993 ante otro cuadro de pancreatitis cursa un flemón en la cola del páncreas demostrado por TAC, permanece por un periodo de 10 días en la terapia intensiva, la evolución fue satisfactoria. El último cuadro de pancreatitis aguda fue en 1998. Los estudios serológicos e inmunológicos para lupus eritematoso generalizado realizado en 1993 y en el 2002 son negativos (anticuerpos antinucleares, anti-DNA nativo, anti-SM). Actualmente sin datos de insuficiencia pancreática exocrina y endocrina. Bajo tratamiento tópico y sustitutivo con bicarbonato de sodio y potasio.

C-35

### **Epidemiología de las enfermedades reumáticas en Cuba. Estudio comunitario COPCORD/ILAR.**

Reyes-Llerena GA, Penedo-Cuello A, Guibert-Toledano M, Hernández-Martínez A.

Fuerza de Tarea del Grupo Nacional y Sociedad de Reumatología de Cuba. La Habana, Cuba.

Las enfermedades reumáticas tienen una elevada prevalencia a nivel mundial. Los países en desarrollo desconocemos en general estos datos y tomamos los de referencia Internacional. A finales del 2000, publicamos los resultados del estudio piloto COPCORD, efectuado en el Cerro, Habana. Nuestro estudio actual tiene como.

**Objetivo:** En mayor escala, determinar la prevalencia de las enfermedades reumáticas en una población urbana cubana así como la invalidez asociada entre otras variables.  
**Material y métodos:** Aplicamos el cuestionario COPCORD/ILAR entre 3150 sujetos adultos en entrevista individual, casa por casa, utilizando 48 médicos familiares como encuestadores en 1600 casas aproximadamente, en el municipio Lawton de C. Habana.  
**Resultados:** El estudio arrojó una prevalencia para los síntomas y signos reumáticos del 61% discretamente superior al estudio piloto, la Osteoartritis fue la enfermedad más frecuente junto a los reumatismos de partes blandas y regionales, y dolor lumbar.  
**Conclusiones:** La prevalencia general de enfermedades reumáticas se corrobora como alta en Cuba, con la OA y reumatismos regionales como más frecuentes, y similar comportamiento general para la A Reumatoide y otras conectivopatías que en el estudio preliminar. La invalidez fue similar, y el cuestionario fácil de aplicar.

C-36

### Percepción de riesgo en pacientes con enfermedades reumatológicas. Estudio preliminar.

Guzmán S, Robles-San Román M, Jaimes-Hernández J, Arroyo S, García D, Dávalos ME, Meléndez-Mercado C.

Centro Médico Toluca, Servicio de Reumatología, Hospital de Concentración Toluca, Servicio de Reumatología, ISSEMYM. Toluca Estado de México.

**Introducción:** La percepción personal de riesgo en relación con diversos desenlaces es un indicador que en enfermedades crónicas esta asociado a múltiples circunstancias, entre ellas la adherencia al tratamiento y adaptación de los estilos de vida. Hasta donde los autores conocen no existen estudios al respecto en enfermedades reumatológicas.

**Objetivo:** Explorar la percepción de riesgo para diversos desenlaces en pacientes con enfermedades reumatológicas.

**Material y métodos:** Se realizó una encuesta sobre percepción de riesgo en pacientes consecutivos, no seleccionados de la consulta externa de los Servicios de Reumatología del Valle de Toluca. Además del diagnóstico, tiempo de evolución, escolaridad y género el instrumento aplicado consta de 5 preguntas respecto a las siguientes situaciones en relación con la enfermedad reumatológica: Probabilidad de discapacidad, pérdida del trabajo, problemas familiares, hospitalización y muerte todas evaluadas mediante escalas visuales análogas de 100 mm.

**Análisis estadístico:** Estadística descriptiva, prueba exacta de Fisher, coeficiente de correlación de Spearman.

**Resultados:** Se encuestaron 78 pacientes (57 mujeres/22 hombres), la distribución por diagnóstico fue: Artritis reumatoide 33, osteoartritis 12, fibromialgia 9, Lupus eritematoso generalizado 7, enfermedad por depósito de cristales 6, espondiloartropatia 5 y otros 6. La edad, escolaridad y tiempo de evolución promedio fue de 50.3±19.4 años, 9±4 años cursados y 5.9±5.8 años respectivamente, en promedio la percepción de riesgo para discapacidad fue de 5.8±3, pérdida del trabajo 4.5±3.8, problemas familiares 4±3.8, hospitalización 4.4±3.6 y muerte 3.4±3.2 (mediana2). No se encontró asociación con nivel educativo o tiempo de evolución, sin embargo el tiempo de evolución mostró una correlación de  $r=0.451$   $p=0.087$ .

**Conclusiones:** La percepción de riesgo en los pacientes con enfermedades reumatológicas es más intensa para discapacidad seguida de pérdida del empleo y de hospitalización, sin embargo aun falta ampliar el número de pacientes para explorar la información respecto a cada enfermedad y ajustar por tiempo de evolución.

C-37

### Presentación poco usual de SAAF primario en población pediátrica.

Arredondo-Sierra MS, Céspedes-Cruz A, Carvajal-Alonso L, Solís-Vallejo E.

Departamento de Reumatología Pediátrica, Hospital General, CMN La Raza. México. DF.

**Caso 1:** Fem. 12 años, residente del Estado de México; inicia en julio del 2002 con edema de párpado superior izquierdo, epífora, fotofobia, hiperemia conjuntiva y diplopía tratándose como migraña oftalmopléjica vs lesión ocupativa. Es valorada por Oftalmología quien reporta reflejo consensual, motor y agudeza visual normal, paresia del recto superior, sospechan enfermedad de Graves la cual se descarta por Endocrinología (perfil tiroideo normal). En su evolución presenta endotropía de ojo izquierdo, cefalea y limitación a la abducción. Por persistencia de sintomatología se envía a Reumatología en marzo 2002 encontrando leucocitos 11500, linfocitos 3075, plaquetas 258 mil, anticardiolipinas IgG negativo, IgM 14, complemento, inmunoglobulinas, US carotídeo y resonancia de órbitas normales; SPECT cerebral con isquemia parietal izquierda, occipital derecha y de ganglios basales. Por los datos clínicos se sospecha SAAF y se inicia manejo con warfarina y ácido acetilsalicílico.

**Caso 2:** Fem. 15 años, residente de Pachuca, Hgo. Se estudia por ptosis palpebral desde los 11 años tratada con plastía en 3 ocasiones, última en 1997. Es referida para continuar estudio, en Neurología se descarta miastenia gravis por maniobras de agotamiento; en Reumatología, agosto 2002 encontramos leucocitos 4600, linfocitos

1564, plaquetas 302 mil. VDRL negativo, anticardiolipinas IgG 27, IgM 17, AAN 1:64, inmunoglobulinas, complemento, pruebas de coagulación y electromiografía normal. Se hace diagnóstico de SAFP y se inicia manejo con warfarina y ácido acetilsalicílico.

**Conclusiones:** No encontramos reportes preliminares en población pediátrica con afección del III nervio craneal como manifestación inicial de SAFP, consideramos que es la primera demostración de esta alteración por lo que es necesario un diagnóstico oportuno para prevenir secuelas.

C-38

### Curso clínico a 10 años de evolución en el síndrome de anticuerpos antifosfolípido primario.

<sup>1</sup>Medina-García G, <sup>2</sup>Barile-Fabris L, <sup>3</sup>Jara-Quezada LJ, <sup>4</sup>Miranda-Limón JM.

<sup>1</sup>Hospital General de Zona No 76, <sup>2</sup>Unidad de Epidemiología Clínica, HECMNSXXI, <sup>3</sup>Unidad de Epidemiología Clínica, HECMR, <sup>4</sup>Departamento de Reumatología HECMRIMSS, México, DF.

**Objetivo:** Describir la evolución clínica a 10 años del diagnóstico del Síndrome de anticuerpos antifosfolípido primario; (SAAFP).

**Material y métodos:** De una cohorte de 100 pacientes con SAAFP se seleccionaron aquellos con tiempo de evolución mayor o igual a 10 años; se excluyeron aquellos en los que se había perdido el seguimiento hasta la actualidad por cambio de adscripción. No se incluyeron a pacientes con SAAF secundario al inicio del seguimiento. Se analizó el curso clínico en cada paciente.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 30 pacientes con diagnóstico de SAAFP y con mínimo de 10 años de evolución; 8 hombres y 22 mujeres, con edades al inicio del padecimiento de 33+12.6 años de edad, tiempo de evolución de 12.1±2.4 y con una media de número de eventos de 2.9±1.6 (rango de 1 a 7 eventos) Todos los pacientes estaban recibiendo tratamiento a base de anticoagulantes orales, su nivel de INR fue de 2.6±0.5. Las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes fueron: tromboembolia pulmonar (TEP) en 6, trombosis venosa profunda (TVP) en 6, evento vascular cerebral (EVC) en 4, trombosis venosa superficial (TVS) en 4 y trombosis mesentérica en 3 pacientes. Destaca que la manifestación clínica subsecuente más frecuente fue la TEP en 11 casos, TVS 10, TVP en 10, trombocitopenia persistente en 8 y EVC en 5. Cuatro pacientes cumplieron criterios de clasificación para lupus eritematoso sistémico. Y uno para síndrome de Sjogren. Un paciente falleció por SAAF catastrófico.

**Conclusiones:** El SAAFP a pesar de ser un padecimiento con múltiples complicaciones puede tener una larga evolución. La TEP es una manifestación frecuente en estos pacientes.

C-39

### Necrosis avascular asociado a anticuerpos antifosfolípido.

Clemente MVM, López GE.

Hospital General de Zona No 7 Del IMSS, Monclova, Coah, México.

Desde la descripción clínica y la definición del síndrome antifosfolípido (SAF), una serie de manifestaciones clínicas relacionadas se han descrito en la literatura médica, como son, oclusión vascular, ya sea venosa o arterial, formación de trombos en el endocardio y sus posibles consecuencias. Otro grupo de condiciones, donde el mecanismo de oclusión vascular esta incompletamente entendido o no ha sido probado, como en hipertensión pulmonar, corea o bien la necrosis avascular (NAV) de hueso. Esta última en particular, no ha sido reportada frecuentemente en asociación a la presencia de anticuerpos antifosfolípido, sin otros factores terapéuticos o enfermedades concomitantes que pudieran explicarla. Por otro lado, es también conocido que puede ocurrir cualquier combinación de eventos oclusivos vasculares en el mismo individuo, a intervalos de tiempo considerablemente variables, que van de semanas a meses y aún años. En este trabajo, nosotros reportamos la presencia de necrosis avascular de ambas caderas, en asociación de síndrome de anticuerpos antinardiolipina primario, en una paciente de sexo femenino de 49 años de edad, con historia de lesión vascular en el territorio de la arterial cerebelosa superior derecha, demostrada por estudio de resonancia magnética y angiografía en 1997 y que desarrollo la NAV posterior a un año de tratamiento con anti-coagulación oral.

C-40

### Efecto del tratamiento con esteroides y metotrexato en la hematopoyesis en 4 pacientes con síndrome de Felty.

Xibillé D, Mondragón V.

HGR 1, IMSS, Cuernavaca, Mor. México.

**Introducción:** El síndrome de Felty (SF) es una complicación de la Artritis Reumatoide (AR) de larga evolución, seropositiva, deformante y nodular sin sinovitis activa, caracterizada por esplenomegalia y neutropenia.

**Casos:** Presentamos 4 casos de SF con recuperación de la hematopoyesis tras dosis altas de esteroides y metotrexato (MTX).

**Caso 1:** Mujer de 63 años (a) con AR de 10a de diagnóstico, tratada con MTX 7.5 mg/sem, cloroquina (CLQ) 150 mg/d y prednisona (PDN) 5 mg/d; presentó ictericia, fatiga y pérdida de peso durante los dos meses previos. Sin artritis pero con esplenomegalia detectable clínicamente y por USG abdominal, neutropenia 600 cel/mm<sup>3</sup>, trombocitopenia moderada, hipertransaminasemia, e hiperbilirrubinemia. Se suspendió el MTX y al no contarse con CSF-GM se pulsó con 3g de metilprednisolona y luego

PDN 15 mg/d. La ictericia desapareció. Las cifras de neutrófilos y plaquetas se normalizaron y disminuyeron las bilirrubinas, TGO y TGP. Sin recaídas.

**Caso 2:** Mujer de 65a con AR de 25a y secuelas articulares, tratada con esteroides a dosis bajas, MTX 10 mg/sem y CLQ 150 mg/d presentó esplenomegalia y neutropenia 1,600 cel/mm<sup>3</sup>, sin inflamación articular. Se incrementó la de MTX a 20 mg/sem con recuperación completa de neutrófilos.

**Caso 3:** Mujer de 53a con AR de 12a, tratada con MTX 7.5 mg/sem, CLQ 150 mg/d, con hepatoesplenomegalia, neutropenia 1,200 cel/mm<sup>3</sup>, trombocitopenia, TGO y TGP altas. No tenía sinovitis. Mejoró al incrementarse el esteroide a 50 mg diarios transitoriamente sin modificar MTX, manteniendo remisión. **Caso 4:** Mujer de 60a con AR de 21a, con absceso isquiorrectal por rechazo de prótesis de cadera, tratada con AINE. Presentó esplenomegalia y neutropenia 1000 cel/mm<sup>3</sup>. Recibió PDN (1 mg/kg) normalizándose la cifra de neutrófilos. Persistió con complicaciones ortopédicas reduciéndose la PDN. Todas las pacientes presentaban cambios radiológicos de AR grado IV. Todas eran seropositivas y tenían la proteína C reactiva y la velocidad de eritrosedimentación incrementadas. Ninguna requirió esplenectomía.

**Conclusión:** El SF refleja inflamación aún en ausencia de artritis. La esplenectomía es parte del tratamiento de la pancitopenia en el SF. En ausencia de CSF-GM, dosis altas de esteroides y MTX pueden restaurar la hemopoyesis y evitar la esplenectomía.

C-41

### Presencia de osteoporosis y osteopenia en pacientes con espondilitis anquilosante. Estudio preliminar.

Pinzón de la OB, López-Andrade AJ, Bernard-Medina AG, Martínez-Bonilla GE, Morales-Torres J, Gutiérrez-Ureña S.

Unidad de Investigación URHIA, Servicio de Reumatología. Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde" Guadalajara, Jal, y Clínica de Osteoporosis Hospital Aranda de la Parra, León, Gto. México.

**Introducción:** La Espondilitis Anquilosante (EA), es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida, asociada al HLA-B27. La osteopenia se ve en estadios tempranos de la enfermedad y la prevalencia de osteoporosis es de 18-62%.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de osteoporosis y osteopenia en pacientes con EA y analizar los posibles factores clínicos asociados a su presencia.

**Pacientes y métodos:** Pacientes de la consulta externa de reumatología con EA bajo criterios de Nueva York, incluidos de julio a septiembre del 2002, comparados con controles sanos pareados por edad. Se realizó densitometría mineral ósea axial en columna lumbar y cuello femoral con equipo LUNAR DPX-L utilizando gramos/cm<sup>2</sup>. Se evaluaron variables demográficas, clínicas y de laboratorio. Así como, índices de funcionalidad de Dougados y de actividad de Bath (BASDAI).

**Resultados:** Se analizaron 10 pacientes con EA y 10 controles sanos, el promedio de edad en EA fue de 33 años (r=19-47años), el tiempo de evolución de la enfermedad 3.2años (r=5meses a 8 años.) Se encontró osteoporosis de columna lumbar en 1 paciente (10%), osteopenia de columna en 2 (20%), y en cadera en 1(10%). En los pacientes con EA el valor promedio en grs/cm<sup>2</sup> fue de 1.19 en columna y 1.02 en cadera y en los controles fue de 1.26 en columna y 1.22 en cadera.

**Conclusiones:** Se observó una disminución en la densidad ósea medida en gramos por cm<sup>2</sup> de pacientes con EA en comparación a controles sanos, no encontrando correlación con el tiempo de evolución de la enfermedad, aunque sí con la actividad de la misma (BASDAI). Se necesitan un mayor número de pacientes para confirmar estos hallazgos y conocer la relación causa-efecto.

C-42

### Neuropatía motora multifocal: Reporte de dos casos y revisión de la literatura.

González-Jaime JJ, Bernard-Medina AG, Orozco-Alcalá JJ, Ruiz-Sandoval JL.

Servicio de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde." Guadalajara, Jal, México.

**Introducción:** La neuropatía motora multifocal (NMM) es un síndrome autoinmune, manifiesto por debilidad muscular progresiva, asimétrica, asociada a desmielinización focal de nervios individuales. Es más común en varones adultos y es potencialmente curable con altas dosis de IgIV y Ciclofosfamida. Esta patología puede confundirse con enfermedad de neurona motora, CIDP, porfiria, mononeuritis múltiple, etc. Los hallazgos electrofisiológicos revelan bloqueos de conducción motores multifocales con respeto sensorial. En un alto porcentaje se demuestran títulos altos de anticuerpos contra gangliósidos. Existen reportes de enfermedades desmielinizantes asociadas al uso de medicamentos anti-TNF.

**Objetivo:** Presentar nuestra experiencia con dos pacientes con NMM.

**Caso 1:** Masculino de 28 años. Inició 3 años previos con debilidad de mano derecha y en menor grado la izquierda. Dos meses después presenta paresia del nervio peroneo izquierdo. 5 meses previos nota debilidad para elevar su brazo derecho. Se determinó la presencia de bloqueos de conducción motora los nervios espinal accesorio derecho, mediano, cubital, radial, peroneo y tibial posterior en forma bilateral. Neuroconducción sensorial normal. Electromiografía con escasos signos de denervación y unidades motoras de comportamiento neuropático. Paraclínicos: Ac vs GM1 positivos.

**Caso 2:** Femenino de 43 años. Inicia 5 años previos con debilidad aguda de inervados por axilar y músculo cutáneo izquierdos. Dos años después presenta debilidad dorsiflexora de tobillos. Un año después aparece debilidad en inervados por el nervio cubital derecho. Nunca existieron síntomas sensoriales. Se demostraron bloqueos de conducción motora en los nervios músculo cutáneos, cubital derecho, axilar izquierdo, peroneo bilateral y tibial posterior izquierdo. Neuroconducción sensorial normal.

**Conclusiones:** Nuestros pacientes cursan con NMM. El electrodiagnóstico es de gran utilidad en su diagnóstico y se debe reconocer a esta enfermedad, pues es potencialmente curable con dosis altas de IgIV y Ciclofosfamida.

C-43

### Síndrome doloroso regional complejo tipo I secundario a síndrome del túnel del carpo en una paciente con artritis reumatoide.

Pinzón-de la OB, López-Andrade AJ, Bernard-Medina AG, Martínez-Bonilla G, Gutiérrez-Ureña S.

Servicio de Reumatología, Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jalisco, México.

**Introducción:** El síndrome doloroso regional complejo (SDRC), ocurre entre otras causas como una respuesta inadecuada a un trauma doloroso en una extremidad distal. El síndrome del túnel del carpo (STC) es frecuente en pacientes con artritis reumatoide (AR) y este se puede asociar en 1-3% con SDR tipo I. Se presenta el caso de una paciente con AR y SDR tipo I secundario a STC. Esta es una asociación poco frecuente.

**Caso clínico:** Femenino de 50 años, ama de casa, con diagnóstico de AR de 2.5 años de evolución tratada con metotrexate 10 mg/semana, cloroquina 150 mg/día, ácido fólico 5 mg/día. Inicia su padecimiento en junio del 2001, con alodinia e hiperalgesia, edema, pérdida del vello y de la turgencia de la piel, oncodistrofia y limitación a los movimientos de prensión en miembro torácico derecho, signo de Tinel positivo. Radiográficamente con osteopenia difusa en brazo derecho, gamagrama óseo con hipercaptación difusa en miembro torácico derecho principalmente en mano. Electromiografía con neuroconducción anormal del nervio mediano. El tratamiento consistió en calcitonina más bloqueadores de canales de calcio y dosis altas de esteroides, por falla de respuesta se decidió bloqueo de ganglio estelar con bupivacaína y clonidina observándose mejoría clínica significativa.

**Comentario:** En nuestra experiencia la asociación es poco frecuente y lo descrito en la literatura mundial pocas veces enfatiza la asociación de AR, SDR y STC. En este caso la presencia de síndrome de túnel del carpo se consideró como factor desencadenante que pudiera favorecer la presencia de SDR.

C-44

### El sexo seguro con protección en hombres disminuye la frecuencia de manifestaciones clínicas de la espondilitis anquilosante (EA).

Jiménez-Balderas FJ, Moya C, Sánchez-González ML, Velasco U, Talavera J, Brea E, Fraga A. Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI, IMSS, México, DF, México.

**Antecedentes:** La C trachomatis es la causa más frecuente de infecciones genitales sexualmente adquiridas de sujetos sanos y con EA. Su presencia se ha asociado con la actividad clínica de la EA, sugiriendo una causa efecto.

**Objetivo:** Estudiar el efecto del uso del condón durante las relaciones sexuales sobre el cuadro clínico de la EA.

**Método:** Se estudiaron 40 hombres con EA (criterios de NY) de >5 años de evolución, quienes aceptaron responder al siguiente cuestionario: ¿Ha tenido relaciones homosexuales? ¿Ha tenido relaciones heterosexuales? ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? ¿Usa usted siempre condón durante sus relaciones? ¿Ha tenido usted uretritis, sífilis, gonorrea diagnosticada por médico? Los pacientes se catalogaron de acuerdo al uso o no del condón y los hallazgos se relacionaron con los datos clínicos de la EA. Análisis: t de Student, análisis multivariado y regresión logística múltiple de pasos ascendentes.

**Resultados:** La edad de los pacientes fue de  $46 \pm 12$  años, con duración de la enfermedad de  $24 \pm 11$  años. Los 40 pacientes habían tenido relaciones heterosexuales, 34 sin protección con  $6.9 \pm 7.8$  parejas sexuales (rango 2-30) y 6 con protección con  $2.3 \pm 3.8$  parejas (rango 1-10) ( $p=0.001$ ). El uso del condón previno el desarrollo de uretritis, gonorrea o sífilis al inicio de la EA (0 vs 17.6%); de entesitis (0 vs 73.5%) y tuvieron menor frecuencia de uveitis (16.6 vs 53%), aunque las manifestaciones axiales fueron similares en ambos grupos.

Logística

Variable p	Coficiente estandarizado $\beta$	Error estándar	Parámetro estimado Exponente $\beta$	IC 95(%)
Uso de condón 0.0245	-2.1972	0.9766	0.1111	0.0164-0.7534

**Conclusiones:** El análisis de regresión múltiple de pasos ascendentes (tabla) mostró que en la EA el uso del condón tuvo un efecto protector para el desarrollo de infecciones venéreas, uretritis, entesitis y uveitis aún en el caso de promiscuidad sexual.

C-45

### Seguimiento clínico y radiográfico durante 3 años en pacientes con espónido artropatías indiferenciadas (Spa-i).

<sup>1</sup>Burgos-Vargas R, <sup>1</sup>Casasola-Vargas JC, <sup>1</sup>Chávez J, <sup>1</sup>Pacheco-Teña JF, <sup>1</sup>Londño J, <sup>2</sup>Gutiérrez-Suárez R, <sup>2</sup>Ruiz-Morales J, <sup>2</sup>Cardiel-Ríos MH.  
<sup>1</sup>Hospital General de México, <sup>2</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y la Nutrición. México.

**Objetivo:** Identificar los factores clínicos, radiológicos y genéticos asociados a la diferenciación de pacientes con espondiloartropatías.

**Material y métodos:** Se estudiaron a treinta y tres pacientes diagnosticados en los años de 1998 a 99 como Spa-i; se registraron variables demográficas, clínicas, y radiológicas, al inicio, durante el primer y tercer año del diagnóstico. Las evaluaciones clínicas fueron: índices de actividad, índice funcional, metrología, y las radiográficas con evaluación de las articulaciones sacroilíacas. Se les determinó HLA a 26 sujetos.

**Análisis estadísticos:** Se utilizó chi-cuadrada y prueba exacta de Fisher.

**Resultados:** En la evaluación final se encontró que 13 pacientes cumplieron criterios radiográficos para espondilitis anquilosante (EA), y 20 continuaron con criterios para Spa-i. La edad de inicio < de 16 años en el grupo de EA se encontró en 7 pacientes (53%) y en el grupo de Spa-i en 4 (20%). (p=0.035). No se encontró diferencia significativa entre la presencia de artritis periférica, tarsitis, y entesitis entre los dos grupos. EL HLA-B27 (+) en pacientes con EA se encontró en 9 pacientes (85%) y en 10 pacientes (64%) del grupo de Spa-i. (p=0.021).

**Conclusión:** Los pacientes con Spa-i que posterior a 3 años de seguimiento cumplen criterios para EA se asociaron con inicio juvenil de la enfermedad y positividad para HLA-B27.

C-46

### Estudio inmunogenético en pacientes mestizos mexicanos con espónido artropatía juvenil.

<sup>1</sup>Silva-Ramírez B, <sup>2</sup>Rubio-Pérez N, <sup>3</sup>Vargas-Alarcón G, <sup>4</sup>Burgos-Vargas R, <sup>5</sup>Granados-Arriola J.  
<sup>1</sup>Departamento de Genética, Facultad de Medicina, UANL, <sup>2</sup>Servicio de Pediatría Hospital Universitario "Dr. José E. González", <sup>3</sup>Departamento de Fisiología, Instituto Nacional de Cardiología, <sup>4</sup>Unidad de Reumatología, Hospital General de México SSA, <sup>5</sup>Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán. México, DF.

**Introducción:** Las espónidoartropatías (SpA) juveniles comparten una serie de características clínicas, patológicas y predisposición genética, que las distinguen del resto de las enfermedades reumáticas juveniles y de la forma del adulto. Por lo cual el estudio inmunogenético, de este grupo de padecimientos resulta de gran interés en nuestra población.

**Material y método:** Se estudian 66 pacientes con diagnóstico de SpA juvenil (40 Espondilitis Anquilosantes (EA) y 26 Espondiloartropatías no definidas (EAND) y 99 controles, individuos no relacionados y sin antecedentes de enfermedades asociadas a HLA. Se tipificaron antígenos clase I y II HLA por PCR-SSP. Los métodos estadísticos utilizados incluyen exacta de Fisher y Método de Wolf para RR.

**Resultados:** Los antígenos HLA B27 y HLA B15 están incrementados en los pacientes y se mantiene al hacer los subgrupos EA y EAND. Para antígenos clase II, la frecuencia de HLA-DR HLADRO805 está disminuido.

**Discusión:** La asociación del antígeno HLA-B27 con es algo bien conocido, sin embargo en EASN se postula que debe existir otro antígeno asociado diferente a éste. En nuestra población podría tratarse del HLA-B15. La baja incidencia de DR5 podría ser un factor protector.

C-47

### Agudeza diagnóstica de la exploración física de rodilla en pacientes con artritis reumatoide: Estudio clínico-Sonográfico de derrame articular y quiste de Baker.

Chávez-López MA, Naredo E, Acebes C, Cabero F, Sánchez-Pernaute O, Jiménez-Palop M, E de Miguel, Aceves-Ávila J.  
 Servicios de Reumatología, Hospital Severo Ochoa, Fundación Jiménez-Díaz, Hospital la Paz, Madrid, España; Centro Médico de Occidente IMSS (Jalisco) y Hospital de Especiales Miguel Hidalgo (Aguascalientes), México.

**Introducción:** En pacientes con artritis reumatoide (AR) el dolor en rodillas puede ser inflamatorio, mecánico o proveniente de estructuras extra-articulares. La exploración física (EF) puede no detectar siempre la presencia de derrame o quiste de Baker (QB) en las rodillas de estos pacientes.

**Objetivo:** Determinar la agudeza diagnóstica de la EF en el diagnóstico de derrame articular y QB en pacientes con AR evaluados con ultrasonido (US).

**Método:** Se utilizó un US Toshiba con un transductor lineal de 7.5 MHz para detectar derrame y QB en rodillas de pacientes con AR previamente valorados clínicamente por un reumatólogo dictaminando este la presencia o ausencia de los mismos. Se registró edad, género, duración de AR, factor reumatoide (FR), tratamiento, clase funcional de AR (CF), diagnóstico clínico previo al US.

**Resultado:** Se evaluaron 40 pacientes (80 rodillas) con AR 80% mujeres, con edad; 61.3±15 años y duración de la enfermedad: 114.8 (±135 meses), FR+ en 80%, CFI (3 pacientes), CF II (27), CF III (8), CF IV (2); el 55% de los pacientes recibían metotrexato como modificador de la enfermedad. Hubo dolor referido por el paciente en 26 rodillas(32.5%), derrame por clínica en 35 rodillas (43.7%) y corroborado por US en 31 rodillas (38.75%), QB por clínica en 12 rodillas (15%) y corroborado por US en 6 rodillas (7.5%). La sensibilidad de la EF para la detección de derrame fue 0.63 y la especificidad 0.87, para la detección de QB fueron 0.42 y 0.90, respectivamente.

**Conclusión:** La EF mostró una agudeza diagnóstica aceptable para el clínico. El uso complementario del US puede cambiar la conducta terapéutica y diagnóstica en pacientes con AR y afección de rodillas.

C-48

### Tratamiento artroscópico de quiste de Baker gigante (Grado III) en una paciente con artritis reumatoide (AR) de corta evolución.

<sup>1</sup>Espinosa-Morales R, <sup>1</sup>Duarte-Salazar C, <sup>2</sup>Cruz-López F, <sup>2</sup>Almazán-Díaz A, <sup>3</sup>Villegas-Castrejón H, <sup>4</sup>Solano-Ponce ME.

Centro Nacional de Rehabilitación (CNR), <sup>1</sup>Servicios de Reumatología, <sup>2</sup>Artroscopia, <sup>3</sup>Microscopía electrónica, <sup>4</sup>Imagenología. México, DF. México.

**Introducción:** El quiste de Baker es una complicación infrecuente en pacientes con AR. Se ha descrito esta complicación en pacientes con AR de larga evolución. Su tratamiento es aún debatido.

**Caso clínico:** Paciente femenina 33 años. Antecedentes diabéticos en padre y abuelos paternos. Trabaja como instructora de aeróbicos. La paciente tiene diagnóstico de AR seropositiva de 4 años de evolución sin manifestaciones extraarticulares, la paciente tuvo un inicio poliarticular de grandes y pequeñas articulaciones bilateral y simétrico, se inició tratamiento con cloroquina y metotrexate, por no alcanzar la remisión completa se cambia inmunosupresor, a metotrexate+leflunomida. PA: Inicia hace 5 años con dolor intermitente a nivel de rodilla derecha en el cóndilo femoral medial. Hace 3 años el dolor aumentó en la misma región, incapacitando sus actividades laborales. En los últimos meses la marcha es claudicante e incluso le cuesta trabajo poderse vestir. En octubre del 2001 presentó dolor intenso y aumento de volumen localizado en cara posterior de pierna y rodilla derecha. Se realizó artrocentesis de la rodilla derecha fuera del CNR, extrayendo 12 ml de líquido sinovial (LS). El LS era de color claro y el cultivo fue negativo para bacterias. En enero del 2002 la paciente es atendida en el CNR, su sintomatología era nuevamente dolor de rodilla y pierna derecha, con gran incapacidad para la marcha así como importante aumento de volumen en pierna posterior y rodilla derecha, se realizó artrocentesis extrayendo 60 ml de LS claro y viscosidad disminuida. Se aplicaron 40 mg de acetato de metilprednisolona. La resonancia magnética reportó: cambios degenerativos en plataformas tibiales, fragmentación y luxación de menisco medial con alojamiento de fragmentos en eminencias tibiales, proliferación sinovial, quiste de Baker. Debido a la sintomatología y hallazgos de Imagenología la paciente es llevada a artroscopia, donde se encuentra luxación y lesión de menisco medial desde el cuerno anterior hasta el posterior, adyacente al ligamento cruzado posterior, lesión condral medial, proliferación sinovial (realizando sinovectomía) y se cauterizó la boca del quiste. La microscopía electrónica de transmisión reportó incremento de macrófagos con citoplasma vacuolado, angiogénesis y en el citoplasma de los vasos sanguíneos se identificaron depósitos de inclusión en el tejido conectivo. En el tejido conectivo la disposición de las fibras de colágena es irregular.

C-49

### Medio ambiente, *Mycoplasma penetrans* (MP), Enfermedades reumáticas y estimación de asociaciones.

Herrera-Saldívar E, Bañuelos-Ramírez D, López-Robles MC, Cedillo-Ramírez ML, Yáñez-Santos JA.

Hospital de Especialidades de Puebla, IMSS, ICUAP BUAP. Posgrado en Ciencias Ambientales. Puebla, Pue, México.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre factores ambientales y enfermedades reumáticas con positivización a MP, medida esta por anticuerpos a MP IgG e IgM y reacción en cadena de la polimerasa con oligocebador y medición de la asociación con RR, RA, X2 y pruebas de correlación.

**Metodología:** En pacientes cautivos del servicio de reumatología con LEG, SAR 1º y 2º, AR, y A Reactiva se les interrogó sobre factores ambientales (cercanía con fábricas, barrancas, contaminantes, tintes, otros tóxicos) y se les determinó MP por 3 métodos distintos, incluyendo PCR. Las muestras se procesaron por separado por personal entrenado y en posgrado. Se contó con el registro y aprobación de los comités institucionales participantes y apoyo de CONACYT. Las pruebas estadísticas se efectuaron doblemente y con 2 paquetes, además de cálculos de riesgos y asociaciones epidemiológicas.

**Resultados y conclusiones:** La positividad para MP fue de 89 y 85% (IgG e IgM respectivamente) CL en 21. La asociación mayor se da con LEG y SAF secundario. La asociación con factores ambientales (tóxicos, contaminantes, exposiciones) es significativa estadísticamente y los riesgos calculados, son mayores a 3 para situaciones específicas.

C-50

### Detección de *Mycoplasma fermentans* por pcr y cultivos en pacientes con artritis reumatoide.

Gil-Juárez C, Cedillo-Ramírez ML, Rivera-Tapia JA, Bañuelos-Ramírez D, Rojas-Rodríguez J, Salinas-Saldívar S, García-Latorre E.

ENCB-IPN, ICUAP-BUAP, Hospital de Especialidades de Puebla. CMN MAC IMSS. Puebla, Pue. México.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad multisistémica de etiología poco clara en la que interactúan varios factores sobre una predisposición genética, sin embargo, parece claro que los agentes infecciosos se desempeñan como promotores e iniciadores de la enfermedad. Los Micoplasmas son uno de los candidatos debido a que causan artritis en animales en forma natural y experimental.

**Objetivo:** Establecer la frecuencia de micoplasmas y la respuesta de anticuerpos contra éstos en pacientes con AR.

**Método:** Se estudiaron 88 muestras de sangre de igual número de pacientes y 17 líquidos sinoviales y 67 muestras de testigos. El cultivo de micoplasmas se realizó de acuerdo a las técnicas de rutina. La identificación de micoplasmas en las muestras biológicas y en los cultivos se realizó por PCR.

**Resultados:** Se identificó DNA Mycoplasma en 13 (15%) cultivos y 13 (15%) muestras de sangre de pacientes con AR y no se identificó en LS y testigos. El DNA de Mycoplasma sp. fue amplificado utilizando indicadores específicos para M. fermentans, M. pneumoniae y M. pentrans; todas fueron positivas para M. fermentans, seis por cultivo y PCR directo, 7 por cultivo y 7 por PCR directo, por lo que este microorganismo fue detectado en el 22% de los pacientes con AR. Se detectó por ELISA anticuerpos IgM anti M. fermentans en 46% de los sueros y 40% y 10% respectivamente y por inmunoelectrotransferencia se detectó IgM en el 40%, 40% y 6% e IgG en el 39%, 33% y 7.5% respectivamente.

**Conclusiones:** El porcentaje de detección de M. fermentans se encontró alto, lo que sugiere un probable papel de este microorganismo en la AR en algunos casos.

C-51

### Sensibilidad y especificidad de las sub-regiones de la cadera en los estudios de densitometría.

Trujillo-Medina D, Barreira-Mercado E, Ruiz-Acosta JM, Blanco-Soto E.

Clinica de Osteoporosis de Querétaro, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro y Universidad del Valle de México Campus-Querétaro, Querétaro, Qro. México.

**Introducción:** La densitometría de hacer duales de rayos-X o DXA constituye el estándar de oro para establecer el diagnóstico de masa ósea baja; sin embargo, la interpretación de los hallazgos puede ser controversial cuando los valores de la densidad mineral ósea (DMO) muestran discrepancias importantes. Por lo anterior, se decidió evaluar la sensibilidad y especificidad cada una de las sub-regiones que se evalúan en los estudios DXA de cadera.

**Material y métodos:** En un periodo de 6 meses se analizó a pacientes del sexo femenino referidas para estudio DXA (equipo Hologic QDR 1000 plus). Se registraron sus variables demográficas y para establecer el diagnóstico, se aplicaron los criterios de la OMS de 1994 en el cuello de fémur, la región intertrocanterica, el triángulo de Ward y el trocánter mayor. Para este estudio se consideró osteoporosis cuando el resultado del valor-T fuera de -2.5 DE o inferior en dos o más de estas sub-regiones, y ulteriormente estimar la sensibilidad y especificidad diagnósticas de cada una de estas áreas.

**Resultados:** El total de casos correspondió a 301, la edad promedio a 56.4 años  $\pm$  11.2 (31-87 años) En cuanto a la sensibilidad y especificidad de cada área: el cuello de fémur 57.4% y 99.6%, en el área intertrocanterica 18.2% y 100%, el trocánter mayor 29.1% y 100% y en el área de Ward 94.4% y 92.8%.

