

2. GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA POR USO DE ETARNECEPT EN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

L.M. Saldarriaga Rivera, E. Fernandes de Melo, N. Araújo da Silva, P.D. Araújo Lima, L.X. Vásquez Guzmán, L.A. Delgado Quiroz y B.E. Ríos Gomes Bica

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Clementino Fraga Filho, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Rio de Janeiro.

Introducción: Etanercept es una proteína de fusión utilizada en el tratamiento de enfermedades reumáticas, que se une específicamente al factor de necrosis tumoral, bloqueando su interacción con los receptores TNF de la superficie de la célula. Esta citoquina natural implicada en numerosos procesos inflamatorios e inmunológicos puede generar glomerulonefritis membranosa (GNM) durante el tratamiento de la artritis reumatoide, artritis juvenil, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante.

Caso clínico: Paciente de 51 años, sexo masculino, presentó lumbalgia crónica, irradiado a nivel coxofemoral derecho, con rigidez y deformidad lumbar. Diagnosticado según los criterios del grupo ASAS con espondilitis anquilosante al presentar HLA-B27 positivo, imagen de sacroileítes bilateral grado III, anquilosis de las articulaciones sacroiliacas, sindesmosítos en cuerpos vertebrales en RMN y TAC columna dorso lumbar. Tratado con AINES, sulfasalazina y metotrexato por más de 1 año siendo refractario al tratamiento, por lo que se inicia medición con anti-TNF (etanercept) con mejoría clínica. A los 2 años de tratamiento desarrolla una GNM sin etiología conocida que desapareció con la suspensión de la medicación.

Discusión: Estudios demuestran que etanercept es agente causal de lesión renal debido a la formación de autoanticuerpos que este anti-TNF induce en pacientes susceptibles. Estudios publicados demuestran que etanercept tiene efecto adverso sobre linfocitos B, células dendríticas, linfocitos T y en el proceso de apoptosis generando anticuerpos antinucleares y anticardiolipina, siendo inductores de lesión renal. Es importante destacar la probabilidad de GNM con el uso de etanercept, en paciente con diagnóstico de espondilitis anquilosante, sin factores de riesgo para enfermedad renal.

PÓSTERES XIV CONGRESO COLOMBIANO DE REUMATOLOGÍA

1. PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN CONCOMITANTE A ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN (COLOMBIA). 2005-2010

J. Cardona Vélez, J. Rojas Londoño, N. Vargas Grisales, L.M. Martínez Sánchez y M.A. Rodríguez Gázquez

Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad crónica autoinmune caracterizada principalmente por xerostomía y xeroftalmia, en la cual son afectadas las glándulas mucosas del organismo.

Objetivos: Describir el perfil clínico y epidemiológico de pacientes con SS concomitante a artritis reumatoide en una clínica privada de la ciudad de Medellín-Colombia. 2005-2010.

Métodos: Estudio descriptivo del tipo de series clínicas en el que se estudiaron las historias clínicas de los pacientes atendidos por SS concomitante a artritis reumatoide (AR) en una clínica privada de Medellín-Colombia. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS; a las variables cuantitativas se les calculó el promedio y la desviación estándar, además de los valores mínimo y máximo, y a las variables cualitativas se les estimó proporciones.

Resultados: Se estudiaron 23 pacientes, los cuales tenían una edad media de 55 años y el 91,3% eran del sexo femenino, los síntomas más frecuentemente reportados fueron la xerostomía y la xeroftalmia con un 69,6 y 56,5%, respectivamente. Los métodos más empleados para el diagnóstico fueron el factor reumatoideo (78,3%) y los ANAS (69,6%), mientras que los principales medicamentos empleados fueron la cloroquina y la prednisolona (cada uno con 52,2%).

Conclusiones: SS concomitante a AR fue encontrado más comúnmente en el sexo femenino. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la xerostomía y xeroftalmia y la mediana del tiempo de diagnóstico fue de 61 meses. Es necesario seguir ahondando en el tema para caracterizar mejor aquellos pacientes con SS y otra enfermedad inmunológica de base.

3. ENFERMEDAD DE STILL DE INICIO TARDÍO

E. Fernandes de Melo, L.M. Saldarriaga Rivera, N. Araújo da Silva, P.D. Araújo Lima, L.X. Vásquez Guzmán, L.A. Delgado Quiroz y B.E. Ríos Gomes Bica

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Clementino Fraga Filho, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Rio de Janeiro.

Introducción: La enfermedad de Still es una enfermedad inflamatoria sistémica, común en la infancia e infrecuente en el adulto, de etiología desconocida. Se caracteriza por síntomas constitucionales y poliartritis, pudiendo cursar como episodio único o recurrente. No existen hallazgos patognomónicos, constituyendo un diagnóstico clínico y de exclusión.

Caso clínico: Paciente de 60 años, sexo masculino, con fiebre diaria 39 °C, odinofagia, tos con expectoración mucoide, pérdida de peso 3 kg, artralgia en puños, rodilla derecha, hombros, tobillos y manos. Al examen físico, orofaringe hiperémica, adenopatías cervicales y submandibulares indoloras. Electroforesis de proteínas: hipergammaglobulinemia policlonal, Hb: 8,6 mg/dl Hcto: 26,4% normocrómico normocítica, leucocitos: 35.500/mm³ neutrófilos: 30.200/mm³, plaquetas: 737.000/mm³, ferritina: 34.419 ng/ml, VSG: 133 mm/h, PCR: 331 mg/dl, LDH: 318 UI/L, GOT: 87 U/L, GPT: 75 U/L, factor reumatoide y ANA negativos. Hemocultivo y urocultivo negativos. Ecocardiograma, TAC de tórax y abdomen normal. Después de excluir varias enfermedades

des, se concluyó enfermedad de Still de inicio tardío. El paciente fue tratado con pulso de metilprednisolona y metotrexato oral, presentando remisión del cuadro clínico.

Discusión: Estudios demuestran que la enfermedad de Still es común en la infancia, y cuando se presenta en el adulto generalmente es entre los 15-35 años. La presentación de esta enfermedad en la población anciana es muy rara, encontrándose pocos casos en la literatura. Debido a la naturaleza sistémica de la enfermedad y a la ausencia de un test diagnóstico específico, el diagnóstico se hace por exclusión, por lo que se debe descartar enfermedades infecciosas, granulomatosas, neoplásicas, vasculitis o leucemia.

4. VIRUS LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANAS (HTLV-1) ASOCIADO A ESPONDILOARTRITIS AXIAL

N. Araújo da Silva, L.M. Saldarriaga Rivera,
E. Fernandes de Melo, P.D. Araújo Lima,
L.X. Vásquez Guzmán, L.A. Delgado Quiroz
y B.E. Ríos Gomes Bica

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Clementino Fraga Filho, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Rio de Janeiro.

Introducción: El virus linfotrópico de células T humanas es un retrovirus de distribución mundial con amplia preferencia por los linfocitos CD4. El HTLV-1 está relacionado como agente etiológico de la leucemia, linfoma de células T del adulto, mielopatía/paraparesia espástica tropical, y enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide, pero no existen relatos de la asociación con espondiloartritis axial.

Caso clínico: Paciente de 56 años, sexo femenino, inició en 1998 dolor lumbar de tipo inflamatorio, irradiado para región coxofemoral derecho, con aumento de volumen y dolor en tobillos bilaterales. Los exámenes de laboratorio reportaron hemograma normal, PCR: 15,2 mg/L (VR: < 3 mg/L), ANA, Anti-RNP, Anti-Sm, factor reumatoide y HLA-B27 negativos. Serologías para hepatitis B, C, HIV negativas, serología para HTLV-1 (ELISA e Western blot) positivas. Resonancia magnética evidenció sacroileítes derecha y las radiografías de pie con espolón calcáneo bilateral. La paciente fue diagnosticada con espondiloartritis asociada a infección por HTLV-1.

Discusión: Existen pocos relatos en donde el HTLV-1 está relacionado con enfermedades reumáticas. La asociación más común descrita es con la artritis reumatoide, ya que células infectadas regulan la expresión de varios genes incluyendo los comprometidos en la proliferación celular IL-1, IL-2, entre otros. La paciente fue diagnosticada con espondiloartritis axial, siendo tratada con sulfasalazina 2 g/día y naproxeno 1 g/día, presentando mejoría clínica. En el caso relatado es importante destacar la presentación tardía en el sexo femenino, que son condiciones infrecuentes en las espondiloartritis inflamatorias. La asociación de HTLV-1 y espondiloartritis axial es un caso que hasta el momento no está descrito en la literatura.

5. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO TARDÍO

L.X. Vásquez Guzmán, L.M. Saldarriaga Rivera,
E. Fernandes de Melo, N. Araújo da Silva, P.D. Araújo Lima,
L.A. Delgado Quiroz y B.E. Ríos Gomes Bica

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Clementino Fraga Filho, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Rio de Janeiro.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que ocurre predominantemente en mujeres en edad reproductiva, siendo infrecuente en la edad avanzada.

En este grupo etario se caracteriza por un mayor compromiso renal y evolución benigna. Los autores describen el caso de una paciente con LES de inicio tardío con evolución desfavorable.

Caso clínico: Paciente, 75 años, mujer, negra, hipertensa, diabética. Refiriendo postración, astenia de inicio hace 3 meses y disminución del volumen urinario hace 1 mes. Fue evidenciado pancitopenia y compuestos nitrogenados elevados. Al examen físico, paciente pálida con lesión hipercrómica difusa en rostro, PA: 160 × 70 mmHg, miembros inferiores con edema bilateral (++/++). Hemograma: Hb: 6,1 mg/dl, Hct: 18,4%, leucocitos: 2.700 mm³, linfocitos: 1.215/mm³, plaquetas: 115.000/mm³, Coombs D: positivo, urea: 70 mg/dl, creatinina: 2,1 mg/dl, hipergamaglobulinemia policonal, ANAS: 1/1.280 patrón nuclear punteado grueso, anti-Sm: positivo, C3: 36 mg/dl, C4: 4 mg/dl, serologías para HIV y hepatitis negativas, ecocardiograma: cardiopatía hipertensiva, ecografía renal y de vías urinarias: sin alteraciones, fondo de ojo: microhemorragia peripapilar. Fue diagnosticado LES, iniciando tratamiento con metilprednisolona 250 mg/3 días IV, micofenolato mofetil 2 g/día, hidroxicloroquina 400 mg/día. La paciente tuvo complicaciones infecciosas desarrollando insuficiencia renal aguda con posterior fallecimiento.

Discusión: El LES es más frecuente entre los 16 y 55 años (65%), con mayor incidencia en mujeres jóvenes en fase reproductiva, siendo rara su presentación en mayores de 55 años, correspondiendo al 15% de los casos. A pesar de tener poca prevalencia en pacientes añosos, el LES de inicio tardío es generalmente insidioso y con sintomatología inespecífica, lo que dificulta el diagnóstico.

6. GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS (GP), DOBLE POSITIVIDAD DE ANTICUERPOS CONTRA EL CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA) Y HALLAZGO DE GRANULOMA RENAL

S. Herrera Uribe¹, E. Bernal Sierra², L.F. Arias³,
C. Muñoz Grajales^{4,5} y A.L. Vanegas-García⁵

¹Reumatología; ²Medicina interna; ³Departamento de Patología;

⁴Sección de Reumatología, Departamento de Medicina Interna;

⁵Grupo de Reumatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

Introducción: Usualmente la GP se asocia a ANCA anti-proteína 3 (PR-3). El hallazgo de granulomas en biopsia renal se reporta en 2 a 9% de los casos. Presentamos un paciente con GP, ANCA positivos PR-3 y anti mieloperoxidasa (MPO), con granuloma renal.

Caso clínico: Hombre de 29 años, con 2 años de tos y expectoración hemoptoica, disnea, fiebre, pérdida de peso, parestesias en guante y calcetín y úlceras necróticas en tobillos y pies. Tenía leucocitosis, neutrofilia, trombocitosis, eritrosedimentación y proteína C reactiva elevadas, hematuria microscópica y proteinuria de 986 mg/día con depuración de creatinina conservada; por tomografía pansinusitis y nódulos pulmonares cavitados. En la fibrobroncoscopia se observó estenosis bronquial y lesión exofítica en pliegue vocal derecho (biopsia sin granulomas). Se confirmó polineuropatía sensitivo-motora axonal con denervación. Los ANCA por ELISA fueron positivos para PR3 y MPO. La biopsia de piel no fue concluyente pero la biopsia renal mostró vasculitis necrosante de pequeños vasos con granulomas. Se inició tratamiento con esteroides en dosis altas y ciclofosfamida venosa con resolución de los síntomas y la hematuria, disminución del tamaño de los nódulos pulmonares y cicatrización de las úlceras.

Discusión: Los ANCA son positivos en el 80% de pacientes con GP (sensibilidad 80% y especificidad 95%), generalmente de tipo c-ANCA por inmunofluorescencia indirecta y PR-3 por ELISA; hasta un 16,7% son MPO. La doble positividad PR-3 y MPO en

el mismo paciente se describe hasta en un 11% (Suzuki et al. Modern rheumatology. 2010;20:54-62). El hallazgo de granuloma renal se encuentra en 2 a 9% de las GP (Hauer et al. Kidney Int. 2002;61:80-9).

7. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ANTICUERPO MONOCLONAL ANTI-RECEPTOR DE IL-6 (TOCILIZUMAB) EN PACIENTES COLOMBIANOS CON ARTERITIS DE TAKAYASU

C. Cañas, J.H. Izquierdo y F. Bonilla

Unidad de Reumatología, Fundación Valle del Lili, Cali.

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis que involucra aorta y grandes vasos. La interleuquina 6 (IL-6) parece tener un papel patogénico clave (Nishimoto et al. Arthritis Rheum. 2008;58:1197-200). Evaluamos el efecto del tratamiento con tocilizumab (TCZ) en cuatro pacientes.

Objetivos: Describir el efecto del TCZ en pacientes con AT.

Métodos: Revisamos historias clínicas entre 2010-2012 de 4 pacientes con AT refractaria a múltiples manejos, tratados con TCZ (8 mg/kg/mes). Dos pacientes habían recibido infliximab (IFX) sin efecto.

Resultados: 1. Mujer de 30 años, con AT desde 2003, con panaortitis y compromiso de arterias supraaórticas, coronarias, mesentéricas y renales. Recibió esteroides, azatioprina, ciclosporina e IFX, sin mejoría. Inició TCZ (mayo/2010), con resolución de síntomas y mejoría en pulsos. 2. Mujer de 14 años, con AT desde 2010, afectando arterias aorta descendente, supraaórticas, mesentéricas y renales. Recibió prednisolona y metotrexate, persistiendo dolor en brazo derecho. Inició TCZ (mayo/11), logrando resolución de síntomas. 3. Mujer de 32 años, con AT desde 2003, refractaria a tratamiento convencional. Refería dolor en 4 extremidades. Inició TCZ (agosto/11), con resolución de síntomas. 4. Mujer de 32 años, desde 2007 con AT y dolor en brazo derecho y cuello, tratada con esteroides, azatioprina e IFX sin mejoría. Inició TCZ (septiembre/11), con resolución del dolor. En los 4 casos se observó marcada reducción de reactantes de fase aguda (RFA) y de dosis de esteroides.

Conclusiones: El TCZ controló síntomas y redujo RFA en pacientes con AT, incluyendo casos tratados con IFX. Otros estudios determinarán su eficacia y seguridad en el futuro.

8. LIQUEN PLANO ASOCIADO AL USO DE ETANERCEPT. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Real, P. Boon y A.F. González

Biomab, Centro de Artritis Reumatoide, Bogotá.