**Conclusión:** El mejor resultado fue para el triángulo de Ward, a pesar de que hubo 19 falsos positivos.

C-52

### Experiencia en población abierta de mujeres posmenopáusicas en una campaña de detección de osteoporosis.

<sup>1</sup>Muñoz-Medrano AL, Martínez-Bonilla GE, <sup>1</sup>Márquez-Magaña I, Gutiérrez-Ureña S, Pinzón-de la OB, Bernard-Medina AG.

<sup>1</sup>Medicina Interna, Reumatología y URHIA. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal, México.

**Introducción:** La osteoporosis y las fracturas asociadas son de las principales causas mundiales generadoras de muerte, incapacidad y gastos médicos. En los últimos años la expectativa de vida ha aumentado, originando un incremento en casos de osteoporosis.

**Objetivo:** Realizar una campaña de detección de osteoporosis en mujeres con presencia de factores de riesgo.

**Material y métodos:** Acudieron 834 mujeres postmenopáusicas o próximas a ella, previa invitación a través de los medios de comunicación. Durante 5 días, se realizó una campaña abierta de detección de osteoporosis. Se les aplicó el "Cuestionario de escrutinio para Detectar mujeres posmenopáusicas con osteoporosis" (Albrand y cols, 1998). Las que obtuvieron una puntuación de 4 ó más se les consideró en riesgo de presentar osteoporosis y se les realizó densitometría ósea (DMO) con Densitómetro LUNAR PIXI periférico de Rayos X de antebrazo. Se utilizaron los criterios de osteoporosis de la Organización Mundial de Salud (OMS) de 1994.

**Resultados:** De las 834 mujeres, se encontró 190 con riesgo de presentar osteoporosis, correspondiendo al 23%. Las mujeres en riesgo presentaron una edad de 64 años en promedio. Se realizaron 180 DMO, 10 mujeres no acudieron a realizarse el estudio. Las DMO reportaron: 89 mujeres (49%) con osteoporosis, 63 mujeres (34%) con osteopenia y 32 mujeres (17%) normales. El factor de riesgo que más se presentó en las mujeres con riesgo para esta enfermedad, fue la ausencia de reemplazo estrogénico en 169 mujeres (89%), seguido de aquellas que mencionaron tener más de 10 años de menopausia en 161 mujeres (85%).

**Conclusiones:** La utilización de los instrumentos de escrutinio para campañas de detección de osteoporosis es de gran utilidad para optimizar recursos evitando la realización de estudios en mujeres con bajo riesgo. Nosotros encontramos que el factor de riesgo más frecuente de acuerdo al cuestionario aplicado fue la ausencia de terapia de reemplazo estrogénico, seguido de menopausia mayor de 10 años, tanto en las mujeres que resultaron con osteoporosis como con osteopenia.



C-53

### Características densitométricas del tejido graso, muscular y óseo en enfermedades reumáticas (ER).

Rizo-Rodríguez J, Marentes-Monsivais V, Almanza C, Alonso J, Almazán M, Alejo JL, Aguilar X, Ahumada J, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C. Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, SLP, México.

**Introducción:** Se conoce la relación que hay entre las ER y la pérdida del tejido óseo, no así del tejido graso y magro.

**Objetivo:** Evaluar mediante densitometría de cuerpo entero, de columna y de cadera las potenciales anomalías del tejido óseo, graso y magro en ER.

**Materiales y métodos:** Realizamos un estudio de casos y controles e incluimos a 60 pacientes de la consulta externa, 37 de ellos con ER (G1): 5 con enfermedad mixta, 13 con lupus y 19 con AR y 23 controles con otros diagnósticos y sin terapia modificadora de la densidad ósea mineral (G2). A todos se les realizó densitometría de cuerpo entero, de columna lumbar y cadera.

**Resultados:** La BMC, la BMD y el puntaje T fueron 24% menores en el G1 al compararse con el G2. El tejido graso fue mayor y el magro menor en el G1. Entre los pacientes con diversas ER no hubo diferencias significativas al compararse entre ellos, independientemente del tipo y dosis de medicamentos.

**Conclusiones:** Se demostró que los pacientes con ER presentan mayor osteopenia y déficit del tejido magro ( $p < 0.01$ ), así como aumento en el tejido graso, aunque esto no alcanzó diferencia estadísticamente significativa.

C-54

### Prevalencia de fibromialgia (FM) en la población rural.

Galarza-Lozano D, Guerra-Galicia C, López-López JM, Abud-Mendoza C. Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, SLP, México.

**Introducción:** La FM ocurre entre el 0.6 y 9% en la población general de áreas urbanas. No hay estudios de su prevalencia en áreas rurales mexicanas.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio prospectivo y multicéntrico en 3 consultorios rurales de atención médica de primer nivel en el estado. El estudio se conformó con pacientes no reumatológicos a los que se les realizó cuestionario y evaluación clínica para determinar la presencia de reumatismo muscular y FM.

**Resultados:** Incluimos 285 pacientes no seleccionados y se conformó el diagnóstico de FM en 3 pacientes. Estos fueron del género femenino y en la 4-5ª décadas de la vida.

**Discusión:** La FM en la población rural es menos frecuente que lo informado en la población urbana.

C-55

### Polimorfismo genético-308 en el promotor del TNF- $\alpha$ en pacientes con fibromialgia.

López-Andrade AJ, Oregón-Romero E, Martínez-Bonilla GE, Muñoz-Valle JF, Vázquez-del Mercado M, Gutiérrez-Ureña S, Pinzón-de la O B, Daneri-Navarro A, Ruiz-Quezada S, Martín-Márquez BT, Bernard-Medina AG. Servicio de Reumatología y URHIA, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"; Laboratorio de Inmunología, CUCS, U de G. Guadalajara, Jal, México.

**Introducción:** La fibromialgia (FM) es una enfermedad que provoca dolor músculo esquelético difuso y otros trastornos sistémicos, pero de la cual aun se desconoce la etiología. El TNF- $\alpha$  se ha implicado en la patogénesis del dolor persistente por lo que es posible que el polimorfismo -308 en el promotor de TNF- $\alpha$  esté implicado en la patogenia.

**Objetivo:** Identificar la frecuencia del polimorfismo en el TNF- $\alpha$  en pacientes con FM.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con FM (ACR) y un grupo de controles sanos (CS). Se realizó valoración clínica, cuestionario de FIQ, escala visual análoga de dolor y salud general. El polimorfismo se realizó por PCR-RFLPs, amplificando un fragmento de 107 pb y la digestión fue con la enzima Nco I. Los productos digeridos se observaron en gel de agarosa al 4% teñido con bromuro de etidio. Análisis estadístico: SPSS y EPI INFO.

**Resultados:** Se analizaron 28 pacientes con FM con edad promedio de  $47 \pm 10$  años y 27 individuos sanos de  $40 \pm 11$  años. La frecuencia para los genotipos GG, GA, AA en FM fue: 0.85, 0.14, 0; mientras que para los CS fue: 0.92, 0.07, 0 (NS). La frecuencia del alelo G y A en FM fue: 0.52, 0.04; mientras que en CS fue 0.52, 0.02 (NS). El IMC reveló una diferencia estadística entre los grupos de estudio (FM  $29 \pm 5$  vs CS  $25 \pm 6$ ,  $p = 0.006$ ). Los resultados de la evaluación clínica en los pacientes en FM y sujetos sanos fueron: FIQ  $1.03 \pm 0.5$  vs  $0.1 \pm 0.2$ ; EVA de salud general  $6.5 \pm 1.6$  vs  $1.2 \pm 1.8$ ; EVA de dolor  $6.0 \pm 1.7$  vs  $0.33 \pm 0.73$ .

**Conclusiones:** Los resultados preliminares revelan que no existe asociación entre el polimorfismo -308 del TNF- $\alpha$  y FM, esto difiere a los resultados en otras poblaciones, hecho que sugiere que existe variación genética entre diferentes poblaciones. Dentro de las variables estudiadas, llama nuestra atención la asociación del IMC entre los grupos de estudio, lo cual nos permite hipotetizar una relación estrecha entre la ganancia de peso y FM.

C-56

### Genotipos en el promotor del factor de necrosis tumoral Alfa (TNF- $\alpha$ ) en pacientes con artritis reumatoide y osteoartritis del occidente de México.

Oregón-Romero E, Muñoz-Valle JF, Ruiz-Quezada S, Martín-Márquez BT, Martínez-Bonilla G, Bernard-Medina G, Daneri-Navarro A, Vázquez-del Mercado M.

Lab de Inmunología, CUCS, U de G; Reumatología, Hosp. Civil Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal. México.

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica degenerativa que favorece la destrucción del cartílago y hueso subcondral. La osteoartritis (OA) es una enfermedad degenerativa cuyas características son desgaste de cartílago articular y formación de osteofitos. El TNF- $\alpha$  está implicado en patogénesis de la AR al favorecer el proceso inflamatorio.

**Objetivo:** Identificar la frecuencia del polimorfismo -308 en promotor de TNF- $\alpha$  en pacientes con AR, OA y en individuos sanos.

**Material y métodos:** Estudio transversal, analítico y observacional. Se identificó el polimorfismo -308 en promotor de TNF- $\alpha$  en pacientes con AR, OA. Además se incluyó un grupo de individuos clínicamente sanos. La determinación del polimorfismo se realizó mediante la técnica de PCR-RFLPs utilizando la enzima Nco I y los productos de la

digestión se observaron en un gel de agarosa al 4% teñido con bromuro de etidio. El análisis estadístico se realizó con SPSS y Epi Info.

**Resultados:** Comprobamos que nuestra población se encuentra en equilibrio de Hardy-Weinberg. La frecuencia de los genotipos G/G, G/A y A/A en AR fueron: 0.88, 0.12 y 0, para OA fueron: 0.90, 0.10 y 0 mientras que en controles fueron: 0.93, 0.07 y 0. No se encontraron diferencias significativas entre los genotipos observados. La frecuencia para el alelo G en AR, OA y controles fue: 0.94, 0.95 y 0.93, mientras que para el alelo A fue: 0.06, 0.05 y 0.07, no se encontraron diferencias estadísticas entre los alelos analizados.

**Conclusiones:** El alelo más frecuente fue el G sin encontrar diferencias significativas, lo que indica que el polimorfismo -308 no se encuentra asociado a AR ni a OA en mestizos mexicanos; estos resultados difieren de otros reportes previos en otras poblaciones.

**Conclusiones:** Nosotros sugerimos que las diferencias alélicas y genotípicas en el polimorfismo -308 en el promotor de TNF- $\alpha$  entre las poblaciones refleja la variación genética, producto de la evolución del genoma.

C-57

**Estudio inmunogenético en pacientes mestizos mexicanos con artritis reumatoide juvenil. Resultados preliminares.**

<sup>1</sup>Silva-Ramírez B, <sup>2</sup>Rubio-Pérez N, <sup>3</sup>Vargas-Alarcón G, <sup>4</sup>Burgos-Vargas R, <sup>5</sup>Granados-Arriola J.

<sup>1</sup>Departamento de Genética, Facultad de Medicina, UANL, <sup>2</sup>Servicio de Pediatría Hospital Universitario "Dr. José E. González", <sup>3</sup>Departamento de Fisiología, Instituto Nacional de Cardiología, <sup>4</sup>Unidad de Reumatología, Hospital General de México SSA, <sup>5</sup>Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Medicas y de la Nutrición Salvador Zubirán. México, DF.

**Introducción:** La Artritis Reumatoide Juvenil (ARJ) es la enfermedad reumática más común en niños. Se define como la artritis persistente en una o más articulaciones de al menos seis semanas de duración en menores de 16 años. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) define tres subtipos de acuerdo a su presentación y manifestaciones clínicas: pauciarticular, poliarticular y sistémica. La etiología y patogénesis de la ARJ es poco conocida. Un componente genético se ha involucrado. Estudios inmunogenéticos han mostrado una significativa asociación entre moléculas HLA y ARJ.

**Objetivo:** Se estudia un grupo de niños con diagnóstico de ARJ según ACR y se les tipifica para antígenos de complejo HLA, para buscar asociación.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles, donde los casos son niños diagnosticados con ARJ (n=34) según el Colegio Americano de Reumatología procedentes del Hospital Universitario y del Hospital General de México y 99 controles, individuos no relacionados y sin antecedentes de enfermedades asociadas a los genes HLA. Se tipifican para antígenos clase I y II por PCR-SSP, comparándolo las frecuencias génicas por métodos estadísticos.

**Resultados:** En nuestro grupo de estudio encontramos asociación de los antígenos A3 y B15. Los antígenos que tuvieron una frecuencia elevada en ARJ sin llegar a ser significativa fueron el B35 de clase I y de clase II el DRb1\*04 y DRb1\*08, estos últimos se han asociado con la enfermedad en otras poblaciones. Las frecuencias de los antígenos B44 y DRb1\*07 se encontraron disminuidas en nuestra población por lo cual se pensaría podrían tener un efecto protector, lo cual concuerda con otras publicaciones.

El número de pacientes que estudiamos es muy reducido, pero tiene valor informativo ya que nos demuestra la relación que tienen los antígenos HLA y ARJ.

C-58

**Comparación entre 2 métodos para la determinación de anticoagulante lúpico.**

Montes R, Zaldivar H, Paz y Mar H, Cortina E, Izaguirre R, Amigo-Castañeda MC.

Departamento de Reumatología y Hematología Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México, DF, México.

**Objetivo:** Evaluar la sensibilidad y especificidad de 2 métodos para determinación de anticoagulante lúpico.

**Método:** Se evaluaron 65 pacientes con sospecha clínica de Síndrome Antifosfolípido (SAF) y se les realizó determinación de anticoagulante lúpico (AL) mediante el índice de Rosner (TTPa mezcla-TTPa control/TTPa paciente) y la Prueba de Veneno de Víbora de Russell diluida (DRVVT).

**Resultados:**

	Rosner	Rosner	Russell	Russell
	>12	<12	(+)	(.)
TTPa>6sg	18	25	24	19
N=43--	(28%)	(38%)	(36%)	(30%)
TPP <6sg	1	21	3	19
N=22	(2%)	(22%)	(4%)	(30%)

1) A1 usar el índice de Russel 1 como estándar de oro y compararlo con la prolongación del TTPa basal del paciente con sospecha de SAF, tiene una sensibilidad de 94% y una especificidad de 45%.

2) A1 usar el DRVVT como estándar de oro y compararlo con la prolongación del TTPa basal del paciente con sospecha de SAF, tiene una sensibilidad de 93% y una especificidad de 62%.

3) A1 usar la DRVVT como estándar de oro y compararlo con el índice de Rosner >12, este último tiene una sensibilidad de 41% y una especificidad de 92%.

4) La combinación de un TTPa prolongado (>6sg) y un índice de Rosner >12, tiene una sensibilidad de 40.9% y una especificidad de 92.5%, al compararlos con la DRVVT. **Conclusiones:** La prolongación >6sg del TTPa es una buena prueba de escrutinio en nuestra población, sin embargo un TTPa normal no excluye la presencia de AL. La prueba de neutralización con fosfolípidos tiene una correlación positiva con la prueba de Russell de 71.4%.

C-59

### Prevalencia del polimorfismo C677T del gen de la enzima 5,10 metileno-tetrahidrofolato reductasa en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Gallardo-Gutiérrez I, Dávalos IP, Valera I, Sandoval L, Figueroa L, Ramírez L, González-López L, Gámez-Nava JI, Salazar-Páramo M. Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica y División de Genética, CIBO, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social y CUCS, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jal. México.

La mutación C677T del gen de la enzima metileno tetrahidrofolato reductasa (MTHFR) o alelo T, determina una variante termolábil de la enzima con hipomocistinemias leve, ésta ha sido asociada a eventos trombóticos en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, sin embargo la asociación no es concluyente.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de la mutación del gen MTHFR-C677T en pacientes con LES y compararla con un grupo control.

**Material y método:** Se tipificaron para el alelo T 49 pacientes con LES (47 mujeres y 2 hombres) y 39 sujetos controles, mediante el método de PCR/RFLP (HinfI). Las frecuencias del alelo T se compararon mediante la prueba de X<sup>2</sup>.

**Resultados:** El genotipo TT estuvo presente en 26% de los pacientes y 13% de los controles (p=0.22). La frecuencia del alelo T del gen de la MTHFR fue de 0.52 en el grupo de LES y de 0.40 en el grupo control (p=0.14). Las poblaciones estuvieron en equilibrio de Hardy-Weinberg (bondad de ajuste para LES p=0.99, Control p=0.89).

**Conclusión:** Aunque la frecuencia del alelo T fue mayor en el grupo de LES ésta no fue significativa, establecer si el alelo T se encuentra asociado a la morbilidad agregada en pacientes con LES requiere de estudios más específicos comparando frecuencias del alelo T, entre pacientes con LES con y sin trombosis.

Trabajo apoyado por el Fondo de Fomento a la Investigación-IMSS, registro 2001/050.

C-60

### Inhibición de apoptosis de condrocitos (CD) de rata por prolactina (PRL).

<sup>1</sup>Lavalle C, <sup>1</sup>Zemíño C, <sup>2</sup>Macotela Y, <sup>2</sup>Clapp C, <sup>1</sup>Kouri J.

<sup>1</sup>Patología Experimental, CINVESTAV-IPN, <sup>2</sup>Instituto de Neurobiología-UNAM. México.

La PRL modula la apoptosis. Se ha demostrado apoptosis de Cd en osteoartritis (OA). Por lo tanto, se investigó el efecto de las PRLs sobre la apoptosis de Cd articulares de rata.

**Material y métodos:** Se utilizaron ratas Distar. Se obtuvieron condrocitos (CD) incubando el cartílago con tripsina 25 mg (peso/vol) y colagenasa tipo II (20 mg/vol). Viabilidad celular (>90%). Se cultivaron Cd a 37°C en MEM/24h, con suero fetal de ternera (SFT) al 10% (control negativo), en ausencia de SFT (inductor de apoptosis), y con SFT al 0.5% para fas estudios con PRL. La apoptosis se investigó por citometría de flujo con yoduro de propidio. Se obtuvo PRL (23kDa) de rata del NHPP. La PRL (16 kDa) se obtuvo por proteólisis enzimática. Se investigó la presencia de receptor de PRL (R-PRL) por RT-PCR. Experimentos por triplicado.

**Resultados:** El porcentaje de células hipodiploides en CF en presencia de SFT al 10% fue <2%; en ausencia de SFT fue 10% (p<0.001); con SFT al 0.5% fue 8%; con SFT al 0.5% más PRL 23 kDa descendió de acuerdo a concentración de PRL (p<0.01); en Cd incubados con SFT al 0.5% más 16 kDa PRL la apoptosis se inhibió a niveles no detectables. Se demostró receptor de PRL por RT-PCR.

**Conclusiones:** Las PRLs de 23 y 16 kDa inhiben la apoptosis de Cd.; efecto más potente con PRL 16kDa. La presencia de R-PRL tiene implicaciones biológicas. Hallazgos originales que pueden tener importancia patogénica y terapéutica en OA.

C-61

### Tai-Chi una alternativa para pacientes con artritis reumatoide juvenil.

Trejo-Zamora M, Salazar-González B, Rubio-Pérez N, Ábrego-Moya V. Hospital Universitario "Dr. José E. González", Monterrey, NL, México.

**Introducción:** Como parte de un tratamiento integral en niños con artritis debe considerarse el Tai-Chi, como una parte importante para aumentar la flexibilidad de las articulaciones, mejorar la función y la calidad de vida de estas personas. Los programas de ejercicio para conservar o mejorar la flexibilidad y el rango de movimiento han mostrado ser seguros y benéficos (Ytterberg, Mahowald & Rrug 1994), concluyó que debía de ser parte del protocolo terapéutico.

**Objetivo:** El propósito de este estudio fue mostrar los beneficios del Tai-Chi para mejorar la flexibilidad en niños con artritis reumatoide juvenil.

**Pacientes y métodos:** Se utilizó un diseño comparativo para evaluar los efectos de la intervención del Tai-Chi. Se midió la flexibilidad de las articulaciones de cadera, rodilla, codo y muñeca de los niños que tenían entre 12 y 18 meses de practicar el Tai-Chi por espacio de una hora dos veces a la semana y se comparó con la de los niños que por distintas razones han abandonado el ejercicio por más de 12 meses.

**Resultados:** Fueron 19 pacientes que realizan Tai-Chi y 7 que no lo hacen. La media de edad es de 14.24 años (DE 3.70). El tiempo de padecer la artritis es de 4.88 años (DE 3.72). La distribución de los niños por tipo de artritis es de: 6 = monoarticular, 14 = poliarticular

y 6 sistémica. Del grupo de niños (n=8) que estuvieron en un programa piloto de ocho semanas y que se cuentan con mediciones previas, se compararon esas mediciones con las posteriores a un año de continuar con el ejercicio. Las medias de todas las mediciones se incrementaron aunque solamente la muñeca alcanzó diferencia significativa. Cabe aclarar, que en el estudio piloto se incrementaron significativamente la flexibilidad de ambas caderas y de rodilla izquierda. Cuando se compararon las medias de flexibilidad del grupo piloto y que continua en el programa de ejercicio, más los niños que se incorporaron al mismo con la de los niños que lo han abandonado, o bien que nunca lo han realizado en todas las mediciones, se encontraron diferencias altamente significativas ( $p < 0.005$ ).

**Conclusiones:** Esto sugiere que el Tai-Chi revierte la pérdida de la flexibilidad articular de los niños con artritis reumatoide juvenil.

C-62

### Niveles séricos de homocisteína en artritis reumatoide.

<sup>1</sup>López-Olivo MA, <sup>1</sup>González-López L, <sup>2</sup>Gómez-Nava JJ, <sup>2</sup>Salazar-Páramo, <sup>1</sup>García-González A, <sup>1</sup>Villa-Manzano AI, <sup>3</sup>Cota Sánchez AR.

<sup>2</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica y <sup>3</sup>Laboratorio Central del HCMO, <sup>1</sup>Hospital Gral. Regional 110, IMSS Jalisco. México.

**Introducción:** Los niveles elevados de homocisteína (tHcy) se han asociado con un incremento en el riesgo de infartos de miocardio y accidente cerebro vascular. En pacientes caucásicos con artritis reumatoide (AR), estos niveles se han encontrado elevados. No hay publicaciones en pacientes mexicanos con AR. Nosotros evaluamos los niveles séricos de tHcy en AR utilizando un grupo de comparación con sujetos sanos.

**Material y métodos:** En un estudio transversal comparativo se evaluaron 45 pacientes con AR y 30 controles sanos. A los pacientes con AR se les investigó: duración de la enfermedad, tratamientos, actividad de la AR medida por medio del índice de RADAR, funcionalidad por medio del HAQ-Di, rigidez matinal, evaluación global de la severidad de la enfermedad por el paciente y el médico. La tHcy fue tomada al mismo tiempo de la evaluación clínica y fue determinada en suero por inmunoensayo por polarización de fluorescencia. El evaluador que determinó niveles de tHcy estaba ciego al grupo y otras variables clínicas. Análisis: comparaciones fueron realizadas entre grupos con U de Mann-Whitney (variables continuas) y Chi-cuadrada (variables discretas).

**Resultados:** Se observaron niveles elevados de tHcy en 47% de AR comparados a 10% de controles ( $p=0.002$ ). Entre los factores asociados a aumento de niveles de tHcy en AR se observaron: Sexo masculino (OR=7,  $p=0.016$ ), edad ( $40 \geq$  OR=5,  $p=0.022$ ), el efecto de metotrexate sobre niveles de tHcy fue disminuido por el uso de ácido fólico. Después de ajustar por edad, actividad de la enfermedad, funcionalidad y uso de ácido fólico, el sexo masculino continuo siendo factor asociado a una elevación de tHcy ( $p=0.04$ ).

**Conclusiones:** Una elevada frecuencia de hiperhomocitemia fue observada en AR, principalmente en el sexo masculino. Una adecuada identificación permitirá tratar adecuadamente este factor de riesgo cardiovascular.

Este Protocolo fue financiado; SP 2001/396. IMSS, 2002/244

C-63

### Niveles séricos de lípidos en artritis reumatoide (AR) comparados con infarto agudo de miocardio (IAM).

Terán-Estrada L, Álvarez-Aguilar C, Benítez-Reyes R.

HGR No 1 IMSS, Morelia, Mich. México.

**Objetivo:** Comparar el perfil de lípidos en AR e IAM.

**Material y métodos:** 190 pacientes, 150 con AR y 40 con IAM. En AR se determinó el nivel de colesterol total (CT), triglicéridos, colesterol de alta densidad (cHDL), colesterol de baja densidad (cLDL), factor reumatoide (FR), velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR) y actividad de la enfermedad. En IAM se recabó el perfil de lípidos. Para comparar medias utilizamos t para muestras independientes, X<sup>2</sup> y correlación de Pearson.

**Resultados:** Relación hombre: mujer 1:8 en AR y 4:1 en IAM, estos tuvieron mayor edad ( $58.3 \pm 13.3$  vs  $51.8 \pm 12.5$  años,  $p=0.006$ ). En IAM observamos mayor concentración de CT, 57.5% vs 33.3%, medias de  $213.4 \pm 51.7$  vs  $188.5 \pm 47.7$ ,  $p=0.005$ . Triglicéridos normales en ambos grupos, aunque más elevados en IAM, 29.4% vs 19.9%, medias  $177.0 \pm 90.5$  vs  $147.1 \pm 88.6$ ,  $p=0.08$ . cHDL normal en los dos grupos pero más bajo en IAM, 16.7% vs 10.5%, medias  $43.0 \pm 12.7$  vs  $52.2 \pm 21.1$ ,  $p=ns$ . cLDL disminuido en ambos grupos, IAM 11% vs 17% en AR, medias  $111.0 \pm 50.3$  vs  $111.0 \pm 39.9$ ,  $p=ns$ . AR inactiva asociada con elevación de CT y triglicéridos ( $206.9 \pm 47.7$  vs  $186.6 \pm 44.8$ ,  $p=0.005$ ,  $175.7 \pm 112.8$  vs  $126.8 \pm 71.6$ ,  $p=0.02$ , respectivamente). 61.3% enfermos fueron seropositivos, PCR positiva 75%, VSG elevada 76%. Se observó correlación positiva entre AR activa y CT (0.005), VSG (0.006) y PCR (0.05), FR y VSG con PCR (0.09 y 0.003 respectivamente). cHDL y cLDL con VSG (0.02 y 0.07, respectivamente). El género femenino correlacionó con AR ( $< 0.001$ ), actividad de la enfermedad (0.004) y CT (0.02), la edad con AR (0.006) y CT (0.008).

**Conclusiones:** En AR encontramos menor concentración de lípidos comparado con IAM, sin embargo, 33% tienen hipercolesterolemia, 19.9% hipertrigliceridemia, 10.5% cHDL bajo y 17% cLDL elevado y representan la población de riesgo para enfermedad cardiovascular.

C-64

### Pericarditis recidivante como manifestación extra-articular de artritis reumatoide: Reporte de un caso.

<sup>1</sup>Mondragón V, <sup>1</sup>Xibillé D, <sup>2</sup>López A.  
Departamentos de <sup>1</sup>Reumatología, <sup>2</sup>Cardiología, HGR 1,  
IMSS, Cuernavaca Morelos, México.

La pericarditis es una complicación poco común de la Artritis Reumatoide (AR). Aunque se puede presentar hasta en un 30% de los casos de AR, sólo de 1 a 4% son clínicamente detectables.

**Presentación del caso:** Mujer de 47 años de edad con antecedentes familiares de AR (madre y hermana), que desde 1989 padece AR seropositiva clase funcional II y se trató con D-penicilamina y AINE de manera irregular, presenta pericarditis en 2000 tras suspender el tratamiento durante un año. En aquella ocasión manifestó datos de insuficiencia cardíaca derecha y el engrosamiento pericárdico así como un derrame de 150 ml se detectaron por ecocardiograma (ECO). Se manejó con 30 mg de prednisona (PDN) al día y reiniciándose el inmunosupresor. Se mantuvo asintomática e inactiva desde el punto de vista articular durante los siguientes 2 años hasta que presenta dolor precordial de 20 días de evolución y disnea, encontrándose derrame pericárdico en la telerradiografía de tórax, y constricción de ventrículo izquierdo por ECO, confirmando derrame pericárdico. En esta ocasión se trata con 3 g IV de metilprednisolona (MPD) y posteriormente 25 mg de PDN, así como inmunosupresor, presentando mejoría y egresándose del hospital.

**Comentario:** Las manifestaciones cardíacas de AR entre las que se encuentra la pericarditis, son una causa importante de mortalidad y necesitan de un alto índice de sospecha para su diagnóstico al ser de presentación subclínica. Las dosis altas de esteroide IV pueden mejorar el pronóstico a corto plazo de estos pacientes sin necesidad de pericardiocentesis evacuadora.

C-65

### Tratamiento de artritis reumatoide: Leflunomida vs metotrexate y cloroquina.

Lugo-Zamudio G, Pérez-Cruz E.  
Hospital Juárez de México. México, DF. México.

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida y de difícil tratamiento, afecta comúnmente al sexo femenino. En la última década han surgido nuevas terapéuticas, lo que ha mejorado el pronóstico del paciente.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de leflunomida (LEF) comparada con cloroquina (CLO) y metotrexate (MTX) en el tratamiento de la AR.

**Material y métodos:** Se evaluaron pacientes consecutivos con diagnóstico de AR según los criterios del American College of Rheumatology (ACR), realizando en todos RX de manos y estudios de laboratorio: BH, QS, PFH, VSG, PCR, FR y valoración oftalmológica. La respuesta al tratamiento se evaluó mediante la aplicación del cuestionario HAQ, la clasificación del estado funcional, criterios de remisión y de progresión de la AR validada por el ACR a los 6 y 12 meses. Las dosis de LEF 100mgx3 días y posteriormente 20mg/día, MTX 7.5mg/sem y CLO 150mg/día.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 54 pacientes; 52 mujeres y 2 hombres con edad promedio de 45<sup>a</sup>, 15 recibieron LEF, 25 MTX y 15 CLO. La evaluación a los 6 meses mostró una respuesta favorable al tratamiento 33% con CLO, 20% MTX y 14% con LEF; al año se observó 79% con LEF, 76% MTX y 73% con CLO, como se observa en la siguiente tabla:

	Metotrexate N=25	Leflunomida N=14	Cloroquina N=15
ACR 6meses	20%	14%	33%
ACR 12meses	76%	79%	73%

**Conclusiones:** La LEF y el MTX son comparables a un año en eficacia en pacientes con AR con inflamación grave. La CLO es útil en pacientes con AR de poca inflamación. Los tres grupos mostraron una tolerabilidad satisfactoria.

C-66

### Tratamiento con infliximab en un paciente con artritis reumatoide juvenil tratado previamente con Etanercept.

Espinosa-Villalpando J, Cruz-Álvarez LJ, López-Tarabay CV.  
Hospital Regional de PEMEX. Reynosa, Tams, México.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad de infliximab en un niño de 7 años de edad con artritis reumatoide juvenil de inicio poliarticular.

**Informe del caso:** Se trata de masculino de 7 años quien inicia padecimiento en agosto del 2001 con poliartrosis que afectó codos, carpos, metacarpofalángicas, rodillas y tobillos, simétrica, con clase funcional III. Se inició tratamiento con metotrexate (MTX) 10 mg/semana (10 mg/m<sup>2</sup>) y naproxeno 15 mg/kg/día. La evaluación a las 6 semanas de iniciado el tratamiento: la clase funcional I, la cuenta de articulaciones inflamadas (CAI) de 4, articulaciones dolorosas (CAD) de 8, la VSG 20 mm/h, plaquetas 380 mil, leucocitos totales de 7600 mm<sup>3</sup>/dl, Hb 13.4 g/dl, TGO 32 U y TGO 25 U. en enero del 2002 presenta reactivación con artritis en codos, carpos y tobillos, la VSG 29, Hb 12.5, y TGO 58 U y TGP 31U, por la elevación de

la TGO se redujo el MTX a 5 mg/semana. En abril del 2002 la CAI de 12, la CAD 20, VSG 48 mm/h, PCR 8.5 U/L, Hb 11.7 g/dl, plaquetas 747 mil, leucocitos de 17.200 (sin datos de foco infeccioso, los cultivos de exudado faríngeo, urocultivo, coprocultivo sin desarrollo) y TGO 64 U/L. Se suspende el MTX y se inicia la terapia biológica con etanercept en dosis de 15 mg subcutáneo dos veces por semana y se agrega hidroxyclorequina 100 mg/día. A las 8 semanas de iniciada la terapia biológica presentó: CAI=0, CAD 2, VSG 45 mm/h, PCR 7.5 mg/dl, plaquetas 507 mil. En junio se retira el etanercept y se inicia tratamiento con infliximab en dosis de 3.5 mg/kg. A los 3 meses (4ª dosis) hubo excelente respuesta con CAI de 0, CAD de 0, VSG 22 mm/h, PCR 1.2 U/L, leucocitos totales 9,900, Hb 10.8 g/dl, plaquetas 404 mil. El único efecto adverso por la terapia biológica fue calosfríos en la 4ª dosis con infliximab.

**Conclusión:** Aunque existen pocos reportes a nivel mundial con infliximab en ARJ, mostramos la eficacia y seguridad en un paciente de 7 años de edad tratado con infliximab tratado previamente con etanercept.

C-67

### **Etanercept administrado en esquema más aislado al descrito en forma convencional para control de artritis reumatoide.**

Orozco-Alcalá JJ, Morales-Zambrano R.  
Servicio de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara,  
Guadalajara, Jalisco, México

**Introducción:** El tratamiento de la artritis reumatoide se ha visto favorecido en los últimos años con el advenimiento de nuevos fármacos de diversas acciones, entre ellos se encuentra el Etanercept, que es un agente biológico que actúa inactivando el factor de necrosis tumoral alfa; interleucina que ha demostrado participación activa en el proceso inflamatorio de la enfermedad. Su alta efectividad lo ha colocado como una excelente opción, pero para nuestro medio, su principal limitación para su uso es su alto costo, por lo que sólo pocos pacientes pueden adquirirlo.

**Objetivo:** Buscar un esquema de administración en el que se puedan reducir costos sin disminuir su efectividad.

**Material y métodos:** Un grupo de 18 pacientes que en promedio de 18 meses han recibido Etanercept; 15 pacientes son del género femenino y 3 masculinos, con una edad promedio de 47.3 años (36 a 59); 8 pacientes mantienen esquema de 25 mg subcutáneos 2 veces por semana y 10 han sufrido modificación tratando de aislar la dosis siempre y cuando la enfermedad lo permita, una vez que se logro remisión clínica. El grupo de 10 pacientes después de 2 meses de administración bi-semanal, inicia espaciamiento de dosis, inicialmente cada 5 días y cada mes se le retira 1 día, de tal forma que ese grupo de 10 pacientes lo reciben de la siguiente manera:

- 4 pacientes 1 vez por semana.
- 3 pacientes cada 10 días
- 3 pacientes cada 2 semanas.

Los diez pacientes que lo reciben en esa dosis permanecen con remisión de la enfermedad.

**Conclusión:** Se puede aislar la dosis de Etanercept en algunos casos permaneciendo con enfermedad inactiva y reduciendo los costos al espaciar su administración.

C-68

### **El objetivo es reportar un caso de poliartritis tipo artritis reumatoide como manifestación paraneoplásica de un ependimoma.**

Espinosa-Villalpando J, Cruz-Álvarez LJ,  
López-Tarabay CV.  
Hospital Regional de Reynosa. PEMEX. México.

Se trata de masculino de 53 años que inicia padecimiento en febrero del 2002 con vértigo Postural (ortostático), de breves segundos, evolucionando a una duración de 15-20 minutos. Un mes después presenta artritis que involucró a las articulaciones interfalángico proximales, metacarpofalángicas, carpos, codos y tobillos, simétrico, con rigidez articular matutina mayor de 1 hora, con clase funcional II, HAQ 1.2, EVA 60 mm. Los estudios de laboratorio: BH anemia normocítica normocromática de 10.5 g/dl, VSG 32 mm/h, PCR 7 U/L, factor reumatoide negativo, las RX de las manos y de los pies solamente mostraron aumento de tejidos blandos y osteopenia yuxtaarticular, espacios articulares normales. En abril se indicó el metotrexate e hidroxyclorequina y después de 6 semanas de iniciado el tratamiento desapareció la artritis, la rigidez articular matutina fue de 5 minutos, la cuenta de articulaciones dolorosas e inflamadas de 2 y 0 respectivamente, HAQ 0.3, EVA 10 mm. En mayo del 2002 se agregaron manifestaciones de cráneo hipertensivo e irritación meníngea. Se le realizó una tomografía de cráneo que mostró un tumor en la fosa posterior con dimensiones de 45 x 60 mm. Es sometido a cirugía con resección total del tumor, y posteriormente a radioterapia. El reporte fue histopatológico fue de un ependimoma bien diferenciado. En julio se suspendió el metotrexate y la hidroxyclorequina. En octubre se encuentra sin artritis y sin actividad neoplásica.

C-69

### Anticuerpos monoclonales Anti-tnf $\alpha$ (Infliximab) en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) refractaria a terapia convencional.

<sup>1</sup>Holguín-Dorador IG, <sup>2</sup>Delezé-Hinojosa M.

<sup>1</sup>Hospital de Especialidades del ISSSTEP. Puebla, Pue. México, <sup>2</sup>Centro Médico de Especialidades, Puebla, Pue. México.

**Introducción:** A pesar de que el uso de terapia combinada para el tratamiento (TX) de la Artritis Reumatoide tiene mucha aceptación por su mejor resultado, hay pacientes en quien no se puede lograr remisión completa o que existe contraindicación para su uso. Las nuevas terapias biológicas como los anticuerpos monoclonales anti-TNF $\alpha$ , parecen ser una excelente opción.

**Objetivo:** Valorar los resultados del tratamiento con Infliximab en pacientes con AR refractaria a TX convencional.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron 19 pacientes de la consulta de Reumatología del Hospital de Especialidades del ISSSTEP, y del Centro Médico de Especialidades Puebla, con diagnóstico (Dx) de AR, de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología y que han sido refractarios al TX con terapia convencional. Se les realizó valoración basal y posteriormente cada 2 meses con biometría hemática, enzimas hepáticas, velocidad de sedimentación globular (VSG), química sanguínea, se les aplicó el cuestionario versión español "Health Assessment Questionnaire", escala visual análoga (EVA) y se ha administrado Infliximab a razón de 3 mg/Kg/dosis en las semanas 0.2, 4, 6 y luego cada 8 semanas hasta completar 112 semanas (6 pacientes), 86 semanas (10 pacientes) y 3 pacientes que han cubierto la semana 6.

**Resultados:** Todos los pacientes han presentado mejoría, por disminución de articulaciones dolorosas, inflamadas, disminución de dolor por EVA, disminución de la VSG. Sólo 1 paciente presentó Varicela Zoster como complicación.

**Conclusiones:** La combinación de MTX con Infliximab ha sido bien tolerada y parece inducir remisión en forma más rápida que otras opciones de tratamiento, incluso terapias combinadas. No se han presentado hasta el momento eventos adversos graves. Está pendiente valorar cambios radiográficos para confirmar la disminución del daño articular característico de la AR. Habrá que mantener a los pacientes con vigilancia estrecha aún después de completar por lo menos 1 año de tratamiento para dar seguimiento a posibles eventos secundarios al uso de la combinación de MTX e Infliximab.

C-70

### Síndrome de HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia) asociado a lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome antifosfolípido (SAAF). Reporte de dos casos.

Mendoza C, Mejía Y, Saavedra-Salinas MA, Carrillo-Vázquez SM, Miranda-Limón JM, Jara-Quezada LJ.

HECMN La Raza IMSS; México, DF.

**Introducción:** Se ha sugerido una asociación entre SAAF y preeclampsia severa, sin embargo el síndrome de HELLP ha sido raramente reportado.

**Objetivo:** Informar 2 casos de síndrome de HELLP asociado a LES y SAAF.

**Caso 1:** Femenino de 41 años de edad, con LES desde hace 19 años con afección mucocutánea, articular, hematológica (anemia hemolítica) vasculitis cutánea y renal clase IV (OMS), tratada con azatioprina y ciclofosfamida. SAAF hace 13 años por trombosis de la vena renal izquierdo + aCL IgG (13 UA), tratada con dipiridamol y con ácido acetilsalicílico. AGO G:3 P:1 C:1 A:1 (semana 16). Sin datos de actividad, previo a su último embarazo; a la semana 14 de gestación presenta albuminuria (++), elevación de la creatinina a 1.2, trombocitopenia. En la semana 24 de gestación se diagnóstica síndrome de HELLP, por lo que se interrumpe el embarazo (cesárea), obteniendo óbito.

**Caso 2:** Femenino de 16 años, primigesta, LES desde hace 5 meses, de inicio en el embarazo con manifestaciones mucocutáneas y articulares, SNC (status epiléptico), y SAAF (trombosis venosa del seno longitudinal + anticoagulante lúpico). En la semana 34 de gestación desarrolla síndrome de HELLP, por lo que se interrumpe el embarazo (cesárea), obteniendo producto masculino. Fue tratada con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida en el puerperio, sin respuesta, permaneciendo en estado vegetativo persistente.

**Conclusión:** El síndrome de HELLP es una potencial complicación obstétrica en pacientes con LES y SAAF.

C-71

### Lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome antifosfolípido secundario (SAF) y embarazo, asociado a síndrome de hellp.

Holguín-Dorador IG, Labastida-Domínguez VM. Hospital de Especialidades, ISSSTEP. Puebla, Puebla, México.

**Introducción:** Tanto el LES como el SAF son comunes en mujeres jóvenes y por lo tanto se asocian en muchos casos a embarazos y sus complicaciones. El Síndrome de HELLP (Hemólisis, Elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia) es una complicación de la Enfermedad Hipertensiva Aguda del Embarazo (EHAE), cuya etiología no es aún clara, pero hay algunas evidencias que la pudieran relacionarse a un fondo inmunológico.

**Objetivo:** Describir un caso clínico, de LES, SAF y embarazo cuya asociación con EHAE sugiere un fondo inmunológico común.

**Materiales y métodos:** Una paciente con diagnóstico de LES, SAF con base en el cuadro clínico y laboratorio de 5 años de evolución, cuyo 5o embarazo se interrumpió por vía abdominal debido a EHAE con Eclampsia, de donde se obtuvo un recién nacido femenino de 1.800 g con Capurro de 36 semanas lo que demostró retardo del crecimiento intrauterino (RCIU).

**Resultados y conclusiones:** Se trata de LES, SAF con actividad hematológica, renal y a SNC y/o EHAE en forma de Eclampsia más Síndrome de HELLP.

C-72

### Reacción inmunológica a la vacunación contra influenza y neumococo en pacientes con lupus eritematoso generalizado.

Ortiz-Jiménez E, Juárez-Hernández I, Cabiedes J, Ponce-de León S, Alcocer-Varela J, Cardiel-Ríos MH.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubiran". Distrito Federal, México.

**Introducción:** Existen informes de exacerbaciones y desarrollo de Lupus Eritematoso Generalizado (LEG) posterior a la vacunación. Por ésta y otras razones las recomendaciones de inmunización en pacientes con LEG no son claras y en la práctica médica solo un pequeño porcentaje de estos pacientes son vacunados. El objetivo de este estudio fue evaluar la reacción inmunológica de pacientes con LEG a la vacunación contra virus de la influenza y neumococo.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron 180 pacientes con diagnóstico de LEG. Ciento cincuenta pacientes fueron vacunados de manera simultánea con la vacuna antigripal trivalente (FLUZONE) y con la vacuna antineumocócica polivalente (IMOVAX-NEUMO), los 30 pacientes que decidieron no ser vacunados se incluyeron en el grupo control. En todos los pacientes se determinó el índice de actividad y cronicidad de la enfermedad mediante las escalas de MEX-SLEDAI y SLICC respectivamente, así como la dosis y tipo de tratamiento inmunosupresor al momento de la vacunación. Se determinaron los títulos de anticuerpos anti DNAdc, antinucleosomas, anticardiolipinas y antiB2GP1 isotipos IgG, IgA e IgM antes y un mes después de la vacunación.

**Resultados:** Los títulos de auto-anticuerpos antes y después de la inmunización fueron: Anti DNAdc 249 vs 171.9 UI, antinucleosomas 192.72 vs 135.15UI, anticardiolipinas IgG 6.64 vs 5.97 UI, IgA 4.60 vs 12.74UI e IgM 9.66 vs 17.53UI, anti B2GP IgG 7.2 vs 6.13UI, IgA 12.5 vs 25.12UI e IgM 9.3 vs 13.38UI; mientras que en grupo control fueron: AntiDNAdc 196.9 vs 295.7UI, antinucleosomas 218.65 vs 125.5UI, ACL IgG 1.59 vs 1.0UI, IgA 2.2 vs 11UI, IgM 7.6 vs 16UI y anti B2GP IgG 5.2 vs 7.7UI, IgA 13.1 vs 26UI e IgM 4.8 vs 9.1UI.

**Conclusiones:** Los títulos de anticuerpos anti DNA y antinucleosomas, a los cuales se les ha dado un papel patogénico, se mantuvieron bajos aún después de la vacunación por lo que la inmunización en pacientes con LEG debe considerarse segura.

C-73

### Estudio comparativo de dos esquemas de inducción de remisión con ciclofosfamida en nefritis lúpica.

<sup>1</sup>Márquez-Solano JC, <sup>1</sup>Saavedra-Salinas MA, <sup>1</sup>Vera-Lastra O, <sup>1</sup>Ariza-Andraca R, <sup>2</sup>Miranda-Limón JM.

Departamentos de <sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Reumatología, HECCN La Raza, IMSS; México, DF.

**Objetivo:** Comparar dos esquemas de ciclofosfamida (CFM), corto (6 pulsos mensuales) y largo (12 pulsos mensuales) en nefritis lúpica activa.

**Pacientes y métodos:** Se analizaron los expedientes clínicos de 100 pacientes con LES (ARA, 1982) con glomerulonefritis III o IV (de acuerdo a la OMS) que requirieron terapia con CFM y se dividieron en dos grupos: I, CFM (0.5-1 g/m<sup>2</sup> SC) por 12 meses; II, CFM (0.5-1 g/m<sup>2</sup>SC) por 6 meses, ambos seguidos de 6 pulsos bimensuales. Los puntos de desenlace fueron: remisión completa, remisión parcial, no respuesta y recaída.

**Análisis estadístico:** chi cuadrada, prueba exacta de Fisher y regresión logística.

**Resultados:** Se excluyeron 63 casos por falta de datos; se incluyeron 17 pacientes (edad promedio 32±11 años) en el grupo I y 20 (edad promedio 34.9±9 años) en el grupo II. Las características basales de ambos grupos fueron similares. No se encontraron diferencias en las medidas de desenlace evaluadas (tabla). Se encontró una mayor frecuencia de amenorrea y citopenias en los pacientes del grupo I, sin diferencia estadísticamente significativa.

Medida de desenlace	Grupo I	Grupo II	Valor de p
Tiempo seguimiento (meses)	70.5±7.9	100.8±11.3	0.75
Remisión completa (%)	52.9	70	0.23
Remisión parcial (%)	23.5	5	0.12
Sin respuesta (%)	23.5	20	0.55
Recaída (%)	11.8	15	0.54
Tiempo promedio de recaída (meses)	15±3	41.3±19.4	0.28

**Conclusión:** El uso de CFM en ciclo corto es tan eficaz como el ciclo largo para inducir y mantener la remisión en la nefritis proliferativa lúpica.

C-74

### Los pacientes con lupus eritematoso generalizado activo tienen una menor cantidad de células T CD4+CD25+.

Crispín JC, Martínez CA, Alcocer-Varela J.  
Departamento de Inmunología y Reumatología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México.

**Introducción:** Evidencia acumulada en años recientes sugiere que existe una subpoblación de células T estrechamente asociada con mecanismos de tolerancia periférica. No se ha identificado un marcador específico que las distinga, pero se sabe que abundan en la subpoblación T CD4+CD25+ cuya depleción causa enfermedades autoinmunes en modelos animales. Se desconoce si tienen un papel relevante en los procesos de autoinmunidad en humanos.

**Objetivo:** Investigar el comportamiento de estas células en pacientes con Lupus Eritematoso Generalizado (LEG) y estudiar su relación con la actividad de la enfermedad y las alteraciones en la producción de citocinas.

**Métodos:** Se reclutaron 20 pacientes con LEG en remisión y 10 con enfermedad activa. Diez sujetos sanos participaron como controles. Se aislaron células mononu-



cleares de sangre periférica con centrifugación a través de gradientes de densidad. Se cuantificaron las subpoblaciones de linfocitos CD4+CD69+ y CD4+CD25+ con citometría de flujo. Se hicieron cultivos de 1 000,000 de células mononucleares y a las 48 horas se cuantificaron IL-10 e IL-12 en los sobrenadantes (ELISA).

**Resultados:** Los pacientes con LEG activo tuvieron una mayor cantidad de células T CD4+CD69+ que los sujetos sanos ( $6.7 \pm 4.1$  vs  $3.0 \pm 2.3$ ,  $P=0.041$ ). Por otro lado, se encontró una disminución en la población CD4+CD25+ en los pacientes con enfermedad activa al compararlos con pacientes en remisión ( $10.2 \pm 3.8$  vs  $22.8 \pm 6.3$ ,  $P<0.001$ ) y sujetos sanos ( $10.2 \pm 3.8$  vs  $20.6 \pm 5.9$ ,  $P<0.001$ ). La cantidad de células CD4+CD69+ y CD4+CD25+ fue similar en pacientes con enfermedad inactiva y en controles sanos. Como se esperaba, las células obtenidas de pacientes con enfermedad activa mostraron una producción exagerada de IL-10 y disminuida de IL-12. Se observó una correlación entre la cantidad de células CD4+CD25+ y la producción de IL-12.

**Conclusiones:** Estos hallazgos indican que los pacientes con LEG activo tienen una disminución en la cantidad de células T reguladoras que desaparece cuando la enfermedad se inactiva. Es posible que esta alteración esté relacionada con los perfiles anormales de producción de citocinas que se observan en esta enfermedad.

C-75

### Autoanticuerpos contra cuerpos de Cajal en lupus eritematoso sistémico: Correlación clínico serológica.

Vázquez-Talavera J, Sánchez-Rodríguez SH, Ramírez ED, Ramírez-Sandoval R, Ávalos-Díaz E, Herrera-Esparza R.

Departamento de Inmunología. CBE-UAZ. Guadalupe, Zac, México.

En un lote de 190 sueros de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) se determinaron anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia indirecta en células HEp-2 (AAN), los pacientes reunían los criterios del ACR para clasificación de LES. En este lote, solamente cuatro sueros presentaron anticuerpos contra cuerpos de Cajal; los cuatro tenían AAN positivos con patrón granular fino, todos tenían anti-Sm y por Western blot se comprobó la poliespecificidad ya que los sueros mostraron reactividad contra varias proteínas Sm. Los cuatro sueros reconocieron una proteína de 80 kDa (coilina), que es característica de los cuerpos de Cajal; en todos los casos los anticuerpos fueron de clase IgG y al purificar anticuerpos de afinidad, reconocieron a la coilina y por inmunofluorescencia a los cuerpos de Cajal. Clínicamente la única característica común fue la presencia de ulceración extensa de mucosas. Finalmente, concluimos que los autoanticuerpos contra cuerpos de Cajal constituyen una especificidad rara en LES, frecuentemente asociada a anti-Sm, esta asociación se relaciona con la función de los cuerpos de Cajal sobre los pequeños URNAs.

C-76

### Participación de los anticuerpos anti-cromatina (aCRO) en la nefropatía lúpica. Estudio de casos y controles.

<sup>1</sup>Abraham-Simón J, <sup>1</sup>Cabiedes J, <sup>2</sup>Pascal G, <sup>2</sup>Musset L, <sup>2</sup>Amoura Z.

<sup>1</sup>Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México DF, México. <sup>2</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital Pitié-Salpêtrière. París, Francia.

**Objetivo:** Evaluar la asociación de 15 diferentes anticuerpos con la aparición de daño renal en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG).

**Material y métodos:** Estudio transversal en el cual incluimos 30 pacientes con LEG (>4 criterios del ACR), con presencia de daño renal (proteinuria mayor a 500mg/24hrs o un incremento de mas de 500mg/24hrs con respecto a la determinación previa), los cuales fueron comparados con un grupo control de 147 pacientes con LEG sin evidencia de daño renal. Estos pacientes fueron evaluados por el mismo Reumatólogo quien determinó el grado de actividad del LEG a través del SLEDAI. En la misma visita se tomó una muestra de sangre periférica, para determinar los títulos de 15 diferentes anticuerpos mediante Western blot o electroinmunotransferencia (anti-DNA de cadena doble -aDNAcd-, anti-histonas -aHST-, anti-nucleosoma -aNCS-, anti-SmB, anti-SmD, anti-RNP70, anti-RNPA, anti-RNPC, anti-Ro52, anti-Ro60, anti-SSB, anti-CenpB, anti-topoisomerasa 1, anti-Jo1, anti-P ribosoma).

**Análisis estadístico:** El análisis bivariado se realizó mediante la prueba de-X2 en el caso de las variables dicotómicas y con la prueba de U Mann-Whitney en el de las variables continuas. El valor significativo de p se estableció en  $\leq 0.001$  de dos colas.

**Resultados:** Ambos grupos fueron similares en edad ( $39 \pm 11$  vs  $33 \pm 9$ ) y tiempo de evolución de la enfermedad ( $6 \pm 6$  vs  $6 \pm 5$ ). Los anticuerpos que tuvieron una fuerte asociación con la presencia de daño renal fueron: aHST (RM 7.0, IC95% 2.3-21,  $p<0.0001$ ), aDNAcd (RM 9.6, IC 95% 3.1-29,  $p<0.0001$ ) y aNCS (RM 9.6, IC95% 2.7-33,  $p<0.0001$ ). Las medias de estos anticuerpos fueron significativamente mayores en el grupo de pacientes con daño renal comparado con el de pacientes sin daño renal: aDNAcd ( $207 \pm 225$  vs  $55 \pm 78$   $p<0.0001$ ), aHST ( $47 \pm 28$  vs  $23 \pm 23$   $p<0.0001$ ) y aNCS ( $520 \pm 350$  vs  $250 \pm 200$   $p<0.0001$ ). El resto de los anticuerpos estudiados no tuvieron asociación con la presencia de daño renal.

**Conclusión:** Los aCRO (aNCS, aDNAcd, aHST) fueron los únicos anticuerpos que tuvieron una fuerte asociación con daño renal, lo cual apoya la importancia de esta familia de anticuerpos en la fisiopatología de la nefritis lúpica.

C-77

### Anticuerpos anti-nucleosoma (aNCs) como marcador de actividad en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) negativos para anticuerpos anti-dna de doble cadena (aDNAcd).

Abraham-Simón J, Cabiedes J, Alcocer-Varela J. Departamento de Inmunología y Reumatología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México DF, México.

**Introducción:** Los anticuerpos aDNAcd han sido postulados como los principales responsables de daño en pacientes con LEG; sin embargo estos anticuerpos sólo están presentes en el 60% de estos pacientes. Estudios recientes han mostrado una fuerte asociación entre los aNCs y la actividad en pacientes con LEG.

**Objetivo:** Evaluar la correlación entre los aNCs y la actividad en pacientes con LEG negativos para aDNAcd.

**Material y métodos:** Estudio transversal en el cual incluimos 24 pacientes con LEG (>4 criterios ACR) negativos para los aDNAcd al menos en las dos últimas determinaciones. Estos pacientes fueron evaluados por un Reumatólogo para determinar el grado de actividad de la enfermedad mediante el SLEDAI. En la misma visita se les tomó una muestra de sangre periférica para la determinación de 3 diferentes anticuerpos anti-cromatina por ELISA (aDNAcd, aNCs y anti-histonas -aHST-). El punto de corte se estableció con base a la media  $\pm$  2DE de un grupo de 130 sujetos sanos. Análisis estadístico: El análisis bivariado se realizó mediante la prueba X2 con corrección de Yates o prueba exacta de Fisher en el caso de las variables dicotómicas o U Mann-Whitney en el caso de las variables continuas. La correlación entre la actividad y los títulos de aNCs se realizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. El valor significativo de P se estableció en 0.05.

**Resultados:** En los 24 pacientes se confirmó una prueba negativa para aDNAcd. 15 fueron mujeres, con edad media ( $\pm$ DE) de  $36\pm 16$  años, y tiempo de evolución de la enfermedad de  $68\pm 69$  meses. Las manifestaciones clínicas más frecuentes al momento de la evaluación fueron las mucocutáneas (30%), articulares (17%) y renales (13%). La media del SLEDAI fue de  $3\pm 5$  (intervalo 0-15). En estos pacientes el 34% fue positivo para aNCs con títulos de  $106\pm 151$  UI/ml (intervalo 1-440). La correlación de los aNCs con la actividad del LEG fue de  $r=0.828$  ( $p<0.0001$ ). Ninguno de los pacientes fue positivo para aHST.

**Conclusión:** Existe una alta correlación entre los aNCs y la actividad del LEG aun en ausencia de aDNAcd, lo cual apoya la participación de estos anticuerpos en la fisiopatología del LEG. Los resultados sugieren que estos anticuerpos pueden ser útiles como un marcador biológico de actividad en pacientes con LEG negativos para aDNAcd.

C-78

### Reactantes de fase aguda (RFA) y su utilidad en el diagnóstico diferencial entre infección y actividad en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG).

Abraham-Simón J, Montúfar-Guardado R, Cabiedes J, Alcocer-Varela J.

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

**Objetivo:** Evaluar la utilidad de los RFA en el diagnóstico diferencial entre infección y actividad en pacientes con LEG.

**Material y métodos:** Estudio transversal, en el cual incluimos 30 pacientes con diagnóstico de LEG (>4 criterios del ACR), quienes tuvieron evidencia clínica y microbiológica de infección. Los pacientes fueron evaluados por el mismo Reumatólogo, para determinar el grado de actividad del LEG mediante el SLEDAI. En la misma visita se les tomó una muestra de sangre periférica para determinar: velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), ferritina y lactoferrina. Como grupo control incluimos 60 pacientes con LEG sin evidencia clínica de infección, 30 pacientes inactivos (SLEDAI <2) y 30 activos (SLEDAI >4).

**Análisis estadístico:** El análisis bivariado se realizó con las pruebas X2 con corrección de Yates o Fisher exacta en el caso de las variables dicotómicas y con las pruebas t-Student en el caso de las variables continuas.

**Resultados:** Incluimos 30 pacientes infectados (26 mujeres), con edad media ( $\pm$ DE) de  $32\pm 11$  años, con tiempo de evolución del LEG de  $52\pm 73$  meses. Al momento de la infección estos pacientes tuvieron un SLEDAI de  $8.1\pm 7.3$ . Los sitios más frecuentes de infección fueron las vías respiratorias inferiores (41.4%) y vías urinarias (24.1%). Los gérmenes aislados con mayor frecuencia fueron *Enteroco* sp, *E coli* y *Pseudomonas* sp. Las características de los grupos control fueron similares en edad, género y tiempo de evolución del LEG. Los niveles de PCR y ferritina fueron significativamente superiores en el grupo de pacientes infectados que en los no infectados ( $30\pm 40$  vs  $14\pm 27$  y  $731\pm 563$  vs  $282\pm 430$  respectivamente) ( $p<0.01$ ) y estas diferencias fueron independientes del grado de actividad. Los RFA de mayor utilidad para el diagnóstico de infección aun en presencia de actividad del LEG fueron la ferritina y la PCR con una sensibilidad del 73 y 66 %, especificidad de 70 y 76 %, VPP de 55 y 58 %. VPN de 84 y 82, y razón de verosimilitud de 4.5 y 3.6, respectivamente. La combinación de PCR y ferritina mejoró la especificidad hasta el 90%. La VSG y la lactoferrina no fueron útiles para diferenciar entre infección y actividad.

**Conclusiones:** La PCR y la ferritina son útiles para el diagnóstico diferencial entre infección y actividad. Los resultados sugieren que podrían ser utilizados como prueba de escrutinio para el diagnóstico de infección en pacientes con LEG.

C-79

### Fenotipos de apolipoproteína (a) de bajo peso molecular en lupus eritematoso generalizado. Estudio de casos y controles.

<sup>1</sup>Tlacuilo-Parra A, <sup>1</sup>Salazar-Páramo M, <sup>2</sup>Cardoso-Saldaña G, <sup>3</sup>García-De la Torre I, <sup>1</sup>García-Avendaño J.

<sup>1</sup>Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, HE, CMNO. IMSS, Instituto Nacional de <sup>2</sup>Cardiología "Ignacio Chávez", <sup>3</sup>Hospital General de Occidente. Guadalajara, Jalisco. México.

La lipoproteína(a), [Lp(a)] esta compuesta por una molécula de lipoproteína de baja densidad (LDL), unida a la apolipoproteína(a) [Apo(a)], esta última contiene una secuencia variable de repeticiones del kringle IV tipo 2 (K IV-2) y puede interferir con la activación del plasminógeno, en particular los fenotipos de bajo peso molecular, explicando de esta forma sus propiedades trombogénicas, las cuales se asocian a un mayor riesgo cardiovascular.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de fenotipos de apo (a) de bajo peso molecular y correlacionaría con las concentraciones de Lp(a) en pacientes con LEG y controles.

**Material y métodos:** Estudio transversal donde se estudiaron 75 pacientes, 71 (95%) mujeres y 40 controles sanos, 38 (95%) mujeres, a quienes se les determinó la Apo (a) mediante electroinmunotransferencia, así como la Lp(a) por nefelometría.

**Análisis estadístico:** U de Mann-Whitney y correlación de Spearman.

**Resultados:** Los fenotipos de bajo peso molecular se presentaron en LEG (54%) y en controles (42%) ( $p=0.570$ ), la correlación entre las isoterms de Apo (a) y la concentración de Lp(a) en ambos grupos fue negativa,  $r=0.19$  en LEG y  $r=-0.15$  en controles.

**Conclusión:** 1) Los fenotipos de bajo peso molecular se encuentran con la misma frecuencia en sanos y enfermos debido probablemente a que ambos grupos provienen de genes ancestrales comunes, 2) No hubo correlación con concentraciones elevadas de Lp(a).

C-80

### Lupus eritematoso generalizado y gota tofácea normouricémica: Reporte de un caso.

<sup>1</sup>Mendoza-Fuentes A, Navarro-Alvarado J, <sup>2</sup>Rull M.

<sup>1</sup>Hospital Central Norte PEMEX, <sup>2</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición SZ. México, DF.

**Presentación del caso:** Mujer de 52 años de edad, con antecedentes de síndrome de Amenorrea-Galactorrea secundario a Microadenoma Hipofisiario e hipotiroidismo primario. Sin otros antecedentes de importancia. Le fue diagnosticado Lupus Eritematoso Generalizado (LEG) hace 17 años por presentar artritis, eritema malar, fotosensibilidad, leuco-linfopenia persistente, hepatitis autoinmune, Raynaud, anti DNA por ELISA 485 U/ml, ANA con patrón homogéneo 1:5120 e hipocomplementemia. Ha sido tratada con dosis variable de esteroide. Tiene gota tofácea poliarticular de 10 años de evolución, tratada con Acido acetilsalicílico a dosis variables. En las radiografías de manos y pies muestran múltiples erosiones grandes con bordes colgantes y esclerosis marginal así como tofos calcificados. Se demostró la presencia de cristales de urato monosódico en material de uno de los tofos. En los últimos 4 años las cifras de ácido úrico sérico han sido de 3.3-5.7 mg/dl y el ácido úrico en orina fue de 331 mg/24 hr. Además, tiene creatinina sérica de 0.7 mg/dl, depuración de creatinina de 84 ml/min, colesterol de 165 mg/dl, triglicéridos de 130 mg/dl y glucosa de 85 mg/dl.

**Conclusión:** Se ha propuesto, que la hipocomplementemia presentada en LEG es un factor negativo para la presentación clínica de gota, pues la respuesta inflamatoria se encuentra disminuida. En 1993 una revisión de la literatura reportó un total de 23 casos de LEG y Gota. La mayoría de los casos cursaron con hiperuricemia y tenían factores asociados a gota tofácea como el uso de diuréticos, dislipidemia, insuficiencia renal o hipertensión arterial. En nuestro caso la menopausia precoz y el consumo de esféroides son los factores en el desarrollo de gota tofácea crónica. Es probable que los niveles de ácido úrico normales se expliquen por el uso de aspirina a dosis altas.

C-81

### Lupus eritematoso generalizado ampuloso.

Sánchez-Huerta JM, García-Ruiz JE.  
Hospital Regional ISSSTE Puebla. México.

El lupus eritematoso generalizado (LEG) es una enfermedad reumatológica autoinmune, con manifestaciones clínicas en diversos órganos y sistemas. La afectación dermatológica es de las más frecuente (más del 50%) y puede presentarse en forma aguda, subaguda y crónica. Las lesiones ampulosas son una forma dermatológicamente aguda y no son comunes en este padecimiento (2% al 8%).

**Caso clínico:** Paciente femenino de 44 años de edad, originaria de Tehuacán, Pue. Con AHF: Abuelo materno murió por AR. 11('riiii:in:i inucil.i por LEG. AGO: Gil P1AUC1V2. Amenorrea. Inicia hace nueve años con fotosensibilidad, eritema malar bilateral, artritis en pequeñas y medianas articulaciones y AAN y AcAnti-DNA n positivos, Dx LEG. Hace dos años presenta lesiones hulosas en toda la superficie corporal, afectando mucosa oral, faringe y vulva. Caída fácil de pelo, zonas de alopecia temporal y parietal y fiebre de 39°C. EF: lesiones hulosas generalizadas en forma circular con piel de apariencia normal en el centro localizadas en cara, pabellones auriculares, cuello, tronco, extremidades superiores e inferiores, mucosa oral, faringe y vulva. LABORATORIO: BH Hb.12.3 Hto.40.7 leucos 11500 Plaq.363000 VSG 40mm/hr. 28/08/00 QS: glucosa 68 creat. 1.2 urea 53. EGO: asp. turbio, sedm. Abundante ph 8.0 bacterias +++ AcAnti-Ro: positivo 1:80 AcAnti-La: negativo. 07/04/01 Ac. anti DNAn: 500 UI/ml. 16/10/01 BH: Hb.10.5 Hto.32.2 leucos 7300 Plaq.272000 VSG 3mm/hr. QS: glucosa 67 urea 38 creat 0.9 ac. Úrico 3.9 VDRL (-) PCR 1:160 FR 1:40. 21/11/01 AcAnti-

DNA: 639 UI/ml AcAnti-SM: positivo, C3 52.7 C4 17.3 CH50 190 U/ml. Biopsia de piel: ampolla subepidérmica que contiene numerosos neutrófilos e infiltrado inflamatorio mixto 10/08/00 perivascular con neutrófilos.

Se controló con pulsos de ciclofosfamida y metilprednisolona I.V. y actualmente en buenas condiciones generales con azatioprina 50mg/día, prednisona 25mg/día y cloroquina 200mg/día.

C-82

### Tratamiento exitoso en trombocitopenia severa y lupus.

García-Juárez A.

Reumatología de Centro Médico Naval, México, DF.

**Introducción:** La trombocitopenia severa es una entidad que puede asociarse con lupus eritematoso sistémico, la trombocitopenia se define como la presencia de 50,000 hasta 100,000 células/ $\mu$ l. Se presenta femenino de 49 años con trombocitopenia de 1000 células/ $\mu$ l y lupus eritematoso sistémico.

**Métodos:** Femenino de 49 años se presenta con trombocitopenia de 1000 células/ $\mu$ l por espacio de cinco meses y sangrado transvaginal con resistencia al manejo con esteroides. La trombocitopenia no fue relacionada con enfermedades crónicas degenerativas, procesos infecciosos y neoplasias. Se realizaron estudios de laboratorio y gabinete para su evaluación.

**Resultados:** Anticuerpos positivos para DNA de doble cadena, para plaquetas, para anticardiolipina (IgM 64.4 vs 5 MPU), sus plaquetas eran de 1000 células/ $\mu$ l y la hemoglobina fue de 8 g/dl, Los estudios de BAAR en orina y esputo y HIV fueron negativos. Las tomografías de abdomen y tórax no documentaron proceso neoplásico. Con el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico se inicia manejo con cloroquina 150 mg/día, azatioprina 100mg/día y danazol 800 mg/dl. Al 15° día de tratamiento sus resultados de laboratorio fueron conteo de plaquetas de 103,000 células/ $\mu$ l negativización de los anticuerpos para DNA y su hemoglobina fue de 10.3 g/dl. A un año de seguimiento, la paciente está asintomática y su manejo es uso de cloroquina 150 mg/día y danazol 800 mg/día.

**Discusión:** El informe del caso documenta que la asociación de cloroquina, azatioprina y danazol puede ser una opción en los pacientes con lupus y trombocitopenia severa.

C-83

### Lupus profundo sistémico generalizado.

García-Juárez A.

Reumatología de Centro Médico Naval, México, DF.

**Introducción:** El lupus profundo es una manifestación dermatológica que afecta principalmente las áreas expuestas al sol con una frecuencia del 2 al 5%; se presenta, por su rara ocurrencia, una paciente con lupus profundo sistémico generalizado.

**Métodos:** Femenino de 24 años que por espacio de 4 años presenta lesiones de atrofia de 4 cm de diámetro que afectan espalda extremidades torácicas y pélvicas respetando cara. Las lesiones eran dolorosas a la palpación superficial. El cuadro clínico se relacionaba con fiebre, caída de cabello y artralgias con artritis. Sin antecedentes de importancia. Se realizaron estudios de laboratorio, gabinete y biopsia.

**Resultados:** Anticuerpos positivos para DNA (32.6 vs 20), inmunoglobulina G a titulaciones de 2080, hemoglobina 7.5 g/dl leucopenia de 2000 células/mm<sup>3</sup> y biopsia con atrofia acentuada de la epidermis con vacuolización abundante de los queratinocitos en dermis papilar y vascular hay infiltrado linfocitario leve perivascular. Los estudios de BAAR en orina y esputo y HIV fueron negativos, no se pudo realizar banda lúpica. Con el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico se inicia manejo con cloroquina 150 mg/día, prednisona 20 mg/día y 4 meses después, la paciente muestra negativización de anticuerpos para DNA, inmunoglobulina G a titulaciones de 1700, hemoglobina 14 gr/dl, leucocitos 6800 células/mm<sup>3</sup>.

**Discusión:** El informe del caso documenta un lupus profundo sistémico generalizado, esta es una variante no frecuente del lupus profundo, la cloroquina continua siendo una opción en el manejo de esta enfermedad.

C-84

### Leflunomida en el tratamiento de la psoriasis de grandes placas A.

<sup>1</sup>Tlacuilo-Parra A, <sup>2</sup>Guevara-Gutiérrez E, <sup>2</sup>Rodríguez-Castellanos MA, <sup>1</sup>Omelas-Aguirre JM, Salazar-Páramo M, <sup>2</sup>Barba-Gómez JF.

<sup>1</sup>Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, HE, CMNO. IMSS e <sup>2</sup>Instituto Dermatológico de Jalisco, Guadalajara, Jal, México.

La leflunomida es un fármaco inmunomodulador aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide, el cual inhibe la enzima dihidro-otato deshidrogenasa, involucrada en la síntesis de novo de los nucleótidos de pirimidina, necesarios para la proliferación de linfocitos T activados, estos son responsables de los cambios inflamatorios y de la hiperproliferación de queratinocitos característicos de la psoriasis.

**Objetivo:** Evaluar la seguridad y eficacia de la leflunomida en el tratamiento de la psoriasis de grandes placas, de moderada a severa.

**Diseño y método:** Ensayo clínico abierto de fase II, que incluyó ocho pacientes con un índice de extensión y severidad de la psoriasis (PASI)>10, quienes recibieron tratamiento oral con leflunomida 20mg/día, durante 8 semanas.

**Resultados:** Se estudiaron cinco hombres (62.5%) y tres mujeres (37.5%), con una edad promedio de 37 años (18-66 años), una duración promedio de la enfermedad de  $9.5 \pm 6.25$  años (1-18 años) y un promedio de uso previo de fármacos sistémicos para la psoriasis de  $1.62 \pm 0.74$  por paciente. El PASI inicial promedio fue de  $20.08 \pm 6.85$  DE y el índice de calidad de vida (ICV) basal de  $8.58 \pm 2.38$  DE. Se observó una respuesta favorable al tratamiento en seis enfermos (75%), con un PASI final de  $7.72 \pm 3.36$  y un ICV final  $4.58 \pm 1.35$ . La leflunomida fue bien tolerada con pocos efectos secundarios.

**Conclusión:** Nuestros datos sugieren que el tratamiento con leflunomida es seguro y clínicamente efectivo. Sin embargo se requieren estudios adicionales controlados con placebo y doble ciego para confirmar estos hallazgos.

C-85

### Proteína hHesB como nuevo autoantígeno en las manifestaciones neurológicas del síndrome de Sjögren.

Ferraz-Amaro I, Cozar I, Arteaga MF, Machargo MV, Acosta E, Trujillo E, Ávila J, Martín-Vasallo P. Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Canarias, Laboratorio de Biología del Desarrollo. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de La Laguna. Tenerife. España.

**Objetivo:** Determinar nuevos autoantígenos implicados en las manifestaciones neurológicas del síndrome de Sjögren (SS), y establecer la prevalencia de estos nuevos autoantígenos en enfermos y población sana.

**Material y métodos:** Se ha realizado un muestreo en genoteca de expresión de cerebro humano en Agt11 utilizando como sonda sueros de enfermos con manifestaciones neurológicas de síndrome de Sjögren, método SEREX (serological identification of antigens by recombinant expression cloning).

**Resultados:** Tras enfrentar los sueros a la genoteca antes mencionada, se clonaron aquellos cDNA que hubieran reaccionado con el suero problema. Los cDNA seleccionados fueron secuenciados para conocer la proteína a la que correspondían encontrando un cDNA que no se relacionaba en los bancos de datos OMIGA con ninguna proteína conocida en humanos. A esta proteína la denominamos human HesB porque poseía un ortólogo en levadura con el mismo nombre. El cDNA de hHesB fue clonado en un plásmido de expresión para su síntesis recombinante, obtuvimos así, una proteína de 17 kD que fue utilizada mediante técnica de Western Blot para su sondaje con sueros de 20 enfermos de SS y 20 sueros de donantes sanos. Las bandas obtenidas en western blot fueron analizadas mediante el programa NIH Scion Image y sus correspondientes resultados en unidades de densidad óptica fueron comparados estadísticamente mediante test de U de Mann-Whitney. Encontramos que la población afecta de SS, y concretamente aquellos enfermos con manifestaciones neurológicas, tenían unos valores inferiores ( $p < 0,002$ ) de anticuerpos anti hHesB en comparaciones con la población sana.