Introducción: La terapia biológica con anti-factor de necrosis tumoral (Anti-TNF), en la actualidad se considera como uno de los pilares en el manejo de las enfermedades inflamatorias y autoinmunes. En los últimos años se ha notificado aumento de eventos adversos con Anti-TNF, muchos de los cuales son cutáneos, lo que nos alerta de la importancia de la piel como órgano diana en terapia biológica.

Caso clínico: Paciente de 62 años femenino con diagnóstico de artritis reumatoide de 22 años de evolución, que fracasa a DMARDs, iniciando en enero/2011 etanercept 25 mg más DMARDs. A las 8 semanas de terapia presenta pápulas poligonales eritemato-violáceas que confluyen formando placas de bordes irregulares bien definidos. Dermatología realiza biopsia con cambios por liquen plano (rojo) en piel de miembros inferiores, inicia tratamiento tópico con resolución lenta y se suspende etanercept.

Discusión: Los eventos dermatológicos pueden presentarse en un 25% con anti-TNF y un 26% es la causa de suspensión del tratamiento según los reportes internacionales. El liquen plano es una enfermedad inmunomedida dada por un aumento de células dendríticas plasmacitoides, productoras de INF- α , tras la inhibición del FNT que posiblemente activan las células T CD8 citotóxicas, con la aparición de liquen plano en pacientes susceptibles. Los reportes de efectos secundarios de los anti-TNF son cada vez más frecuentes, con gran expresividad cutánea inmunomedida, por lo cual se ve la necesidad de realizar un manejo continuo e integral médico valorando riesgos y beneficios del tratamiento biológico.

9. SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN: TIROIDITIS AUTOINMUNE, ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

M.A. Mejía¹, C. Muñoz-Grajales², J.D. Márquez²,
L.F. Pinto² y C.J. Velásquez²

¹Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

²Servicio de Reumatología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

Caso clínico: Mujer de 32 años con cuadro de una semana de lesión necrótica en cara lateral de muslo izquierdo, asociada a edema difuso facial de un año de evolución. Importante edema difuso de dedos de manos y pies y fenómeno de Raynaud trifásico. Capilaroscopia con evidencia de dilataciones, sin hemorragias o tortuosidad. Posterior aparición de lesión cutánea necrótica en flanco izquierdo. Paraclínicos: hipotiroidismo (TSH 244 mUI/L; normal hasta 4,25), anticuerpos antimicrosomales positivos (62 U/L; normal hasta 50), ANA 1:1.280 patrón moteado, RNP positivo (152 U; normal hasta 20) y anticoagulante lúpico positivo (relación final 1,9 por veneno de víbora de Russell). Biopsia de piel con evidencia de vasculopatía trombótica sin vasculitis. Se hace diagnóstico de síndrome de superposición entre tiroiditis autoinmune, enfermedad mixta del tejido conectivo y síndrome antifosfolípido, esperando confirmación de este último con anticuerpos específicos a las 12 semanas.

Discusión: El síndrome de superposición es un desorden autoinmune en donde confluyen los criterios clasificatorios de dos o más enfermedades. Las entidades que se ven más comúnmente asociadas son: lupus eritematoso sistémico con esclerosis sistémica (ES), artritis reumatoide (AR), síndrome de Sjögren y síndrome antifosfolípido, además de ES y AR entre sí. Con frecuencia, las enfermedades del tejido conectivo están asociadas a enfermedades autoinmunes con anticuerpos órgano específicos, como: tiroiditis autoinmune, diabetes mellitus, hepatitis autoinmune y cirrosis biliar primaria. En la literatura hay reportes de numerosos síndromes de superposición; sin embargo, la aparición simultánea de estas tres patologías autoinmunes, hasta donde se sabe, no ha sido reportada.

10. NECROSIS CUTÁNEA EXTENSA SECUNDARIA A SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN UN PACIENTE CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA: REPORTE DE UN CASO

N. Morales¹, C. García², S. Cardozo², J.D. Márquez³,
C. Muñoz-Grajales³, C.J. Velásquez³ y L.F. Pinto³

¹Dermatología, Universidad CES, Medellín. ²Medicina Interna, Universidad Tecnológica de Pereira. ³Servicio de Reumatología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un trastorno autoinmune multisistémico caracterizado por trombosis

recurrente, morbilidad obstétrica y la presencia de anticuerpos antifosfolípido (aPL). En muchas infecciones virales, incluyendo VIH, se encuentra un aumento transitorio de aPL, sin mayor impacto clínico, existiendo solo reportes aislados de fenómenos trombóticos.

Caso clínico: Hombre de 37 años, con VIH, en manejo con antiretrovirales. Antecedente de trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho, manejo con warfarina, suspendida por aparición de lesiones en piel sospechosas de necrosis por cumadínicos. Posteriormente flegmasia cerulea dolens en miembro inferior izquierdo, razón por la cual se reinicia anticoagulación, ahora con heparina de bajo peso molecular. Pese a esta terapia, además de hidroxicloroquina y 20 mg de prednisolona, se registra aparición de necrosis cutánea extensa y anticoagulante lúpico positivo. En este contexto, se contempla el diagnóstico de SAF secundario a VIH, diagnóstico confirmado histológicamente con evidencia de vasculopatía trombótica sin hallazgos inflamatorios. Antígeno de superficie virus hepatitis B, anticuerpos contra hepatitis C, ANCA y crioglobulinas: negativos. Ante la pobre respuesta con las terapias descritas, se opta por rituximab, con respuesta clínica favorable.

Discusión: Aunque un alto porcentaje de pacientes con infección por el VIH tienen aPL, la expresión clínica del SAF es extremadamente rara. La necrosis cutánea extensa, aunque se presenta en solo el 2% de los pacientes con este síndrome, es una de las principales características del SAF asociado a VIH. La piedra angular del tratamiento consiste en anticoagulación y, si hay refractariedad a esta, adición de rituximab o plasmaférésis.

11. PLASMAFÉRESIS Y RECAMBIO TERAPÉUTICO DE PLASMA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES: INDICACIONES, COMPLICACIONES Y DESENLAZES. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS. HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE, 2007-2012

M.E. Gómez¹, L.F. Pinto², J.D. Márquez² y C.J. Velásquez²

¹Medicina Interna, Universidad Tecnológica de Pereira.

²Servicio de Reumatología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

Introducción: El intercambio terapéutico de plasma (ITP) y la plasmaférésis (PF) son procedimientos que permiten la eliminación de macromoléculas nocivas del plasma. En patologías reumatólogicas y otros trastornos autoinmunes parecen tener un papel adyuvante, indicado cuando está en peligro un órgano vital o la vida. Se describe la experiencia del uso de estos procedimientos en un grupo de pacientes con patología autoinmune, con énfasis en entidades reumatólogicas.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de una serie de casos. Resultados evaluados: respuesta a la intervención, mortalidad y complicaciones. Se definió respuesta en términos de compromiso de órgano, desenlace de síntomas cardinales que indicaron la terapia y el estado clínico a los 3 y 6 meses.

Resultados: 93 pacientes fueron incluidos. Sesenta y siete (72%) tenían patología autoinmune, 66% neurológicas, 18% hematológicas y 12% reumatólogicas. 82% tuvieron respuesta favorable. La mortalidad global fue 6%. De las enfermedades reumatólogicas, el lupus eritematoso sistémico y las vasculitis asociadas a ANCA fueron las principales indicaciones (37,5% ambas), siendo los principales compromisos clínicos el respiratorio y neurológico. Las principales secuelas irreversibles fueron neurológicas y renales. Los procedimientos fueron bien tolerados (63% sin efectos adversos).

Conclusiones: La plasmaférésis y el intercambio terapéutico de plasma presentaron una alta tasa de respuesta favorable y baja mortalidad en el grupo de patologías autoinmunes con una condición crítica que amenaza la vida o un órgano vital y es bien tolerada. Se requieren más estudios que aporten mayor solidez

a la evidencia existente en el uso de estos procedimientos, especialmente en entidades reumatólogicas.

12. UTILIDAD CLÍNICA DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET/CT) EN ARTERITIS DE TAKAYASU

F. Bonilla-Abadía, L.M. Pabón, M. Álvarez y C.A. Cañas

Fundación Clínica Valle del Lili, Cali.

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad granulomatosa que afecta la aorta y sus ramas. La tomografía por emisión de positrones (PET/CT) es de ayuda en la diferenciación de fases de la enfermedad (inflamatoria vs. fibrótica).

Objetivos: Describir la utilidad clínica del PET/CT en pacientes con AT.

Métodos: Se revisaron las historias de tres pacientes con TA evaluados en Reumatología (Fundación Valle del Lili), entre enero de 2012 y abril de 2013, en quienes el PET/CT fue de ayuda diagnóstica y relevancia en diferenciación del estadio de la enfermedad.

Resultados: Caso 1: hombre de 44 años con fiebre de origen desconocido. Laboratorios evidencian elevación de reactantes de fase aguda (RFA). PET/CT evidenció incremento anormal del metabolismo en paredes de grandes vasos (arteria subclavia izquierda y arco posterior de la aorta descendente). AT fue confirmada. Caso 2: hombre de 44 años con compromiso vascular (ausencia de pulsos en miembros superiores) y sistémico agudo con incremento en VSG 95 mm/h, PCR 12 mg/dl. Arteriografía mostró obstrucción de ambas arterias subclavias y PET/CT hipemetabolismo en arterias supraaórticas, arco aórtico, aorta toracoabdominal y arterias pulmonares, confirmándose AT. Caso 3: mujer de 32 años con historia de AT es admitida por síntomas generales e hipertensión severa y sospecha de reactivación de vasculitis. RFA normales. PET/CT sin evidencia de hipemetabolismo que sugiera actividad.

Conclusiones: PET/CT es una herramienta útil en la práctica clínica para facilitar el diagnóstico y diferenciación de la fase inflamatoria y cambios fibróticos en AT y asimismo en decisiones terapéuticas.

13. PSORIASIS ASOCIADO AL USO DE ADALIMUMAB, UN FENÓMENO PARADÓJICO EN AUMENTO

P. Boon, A. Real y A.F. González

Biomab, Centro de Artritis Reumatoide, Bogotá.

Introducción: En pacientes que reciben terapia con anti-TNF (factor de necrosis tumoral) en diversas enfermedades inflamatorias/autoinmunes, se ha notado un aumento en el riesgo de aparición paradójica de enfermedades inmunomedidas con manifestaciones clínicas en piel. Este fenómeno es considerado paradójico ya que estos mismos medicamentos tendrían un efecto benéfico en este tipo de patologías.

Caso clínico: Paciente femenina de 52 años con artritis reumatoide de 28 años de evolución, con antecedente de fracaso a DMARDs y a etanercept 50 mg, inicia adalimumab presentando en palma de manos y planta de pies placas eritemato-descamativas, de bordes irregulares, no infiltradas a las 8 semanas, valorada por dermatología con diagnóstico de psoriasis, confirmado por biopsia. Se piensa en psoriasis secundaria al uso de adalimumab.

Discusión: Una de las teorías más aceptadas para explicar la aparición de psoriasis como efecto paradójico al uso de anti-TNF es sustentada en que la inhibición del FNT alteraría el balance de citocinas, aumentando la síntesis de interferón alfa tipo 1 de las células dendríticas plasmocitoides dérmicas, lo que

es determinante en la patogénesis de la psoriasis en individuos predisponentes. Al iniciar terapia biológica con anti-TNF se debe ser consciente de la posibilidad de un aumento en el riesgo de aparición de enfermedades inmunomediadas en piel.

14. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON REUMATISMO PALINDRÓMICO EN 2 CENTROS DE REFERENCIA DE REUMATOLOGÍA DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN

M.A. Mesa, J. Díaz, L.A. Ramírez, L.F. Pinto, C.J. Velásquez, J.D. Márquez, V. Mesa y L.A. Gonzales

Hospital Pablo Tobón Uribe, Reumatología S.A.

Introducción: En Colombia no hay información acerca del comportamiento de los pacientes con reumatismo palindrómico.

Métodos: Se revisaron los registros de pacientes con diagnóstico de RP de 1996 a 2013. En los casos que se encontró asociación estadística entre RP y progresión a AR se estimó la magnitud de la asociación con odds ratio (OR) y regresión logística univariada.

Resultados: Se encontraron 48 historias con diagnóstico de RP. Treinta y ocho pacientes (79%) eran de sexo femenino. La mediana de la edad fue 41 años (IQR 29-48,5). La mediana de seguimiento fue 408 días (IQR 70-1.759). Durante el seguimiento, 21 (43,7%) pacientes desarrollaron AR, un paciente (2,08%) desarrolló lupus eritematoso sistémico, dos pacientes esclerosis sistémica (4,16%), un paciente sarcoidosis (2,08%) y 21 (43,7%) pacientes no desarrollaron enfermedad autoinmune; solo en 2 casos (4,14%) los síntomas remitieron. La afección de más de dos articulaciones al inicio OR 4,06 (1,11-14,8), p 0,034, la afección de la articulación metacarpofalangica, OR 6,25 (1,64-23,8), p 0,007, la proteína C reactiva (PCR) > 0,1 (mg/dl) OR 5,84 (1,06-32,1), p 0,042 y la positividad de los anticuerpos contra péptido citrulinado (Anti-CCP) OR 13 (1,11-152,3), p 0,041 se relacionaron con un mayor riesgo de progresión a AR.

Conclusiones: En nuestra población la mayoría de casos con RP que evolucionan hacia otra enfermedad autoinmune lo hacen a AR. El compromiso de más de 2 articulaciones, la afección de MCF, la presencia de PCR > 0,1 mg/dl y la positividad de los Anti-CCP se asocian con dicha progresión.

15. EFECTO INMUNOMODULADOR DE LOS MONOCITOS NO CLÁSICOS, UNA SUBPOBLACIÓN REDUCIDA EN LOS PACIENTES CON LES ACTIVO, Y DE CÉLULAS APOPTÓTICAS EN LA FUNCIÓN DE LOS MONOCITOS CLÁSICOS

C. Burbano¹, G. Vásquez^{1,2} y M. Rojas¹

¹Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética; ²Grupo de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Introducción: Los monocitos (Mo) involucrados en el desarrollo y progresión del lupus eritematoso sistémico (LES) modulan la inflamación y actividad de la enfermedad.

Objetivos: Analizar subpoblaciones de Mo circulantes en pacientes con LES y algunas de sus respuestas a cuerpos apoptóticos (CA). En controles sanos evaluar el efecto de monocitos no clásicos (MoNC) en la diferenciación de los clásicos (MoC) y la respuesta de linfocitos T autólogos (LTa).

Métodos: Frecuencia de MoC (CD14++CD16-), MoNC (CD14+CD16++) e intermedios (MoI) (CD14++CD16+) en pacientes con LES (n = 59), otras enfermedades autoinmunes (n = 55) e individuos sanos y la capacidad de Mo de interactuar con CA (n = 27) se evaluaron mediante citometría de flujo. Para los estudios funcionales se cocultivarón MoC/MoNC separados electromagnéticamente en presencia o ausencia de CA y linfocitos T CD3+.

Resultados: Pacientes con LES activo mostraron reducción de MoNC con el concomitante incremento de MoC. Ensayos funcionales mostraron que fagocitos CD14+ de pacientes con LES unen y fagocitan menos CA y no regulan positivamente CD80. Los cocultivos evidenciaron que CA indujeron regulación positiva del CD80 y HLA-DR en FgC pero en presencia de FgNC se previno este incremento. Además, e independiente del estímulo con CA, en los cocultivos con FgNC se observó que los LT previamente activados con PHA tuvieron menor proliferación y proporción de células IFN-γ + proliferantes.