**Conclusión:** Hemos identificado como nuevo autoantígeno en el SS la proteína hHesB, desconocida hasta el momento en humanos. Hemos hallado que los enfermos con SS expresan unos valores estadísticamente inferiores de autoanticuerpos anti hHesB en comparación con la población sana. Dado que desconocemos el papel exacto que desempeña en humanos esta proteína nuevos estudios se deberán de realizar para determinar su verdadero papel en la fisiopatología de esta enfermedad.

C-86

### Características clínicas y demográficas de pacientes con miopatías inflamatorias.

Bustamante R, Pérez A, Alcalá M, Galindo-Rodríguez G, Miranda-Limón JM. Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza. IMSS. México, DF.

**Objetivo:** Describir características clínicas y demográficas de una cohorte de pacientes con miositis inflamatoria.

**Material y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de miopatía inflamatoria que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: a) criterios diagnósticos de acuerdo a Bohan y Peter; b) vistos en la consulta externa de nuestro servicio entre octubre de 2001 a septiembre de 2002; c) expediente clínico útil.

**Análisis estadístico:** Las diferencias entre medias y proporciones se compararon usando U de Mann-Whitney y prueba de Chi cuadrada respectivamente.

**Resultados:** Se identificaron 40 pacientes, 23 fueron dermatomiositis, 13 poli-miositis, 3 miopatías asociadas a cáncer y 1 miopatía de inicio juvenil. La estación del año con mayor frecuencia de presentación fue el verano ( $n=16$ ), y la de mayor fue la primavera con 2 casos. Treinta dos pacientes (80%) presentaron manifestaciones extramusculares, de ellas las cutáneas fueron las más frecuentes (58%), seguida de los síntomas constitutivos (40%) y las articulares (38%). Doce pacientes presentaron manifestaciones cardiopulmonares (30%). Se identificaron 3 grupos de tratamiento prednisona sola ( $n=5$ ), prednisona y metotrexate ( $n=21$ ) y prednisona más inmunosupresores ( $n=14$ ). Durante el tiempo de seguimiento 26 pacientes (65%) presentaron al menos una recaída. No se identificaron predictores de respuesta incluyendo el tratamiento mismo.

**Conclusiones:** La gran mayoría de los pacientes presentan al menos una recaída, no se identificaron predictores de respuesta.

C-87

### Dermatomiositis juvenil. Características clínicas y respuesta a terapia combinada.

Céspedes-Cruz AI, Carvajal-Alonso L, Solís-Vallejo E.

Departamento de Reumatología Pediátrica del Hospital General CMN La Raza. México, DF.

La Dermatomiositis juvenil es una miopatía inflamatoria crónica que se presenta en los menores de 16 años. Dentro del tratamiento se han utilizado: esteroides, gammaglobulina, metotrexato, ciclosporina y azatioprina.

**Objetivo:** Dar a conocer las características clínicas y respuesta al tratamiento con metotrexato-ciclosporina en la población pediátrica portadora de dermatomiositis juvenil.

**Método y pacientes:** Se evaluaron pacientes con diagnóstico de dermatomiositis, de enero 1995 a diciembre del 2002, los cuales recibieron tratamiento con prednisona (1mg/Kg/día), metotrexato (5-10mg/semana) y ciclosporina (2-4mg/kg/día) al momento de realizar diagnóstico.

**Resultados:** Se revisaron 9 expedientes de los cuales 8 pacientes fueron del género femenino y 1 masculino, promedio ( $\bar{x}$ ) de edad 10.5 años (rango 5-17);  $\bar{x}$  edad al diagnóstico 7.6 años (4-12 años). Dentro de los parámetros clínicos 4 pacientes (44%) presentaron debilidad cervical con  $\bar{x}$  de fuerza muscular (FM) 2, debilidad escapular 7(77%),  $\bar{x}$  FM 3, debilidad pélvica 9(100%),  $\bar{x}$  FM 2; mialgias 6 (66%), artralgias 4 (44%), artritis 2 (22%), fiebre 2 (22%), heliotropo 6 (66%), Gottron 9 (100%), eritema 8 (88%), calcinosis 3 (33%), Raynaud 1 (11%).  $\bar{x}$  de CK al diagnóstico 8958 (rango 75-26,000), EMG patrón miopático 7 (77%), biopsia muscular con miositis 5 (55%). Tratamiento: 1 recibió bolos de metilprednisolona, el 100% prednisona en  $\bar{x}$  de dosis 1mg/kg/día, metotrexato  $\bar{x}$  de dosis 10mg/semana, ciclosporina  $\bar{x}$  de dosis 2.7 mg/Kg/día. La remisión de la enfermedad fue 5.8 meses, 7 (77%) presentaron recaída con  $\bar{x}$  de 15.2 meses, 4 (57%) por disminución de PDN, 1 (14%) exposición solar, 1 (14%) disminución de ciclosporina, 1 (14%) idiopático. De estos, 4 pacientes (57%) se encuentran en remisión con un tiempo  $\bar{x}$  de 2 meses.

**Conclusión:** Nuestra población mostró remisión temprana de la enfermedad con terapia combinada; aún con presencia de recaídas posteriores esta es de 5.8 meses. Es necesario un estudio con más pacientes para evaluar terapia a largo plazo.

C-88

### Miopatías inflamatorias idiopáticas (MII): Subgrupos clínicos.

Medrano-Ramírez G, García-García C, Vázquez-Mellado J, Lino-Pérez L, Burgos-Vargas R. Hospital General de México, México DF.

**Antecedentes:** El grupo de MII está constituido por cinco formas clínicas principales cuya frecuencia relativa varía de acuerdo al grupo étnico y zona geográfica del planeta. Estudios recientes indican que en la población mestiza mexicana se encuentra una mayor frecuencia de dermatomiositis (vs polimiositis en caucásicos blancos), además de asociaciones a antígenos de histocompatibilidad y presencia de autoanticuerpos diferentes a otras poblaciones.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y las características principales de cada una de las diferentes formas de MII en la población atendida en un servicio de reumatología de adultos.

**Material y métodos:** Se revisaron los datos demográficos y clínicos de 121 pacientes con MII vistos en la consulta externa u hospitalización con el diagnóstico de MII.

**Resultados:** La incidencia anual fue de 10 casos. La distribución de acuerdo a las formas clínicas fueron dermatomiositis (DM) en 92 (76.03%), polimiositis (PM) en 21 (17.35%), DM juvenil en seis (3.3%) y DM asociada a neoplasia en 2 (1.65%). En ningún caso se diagnosticó miositis por cuerpos de inclusión. La distribución por sexo, las edades promedio al momento del diagnóstico y el tiempo de evolución antes del mismo fueron variables: 2 a 3-5 mujeres por cada hombre; DM: 24.6 años y 9 meses; PM: 24.6 años y 5.8 meses; y DMJ: 15.7 años y 5.25 meses. Las manifestaciones clínicas fueron similares a excepción de la frecuencia de afección cutánea, neumopatía intersticial, artritis, calcinosis y disfagia. La principal causa de hospitalización fue infección (22.3%); 7.43% de los pacientes, todos con DM, murieron a los 40 años de edad como promedio; la mortalidad por neoplasia fue 1.6%.

**Conclusiones:** La frecuencia de DM en este estudio sobrepasa significativamente la frecuencia relativa de PM. La morbilidad y mortalidad asociadas a las MII parece ser mayor que en otras poblaciones. Estos datos apoyan la impresión de que la frecuencia y características de las MII en nuestra población son diferentes a lo reportado en la literatura.

C-89

### Dermatomiositis y artritis en una niña infestada por trichinella.

Águila-Gastélum C, Leyva-Álvarez A, Zamudio J, Maradiaga-Ceceña M.

Se describe el caso de una niña de 10 años de edad, procedente del medio rural, con todos sus agravantes y quien consume carne de cerdo frecuentemente. Su padecimiento los inicio 2 semanas previas a su hospitalización al presentar mialgias y debilidad muscular de las cinturas escapular y pélvica, que le dificultó la marcha y el levantar sus brazos llevándola a clase funcional IV (fuerza muscular grado III/V); poliartralgias en pequeñas y grandes articulaciones; artritis del codo y la rodilla derechos; edema facial periorbitario; fiebre diario y ataque al estado general; En el fondo del ojo se observó manchas de Roth. Por laboratorio resaltó: Hb 14.1 g/dl, Leuc 14100 mm<sup>3</sup>, Neut 56.9%, Linf 18.9%, Eos 22.2%, PCR 18.5 mg, AST 510 mU/mL, ALT 483 mU/mL, CK 5312 U, EGO con Hb

abundante, leuc 2-4 XC, eritrocitos 1-3 XC. El resto de los estudios de laboratorio fueron normales. La electromiografía fue compatible con Polimiositis. En la biopsia muscular se observó presencia de múltiples parásitos compatibles con nemátodos en su forma larvaria, respuesta inflamatoria crónica adyacente y destructiva focal de miositis. La prueba serológica para *Trichinella* por ELISA fue positiva, se administro prednisona y albendazol con buena respuesta clínica, actualmente se encuentra asintomática.

C-90

### **Dermatiomiositis con calcinosis cutis macronodular de glúteos y permeación a muslos.**

Hernández-Paz R, Hernández-Palazuelos EC, Zavala-Solares MR, Sánchez-Navarro MR. Facultad de Medicina, León, Universidad de Guanajuato. Gto. México.

**Antecedentes:** Una de las complicaciones de las enfermedades del tejido conjuntivo es la calcinosis, particularmente en la Dermatiomiositis (DM). Se observa con mayor frecuencia, en la forma juvenil 40 a 50%, el comportamiento de la calcinosis en DM se desconoce.

**Objetivo:** Presentar la respuesta a un esquema médico y quirúrgico en una paciente con calcinosis y DM.

**Presentación del caso:** Mujer de 25 años de edad, que a los 19 años desarrolla DM; inicialmente con buena respuesta a prednisona y azatioprina. A los 23 años reactivación clínica y enzimática; a los 24 años cursa con nodulaciones dolorosas en tórax, glúteos y muslos que la obligan a usar cámara neumática para estar sentada. Pobre respuesta a warfarina e intolerancia a verapamilo, se hace resección de nódulos y se asocia diltiazem, con mejor respuesta.

**Conclusión:** La calcinosis cutis se asocia con mayor severidad de la enfermedad; cuando asienta en puntos de apoyo que condicionan dolor y deterioro en la calidad de vida, la resección de nódulos y la asociación con diltiazem parece ser una buena alternativa.

C-91

### **Caracterización radiográfica de la afección que ocurre en los pies de pacientes con espón-dilo artropatías juveniles (SPA-J): Análisis comparativo con otras formas de artritis.**

Casasola-Vargas JC, Mihaylova D, Pacheco-Tena C, Gutiérrez-Suárez R, Burgos-Vargas R. Hospital General de México y Hospital Universitario del Niño. Sofía, Bulgaria.

**Objetivo:** Caracterizar el aspecto radiográfico de los pies de pacientes con espón-dilo artropatías (SpA) y diferenciarlas de los hallazgos en pacientes con artritis reumatoide juvenil (ARJ).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal y analítico, en donde dos observadores, en forma ciega e independiente evaluaron los expedientes radiográficos de pacientes con Spa-j, artritis reumatoide juvenil (ARJ) y espón-dilo artropatías del adulto (Spa-a). Las proyecciones analizadas fueron pies en dorso-plantar, lateral y oblicua. Se utilizó el índice radiológico para evaluar el tarso (Spa-Tri) que permite clasificar los hallazgos en 5 categorías de 0 = normal a 4 = anquilosis. Además se evaluaron las articulaciones metatarsofalángicas, interfalángicas proximales y distales.

**Análisis estadístico:** Se utilizaron la prueba de kappa, la correlación de Spearman y la chi-cuadrada.

**Resultados:** Se revisaron 308 radiografías de 95 pacientes con SpA (56 juveniles y 39 adultos) y 72 radiografías de 34 pacientes con ARJ. Para el análisis comparativo, excluimos los casos cuya calificación correspondiera al grado 0 (total = 47).

Grado	Spa-j n= 56 (%)	Spa-a= 39 (%)	ARJ n=35 (%)
1	9 (17)	11 (28)	9 (34)
2	20 (35)	11 (28)	8 (23)
3	6 (11)*	2 (5)*	0
4	8 (14)*	2 (5)*	1 (3)

P=0.05\*

La frecuencia de afección de las articulaciones tibioastragalina y metatarsofalángicas fue 39 (52%) y 13(13.9%) en SpA y 9 (12%) y 38 (10%) en ARJ (p=0.04 y p=0.1).

La correlación del grado radiológico 3 y 4 con el diagnóstico de SpA fue de 0.199 con valor de p=0.024. La correlación inter-observador (kappa) fue de 0.8.

**Conclusión:** Los hallazgos radiológicos encontrados en los pacientes con Spa son diferentes a los encontrados en ARJ, estos datos permiten una mejor distinción de ambos grupos de enfermedades y una mejor clasificación de las alteraciones estructurales que ocurren en los pies de pacientes con SpA. Por otro lado, la utilización del SpA-TRI en este tipo de evaluación parece adecuada como método de evaluación las enfermedades inflamatorias que afectan los pies.

C-92

### Efecto de la dieta del mexicano sobre la evolución clínica de la espondilitis anquilosante (EA).

Echeverría-Díaz L, Jiménez-Balderas FJ, Sánchez-González ML, Talavera J, Fraga A.

Servicio de Reumatología hospital de Especialidades CMN SXXI, México DF.

La dieta rica en almidones está asociada a un incremento de los síntomas de la EA, probablemente porque favorece la proliferación bacteriana, y la absorción de fragmentos bacterianos a nivel intestinal pueden ser estímulo suficiente para iniciar una respuesta inflamatoria.

**Objetivo:** Investigar si la dieta rica en almidones incide en la actividad de EA del mestizo mexicano.

**Métodos:** Se aplicó a 38 pacientes del sexo masculino con EA (NY), un cuestionario validado para conocer sus hábitos dietéticos de los últimos 12 meses. La actividad de la EA durante el último año se extrajo del expediente clínico. Se consideró la evolución clínica como mala a la presencia de artritis periférica, brote de uveítis con VSG > 30 MM/HR, &#8301; igA, PCR+ y/o un incremento en la limitación de los movimientos de la columna lumbar. Mediante U-MANN-Whitney se buscó asociación entre las variables analizadas y la actividad de la enfermedad.

**Resultados:** Del grupo total sólo 20 pacientes tuvieron buena evolución. No se encontró asociación entre la dieta rica en almidones y la evolución clínica, así mismo al analizar la ingesta de proteínas, grasa, fibra y consumo calórico, no hubo asociación ( $P>0.765$ ).

**Conclusión:** El hábito dietético durante el último año de evolución no parece influir sobre la actividad inflamatoria clínica de la EA.

C-93

### Dieta habitual en pacientes con gota, sus familiares y pacientes con artritis reumatoide.

Álvarez-Hernández E, Flores C, Villagómez P, Lino-Pérez L, Burgos-Vargas R, Vázquez-Mellado J.

Hospital General de México. México, DF.

**Objetivos:** Determinar la dieta habitual de pacientes con gota, de sus familiares y de pacientes con artritis reumatoide (AR). Proponer una lista de recomendaciones dietéticas para pacientes con gota adaptada a las características culturales de nuestro país.

**Sujetos y métodos:** Se estudiaron pacientes de la consulta externa de gota y AR del HGM, que aceptaron participar en el estudio. A dichos pacientes se les entregó una encuesta dietética de 3 días y se les explicó la manera en que debían llenarlos; tanto el paciente como un familiar que conviviera en la misma casa. Se determinó la cantidad en gramos de hidratos de carbono, proteínas, lípidos, purinas y el número de calorías y se obtuvo un promedio de los tres días. Además se determinó el contenido de purinas en la dieta habitual de los pacientes.

**Resultados:** Se entregaron 120 cuestionarios; 30 por cada grupo. Solamente regresaron contestados adecuadamente los cuestionarios 26 pacientes con gota, 21 pacientes con AR, 18 familiares de pacientes con gota y 13 familiares de pacientes con AR. Se encontró que los pacientes con gota consumen más calorías ( $1756.7\pm 601.03$  cal vs  $1411\pm 424.4$  cal  $p=0.052$ ) y una proporción mayor de carbohidratos simples (71% vs 57.38%,  $p=0.008$ ) y lípidos en su dieta, favoreciendo así sus problemas metabólicos y la obesidad. El IMC fue mayor entre los pacientes con gota que en los demás grupos ( $28.31\pm 4.32$  vs  $24.1\pm 4.48$   $p=0.005$ ). La ingesta de purinas no difirió de forma significativa con la de sus familiares aunque fue ligeramente menor. Por otro lado, entre los pacientes con enfermedades articulares esta popularmente difundido el evitar el consumo de carnes rojas ya que la consideran como un factor etiológico o agravante del problema; pero consumen de forma libre carne de pollo o pescado por considerarlo saludable sin conocer que el contenido de purinas en ambas es similar.

**Conclusiones:** Actualmente la dieta en los pacientes con gota no sólo se limita a disminuir la ingesta de purinas, sino que debe evaluarse al paciente de forma integral para corregir otras complicaciones como son la obesidad y el síndrome metabólico; por lo cual la dieta recomendada también debe influir en el consumo de carbohidratos y lípidos y no solo en el de proteínas y purinas.

C-94

### Tramadol: Dosis ponderal en el paciente reumático adulto.

Huerta-Yáñez G, Gallaga-Gutiérrez VA, Chávez-López MA, Cruz-Rivera Z.

Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo. Aguascalientes, Ags. México.

El tramadol es un medicamento útil en el manejo del dolor agudo y crónico. La limitante principal de sus presentaciones en cápsulas y tabletas es la dosis fija condicionada por este tipo de formulaciones (50 y 100 mg). En este trabajo exploramos la dosis ponderal en el paciente reumático adulto a través del empleo de su presentación en gotas (2.5 mg/gota) la cual permite individualizar el tratamiento.

**Material y método:** a 100 pacientes consecutivos a los que se les prescribió tramadol en gotas se les indicó una dosis inicial de 5 mg c/6 h anotando que en caso de no obtener una analgesia adecuada incrementarían en 2.5 mg cada toma, hasta obtener el efecto deseado. También se les solicitó registrar la dosis a la cual comenzaban a presentar efectos colaterales; la dosis máxima permitida se fijó en los 100 mg por toma. En todos los casos se les permitió continuar con el tratamiento de base que ya venían recibiendo.



**Resultados:** El grupo de estudio quedó conformado por 87 mujeres y 13 hombres con una edad promedio de 53 años (22-85.) Los padecimientos más frecuentemente identificados fueron: osteoartritis (32%), artritis reumatoide (23%), reumatismo extra-articular (18%). La dosis efectiva promedio fue 0.5 mg/kg de peso (34 mg/dosis). La dosis mínima efectiva fue 0.3 mg/kg de peso (17.5 mg/toma) y la dosis máxima requerida fue 1.22 mg/kg de peso (75 mg/toma). 49% de los pacientes reportaron efectos colaterales (en su mayoría de leve a moderada intensidad). Los efectos secundarios más frecuentemente informados fueron: Somnolencia (20%), náusea (15%), mareo (14%), vómito (6%), cefalea (5%). La dosis promedio a la que se presentaron los efectos colaterales fue 0.6 mg/kg de peso.

**Discusión:** En este grupo de pacientes se observó una muy amplia variabilidad en la respuesta analgésica y la tolerabilidad al tramadol lo cual subraya la importancia de individualizar el tratamiento en base a dosis-respuesta lo cual es mucho más factible haciendo uso de la formulación en gotas. Sin embargo, la ventana terapéutica parece ser estrecha (0.1 mg/kg). Destaca el que la dosis útil promedio (34 mg/dosis) haya resultado muy similar a la seleccionada en las preparaciones que existen asociadas a paracetamol (37.5 mg).

**Conclusión:** El tramadol es un analgésico útil en el paciente reumático adulto. La polifarmacia y la comorbilidad generalmente asociada a estos casos pueden influir sobre la eficacia y la toxicidad de este medicamento en esta población específica lo cual subraya las ventajas de contar con una formulación que nos permita acercarnos de la manera más exacta posible al objetivo de obtener los mejores resultados con la menor toxicidad posible.

C-95

### Eficacia y seguridad del etofenamato IM en lumbalgia aguda comparado con meloxicam IM administrado 1 vez al día por 3 días. Estudio aleatorio. Ciego, con dos brazos paralelos, multicéntrico.

<sup>1</sup>Robles-San Román M, <sup>1</sup>Medina-Peñalzo M, <sup>1</sup>Díaz-Salinas V, <sup>1</sup>Jaimes-Hernández J, <sup>1</sup>Meléndez-Mercado C, <sup>2</sup>Bernard-Medina AG, <sup>3</sup>Navarro C, <sup>4</sup>Torres A, Herrera LE.

ISSEMYM Toluca, Edo Mex, HC Guadalajara, Jal. INER, Mex, DF. Departamento Médico de Bayer, México DF. México.

**Introducción:** La lumbalgia se presenta hasta en 80% de la población general. Se evaluó la eficacia y seguridad de etofenamato (Et) vs Meloxicam (Mx) en la lumbalgia aguda (LbA).

**Métodos:** Incluimos LbA de cualquier origen, midiendo dolor con Escala Visual Análoga (EVA) (1: sin dolor a 10: dolor insoportable). Escala de 7 puntos (encantado, contento, muy satisfecho, sensación mixta, desagrado, infeliz y terrible). Escala de Limitación Funcional (ELF) y Eventos Adversos (EA).

**Resultados:** Incluimos 78 pacientes (52.56% mujeres). En Visita 1 y 2; EVA, E. Sintomática y ELF, no tuvieron diferencia estadística significativa, si en Visita 4.

**Conclusiones:** Et. tuvo cierta ventaja en Tolerabilidad y eficacia sobre Mx.

	Etofenamato	Meloxicam
Final (Visita 4)		
EVA (promedio)	11.18±11.92	13.73±15.89
E. Sintomática	Contento: 19 (47.5%)	Muy satisfecho: 17 (44.7%)
ELF (promedio)	1.85±1.82	2.34±2.74
EA	26 (56%)	38 (71.10%)

C-96

### Análisis de la prescripción de los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) en medicina familiar.

Mendoza-Ferra JF.  
UMF No 11 IMSS, Tapachula, Chis, México.

**Introducción:** Los AINES son los medicamentos más prescritos en todo el mundo y en cualquier grupo de edad, se tiene la impresión de su uso inadecuado y por ello se pretende evaluar la conducta prescriptiva de los Médicos Familiares (MF) e identificar su grado del conocimiento sobre AINES en los pacientes con diagnóstico de patología reumatológica en la UMF No 11.

**Material y métodos:** Se realizó encuesta descriptiva en dos fases, se evaluó el conocimiento sobre AINES en los MF, enfocado a: AINES del cuadro básico, dosis recomendadas, contraindicaciones, órganos dañados por su uso, reacciones secundarias y conceptos de farmacocinética. En la segunda fase se evaluaron los expedientes de pacientes con diagnóstico reumatológico (osteoartritis, artritis reumatoide, lupus y otras), para identificar dosis, tiempo de tratamiento, presencia de efectos adversos, uso en contraindicaciones y farmaco-vigilancia.

**Resultados:** Se evaluaron 23 MF, se encontró que 91% conocía los órganos afectados por AINES, solo el 22% conocía dosis de ácido acetilsalicílico; 26% dosis de diclofenac, 78% dosis de naproxen. Se revisaron 370 expedientes, se eliminaron 180 por datos incompletos. Se encontró que el AINE que más se utilizó tanto como primera o segunda opción fue diclofenaco en un 70%. No se encontraron datos en el expediente que sugiera una adecuada vigilancia de efectos adversos y contraindicaciones.

**Conclusiones:** Existen niveles inadecuados de conocimiento sobre las dosis recomendadas, la duración del tratamiento, así como las reacciones adversas y contraindicaciones más comunes.

C-97

### Osteoartropatía hipertrófica secundaria a hepatopatía crónica en un infante postransplantado de hígado.

Tachiquin-Serrano G, Bernard-Medina AG, Martínez-Bonilla GE, García-Álvarez E, Rodríguez-Sancho LC, Gutiérrez-Ureña S.

Servicio de Reumatología, Clínica de Transplantes, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal. México.

**Introducción:** La osteoartropatía hipertrófica (OAH) se clasifica en primaria y secundaria. Se caracteriza por clubbing digital, periostitis y artritis. Las causas más frecuentes de la OAH secundaria son daño pulmonar, trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, neoplasias y misceláneas. Se presenta el caso de un masculino de 4 años de edad con diagnóstico de atresia de vías biliares y cirrosis hepática secundaria, quien desarrolla OAH secundaria.

**Caso clínico:** Masculino de 4 años de edad quien desarrolla síndrome icterico y elevación de enzimas hepáticas (PFH's). Al mes de edad mediante laparotomía exploradora se diagnostica atresia de vías biliares y se realiza cirugía correctiva de conductos biliares. Un año posterior presenta ascitis y persistencia de ictericia diagnosticándose cirrosis hepática para lo que recibe tratamiento médico sin respuesta. A los 2 años de edad presenta datos agudos de encefalopatía e hipertensión portal. En febrero del 2001 es sometido a trasplante hepático de cadáver, presentando diversas complicaciones y siendo sometido a un segundo trasplante en agosto del 2002. Desde el año de edad desarrolla cambios digitales en manos y pies con deformidad en palillo de tambor sin otras manifestaciones. En agosto del 2002 desarrolla artritis simétrica con derrame importante en muñecas, rodillas y tobillos y es enviado a valoración por reumatología un día previo al segundo trasplante. Sus rayos X mostraron periostitis de huesos largos y sus parámetros de laboratorio anemia y cambios en las PFH's. Se realiza índice digital confirmando el diagnóstico de OAH secundaria a daño hepático crónico, el paciente recibió sólo tratamiento de inmunosupresión para su trasplante y AINE con buena respuesta.

**Discusión:** La OAH y daño hepático crónico es poco común en edades tan tempranas como este caso. En la literatura se describe la resolución de las manifestaciones articulares después de trasplante exitoso, pero la desaparición del clubbing digital en este paciente aun queda por dilucidarse.

C-98

### Itrio intraarticular en sinovitis "resistente".

Bañuelos-Ramírez D, Portillo-San Pedro.

Servicios de Reumatología y Medicina Nuclear. Hospital de Especialidades de Puebla. CMN MAC. IMSS. Puebla, Pue. México.

**Introducción:** En ocasiones la sinovitis que aparece en el transcurso de algunas enfermedades reumáticas no tiene la respuesta satisfactoria deseable a la punción e infiltración. Unos marcadores de mala respuesta, según nuestra experiencia, son cuando la cantidad de líquido es mayor de 70cc, aspecto claro y cuentas celulares bajas. La alternativa de la sinovectomía quirúrgica tiene algunas limitaciones en cuanto a disponibilidad y resultados satisfactorios.

**Objetivo:** Evaluar la administración de Itrio90 (1uc:1 vial) de manera intraarticular en pacientes con sinovitis recidivante, como alternativa al tratamiento quirúrgico, comparados contra controles históricos quirúrgicos y postinfiltración.

**Metodología:** Mediante la técnica habitual se puncionó la rodilla afectada, extrayendo la máxima cantidad de líquido sinovial y enseguida se aplicó el Itrio más 2cc de Xylocaína simple.

**Resultados:** En total se han tratado 15 sujetos adultos. Los dos días siguientes a la aplicación ocurrió inflamación no dolorosa que desapareció posteriormente. La EVA se redujo en más del 75% a la semana y el volumen articular igual en el primer mes. En contraste con el tratamiento quirúrgico y las infiltraciones repetidas el grado de satisfacción paciente-médico es mayor con Itrio. No hay complicaciones documentadas.

**Conclusión:** la aplicación de material radiactivo como el Itrio es satisfactorio y una alternativa franca ante la cirugía.

C-99

### Trombosis en una paciente con infección por virus de la hepatitis C. ¿Causa o epifenómeno?

Rojas-Serrano J, Cabral AR.

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

**Objetivo:** Descripción de un caso y revisión de la literatura.

**Caso:** Mujer de 62 años, con historia de 4 abortos, 2 de ellos provocados. En uno de estos eventos se le transfundió un paquete globular. A los 60 años de edad sufrió una trombosis venosa profunda y en la evaluación de este cuadro se le documentó la presencia de una infección por VHC, así como unos anticuerpos anticardiolipina IgG: 0.8 (VN: 0.0-1.9), IgM: 5.30 (VN: 0.0-2.4) y unos anticuerpos anti B2GP1: 0.04 (VN: 0.0-0.11). Recibió tratamiento anticoagulante por espacio de un año y al cabo de este se le repitió una nueva serología para anticuerpos anticardiolipina: IgG: 0.0 (VN 0.0-11), IgM: 26.0 (VN: 0-10) y unos anti B2GP1 de 32.4 (VN: 0.0-10): La determinación de crioglobulinas fue de 1%. Se decidió entonces continuar la anticoagulación de manera permanente.

**Análisis del caso:** La prevalencia de anticuerpos anticardiolipina en pacientes con VHC es del 20%, sin relacionarse a eventos trombóticos y con anti B2GP1 negativos. Esta asociación es mayor en los pacientes con crioglobulinas en suero. En este caso la presencia de anti B2GP1 es compatible con el diagnóstico de síndrome antifosfolípido y justifica la anticoagulación crónica. En este caso la infección por VHC es un epifenómeno y no parece existir una relación causa efecto.

C-100

### Prevalencia de oftalmopatía relacionada al uso de cloroquina en un hospital universitario.

<sup>1</sup>Benavides-Brito H, <sup>1</sup>Esquivel-Valerio JA, <sup>1</sup>Navarro-Cano G, <sup>1</sup>Villarreal-Alarcón MA, <sup>1</sup>Galarza-Delgado DA, <sup>2</sup>García-Gallegos G, <sup>3</sup>Triana-Vázquez F, Garza-Elizondo MA.

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología, <sup>2</sup>Servicio de Oftalmología, <sup>3</sup>Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL, México.

La cloroquina es utilizada en el tratamiento de algunas enfermedades reumáticas.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de toxicidad ocular por uso de cloroquina en un hospital universitario.

**Resumen de Resultados:** Los pacientes elegidos para este estudio, contaban con al menos 2 evaluaciones oftalmológicas, la primera 6 meses después de iniciar el tratamiento. Se evaluaron 77 pacientes con uso de cloroquina. Cuatro pacientes fueron hombres. Se encontró una edad mediana de 42 años (20-79). Cuarenta y cinco pacientes tenían artritis reumatoide, 28 lupus eritematoso sistémico y 4 RHUPUS. La mayoría de los pacientes recibían 150 mg de cloroquina al día. La duración del tratamiento varió de 6 a 267 meses, la dosis acumulada de cloroquina varió de 31.5 a 1201.5 gr. Siete pacientes (9%), desarrollaron retinopatía por cloroquina y 1/7 tuvo también depósitos corneales. En los pacientes con toxicidad ocular la mediana de evolución de la enfermedad reumática fue de 144 meses (13-264) y de 32.5 meses (7-267) en aquellos que no desarrollaron toxicidad ocular. El 100% de los pacientes que desarrollaron toxicidad ocular tenían alguna comorbilidad, 6 tenían hipertensión, pero sólo el 21.4% de los pacientes sin toxicidad ocular tenía alguna comorbilidad ( $p=0.0004$ ). Cinco (71.4%) de los pacientes con toxicidad ocular utilizaban otro inductor de remisión, contra solo 26 (31.1%) de los pacientes sin toxicidad ocular ( $OR=4.23$ ). No hubo correlación entre la toxicidad ocular y la edad, sexo, duración del tratamiento, uso de corticoesteroides o la dosis acumulada de cloroquina.

**Conclusión:** En el presente estudio encontramos una correlación entre el tiempo de evolución de la enfermedad reumática, la presencia de hipertensión y diabetes y el uso combinado de otros inductores de remisión, con el desarrollo de la toxicidad ocular por cloroquina.

C-101

### El esqueleto de Santa María Malinalco: Osteomielitis crónica multifocal causada por una punta de flecha.

<sup>1</sup>Amezcu-Guerra LM, <sup>2</sup>Piñan C, <sup>3</sup>Fernández-Tapia S, <sup>2</sup>Mansilla-Lory J, <sup>1</sup>Martínez-Lavín M, <sup>1</sup>Pineda-Villaseñor C.

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Cardiología, <sup>2</sup>Instituto Nacional de Antropología e Historia, <sup>3</sup>Clinica Londres. México, DF.

Describimos los hallazgos paleopatológicos e imagenológicos de un espécimen recuperado en Santa María Malinalco, Azcapotzalco. El esqueleto perteneció a un individuo del género masculino que murió a una edad calculada entre 36 y 40 años. Por las ofrendas y las características morfoscópias se pudo determinar que perteneció al grupo Tepaneca, en el periodo Posclásico tardío de la época prehispánica.

En el examen macroscópico, el cráneo muestra espongio-hiperostosis con huellas de regeneración; la clavícula derecha presenta engrosamiento generalizado; las costillas mostraron áreas de vascularización, huellas de necrosis y secuestros; el húmero, la tibia y el radio derechos exhiben un engrosamiento generalizado con obliteración del canal medular y las diáfisis presentan áreas de aposición de hueso nuevo, secuestros y necrosis; la tibia presenta un fragmento de obsidiana incrustado en su cara posterior, rodeado de una prominente reacción perióstica. El húmero, tibia, cúbito y radio izquierdos, además de ambos peronés, presentan una periostitis generalizada que no alcanza a afectar el canal medular. El resto de los huesos recuperados no presentan lesiones aparentes.

En la radiografía de la tibia se observa engrosamiento perióstico multilaminar difuso con invasión del canal medular; el cuerpo extraño no es visible por ser radiolúcido. En la tomografía computada de la tibia hay un cuerpo extraño incrustado en la cortical de la diáfisis que atraviesa la cortical y alcanza el canal medular, hay gran involucro que abarca la práctica totalidad de la diáfisis. Proponemos que, en vida, el sujeto tuvo una herida por flecha en la pierna derecha, sitio por el cual inició un proceso de osteomielitis que se diseminó por vía hematogena afectando casi la totalidad del esqueleto.

C-102

### Osteopoiquilosis: Correlación paleopatológica-Radiológica de una curiosidad médica.

<sup>1</sup>Amezcu-Guerra LM, <sup>2</sup>Mansilla-Lory J, <sup>3</sup>Fernández-Tapia S, <sup>2</sup>Piñan C, <sup>1</sup>Martínez-Lavín M, Pineda-Villaseñor C.

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Cardiología, <sup>2</sup>Instituto Nacional de Antropología e Historia, <sup>3</sup>Clinica Londres. México, DF.

Describimos los hallazgos paleopatológicos e imagenológicos del esqueleto contenido en el ataúd 52 del exconvento de San Jerónimo de la ciudad de México. Los restos pertenecieron a un individuo del género femenino con una edad calculada al momento de la muerte entre 43 y 58 años. El entierro data de la época colonial.

En el examen morfoscópico el sacro mostró marcadas irregularidades en su superficie perióstica, dando un aspecto de espongioesclerosis. El estudio radiográfico mostró numerosos focos radiodensos, ovoides y circulares, homogéneos, pequeños y bien definidos, con tendencia a agruparse en la medular de las epífisis de los huesos largos tubulares y en el sacro. La tomografía computada del sacro, fémures e iliacos mostró múltiples focos hiperdensos localizados en el hueso esponjoso con +1111 unidades Hounsfield, que contrastan con las +200 unidades Hounsfield del hueso esponjoso de un control pareado por edad, género y época, también recuperado del exconvento de San Jerónimo, confirmando la naturaleza ósea de los focos radiodensos.

La osteopoiquilosis es una displasia osteoesclerótica que afecta preferentemente al género masculino (1.5:1), se presenta a cualquier edad y es transmitida con un carácter autosómico dominante con alto grado de penetrancia. Sus manifestaciones clínicas son discretas y consisten en dolor articular leve con o sin derrame sinovial, nevos fibrocolagenosos, formación de queloides y lesiones esclerodermiformes.

Esta curiosidad radiográfica, "enfermedad de los huesos moteados" se ha asociado con padecimientos reumáticos como el lupus discoide, la esclerodermia lineal y la artritis reumatoide. El diagnóstico diferencial se debe realizar con metástasis osteoblásticas, mastocitosis y esclerosis tuberosa. La importancia del reconocimiento de este raro padecimiento radica en evitar gastos y riesgos innecesarios para descartar padecimientos neoplásicos del esqueleto.

C-103

### **Anticuerpos anticardiolipina (ACL), control de calidad y desempeño en un hospital de especialidad.**

Concha-del Río LE, Trejo W, Reyes PA.

Departamento de Inmunología del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". México, DF. México

**Introducción:** Los ACL se encuentran en pacientes con diferentes enfermedades, así como en sanos y hay incremento en la detección con relación a la edad. Valoramos la justificación de solicitud, el diagnóstico y revisamos las manifestaciones clínicas y de laboratorio.

**Material y métodos:** Entre agosto del 2001 a julio del 2002, hubo 202 solicitudes para la determinación de ACL. En 40 positivos se buscó el diagnóstico y se separaron en tres grupos: pacientes con Síndrome Antifosfolípido Primario (SAFp) (Levine), Síndrome Antifosfolípido Secundario (SAFs) y otras enfermedades.