Conclusiones: MoNC, población reducida en los pacientes con LES activo, mostraron un efecto regulador sobre MoC y linfocitos T, lo cual podría ser importante para suprimir la actividad de los linfocitos T autoreactivos en LES.

16. INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE COMO CAUSA DE POLIARTRITIS CRÓNICA Y REFRACTARIA: REPORTE DE UN CASO

O. McEwen¹, C. Muñoz-Grajales², J.D. Márquez², L.F. Pinto² y C.J. Velásquez²

¹Medicina Interna, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

²Grupo de Reumatología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

Introducción: La inmunodeficiencia común variable (ICM) es una enfermedad rara que se asocia con síntomas articulares hasta en el 30% de los casos; puede presentarse como artritis séptica, oligoartritis o poliartritis similar a la artritis reumatoide. El diagnóstico suele ser difícil y tardío.

Caso clínico: Mujer de 71 años con poliartritis crónica no erosiva de 30 años, con afección de interfalángicas proximales, muñecas, rodillas y tobillos, refractaria al tratamiento con metotrexate, esteroides, leflunomida e hidroxicloroquina. Factor reumatoide, anti-CCP, hepatitis C, hepatitis B, ANA, HIV, ANCA negativos, así como C3 y C4 normales. También se descartó síndrome paraneoplásico (TAC toracoabdominal, aspirado y biopsia de médula ósea normales), polimalgia reumática y arteritis de células gigantes. Presenta complicaciones infecciosas graves: neumonía multilobar, paniculitis por *Histoplasma capsulatum*. Electroforesis de proteínas con evidencia de hipogammaglobulinemia (fracción en electroforesis de proteínas: 0,26 g/dL; normal entre 0,5-1,6; 5% del total de globulinas). Fracciones específicas: IgG 243 mg% (270-1.740), IgM 30 mg% (50-300). Se inicia tratamiento con 500 mg IV de inmunoglobulina humana, con mejoría dramática y resolución completa del compromiso articular a las 2 semanas.

Discusión: La ICM es la más común de las inmunodeficiencias primarias. Los casos con afectación articular tienen pobre respuesta a los medicamentos usados para tratar la artritis reumatoide. Aunque es una enfermedad más frecuente en la segunda y tercera décadas de la vida, puede manifestarse a cualquier edad. En el enfoque de un paciente con poliartritis sin causa clara, debería incluirse, como herramienta diagnóstica, la electroforesis de proteínas.

17. GAMMAGLOBULINA INTRAVENOSA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE FUNDACIÓN (HUSVF)

I. Marín¹, M. Restrepo¹, L.A. González¹ y G. Vásquez^{1,2}

¹Grupo de Reumatología; ²Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Introducción: Desde el descubrimiento de la gammaglobulina intravenosa (IgIV), esta ha sido utilizada primordialmente

en terapias de reemplazo en inmunodeficiencias primarias y secundarias; sin embargo, hoy en día, existen evidencias en enfermedades autoinmunes, como púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), Kawasaki y dermatomiositis refractaria.

Objetivos: Describir la experiencia con el uso de IgIV en pacientes con diagnósticos reumatólogicos, haciendo énfasis en sus indicaciones, respuesta global y complicaciones.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes tratados con IgIV en los años 2010 y 2011 en el HUSVF.

Resultados: Se encontraron 211 pacientes, 91 tenían un diagnóstico reumatólogo. Se realizaron 122 aplicaciones de gammaglobulina, 81 en mujeres y 41 en hombres, 31 de las aplicaciones en pacientes con infecciones asociadas. La indicación más frecuente fue la PTI en 41 pacientes, seguido de lupus 21 pacientes y Kawasaki 18 pacientes. Otras indicaciones: dermatomiositis en tres, síndrome de Evans en tres, miopatía inflamatoria en dos, síndrome de Sjögren, síndrome pulmón-riñón y poliangeitis con granulomatosis en un paciente, respectivamente. Evolución: 87 aplicaciones (72%) resultaron en respuesta favorable y no fue así en 35 (28%). Nueve pacientes (7,3%) presentaron efectos adversos relacionados con la infusión de IgIV. Siete pacientes (6%) fallecieron a pesar del tratamiento.

Conclusiones: El diagnóstico más frecuente en los pacientes que recibieron IgIV fue PTI seguido de LES. La indicación predominante fue refractariedad a esteroides u otros inmunomoduladores, y la presencia de complicaciones infecciosas como en los pacientes con LES, las cuales contraindicaron el tratamiento inmunosupresor.

18. HOSPITALIZACIÓN EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: CAUSAS, EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES Y MORTALIDAD

C. Muñoz-Grajales, C.J. Velásquez Franco,
J.D. Márquez Hernández y L.F. Pinto Peñaranda

Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

Introducción: Uno de cada 30 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) que se hospitaliza tiene un desenlace fatal. En algunos estudios se ha observado que los principales motivos de ingreso hospitalario en LES son: actividad de la enfermedad o infección. Sin embargo, en nuestro medio, las causas de hospitalización no han sido estudiadas. El objetivo de este estudio fue describir las causas de hospitalización y la evolución intrahospitalaria de pacientes con LES.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se evaluaron ingresos a hospitalización (enero de 2006-agosto de 2012) de pacientes con LES ≥ 18 años.

Resultados: Un total de 208 ingresos hospitalarios fueron evaluados (187 mujeres y 21 hombres; mediana de edad: 31 años y 34,8 años, respectivamente). La principal causa de hospitalización fue actividad de la enfermedad (57%), seguida de las infecciones (15%; bacterianas 79%). 41% de quienes ingresaron por actividad tenía diagnóstico de novo de LES. La afección renal fue la principal causa de hospitalización por actividad (74%). Cincuenta y tres pacientes (25,5%), requirieron manejo en unidad de cuidados intensivos o intermedios. El 18% de los pacientes presentaron al menos una complicación intrahospitalaria, siendo la infección la más frecuente (64%). Trece de los 208 pacientes fallecieron, correspondiendo al 6,25% de la población.

Conclusiones: Se observó, como principal causa de hospitalización, la actividad de la enfermedad. Las infecciones representaron la principal causa de complicación intrahospitalaria. El 6,25% falleció intrahospitalariamente.

19. EXPRESIÓN DE RECEPTORES DE BAFF EN LINFOCITOS B DE PACIENTES CON LES: UN PERFIL DINÁMICO ASOCIADO CON MARCADORES DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

C.H. Muñoz^{1,2}, D.M. Severiche², L.A. González¹,
M. Restrepo¹, R.M. Eraso¹ y G. Vásquez^{1,2}

¹Grupo de Reumatología Universidad de Antioquia (GRUA);

²Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética (GICIG), Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

Introducción: El BAFF es una citoquina que estimula la proliferación, diferenciación y sobrevida de los linfocitos B mediante la interacción con sus receptores: BAFFR, TACI y BCMA. Aunque se han encontrado niveles elevados de BAFF en pacientes con LES, poco se sabe sobre sus receptores. En el presente trabajo se evaluó la expresión de dichos receptores en pacientes con LES y controles sanos.

Métodos: Se evaluó la expresión de BAFFR y TACI mediante citometría de flujo en linfocitos B de 40 pacientes con LES y 40 controles, determinando su asociación con marcadores de actividad de la enfermedad.

Resultados: Los linfocitos B de los pacientes presentaron menor IMF para BAFFR ($p < 0,0001$) y mayor IMF para TACI ($p = 0,0001$) en comparación con los controles, con una correlación negativa entre la expresión de dichos receptores ($r = -0,45$; $p = 0,003$). Se evidenció menor recuento de células CD19+BAFFR+TACI+ ($p = 0,001$) y mayor recuento de células CD19+BAFFR-TACI+ en los pacientes ($p = 0,009$). Se encontró una correlación negativa entre la IMF para BAFFR y los títulos de anticuerpos anti-dsDNA ($r = -0,48$; $p = 0,029$). Se observó mayor frecuencia de células CD19+BAFFR-TACI+ en los pacientes con niveles bajos de C4 ($p = 0,021$). Los pacientes tratados con cloroquina tenían mayor IMF para BAFFR ($p = 0,038$) y aquellos tratados con mofetil miconafolato presentaron menor IMF para TACI ($p = 0,04$).

Conclusiones: Los linfocitos B de los pacientes con LES tienen un perfil de expresión de BAFFR y TACI completamente opuesto, el cual está asociado con marcadores de actividad de la enfermedad, constituyéndose en un potencial biomarcador.

20. POLICONDRTIS RECIDIVANTE: REPORTE DE 19 CASOS

C.H. Muñoz¹, O.C. Garcete², R.M. Pereira²,
C.R. Gonçalves², S.K. Shinjo² y M. Levy-Neto²

¹Grupo de Reumatología Universidad de Antioquia (GRUA), Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín. ²División de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo.

Introducción: La policondritis recidivante es una enfermedad autoinmune sistémica poco frecuente, caracterizada por inflamación recurrente de las estructuras cartilaginosas y daño progresivo de las mismas. En el presente trabajo describimos 19 nuevos casos.

Métodos: Se realizó una revisión de todos los casos atendidos en el Hospital das Clínicas, adjunto a la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, entre enero de 2003 y enero de 2013. Se incluyeron aquellos pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de McAdam modificados por Damiani y Levine.

Resultados: Trece mujeres y 6 hombres, con una mediana de edad de 45 años (RI: 40-57) cumplieron los criterios diagnósticos. La mediana de edad al inicio de los síntomas fue de 37 años (RI: 30-46). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: condritis auricular (100%), compromiso articular y ocular (57,8%), pérdida auditiva, condritis nasal y traqueobronquial (52,6%), compromiso vestibular y cutáneo (26,3%), compromiso neurológico (21%), compromiso cardíaco (15,7%) y compromi-

so renal (10,5%). El 42,1% de los pacientes presentaron enfermedades asociadas, incluyendo granulomatosis con poliangeitis y β -talasemia menor en el 10,5%. El 26,2% tenían ANA positivos y el 15,7% ANCA positivos. Respecto al tratamiento, el 89,5% recibió glucocorticoides, el 78,9% metotrexate y el 21% biológicos. El 63,2% de los pacientes presentaron secuelas, con sordera en el 21%, estenosis subglótica y traqueomalacia en el 15,7% y broncomalacia en el 5,2%. El 26,3% requirió traqueostomía.

Conclusiones: La policondritis recidivante es una enfermedad rara asociada a secuelas graves e irreversibles, a pesar del uso de diferentes tratamientos inmunomoduladores.

21. TATTOO SARCOIDOSIS AS A FORM OF ASIA SYNDROME?

C.A. Cañas¹, V. Quintero-Yepes², E. Carrascal³
and F. Bonilla-Abadía⁴

¹Rheumatology Unit, Fundación Valle del Lili, ICESI University, Cali. ²Internal Medicine Unit, Fundación Valle del Lili, CES University, Cali. ³Pathology Unit, Fundación Valle del Lili, ICESI University and Faculty of Health Sciences, Universidad del Valle, Cali. ⁴Rheumatology Unit, Fundación Valle del Lili, ICESI University, Cali.

Introduction: Sarcoidosis is a multisystem granulomatous disorder. The current hypothesis is that sarcoidosis develops when a genetically susceptible host is exposed to an unidentified agent. It is possible that granulomatous reaction like sarcoidosis may be consider within the same spectrum of immune reaction trigger by external agents, which has been described in ASIA syndrome.

Objectives: Describe a possible new form of ASIA syndrome.

Methods: Report a patient who developed sarcoidal granulomas, systemic symptoms and increase of serum angiotensin-converting (ACE) enzyme after a cosmetic tattoo, treated in Reumatology service of Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

Results: A 48-years-old woman was admitted because erythematous, painfull, pruritic nodules on ciliary area, and lip, after cosmetic tattoo. She developed polyarthralgias and generalized weakness with nocturnal cough. On examination there were erythematous and painful nodules on eyebrow and lip. Few basal rales were auscultated. Laboratory test was normal except for ESR of 34 mm/h and CRP of 2.0 mg/dl. ANAs and Anti-DNA were negative. ACE: 110 U/L (8-50 U/L). A biopsy of the lesion showed a granulomatous non-caseating. Thoracic CT showed enlarged hilar lymph nodes. Systemic sarcoidosis was confirmed. She received prednisolone 1 mg/kg and methotrexate with poor response. We decide infliximab 0.5 mg/kg with a satisfactory response.

Conclusions: A form of ASIA syndrome is hypothesized where a granulomatous reaction like sarcoidosis is trigger by external agents as discussed in the present case where there is evidence of a localized foreign body which may migrate and also triggers a systemic reaction consistent with the development of systemic sarcoidosis.

22. EXPRESIÓN DE CD1D EN CÉLULAS CD19+CD24HICD38HI (BREG) DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C.C. Sánchez², M. Rojas², L. Yassin-Noreña³ y G. Vásquez^{1,2}

¹Grupo de Reumatología Universidad de Antioquia (GRUA);

²Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética (GICIG), Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

³Grupo de Ciencias Básicas, Facultad de Medicina, CES, Medellín.

Introducción: Los linfocitos B (LB) se consideran el centro de la desregulación inmune en LES. Recientemente se demostró

la existencia de LB con capacidad reguladora (Breg) con fenotipo CD19+CD24hiCD38hi. En humanos se demostró la importancia de CD80 y CD86 en la función reguladora de las Bregs, pero el papel de CD1d no ha sido evaluado.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de los LB maduros, de memoria y transicionales en pacientes con LES y controles, la expresión de CD1d en estas células y correlacionarla con la actividad de la enfermedad medida por SLEDAI.

Métodos: Se evaluó la frecuencia de las subpoblaciones de LB basados en la expresión de CD19, CD24 y CD38, asimismo la expresión de CD1d en estas células por citometría de flujo en pacientes con LES y controles, y se correlacionó con la actividad de la enfermedad medida por SLEDAI.

Resultados: Se evidenció una disminución significativa en el porcentaje de células B de memoria en los pacientes con LES y OEAs. Se observó la expresión de CD1d en todas las subpoblaciones pero no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de estudio. De igual forma, la expresión de CD1d no se correlacionó con la actividad medida por el SLEDAI.

Conclusiones: La disminución de la subpoblación de memoria ha sido previamente descrita en LES y se ha asociado a algunos tipos de tratamiento. Se evidencia la expresión de CD1d en todas las subpoblaciones pero aún no es clara su participación en la función reguladora de las células CD19+CD38hiCD24hi.

23. ASSOCIATION BETWEEN PERIODONTAL STATUS AND AGE OF DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

J. Bello-Gualtero^{1,3}, C. Romero-Sánchez^{1,2,4}, P. Santos-Moreno³, J. de Ávila², W. Bautista-Molano^{1,4}, M.J. Laverde², D.M. Castillo², C.M. Guzmán¹, J. Munevar², G.I. Lafaurie², J. Londoño¹ and R. Valle-Oñate^{1,4}

¹Spondyloarthropathy Group, Rheumatology Department, Hospital Militar/Universidad de La Sabana. ²UIBO Institute (Oral Basic Research Unit) School of Dentistry, Universidad El Bosque. ³Biomab IPS, Research Institute. ⁴Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá.

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) and periodontal disease (PD) have similar pathological processes and share a dysregulation of inflammatory response. PD has been associated with development of RA and the severity of PD has been shown to be correlated with RA disease duration, inflammatory markers and disease activity. In Colombia there is not information about the association between RA and PD.

Objectives: To investigate the association between age of diagnosis and markers of RA disease activity and clinical indices of PD, in patients under treatment.