**Resultados:** De 202 pruebas, 149 fueron negativas y 53 positivas (27%) en 40 pacientes, 45% correspondió a SAFp, 25% a SAFs y 30% a otros. Fueron mujeres 75% y la edad osciló entre 17 a 77 (promedio 35.1) Hubo 5 decesos (12%). SAFp: 18 pacientes, 77% mujeres, edad promedio 33.2 años (rango de 18 a 61). Dos fallecieron. Manifestaciones clínicas: neurológicas 61%, cutáneas 28%, pulmonares 39%. Laboratorio trombocitopenia en 12.5%, leucopenia 8%; TPT X 69.7 seg. (rango de 38.2 a 120), en 16 estudiados; y VDRL 6 pacientes, positivo en 2. SAFs: 10 pacientes, ocho mujeres (80%); edad x 24.9 años (17 a 37 años). Enfermedad asociada LES. Una defunción. Manifestaciones clínicas: cutáneas 90%, renales 60%, neurológicas/articulares 50%, cardiovasculares 40% y pulmonares 30%. Laboratorio: anemia 50%, TPT x 39.63seg (28.7 a 67.05.) VDRL en siete, positiva en cuatro y en un estudiado variable, positiva y negativa otra ocasión. Tercer grupo con 12 pacientes. Mujeres 67%, edad X 46.5 años (rango 21 a 77). Enfermedades: AR, HAP, SSP, IAM, TK, distrofia Becker, ER indefinida. Dos fallecieron. Manifestaciones clínicas: cardíacas 75%, renales 30%, pulmonares 25%, articulares y ginecológicas 16%. Laboratorio: anemia 50%; TPT en cinco, X de 38.9seg (rango 25 a 48.3); VDRL en dos, negativos.

**Conclusiones:** Solicitud con probabilidad pre-prueba 1/4. Pobre juicio clínico general. Con esa condición se alcanza congruencia clínica que refleja el conocimiento aceptado actual. Es necesario que el reumatólogo "eduque" a otros especialistas.

C-104

### **Interconsultas realizadas a otras especialidades por parte de reumatología en el Hospital General de México en un periodo de 11 años.**

Moctezuma GF, Conrado García, Gabriel M, Lino-Pérez L, Burgos-Vargas R.

Servicio de Reumatología Hospital General de México, O.D. México, DF, México.

**Objetivo:** Conocer que enfermedades reumatológicas por las cuales fue otorgado el servicio de interconsulta a otras especialidades en el Hospital General de México, en un periodo de 11 años.

**Material y métodos:** se revisaron las notas archivadas de todas las interconsultas realizadas por el Servicio de Reumatología a otras especialidades en un periodo de 11 años comprendido de 1989 al 2000. Se excluyeron todas aquellas notas que no contenían el mínimo de información para ser clasificadas.

**Resultados:** Se obtuvo un total 768 interconsultas: 532 a mujeres, 236 a hombres. Ciento ochenta y cuatro (23.9%) se otorgaron a especialidades diversas, no bien identificadas, pero que continúa el resto de la información, seguida de 11.9% a Medicina Interna y Neumología con 8.9%, Cirugía General 6.5%, Pediatría 5.7%, Hematología 5.2%, Urgencias 4.9%, Cardiología 4.6% y Ginecología 3.2%. Disminuyendo paulatinamente hasta llegar al 0.2% como son el caso de terapia intensiva, otorrinolaringología y Nefrología. Las entidades patológicas que más frecuente requirió ser interconsultadas fueron: Lupus Eritematoso Generalizado con 19.5% seguido de otras enfermedades nada que ver con reumatología con 11.5%, Artritis Reumatoide 10.5%, catalogadas como enfermedad del tejido conectivo en estudio 9.8%, artritis en estudio 8.4%, enfermedad por depósito de cristales 5.7%, vasculitis en general 3.11%, miopatías inflamatorias 2.3%, esclerosis sistémica 1.9, espóndil-artropatías 1.8%, reumatismos extraarticulares 1.1%.

C-105

### Grado de conocimientos de reumatología en médicos del IMSS en práctica de campo y práctica privada.

Melo M, Bañuelos-Ramírez D, González-Martínez A. Hospital de Especialidades de Puebla. Unidad de Medicina Familiar No 6, IMSS. Escuela de Ciencias de la Comunicación. Pue, Puebla. México.

**Conclusiones:** Las enfermedades reumatológicas en su mayoría con afección sistémica requieren de tratamiento multidisciplinario. En nuestro hospital las del tejido conectivo fueron las que mayormente requirieron opinión del Reumatólogo.

La Reumatología es una materia pendiente en la formación médica. Es en otras etapas y sitios diferentes a las aulas donde se adquieren conocimientos de esta disciplina, que sin embargo, por su frecuencia, afectación laboral y repercusión económica y social es tributaria de un abordaje diferente al actual.

**Objetivo:** Conocer el grado de conocimientos sobre padecimientos reumáticos en médicos que se encuentran ejerciendo en clínicas de campo y práctica privada.

**Metodología:** Se diseñó un cuestionario con 20 reactivos cerrados sobre tópicos de reumatología, incluyendo: etiopatogenia, definición de conceptos, diagnóstico, tratamiento, epidemiología (5 para cada área). Se recabó información sobre universidad donde realizó licenciatura; años egreso, cursos de actualización y otros.

**Resultados:** El cuestionario se aplicó a 70 médicos, de 4 universidades diferentes, predominando la universidad pública regional (n=59/84.28%) y el sexo femenino (n=41/58.57%). La edad promedio de los médicos fue de 28 años y en cuanto a acertividad en conocimientos esta fue mayor en las universidades públicas y en los varones. Se contrastaron por prueba  $X^2$  encontrándose significancia a un nivel de 0.0001 para la BUAP y las áreas de mayor acertividad fueron diagnóstico y tratamiento. Esta acertividad se relacionó con cursos previos.

Los datos se analizaron con una matriz correlacional, integrada a dos fórmulas para estadística no paramétrica.

**Conclusiones:** Es insuficiente aun el conocimiento de la reumatología en médicos que atienden en primer contacto a los pacientes. Los cursos previos pueden incrementar este conocimiento y redundar en una mejor interrelación con los especialistas en reumatología; hay más posibilidades de cambio en generaciones nuevas. Los egresados de universidades del centro del país, parecen contar con una preparación mayor.

C-106

### ¿Es oportuno el envío de pacientes con lupus eritematoso a la consulta reumatológica?

González-Martínez M, Martínez-Rueda JO, Flores-Galicia JG, Trejo-González A. Servicio de Reumatología y Medicina Interna, Hospital Regional "General I. Zaragoza," México, DF. México.

**Introducción:** La evaluación de la oportunidad con que se refieren a los pacientes con Lupus Eritematoso Generalizado (LEG) desde el primer y segundo nivel de atención a la consulta de Reumatología tiene importancia en el manejo oportuno y el pronóstico del LEG.

**Objetivo:** Medir a través del instrumento SLICC/ACR el grado de daño crónico que presentan los pacientes con LES en su primera evaluación reumatológica.

**Material y métodos:** Se realizó revisión de los expedientes clínicos pacientes con diagnóstico de LEG de acuerdo a los criterios de clasificación ACR/1996 que se evaluaron en la consulta de Reumatología entre 1992 al 2002, se extrajeron datos clínicos, demográficos y tiempo de evolución del padecimiento. Se utilizó la evaluación del índice de daño crónico SLICC/ACR y se establecieron valores para cada paciente, se reportan los promedios de valores de SLICC/ACR para el grupo en general y se comparan con respecto a grupos de edad y tiempo de evolución de la enfermedad.

**Resultados:** Se obtuvieron datos de un total de 58 pacientes. De los cuales el 92.4% (53) fueron mujeres y 8.6% (5) hombres, con una edad de 18 a 69 años  $X=39.84$ , el tiempo de evolución en años para el grupo fue de 4.6 años. Para una puntuación de SLICC posible de 0 a 46 puntos el promedio de nuestro grupo fue de 2.7; en los hombres la puntuación de SLICC fue de 4.6 (extremos de 1 a 9); mientras que en mujeres la puntuación fue de 2.5 (extremos de 0 a 8). Los pacientes fallecidos al momento del estudio (4) presentaron un SLICC promedio de 8. Por grupos de edad los pacientes menores de 30 años (8) tuvieron un SLICC de 3.12, entre 31 y 50 (43) de 2.65, y mayores de 50 (7) de 2.1.

**Conclusiones:** La puntuación de SLICC/ACR en los pacientes evaluados por primera vez en la consulta de Reumatología fue en general baja, a pesar del tiempo de evolución del padecimiento, lo que evidencia que existe oportunidad en el momento en que se envían a los pacientes a la consulta de especialidad. Para los pacientes fallecidos al momento del estudio una mayor puntuación de SLICC podría reflejar que se obtendría un beneficio de haberlos enviado más tempranamente, lo que justifica el establecimiento de programas de capacitación y enseñanza de los padecimientos reumatológicos dirigida a los médicos de primero y segundo nivel de atención.

C-107

### Patrón de referencia y nivel de concordancia diagnóstica entre un servicio de reumatología (SR) y el primer y segundo nivel de atención médica en una zona metropolitana del DF.

<sup>1</sup>Torres-Caballero V, <sup>2</sup>Cervera-Castillo H.

<sup>1</sup>UMF 35, <sup>2</sup>HGRZ No. 25. IMSS, México, DF.

**Objetivo:** Informar el patrón de referencia y la concordancia diagnóstica entre un SR y el Primer y Segundo Nivel de Atención Médica en una zona metropolitana del DF.

**Métodos:** Se analizaron el total de referencias atendidas por un SR, durante el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2001 al 30 de septiembre de 2002. Se incluyeron para el estudio las notas de referencia que presentaran: nombre y cédula del paciente, diagnóstico de envío y clínica de adscripción o servicio referente. Los diagnósticos de envío se compararon con los emitidos por el SR y se calculó el estadístico Kappa (K).

**Resultados:** De un total de 446 referencias solicitadas sólo se incluyeron 407 notas médicas, se encontró que el 69% fueron enviados por el Primer Nivel de Atención y el resto por el Segundo Nivel. Los diagnósticos de envío más frecuentes fueron: artritis reumatoide (AR) con 135 casos y osteoartritis (OA) con 120, sin embargo sólo se confirmaron 37 casos de AR y 224 de OA. En total 268 notas tuvieron una concordancia diagnóstica, la K fue de 0.53 ( $p < 0.01$ ).

**Conclusión:** Los diagnósticos más frecuentes de envío fueron AR y OA, la concordancia fue moderada, sin embargo es necesario reforzar la difusión de la reumatología para hacer más eficientes los diagnósticos de referencia por los diferentes niveles de atención médica y evitar la saturación de los Servicios de Reumatología.

C-108

### Manifestaciones músculo esqueléticas de la hemodiálisis en una cohorte de pacientes cubanos con insuficiencia renal crónica terminal.

Hernández-Martínez, Reyes-Llerena GA, Guibert-Toledano M.

Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

La supervivencia de los pacientes con daño Renal Terminal ha aumentado en las últimas décadas, gracias al desarrollo de la Hemodiálisis. Este proceder puede conducir a variadas complicaciones Cardiovasculares, Endocrinas, Hematológicas y entre otras que interesan al sistema osteomioarticular hasta en el 69% de los casos.

**Objetivo:** Reportar las manifestaciones músculo esqueléticas constatadas en la evaluación y seguimiento de una cohorte de pacientes en hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Cimeq.

**Material y métodos:** Estudiamos 31 pacientes con IRCT, en tratamiento dialítico, mediante un cuestionario en que se recogían variables relacionadas con la patología de base, examen reumatológico y complementarios específicos, hematológicos, estudio de cristales, biopsias, electromiografías e imagenología.

**Resultados:** Universo de 31 pacientes, promedio de 42 años y 66.8 meses en diálisis. Se constató en 13 (42%) de ellos alguna alteración de gravedad variable en el sistema músculo esquelético como artralgiyas severas, oligoartritis, síndromes de atrapamiento nervioso del mediano, bursitis, depósitos anormales de cristales de uratos e hidroxapatita. Calcinosis tumoralis. La artropatía del dializado y otras lesiones por B2 Microglobulina también fueron pesquisadas.

**Conclusiones:** Se destaca la elevada frecuencia de lesiones músculo esqueléticas incluso severas entre pacientes hemodializados cubanos por largos períodos de tiempo. Se analizan las causas del fenómeno y proponen medidas de intervención terapéutica para minimizar los daños por este método terapéutico general.

C-109

### Frecuencia de prótesis articulares en lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide.

González-Rangel MA, Morales-Romero J, Romero J, Sevilla-Godínez RE, González-López L, Gámez-Nava JI.

Servicio de Medicina Interna-Reumatología HGR-110, Coordinación de la residencia en Epidemiología UMF-3, Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica HECMNO, IMSS, Guadalajara, Jal. México.

**Introducción:** La destrucción articular provocada por artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES), puede llevar en algunos pacientes a la necesidad de colocación de un reemplazo articular. Este estudio investiga la frecuencia y tipo de prótesis articulares en una muestra de pacientes mexicanos con AR o LES.

**Material y métodos:** Estudio transversal comparativo. Se evaluaron pacientes con diagnóstico de AR o LES de un hospital de segundo nivel de atención. A los pacientes se les realizó una evaluación clínica y se aplicó un cuestionario estructurado para conocer si habían sido sometidos a reemplazo articular, y en caso afirmativo el tipo y sitio de este. Se evaluaron los riesgos del evento reemplazo articular usando un análisis univariado y los riesgos fueron posteriormente ajustados en una regresión logística. Dentro de las covariadas se incluyeron edad, sexo, tiempo de evolución, utilización de corticosteroides, número de criterios de la enfermedad presentes al diagnóstico, y en el caso de AR: positividad a factor reumatoide y presencia de nódulos reumatoides.

**Resultados:** Hubo un total de 130 pacientes evaluados, 70 (54%) con AR y 60 (46%) con LES. El tiempo de evolución en años fue mayor en AR que en LES aunque sin tener diferencia estadística (13 vs 10 años,  $p = 0.15$ ). En AR 9 (13%) tenían colocación de prótesis articular comparado con 1 (2%) de LES ( $p = 0.020$ ). En el modelo ajustado un tiempo de evolución de 10 años o más predijo la colocación de prótesis  $p = 0.047$ , con un estimado de riesgo (OR) de 9.4. En el modelo no ajustado en AR la presencia de nódulos reumatoides ( $p = 0.04$ ) y el total de criterios al momento del diagnóstico ( $p = 0.02$ ) mostraron diferencia estadística. En el modelo ajustado un número mayor de criterios al momento del diagnóstico se asocio a más alto riesgo de prótesis (OR=6.4 CI95% 1.5 a 28,  $p = 0.006$ ).

**Conclusiones:** Una elevada frecuencia de prótesis articulares fue observada en pacientes con AR. Un mayor número de criterios al momento del diagnóstico fue asociado a mayor frecuencia de prótesis.

C-110

### Prevalencia de infecciones en pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico.

<sup>1</sup>Sevilla-Godinez RE, <sup>2</sup>González-López L, <sup>2</sup>González-Rangel MA, <sup>2</sup>Morales-Romero J, <sup>3</sup>Gómez-Nava JI.

<sup>1</sup>Coordinación de residencia en Epidemiología UMF-31,

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna-Reumatología HGR-110,

<sup>3</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica HECMNO, IMSS, Guadalajara, México.

**Introducción:** Los procesos infecciosos son entidades frecuentes en enfermedades difusas del tejido conectivo. Estos procesos pueden incrementar la demanda de servicios, además de propiciar reactivaciones de estas enfermedades. El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia de infecciones y el tipo de las mismas en pacientes con artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES).

**Material y métodos:** En un estudio transversal comparativo se determinó la prevalencia y tipo de procesos infecciosos en pacientes de consulta externa de Reumatología en un hospital de segundo nivel. Se identificaron factores coexistentes al momento de la infección incluyendo uso de corticosteroides e inmunosupresores. Se calcularon intervalos de confianza del 95% (IC) para prevalencias usando el método de Wilson.

**Resultados:** Se evaluaron 70 pacientes con AR y 60 con LES. 94% de la muestra fueron mujeres con una edad promedio de 45 años (rangos 16 a 74). Del total de pacientes 37% (IC 29 a 46%) tenía algún tipo de infección al momento de la evaluación. Un 42% en LES tenían proceso infeccioso (IC 30 a 54%), comparados a un 33% en AR (IC 23 a 45%). Las infecciones más frecuentes fueron de vías respiratorias altas y de vías urinarias en 18 pacientes (38% por cada una); infecciones graves fueron observados en 2 pacientes, 1 con artritis séptica y en otro, neumonía. La dosis promedio de prednisona fue más alta en los pacientes infectados (9 vs 5 mg) pero esta dosis no alcanzó una diferencia estadística. De 8 pacientes con LES que recibían ciclofosfamida 50% tenía una infección, comparados con 21 pacientes con azatioprina en quienes 38% tenía infección.

**Conclusiones:** La prevalencia de infecciones fue elevada en AR y LES, mayores dosis de corticosteroides pueden condicionar un incremento en esta prevalencia. Se requiere un seguimiento de estos pacientes para identificar predictores de infecciones susceptibles de prevención.

C-111

### Prevalencia de hipermovilidad articular en pacientes con fibromialgia. Un estudio prolectivo controlado.

López S, Medina M, Martínez JL, Pineda-Villaseñor C, Martínez-Lavín M.

Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". México, DF, México.

Existe controversia en la literatura acerca a la asociación de fibromialgia con hiper-movilidad articular.

**Objetivo:** Definir de manera prolectiva la incidencia de hipermovilidad articular en pacientes con fibromialgia utilizando los criterios de Beighton. Los criterios de Beighton consisten en 5 maniobras clínicas de elasticidad articular que pueden llegar a sumar 9 puntos posibles. Se considera hipermovilidad articular cuando una persona tiene 4 o más puntos.

**Pacientes y métodos:** se estudiaron pacientes con FM que participaban en un protocolo terapéutico de larga duración. Por cada paciente se estudió un sujeto aparentemente sano, de edad y género similares. En cada caso, el examen físico abarcó una exploración detallada del sistema musculoesquelético que incluía las maniobras de Beighton.

**Resultados:** A la fecha de este corte preliminar se han estudiado 11 pacientes y 8 controles. La edad promedio de los pacientes es 39 años, 10 de ellos son mujeres. 55% de los pacientes cumplieron con los criterios de hipermovilidad articular en contraste con ninguno de los controles.

**Conclusiones:** La fibromialgia se asocia a hipermovilidad articular. Los mecanismos fisiopatogénicos de dicha asociación quedan por dilucidarse.

C-112

### Prevalencia y factores determinantes de cefalea en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) y artritis reumatoide (AR).

<sup>1</sup>Weder-Cisneros N, <sup>1</sup>Téllez-Zenteno J, <sup>2</sup>Guibert-Toledano M, <sup>2</sup>Cardiel-Ríos MH, Cabiedes J, <sup>1</sup>García-Ramos G, <sup>1</sup>Cantú-Brito C.

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

**Introducción:** La cefalea de origen migrañoso o tensional es muy común en LEG, con prevalencia de hasta 70%, y ocasiona grados variables de discapacidad.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de cefalea en pacientes con LEG y establecer asociaciones con datos clínicos y serológicos, así como compararla con AR.

**Material y métodos:** Se entrevistaron a 81 pacientes con LEG y a 29 pacientes con AR de la consulta externa de Reumatología. A todos ellos se les aplicó un cuestionario validado para la detección y clasificación de cefalea de acuerdo a los criterios de la Sociedad Internacional de Cefalea. Se midió depresión (Beck); actividad (MEX-SLEDAI), daño (SLICC-ACR), funcionalidad (HAQ-Di) y calidad de vida (AIMS). Se registró la presencia de manifestaciones clínicas y reumáticas. Se midieron anticuerpos anti-DNA, antinucleosomas, anti-histonas, anti-p-ribosomal, anticardiolipinas, anti-B2GPI, anti-RNP, anti-Sm y ANA.

**Resultados:** La prevalencia de cefalea fue de 41% en LEG (33 pacientes) y de 17% en AR (5 pacientes) (p=0.04). La migraña fue el subtipo de cefalea más frecuente en LEG (24%), seguido de la cefalea tensional (11%). Los pacientes con AR sólo presentaron migraña (17%). Los factores asociados con cefalea fueron: el fenómeno de Raynaud, (RM: 3.58; IC: 1.2-10.7; p=0.008), el uso de cloroquina (RM: 3.17; IC: 1.19-8.41;

$p=0.035$ ) y de hidroxyclorequina (RM: 0.12; IC: 0.014-0.978;  $p=0.049$ ), anticuerpos anti-B2GPI (RM:4.5; IC:1.09-19.88;  $p=0.016$ ) y el patrón moteado grueso en la inmunofluorescencia (RM: 3.61; IC: 1.08-12.43;  $p=0.02$ ). La migraña se asoció con el fenómeno de Raynaud (RM: 3.8; IC: 1.32-10.98;  $p=0.024$ ), la depresión (RM: 3.33; IC: 1.2-9.23;  $p=0.035$ ), así como con la escala de HAQ, ( $0.42\pm 0.51$  vs  $0.22\pm 0.29$ ).

**Conclusiones:** La cefalea es frecuente en pacientes con LEG, se asocia a una pobre funcionalidad y a una disminución de las actividades cotidianas, a depresión, al fenómeno de Raynaud, al uso de cloroquina e hidroxyclorequina, al anticuerpo anti-B2GPI y a un patrón moteado grueso por inmunofluorescencia. Estas asociaciones obligan a profundizar en la fisiopatogenia de la cefalea en LEG.

C-113

### Prevalencia de enfermedades reumáticas (ER) en pacientes con cáncer de mama (CAM).

Sandoval-Sataray A, Moya-McClagherty C, Silva A, Bustamante F, Fuentes-de la Mata J, Fraga A.  
HE CMN SXXI. IMSS, México, D.F.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de enfermedades reumáticas en pacientes con CaM.

**Materiales y métodos:** Se evaluaron 265 pacientes consecutivos con CaM que acudieron a la consulta externa del Hospital de Oncología CMN SXXI del 1º de septiembre 2001 al 30 de septiembre 2002. Se aplicó cuestionario ex-profeso para conocer manifestaciones reumatológicas, tratamiento oncológico y cuadro clínico actual. Sólo aquellas pacientes con respuesta positiva (manifestación reumatológica) fueron evaluadas por un reumatólogo quien diagnosticó y clasificó la enfermedad reumática de acuerdo a los criterios de clasificación propuestos por la ACR. En los pacientes con respuesta negativa sólo se revisó el expediente clínico.

**Resultados:** Las 265 pacientes fueron del sexo femenino con edad promedio de 53.8 años (intervalo 23-81). La evolución promedio del CaM fue de 42 meses. Todas las pacientes en el momento del estudio habían recibido radio y quimioterapia. El 80% se encontraban en estadio IIB y el 20% en estadios mayores. Del grupo total sólo 23 (8.7%) pacientes tuvieron ER. Cuatro con artritis reumatoide (AR), cinco osteoartritis (OA), una enfermedad por adyuvante, diez fibromialgia y tres con reumatismo de tejidos blandos. La revisión del expediente de las 242 pacientes sin respuesta positiva no aportó elementos para determinar ER. De las cuatro pacientes con AR, sólo una tenía el diagnóstico siete años antes del CaM. Las otras tres pacientes desarrollaron la AR posterior a diagnóstico y tratamiento oncológico para el CaM.

**Conclusiones:** Es baja la prevalencia de ER en esta cohorte estudiada. No hubo asociación entre el estadio del CaM y las diferentes ER encontradas. De manera interesante la paciente con diagnóstico previo de AR tuvo enfermedad metastásica.

C-114

### Neuromielitis óptica de DEVIC.

García-Figueroa J, Madrigal-Tescum E.  
HGZ No. 1, IMSS, Villahermosa, Tab. México.

Mujer de 33 años, de medio socioeconómico bajo, casada, VPH tratado, G-3, P-4, A-1, utiliza insecticidas con frecuencia. Tres meses previos a su ingreso presenta constipación crónica, pérdida de peso de 5 Kg un mes previo, se asocia con parestesias y disestesias de manos matutino, con poliartralgias de IFP, 3 días antes dolor abdominal, incapacidad para evacuar y canalizar gases, fiebre 38 grados, disuria, tenesmo vesical, candidiasis oral, ingresada a urgencias, cirugía general establece síndrome suboclusivo vs íleo paralítico; coloca SNG; 24 hs después presenta parestesias simétricas, bilaterales y ascendentes de Ms Is, 48 hs más tarde presenta nivel sensitivo en T6-T7, presión torácica en banda, fasciculaciones y paraplejía de Ms Is, conservando fuerza muscular, Dx Sx de Guillian Barré vs afección medular por compromiso esfinteriano. Ingresa a neurología hospitalizada diez días y egresa con mejoría. Reingresa un mes después con visión borrosa, escara sacra, fiebre, infección de vías urinarias. 15 días después del reingreso es valorada por Reumatología y Oftalmología. EF. Aporta, paciente adelgazada, pelo escaso, consciente, anisocoria ciclopléjica, fotomotor izquierdo normal, FO borramiento papilar moderado. Nervio óptico difuminado, globo vesical, incontinencia de esfínteres, peristalsis disminuida, úlcera sacra con fibrina y secreciones, Ms Ss tono y fuerza muscular disminuida, hemiparéticos fuerza 4 de 5, ROTS disminuidos, paraplejía con nivel sensitivo en T5-T6, Ms Is espásticos, ROTS ausentes, sin sensibilidad superficial y profunda. Sonda de Foley. Se diagnóstica Mielitis transversa y se inicia tratamiento. IRM demuestra lesión hiperintensa, puntilleo hiperintenso, compatible con infarto a nivel de T7-T8, IRM cráneo normal, EMG, datos de proceso desmielinizante segmentario, afección de nervios torácicos y pélvicos, Ultrasonograma renal normal, ELISA para VIH, Anticuerpos antinucleares positivos, anti-DNA, anti-Sm, inmunoglobulinas, VDRL, Anticoagulante Lúpico, DCr 67 ml/min, QS proteínas totales, ES, proteínas totales, TGO, TGP, bilirrubinas, BH en diferentes ocasiones, con leucocitosis y linfopenia en dos ocasiones y plaquetas de 136,000 en una ocasión, Hb 7.8 g. Tratamiento: Pulsos de MPL un g por siete días, triple esquema de antimicrobianos, perfenazina, carbamazepina y diazepam por episodio convulsivo y alucinatorio.



C-115

### Reserva coronaria (estudio ecocardiográfico) en arteritis de Takayasu (AT). Hallazgos y perspectivas.

<sup>1</sup>Espinola N, <sup>2</sup>Soto ME, <sup>1</sup>Bauk L, <sup>1</sup>Arreola G, <sup>2</sup>Reyes PA.

<sup>1</sup>Departamento de Eco cardiología, <sup>2</sup>Inmunología, Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", México, DF.

**Introducción:** La AT una enfermedad rara, de etiología desconocida, afecta los grandes vasos y también vasos de mediano calibre como las arterias coronarias, predomina en mujeres jóvenes en las que la prevalencia de enfermedad coronaria es baja.

**Objetivo:** Estudio exploratorio en pacientes con AT para evaluar prevalencia de enfermedad coronaria mediante el estudio de reserva cardiaca.

**Material:** Se estudiaron 17 pacientes: 3 hombres y 14 mujeres con edad promedio de 34.7 años (rango: 14-59) todos cumplieron con criterios del ACR. Tenían historia clínica panaortografía, estudios de laboratorio, electrocardiograma de superficie (ECG), ecocardiograma transesofágico en condiciones basales-Contraste (Optison) y con dipiridamol-Optison y angiografía coronaria.

**Métodos:** El eco-bidimensional determinó los diámetros, grosor, función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo y la función valvular. El doppler pulsado, con la muestra de volumen en la porción proximal de la descendente anterior determinó velocidad máxima en sístole, diástole y la integral del flujo sistólico, diastólico y total.

**Resultados:** Actividad de la enfermedad 7 (41%), angor 4 (29%) disnea 7 (41%). El ECG encontró hipertrofia ventricular izquierda 5 (29%) hipertrofia e isquemia en 4 (24%) isquemia 1(5%). El Ecocardiograma: dilatación de cavidades izquierdas 2 (12%) hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo (VI) 6 (35%), función sistólica (VI) deprimida 2 (12%) y alteración de la función diastólica 5 (29%) (3=18% de la -relajación, 3=18% y 2=12% de la distensibilidad), 9 (53%) insuficiencia valvular, 2 (12%) con trombo en orejuela izquierda. La reserva coronaria estuvo alterada en 4 (24%) pacientes: dos con obstrucción coronaria significativa (1-CD, 1-tronco) y dos con hipoplasia de una de las arterias (1-CI,1-DA) en la coronariografía. Un paciente con arterias coronarias (angio) dilatadas hubo flujo diastólico en el eco dipiridamol-contraste.

**Conclusiones:** La ecocardiografía transesofágica con dipiridamol-Optison, herramienta semi-invasiva, es útil en la detección de lesiones coronarias en los pacientes con AT, hay correlación con angiografía coronaria. Se recomienda su uso si es factible.

C-116

### Amaurosis recurrente asociado a poliangeítis microscópica (PAM).

Orta-Lozano A, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C. Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, SLP, México.

**Introducción:** La PAM es una vasculitis sistémica de etiología desconocida, con participación sistémica, que se manifiesta habitualmente con síndrome neumo-renal y la afectación del sistema nervioso central es menos común. Describimos una paciente con PAM y amaurosis recurrente consecutiva probablemente a vasculitis occipital bilateral.

**Informe del caso:** Paciente de 48 años con artralgias de 3 años de evolución. En junio 21/2002 se hospitalizó en UCI por insuficiencia respiratoria B, con tos y hemoptisis y en su radiografía tórax se observó imágenes mixtas diseminadas (retículo-alveolares). Con 4g Hb y requirió de 5 paquetes globulares, se ratificó hemorragia pulmonar mediante broncoscopia. Requirió hemodiálisis por insuficiencia renal. ANCA positivo patrón perinuclear. ANA negativo. Complemento hemolítico 26.76U (16-31.2). Crioglobulinas negativo. C3 79.4mg/dl (55-180mg/dl). Recibió pulsos de metilprednisolona (mPDN) y ciclofosfamida (CFM). Un mes después, ya sin requerir hemodiálisis, presentó crisis convulsiva y amaurosis fugas, recurrió la amaurosis a los 8 días que dejó agudeza visual 20/160 en ojo izquierdo. Anticardiolipina negativo 1.75Ua (<12). TC de cráneo con áreas isquémicas en ambos lóbulos occipitales. Actualmente con azatioprina, CFM y prednisona y asintomática.

C-117

### Características clínicas de pacientes con vasculitis cutánea.

Vázquez-Linares G, Ornelas-Aguirre JM, Vázquez-Camacho G, Salazar-Páramo M, González-López L, Gámez-Nava JI.

De la Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica y el Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de Especialidades en el Centro Médico Nacional de Occidente. México.

**Objetivos:** Describir las características de presentación clínica de los casos de vasculitis.

**Introducción:** La vasculitis es la inflamación de la pared vascular. Las vasculitis cutáneas son la presentación mas frecuente de este grupo de entidades. Pocos estudios describen sus características en pacientes mexicanos.

**Material y métodos:** En un estudio retrospectivo a 5 años, se identificaron del archivo de Anatomía Patológica en un hospital de tercer nivel todas las biopsias de piel con diagnóstico de vasculitis. Se revisaron expedientes clínicos por 2 investigadores usando formatos estructurados. Un patólogo revisó laminillas para confirmar diagnósticos y evaluar características histopatológicas de las lesiones.

**Resultados:** De 1048 biopsias de piel revisadas, 68 (6.5%) tuvieron diagnóstico de vasculitis cutánea, sólo 23 tuvieron disponible información del expediente clínico. Ocho de éstos (35%) fueron secundarias a enfermedad reumática: 5 tuvieron lupus eritematoso sistémico, 1 artritis reumatoide juvenil, 1 espondiloartropatía seronegativa, y 1 artritis reactiva. Vasculitis asociada a otras enfermedades se encontraron en 8 casos (35%) y vasculitis no asociada a otras enfermedades en 7 (30%). En 15 (65%) la localización de las lesiones fue en extremidades inferiores y 2 pacientes tuvieron lesio-

nes diseminadas. La forma de pápulas eritematosas estuvo presente en el 65%. Síntomas generales se observaron en menos de una cuarta parte de los pacientes, principalmente pérdida de peso y fatiga. La forma más frecuente de vasculitis fue leucocitoclástica en 13 (57%). Los tratamientos usados más frecuentemente fueron: corticoides en 12 (52%) (6 oral y 6 tópicos), antihistamínicos 8 (35%), AINES en 5 (22%) e inmunosupresores en 3 (13%). 22% de los pacientes tuvieron mala respuesta a tratamientos persistiendo episodios de vasculitis.

**Conclusiones:** Las vasculitis son entidades poco diagnosticadas en nuestro medio. Una importante proporción de pacientes puede tener una inapropiada respuesta al manejo. Mayores esfuerzos deberán ser realizados para identificar y tratar apropiadamente estos casos.

C-118

### **Cambios histopatológicos observados en biopsias de pacientes con vasculitis cutánea.**

Ornelas-Aguirre JM, Vázquez-Linares G, Vázquez-Camacho G, Salazar-Páramo M, González-López L, Gámez-Nava JJ.

De la Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica y el Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de Especialidades en el Centro Médico Nacional de Occidente. Guadalajara, Jal. México.

**Introducción:** La vasculitis es la presencia de células inflamatorias en la pared vascular. Este estudio describe los cambios histopatológicos de las vasculitis cutánea en una serie de pacientes mexicanos.

**Objetivo:** Evaluar los cambios histopatológicos encontrados en un grupo de biopsias de pacientes con diagnóstico de vasculitis cutánea.

**Material y métodos:** De forma retrospectiva, se investigaron todas las biopsias de piel enviadas al departamento de patología de un hospital de tercer nivel en un periodo de 5 años. Se revisaron las laminillas por un patólogo quien confirmó los diagnósticos y describió los hallazgos histopatológicos.

**Resultados:** Se revisaron 23 casos de vasculitis cutánea. El tipo de vasculitis fue leucocitoclástica en 13 (57%) casos, linfocítica en 9 (39%) y granulomatosa en 1. El infiltrado inflamatorio: predominio linfocítico en 100%, neutrofílico en 14 (61%), presencia de polvo nuclear y células plasmáticas 12 (52%). Presencia de eosinófilos se encontró en 9(39%) y pero sólo un caso presentó granulomas (4%) caso. En los pacientes en quienes fue investigado un valor de ANCA elevado se reportó en 9/11 (82%) (a pesar de que ninguna paciente tuvo granulomatosis de Wegener), elevación de C3 y C4 4/7 (57%) y VSG elevada en 7/8 (88%) casos.

**Conclusiones:** En nuestro hospital las formas leucocitoclástica y linfocítica constituyen las variedades de vasculitis cutánea más frecuentes. Para corroborar el diagnóstico es necesario identificar y clasificar en el estudio histopatológico los componentes inflamatorios y las características de las lesiones. Mayores esfuerzos deberán ser realizados tanto por el clínico como por el patólogo para el adecuado diagnóstico de estas entidades.

C-119

### **Tratamiento adyuvante con rayo láser en úlceras por vasculitis leucocitoclástica. Presentación de un caso.**

Mota-Mondragón BA, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L, Juárez V, Vicente-González AV, Poot J, Hernández-Díaz C, Amat-Tracónis MA, Ruvalcaba-Priego MA.

CMN "20 de Noviembre". ISSSTE. Departamento de Reumatología. México, DF. México.

Las úlceras cutáneas son una manifestación frecuente y, en ocasiones severa, de la vasculitis leucocitoclástica. Con frecuencia representan un reto ya que son de difícil resolución a pesar del tratamiento con esteroides e inmunosupresores. Se ha sugerido en la literatura que la terapia con rayo láser puede ser eficaz.

A continuación se presenta el caso de una paciente femenina de 56 años, con hipertensión arterial sistémica de 30 años de evolución tratada con captopril. Inició padecimiento actual en mayo de 1996 con aparición de úlcera en maleolo izquierdo progresando crónicamente con infecciones de repetición, manejada con múltiples esquemas antimicrobianos y sulfato de cobre, clioquinol, LAVO, sin respuesta. En 1999 se realiza biopsia de la lesión con reporte histopatológico de vasculitis leucocitoclástica. Durante su evolución se descartó enfermedad difusa del tejido conectivo, y se consideró vasculitis primaria. La úlcera fue persistente recibió tratamiento con aspirina 150mg al día, pentoxifilina 800mg día, prednisona a dosis medias y altas, azatioprina 50 mg día, incluso 6 pulsos mensuales de clicofosfamida sin respuesta. Quedó con tratamiento con prednisona 20mg /día, agregándose terapia con láser rojo a 5J/cm<sup>2</sup>, con técnica de barrido 16 minutos a 6 Hz. Láser infrarrojo a 40J/cm<sup>2</sup> en los bordes de la úlcera en barrido 146 Hz. por 7 minutos, durante 3 semanas, con excelente respuesta.

La aplicación de rayo láser tiene diversos efectos que consideramos deben tenerse en cuenta: promueve angiogénesis dérmica, síntesis de colágena, minimiza el daño por isquemia, estimula ciertas funciones celulares como síntesis proteica y velocidad de crecimiento queratinocítico e induce la liberación de factores de crecimiento involucrados en la curación de las heridas como citocinas y factor de crecimiento básico de fibroblastos. Representa un método no invasivo y útil como terapia adyuvante del tratamiento convencional.

C-120

**Granulomatosis de Wegener y periaortitis. Reporte de un caso.**

Kooh-Song M, Barranco-Fragoso B, Ruiz-Maza F, Velázquez-Forero F.  
Servicio de Nefrología, Hospital Español de México, México, DF.

**Antecedentes:** La granulomatosis de Wegener, es una vasculitis granulomatosa de pequeños y medianos vasos de origen desconocido. Típicamente afecta vías aéreas superiores, pulmón y riñón, aunque también puede dar manifestaciones cutáneas y cardíacas. Clásicamente, no se le ha vinculado con vasculitis de grandes vasos. Hay sólo unos cuantos reportes de la asociación con periaortitis.