Methods: RA patients fulfilled 2010 ACR/EULAR classification. Periodontal evaluation was done by two trained periodontist. The presence of *P. gingivalis* (Pg) was investigated by PCR. The association of clinical indices of periodontitis and number of the teeth with age of diagnosis, and disease activity in RA was analyzed by χ^2 test.

Results: The study included 124 RA patients (210 were excluded 30% edentulous). Patients with diagnosis before 40 years had a greater number of teeth ($p = 0.047$) and less periodontal involvement. Fifty percent of RA patients diagnosed after the age of 40 years had clinical attachment loss greater than 2 mm ($p = 0.029$). Seventy percent had visual analogue scale (VAS) ≥ 5 and 89.4% had a clinical attachment between 1-4 mm. Although only 23.8% of the patients had DAS-28 ≥ 3.2 , gingival inflammation was found in 56% of them and 49.6% were Pg positive.

Conclusion: RA patients under treatment with low disease activity and diagnosis before 40 years have more number of teeth

and better periodontal status in comparison to those diagnosed later without consideration of treatment.

24. EFECTO DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN LA CONDICIÓN PERIODONTAL DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

G. Lafaurie¹, C. Romero-Sánchez^{1,2,4}, D.M. Castillo¹, W. Bautista-Molano^{2,4}, J. Bello-Gualtero^{2,3}, P. Santos-Moreno³, A.J. Cortes-Muñoz², L.X. Hoyos¹, L.H. Mariño¹, C. Rodríguez¹, L.A. Gómez¹, M.A. Sabogal¹, C.M. Guzmán², D.M. Muñoz², J. Londoño² y R. Valle-Oñate^{2,4}

¹Instituto UIBO (Unidad de investigación Básica Oral), Facultad de Odontología, Universidad El Bosque. ²Grupo de Espondiloartropatías, Servicio de Reumatología e Inmunología, Hospital Militar/Universidad de La Sabana. ³Biomab IPS, Instituto de Investigación. ⁴Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá.

Introducción: El TNF alfa es una citocina clave en el proceso inflamatorio tanto en enfermedad periodontal (EP) como en artritis reumatoide (AR). Se considera que los efectos del tratamiento con anti TNF debería favorecer el estado periodontal de pacientes con AR.

Objetivos: Comparar el estado periodontal en pacientes con AR tratados con anti-TNF y con tratamiento convencional.

Métodos: Ciento ochenta y seis pacientes con AR fueron incluidos según criterios de clasificación 2010 ACR/EULAR, 33 con anti-TNF. Se analizó: número de dientes, sangrado al sondaje, índice de placa gingival, pérdida de inserción, profundidad de bolsa y *P. gingivalis*, FR, anti CCp, PCR y VSG. Fueron evaluados por dos periodoncistas calibrados. La comparación entre los índices clínicos periodontales y tratamiento fue analizada por prueba U Mann Whitney ($p < 0,05$).

Resultados: El grupo de pacientes tratados con anti-TNF fueron 78,8% mujeres, edad 56,27 ($\pm 10,5$), tiempo de evolución 19,1 años ($\pm 13,8$), 39,4% estaban tratados con infliximab, 30,3% etanercept, 27,2% adalimumab y certolizumab 3%. El promedio de la profundidad de la bolsa es mayor en pacientes tratados con anti-TNF ($p = 0,032$) así como el porcentaje sitios con inflamación gingival ($p = 0,025$). *P. gingivalis* en el grupo con anti-TNF fue de 38,7% vs 41% en terapia convencional.

Conclusiones: Recientes estudios demuestran efecto benéfico del tratamiento periodontal sobre la reducción de la severidad de la AR. Estos resultados preliminares demuestran que pacientes con AR tratados con anti-TNF no presentan disminución de las variables clínicas inflamatorias periodontales a pesar de sus efectos antiinflamatorios. Se sugiere realizar terapia local periodontal en pacientes con AR bajo este tratamiento.

25. EVALUACIÓN DEL ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

W. Bautista-Molano^{1,4}, C. Romero-Sánchez^{1,2,4}, A. Escobar¹, D.M. Castillo², Y. Castillo², J. Bello-Gualtero^{1,3}, P. Santos-Moreno³, A. Cortes-Muñoz¹, J. de Ávila², M. Torres², G. Lafaurie², J. Londoño¹ y R. Valle-Oñate^{1,4}

¹Grupo de Espondiloartropatías, Servicio de Reumatología e Inmunología, Hospital Militar/Universidad de La Sabana.

²Instituto UIBO (Unidad de investigación Básica Oral), Facultad de Odontología, Universidad El Bosque. ³Biomab IPS, Instituto de Investigación. ⁴Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá.

Introducción: La inflamación atribuida a la enfermedad periodontal (EP) crónica genera un impacto sistémico con incremento

de biomarcadores. Es importante evaluar su potencial contribución en pacientes con espondiloartritis (EAS), especialmente en Colombia, donde no hay información reportada.

Objetivos: Evaluar la asociación entre índices clínicos de EP y marcadores de actividad en pacientes colombianos con EAS.

Métodos: Cuarenta y dos pacientes con EAS fueron incluidos según clasificación del grupo europeo (ESSG). Se analizó: número de dientes, sangrado al sondaje, índice de placa gingival, pérdida de inserción y profundidad de bolsa, los cuales fueron evaluados por dos periodoncistas calibrados. Se evaluó la presencia de *P. gingivalis* así como PCR y VSG. La asociación de índices clínicos fue analizada por χ^2 .

Resultados: El 79,2% de los pacientes con diagnóstico de menos de 2 años presentó pérdida de inserción menor a 1 mm (nivel leve) ($p = 0,033$) y ninguno evidenció formación de bolsas periodontales. Pacientes con PCR < 5 mg/L presentaron menos del 30% de extensión de inflamación gingival ($p = 0,028$). Sin embargo, el 70% de individuos con HLA-B27(+) presentaron una extensión de inflamación entre 30 y 50% ($p = 0,004$). El compromiso articular inflamatorio se asoció con menor número de dientes ($p = 0,003$). En el 26,6% de los individuos se evidenció la presencia de *P. gingivalis*. No se encontró asociación con BASDAI ni BASFI.

Conclusiones: Estos resultados pioneros en Colombia demuestran que pacientes con EAS bajo tratamiento presentan un estado periodontal aceptable. El HLA-B27, PCR y tiempo de evolución constituyen variables que influyen en la condición periodontal en pacientes con EAS.

26. FRECUENCIA DEL POLIMORFISMO RS1801133 DEL GEN MTHFR ASOCIADO CON TOXICIDAD AL METOTREXATE EN UN GRUPO DE INDIVIDUOS COLOMBIANOS

C. Romero-Sánchez^{1,3}, A. Gómez^{1,2}, P. Gómez¹ y M.C. Casas¹

¹Instituto de Referencia Andino. ²Instituto de Genética Humana, Pontificia Universidad Javeriana. ³Servicio de Reumatología e Inmunología Hospital Militar Central, Bogotá.

Introducción: El tratamiento con metotrexate (MTX) es utilizado en la AR. Inhibe la dihidrofolato-reductasa (DHFR) y las enzimas dependientes de folatos como la timidilato sintasa (TS) y la metilen-tetrahidrofolato reductasa (MTHFR). Se ha demostrado que algunos polimorfismos del gen que codifica la MTHFR afectan la actividad de la enzima. Se han descrito asociaciones relacionadas con la eficacia del tratamiento.

Objetivos: Establecer la frecuencia del polimorfismo C>T del gen MTHFR en un grupo de individuos colombianos sin diagnóstico de AR.

Métodos: Se recolectaron 142 individuos colombianos mayores de 18 años sin diagnóstico de AR, quienes solicitaron el análisis del perfil genético molecular en el marco de la medicina preventiva. Este perfil evalúa 15 asociaciones farmacogenéticas con medicamentos que incluye el MTX (Pathway). Se analizó la frecuencia de los polimorfismos C>T del marcador rs1801133 del gen MTHFR cuyo genotipo normal es C/C. El análisis de los polimorfismos se realizó mediante la técnica de microarreglos. Método estadístico chi cuadrado (χ^2) determinando frecuencias y niveles de asociación.

Resultados: Se analizaron 142 individuos, 61 hombres y 81 mujeres, provenientes de Medellín (9,15%), Cali (6,34%), Bogotá (79,58%), Barranquilla (3,52%), Pasto (1,41%). Se encontró genotipo C/C en 33,8%, C/T en 52,82% y T/T en 13,38%. La distribución del alelo C fue de 60,21% y la del T de 39,79% (tabla).

Tabla Póster 26

	Frecuencias genotípicas				Frecuencias alélicas	
	C/C N (%)	C/T N (%)	T/T N (%)	Valor p	C N (%)	T N (%)
Género						
Masculino	23 (47,92)	30 (40,0)	8 (42,1)	0,686	76 (44,44)	46 (40,71)
Femenino	25 (52,08)	45 (60,0)	11 (57,89)		95 (55,56)	67 (59,29)

Conclusiones: Los resultados son similares para los genotipos C/C y C/T a otros grupos de individuos sanos estudiados a diferencia de T/T. El estudio de farmacogenética de los genotipos de riesgo de presentar toxicidad y efectos adversos generados por el MTX sugiere la necesidad de evaluar otras alternativas terapéuticas. Se observa la necesidad de evaluar grupos de pacientes colombianos con diagnóstico de AR.

27. ¿EVALÚA USTED SÍNTOMAS Y AUTOANTICUERPOS GASTROINTESTINALES (GI) EN SUS PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS (EAS)?

C. Romero-Sánchez^{1,4,5}, W. Bautista-Molano^{1,4}, D. Muñoz¹, V. Parra¹, A. Escobar¹, C. Martínez², F. García^{2,4}, S. Segura¹, J. de Ávila⁵, H. Juliao³, J. Londoño¹ y R. Valle-Oñate^{1,4}

¹Grupo de Espondiloartropatías, Servicio de Reumatología e Inmunología, Hospital Militar/Universidad de La Sabana.

²Servicio de Coloproctología, Hospital Militar Central. ³Servicio de Gastroenterología, Hospital Militar. ⁴Universidad Militar Nueva Granada. ⁵Instituto UIBO, Universidad El Bosque, Bogotá.

Introducción: El compromiso extraintestinal en EAS es del 21 al 30%. Del 5 al 10% se asocia a enfermedad inflamatoria intestinal (EII), un porcentaje de pacientes con inflamación intestinal subclínica se manifiesta de manera endoscópica e histológica. El abordaje clínico de este compromiso gastrointestinal (GI) debe realizarse de manera activa por medio de un interrogatorio dirigido y evaluación de autoanticuerpos para EII. La persistencia de la inflamación del aparato locomotor se asocia principalmente con inflamación intestinal.

Métodos: Estudio observacional analítico corte trasversal con 81 pacientes con EAS de acuerdo a criterios europeos (ESSG). Se realizó búsqueda activa de síntomas GI y mediciones de anti-Saccharomyces cerevisiae IgG/IgA (ASCA), anti-polimorfo nuclear neutrófilo (ANCap), anti-transglutaminasa IgG/IgA, anticuerpos anti-péptido de gliadina desaminado IgG/IgA y ANAS e IgA total. Se realizaron pruebas de asociación por χ^2 entre enfermedad, síntomas GI y autoanticuerpos.

Resultados: 64% hombres, dolor abdominal 53%, distensión abdominal 51% y diarrea 33%. BASFI > 4 60% y BASDAI > 4 65%. HLAB27 34,6%. ASCA IgG/A positivos en 30,9%, con prueba confirmatoria en 90,9%, ANCAsP 11,1%, ANAS 54,3%. Se encontró asociación entre BASDAI > 4, dolor abdominal ($p = 0,017$) y distensión abdominal ($p = 0,008$). Niveles elevados de IgA se asociaron con BASDAI > 4 ($p = 0,012$). No hubo diferencia con tratamiento con anti-TNF.

Conclusiones: La población estudiada presentó síntomas GI. Se resalta la presencia de ASCAs en una tercera parte y ANAS en la mitad de pacientes. BASFI y BASDAI se asociaron con presencia de síntomas GI. Se sugiere interrogar de manera dirigida sínto-

mas GI y evaluar la presencia de autoanticuerpos para descartar EII asociada a inflamación intestinal subclínica.

28. THE EXTENSION AND SEVERITY OF PERIODONTAL DISEASE FAVORS THE INCREASE OF C REACTIVE PROTEIN IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS WITH LOW DISEASE ACTIVITY

C. Romero-Sánchez^{1,2,4}, J. Bello-Gualtero^{1,3}, P. Santos-Moreno³, A.M. Arredondo⁴, A. Cortes-Muñoz¹, A.M. Mesa¹, W. Bautista-Molano^{1,4}, M. Torres², G. Lafaurie², J. Londoño¹ and R. Valle-Oñate^{1,4}

¹Spondyloarthropathy Group, Rheumatology Department, Hospital Militar/Universidad de La Sabana. ²UIBO Institute (Oral Basic Research Unit) School of Dentistry, Universidad El Bosque. ³Biomab IPS, Research Institute.

⁴Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá.

Introduction: Similitaries exist in the epidemiology and immune-pathogenesis of periodontal disease (PD) and rheumatoid arthritis (RA). The relationship between RA and periodontitis is supported by pathological and immunological data; however, the association between their respective disease activities and severities are less well documented. Periodontitis has been associated with RA and has become a candidate risk factor for RA onset and progression. Additionally, we do not have information in Colombian population.

Objectives: To investigate the association between periodontal clinical indices and disease activity in RA patients.

Methods: Study patients were enrolled from rheumatology outpatient clinic. All patients fulfilled 2010-ACR/EULAR classification criteria. Periodontal examination was performed by two experienced periodontist assessing bleeding on probing, plaque index, mean clinical attachment loss, mean probing pocket depth, inflammation and number of teeth. Demographics and disease activity characteristics were collected. The association between periodontitis with disease-activity measure in RA was analyzed using the χ^2 test.

Results: One hundred twenty four patients with RA were included, 210 patients were excluded and 30% of them were edentulous. The extension of periodontitis and severity of PD (pocket depth, clinical attachment, and mean of clinical attachment loss), were associated with high levels of C reactive protein (CRP) ≥ 9 mg/L in RA patients with low activity disease ($p < 0.05$).

Conclusions: Preliminary results show that RA patients with low disease activity have higher CRP levels (9 mg/L) and association with PD. It suggests that RA treatment does not modify CRP levels in patients with PD.

29. FRECUENCIA DE HLA B27 EN INDIVIDUOS CON MANIFESTACIONES SUGESTIVAS DE EAS

L. Chila¹, C. Romero Sánchez^{1,2,3,5}, W. Bautista Molano^{1,3}, G.A. Gómez^{2,4}, I. Briceño⁴, Z. Maldonado², J. de Ávila⁵, J. Londoño¹ y R. Valle Oñate^{1,3}

¹Grupo de Espondiloartropatías, Servicio de Reumatología e Inmunología, Hospital Militar Central-HMC/Universidad de La Sabana. ²Instituto de Referencia Andino-IRA.

³Universidad Militar Nueva Granada. ⁴Instituto de Genética, Universidad Javeriana. ⁵Instituto UIBO-Universidad El Bosque.

Introducción: La tipificación de HLA-B27 contribuye a la clasificación de espondiloartritis-EAS, individuos positivos desarrollan la enfermedad más tempranamente y tiene una evolución de mayor cronicidad.

Objetivos: Describir la frecuencia de HLA-B27 en individuos colombianos que consultan con manifestaciones clínicas asociadas a EAS.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 4.109 resultados remitidos al HMC y al IRA con solicitud de HLA B27 de población con manifestaciones sugestivas de EAS entre 2009 y 2012. Se usó citometría digital, basados en 15.000 eventos. Se usó método estadístico prueba de chi cuadrado (χ^2) determinando las frecuencias y los niveles de asociación. Paquete estadístico SPSS V18 para Windows.

Resultados: Los datos estuvieron distribuidos sobre 1.585 hombres (36,8%) y 2.524 mujeres (61,4%). El rango de edad entre 19 y 45 años fue de 49,9%. El 95,4% provenientes de la región Andina y territorios orientales, 427 sujetos fueron positivos (12,1%), 283 hombres (56,9%), 62,5% entre 19 y 45 años ($p < 0,0001$) y 214 mujeres (43,1%). Menores de 18 años (7,8%) y mayores de 45 (37,4%). Las manifestaciones frecuentes fueron periféricas: sinovitis, poliartralgias, dolor osteomuscular y talalgias.

Conclusiones: La frecuencia del alelo HLA-B27 que consulta con manifestaciones iniciales de EAS es baja, lo cual concuerda con la positividad menor encontrada en los individuos con diagnóstico de EAS en nuestra población mestiza frente a poblaciones norteamericanas y europeas. A pesar de que se obtuvieron más solicitudes del género femenino, el HLA-B27 estuvo presente en más hombres. Hace pensar en una solicitud sobreestimada de este parámetro en consulta de atención primaria.

30. ANTI-CHROMATIN ANTIBODIES: A USEFUL MARKER FOR EARLY ACTIVITY

A. Arbelaez, C. Mora, C. Romero-Sánchez, P.A. Valencia-Toro, J. Londoño, D. Muñoz, A. Cortes, D.A. Jaimes and R. Valle-Oñate

Inmunology and Rheumatology Department: Hospital Militar Central, Universidad de La Sabana, Spondyloarthropathy Group: Systemic lupus erythematosus and connective tissue diseases, Bogotá.

Introduction: The anti-chromatin antibody is frequently elevated in patients with active SLE and its titer correlates with activity. The objective of this study is to determine the diagnostic value of anti-chromatin antibodies in the assessment of clinically active SLE.

Methods: Cross-sectional study with 74 patients (110 samples). Disease activity was evaluated by Safety of Estrogens in SLE National Assessment-SLE Activity Index (SELENA-SLEDAI) and the British Isles Lupus Activity Group 2004 (BILAG 2004) Index. Se-

rological titers anti-chromatin was measured by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) and values were expressed as mean \pm standard deviation (SD). The chi-squared test, Wilcoxon Rank-Sum, nonparametric Spearman's rank correlation test were used for statistical analysis.

Results: 60% of patients had activity by SLEDAI or BILAG. The prevalence of positive anti-chromatin was 51%. Anti-chromatin antibodies were found to be positive in 70% active-SLE patients by SLEDAI ≥ 4 ($p < 0,0001$) and in 27.8% SLE patients lacking of high-avidity anti-dsDNA antibody, 53% without activity for SLEDAI o BILAG at the moment of the study. The Wilcoxon Rank-Sum Test showed an excellent correlation between anti-chromatin antibodies and SELENA- SLEDAI score ≥ 4 ($p < 0,0001$). Spearman's rank correlation test (ρ) among the levels of anti-chromatin and high-avidity anti-dsDNA antibodies with disease activity scores was 0.38 ($p < 0,001$) and 0.41 ($p < 0,001$) respectively.

Conclusions: Our study suggests that anti-chromatin antibodies may be a useful marker in the assessment of SLE activity especially in patients with early activity and anti-ds DNA negative.

31. QUALITY OF LIFE IN COLOMBIAN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND ITS ASSOCIATION WITH DISEASE ACTIVITY AND ILLNESS PERCEPTION

P.A. Valencia-Toro, C. Mora, A. Arbelaez, Y. Guzmán, J. Londoño, D.A. Jaimes, M. Plazas, M.C. Sánchez-Romero and R. Valle-Onate

Inmunology and Rheumatology Department, Universidad de La Sabana, Hospital Militar Central. Spondyloarthropathy Group, Systemic lupus erythematosus and connective tissue diseases, Bogotá.

Introduction: Quality of life of lupus patients are below those of the general population. Illness perception influences patient's emotional response to their disease and its behavior to cope with this.

Objectives: To assess the relationship between quality of life, illness perception and disease activity.

Methods: 72 patients. Socioeconomic/demographic and clinical data were recorded. Disease activity was measured by the SLE Disease Activity Index (SELENA-SLEDAI); quality of life by the Medical Outcomes Survey Short Form 36 (SF-36) and illness perception by the revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Statistical analysis: hypothesis tests, chi-square statistic and Student's t-test.

Results: SF 36 Physical Component Summary (PCS): PCS < 50 : longer time of disease ($p = 0,044$), living in a couple ($p < 0,001$), lupus has a negative impact on their lives ($p = 0,07$), experience illness as cyclical and unpredictable ($p < 0,001$), understand their disease ($p = 0,029$); PSC ≥ 50 : Inactive or mild activity ($p = 0,001$), attribute fewer somatic symptoms as caused by lupus ($p = 0,002$), better personal control over their illness ($p = 0,04$), fewer symptoms of anxiety and depression because of Lupus ($p = 0,006$). SF 36 Mental Component Summary (MCS) < 50 : lupus causes: Alcohol ($p = 0,03$), Smoke ($p = 0,04$), Negative attitude ($p = 0,05$), own behavior ($p = 0,05$). MSC ≥ 50 : attribute fewer somatic symptoms as caused by lupus ($p < 0,001$), fewer symptoms of anxiety and depression because of lupus ($p < 0,001$). No statistical differences between patients' beliefs about treatment ($p = 0,97$).

Conclusions: Quality of life is directly related to how patients perceive their illness.

32. BEHAVIOR OF RETICULOCYTE-BOUND C4D IN COLOMBIAN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

C. Mora, A. Arbeláez, C. Romero, P.A. Valencia-Toro, D. Muñoz, J. Londoño, D.A. Jaimes and R. Valle-Onate

Inmunology and Rheumatology Department, Universidad de La Sabana, Hospital Militar. Central Spondyloarthropathy Group, Systemic lupus erythematosus and connective tissue diseases, Bogotá.

Introduction: Early detection of lupus activity is essential but the diagnosis is not easy. Because complement activation is important in the pathophysiology of systemic lupus erythematosus (SLE), the measurement of complement activation products bound to cells (CAP) is an interesting alternative.

Objectives: To describe the behavior of serum levels of C4d bound to reticulocytes (R-C4d) in SLE patients with different degrees of lupus activity.

Methods: Cross-sectional study. Disease activity was estimated in 51 patients by SLE Disease Activity Index (SELENA-SLEDAI) and R-C4d was measured by flow cytometry. Levels of C4d on the surface of reticulocytes were expressed as percentage. Currently a cutoff is unknown. Statistical analysis: the patients were divided into 3 groups according to the SELENA-SLEDAI score: 0 to 2, 3 to 4, greater than or equal to 4 and descriptive statistical analysis was performed by calculating statistics of central tendency and dispersion.

Results: The results of R-C4d ranged between 0 and 47%. 16 patients had a SELENA-SLEDAI 0-2, 19 patients a SELENA-SLEDAI > 2 to < 4 and 16 patients > 4. For each group levels of R-C4d were $5.75 \pm 7.60\%$ (0-20), $11.05 \pm 9.52\%$ (0-28) and $17.12 \pm 14.52\%$ (0-47).

Conclusions: Preliminary results suggest that R-C4d levels vary in patients with SLE in proportion to their activity. However a large number of patients are needed to establish a cutoff and to evaluate the performance of R-C4d as a biomarker of lupus activity.

33. ANALYSIS OF FOCUS GROUPS IN COLOMBIAN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE): A QUALITATIVE LOOK TO ILLNESS REPRESENTATIONS

P.A. Valencia-Toro, C. Mora, A. Arbeláez, J. Londoño, D.A. Jaimes, Y. Guzmán, M. Plazas, M.C. Sanchez-Romero and R. Valle-Onate

Inmunology and Rheumatology Department, Universidad de La Sabana, Hospital Militar Central. Spondyloarthropathy Group, Systemic lupus erythematosus and connective tissue diseases, Bogotá.

Introduction: Despite the recognition that SLE is a severe disease with a major impact on the life of patients, few studies have evaluated the psychological functioning of patients with SLE.

Methods: Perception was evaluated in 72 patients with SLE and without other autoimmune diseases through semi-structured interview in focus groups. Grounded theory was applied which was conducted by open, axial and selective encoding.

Results: Seven axial categories were defined: The notification of the diagnosis (Why me? How patients get information about lupus), Causes of the disease (Auto guilt, mood and emotional problems as major factors in the disease), Family, social and work consequences (the disease is not noticeable on the outside. The patient "simulates" the symptoms, Work problems, The importance of family and social support for patients, vital resignations due to the disease), The difficulties in establishing the diagnosis, Non-pharmacological or alternative treatments, poor adherence to drug treatment and rejection, Weaknesses identified by patients in health care, Disease Awareness (Need for self-care, Lupus a deadly disease).

Conclusions: SLE as a disease closely related to death requires interdisciplinary management and psychological support to patients and their families from the time of diagnosis and during the course of the disease. While there is little evidence if perception of the disease may change with treatment, specifically cognitive behavioral therapy, it is necessary to incorporate these assessment tools of perception of the disease in all patients with lupus to explore whether the representations of the disease may predict response to interventions.

34. ILLNESS PERCEPTION IN COLOMBIAN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE) BASED ON THE REVISED ILLNESS PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE (IPQ-R)

P.A. Valencia-Toro, C. Mora, A. Arbeláez, J. Londoño, D.A. Jaimes, Y. Guzmán, M. Plazas, M.C. Sánchez-Romero and R. Valle-Onate

Inmunology and Rheumatology Department, Universidad de La Sabana, Hospital Militar Central. Spondyloarthropathy Group, Systemic lupus erythematosus and connective tissue diseases, Bogotá.

Introduction: The illness perception is a cognitive representation that directly influences the patient's emotional response to their disease and its behavior to cope with this. Illness perception focuses on cognitive perceptions (identity, consequences of the disease, duration of this, personal control, and treatment effectiveness) and emotional (conscience about illness, emotions generated and understanding of this).

Objectives: To determine illness perceptions in lupus patients through the revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R).

Methods: 72 patients participated. IPQR was used for the estimation of the illness perception. Statistical analysis: hypothesis tests, chi-square statistic, Student's t-test, Pearson statistic.

Results: IPQ-R scores: Identity 10.2 ± 4.3 , Timeline (acute/chronic) 18.1 ± 2.9 , Consequences 19.2 ± 3.7 , Personal Control 19.8 ± 2.9 , Treatment control 15.5 ± 1.9 , Illness coherence 14.7 ± 3.1 , Timeline cyclical 14.2 ± 2.9 , Emotional representations 18.3 ± 4.2 . With higher educational level patients are less confident that the treatment will control the disease and don't understand it. Unemployed correlated with more symptoms of anxiety and depression because of Lupus. Patients who understand their illness think that the treatment is effective in controlling of the disease. As the disease gets more chronic patients feel better personal control over their illness. A much more number of flares bring more negative consequences to their lives and makes them to attribute more somatic symptoms as caused by lupus.

Conclusions: Knowing the illness perception of our patients will allow designing effective interventions to improve treatment adherence, reduce associated morbidity and health care costs to finally have a real impact in the quality of life of lupus patients.

35. SÍNDROME ANTISINTETASA CON ANTICUERPOS ANTINUCLEARES Y ANTI-JO1 NEGATIVOS: PRESENTACIÓN CLÍNICA EN UN PACIENTE CON NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL

V. Gómez¹, E. Saldaña², F. Ahumada³, C.J. Velásquez⁴, J. Ortega⁵, A. Londoño⁵ y H. Ortega⁵

¹Medicina Interna, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

²Medicina Interna, Universidad de la Sabana, Bogotá. ³Medicina Interna, Universidad de Antioquia, Medellín. ⁴Medicina Interna, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. ⁵Servicio de Neumología, Clínica CardioVID, Medellín.

Introducción: El síndrome antisintetasa es un fenotipo específico de las miopatías inflamatorias, donde la enfermedad pul-

monar intersticial, la miositis, el fenómeno de Raynaud y las manos de mecanico son manifestaciones características. Los anti-Jo1 son el prototipo representativo; solo están presentes en el 30% de los casos.

Caso clínico: Hombre de 42 años, con antecedente de tabaquismo e historia de 12 meses de parestesias nocturnas, artralgias de muñecas y rodillas, disminución simétrica de la fuerza en manos y en cintura escapular, con limitación funcional progresiva. Seis meses después inicia disnea de pequeños esfuerzos, opresión torácica y fenómeno de Raynaud bifásico. Patrón tomográfico de alta resolución del tórax compatible con neumonía intersticial usual. ANA,ENA, factor reumatoide, anticardiolipinas, anti-Jo1 y anti Scl-70 negativos. Recibe dosis variables de esteroides (10-60 mg/día) por 4 meses con períodos intermitentes de mejoría. Posteriormente, elevación de enzimas musculares (creatina-fosfokinasa, deshidrogenasa láctica y aspartato amino transferasa: 6, 1,5 y 4 veces por encima del límite superior normal respectivamente), hiperqueratosis en región hipotenar y enfermedad restrictiva por espirometría (capacidad vital forzada [CVF] 1,01 litros [26% del predicho], volumen inspiratorio forzado en el primer segundo [VEF1] 0,89 litros [29% del predicho] relación VEF1/CVF 88%). Se sospecha síndrome antisintetasa. Se ajusta dosis de esteroides a 1 mg/kg y azatioprina 2,5 mg/kg, con respuesta favorable clínica, funcional pulmonar e imaginológica.

Discusión: A pesar de la ausencia de características patognomónicas, el espectro de la enfermedad es variable y otros anticuerpos antisintetasa (anti-PL-7 y PL-12), no medibles en el medio, son comunes en estos sujetos.

36. ¿ES LA CIRUGÍA BARIÁTRICA UN FACTOR DESENCADEANTE DE PATOLOGÍAS REUMATOLÓGICAS?

C.A. Cañas, A.F. Echeverri, D. Cadavid y F. Bonilla-Abadía

Fundación Valle del Lili, Cali, Universidad ICESI.

Introducción: El desarrollo de patologías reumatólogicas después de la cirugía bariátrica es desconocido hasta el momento. El propósito de este estudio es conocer qué patologías reumatólogicas se presentaron después de la cirugía bariátrica en una cohorte de pacientes.

Métodos: El estudio incluyó 12 pacientes valorados entre agosto-2001 y junio-2012 en un hospital de IV nivel de complejidad, pertenecientes a una cohorte de 254 pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Se describen las características demográficas y los síndromes reumatólogicos presentados.

Resultados: Dos pacientes con derivaciones gástricas y diez con mangas gástricas presentaron luego de su cirugía patologías reumatólogicas. Edad promedio $37,4 \pm 11$ años e índice de masa corporal promedio 38 ± 5 en el momento de la cirugía. Las enfermedades reumáticas comenzaron $9,3 \pm 9$ meses después, cuando los pacientes tenían IMC de 24 ± 4 . Los diagnósticos fueron: (1) dos casos con osteonecrosis (rodilla y hombros), (2) dos casos graves con lupus eritematoso sistémico, (3) una paciente con síndrome antifosfolípido catastrófico, (4) un paciente desarrolló una fistula gástrica-gástrica y síndrome del asa ciega con artritis reactiva, (5) cuatro pacientes con artrosis de rodilla de novo, y (6) tres con osteomalacia.

Conclusiones: La cirugía bariátrica podría ser un factor desencadenante de diversas patologías reumatólogicas. En este estudio hay una relación temporal, con patologías con factores patogénicos diversos.