**Objetivo:** Presentación de un caso, y revisión de la literatura.

**Reporte de caso:** Masculino de 47 años, originario del estado de Puebla, sin antecedentes de relevancia. Presenta cuadro febril, dolor abdominal de intensidad progresiva, insuficiencia renal aguda, lesiones petequiales pretibiales y hemorragia pulmonar. La tomografía computada de abdomen muestra engrosamiento de tejidos periaórticos con estenosis significativa de la luz de aorta infrarrenal. La biopsia renal con inmunofluorescencia indirecta, es compatible con glomerulonefritis crescénica de tipo pauci-inmune. Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) tipo p-ANCA negativos, y c-ANCA positivos (98% de especificidad para granulomatosis de Wegener). Fue tratado con hemodiálisis, ventilación mecánica, y terapia inmunosupresora con metilprednisolona y ciclofosfamida. Pese a una respuesta inicial, el paciente fallece por complicaciones de hemorragia pulmonar.

**Conclusiones:** Creemos en la presentación de periaortitis como una manifestación rara de granulomatosis de Wegener. Algunos autores creen en la posibilidad de vasculitis de los *vasa vasorum* de la aorta en la patogenia de la misma.

C-121

**Escleritis grave como manifestación inicial de granulomatosis de Wegener (GW).**

Berríos-Godoy FP, Jiménez-Balderas FJ, Sandoval-Sataray A, López-Martínez H, Sánchez-González ML, Fraga A.  
Departamento de Reumatología HE CMN Siglo XXI. IMSS, México DF.

La escleritis como manifestación inicial de la GW ocurre en el 3% y es de mal pronóstico comparado con la escleritis en otras enfermedades reumáticas. (Ophthalmology 1995;102:687).

**Objetivo:** Describir un paciente con GW con escleritis como primera manifestación y buena respuesta a la terapia con esteroides y ciclofosfamida.

**Caso clínico:** Hombre de 25 años de edad, con historia de 4 meses de ojo rojo izquierdo, acompañado de fiebre, hipoacusia y acúfeno derechos; recibió tratamiento con esteroides locales y antibióticos sin mejoría. Una semana después, presenta escleritis de ojo derecho. Se diagnóstica otitis media aguda derecha, escleritis con escleromalacia de ambos ojos. TAC de senos paranasales con hipertrofia de cornetes. TAC de órbitas normales. La BH con anemia de 9.7 g/dl, leucocitosis de 17,000 y trombocitosis de 661,000, VSG 52 mm/h, creatinina 1.4, el EGO con leucoeritrocituria, depuración de creatinina 42 ml/min y proteinuria 0.79 gr. Una semana después se agregó tos con escasos hemoptoicos; la TAC de tórax mostró varios nódulos bilaterales. La biopsia pulmonar demostró vasculitis granulomatosa con Ziel-Nielsen negativa. C-ANCA positivo 1:160. Recibió esteroides a dosis de 1 mg/Kg/día y un pulso de CFA (750 mg/m<sup>2</sup> SC) con resolución de varios nódulos pulmonares y desaparición de la escleritis 2 semanas después del inicio.

**Conclusiones:** Los pacientes con escleritis severa deben ser sujetos de una búsqueda intencionada orientada a descartar enfermedad reumática asociada, de documentarse Granulomatosis de Wegener el tratamiento debe ser intensivo y precoz ante el riesgo de pérdida de la función.

C-122

**Epidemiología de las vasculitis anca positivas.**

Flores-Suárez LF, Briseño CA, Contreras I, Villa AR.  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. México, DF. México.

**Introducción:** En nuestro país se desconocen las características epidemiológicas de los pacientes con vasculitis ANCA positivas. Nuestro objetivo es examinar estos aspectos.

**Material y métodos:** Aplicación de cuestionario conteniendo: demografía, síntomas antes de establecerse el diagnóstico, historia de inmunizaciones, síntomas de presentación y posteriores al establecimiento del diagnóstico e historia de consumo de fármacos en 42 pacientes con granulomatosis de Wegener (GW) y 8 con poliangeítis microscópica (PAM) definidos mediante criterios del ACR y Chapel Hill. Los datos obtenidos se presentan en forma descriptiva. Para comparaciones entre ambas enfermedades se usó prueba de X<sup>2</sup> con corrección de Yates o exacta de Fisher de dos colas.

**Resultados:** Edad media (para todo el grupo): 46.6±14.85 años, mediana 47.5 años (20-73), sin diferencias entre GW (media 45.7±14.4, mediana 47.5, 20-71 años) y PAM (media, 50.25±17.2, mediana 50, 20-73 años). Hubo 18 hombres y 16 mujeres con GW y 5 hombres y 3 mujeres con PAM. Con relación a los síntomas antes del diagnóstico hubo diferencias en disfonía o dolor laríngeo (GW 15/34 vs MPA 7/8, p=0.032) y síntomas neurológicos periféricos (GW 19/34 vs PAM 8/8, p=0.019). En los pacientes con PAM los síntomas pulmonares, gastrointestinales altos y cutáneos aparecieron más temprano que en GW. En esta última, las alteraciones urinarias fueron

las primeras en aparecer y las pulmonares las últimas. Hubo diferencias al momento del diagnóstico en los siguientes síntomas: inespecíficos (astenia, fatiga) (GW 2/34 vs MPA 3/8,  $p=0.016$ ) e intestinales (GW 0/34 vs MPA 2/8,  $p=0.03$ ). Hubo menor frecuencia de aparición de síntomas en verano (15.4%); para el resto de las estaciones, la distribución en aparición de síntomas fue equitativa. No hubo historia de inmunizaciones ni de infecciones antecedentes al diagnóstico. Los siguientes fármacos se consumieron antes de aparición de síntomas (para todo el grupo): metimazol (9.5%), sulfasalazina (4.8%), lisinopril (4.8%), furosemida (16.7%) con diferencias entre las dos enfermedades para hidralazina, D-penicilamina y enalapril (GW 0/34 vs PAM 2/8,  $p=0.03$  en los tres casos).

**Conclusiones:** Los resultados apoyan que en este grupo de pacientes en nuestro medio, estas enfermedades comparten características a las descritas en otros donde se conoce la prevalencia. Se presentan más frecuentemente después de los 45 años, algunos síntomas aparecen en forma más indolente en PAM, lo cual puede llevar a mayor retraso en su reconocimiento, parece haber variación estacional y en algunos casos existen antecedentes de consumo de medicamentos que se han postulado favorecen la aparición de estas vasculitis.

C-123

### **Policondritis recurrente (PR) asociada a lupus eritematoso generalizado (LEG).**

Moreno-Valdés R, Ortiz-Jiménez E, Pascual-Ramos V.

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

**Introducción:** La policondritis recurrente es una rara enfermedad autoinmune, caracterizada por inflamación recurrente del cartílago tisular. Afecta a ambos sexos por igual (40-60 años) y su diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se considera que hasta en el 30% de los casos, la PR se asocia a otras enfermedades del tejido conectivo como Artritis Reumatoide (AR), Lupus Eritematoso Generalizado (LEG) y vasculitis entre otras. Describimos el caso de un paciente con PR asociada a LEG.

**Caso clínico:** Masculino de 37 años, sin antecedentes de importancia, que ingresa por un padecimiento de 4 meses de evolución caracterizado por manifestaciones mucocutáneas, articulares, fiebre y crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas. Además ha presentado episodios recurrentes de inflamación y deformidad (condritis) en ambas regiones auriculares y nasal desde hace varios meses. Clínicamente se corroboró lo anterior. Por laboratorio se documentó linfopenia, ANA (+), aCL (+) y mediante resonancia magnética dos infartos antiguos en regiones parietales. Se estableció el diagnóstico de LEG y PR asociada, iniciándose tratamiento con prednisona, hidroxicloroquina, acenocumarina y anticomiciales. Su evolución ha sido satisfactoria.

**Conclusión:** La asociación de PR y LEG es rara (<1%), sin embargo debe de reconocerse como una manifestación independiente del LEG.

C-124

### **Policondritis recidivante (PR). Presentación de 6 casos.**

Lugo-Zamudio G, Pérez GC, Meléndez-Mercado C, Medrano-Ramírez M, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L.

Hospital Juárez de México, CMN 20 de Noviembre, Hospital General de México, México, DF.

La PR es una enfermedad inflamatoria multisistémica que afecta al tejido cartilaginoso. Se ha descrito la presencia de auto anticuerpos contra el cartílago y la colágena tipo II. Reportamos los casos de tres centros.

**Caso 1.** Femenino de 38 años con evolución de 4 años. Presenta cuadro clínico caracterizado por dolor torácico opresivo, disfonía, tos, pérdida del cartílago nasal. Se inician esteroides con lo que mejora parcialmente; por progresión de la insuficiencia respiratoria se requiere de traqueotomía. Actualmente estable.

**Caso 2.** Masculino de 51 años, manifiesta disfonía de 10 años de evolución; dos meses previos a su ingreso refiere incremento de la disfonía, se agrega artritis de rodillas e IFP, epiescleritis, vértigo, condritis auricular. Es tratado con esteroide con buena respuesta.

**Caso 3.** Femenino de 34 años, antecedentes de diabetes mellitas tipo 1; ingresa por condritis auricular, hipoacusia rápidamente progresiva y disfonía, cuadro de dos meses de evolución. La biopsia auricular confirma condritis; se inician esteroides, ciclofosfamida y colchicina, reportando buena evolución.

**Caso 4.** Femenino de 40 años, con bocio de 3 años diagnosticado. Ingresó por cuadro de 7 años, manifestando condritis bilateral, hipoacusia y compromiso renal con proteinuria de 1g en 24 h, recibe esteroide y ciclofosfamida.

**Caso 5.** Femenino de 32 años, 3 años de evolución. Presenta hipoacusia, acúfeno, estenosis del meato externo y posterior del conducto auditivo, con edema de pared del mismo, condritis auricular bilateral, mejorando con el uso de esteroides. Hace un año se agrega estenosis subglótica que se "controla" agregando ciclofosfamida en pulsos (3) y metotrexate oral. Actualmente estable.

**Caso 6.** Masculino de 48 años con 6 años de evolución, cursa con epiescleritis bilateral, disfonía, condritis bilateral, compromiso renal con proteinuria de 200mg/dl. La biopsia de cartílago auricular confirma el proceso inflamatorio, se ha tratado con esteroides y azatioprina con buena respuesta.

C-125

**Policondritis recidivante. Reporte de un caso tratado con metotrexate (MTX) y celecoxib.**<sup>1</sup>Cervera-Castillo H, <sup>2</sup>Torres-Caballero V, <sup>3</sup>Blanco-Favela F.<sup>1</sup>HGRZ No. 25, <sup>2</sup>UMF 35, <sup>3</sup>Unidad de Investigación en Inmunología CMN SXXI. IMSS, México, DF.**Objetivo:** Informar sobre un caso de policondritis recidivante tratado con MTX y celecoxib.**Presentación de caso:** Paciente masculino de 80 años de edad, diabético. Inició su padecimiento hace dos años con edema palpebral, el cual cedió en 15 días con uso de esteroides permaneció asintomático. Se presentó a nuestro servicio con nueva recidiva de un mes y medio de evolución, caracterizada por edema palpebral derecho, condritis en septo y pirámide nasal, condritis auricular y disfonía. Se intentó uso de dapsona, sin embargo no la toleró. Sus exámenes reportaron hemoglobina de 8.8 g/dl, creatinina de 1.9mg/dl y glucosa 176 mg/dl, la determinación de p-ANCA fue positiva. El intento de tratar con cloroquina y azatioprina fracasó por intolerancia. Por tal razón se indicó MTX 10 mg/semanal intramuscular y uso de celecoxib. Su condición clínica mejoró; cedió el edema palpebral, la condritis nasal y auricular, mejoró la disfonía y su hemoglobina (12 g/dl). Hasta el momento el paciente se encuentra asintomático.**Conclusiones:** Los casos de policondritis recidivante son raros y revisten una complejidad terapéutica, en este caso se ha logrado remisión de la sintomatología con la combinación MTX y celecoxib.

C-126

**Pulsos de ciclofosfamida en policondritis recidivante. Presentación de un caso.**

García-González D.

Servicio de Reumatología, Hospital General Regional No. 220 "Gral. José Vicente Villada" IMSS, Toluca México.

**Introducción:** La Policondritis recidivante es un raro padecimiento de etiología desconocida con manifestaciones episódicas pero potencialmente manifestaciones inflamatorias progresivas.**Presentación del caso:** Se trata de hombre de 58 años de edad, mestizo mexicano, sin AHF. Con padecimiento poliarticular mutilante de 12 años de evolución, que presenta cuadro agudo inflamatorio de un mes a nivel de pabellón auricular y nariz, caracterizado por dolor, inflamación y destrucción del cartílago auricular derecho. Además de vértigo y recaída mioarticular, con alteraciones ungueales por psoriasis sin evidencia de afección cutánea y radiológicamente con lesiones características. Dada la pobre respuesta a esteroides en dosis bajas y metotrexate de 25 mg semanal, es sometido a pulso de 3 g de metilprednisolona (MTP) seguido de pulsos trimestrales de ciclofosfamida (CFA) calculada a 0.5 mg/kg de peso. El proceso inflamatorio de cartílago es controlado al cabo de 5 meses y el tratamiento fue extensivo a 9 meses ya que en el sexto mes presentó complicaciones a nivel laringotraqueal que ameritó estancia en la unidad de cuidados intensivos por espacio de una semana y posterior a ello apareció úlcera corneal radiada la que cicatrizó sin complicaciones.

C-127

**Policondritis recurrente: Una entidad clínica que no debemos olvidar.**

Ruvalcaba-Priego MA, Juárez V, Vicente-González AV, Amat-Traconis MA, Mota-Mondragón BA, Hernández-Díaz C, Poot-Lujan J, Irazoque-Palazuelos F.

Servicio de Reumatología CMN "20 de Noviembre" México, DF.

**Informe del caso:** Paciente femenina de 26 años sin antecedentes de importancia, que inicia cuatro meses previos a su ingreso con disfonía asociándose con estridor laríngeo y datos clínicos de dificultad respiratoria progresiva. Recibe tratamiento con esteroides inhalados y prednisona 5 mg/vía oral/24 horas sin presentar mejoría, asociándose al cuadro epiescleritis izquierda e incremento de los datos de dificultad respiratoria, recibe apoyo ventilatorio no invasivo y esteroides inhalados sin mejoría. La laringoscopia directa muestra el 30% estenosis, realizándose traqueotomía y enviándose a este CMN. Exploración física: Úlcera corneal izquierda, nariz en silla de montar pabellones auriculares dolorosos, eritematovioláceos con pérdida de los pliegues anatómicos, mucosa oral sin úlceras, cuello con cánula de traqueotomía. Tórax con rudeza respiratoria, sin síndrome pleuropulmonar. Resto dentro límites normales Exámenes de laboratorio: Citometría hemática: Leucocitos: 12,700, Hb: 10.9, Reticulocitos: 1.8 %, Hto: 32.0, VCM: 85.9, Plaquetas: 160 x 103. Otros: C3: 133, C4: 21.7, Factor reumatoide: 140, VSG: 57, Proteína C reactiva: 39, IgG: 1920. Anticuerpos antinucleares negativos. Química sanguínea, examen general de orina, pruebas de función hepática y electrolitos séricos normales. Laringoscopia de control: estenosis subglótica del 90 %. Rx de tórax normal. TAC de tórax solo se observa imagen de la estenosis subglótica. Biopsia de cartílago auricular: con infiltrado difuso de polimorfonucleares y mononucleares, hay pérdida de condrocitos y de sus lagunas, y sustitución de la colágena por infiltrado inflamatorio. Tratamiento: Se administra metilprednisolona 1gr IV/24 hrs. Durante tres días, y posteriormente prednisona 30 mg a dosis de reducción, disminuyendo la sintomatología de vías respiratorias, pabellones auriculares y ocular. Ameritó también injerto en úlcera corneal.**Comentario:** La policondritis recurrente (PR) es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida, caracterizada por inflamación del cartílago, afecta con frecuencia las vías respiratorias altas, provocando insuficiencia respiratoria que pone en peligro la vida. A pesar de ser una entidad poco frecuente, debe pensarse en ella, ya que su tratamiento a tiempo puede evitar secuelas como fibrosis cicatricial, traqueomalacia y estenosis.

C-128

### Pulsos de ciclofosfamida en síndrome de Churg-Strauss, seguimiento de 3 años en un paciente.

García-González D.

Servicio de Reumatología, Hospital General Regional No. 220 IMSS, Toluca, México.

**Introducción:** El SCS es una angéitís alérgica granulomatosa caracterizada por vasculitis pulmonar y sistémica de pequeños vasos, con eosinofilia, con una sobrevida de 80% a 5 años.

**Presentación del caso:** Hombre de 53 años, con HPP de alergia al ácido acetilsalicílico, metamizol, naproxén, betactámicos y aminoglucósidos, la infancia con rinitis alérgica y en la juventud polipectomía nasal y asma con regular control. En 1999 bajó 4 Kg en dos semanas, enteritis de 3 semanas, artralgias en rodillas y tobillos, exacerbación del asma, vasculitis pierna, derecha y mononeuritis múltiple del pie izquierdo. En la agudización leucocitosis de 24.500 mm<sup>3</sup>, eosinofilia de 55%, RX de tórax con infiltrados, biopsia de vasculitis con infiltrado linfoplasmocitario, desde el inicio con pulsos de 3 g iniciales de metilprednisolona y ciclofosfamida de 10 g en dosis acumulada el primer año con recuperación de la vasculitis y mononeuritis a los 9 meses, con eosinófilos normales a partir de este lapso. Durante el segundo y tercer año ha permanecido en terapia intensiva en dos ocasiones con SIRPA por lo que se reiniciaron pulsos mensuales y cursa con broncoespamo persistente a pesar de esteroide en 25 mg y broncodilatadores. Actualmente PFR con obstrucción general de moderado a muy severo, respuesta al broncodilatador de vías aéreas centrales, TAC senos sinusitis maxilar bilateral, etmoidal, TAC tórax normal, ecocardiografía insuficiencia mitral y tricuspídea leve, sin HAP, FEVI 66%, c-ANCA y p-ANCA negativos.

C-129

### Síndrome de Churg-Strauss (SCS) revelado por dolor abdominal agudo.

López-Martínez H, Medina-Rodríguez F, Sandoval-Sataray A, Berríos-Godoy FP, Echeverría-Díaz L, Hernández-Vásquez R, BarileFabris L, Fraga A.

Servicio de Reumatología, HE CMN SXXI, IMSS. México DF.

**Introducción:** El involucro gastrointestinal es frecuente durante la evolución de pacientes con SCS. El dolor abdominal, diarrea y sangrado se presentan en el 44 al 89%. Sin embargo, éstas son raramente descritas como manifestaciones iniciales (Pediatr Pulmonol 2001Jul 32(1):92-4, Sarcoidosis 1994 Mar;11(1):42-5).

**Presentación del caso:** Describimos a un paciente de 25 años de edad con antecedente de asma quien fue hospitalizado por dolor abdominal y hematoquezia. Durante su internamiento presentó eritema palmo-plantar e infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax. La BHC mostró una marcada eosinofilia del 10%. Por un cuadro de abdomen agudo, reporte ultrasonográfico de colecistitis litiásica y engrosamiento de la pared intestinal en la TAC, se practicó laparotomía exploradora encontrando únicamente colecistitis alitiásica. Tuvo dolor abdominal persistente en su evolución postquirúrgica. Con el reporte histopatológico de una vasculitis eosinofílica y necrosis fibrinoide de la pared vascular se administraron 3 pulsos consecutivos de metilprednisolona y uno de ciclofosfamida, seguidos de esteroides orales teniendo una evolución favorable hasta el momento actual. Existen pocos casos publicados de inicio gastrointestinal en el SCS y únicamente dos reportes con involucro de la vesícula biliar (Hepatogastroenterology 1997,44(16)1090-4, J Rheumatol 1990, 17(2):247-9).

C-130

### Infliximab en esclerosis sistémica. Presentación de un caso.

García-González D, Miranda-Saucedo C.

Práctica privada Toluca, México.

**Introducción:** La Esclerosis Sistémica es un trastorno generalizado del tejido conectivo que afecta la piel y órganos internos; caracterizado por arteriosclerosis fibrótica de la vasculatura periférica y visceral con depósito de colágena en piel y vísceras. En su etiopatogenia se han involucrado; a) activación del sistema inmune y de células endoteliales; b) liberación de citocinas como el factor-B transformador de crecimiento, factor de crecimiento derivado de plaquetas, IL-4, factor de necrosis tumoral alfa y otras de macrófagos, plaquetas, células-T; c) activación de fibroblastos para aumentar la producción de matriz extracelular.

**Objetivo:** Establecer la utilidad del Ac monoclonal bloqueador de FNT a en esclerosis sistémica.

**Presentación del caso:** Mujer de 33 años de edad, de raza mestiza mexicana, con ESP de 3 años de evolución, de 32 Kg de peso con afección en cara y extremidades superiores con formación de puño al 50%. RX tórax con fibrosis basal bilateral, ecocardiograma movilidad segmentaria asimétrica, hiperecogenicidad de cuerdas tendinosas de válvula mitral y pericardio parietal de VI, derrame pericárdico, FE 49%. Inicialmente se administró 20 mg diario de leflunomida por espacio de 3 semanas, seguido de 3 dosis 100 mg de Infliximab a la semana 0, 2 y 6, respectivamente.

**Resultados:** Desde la primera dosis se observó mejoría en la consistencia de la piel manifestado por la presencia de pliegues, mayor elasticidad y formación de puños al 75%.

**Conclusiones:** La terapia biológica puede ser útil a corto plazo en Esclerosis Sistémica.

C-131

### Enfermedad mixta del tejido conectivo asociado a implantes estéticos. Presentación de un caso.

García-González D.

Servicio de Reumatología, Hospital General Regional No. 220 "José Vicente Villada", IMSS, Toluca México.

**Introducción:** Inyecciones de silicona e implantes mamarios se han asociado con enfermedad colágeno-vascular, especialmente esclerodermia, aunque su papel etiológico permanece en controversia.

**Presentación del caso:** Se trata de mujer de raza mestiza mexicana, de 45 años de edad, sin AHF, enfermera, que para mejora estética 3 años antes le colocan implantes en mejillas, barba y senos, iniciando dos años posteriormente con síntomas generales y mioartralgias, que se exacerban durante los últimos 6 meses, acompañándose de crisis convulsivas, psicosis, RAM de varias horas, boca seca y ojo seco, disminución de la fuerza muscular generalizada II/V, vértigo, úlceras orales, sin pliegues y engrosamiento de la piel, pezón izquierdo umbilicado y vasculitis digital. Con anemia de 10.5 g, leucopenia de 2,700 mm<sup>3</sup>, linfocitos totales de 908, plaquetas 70,000, ANA + 1:80 patrón nucleolar, proteinuria de 1.2 g en 24 h, cilindros granulados, DHL 825 UI, CPK 1640 UI, TAC cráneo múltiples microinfartos. Una vez aceptando la presencia de los implantes, fue retirado el izquierdo adherido a tejido subcutáneo y mamario, tratada con cloroquina 150 mg diario e hidrocortisona 100 mg cada 8 horas observando mejoría clínica, realizando serología 6 meses más tarde siendo negativa se suspende cloroquina y sin otras manifestaciones al cabo de un año.

C-132

### Esclerodermia morfea con hiperplasia mamaria.

Hernández-Paz R, Hernández-Palazuelos EC, Zavala-Solares MR, Sánchez-Navarro MR. Facultad de Medicina, Universidad de Guanajuato, León, Gto. México

**Antecedentes:** La esclerodermia morfea (EM) tiene un curso más benigno que la forma sistémica, puede causar deformaciones cuando afecta el tejido subcutáneo. En mujeres jóvenes cuando se localiza en tórax, uno de los riesgos es la hipoplasia de tejido mamario.

**Caso clínico:** Mujer de 17 años de edad, a los 6 años se le diagnóstica EM en placas, localizadas en mitad izquierda de tórax, abdomen, pelvis y antebrazo. A los 11 años menarca con hipertrofia progresiva de mama derecha e hipoplasia de mama izquierda. Anti-Scl 70, anticuerpos antinucleares, anti centrómero negativos. Se asocia colchicina y penicilamina con resultados satisfactorios en piel, pero no en tejido mamario, se somete a dos cirugías de reducción de mama derecha a los 14 y 15 años.

**Conclusión:** En casos similares, se han usado prótesis mamarias para compensar hipoplasia; el riesgo de incrementar la esclerodermia lo hace discutible. La resección de tejido mamario hipertrofiado, ha mostrado buen resultado.

C-133

### Frecuencia de depresión en esclerosis sistémica y respuesta terapéutica al tratamiento con fluoxetina

Vera-Lastra O, Martínez-Pacheco R, Ariza-Andraca R.

Departamento de Medicina Interna. Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, México, D. F.

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad del tejido conjuntivo que se caracteriza por la excesiva producción de colágena y atrofia de la piel y en algunos órganos internos así como alteraciones vasculares e inmunológicas. La presencia de depresión en estos pacientes se ha estudiado poco.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de depresión en la ES y la respuesta terapéutica con fluoxetina.

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron a 38 pacientes con diagnóstico de ES según criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología. A todos los pacientes se les aplicó la escala de Hamilton para determinar depresión, y los pacientes que presentaron depresión moderada a severa se les administró 20 mg de fluoxetina durante 3 meses. La escala de Hamilton se aplicó basal y posterior al tratamiento.

**Análisis estadístico:** Estadística descriptiva y suma de rangos de Wilcoxon.

**Resultados:** Fueron 37 mujeres y 1 hombre con edad promedio 49:±13, evolución promedio de la enfermedad 7.7±7 Escala de Hamilton basal vs final fue de 16.8±11.2 vs 7.5±7 p<0.0001. Sin depresión: 31%, depresión leve 26%, depresión moderada 23% y severa 18%.

**Conclusiones:** En el presente estudio se encontró depresión en 2/3 partes de los pacientes y de ellos en un 40% fue de moderada a severa con adecuada respuesta terapéutica con fluoxetina.

C-134

### Tres casos de esclerodermia tratados con potaba.

Bañuelos-Ramírez D, Salinas-Saldívar S, Rodríguez-Galán L.

Hospital de Especialidades de Puebla. CMN MAC IMSS. Puebla, Puebla. México.

A la fecha, el tratamiento para la esclerodermia es insatisfactorio y existe una distancia considerable entre los avances de los estudios en la literatura y las posibilidades reales que ofrecer a los pacientes. El Potaba (Paraaminobenzoato potásico Glenwood MR) es uno de los pocos fármacos con autorización como antifibrótico, indicado para enfermedad de Peyronie y otras situaciones donde ocurre sustitución por fibroblastos; desafortunadamente no disponible en nuestro país. El objetivo del presente trabajo es presentar 3 casos de esclerodermia tratados con Potaba vía oral a 8 meses de tratamiento.

**Caso 1:** Femenino en la 5ª década de la vida, con padecimiento de 3 años de evolución, edema de manos, engrosamiento, pérdida de pliegues y fenómeno de Raynaud, resorción distal 2 falanges; tratamiento previo por angiología sin mejoría. Se le indica Potaba 3 tabletas y citas c/mes; existe mejoría a partir del 2º mes; desaparición de F. Raynaud a los 4 meses, reversión parcial de acrostelisis y disfagia.

**Caso 2:** Masculino con disfagia, Raynaud y cambios cutáneos avanzados; dos años de evolución, incapacidad funcional, biopsia compatible con ESP y sin respuesta a tratamientos habituales. Mejoría a los 3 meses de F Raynaud, disfagia y cutánea.

**Caso 3:** Femenino 45 años con ESP severa, amputación 3 falanges MI; simpatectomía y nula respuesta a tratamiento médico en un padecimiento de 10 años de evolución. Mejoría a los 3 meses: cutánea, Raynaud y facial; anímicamente mejoría de 100%. Rebiopsia cutánea en 2 pacientes con cambios satisfactorios.

**Conclusión:** el fármaco antifibrótico Potaba revierte en forma adecuada los cambios de ESP y retardará el progreso de la misma. La disponibilidad de fármacos antifibróticos es necesaria en el arsenal terapéutico de la reumatología.

C-135

### Esclerodermia. Experiencia en el Hospital Infantil de México.

Meza-Contreras I, Carreño-Manjares R, Maldonado-Velásquez MR.

Hospital Infantil de México "Federico Gómez", México, DF, México.

**Introducción:** La esclerodermia es una enfermedad autoinmune de origen no definido y de presentación rara en la infancia, existiendo muy pocos estudios reportados en dicha población.

**Objetivo:** Mostrar la experiencia del Hospital Infantil de México en esclerodermia.

**Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de 37 niños con esclerodermia de la Clínica de Enfermedades por Daño Inmunológico (CEDI) del Hospital Infantil de México entre enero de 1990 y julio del 2002.

**Resultados:** De 37 pacientes estudiados, 26 eran mujeres y 11 hombres. La edad promedio al diagnóstico fue de 8.6 años; el tiempo promedio de evolución de la esclerodermia fue de 25.5 meses. Veinticuatro niños presentaron la variedad localizada y 13 la sistémica. Once de 12 niños con el tipo sistémico presentaron compromiso en tubo digestivo y 8 de 9 niños presentaron pruebas de función pulmonar alteradas. Predominó el tratamiento con metotrexate en 21 pacientes. En 6 pacientes con la variedad localizada se utilizó además lipoinyección. Las complicaciones más comunes fueron las asimetrías faciales, contracturas en flexión, atrofas musculares y acortamiento de extremidades.

**Conclusiones:** Los datos sugieren que es importante hacer el Dx tempranamente para dar tratamiento específico, identificar la presencia de compromiso sistémico y limitar las secuelas.

C-136

### Hemiatrofia total por esclerodermia localizada (EL). Reporte de un caso.

Peña-Santos G, Ruiz-Moreno JL, Oaxaca-Escobar CG, Cadena-Domínguez M.

Hospital General de Zona Medicina Familiar No. 1, IMSS, Tapachula, Chis, México.

La EL es una enfermedad del tejido conectivo con variada expresión clínica. En la infancia se presenta con lesiones asimétricas que afectan los miembros pélvicos, y torácicos, tórax, abdomen y cara, en ese orden, pero de manera aislada o en dos regiones. Reportamos una rara presentación de EL que afecta el hemicuerpo derecho.

**El caso:** femenino de 6 años de edad sin antecedentes de interés. Inicia su padecimiento a los 3 años de edad con una mancha hipocrómica en la cara anterointerna de la pierna derecha que fue creciendo hasta involucrar toda la pierna y la rodilla; después se agregan lesiones en la cara interna del muslo, abdomen, tórax y el antebrazo en su cara Interna. Por último, la madre nota falta de crecimiento de la hemicara de ese lado. En la exploración se observa marcha claudicante por contractura en flexión de la rodilla derecha, atrofia facial derecha Incluyendo la lengua. En Tórax y abdomen manchas hipercrómicas brillantes, Infiltradas con red venosa colateral; en el antebrazo una banda del esclerosis cutánea en cara anterointerna, adherida a planos profundos; en el muslo otra banda de atrofia cutánea adherida también a los planos profundos. La rodilla con contractura en flexión, red venosa colateral y la piel brillante y esclerosada. Neurológicamente íntegra, no compromiso cardiaco, pulmonar ni abdominal. Por laboratorios; anticuerpos antinucleares 1:64 moteado fino, factor rumatoide y proteína "C" reactiva positivos, otros negativos. Ecocardiograma, ultrasonido abdominal, tele de torax y RX de huesos largos normales. La biopsia de piel confirma esclerodermia con infiltrado inflamatorio crónico en músculo estriado; la tinción con azul alciano es negativa.

**Conclusiones:** la hemiatrofia total es una rara presentación de la EL, proponemos este como el primer caso reportado en la infancia. El diagnóstico diferencial es con formas esclerodermatomiformes como la esclerodermia de Buschke y el síndrome de Parry Romberg.



C-137

**Leucemia granulocítica crónica y porfiria cutánea tarda que semejan escleroderma.**

Mejía Y, Calderón E, Xolot M, Sita Y, Mendoza C, Bustamante R.  
Especialidades, Reumatología IMSS "La Raza." México, DF.

La Porfiria Cutánea Tarda (PCT) es una de las entidades para el dx diferencial de la esclerodermia. La concurrencia de esclerodermia y PCT es rara. Las lesiones cutáneas esclerodermiformes en PCT afectan del 1.8 a 18% de los casos. Wooten en 1998 reporta un caso con CREST, PCT y leucemia granulocítica crónica.

**Objetivo:** Se reporta un caso de un paciente con cambios esclerodermiformes, leucemia granulocítica crónica y PCT.

**Reporte del caso:** Masculino de 54 años, su problema reumatológico lo inicia en septiembre 2001 caracterizado por pérdida de peso de 4 Kg, edema de manos, cambios esclerodermiformes, artralgias en manos, nódulos de IFP e IFD y equimosis espontáneas. EF: Manos con escleromixedema importante, disminución de la fuerza prensil, nódulos de Bouchard y de Heberden, no hay artritis, esplenomegalia de 6 cm debajo del borde costal, equimosis en abdomen (sitios de presión) y en Ms Ps. Dx. Inicial esclerodermia. Laboratorio: BH, leucocitos: 305,000, neutrófilos: 94%, linfocitos: 1.6%, Hb: 14, plaquetas: 85,000, DHL: 772. Cuantificación vitamina B12: 19,482 pg/ml. USG abdominal: Esplenomegalia. Biopsia de hueso: Hiper celular con 40% de blastos mieloides, serie megacariocítica y eritroide con buena maduración, fibrosis reticulínica grado I-II focal. Biopsia de piel (mano) Dermatitis vesículo-ampollosa subepidérmica, escaso infiltrado inflamatorio, fenómeno purpúrico y discreta condensación de bandas de colágena, no hay vasculitis.

**Conclusión:** La LGC y PCT con cambios esclerodermiformes pueden semejar esclerodermia.

C-138

**Fascitis eosinofílica (Síndrome de Shulman).**

Barrera-Cruz A, Sánchez-Alonso S, Barba-González A, Ramos-Remus C, Perla-Navarro A, Sánchez-Ortiz A.  
Hospital de Especialidades CMNO, IMSS, Guadalajara, Jal. México.

Mujer de 59 años de edad, originaria y residente de Ocotlán Jalisco, casada, analfabeta. Sin antecedentes heredo-familiares y personales patológicos de importancia. No exposición a tóxicos. No toxicomanías. Gineco-obstétricos: menarca 12 años, 30 x 4, IVSA 16 años, G7, P6, A1, C0, contracepción ninguno. Menopausia a los 43 años. DOCU Negativo a malignidad. Inició en noviembre 2001, caracterizado por dermatosis diseminada con placas y nódulos semiblandos localizados en región antero externa de brazos, simétrica, proximal, posteriormente con involucro de cara anterior de tórax, abdomen y miembros pélvicos, induración edematosa indolora. No afección de manos y pies. Astenia, adinamia, pérdida de peso 16 kilos. Exploración física: Palidez de tegumentos, neurológico íntegro, fuerza 4/5, no alteración en sensibilidad superficial, cardíaco sin alteración, tórax destaca piel dura, edematosa, limitación amplexión y amplexación, abdomen piel con engrosamiento difuso de piel aspecto de empedrado, no visceromegalias, extremidades torácicas y pélvicas con dermatosis caracterizada por placas y nódulos, hipopigmentación, induradas, fija a planos profundos, pérdida de elasticidad, atrófica, rigidez cutánea, con limitación de arcos de movimiento. No fenómeno de Raynaud, no teleangiectasias, no esclerodactilia, sin evidencia de lesiones por vasculitis. No adenomegalias. Tacto vaginal y rectal sin alteración.

Laboratorio: Hb 3.8 gr/dl, Hto 11.1, VCM 103, CCHM 34.2, plaquetas 6,000, RDW 19.6, linfocitos 1850, eosinófilos 3.5%, reticulocitos 1.4 % PFH Normal, creatinina sérica 0.6 mg, EGO: Normal. Sangre oculta en heces ++++ RX tórax: Normal. Gasometría arterial: Normal. USG abdominal sin alteración. SEGID: Reflujo gastroesofágico y Hernia Hiatal GII. TAC tóraco-abdomino-pélvica: Derrame pleural bilateral, no evidencia de ganglios o crecimientos retroperitoneales. Mamografía: Normal. Biopsia de hueso: Hipoplasia medular <20 %. Biopsia profunda piel, tejido subcutáneo Fibrosis dermo-hipodérmica con engrosamiento de tabiques interlobulares e inflamación mononuclear con aislados eosinófilos. FR (-), PCR 89, VSG 10 mm/hr, complemento normal, anticuerpos antinucleares (-), ENAs (-), anti-DNA (-), IgE 1004 UI/ml. Tratamiento inicial con 3 bolos de metilprednisolona y terapia de sostén con prednisona más ciclosporina 200 mg al día, evolución satisfactoria.

C-139

**Fascitis eosinofílica (FE) de inicio atípico.**

Pozos-Espíndola JC, Jiménez-Balderas FJ, Sánchez-González ML, Blanco-Lemus E, Fraga A.  
HE CMN Siglo XXI; México DF.

La linfadenopatía benigna o maligna ha sido reportada como manifestación inicial de la FE así como a la aparición de otras enfermedades reumatológicas que aparecen después del inicio de la fascitis.

**Objetivo:** Describir un caso con linfadenopatía benigna y datos clínicos de enfermedad de Still y LES que se presentaron antes del cuadro de FE.