37. VASCULITIS EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN

V. Parra y J. Medina

Universidad de La Sabana, Clínica Universidad de La Sabana, Bogotá.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) se presenta 2-3% en adultos, hay destrucción de las glándulas exocrinas con infiltrado linfocitario llevando cuadro clínico de boca y ojo seco. El sistema nervioso central (SNC) puede llegar a verse afectado y dentro de sus manifestaciones la neuropatía periférica es la presentación más usual. La vasculitis en SNC es un hallazgo excepcional y controversial.

Caso clínico: Femenina 37 años, con SS, ingresa por estatus epiléptico; 1 mes previo ACV isquémico frontal derecho y trombosis del seno venoso posteroinferior. A su clínica se adiciona disminución aguda de la agudeza visual. TAC-RMN cerebral con nuevo evento isquémico en lóbulo temporal izquierdo. Defecto pupilar aferente, fondo de ojo con retina y mácula pálida en ojo derecho.

Resultados: Biopsia de glándula salival: sialoadenitis crónica grado IV, anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina IgM-IgG, C-ANCA, P-ANCA, ANTI DNA: negativos, ANAS: 1/160 patrón citoplasmático. Electromiografía, neuroconducciones, TSH: normales, factor reumatoide 7,72, PCR 4,28, perfil lipídico normal, ENAS: negativos, actividad de la proteína C y S, niveles normales de antitrombina III, factor V de Leiden: negativos. Se consideró compromiso del SNC secundario a SS.

Discusión: La vasculitis en SNC es una manifestación significativa extraglandular del SS con implicaciones pronósticas y terapéuticas. La prevalencia es controversial cursando con cualquier manifestación neuropsiquiátrica. Hay hallazgos angiográficos sugestivos de vasculitis de pequeños vasos hasta del 45%. Deben excluirse patologías inflamatorias e infecciosas, el tratamiento depende de la gravedad del compromiso incluyendo corticosteroides y ciclofosfamida.

38. CUANTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI ADALIMUMAB Y NIVELES SÉRICOS DEL MEDICAMENTO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

C. Romero-Sánchez^{1,2,3,4}, A.M. Arredondo¹, A.J. Cortes-Muñoz¹, J. de Ávila⁴, L. Moreno¹, A.M. Mesa-Betancourt¹, J.M. Bello-Gualtero¹, C.M. Guzmán-Vergara¹, J.G. Ballesteros-Muñoz^{1,2}, W. Bautista-Molano^{1,2}, J.D. Londoño² y R. Valle-Onate^{1,2}

¹Grupo de Espondiloartropatías, Servicio de Reumatología e Inmunología, Hospital Militar/Universidad de La Sabana.

²Universidad Militar Nueva Granada. ³Instituto de Referencia Andino. ⁴Instituto UIBO, Universidad El Bosque, Bogotá.

Introducción: Los fármacos anti factor de necrosis tumoral disminuyen la actividad de las espondiloartritis (EAS), los anticuerpos contra estos podrían asociarse con falla terapéutica y efectos adversos (1). El objetivo del estudio fue establecer las concentraciones séricas de adalimumab (ADA) y de anticuerpos antiADA en una cohorte de pacientes con EAS y correlacionarlo con la actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio de corte transversal. A los pacientes con EAS tratados con ADA se les tomó una muestra de sangre inmediatamente antes de la aplicación del medicamento, se obtuvieron variables clínicas, sociodemográficas y epidemiológicas. Los niveles de ADA y antiADA se realizaron mediante ELISA con el Kit PROMONITOR®. Se realizó estadística descriptiva y pruebas de asociación (χ^2 , Spearman, Mann-Whitney U test y Kruskal-Wallis).

Resultados: Evaluamos 12 pacientes con EAS, 58,3% hombres, edad promedio 43 años, 7,2 años de enfermedad y 24 meses aplicándose ADA. Encontramos anticuerpos positivos y niveles subterapéuticos del medicamento en dos pacientes (16,7%). El 83,3% de los pacientes no presentaron antiADA y tenían niveles terapéuticos de ADA. La PCR y VSG elevadas se asociaron con niveles subterapéuticos de ADA ($p = 0,006$) y AntiADA positivo ($p = 0,037$). No hubo correlación entre los niveles de ADA y anti-ADA con los índices BASFI y BASDAI ni efectos adversos.

Conclusiones: La presencia de antiADA se asocia con niveles elevados de PCR y VSG. La presencia de antiADA en pacientes con EAS no se asocia con actividad de la enfermedad ni efectos adversos.

39. EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE ÍNDICES DE ACTIVIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. CLÍNICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA Y HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE: PRIMERA FASE. 2013

R. Restrepo¹, L.M. Rodríguez², A.L. Zapata-Castellanos², A. Ocampo², J.J. García², C. Muñoz-Grajales³, L.F. Pinto³, J.D. Márquez³ y C.J. Velásquez^{2,3}

¹Medicina Interna, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

²Grupo UNIR, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. ³Grupo de Reumatología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

Objetivos: Evaluar el comportamiento y correlación de los índices de actividad en un grupo de pacientes con artritis reumatoide.

Métodos: Análisis descriptivo transversal basal de una cohorte. Diagnóstico: criterios ACR/EULAR 2010. Correlación por rho de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes; 87,5% mujeres. Edad promedio: $54 \pm 14,7$ años. Para el tratamiento y la clinimetría basal se expresan, en su orden, mediana y rango intercuartílico -RIQ- entre paréntesis. Tratamiento: metotrexate [(n = 41; 12,5 mg/semana (10-15)]; cloroquina (n = 40); deflazacort [(n = 24; 12 mg (7,5-13,5)], prednisolona [(n = 28; 10 mg (5-10)], leflunomida (n = 18; 20 mg). Biológicos: (n = 13). Clinimetría basal: articulaciones dolorosas: 57%; 5 (2-10). Articulaciones inflamadas 40%; 2 (1,5-8,0); EVA global del paciente: 20 (8-50), EVA global del médico: 1 (0-5). Las tablas muestran el comportamiento y correlación entre los índices.

Tabla 1 – Clinimetría basal

Índice	Mediana (RIQ)	Remisión n (%)
DAS28 VSG	2,84 (1,9-4,7)	33 (45,8)
DAS28 PCR	2,20 (1,5-3,8)	44 (61,1)
CDAI	3 (1,0-15,3)	33 (45,8)
SDAI	2,4 (0,6-10,6)	41 (56,9)

Tabla 2 – Correlación entre índices

	DAS28 VSG	DAS28 PCR	SDAI
CDAI	0,83 (0,73-0,90)*	0,85 (0,73-0,91)*	0,84 (0,72-0,92)*
SDAI	0,80 (0,65-0,88)*	0,84 (0,73-0,90)*	
DAS28 PCR	0,78 (0,63-0,86)*		

*Rho Spearman (IC95%); p < 0,0001.

Conclusiones: En esta cohorte existió una alta correlación entre los índices; un considerable porcentaje de pacientes está en remisión.

40. EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA. HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE Y CLÍNICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA. 2005-2012

L.O. López¹, N. Morales², C. Muñoz-Grajales³, C.J. Velásquez^{3,4}, L. Rodríguez⁵, L. Colmenares², L.F. Pinto¹ y J.D. Márquez¹

¹Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. ²Dermatología, Universidad CES, Medellín. ³Servicio de Reumatología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín. ⁴Reumatología, Clínica Universitaria Bolivariana, Medicina Interna. Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. ⁵Epidemiología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Introducción: La artritis psoriásica (PsA), es definida como una artritis inflamatoria asociada con psoriasis.

Objetivos: Evaluar el comportamiento de la PsA, el porcentaje de cumplimiento de los criterios vigentes (CASPAR) y del compromiso cutáneo.

Métodos: Revisión de historias clínicas según códigos CIE-10; evaluación clínica y radiológica por el servicio de Reumatología. Estudio transversal descriptivo. Análisis longitudinal. Se utilizó el método de Kaplan Meier. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo en el paquete SPSS versión 19.

Resultados: Se encontraron 71 pacientes, promedio de edad: 50 años; 64% hombres. El 92% tenían psoriasis cutánea (%): placa (76%), guttata (5%), inversa (4%), pustular (2%), palmo-plantar (1%). Aparición de la psoriasis: antes de artritis 50%, simultáneamente 14%, después de la artritis 9%. 87% cumplían criterios CASPAR. BASDAI: 4,06 (68/71). PASI: 10,3 (16/71). DLQI: 2,2 (16/71). Manifestaciones extraarticulares: entesitis (35%), sacroileítis (24%), dactilitis (23%), uveítis (2,8%). Comorbilidades: hipertensión arterial (21%), tabaquismo (15%), dislipidemia (15%). Compromiso articular: oligoarticular (41%), poliarticular 32%. HLA-B27: positivo 17%. Sacroiliitis 15% (11/71). Radiológicas: neoformación yuxtaarticular 11%, osteolisis 7%, entesopatía calcánea 5,6%, artritis erosiva 4%, anquilosis 2,8%. Tratamiento: AINES (77%), metotrexate (71%) tópico (35%), sulfasalazina (25%), leflunomida (12%), PUVA (8%). ciclosporina (5%). El 40% de los sujetos reciben anti-TNF: 10 etanercept, 10 adalimumab, 6 infliximab, 1 certolizumab, 1 ustekinumab.

Conclusiones: La forma más común de psoriasis es en placas. Hay un alto compromiso axial y de entesis. La comorbilidad más frecuente es la hipertensión arterial, seguida de la dislipidemia. Hay un porcentaje similar de formas oligo y poliarticulares.

41. ARTRITIS REACTIVA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON BACILO DE CALMETTE GUERIN INTRAVESICAL: REPORTE DE UN CASO

S. Cardozo¹, C. García¹, C. Muñoz-Grajales², C.J. Velásquez², L.F. Pinto² y J.D. Márquez²

¹Medicina Interna, Universidad Tecnológica de Pereira.

²Servicio de Reumatología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

Introducción: El cáncer de vejiga es la cuarta causa de neoplasia entre hombres y la décima entre mujeres. El bacilo de Calmette Guerin (BCG) es una vacuna derivada de cepas atenuadas

de *Mycobacterium bovis*. Actualmente es considerada una de las terapias más eficaces para el cáncer de vejiga *in situ* cuando la resección transuretral resulta inadecuada. Hasta donde se sabe, existen pocos casos de artropatías inflamatorias asociadas a esta vacuna.

Caso clínico: Mujer de 56 años referida por urología, sin antecedentes relevantes, diagnosticada con carcinoma urotelial papilar de alto grado, en noviembre de 2011, quien luego de resección quirúrgica recibió tratamiento con instilaciones de BCG intravesical, por ciclos (marzo-noviembre de 2012). Tres semanas después de la última aplicación de BCG y sin episodios previos de compromiso articular presentó tendinitis aquiliana izquierda y dactilitis en el cuarto dedo del pie izquierdo y el segundo del derecho, seguido por artritis de la tercera MCF derecha con rigidez matinal, sin compromiso ocular. Inicialmente manejada por urología con AINES (celecoxib 200 mg por 2 semanas y tres dosis intramusculares de etofenamato, sin obtener mejoría). Posteriormente se cambió el manejo por etoricoxib 120 mg diarios y sulfasalazina 500 mg cada 12 h controlando los síntomas y los reactantes de fase aguda al cabo de 4 semanas.

Discusión: Se han reportado en la literatura menos de 50 casos de artritis reactiva secundaria a aplicación de BCG. La presencia de oligo o poliartritis en pacientes tratados con infusiones intravesicales con BCG deberían hacer sospechar la posibilidad de esta entidad.

42. ENFERMEDAD DE PONCET (REUMATISMO TUBERCULOSO): A PROPÓSITO DE DOS CASOS

J.D. Márquez¹, C.J. Velásquez¹, C. Muñoz-Grajales¹, S. Cardozo², M. Mesa³, L.O. López⁴ y L.F. Pinto¹

¹Servicio de Reumatología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

²Medicina Interna, Universidad Tecnológica de Pereira.

³Reumatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

⁴Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Introducción: El reumatismo tuberculoso o enfermedad de Poncet fue descrita por primera vez por Antonin Poncet en 1897. Es una poliartritis reactiva, no destructiva, fugaz y migratoria; representa una respuesta inmune a tuberculoproteínas, que resuelve completamente con el uso de AINEs y el tratamiento tuberculoso.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 61 años quien en el posoperatorio inmediato de cistopexia (octubre de 2012) presenta disnea súbita; rayos X del tórax y ecocardiograma evidencian derrame pleural bilateral y pericárdico. Además poliartritis en muñecas, metacarpofalángicas, rodillas y tobillos. La biopsia pericárdica y el estudio del líquido pleural, incluyendo reacción en cadena de polimerasa, arrojan positividad para *Mycobacterium tuberculosis*. Se inicia manejo tetracónjugado, resolviendo el cuadro inflamatorio articular después de 40 días de hospitalización. Caso 2: hombre de 35 años, referido por fiebre de origen desconocido de 11 meses de evolución, diaforesis nocturna, pérdida de 8 kg de peso, dorsalgia, artritis migratoria en rodillas y tobillo derecho. Sin antecedentes personales ni familiares de importancia. Elevación de reactantes de fase aguda. Es manejado con AINEs y prednisona 10 mg, de forma intermitente, con mejoría parcial de las manifestaciones articulares. Resonancia de columna: colección paravertebral derecha T7-T8. Lesiones focales a nivel de T11, L2 y L3. Biopsia de hueso: positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Se inició tratamiento antituberculoso, con resolución de los síntomas articulares a las 2 semanas.

Discusión: La enfermedad de Poncet es una entidad poco reconocida en nuestro medio; debe sospecharse ante la presencia de fiebre y poliartritis de causa desconocida.

43. ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS (EAI) DE INICIO EN EL ADULTO: RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

D. Jaramillo-Arroyave, V. Coy-Urrea,
C. Arteaga-Unigarro, N. Pertuz, K. Vega, D. Gil,
G. Quintana, F. Rondón y A. Iglesias-Gamarra

Unidad de Reumatología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Introducción: Las EAI son enfermedades dependientes del sistema inmune innato. Se caracterizan por alteraciones inmuno-lógicas secundarias a una actividad exagerada del inflamósoma (IL1), criopiridinas, IL6 y/o el TNF alfa. Frecuentes en la niñez, sin embargo, pueden aparecer en la edad adulta, cursando con manifestaciones clínicas similares a una enfermedad autoinmune, lo que retraza el diagnóstico y el tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 21 años, 3 años antes inicia con oligoartritis, eritema malar y alopecia. Asociado presentaba un hipotiroidismo autoinmune. Laboratorios ANA1/320 homogéneo, resto de exámenes para autoinmunidad negativos. Se manejó con esteroide, metotrexate y antimarial, sin respuesta. Posteriormente episodios recurrentes de oligoartritis, fiebre, leucocitosis y elevación de RFA, sin daño renal, hematológico o consumo de complemento. Evaluada por la unidad de reumatología, por fiebre prolongada, rash y artritis de rodillas, leucocitosis, PCR elevada, no infección. Anticuerpos negativos. Ferritin 4484. Se considera EAI tipo Still del adulto, se descarta enfermedad autoinmune, se inicia tocilizumab, con control síntomas.

Discusión: Las EAI de inicio en la adultez se confunden con fenómenos de autoinmunidad, al compartir manifestaciones clínicas. Sin embargo, la negatividad de anticuerpos, leucocitosis e hiperferritinemia en ausencia de infección llevaron a la sospecha de enfermedad de Still del adulto. Se consideró poca respuesta al tratamiento dado el tiempo de uso de esteroides a dosis altas y metotrexate, decidiendo utilizar tocilizumab, alcanzando la remisión clínica. Las EAI del adulto son de difícil diagnóstico, lo que retraza su manejo. En casos sin respuesta a la terapia convencional, el tocilizumab es útil para alcanzar control de la enfermedad.