**Presentación del caso:** Masculino de 16 años de edad, inicia con poliartritis simétricas, fiebre de 39°C, adenopatía generalizada, esplenomegalia, rash evanescente, leucocitosis y fenómeno de Koebner, diagnosticándose inicialmente Enfermedad de Still. Posteriormente se documenta rash malar, hipocomplementemia, AAN (+) 1:256 patrón moteado grueso, Anti-DNA (+) 107. Tres meses después presenta dolor mus-

cular generalizado con endurecimiento de la piel en brazos y piernas, con limitación de los arcos de movilidad, elevación de CK 2959, DHL 1300, hipereosinofilia progresiva hasta 10,000, hipergamaglobulinemia (IgG 3622). La IRM demuestra engrosamiento importante de fascia sin afección muscular aparente. La biopsia en bloque mostró fascitis con infiltrado linfoplasmocitario y eosinofílico sin vasculitis con infiltrado linfocitario en tejido celular subcutáneo y músculo adyacente. Recibió manejo con prednisona 20 mg/día, AZA 100 mg/día, con lo cual existe hasta la actualidad mejoría clínica, desapareció la fiebre y se normalizó la cuenta de eosinófilos.

**Conclusión:** Hasta donde sabemos éste es el primer caso que se manifiesta inicialmente como Enfermedad de Still seguido de LES y finalmente Fascitis Eosinofílica.

C-140

### Uso de prednisona en el manejo del ataque agudo de gota.

Medina-Pastor MN, Silveira-Torre LH.

Departamento de Reumatología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México DF.

**Introducción:** El uso de corticoesteroides en el manejo de los ataques agudos de gota (AAG), es una opción terapéutica eficaz para pacientes en quienes está contraindicados los anti inflamatorios no esteroideos (AINEs) y la colchicina.

**Objetivos:** Determinar si la prednisona a dosis bajas (10 mg diarios, con reducción paulatina en 2 semanas), es eficaz y segura, en el tratamiento de los AAG.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio clínico, prospectivo, descriptivo y longitudinal, en pacientes con AAG. Se utilizó prednisona iniciando a dosis de 7.5 a 10 mg/diarios, con reducción paulatina y suspensión en 10 a 14 días. El seguimiento fue en el día 0, realizándose historia clínica y exámenes de laboratorio, así como a los días 1, 2 y 3, una semana, y un mes de haberse iniciado el AAG. El médico observó: la cuenta articular, el grado de inflamación, la intensidad del dolor, el grado funcional, los efectos colaterales, así como la enfermedad de rebote. El paciente valoró la intensidad del dolor con una escala visual análoga, y con un cuestionario subjetivo, la mejoría del dolor.

**Resultados:** Trece pacientes, 9 hombres y 4 mujeres, entraron al estudio. La media de la edad (DE) fue de 67.46 ( $\pm 7.52$  años), con una variación de 55 a 77 años. Entre las contraindicaciones para el uso de AINEs y colchicina estaban: anticoagulación; insuficiencia renal, hepática o cardiaca; enfermedad ácido péptica. Cinco pacientes presentaron un patrón monoarticular, cinco oligoarticular y tres poliarticular. El tiempo de inicio de respuesta, fue de 12 a 36 horas, con una media (DE) de 22.5 hora ( $\pm 7.8$  horas). El tiempo de respuesta al 50% fue de 24 a 120 horas, con una media (DE) de 57 horas ( $\pm 13.31$  horas). La completa resolución del cuadro se observó con una variación de 5 a 9 días con una media (DE) de 6.5 días ( $\pm 1.25$  días). No se observaron recaídas. El grado de inflamación disminuyó paulatinamente observándose una diferencia estadísticamente significativa, con respecto a la basal, a las 24 horas. El grado funcional mejoró observándose diferencias estadísticamente significativas a las 48 horas. En la EVA para el dolor, en la hora 0, (la mediana fue de 7.8 cm; variación: 6.7 a 8.3) encontrándose diferencia estadísticamente significativa a partir de las 48 horas. En todos los pacientes el tratamiento fue bien tolerado, no se observaron efectos adversos, en los exámenes de laboratorio no se observaron diferencias. Ningún paciente requirió tratamiento adicional.

**Conclusiones:** La vía oral con administración de dosis bajas (7.5 a 10 mg diarios), con reducción paulatina en 2 semanas, es eficaz y segura, para el manejo del AAG, comparable con los resultados descritos en la literatura con dosis mayores de prednisona.

C-141

### Evaluación de la calidad de prescripción médica en el tratamiento de la gota en una comunidad sub-urbana y un servicio de medicina interna.

Rojas-Serrano J, Pascual-Ramos V, Rull M, Cardiel-Ríos MH.

Departamento de Inmunología y Reumatología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, DF, México.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de prescripción médica en el tratamiento de la gota en una comunidad suburbana de la ciudad de México y un servicio de medicina interna en un centro de tercer nivel.

**Método:** En una encuesta comunitaria, se encontraron 8 casos de gota en una población de 2500 sujetos. De estos, 2 se eliminaron ya que no habían sido evaluados por un médico. Se comparó la prescripción dada a estos pacientes con 6 pacientes con gota de la consulta de medicina interna de un centro de tercer nivel. Tres reumatólogos evaluaron la calidad de la prescripción por consenso. Se calificó en una escala visual análoga (0-10) tanto el tratamiento del ataque agudo de gota y el tratamiento para disminuir los niveles de ácido úrico. Al final se dio una calificación global al tratamiento establecido utilizando la misma escala visual análoga.

**Resultados:** La media de calificación del tratamiento del ataque agudo de gota en la comunidad fue de 1.16 (min, max, 0-5). En el servicio de medicina interna la media de calificación del ataque agudo fue de 5.6, (min, max, 0-10). La media de calificación del tratamiento global en la comunidad fue de 0.8 (min, max, 0-2), y en el Departamento de Medicina Interna fue de 5 (min, max, 0-8). Sólo un paciente recibió profilaxis contra un ataque agudo de gota en el grupo de pacientes tratados en medicina interna.

**Conclusiones:** El tratamiento de la gota es deficiente en ambos grupos. Es necesario aumentar la difusión acerca del tratamiento correcto de este padecimiento.

C-142

### Gota tofácea y enfermedad de Osgood Schlatter (EOS) una asociación muy rara. Presentación de un caso.

<sup>1</sup>Espinosa-Morales R, <sup>2</sup>Almazán-Díaz A, <sup>2</sup>Cruz-López F, <sup>3</sup>Villegas-Castrejón H.

Centro Nacional de Rehabilitación. Servicios de <sup>1</sup>Reumatología, <sup>2</sup>Artroscopia, <sup>3</sup>Microscopía electrónica. México, DF, México.

**Introducción:** La EOS es una patología que causa apofisitis, debido a una tracción en la tuberosidad de la tibia. La edad más frecuente es entre los 10-14 años. Los síntomas regularmente desaparecen al momento de la fusión de la tuberosidad tibial. Aunque pequeñas osificaciones remanentes pueden permanecer y ser la causa de síntomas.

**Caso clínico:** Masculino de 45 años de edad con antecedente de: EOS bilateral en la infancia dejando como secuela aumento de volumen en la tuberosidad anterior de ambas tibias. El paciente es visto en el servicio de artroscopia por dolor en los tendones patelares en su inserción tibial al extender las rodillas, además de imposibilidad para hincarse, exploración física: aumento de volumen de ambas tuberosidades tibiales anteriores (TTA), dolor a la palpación de los tendones patelares especialmente en sus inserciones tibiales. No presentaba artralgiás o artritis en otras localizaciones. El paciente es portador de gota sin control. Las imágenes radiológicas de rodilla mostraban secuelas de la EOS manifestada por prominencia de las TTA bilateral y calcificaciones intratendinosas de ambos tendones patelares, localizadas en sus inserciones distales. El laboratorio mostraba ácido úrico sérico en 9.2 mg/dl. Con estos datos se realizó el diagnóstico de: tendinopatía patelar secundaria a EOS y gota en periodo ínter crítico. Se dio tratamiento con AINES sin mejoría, por lo que fue llevado a tratamiento quirúrgico. La cirugía consistió en limpieza de los tendones patelares con técnica abierta, los hallazgos transoperatorios fueron: calcificaciones intratendinosas en las inserciones distales de ambos tendones patelares, además de abundante material caseoso blanquecino (pasta de dientes) en la región posterior de los tendones patelares. El reporte histopatológico reveló: necrosis ósea de la calcificación intratendinosa y la presencia de tofos, el estudio de microscopía electrónica de transmisión reportó: una agrupación de cristales en forma de aguja dispuestas en forma irregular o empalizada, incremento de la colágena con zonas hialinizadas. El análisis de cristales por EDAX dio por resultado cristales de ácido úrico. Evolución postoperatoria: su evolución al inicio fue insidiosa, semanas después mejoró del dolor, inflamación y niveles de urato. El paciente fue tratado con dieta baja en purinas, alopurinol y AINES.

C-143

### Artritis sépticas (AS) estudio en nuestro centro durante los últimos 6 años.

García-García C, Moctezuma JF, Lino-Pérez L, Medrano-Ramírez G, Burgos-Vargas R. Hospital General de México. México DF, México.

**Introducción:** La AS sigue siendo un problema común en la práctica reumatológica. A pesar de los avances en el tratamiento con antibiótico todavía presenta una morbilidad y mortalidad significativa.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, factores de riesgo, agente causal, características radiológicas de pacientes con diagnóstico de AS hospitalizados en Servicio de Reumatología del Hospital General de México durante 1995-2001.

**Materiales y métodos:** Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes hospitalizados con el diagnóstico de AS. Como criterio de selección se aplicó aquellos casos en los que se evidenció por estudio del líquido sinovial el carácter séptico del mismo, aislamiento del microorganismo causal, alteraciones radiológicas. Se estudiaron la localización, número de articulaciones afectadas, germen causal y factores de riesgo tales como diabetes mellitus, artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso generalizado (LEG), neoplasias, inmunosupresión, uso crónico de esteroides, infiltración previa de la articulación, infección previa de la articulación.

**Resultados:** Se atendieron 17 casos de artritis sépticas. Nueve fueron mujeres y 7 hombres, con edad promedio de 42 años. Las localizaciones más frecuentes fueron rodilla 10 (58%), carpo 3 (17%), codo 1 (6%), interfalángica proximal derecha 1(6%), columna lumbar L5 1 (6%) y cadera 1 (6%). En 14 enfermos (82%) se identificaron factores de riesgo siendo los más habituales; uso de esteroides 7 (41%), infiltración previa de la articulación 5 (29%), AR 5 (29%), terapia con citotóxicos 4 (23%), (LEG) 4 (23%), diabetes mellitus 3 (17%). Los agentes causales identificados fueron *S. aureus* 10 (58%), *Mycobacterium tuberculosis* 2 (11%), *S. pneumoniae*, 1(6%), *S. viridians* 1 (6%), *Salmonella* 1(6%). Las alteraciones radiológicas encontradas fueron osteomielitis 7 (47%), erosiones articulares 4 (23%).

**Conclusiones:** El agente causal más frecuente de AS fue *S. aureus*. La localización más común fue la articulación de la rodilla. Los factores de riesgo encontrados fueron el uso de esteroides, infiltración previa de la articulación, terapia con citotóxicos, comorbilidad con AR y LEG. Los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron osteomielitis y erosiones.

C-144

### Experiencia inicial en ultrasonido músculo-esquelético en el servicio de reumatología de un hospital de tercer nivel.

Chávez-López M, Gallaga-Gutiérrez VA, Huerta-Yáñez G.

Servicio de Reumatología, Depto. Med Interna, Hos. Especialidades "Miguel Hidalgo", Aguascalientes, Ags, México.

**Introducción:** El ultrasonido músculo-esquelético (USME) ha sido utilizado como apoyo diagnóstico y terapéutico en enfermedades del aparato locomotor. El reumatólogo se beneficia directamente de esta herramienta que puede ser utilizada en la práctica diaria.

**Objetivo:** Describir la experiencia del servicio de reumatología del hospital "Miguel Hidalgo" en la evaluación sonográfica de pacientes con patología del aparato locomotor.

**Método:** Se usó un US modelo ImagePoint con un transductor lineal multifrecuencia (5-10 MHz) para estudiar a pacientes valorados por el servicio de reumatología. Se registró edad, género, diagnóstico clínico previo al US y comorbilidad.

**Resultados:** Se realizaron 133 US en 103 pacientes. US de hombro en 58 pacientes (10 bilateral), rodilla: 30 (2 bilateral), codo: 7, mano: 7 (2 bilateral), cadera: 6 (1 bilateral), muñeca 6 (2 bilateral), tobillo 6 (1 bilateral), pie: 4, muslo: 4, pierna: 3, región escapular: 2. La edad promedio fue 46.8 años (6-82), género femenino (n=68, 66%). Los principales diagnósticos fueron: desgarro parcial del supraespinoso (SE): 18 casos, desgarro total del SE: 11, desgarro parcial del infraespinoso (IE): 2, tendinosis del SE: 14, tendinitis del SE: 4, tendinitis calcificada: 3, sinovitis de hombro: 3, tenosinovitis bicipital: 3, bursitis subacromial: 3, desgarro de labrum: 1, hombro normal: 2, quiste de Baker: 10, ganglion popliteo: 2, bursitis prepatelar: 3, bursitis infrapatelar: 4, entesitis anserina: 4, sinovitis de rodilla: 7, epicondilitis lateral: 2, bursitis séptica del olécranon: 1, epicondilitis medial: 2, sinovitis de codo: 1, tofo: 1, síndrome de túnel carpiano: 3, sinovitis de muñeca: 2, ganglion en carpo: 1, sinovitis de MCF o interfalángicas: 5, dedo en gatillo: 2, sinovitis de cadera: 3, trocanteritis: 3, bursitis Aquilea: 3, entesitis Aquilea: 1, sinovitis de tobillo: 1, fasciitis plantar: 1, sinovitis de MTF: 4, lipoma de región escapular: 2, miopatía inflamatoria: 3, miositis ossificans: 1, calcinosis (pierna): 2, celulitis: 1. Se realizaron procedimientos (biopsia, aspiración o infiltración de esteroides) en 33 (32%) pacientes. Con el US el diagnóstico cambió en 47 (45%) de los casos.

**Conclusión:** El diagnóstico clínico cambió en relación a un mayor número de estructuras afectadas en una misma región, especialmente el hombro. El USME es un complemento de alta utilidad en el campo diagnóstico y terapéutico del reumatólogo.

C-145

### Utilidad del ultrasonido musculoesquelético ante la sospecha de trombosis venosa profunda.

Rivera-Valencia M, Amigo-Castañeda MC, Pineda-Villaseñor C.

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México, DF, México.

El diagnóstico (dx) diferencial del dolor e inflamación en el hueco poplíteo incluye trombosis venosa profunda (TVP), quiste de Baker (QB), aneurisma de la arteria poplítea, tumores de nervios periféricos y sarcomas. Sus manifestaciones clínicas son muy similares, por lo que el dx de certeza constituye un reto. Describimos 6 casos de mujeres con enfermedades reumáticas que presentaron en común un cuadro de dolor e inflamación en cara posterior de una pierna. En todas ellas se sospechó el dx de TVP, en base a los síntomas y a la presencia de signos vasculares. Sin embargo el examen ultrasonográfico realizado al momento de la consulta reveló una dilatación quística de la bursa gastrocnemio-semimembranosa, con datos de ruptura en 3 de los casos.

Edad	Dx	Evolución	Examen físico	Doppler venoso	US
68	Sx Sjögren	3 d	Dolor, edema, eritema, Homans+, Peabody+, Olow+, derrame en rodilla, Foucher+	No	QB roto
47	AR	60d	Dolor, eritema, edema, Homans+, derrame en rodilla	Normal	QB roto
43	AR	15 d	Dolor, edema, Homans+, Peabody+, Olow+, derrame en rodilla, Foucher +	No	QB
57	OA	5 d	Dolor, hematoma, Homans+, derrame en rodilla	No	QB
58	AR	10d	Dolor, edema, eritema Homans+, derrame en rodilla	No	QB roto
44	AR	30d	Edema, Homans+, derrame en rodilla	Normal	QB

El cuadro clínico de la TVP puede ser indistinguible del producido por un QB, por lo tanto, el US puede ser una herramienta valiosa para el diagnóstico temprano de ésta condición, evitando así medidas terapéuticas y gastos innecesarios para los pacientes.

C-146

### Densitometría ósea periférica de falanges y uso de un cuestionario de escrutinio para una campaña de detección de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.

<sup>1</sup>Muñoz-Medrano AL, Martínez-Bonilla GE, Gutiérrez-Ureña S, Bernard-Medina AG.

<sup>1</sup>Med Interna, Reumatología y URHIA. Hosp. Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jal, México.

**Introducción:** La osteoporosis (OP) tiene consecuencias financieras, físicas y psicosociales, con impacto a nivel personal, familiar y social. El análisis de los factores de riesgo se ha utilizado como una evaluación costo-efectiva para el diagnóstico de OP.

**Objetivo:** Determinar el diagnóstico de OP en mujeres posmenopáusicas mediante densitometría ósea de falanges y un cuestionario de factores de riesgo.

**Métodos y materiales:** Durante una campaña de salud de la mujer realizada durante 7 días, se invitó a mujeres posmenopáusicas a participar en la detección. A ellas se les aplicó el "Cuestionario de escrutinio para Detectar Mujeres posmenopáusicas con osteoporosis" (Albrand y cols, 1998), considerando 4 o más puntos para riesgo de osteoporosis, y se les realizó densitometría ósea (DMO) de falanges de la mano no dominante con el Sistema de Densidad Ósea Metri. Alara, Inc. Se utilizaron los criterios de OP de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1994.

**Resultados:** De 1307 mujeres participantes, se encontraron 319 (24%) mujeres con riesgo de OP de acuerdo al cuestionario de Albrand y cols, encontrando que el 91% de las mujeres en riesgo se encontraron con edades entre 50 a 79 años. Con la densitometría ósea de falanges realizada a las mujeres con riesgo se encontró a 198 mujeres con OP (62%), 92 mujeres con osteopenia (29%), 27 mujeres con DMO normal (8%),

2 mujeres con DMO alta (0.62%). Las mujeres con OP tuvieron promedios de edad de 66 años y de IMC de 28.02. Para mujeres con osteopenia los promedios de edad fueron de 62 años y del IMC de 28.65. En mujeres con DMO normal la edad promedio fue de 54 años y de IMC fue 28.80.

**Conclusiones:** Aplicando el cuestionario de escrutinio para riesgo de osteoporosis se detecta a las pacientes candidatas para realizar la densitometría ósea y puede ser la causa de haber encontrado un gran porcentaje de osteoporosis y osteopenia. Es necesario hacer estudios comparativos con DMO centrales para corroborar nuestros hallazgos.

C-147

### Estudio comparativo entre densidad mineral ósea periférica (DMOP) de falanges vs densidad mineral ósea central (DMOC) en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis (OP).

<sup>1</sup>Ruiz-González F, Bernard-Medina AG, Martínez-Bonilla GE, <sup>1</sup>Muñoz-Medrano A, Gutiérrez-Ureña S. <sup>1</sup>Clinica de Osteoporosis, Servicio de Reumatología, Servicio de Medicina Interna y Unidad de Investigación URHIA, CUCS, U de G, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde." Guadalajara, Jal, México.

**Introducción:** Diversos métodos de diagnóstico han sido propuestos para la evaluación de la osteoporosis, considerando a la DMOC para su detección como el estándar de oro según la OMS. Los equipos periféricos han mostrado utilidad diagnóstica y reducción en los costos en población abierta.

**Objetivos:** Determinar si existe una correlación estrecha entre DMOP vs DMOC para el diagnóstico de OP.

**Material y métodos:** de una campaña de población abierta se detectaron 198 personas con OP por DMOP de falanges (SDMO Metri Alara Inc.), a 69 pacientes se les realizó DMOC columna (c) y cuello de fémur (cf) y se hizo un análisis estadístico de correlación de Pearson.

**Resultados:** La DMOP promedio fue de  $-3.63 \pm 0.85$ , la DMOC(c) promedio fue de  $-2.38 \pm 1.12$  y la DMOC(cf) fue de  $-1.42 \pm 1.04$ . Al comparar la DMOP contra la DMOC(c) se encontró una correlación de 0.416 con  $P=0.00$  (nivel de significancia 0.01); la DMOP contra la DMOC (cf) evidenció correlación de 0.091 (NS); DMOC (c) contra DMOC (cf) mostró una correlación de 0.61 con  $P=0.033$  (nivel de significancia 0.05).

**Conclusiones:** La correlación entre estudios periféricos y centrales puede demostrar diferencias de resultados en OP. En este estudio existe una correlación baja entre DMOP y DMOC(c) pero no se encontró correlación entre DMOP y DMOC(cf). La DMOP puede ser de cierta utilidad para detectar OP de columna, no así de cuello femoral.

C-148

### Incidencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con y sin terapia hormonal de reemplazo. Reporte preliminar.

Ruiz-Acosta JM, Adán-Hurtado E, Estrella-Conejo AR, Barreira-Mercado E. Clínica de Osteoporosis de Querétaro, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, Gro. México.

En el climaterio femenino suele disminuir con rapidez la masa ósea, especialmente durante los primeros 5 años. Al respecto, uno de los objetivos que sustentan a la terapia hormonal de reemplazo (THR) es precisamente la conservación de la masa ósea evitando el alto remodelado esquelético.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres con más de 5 años de menopausia que con y sin THR.

**Material y métodos:** Se evaluó a pacientes del sexo femenino que fueran referidas para estudio de densitometría axial (Hologic QDR 1000 plus) durante el periodo comprendido de noviembre de 1991 a febrero de 2002. En cada caso se aplicaron los criterios de la OMS de 1994 para clasificarlas como normales, osteopenia y osteoporosis; se registró los factores de riesgo y se dividieron en dos grupos: El grupo-I con casos tratados con THR por 5 años o más y el grupo-II con casos sin THR. Se excluyó a casos de premenopausia y aquellas con THR por menos de 5 años. Para analizar los resultados se aplicó la prueba de Chi cuadrada y estadística descriptiva.

**Resultados:** Total de casos 179, los elegibles para el grupo-1 fueron 26 casos y para el grupo-2 un total 61 casos. Los hallazgos de densitometría revelaron osteopenia lumbar en el 30.7% (grupo-I) y 41% (grupo-II) y de 38.4% (I) y 41% (II) en el cuello de fémur. En cuanto a la osteoporosis fue de 15.3 % (grupo-I) y de 29.5 % (grupo-II) en columna lumbar; mientras que fue de 3.8% (grupo-I) contra 16.4% (grupo-II) en el cuello de fémur.

**Conclusión:** Los valores de masa ósea fueron superiores en los casos tratados con THR.

C-149

### Epidemiología e inmunotoxicidad del mercurio en habitantes de la Laguna del Pedernalillo. Guadalupe, Zacatecas, México (reporte preliminar).

<sup>1</sup>Salmón-De la Torre G, <sup>2</sup>García-De la Torre I, <sup>3</sup>Pollard M, <sup>4</sup>Ávalos-Romero E, <sup>5</sup>Chávez-López MA, <sup>6</sup>Sotelo I, <sup>7</sup>Contreras-Díaz J.

<sup>1</sup>ISSSTE/Fondo Cultural Zacatecas, A.C., <sup>2</sup>HGO, Jalisco, Méx, <sup>3</sup>Scripps Institute, La Jolla, CA. USA, <sup>4</sup>HGZ IMSS, Aguascalientes, Méx, <sup>5</sup>Hosp Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Méx, <sup>6</sup>Unidad de Invest IMSS, Zac, Méx, <sup>7</sup>Unidad Académica Economía, Universidad Autónoma de Zac, Méx.

**Introducción:** Algunas enfermedades presentan manifestaciones reumatológicas por contaminantes químicos como la denominada "Itai Itai", que incluye deformaciones óseas. Recientemente se describieron anticuerpos antinucleolares inducidos por mercurio con respuesta hacia fibrina en modelos experimentales murinos.

**Objetivo:** Realizar un estudio epidemiológico y de inmunotoxicidad en habitantes de la presa "El pedernalillo", donde la acumulación de metales pesados (por 400 años de explotación minera) con arsénico, cadmio, cromo, mercurio, plata, selenio y otros contaminantes químicos permita realizar una correlación de alteraciones reumatológicas y las descritas en el sistema inmune, con el estudio de anticuerpos antifibrilares humanos inducidos por mercurio.

**Material y método:** 1). El diseño del estudio epidemiológico, reumatológico y de inmunotoxicidad definió el tamaño de la muestra; 2). Se tomaron 143 muestras de sangre

C-150

### Herpes gestacional asociado a deficiencia adquirida de factor VIII y síndrome del túnel del carpo y de Guyón. Informe de un caso.

Vera-Lastra O, Fernández-Arrieta G, García-Flores MT, Ariza-Andraca R.  
Departamentos de Medicina Interna y Admisión Continua.  
Hosp. de Especialidades CMN La Raza. IMSS. México, D.F.

venosa periférica para estudios de BH, AAn y EGO; 3). Estudio clínico realizado por tres médicos reumatólogos; 4). Análisis de variables generales correlacionables; 5). Estudio piloto, prueba de instrumentos de medida y estudio de sombra en encuestadores; 6). Procesamiento de datos con paquete informático (SPSS V.9.0).

**Resultados:** El 23.7% presentó manifestaciones clínicas de intoxicación por mercurio, el 20% manifestaciones reumatológicas y el 21.92% serológicas.

**Introducción:** El Herpes Gestacional (HG) es una enfermedad ampollosa infrecuente de origen autoinmune, que se presenta en el segundo o tercer trimestre del embarazo o en el puerperio. La asociación del HG y deficiencia adquirida del factor VIII y síndrome del túnel del carpo es rara. **Caso:** Mujer de 29 años sin antecedentes familiares hematológicos o reumatológicos. **PA:** Inició su padecimiento en septiembre de 2001 durante el tercer trimestre de su primer embarazo al presentar lesiones vesículo ampollasas en abdomen y extremidades, cara y mucosas, se inició tratamiento con prednisona 60 mg/día con mejoría de las lesiones, con presencia de parestesias en la mano izquierda, se le realizó cesárea con producto que presentaba lesiones ampollasas generalizadas que desaparecieron en los siguientes meses. En el puerperio presentó exacerbación de la dermatosis en forma generalizada y además cursó con sangrado del tubo digestivo, gingivorragias, síndrome anémico e inestabilidad hemodinámica. La paciente continuó con prednisona en dosis de reducción hasta 15mg/día. En julio 2002 nuevamente presentó exacerbación de las lesiones dérmicas y síndrome hemorrogíparo. **EF:** Con atrofia tenar e hipotenar izquierda, Phalen y Tinel positivos izquierdo, sin artritis a la exploración dermatológica: 1) zonas de pigmentación residual de márgenes arciforme en brazos, piernas y abdomen y 2) equimosis en brazo y antebrazo derecho con ampollas confluentes en codo de contenido hemática, se dió tratamiento con pulso de metilprednisolona y ciclofosfamida con mejoría en las pruebas de hematología. Laboratorio sep. 2001 Hb: 4 g/dl, TTPa de 112 seg con corrección parcial a 50 seg, pero no con solución salina con TTPa de 150 seg; la actividad del factor VIII de 1.6 %. Hipereosinofilia de 7,000 con leucocitosis de 22,000 y trombocitosis, Anticuerpos antinucleares 1:40 MF. Biopsia de piel con dermatitis vesículo-ampollosa con vesícula subepidérmica e infiltrado neutrofílico de predominio eosinofílico en la ampolla. Electromiografía con datos de síndrome de túnel del carpo y de Guyón izquierdo.

**Conclusión:** El presente caso muestra manifestaciones clínicas e histológicas de HG y su asociación rara con deficiencia adquirida del factor VIII que pudiera corresponder a una Hemofilia adquirida A o B que ha mejoraría con ciclofosfamida en pulsos, sin mejoría del síndrome del túnel del carpo y de Guyón.

C-151

### Proteína TAU y su implicación en las manifestaciones neurológicas del síndrome de Sjögren.

Ferraz-Amaro I, Cozar I, Arteaga MF, Machargo MV, Acosta E, Trujillo E, Ávila J, Martín-Vasallo P.  
Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Canarias. Laboratorio de Biología del Desarrollo. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de La Laguna. Tenerife. España.

**Objetivo:** Determinar si la proteína tau, implicada en otras enfermedades neurodegenerativas, juega algún papel en la patogenia de las manifestaciones neurológicas del síndrome de Sjögren (SS).

**Material y métodos:** Se ha realizado un muestreo en genoteca de expresión de cerebro humano en lambda gt11 utilizando como sonda sueros de enfermos con manifestaciones neurológicas de síndrome de Sjögren.

**Resultados:** Tras enfrentar los sueros a la genoteca antes mencionada, hemos encontrado un cDNA que reaccionaba con el suero problema. Dicho cDNA fue secuenciado para conocer la proteína a la que correspondían encontrando que correspondía con la proteína ya conocida, tau. El cDNA de tau fue clonado en un plásmido de expresión para su síntesis recombinante, obtuvimos así, una proteína de 15 kD que fue utilizada mediante técnica de western blot para su sondaje con sueros de 20 enfermos de SS y 20 sueros de donantes sanos. Las bandas obtenidas en Western Blot fueron analizadas mediante el programa NIH Scion Image y sus correspondientes resultados en unidades de densidad óptica fueron comparados estadísticamente mediante test de U de Mann-Whitney. Encontramos que la población afecta de SS, y concretamente aquellos enfermos con manifestaciones neurológicas, tenían unos valores no significativamente diferentes de anticuerpos anti tau en comparación con la población sana.

**Conclusión:** Hemos identificado por primera vez la proteína tau como autoantígeno. Aunque no hemos encontrado que los enfermos con SS expresen valores de autoanticuerpos anti-tau significativamente diferentes en comparación con los sanos, consideramos que por primera vez se describe la implicación de la proteína tau en esta enfermedad, y que quizás esta relación no ha sido encontrada por el bajo número de enfermos estudiados dado lo difícil de encontrar enfermos con manifestaciones neurológicas de SS.

# Índice de Autores

## A

Abbud-Lozoya KA	14, 29
Abraham-Simón J	3, 7, 14, 15, 21, 57, 58
Ábrego-Moya V	51
Abud L	31
Abud-Mendoza C	8, 19, 31, 34, 35, 48, 49, 73
Acebes C	46
Aceves-Ávila FJ	18, 25, 46
Acosta E	62, 87
Adán-Hurtado E	85
Águila-Gastélum C	62
Aguilar X	49
Aguilera-Zepeda JM	10, 29
Aguirre MA	4
Aguirre-Sánchez J	32
Ahumada J	49
Alarcón-Segovia D	9, 14, 15, 27
Alcalá M	28, 61
Alcocer-Varela J	7, 8, 13, 14, 15, 18, 27, 56, 58
Alejo JL	48
Almanza C	48
Almazán M	48
Almazán-Díaz A	47, 83
Alonso J	48
Alvarado-Sánchez B	8
Álvarez E	3, 15
Álvarez-Aguilar C	52
Álvarez-Hernández E	64
Álvarez-Nemegyei J	24
Amat-Traconis MA	28, 74, 77
Amezcu-Guerra LM	10, 67
Amigo-Castañeda MC	4, 19, 32, 50, 84
Amoura Z	57
Andrade-Ortega L	25, 28, 37, 38, 74, 76
Aranda-Baca LE	33
Arce-Salinas CA	24, 36, 37
Arena E	21
Arévalo-Martínez F	25
Ariza-Andraca R	56, 79, 86
Arreola G	73
Arredondo-Sierra MS	42
Arrollo S	42
Arteaga MF	61, 86
Aubin JE	4
Ávalos-Díaz E	13, 15, 29, 30, 57
Ávalos-Romero E	86
Ávila-Casado MC	32
Ávila J	61, 86

## B

Balderas I	9, 24
Bañuelos-Ramírez D	35, 47, 66, 69, 79
Barba-Gómez JF	60
Barba-González A	81
Barile-Fabris L	16, 43, 78
Barquera R	5
Barranco-Fragoso B	75
Barreira-Mercado E	19, 48, 85
Barrera-Cruz A	25, 81
Bauk L	73
Bautista J	10
Bear I	35
Benavides-Brito H	67
Benítez-Reyes R	52
Bernard-Medina AG	20, 26, 44, 45, 48, 49, 65, 66, 85
Berni-Betancourt AC	37
Berríos-Godoy FP	75, 78
Blanco-Favela F	77
Blanco-Lemus E	81
Blanco-Soto E	19, 48
Bouffard A	26
Brea E	45
Briseño CA	75
Brito-Zerón M	39
Burgos-Vargas R	4, 7, 17, 23, 24, 33, 46, 50, 62, 63, 64, 68, 83
Bustamante F	72
Bustamante R	28, 39, 61, 81

## C

Cabero F	46
Cabiedes J	7, 14, 18, 24, 56, 57, 58, 71
Cabral AR	15, 66
Cadena-Domínguez M	80
Cajigas-Melgoza JC	30
Calderón E	81
Camps MT	4
Canoso-Ardigó JJ	32
Cantú-Brito C	71
Capín GN	14
Cárdenas-Meza M	20
Cardiel-Ríos MH	5, 18, 19, 24, 46, 56, 71, 82
Cardona-Muñoz EG	26, 30
Cardoso-Saldaña G	59
Carreño-Manjares R	11, 80
Carrillo-Vázquez SM	4, 55
Carvajal-Alonso L	42, 62
Casasola-Vargas JC	23, 46, 63

Castillo-Victoria E	16
Castro N	28
Castro RS	5
Castro-Guzmán CL	11
Cedillo-Ramírez ML	47
Cervera P	11
Cervera R	39
Cervera-Castillo H	70, 77
Céspedes M	38
Céspedes-Cruz AI	33, 42, 62
Cetina-Canto JA	30
Cetina-Manzanilla JA	30
Cicero Sabido R	3
Clapp C	51
Clark P	33
Clemente MVM	43
Concha-del Río LE	68
Conrado García	68
Contreras I	75
Contreras-Díaz J	85
Contreras-Domínguez	36
Cortina E	50
Cota Sánchez AR	52
Cozar I	61, 86
Crispín JC	27, 56
Cruz J	17, 23
Cruz-Álvarez LJ	41, 53, 54
Cruz-López F	46, 83
Cruz-Rivera Z	64
Cuadrado MJ	4
Cuevas-Orta E	19, 31, 34, 35, 48, 73

**CH**

Chaidez-Rosales PA	10
Chávez J	46
Chávez-López MA	46, 64, 82, 85
Chiu B	6

**D**

Daneri-Navarro A	20, 49
Dávalos IP	51
Dávalos ME	42
Dávila-Maldonado L	15
de León-Bojorge B	32
De Santiago S	9
del Rincón I	8
Delezé-Hinojosa M	55
Díaz A	34
Díaz-Alderete A	13
Díaz-Salinas V	65
Doménech M	22

Domínguez G	16
Dtez P	17
Duarte-Salazar C	10, 22, 47

**E**

E de Miguel	46
Echeverría-Díaz L	64, 78
Escalante A	8
Escalante-Sandoval I	36
Espinóla N	73
Espinosa-Morales R	10, 47, 83
Espinosa-Villalpando J	23, 41, 53, 54
Espinoza-Coello L	38
Espinoza-Soberanes JA	38
Esquivel-Valerio JA	40, 67
Esteves A	9
Estrada-Villaseñor EG	10
Estrella-Conejo AR	85

**F**

Faugier E	11
Fernández-Arrieta	87
Fernández-Tapia S	67
Ferraez-Amaro I	61, 86
Figuera L	51
Flores C	21, 64
Flores D	14
Flores F	31
Flores-Galicia JG	69
Flores-Suárez LF	21, 75
Font J	9, 39
Fraga A	9, 27, 31, 32, 39, 45, 64, 72, 75, 78, 81
Franco-Flores E	36
Frisoli A	5
Fuentes-de la Mata J	9, 27, 31, 32, 72
Fuentes-García M	4

**G**

Gabriel M	68
Galarza-Delgado DA	40, 67
Galarza-Lozano D	49
Galindo-Rodríguez G	39
Galván-Ramírez ML	13
Galván-Villegas F	11
Gallaga-Gutiérrez VA	64, 83
Gallardo-Gutiérrez I	51
Gámez-Nava JI	3, 7, 13, 17, 26, 29, 34, 38, 51, 52, 70, 71, 73, 74