44. UTILIDAD DE RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE ESCLEROSIS SISTÉMICA REFRACTARIA (ESR)

V. Coy-Urrea, D. Jaramillo-Arroyave,
C. Arteaga-Unigarro, N. Pertuz, K. Vega, D. Gil,
G. Quintana, F. Rondón y A. Iglesias-Gamarra

Unidad de Reumatología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Introducción: La esclerosis sistémica es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por fibrosis y oclusión vascular. Se considera refractaria cuando no hay respuesta clínica a la terapia convencional, especialmente con ciclofosfamida y glucocorticoides.

Caso clínico: Paciente de 56 años, 3 meses de fenómeno de Raynaud y edema de manos, engrosamiento cutáneo en cara y manos. ANA 1/640 nucleolar, ENAS y Scl70 negativos, C3 y C4 normales, función renal, hepática, tiroidea normal. Tratamiento con atorvastatina, ASA, nifedipino, metotrexate 15 mg/sem, ácido fólico, Rodnan 9. Dos meses después, Rodnan 18, deterioro de clase funcional para disnea, videocapilaroscopia con patrón activo, pruebas de función pulmonar deterioradas, TACAR con fibrosis en ambas bases y ecocardiograma transtórico PSAP de 45 mmHg. Se inicia manejo con ciclofosfamida 750 mg/m² mensual, asociado a prednisolona 15 mg/día. Luego de 4 bolos, Rodnan de 26, deterioro de clase funcional y progre-

sión de fibrosis pulmonar. Se considera ESR, se inicia rituximab 1 g/día 0 y 15, micofenolato mofetil 2 g/día. Dos meses después Rodnan 12, mejoría de síntomas respiratorios y cardíacos.

Discusión: No hay ensayos clínicos respecto a las medidas terapéuticas en pacientes con ESR, sin embargo se considera que rituximab es una alternativa para los pacientes cuya respuesta a ciclofosfamida y glucocorticoides es nula. Son varias las series y reportes de casos que han demostrado resultados favorables en los desenlaces cutáneos y pulmonares de estos pacientes. El rituximab es una alternativa terapéutica viable y segura en pacientes con ESR, siendo útil especialmente en las manifestaciones cutáneas y pulmonares (EPID).

45. INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS C EN PACIENTES CON ARTRITIS EN EL CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI

A. Herrera¹, A. Arbeláez-Cortés², H. González² y J.M. Rueda²

¹Medicina Interna, Universidad Libre, Cali. ²Reumatología, Clínica de Artritis y Reumatología, Centro Médico Imbanaco, Cali.

Introducción: La infección por virus de la hepatitis C (VHC) puede simular o asociarse a enfermedades reumatólicas llevando a confusión. Su diagnóstico temprano es necesario para un abordaje óptimo de la enfermedad.

Objetivos: Describir características de un grupo de pacientes con infección por VHC detectados en consulta de la Clínica de Artritis y Reumatología del Centro Médico Imbanaco de Cali.

Métodos: Estudio descriptivo. Se recolectaron datos en formato preestablecido, tomados de historia clínica. Se seleccionaron sujetos con diagnóstico de infección por HCV. Se describen las características clínicas, serológicas y las enfermedades reumatólicas asociadas.

Resultados: Se documentaron 7 casos; 6/7 fueron mujeres. El promedio de edad fue 60 años. En tres casos la infección por VHC precedió la manifestación reumática. Todos presentaron artritis con predominio en articulaciones de la mano (85%). Cuatro pacientes cumplieron criterios para artritis reumatoide seropositiva; uno para síndrome de Sjögren (SICCA y biopsia positiva) y dos clasificados como artritis indiferenciada seronegativa. El 85% fueron trasfundidos antes del año 1992. En seis pacientes el diagnóstico se sospechó por elevación de transaminasas durante el seguimiento clínico. No se documentó cirrosis hasta hoy. El genotipo 1B de VHC se documentó en dos casos. Se trató la infección por HCV en 4/7 casos.

Conclusiones: La artritis es una de las manifestaciones frecuentes extra hepáticas de la hepatitis C. La principal causa relacionada con infección fue el antecedente transfusional. La existencia de autoanticuerpos y clínica de enfermedad reumatólogica en VHC es causa de confusión en el abordaje y tratamiento de estas enfermedades.

46. APLICACIÓN Y RESULTADOS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CLÍNICA DE ARTRITIS TEMPRANA DE CALI

A. Arbeláez-Cortés, Y.A. Fernández, L.F. Jaramillo y C.E. Toro-Gutiérrez

Clínica de Artritis Temprana, Cali.

Introducción: La gestión de seguridad del paciente es el pilar para una atención segura en reumatología y hace parte del sistema colombiano de garantía de la calidad en salud.

Objetivos: Describir la aplicación del programa de seguridad del paciente en la Clínica de Artritis Temprana (CAT).

Métodos: Es un estudio descriptivo. La cultura de seguridad del paciente se difundió mediante previo entrenamiento, promoviendo el autorreporte de las acciones inseguras, usando un formato preestablecido. Se clasificaron los autorreportes realizados en 16 meses (febrero de 2012-mayo de 2013) como incidentes (que no produjeron daño), eventos adversos (fallas en la atención que produjeron daño) y complicaciones (relacionadas con la enfermedad o su tratamiento). Se realizaron seis comités para la socialización de los datos y se propusieron las acciones de mejoramiento correspondientes.

Resultados: Se obtuvieron 157 autorreportes; 95,5% hechos por personal de salud. El sitio de ocurrencia más común fue la consulta (63,7%). Del total, 108 (68,8%) fueron incidentes, 44 (28%) complicaciones y solo 5 (3,2%) reales eventos adversos. El incidente más común fue la formulación incorrecta 34/108 (31,5%). La complicación más común fue la infección 10/44 (22,7%). No se documentaron eventos adversos fatales ni eventos centinelas.

Conclusiones: Un programa de seguridad del paciente se puede implementar generando cultura de seguridad en la institución. El autorreporte no punitivo es el primer paso, seguido de la clasificación de los eventos y la toma de las acciones pertinentes para el mejoramiento, en el contexto de un modelo de atención integral en reumatología.

47. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA EVALUADOS EN LA CLÍNICA DE ARTRITIS TEMPRANA DE CALI

A. Arbeláez-Cortés¹, J.M. Pino², Y.A. Fernández¹, A. López¹, L. Bejarano-Pineda³, L.F. Jaramillo¹ y C.E. Toro-Gutiérrez¹

¹Clínica de Artritis Temprana (CAT), Cali. ²Servicio Social Obligatorio, Convenio Docente Asistencial Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA)-Universidad del Rosario-CAT.

³Ortopedia y Traumatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Introducción: El tratamiento oportuno en artritis reumatoide (AR) es la mejor estrategia para lograr la remisión de la enfermedad y disminuir su impacto en morbilidad y costo.

Objetivos: Describir las características del grupo de pacientes con AR menor de 1 año de evolución, ingresados y atendidos en el Programa Integral de Reumatología de la Clínica de Artritis Temprana (CAT).

Métodos: Estudio descriptivo. Se recolectaron datos en formato preestablecido, tomados de la historia clínica electrónica. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico confirmado de AR, con inicio de los síntomas menor a un año antes del ingreso a CAT, cumpliendo los criterios de clasificación American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) 2010. La actividad inflamatoria se midió usando DAS28-VSG (Disease activity score, con velocidad de sedimentación globular).

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes; edad promedio 49,4 años y relación mujer:hombre de 4,8:1. El seguimiento promedio fue 236 días/paciente. Se obtuvo control de la enfermedad en 80,9% de los pacientes (remisión, 58,4%; baja actividad, 22,5%). Todos los pacientes recibieron al menos un medicamento DMARD (Disease Modifying Antirheumatic Drugs), siendo metotrexate el más utilizado (86,2%). La combinación más frecuente fue metotrexate/antimalárico (48,9%). Ningún paciente requirió terapia biológica.

Conclusiones: El éxito del tratamiento en AR temprana se basa en su pronto reconocimiento, la remisión oportuna al reumatólogo, el inicio precoz de la terapia DMARD y el seguimiento estricto de los pacientes. Se pueden lograr altas tasas de remisión

en AR con el uso temprano de terapia DMARD convencional en un modelo de atención integral en reumatología.

48. COMPORTAMIENTO DE LA DOSIFICACIÓN DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ARTRITIS TEMPRANA DE CALI

A. Arbeláez-Cortés, A. López, L.F. Jaramillo y C.E. Toro-Gutiérrez

Clínica de Artritis Temprana, Cali.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) y las espondiloartritis (SpA) son las principales indicaciones de uso de terapia biológica en reumatología, siendo efectiva para controlar la inflamación y prevenir el daño.

Objetivos: Describir las características de pacientes con AR y SpA con uso de terapia biológica, ingresados y atendidos en el Programa Integral de Reumatología de la Clínica de Artritis Temprana (CAT).

Métodos: Estudio descriptivo. Se recolectaron datos en formato preestablecido, tomados de la historia clínica electrónica. Se seleccionaron casos con diagnóstico confirmado de AR o SpA y uso previo/actual de terapia biológica.

Resultados: De 592 pacientes con AR y 54 con SpA, 58 (9,80%) y 26 (48,15%), respectivamente, tuvieron terapia biológica. El tiempo medio de terapia biológica a dosis plena fue 28 meses/paciente. La dosis permaneció estable en 65,48%. Del total, la reducción de dosis se logró en 5,95%, el aumento del intervalo de aplicación en 10,71% y el retiro definitivo en 17,86%. Las causas de retiro fueron: excelente control de la enfermedad, 3 pacientes (remisión prolongada, > 1 año); infección, 4 pacientes; reacción alérgica, 2 pacientes; falla terapéutica, 6 pacientes. Durante el seguimiento se reinició/ajustó la dosis en 4/84 pacientes. El 65,48% de esta población estaba en remisión en su última evaluación.

Conclusiones: Se lograron altas tasas de remisión en AR y SpA con el uso de terapia biológica. En casos seleccionados, la disminución del uso del medicamento biológico es plausible, con la intención de disminuir la exposición al fármaco y disminuir el riesgo de efectos adversos/costo de la enfermedad.

49. CARACTÉRISTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS EN UNA COHORTE DE 115 PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

D.M. Severiche¹, M. Restrepo², L.A. González², A. Vanegas^{2,3}, C. Muñoz^{2,3} y G. Vásquez^{1,2}

¹Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética. ²Grupo de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

³Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, multisistémica de etiología desconocida, que afecta principalmente a mujeres. Dentro de las manifestaciones frecuentes se encuentran los compromisos renal e inmunológico; el primero responsable de gran parte de la morbilidad y el segundo asociado a múltiples manifestaciones clínicas.

Objetivos: Analizar la prevalencia y características de las principales manifestaciones clínicas e inmunológicas de una cohorte de pacientes con diagnóstico de LES del Hospital Universitario San Vicente Fundación.

Métodos: Se seleccionaron 115 pacientes con LES, evaluados por la sección de Reumatología entre 2008-2012. Los datos se recolectaron del archivo o sistema electrónico de historias clínicas del hospital. Se usó chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher

para analizar diferencias cualitativas, y Mann-Whitney para determinar significancia estadística entre dos grupos.

Resultados: Las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes fueron similares a las reportadas en diferentes estudios. Se encontró mayor consumo del complemento en pacientes con nefritis activa, así como asociación de anticuerpos anti-DNA con compromiso renal ($p < 0,0001$), puntuaciones altas de SLEDAI ($p < 0,0001$) y leucopenia ($p = 0,0111$), y anticuerpos anti-Sm con serositis ($p = 0,0284$) y lupus discoide ($p = 0,0065$).

Conclusiones: La distribución de las clases de nefritis lúpica y su comportamiento respecto a manifestaciones renales y complemento es similar al descrito. Las asociaciones encontradas apoyan la idea que los pacientes con LES pueden ser divididos en subconjuntos determinados por el tipo de anticuerpos, los cuales participen en la patogénesis y pronóstico de la enfermedad.

50. ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES DEL “FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE FIQ” EN UN GRUPO DE PACIENTES DE MEDELLÍN, 2012

J. Cardona, V. León y A. Cardona

Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Medellín. Universidad de Antioquia, Medellín.

Introducción: La fibromialgia es un grave problema de salud mundial por su elevada prevalencia, la ausencia de tratamiento curativo, insuficiente conocimiento de las causas y mecanismos que la producen, la insatisfacción de pacientes y profesionales en el abordaje clínico-terapéutico actual, su curso crónico, su afectación en el trabajo y el sueño, el deterioro general de la salud física, emocional, mental, familiar y social, y de la calidad de vida. Por ello, se realizó un estudio con el objetivo de describir el impacto de la fibromialgia sobre las dimensiones del FIQ en pacientes de Medellín.

Métodos: Estudio descriptivo en 100 pacientes con fibromialgia. El análisis se realizó con proporciones, medidas de resumen, intervalos de confianza, t Student, U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y ANOVA en SPSS 21.0®.

Resultados: Solo el 8% fueron hombres, la mayoría casados (56%), de estrato social medio (52%) y régimen contributivo de salud (92%). Entre las 10 dimensiones del FIQ las más afectadas por la enfermedad fueron dolor, fatiga, cansancio matutino y trabajo. Los principales factores que presentaron asociaciones estadísticamente significativas con las dimensiones del FIQ fueron la edad, la presencia de comorbilidades, el tipo de afiliación al sistema de salud y la presencia de hospitalizaciones o enfermedades el último mes.

Conclusiones: El análisis de las dimensiones de calidad de vida y estado de salud del FIQ evidencia la necesidad de abordar esta enfermedad de forma interdisciplinaria, haciendo énfasis en los aspectos relacionados con el componente físico.

51. EDEMA PULMONAR TIPO FLASH SECUNDARIO A TROMBOSIS DE LA ARTERIA RENAL (SÍNDROME DE PICKERING) POR SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

V. Parra y J. Medina

Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, Cali.

Introducción: La hipertensión renovascular en asociación a síndrome antifosfolípido (SAF) es un componente que hay que tener en cuenta en pacientes jóvenes con edema pulmonar y falla renal aguda, ya que la elevada mortalidad de este cuadro requiere tratamiento agresivo farmacológico e inclusive quirúrgico. El espectro clínico va desde un cuadro insidioso hasta un

verdadero comportamiento "catastrófico", en el cual la mortalidad puede llegar a un 46%.

Métodos: Femenina de 24 años G3, A2, cesárea por preeclampsia 2 meses previos. Ingresó por ortopnea, disnea paroxística nocturna, anasarca TA: 190/130, FC: 120, FR: 36, anemia normocítica, falla renal aguda anúrica, requiriendo hemodiálisis. Presenta varios reingresos a cuidado intensivo por edema pulmonar agudo asociado a emergencia hipertensiva. Se administraron corticosteroides a dosis elevadas e inmunoglobulina humana. Se ordenó plasmaférésis; sin embargo, la paciente hace disfunción orgánica múltiple y fallece.

Resultados: Ecocardiograma disfunción sistodiastólica grave. Anticardiolipinas (IgG e IgM) y anticoagulante lúpico positivo, VDRL 1/8, FT-ABS negativo, ANAs 1/40, patrón moteado, Coombs directo negativo, Anti DNA doble cadena negativo, ANCAS negativos. Angioresonancia obstrucción del 80% de la aorta abdominal, 70% de arteria renal derecha.