García-Álvarez E	66	Hernández-Martínez A	41, 70
García-Avedaño J	59	Hernández-Pacheco G	7
García-Carrasco M	9, 39	Hernández-Palazuelos EC	63, 79
García-Cervantes ML	33	Hernández-Paz R	63, 79
García D	42	Hernández-Romo JA	34
García-de la Torre I	6, 41, 59, 85	Hernández-Vásquez J	27
García-Figueroa J	72	Hernández-Vásquez R	78
García-Flores MT	87	Hernández-Zarco L	41
García-Gallegos G	67	Herrera LE	65
García-García C	62, 83	Herrera van Oostdam DA	29
García-González A	3, 13, 26, 29, 34, 52	Herrera-Esparza R	13, 15, 29, 30, 57
García-González D	77, 78, 79	Herrera-Saldívar E	47
García-González G	13, 29	Holguín-Dorador IG	55
García-Juárez A	60	Huerta-Yáñez G	64, 84
García-Latorre E	47	Hughes GRV	4
García-López O	31	Huitrón BG	16
García-Ramos G	71		
García-Ruiz JE	59		
García-Valladares I	6		
Garduño-Pérez AA	37	<b>I</b>	
Garza-Elizondo MA	40, 67	Ilizaliturri-Sánchez VM	10
Gaskin G	21	Inguelmo M	39
Geling O	5	Inman RD	4, 6
Gil-Juárez C	47	Irazoque-Palazuelos F	25, 28, 37, 38, 74, 76, 77
Gómez-Puerta JA	4	Izaguirre R	50
González-Amaro R	8		
González-Jaime JJ	44		
González-López L	3, 7, 13, 17, 26, 29, 34, 51, 52, 70, 71, 73, 74	<b>J</b>	
González-Martínez A	69	Jaimes-Hernández J	20, 65
González-Martínez M	69	Jara-Quezada LJ	9, 16, 22, 39, 43, 55
González-Ortega ME	21	Jayne D & EUVAS	21
González-Rangel MA	70, 71	Jiménez-Balderas FJ	39, 45, 64, 75, 81
González-Valera I	13, 29	Jiménez-Palop M	46
Gorráez-de la Mora MT	37, 38	Juárez V	74, 77
Granados-Arriola J	5, 24, 46, 50	Juárez-Hernández I	18, 56
Grimaldo N	38		
Guerra-Galicia C	49	<b>K</b>	
Guerrero-Díaz FI	40	Khamashta MA	4
Guevara-Gutiérrez E	60	Kooh-Song M	75
Guibert-Toledano M	41, 70, 71	Kouri JB	14, 29, 51
Gutiérrez L	38		
Gutiérrez-Suárez R	7, 46, 63		
Gutiérrez-Ureña S	44, 45, 48, 49, 66, 85		
Guzmán S	16, 17, 20, 22, 23, 42		
		<b>L</b>	
<b>H</b>		Labastida-Domínguez VM	55
Hadad-Pinelo J	37	Lavalle C	14, 39, 51
Halhali A	9	Lavielle SP	22
Halperin I	39	Layseca-Espinosa E	8
Hazan L EJ	29	Lerman I	9
Hernández-Díaz C	37, 38, 74, 77	Leyva-Álvarez A	62
Hernández-Garduño A	33	Lino-Pérez L	23, 62, 64, 68, 83

Londoño J	46	Mejía Y	55, 81
López A	53	Mendoza-Ferra JF	64
López GE	43	Meléndez-Mercado C	16, 19, 64, 75
López LR	6	Melo M	68
López S	23, 71	Mellado-Rojas P	30
López-Andrade AJ	44, 45, 49	Mena R	14
López-López JM	49	Mendoza C	55, 81
López-López SM	19	Mendoza-Fuentes A	59
López-Martínez H	75, 78	Messina OD	5
López-Olivo MA	13, 17, 29, 34, 52	Meza-Contreras I	80
López-Robles MC	47	Mihaylova D	63
López-Tarabay CV	41, 53, 54	Miranda-Limón JM	4, 16, 22, 43, 55, 56, 61
López-Vidal Y	10	Miranda-Saucedo C	78
Loredo-Mendoza ML	32	Moctezuma GF	68
Lugo-Zamudio G	53, 76	Moctezuma JF	83
Luna J	14	Mondragón V	43, 53
Luqmani R	21	Montes R	50
		Montúfar-Guardado R	58
		Morales-Romero J	17, 34, 70, 71
		Morales-Torres J	5, 44
<b>LL</b>		Morales-Velásquez JL	36
Llorente L	13	Morales-Zambrano R	54
		Moreno-Sánchez F	32
		Moreno-Valdés R	19, 76
		Mota-Mondragón BA	28, 74, 77
<b>M</b>		Moya C	45
Macotella Y	51	Moya-McClaugherty C	72
Machargo MV	61, 86	Mundo F	10
Madrigal-Tescum E	72	Muñoz-Louis R	39
Maldonado R	11	Muñoz-Medrano AL	49, 85
Maldonado-Velásquez MR	80	Muñoz-Valle JF	3, 20, 26, 49
Mansilla-Lory J	10, 67	Muro-Cruz D	36, 37
Maradiaga-Ceceña M	62	Musset L	57
Marentes-Monsivais V	34, 48		
Márquez-Magaña I	48	<b>N</b>	
Márquez-Solano JC	56	Naredo E	46
Martín H	4	Nava-Zavala A	19, 23, 26
Martín-Vasallo P	61, 86	Navarro C	65
Martín-Márquez BT	20, 49	Navarro-Alvarado J	59
Martínez CA	27, 56	Navarro-Cano G	8, 67
Martínez JL	71	Neri GM	22
Martínez-Bonilla GE	20, 44, 45, 48, 49, 66, 85	Neto JFM	5
Martínez-Lavín M	10, 23, 67, 71	Noriega-Caudillo J	19
Martínez-Martínez M	35		
Martínez-Pacheco R	79	<b>O</b>	
Martínez-Rueda JO	69	Oaxaca-Escobar CG	80
Martínez-Sánchez J	32	Oregón-Romero E	20, 49
Martínez-Zapata JL	26	Ornelas-Aguirre JM	7, 60, 73, 74
Medina M	23, 24, 71	Ornelas-Torres JC	13, 29
Medina-García G	43	Oros C	31
Medina-Pastor MN	19, 82	Orozco-Alcalá JJ	19, 44, 54
Medina-Peñaloza M	65		
Medina-Rodríguez F	9, 27, 31, 32, 78		
Medrano-Ramírez G	23, 62, 83		
Medrano-Ramírez M	76		

Orozco-Barocio G 41  
 Orta-Lozano A 31, 73  
 Ortiz-Jiménez E 18, 56, 76

## P

Pacheco-Tena C 4, 6, 63  
 Pacheco-Teña JF 46  
 Padín M 9  
 Páez-Valencia C 37  
 Palafox-Sánchez CA 6, 41  
 Papaqui-Tapia S 36  
 Pascal G 57  
 Pascual-Ramos V 9, 24, 76, 82  
 Paz y Mar H 50  
 Peláez-Ballestas I 33  
 Penedo-Cuello A 41  
 Peña-Santos G 80  
 Pérez A 28, 39, 61  
 Pérez GC 76  
 Pérez-Bastidas ME 41  
 Pérez-Camacho R 33  
 Pérez-Cruz E 53  
 Pérez-Saleme L 32  
 Pérez-Tamayo R 4  
 Perla-Navarro AV 11, 81  
 Pichardo E 9  
 Pijoan C 10, 67  
 Pineda-Villaseñor C 4, 10, 26, 67, 71, 84  
 Pinzón de la OB 44, 45, 48, 49  
 Pizarro S 38  
 Plascencia-Ortiz T 7  
 Pogosian S 8  
 Pollard M 85  
 Ponce de León S 18, 56  
 Ponce-Mejía L 34  
 Poot-Luján J 28, 37, 38, 74, 77  
 Portillo-San Pedro 66  
 Pozos-Espíndola JC 81  
 Prieto-Seiffert P 32  
 Puente-Gallegos F 34

## Q

Quiñónez-Palacios M 41

## R

Rada-López M 34  
 Ramírez ED 57  
 Ramírez L 51  
 Ramírez-Casanova E 3

Ramírez-Sandoval R 29, 57  
 Ramos L 33  
 Ramos-Casals M 9, 39  
 Ramos-Remus C 11, 18, 25, 81  
 Ramos-Ruiz A 34  
 Ramos-Sánchez A 33  
 Ramsés R 19  
 Reyes PA 3, 15, 21, 68, 73  
 Reyes-Llerena GA 41, 70  
 Reyes-Vaca G 35  
 Richaud-Patin Y 13, 27  
 Riera G 5  
 Rivera-Salgado MI 36  
 Rivera-Tapia JA 47  
 Rivera-Valencia M 84  
 Rizo-Rodríguez J 19, 34, 49  
 Robles-San Román M 20, 42, 65  
 Rodríguez-Castellanos MA 60  
 Rodríguez-Galán L 35, 79  
 Rodríguez-Sancho LC 66  
 Roja ML 14  
 Rojas-Rodríguez J 47  
 Rojas-Serrano J 14, 66, 82  
 Roldan de la OI 32  
 Roldán J 8  
 Romero J 70  
 Romero M 33  
 Romero-Díaz J 22  
 Romero-Flores MR 16, 33  
 Romero-Ocampo L 37  
 Rosas-López F 19  
 Rosenstein Y 8  
 Rubio-Pérez N 46, 50, 51  
 Ruiz A 38  
 Ruiz Morales J 45  
 Ruiz-Acosta JM 19, 48, 85  
 Ruiz-González F 85  
 Ruiz-Maza F 75  
 Ruiz-Moreno JL 80  
 Ruiz-Quezada S 20, 49  
 Ruiz-Sandoval JL 44  
 Rull M 9, 59, 82  
 Ruvalcaba-Priego MA 28, 74, 77

## S

Saavedra-Salinas MA 16, 55, 56  
 Salazar-González B 51  
 Salazar-Páramo M 13, 26, 29, 51, 52, 59, 60, 73, 74  
 Salinas-Saldívar S 35, 47, 79  
 Salmón-De la Torre G 85  
 Sánchez-Alonso S 25, 81  
 Sánchez-Castillo S 9  
 Sánchez-González ML 39, 45, 64, 75, 81

Sánchez-Guerrero J	22
Sánchez-Huerta JM	36, 59
Sánchez-Navarro MR	63, 79
Sánchez-Ortiz A	11, 25, 81
Sánchez-Pernaute O	46
Sánchez-Rodríguez SH	13, 15, 29, 57
Sandoval L	51
Sandoval-Sataray A	72, 75, 78
Sauza-del Pozo MJ	33
Sen SS	5
Sevilla-Godínez RE	70, 71
Shumsky C	23
Sierra-Jiménez GM	25
Silva A	72
Silva-Ramírez B	46, 50
Silveira-Torre LH	26, 82
Simón JA	3
Sita Y	81
Solano-Ponce ME	47
Solimano JA	5
Solís-Vallejo E	33, 62
Sotelo I	85
Soto ME	3, 15, 21, 73
Stone M	4

**T**

Tachiquin-Serrano G	66
Talamás P	14
Talavera J	45, 64
Tannus J	32
Taylor DO	6
Téllez-Zenteno J	71
Terán-Estrada L	52
Tietlepantzin-Apartado MA	24
Tlacuilo-Parra A	59, 60
Torres A	65
Torres-Caballero V	70, 77
Trejo W	68
Trejo-González A	69
Trejo-Zamora M	51
Triana-Vázquez F	67
Trujillo-Medina D	48
Trujillo E	61, 86

**U**

Urbina F	10
Urenda-Quezada A	33

**V**

Valdés-Ferrer SI	15
Valera I	51
Valero-González F	10
Vargas-Alarcón G	5, 7, 46, 50
Vásquez-Jiménez JC	7
Vásquez-Linares G	73, 74
Vásquez-Pimentel L	17
Vázquez R	38
Vázquez-Camacho G	7, 73, 74
Vázquez-del Mercado M	3, 20, 26, 49
Vásquez-Linares G	73
Vásquez-Mellado J	17, 23, 24, 62, 64
Vásquez-Talavera J	57
Velasco U	45
Velásquez-García C	7
Velázquez-Forero F	75
Ventura-Ríos L	24, 36, 37
Vera-Lastra O	56, 79, 87
Vicente-González AV	28, 37, 38, 74, 77
Vidal E	31
Villa AR	9, 75
Villa-Manzano AI	13, 29, 34, 52
Villagómez P	64
Villalobos-Hurtado R	15
Villarreal-Alarcón MA	40, 67
Villarreal-Garza C	5
Villegas-Castrejón H	46, 83

**W**

Weder-Cisneros N	71
------------------	----

**X**

Xibillé D	43, 53
Xolot M	81

**Y**

Yáñez-Santos JA	47
-----------------	----

**Z**

Zaldivar H	50
Zamudio J	62
Zárate Z	34
Zavala-Solares MR	63, 79
Zermiño C	51
Zonana-Nacach A	39
Zuñiga J	5

# Índice General

Tipo de actividad	T e m a	Página
P-1	Eficacia de metotrexate en pacientes con espondilitis anquilosante: Estudio aleatorizado doble-ciego, placebo-controlado.	3
P-2	Inmunidad celular a la tuberculina en pacientes con arteritis de Takayasu (AT).	3
P-3	Análisis de correlación clínica mediante ultrasonido y resonancia magnética en la evaluación del hombro de pacientes con artritis reumatoide (AR).	4
P-4	Caracterización del fenotipo de los osteoblastos en espónido artropatías: El caso de la tarsitis anquilosante.	4
P-5	Seguimiento a largo plazo de 128 pacientes con síndrome antifosfolípido primario. ¿Desarrollan lupus eritematoso generalizado?	4
P-6	Relevancia del polimorfismo en el gen ccr5 en la patogénesis de la artritis reumatoide refractaria en mexicanos.	5
P-7	Osteorisk: Un instrumento simple para la identificación de mujeres latinoamericanas con osteoporosis.	5
P-8	El análisis de la respuesta inmune innata en un modelo animal de artritis reactiva inducida por Chlamydia, señala a TLR2 como un factor determinante en la susceptibilidad.	6
P-9	Niveles de ácido hialurónico en artritis reumatoide: Asociación con actividad de la enfermedad.	6
P-10	Alteraciones morfológicas e inmunohistoquímicas en hipertensión arterial pulmonar en necropsias de casos con lupus eritematoso sistémico.	7
P-11	Correlación de los anticuerpos anti-cromatina (aCRO) con la actividad clínica de pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG).	7
P-12	Estudio de ligamiento genético en familias mestizo-mexicanas con múltiples casos de espónido artropatías (SPA).	7
P-13	La mortalidad en artritis reumatoide esta asociada con la severidad de la enfermedad independientemente de las comorbilidades.	8
P-14	Estudio de la activación de la vía de las MAP cinasas inducida a través de CD69 en linfocitos de pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG).	8
P-15	Infección crónica por virus de hepatitis C y enfermedades reumáticas sistémicas: Curso clínico y tratamiento.	9
P-16	Prevalencia de hiperleptinemia en pacientes pre-menopáusicas con lupus eritematoso generalizado (LEG). Su asociación con obesidad central, resistencia a la insulina y síndrome metabólico.	9
P-17	Presencia de ADN de Helicobacter pylori en momias prehispánicas mexicanas.	10
P-18	Estudio transversal de factores asociados con severidad histopatológica en cartílago en pacientes que son llevados a artroplastía total de rodilla y cadera.	10
P-19	Receptores a estrógenos y progestágenos en biopsias de pacientes con nefritis lúpica (NL).	11
S-1	Comparación de niveles séricos de propeptidos de procólageno Tipo I y III entre artritis reumatoide y espondilitis anquilosante.	13
S-2	Síntesis de IL-10 por células CD19+ que expresan CD154 en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG).	13
S-3	El estrés calórico redistribuye a las ribonucleoproteínas Ro y la del citoplasma a los cuerpos nucleares de estrés de células HEp-2.	13
S-4	Ruptura del citoesqueleto (CE) de condrocitos (CD) en osteoartritis humana (OA)- Expresión diferencial de vimentina, actina y tubulina.	14
S-5	Anticuerpos anti-nucleosoma (aNSC) como predictor del desarrollo de lupus eritematoso generalizado (LEG), en pacientes con síndrome antifosfolípido primario (SAFP).	14
S-6	Las proteínas de choque térmico (Hsp) co-localizan con los complejos inmunes en la unión dermo-epidérmica en lupus.	15
S-7	Características clínicas y factores pronósticos de mortalidad en pacientes con arteritis de takayasu (AT). Cohorte retrospectiva de 105 pacientes.	15
S-8	Características clínicas y factores pronósticos de recuperación completa en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) y mielopatía.	15
S-9	Evaluación de la percepción de riesgo para enfermedades reumatológicas en adolescentes del Valle de Toluca.	16
S-10	Evaluación de la terapia psicológica como coadyuvante de la quimioterapia en el lupus eritematoso sistémico (LES).	16
S-11	Efecto de la comorbilidad en el HAQ-Di en artritis reumatoide.	17
S-12	Densidad mineral ósea en pacientes con gota y niveles variables de plomo en hueso.	17
S-13	Utilidad de la inmunización contra influenza y neumococo en pacientes con lupus eritematoso generalizado.	18
S-14	Enfermedades reumáticas: ¿Un mismo problema para el paciente y el reumatólogo?	18

Tipo de actividad	T e m a	Página
S-15	Estudio comparativo de metotrexato (MTX) en dosis bajas semanales (DBS) vs MTX a dosis bajas cotidianas (DBC) en pacientes con artritis reumatoide (AR).	19
S-16	La baja natalidad en lupus eritematoso sistémico. Análisis de 60 casos.	19
S-17	Morbimortalidad asociada a eventos quirúrgicos en pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario.	19
S-18	El alelo 5G del polimorfismo -675 en el promotor del PAI-1 es un posible factor de riesgo para el desarrollo de la artritis reumatoide en el occidente de México.	20
S-19	Densidad mineral ósea: Otros factores de riesgo que contribuyen a disminuirla.	20
S-20	Impacto del genero en el comportamiento clínico y sobrevida en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Estudio de casos y controles.	21
S-21	La plasmaféresis es superior a metilprednisolona en insuficiencia renal aguda en vasculitis anca positivas.	21
S-22	El afrontamiento pasivo a la enfermedad se asocia con actividad en pacientes con lupus eritematoso sistémico.	22
S-23	Diferencias por genero en la actividad clínica, acumulación de daño y mortalidad en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) a través del curso de la enfermedad.	22
S-24	El uso del cuestionario LANSS para dolor neuropático en pacientes con fibromialgia.	23
S-25	Gota: Expresión clínica variable dependiendo del sitio de atención médica.	23
S-26	Impacto en calidad de vida en una cohorte de artritis reumatoide (AR). Evaluación a 7 años.	24
S-27	Enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC). ¿Existen diferencias entre EMTC "seropositiva" y "seronegativa"?	24
S-28	Alta prevalencia de litiasis en dos grupos de pacientes mexicanos con gota.	24
S-29	Sacroiliítis (SI) y afección de coxofemorales en lupus eritematoso sistémico (LES). ¿Entesopatía?	25
S-30	Eficacia de ciclofosfamida intravenosa en pacientes con neuropatía periférica severa.	25
S-31	Efectos del metotrexate sobre la síntesis de interleucina 1-Beta, IL-10, factor de necrosis tumoral	26
S-32	Los cuerpos extraños en el sistema músculo-esquelético y sus complicaciones: Un estudio clínico-sonográfico	26
S-33	Ateraciones inmunoregulatorias en pacientes con lupus eritematoso generalizado en remisión	27
S-34	Características clínicas y radiológicas de los pacientes con artritis psoriásica.	27
S-35	Ensayo clínico aleatorizado a largo plazo de la eficacia de danazol vs dapsona en lupus hematológico	28
S-36	Eficacia y seguridad de infliximab en pacientes con artritis reumatoide.	28
C-1	La disfunción mitocondrial, control central de la apoptosis en cartílago articular osteoartrosico humano.	29
C-2	Comparación de niveles séricos de propéptidos de procolágena Tipo I y III en pacientes con lupus eritematoso sistémico.	29
C-3	La apoptosis y no la necrosis aumenta la unión de los anticuerpos antinucleares a los antígenos de las células HEp-2.	29
C-4	Infliximab en psoriasis.	30
C-5	Periartritis de hombro y diabetes mellitus.	30
C-6	Enfermedad de Paget. Reporte de nuevos casos.	30
C-7	Eosinofilia en el diagnóstico reumatológico.	31
C-8	Densitometría en estudiantes de medicina.	31
C-9	Paniculitis lobulillar asociada a raloxifeno.	31
C-10	Osteonecrosis en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana.	32
C-11	Rabdomiolisis por fenoverina (SPASMOPRIV).	32
C-12	Experiencia con leflunomida en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR).	33
C-13	Artritis crónica de inicio juvenil (ACJ) como presentación de linfoma plasmocitoide. Informe de un caso.	33
C-14	Padecer en artritis crónica juvenil.	33
C-15	Dolor y percepción de dificultad para la relación sexual: factores de riesgo para depresión en artritis reumatoide.	34
C-16	Papel de las estatinas (E) en la artritis reumatoide refractaria (ARR).	34
C-17	Metotrexato (MTX) a dosis bajas cotidianas en el manejo de la artritis reumatoide (AR).	34
C-18	Resonancia magnética (RM) en pacientes con artritis reumatoide en remisión completa (ARRC)	35
C-19	Lupus en varones ¿Por qué no se sospecha el diagnóstico?	35
C-20	Coexistencia de pancreatitis grave y vasculitis enteral en el lupus eritematoso generalizado (LEG).	35
C-21	Pancreatitis aguda en lupus eritematoso generalizado (LEG).	36
C-22	Cirrosis biliar primaria en lupus eritematoso generalizado (LEG).	36
C-23	Inyección subcutánea de metoxifenol en el desarrollo de lupus eritematoso generalizado.	36
C-24	Absorción intestinal deficiente y cistitis intersticial como manifestación inicial de lupus eritematoso generalizado (LEG).	37
C-25	Lupus eritematoso sistémico (LES) y reticulohistiocitosis maligna (RHM). Presentación de un caso.	37
C-26	Hemorragia alveolar aguda (HAAF) sin hemoptisis como manifestación temprana de lupus	38
C-27	Comportamiento de la DHEA-s en pacientes con lupus eritematoso sistémico.	38

Tipo de actividad	T e m a	Página
C-28	Exacerbaciones de lupus eritematoso sistémico en mujeres no menopáusicas y posmenopáusicas.	39
C-29	Incidencia de recaídas en pacientes con lupus eritematoso sistémico en remisión. Reporte preliminar.	39
C-30	Enfermedad tiroidea subclínica en pacientes con lupus eritematoso sistémico:	39
C-31	Lupus eritematoso generalizado de inicio tardío en hombres. Presentación de un caso y revisión de la literatura.	40
C-32	Tuberculosis pulmonar en paciente con síndrome de Sjögren que simula neumopatía intersticial. Presentación de un caso.	40
C-33	Anemia hemolítica y púrpura trombocitopénica autoinmunes en síndrome de Sjögren primario (SSP).	41
C-34	Asociación de síndrome de Sjögren primario (SSP) con acidosis tubular renal y pancreatitis edematosa aguda recurrente. Reporte de un caso.	41
C-35	Epidemiología de las enfermedades reumáticas en cuba. Estudio comunitario copcord/ilar.	41
C-36	Percepción de riesgo en pacientes con enfermedades reumatológicas. Estudio preliminar.	42
C-37	Presentación poco usual de SAAF primario en población pediátrica.	42
C-38	Curso clínico a 10 años de evolución en el síndrome de anticuerpos antifosfolípido primario.	43
C-39	Necrosis avascular asociado a anticuerpos antifosfolípido.	43
C-40	Efecto del tratamiento con esteroides y metotrexato en la hematopoyesis en 4 pacientes con síndrome de Felty.	43
C-41	Presencia de osteoporosis y osteopenia en pacientes con espondilitis anquilosante. Estudio preliminar.	44
C-42	Neuropatía motora multifocal: Reporte de dos casos y revisión de la literatura.	44
C-43	Síndrome doloroso regional complejo tipo I secundario a síndrome del túnel del carpo en una paciente con artritis reumatoide.	45
C-44	El sexo seguro con protección en hombres disminuye la frecuencia de manifestaciones clínicas de la espondilitis anquilosante (EA).	45
C-45	Seguimiento clínico y radiográfico durante 3 años en pacientes con espónido artropatías indiferenciadas (Spa-i).	46
C-46	Estudio inmunogenético en pacientes mestizos mexicanos con espónido artropatía juvenil.	46
C-47	Agudeza diagnóstica de la exploración física de rodilla en pacientes con artritis reumatoide:	46
C-48	Tratamiento artroscópico de quiste de Baker gigante (Grado III) en una paciente con artritis reumatoide (AR) de corta evolución.	47
C-49	Medio ambiente, Mycoplasma penetrans (MP), Enfermedades reumáticas y estimación de asociaciones.	47
C-50	Detección de Mycoplasma fermentans por pcr y cultivos en pacientes con artritis reumatoide.	47
C-51	Sensibilidad y especificidad de las sub-regiones de la cadera en los estudios de densitometría.	48
C-52	Experiencia en población abierta de mujeres posmenopáusicas en una campaña de detección de osteoporosis.	48
C-53	Características densitométricas del tejido graso, muscular y óseo en enfermedades reumáticas (ER).	49
C-54	Prevalencia de fibromialgia (FM) en la población rural.	49
C-55	Polimorfismo genético-308 en el promotor del TNF-a en pacientes con fibromialgia.	49
C-56	Genotipos en el promotor del factor de necrosis tumoral Alfa (TNF-a) en pacientes con artritis	49
C-57	Estudio inmunogenético en pacientes mestizos mexicanos con artritis reumatoide juvenil. Resultados preliminares.	50
C-58	Comparación entre 2 métodos para la determinación de anticoagulante lúpico.	50
C-59	Prevalencia del polimorfismo C677T del gen de la enzima 5,10 metileno-tetrahidrofolato reductasa en pacientes con lupus eritematoso sistémico.	51
C-60	Inhibición de apoptosis de condrocitos (CD) de rata por prolactina (PRL).	51
C-61	Tai-Chi una alternativa para pacientes con artritis reumatoide juvenil.	51
C-62	Niveles séricos de homocisteína en artritis reumatoide.	52
C-63	Niveles sericos de lípidos en artritis reumatoide (AR) comparados con infarto agudo de miocardio (IAM).	52
C-64	Pericarditis recidivante como manifestación extra-articular de artritis reumatoide: Reporte de un caso.	53
C-65	Tratamiento de artritis reumatoide: Leflunomida vs metotrexate y cloroquina.	53
C-66	Tratamiento con infliximab en un paciente con artritis reumatoide juvenil tratado previamente con Etanercept.	53
C-67	Etanercept administrado en esquema más aislado al descrito en forma convencional para control	54
C-68	El objetivo es reportar un caso de poliartitis tipo artritis reumatoide como manifestación paraneoplásica de un ependimoma.	54
C-69	Anticuerpos monoclonales Anti-tnfa (Infliximab) en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) refractaria a terapia convencional.	55
C-70	Síndrome de HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia) asociado a lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome antifosfolípido (SAAF). Reporte de dos casos.	55
C-71	Lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome antifosfolípido secundario (SAF) y embarazo, asociado a síndrome de hellp	55
C-72	Reacción inmunológica a la vacunación contra influenza y neumococo en pacientes con lupus eritematoso generalizado.	56
C-73	Estudio comparativo de dos esquemas de inducción de remisión con ciclofosfamida en nefritis lúpica.	56
C-74	Los pacientes con lupus eritematoso generalizado activo tienen una menor cantidad de células T CD4+CD25+.	56
C-75	Autoanticuerpos contra cuerpos de Cajal en lupus eritematoso sistémico: Correlación clínico serológica.	57

Tipo de actividad	T e m a	Página
C-76	Participación de los anticuerpos anti-cromatina (aCRO) en la nefropatía lúpica. Estudio de casos y controles.	57
C-77	Anticuerpos anti-nucleosoma (aNCS) como marcador de actividad en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) negativos para anticuerpos anti-dna de doble cadena (aDNAcd).	58
C-78	Reactantes de fase aguda (RFA) y su utilidad en el diagnóstico diferencial entre infección y actividad en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG).	58
C-79	Fenotipos de apolipoproteína (a) de bajo peso molecular en lupus eritematoso generalizado. Estudio de casos y controles.	59
C-80	Lupus eritematoso generalizado y gota tofacea normouricémica: Reporte de un caso.	59
C-81	Lupus eritematoso generalizado ampoloso.	59
C-82	Tratamiento exitoso en trombocitopenia severa y lupus.	60
C-83	Lupus profundo sistémico generalizado.	60
C-84	Leflunomida en el tratamiento de la psoriasis de grandes placas A.	60
C-85	Proteína hHesB como nuevo autoantígeno en las manifestaciones neurológicas del síndrome de Sjögren.	61
C-86	Características clínicas y demográficas de pacientes con miopatías inflamatorias.	61
C-87	Dermatomiositis juvenil. Características clínicas y respuesta a terapia combinada.	62
C-88	Miopatías inflamatorias idiopáticas (MI): Subgrupos clínicos.	62
C-89	Dermatomiositis y artritis en una niña infestada por trichinella.	62
C-90	Dermatomiositis con calcinosis cutis macronodular de glúteos y permeación a muslos.	63
C-91	Caracterización radiográfica de la afección que ocurre en los pies de pacientes con espónido artropatías juveniles (SPA-J): Análisis comparativo con otras formas de artritis.	63
C-92	Efecto de la dieta del mexicano sobre la evolución clínica de la espondilitis anquilosante (EA).	64
C-93	Dieta habitual en pacientes con gota, sus familiares y pacientes con artritis reumatoide.	64
C-94	Tramadol: Dosis ponderal en el paciente reumático adulto.	64
C-95	Eficacia y seguridad del etofenamato IM en lumbalgia aguda comparado con meloxicam IM administrado 1 vez al día por 3 días. Estudio aleatorio. Ciego, con dos brazos paralelos, multicentrico.	65
C-96	Análisis de la prescripción de los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) en medicina familiar.	65
C-97	Osteoartropatía hipertrófica secundaria a hepatopatía crónica en un infante postransplantado de hígado.	66
C-98	Itrio intraarticular en sinovitis "resistente".	66
C-99	Trombosis en una paciente con infección por virus de la hepatitis C. ¿Causa o epifenómeno?	66
C-100	Prevalencia de oftalmopatía relacionada al uso de cloroquina en un hospital universitario.	67
C-101	El esqueleto de Santa María Malinalco: Osteomielitis crónica multifocal causada por una punta de flecha.	67
C-102	Osteopoiquiosis: Correlación paleopatológica-Radiológica de una curiosidad médica.	67
C-103	Anticuerpos anticardiolipina (ACL), control de calidad y desempeño en un hospital de especialidad.	68
C-104	Interconsultas realizadas a otras especialidades por parte de reumatología en el Hospital General de México	68
C-105	Grado de conocimientos de reumatología en médicos del IMSS en práctica de campo y práctica privada.	69
C-106	¿Es oportuno el envío de pacientes con lupus eritematoso a la consulta reumatológica?	69
C-107	Patrón de referencia y nivel de concordancia diagnóstica entre un servicio de reumatología (SR) y el primer y segundo nivel de atención médica en una zona metropolitana del DF.	70
C-108	Manifestaciones músculo esqueléticas de la hemodiálisis en una cohorte de pacientes cubanos con insuficiencia renal crónica terminal.	70
C-109	Frecuencia de prótesis articulares en lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide.	70
C-112	Prevalencia y factores determinantes de cefalea en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) y artritis reumatoide (AR).	71
C-110	Prevalencia de infecciones en pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico.	71
C-111	Prevalencia de hipermovilidad articular en pacientes con fibromialgia. Un estudio prolectivo controlado.	71
C-113	Prevalencia de enfermedades reumáticas (ER) en pacientes con cáncer de mama (CAM).	72
C-114	Neuromielitis óptica de DEVIC.	72
C-115	Reserva coronaria (estudio ecocardiográfico) en arteritis de Takayasu (AT). Hallazgos y perspectivas.	73
C-116	Amaurosis recurrente asociado a poliangeítis microscópica (PAM).	73
C-117	Características clínicas de pacientes con vasculitis cutánea.	73
C-118	Cambios histopatológicos observados en biopsias de pacientes con vasculitis cutánea.	74
C-119	Tratamiento adyuvante con rayo láser en úlceras por vasculitis leucocitoclástica. Presentación de un caso.	74
C-120	Granulomatosis de Wegener y periaortitis. Reporte de un caso.	75
C-121	Escleritis grave como manifestación inicial de granulomatosis de Wegener (GW).	75
C-122	Epidemiología de las vasculitis anca positivas.	75
C-123	Policondritis recurrente (PR) asociada a lupus eritematoso generalizado (LEG).	76
C-124	Policondritis recidivante (PR). Presentación de 6 casos.	76
C-125	Policondritis recidivante. Reporte de un caso tratado con metotrexate (MTX) y celecoxib.	77



Tipo de actividad	T e m a	Página
C-126	Pulsos de ciclofosfamida en policondritis recidivante. Presentación de un caso.	77
C-127	Policondritis recurrente: Una entidad clínica que no debemos olvidar.	77
C-128	Pulsos de ciclofosfamida en síndrome de Churg-Strauss, seguimiento de 3 años en un paciente.	78
C-129	Síndrome de Churg-Strauss (SCS) revelado por dolor abdominal agudo.	78
C-130	Infliximab en esclerosis sistémica. Presentación de un caso.	78
C-131	Enfermedad mixta del tejido conectivo asociado a implantes estéticos. Presentación de un caso.	79
C-132	Esclerodermia morfea con hiperplasia mamaria.	79
C-133	Frecuencia de depresión en esclerosis sistémica y respuesta terapéutica al tratamiento con fluoxetina	79
C-134	Tres casos de esclerodermia tratados con potaba.	79
C-135	Esclerodermia. Experiencia en el Hospital Infantil de México.	80
C-136	Hemiatrofia total por esclerodermia localizada (EL). Reporte de un caso.	80
C-137	Leucemia granulocítica crónica y porfiria cutánea tarda que semejan escleroderma.	81
C-138	Fascitis eosinofílica (Síndrome de Shulman).	81
C-139	Fascitis eosinofílica (FE) de inicio atípico.	81
C-140	Uso de prednisona en el manejo del ataque agudo de gota.	82
C-141	Evaluación de la calidad de prescripción médica en el tratamiento de la gota en una comunidad sub-urbana y un servicio de medicina interna.	82
C-142	Gota tofácea y enfermedad de Osgood Schlatter (EOS) una asociación muy rara. Presentación de un caso.	83
C-143	Artritis sépticas (AS) estudio en nuestro centro durante los últimos 6 años.	83
C-144	Experiencia inicial en ultrasonido músculo-esquelético en el servicio de reumatología de un hospital de tercer nivel.	84
C-145	Utilidad del ultrasonido musculoesquelético ante la sospecha de trombosis venosa profunda.	84
C-146	Densitometría ósea periférica de falanges y uso de un cuestionario de escrutinio para una campaña de detección de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.	85
C-147	Estudio comparativo entre densidad mineral ósea periférica (DMOP) de falanges vs densidad mineral ósea central (DMOC) en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis (OP).	85
C-148	Incidencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con y sin terapia hormonal de reemplazo. Reporte preliminar.	85
C-149	Epidemiología e inmunotoxicidad del mercurio en habitantes de la laguna del pedernalillo.	85
C-150	Herpes gestacional asociado a deficiencia adquirida de factor VIII y síndrome del túnel del carpo y de Guyón. Informe de un caso.	86
C-151	Proteína TAU y su implicación en las manifestaciones neurológicas del síndrome de Sjögren.	86

En febrero 2004

Los esperamos en:

Guadalajara

XXXII Congreso Mexicano de Reumatología

## Índice Temático

<b>Antifosfolípidos</b>	<b>Autoinmunidad y Apoptosis</b>	<b>Inflamación</b>
4, 13, 18, 41, 42, 42, 49, 54, 67	28, 28, 28, 50, 65	57, 64
<b>AR Etiopatogenia</b>	<b>Biología Molecular</b>	<b>Inmunogenética</b>
5, 6, 19, 46	12, 12, 13, 13, 14, 19, 48, 50, 55, 56, 57, 58	5, 6, 7, 7, 19, 45, 49, 56, 57
<b>AR Manifestaciones Clínicas</b>	<b>Educación Médica</b>	<b>LES-Etiopatogenia</b>
4, 8, 12, 16, 23, 33, 44, 45, 51, 51, 63, 70, 70	68, 69	7, 8, 12, 13, 14, 28, 35, 50, 54, 55, 57
<b>AR tratamiento</b>	<b>Epidemiología</b>	<b>LES-Manifestaciones Clínicas</b>
18, 24, 25, 27, 32, 33, 33, 46, 50, 52, 52, 53, 54, 63, 66, 69, 78	15, 40, 41, 46, 67, 69, 74, 85	7, 7, 9, 11, 14, 18, 20, 21, 24, 26, 34, 34, 35, 35, 36, 36, 37, 37, 38, 38, 39, 54, 54, 55, 56, 57, 58, 58, 58, 59, 70, 70, 75, 78
<b>AR por Cristales</b>	<b>Espondiloartropatías</b>	<b>LES Tratamiento</b>
16, 22, 23, 58, 63, 81, 82, 83,	3, 4, 7, 12, 43, 44, 45, 45, 62, 63	15, 17, 21, 27, 38, 55, 59, 68, 69
<b>AR Infecciosas</b>	<b>Imagenología en enfermedades reumáticas</b>	<b>Medicina Física y Rehabilitación</b>
6, 9, 31, 46, 46, 57, 65, 66, 82	4, 25, 26, 34, 45, 83, 83	50, 69

## Índice Temático

---

### Medicina tradicional

50

### Miopatías

61, 64, 69, 70

### Reumatismos extra-articulares

22, 26, 29, 39, 40, 40, 43, 48,  
48, 52, 53, 59, 60, 60, 61, 69,  
70, 71, 78

### Osteoporosis

5, 19, 30, 30, 43, 47, 47, 47,  
48, 84, 84, 84

### Otras enfermedades del tejido Conjuntivo

3, 14, 23, 29, 39, 40, 40, 42,  
61, 62, 64, 72, 72, 74, 74, 75,  
75, 75, 76, 78, 79

### Osteoartrosis

10, 13

### Reumatología pediátrica

32, 32, 41, 45, 49, 50, 52, 61,  
61, 62, 65, 79

### Vasculitis

20, 34, 72, 73, 73, 74, 74

### Otros

10, 12, 17, 29, 30, 31, 32, 71,  
71, 74, 74, 76, 77, 77, 77, 78,  
78, 80, 80, 80, 82