Conclusiones: Pacientes con SAF pueden presentar como primera manifestación trombosis de arteria renal o aorta abdominal. En la actualidad, no existen directrices específicas para el abordaje de pacientes con este debut y el mecanismo exacto no está muy bien dilucidado. El manejo requiere uso de anticoagulación, corticosteroides, ciclofosfamida, intercambio plasmático, igualmente se ha usado rituximab en algunos casos.

52. COMPROMISO CERVICAL DEFORMANTE COMO MANIFESTACIÓN DE ARTRITIS REUMATOIDE AVANZADA (COLUMNAS CERVICAL REUMATOIDEA A PROPÓSITO DE UN CASO)

H. Cubides, A. Ospina, C.M. Guzmán-Vergara, J.M. Bello-Gualtero, R. Valle, J. Londoño, G. Ballesteros, J. Medina, A. Escobar, A. Redondo y A. Mesa

Departamento de Reumatología, Universidad Sabana, Universidad Militar-Hospital Militar Central, Bogotá.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, sistémica, crónica con compromiso poliarticular incluyendo articulación atlantoccipital y atlantoaxial condicionando laxitud, Hector H. Cubides Z. inestabilidad y subluxación con potencial mielopatía compresiva.

Objetivos: Describir un caso clínico de compromiso articular atlantoaxial en AR avanzada.

Caso clínico: Paciente femenina de 77 años, con cuadro clínico de 2 meses de evolución de cefalea occipital y dolor cervical posterior en reposo, tipo peso, empeora con los movimientos sumados a crujido articular con la rotación y flexo-extensión. Niega pérdida de fuerza o parestesias, clasificación clase funcional IV. Antecedente AR diagnosticada hace 10 años, con persistente actividad de la enfermedad a pesar de terapia con esteroides, DMARDs y agentes biológicos. Al examen físico deformidad articular periférica, sin compromiso en pares craneanos, con contracturas en flexión que limitan valoración motora, tono preservado sin hiperreflexia, nocicepción conservada. VSG 108 mm/h, PCR ultrasensible 2,83 mg/dl, RNM columna cervical evidencia de panus reumático anterior nivel C1-C2, subluxación atlantoaxial con contacto de medula cervical. Valorada por neurocirugía; dada la no existencia de signos de mielopatía se decide estabilización externa con collar cervical permanente.

Discusión: El compromiso cervical por AR es una condición de baja prevalencia (2,5%), altamente relacionada con el tiempo de evolución de la enfermedad; su curso puede ser asintomático o acarrear alta discapacidad con pobre pronóstico una vez se instaura el compromiso medular, por lo cual se requiere manejo

multidisciplinario para la pronta intervención, evitando secuelas en el futuro.

53. CRISIS RENAL (CR): UN COMPROMISO RARO PERO SEVERO DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA (ES)

A.I. Ospina, H.H. Cubides, J.E. Medina, J.G. Ballesteros, A. Escobar, R.E. Pimienta, J.S. Segura, A.M. Arredondo, A.M. Arbeláez-Solera, C. Mora, C.M. Guzmán, A.M. Mesa, J. Londoño y R. Valle

Servicio de Inmunología y Reumatología, Hospital Militar Central, Universidad de La Sabana. Grupo de Espondiloartropatías, Línea de Enfermedades del Tejido Conectivo, Bogotá.

Introducción: La ES se caracteriza por vasculopatía, fibrosis y autoinmunidad con compromiso múltiple de órganos. < 5% de los pacientes con subtipo difuso (ESd) hacen CR. El objetivo es describir una complicación inusual de la ES.

Caso clínico: Mujer de 75 años, con 1 semana de disnea de ejercicio, disnea paroxística nocturna, edema miembros inferiores. Con historia de fenómeno de Raynaud 2 años, HTA controlada y ESd sin adherencia al tratamiento. Tres meses antes función y ecografía renal normales. Ingresó con TA 200/100 mmHg, anuria, estertores bilaterales, esclerosis cara, cuello, manos, antebrazos, lesiones en sal y pimienta, Raynaud evidente. Se diagnostica edema pulmonar cardiogénico. Laboratorios: creatinina 4 mg/dl, BUN 62 mg/dl, proteinuria y hematuria, Hb 9,5 g/dl con esquistocitos, LDH elevada, plaquetas 275.000 mm³, antiScl70 positivo, ANAS 1/640 patrón nucleolar, ecocardiograma transtorácico FEVI 58%. Requiere hemodiálisis. Con impresión diagnóstica de CR, se inicia enalapril, amlopipino, clonidina secuencialmente, presenta control de tensión arterial y egresa. Seis días después regresa por disnea súbita, bloqueo de rama izquierda, troponina 0,76 mg/dl, Eco TT: FEVI 44%. Evolución tórpida, fallece.

Conclusiones: A pesar de la prevalencia de la CR, siempre debe considerarse en el paciente con antecedente de SS que cursa agudamente con: HTA, ICC, falla renal oligurica, proteinuria no nefrótica y anemia hemolítica microangiopática, dado que el inicio temprano de IECA ha disminuido a < 40% el ingreso a diálisis y la mortalidad a < 15%. A pesar de ello, el requerimiento persistente de diálisis que se produce en el 50% de los pacientes se relaciona con alta mortalidad por eventos cardiovasculares.

54. CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA DE LAS SUBPOBLACIONES DE MONOCITOS/MACRÓFAGOS INFILTRANTES DE RIÑÓN EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A. Barrera^{1,2,3}, D. Severiche⁴, M. Rojas¹, M. Restrepo², L.A. González², C. Muñoz⁴, A. Vanegas⁴, G. Vásquez^{1,2} y L.F. Arias³

¹Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética; ²Grupo de Reumatología; ³Grupo de Patología Renal y Trasplantes, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. ⁴Hospital Universitario San Vicente Fundación.

Introducción: Entre 20-60% de los pacientes con LES presentan compromiso renal al momento del diagnóstico. El papel de la inmunidad innata no ha sido explorado ampliamente. Los monocitos/macrófagos se clasifican dependiendo de la expresión de CD14/CD16, y los que son CD16+ pudieran convertirse en

moduladores importantes de las respuestas innata y adaptativa en LES.

Objetivos: Caracterizar fenotípicamente los fagocitos infiltrantes de riñón en biopsias de pacientes con LES y correlacionarlos con el SLEDAI.

Métodos: Se revisaron 118 historias clínicas, 52 tenían biopsia renal y 25 se incluyeron. El tejido estaba en parafina, se realizaron tinciones por inmunohistoquímica para CD14, CD16 y CD68. Se empleó microscopía de luz para el conteo celular clasificando en acumulo y células dispersas.

Resultados: La frecuencia de las clases de nefritis lúpica fue: I (8%), II (8%), III (28%), IV (44%), V (12%). Las medianas para: índice de actividad = 5 (rango intercuartílico = 1-9), índice de cronicidad = 0 (RI = 0-1) y SLEDAI = 20 (RI = 18-22). Se correlacionó el SLEDAI y la expresión de marcadores por prueba de Spearman sin resultados estadísticamente significativos. Al evaluar las células infiltrantes de riñón, para los acúmulos se encontró que el 20% de las biopsias eran CD16+ y 0% CD14+, el conteo de células aisladas demostró prevalencia de CD16+ (60%) en las biopsias con más de 10 células comparado con células CD14+ (80%) con un número menor a 5 células.

Conclusiones: Posterior a la activación celular y la lesión tisular, la predominancia de células CD16+ podría explicarse por la participación en la resolución del evento inflamatorio o la regulación negativa de la expresión de CD14.

55. TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS Y FENÓMENOS AUTOINMUNES POSTERIORES A VACUNACIÓN CONTRA VPH: PROBABLE SÍNDROME AUTOINMUNE INDUCIDO POR ADYUVANTES (ASIA)

N. Pertuz, D. Jaramillo-Arroyave, V. Coy-Urrea, C. Arteaga-Unigarro, K. Vega, D. Gil, G. Quintana, F. Rondón y A. Iglesias-Gamarra

Unidad de Reumatología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Introducción: El síndrome ASIA, recientemente descrito, incluye fenómenos autoinmunes no claramente explicables por una enfermedad específica, pero asociados en el tiempo con desencadenantes como vacunas, silicona, biopolímeros. Presentamos el caso de una paciente quien, luego de la vacunación contra VPH-Gardasil, inicia con fenómenos de autoinmunidad y en la cual se considera ASIA como un posible diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 49 años, participó en estudio clínico de vacuna contra VPH-Gardasil. Tres meses después de finalizadas las dosis, presenta trombosis de senos venosos extensa, asociada a síntomas generales y síndrome sicca. Perfil de antifosfolípidos negativo, estudio de trombofilia primaria negativo. ANA 1/640 mitocondrial con Ro-La positivos. Perfil de infecciosas negativo. Se considera síndrome de Sjögren; sin embargo, no toda la clínica es concordante. Por la clínica atípica, la relación con la vacunación y el inicio de los síntomas, y reportes de casos previos con trombosis y autoinmunidad asociada a Gardasil, se considera síndrome ASIA probable. Tratamiento: antimalárico, anticoagulación, pilocarpina.

Discusión: Los fenómenos autoinmunes posteriores a la exposición a adyuvantes son infrecuentes, sin embargo en pacientes con clínica atípica y antecedente de exposición a estas sustancias (vacunas, sílice, silicona, etc.), debe sospecharse la presencia de un síndrome ASIA. Hay reportes de casos de clínica similar a la de esta paciente en personas expuestas a vacunación contra VPH-Gardasil. El síndrome ASIA debe considerarse en pacientes con síntomas atípicos de enfermedad autoinmune y exposición clara a adyuvantes. Son necesarios estudios para definir claramente la relación causal entre vacunas contra VPH y el desarrollo de fenómenos autoinmunes.

56. ANEMIA HEMOLÍTICA MICROANGIOPÁTICA (AHMA) ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES). DESCRIPCIÓN DE 4 CASOS

A.L. Vanegas-García^{1,2}, C. Muñoz Grajales^{1,2,3,4}, M. Restrepo Escobar⁴, L.A. González Naranjo⁴ y G.M. Vásquez Duque⁴

¹Reumatología, Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín. ²Grupo de Reumatología; ³Sección de Reumatología, Departamento de Medicina Interna, Universidad de Antioquia, Medellín. ⁴Reumatología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

Introducción: La AHMA se presenta esporádicamente en LES, el diagnóstico oportuno es difícil pues sus manifestaciones pueden confundirse con actividad de la enfermedad, retrasándose el tratamiento y empeorándose el pronóstico. Describimos 4 pacientes con LES que desarrollaron AHMA.

Casos clínicos: Cuatro pacientes con nefritis lúpica proliferativa que a pesar del tratamiento inmunsupresor presentaron anemia hemolítica Coombs negativa con esquistocitos, trombocitopenia y aumento de azoados requiriendo hemodiálisis, por lo que se diagnosticó AHMA. Todos recibieron bolos y dosis altas de esteroides, ciclofosfamida intravenosa y a todos se les realizó recambios plasmáticos. Dos pacientes requirieron adicionar rituximab por persistencia de los hallazgos a pesar de los recambios plasmáticos, uno de ellos necesitó hemodiálisis permanente y falleció por sepsis asociada al catéter.

Discusión: La AHMA se presenta hasta en el 2% de los pacientes lúpicos. El LES precede el diagnóstico de AHMA en más del 50% de los casos, teniendo peor pronóstico por su reconocimiento tardío. Comparten características similares pero el tratamiento efectivo difiere. Se debe tener una alta sospecha clínica, en especial si aparecen esquistocitos en sangre periférica, cuya presencia en LES es inusual. En el medio no contamos con medición de los niveles de la proteasa del factor de von Willebrand (ADAMST 13) para definirla como púrpura trombocitopénica trombótica. Un 10-20% de pacientes tienen respuesta incompleta o son refractarios luego de 7-14 días de recambios plasmáticos, por lo que se propone adicionar rituximab si el curso clínico empeora.

57. PRIMERA EXPERIENCIA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON CERTOLIZUMAB PEGOL (CZP) EN LATINOAMÉRICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

R. Guzmán, G. Roa, W. Rodríguez, J. Córdoba y A. Villalba

Instituto de Enfermedades Autoinmunes Renato Guzmán IDEARG, Bogotá.

Introducción: El objetivo es describir la evolución y las características de los primeros pacientes de América Latina que reciben tratamiento con CZP en la práctica clínica.

Métodos: Se revisaron 95 historias de pacientes con AR activa tratados con CZP en centro especializado de enfermedades autoinmunes en Colombia. El DAS28 fue registrado antes de iniciar tratamiento con seguimientos a las semanas 12 y 24. Se calculó el cambio en DAS28, la respuesta EULAR y el cambio en la actividad de la enfermedad según DAS28.

Resultados: 95 pacientes fueron incluidos (76 mujeres), entre 21 y 80 años ($54,8 \pm 13,2$). En promedio los pacientes habían utilizado 2,3 fármacos modificadores de la enfermedad y 23 habían recibido uno o más agentes biológicos previamente (24,47%). El promedio basal DAS28 fue $5,33 \pm 0,64$, después de 12 y 24 semanas, el DAS28 fue $2,9 \pm 0,99$ y $2,77 \pm 1,24$, con un cambio medio de $2,43 \pm 0,96$ y $2,55 \pm 1,25$, respectivamente. A la semana 24 en 82 pacientes (86,32%) el descenso fue clínicamente significativo ($> 1,2$ puntos), 69 pacientes (72,63%) mostraron una buena

respuesta al tratamiento, 15 (15,79%) mostraron una respuesta moderada y 11 fueron no respondedores (11,58%) finalmente 75,53% se encontraron en remisión o baja actividad de la enfermedad en semana 24. Se informaron seis eventos adversos, uno serio.

Conclusiones: La evolución clínica de los pacientes en la primera experiencia latinoamericana sugiere un perfil de seguridad y eficacia adecuada para CZP. Los resultados son consistentes con los hallazgos de los ensayos clínicos.

58. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON RESPUESTA INADECUADA A BISFOSFONATOS

R. Orozco, A. Restrepo, L. Londoño, H. Roncal,
F. Vargas y J.F. Molina

Centro Integral de Reumatología, REUMALAB, Medellín.

Introducción: Los bisfosfonatos son los agentes de elección para el manejo de la osteoporosis. No obstante, un porcentaje bajo de pacientes no responden adecuadamente. Nuestro objetivo es describir las características clínicas de un grupo de sujetos con respuesta inadecuada a bisfosfonatos (RIB).

Métodos: Se analizaron las historias de pacientes con RIB entre el 2008 y 2012. Se consideró RIB: fractura por fragilidad luego de 2 años de bisfosfonatos o ganancia inferior al 2% en la DMO. Se evaluaron variables como no adherencia al medicamento, consumo de calcio o vitamina D, niveles de vitamina D, comorbilidades, uso de medicamentos y tabaquismo.

Resultados: Encontramos 15 pacientes que cumplían criterios de RIB. La edad media fue 69 años. El 26% de los individuos recibían glucocorticoides, 28% fumadores y 64,3% recibían suplementos de calcio. Los niveles promedio de vitamina D fueron de 22,7 ng/ml. La comorbilidad más común fue artritis reumatoide (13,3%). El bisfosfonato más utilizado fue alendronato (80%), 46,66% fueron tratados posteriormente con un segundo bisfosfonato y 13,2% con un tercero. 100% de los pacientes afirmaron adherencia al tratamiento superior al 80%.

Conclusiones: A diferencia de otras series, la mala adherencia no fue una razón para la RIB. Sin embargo, el bajo consumo de calcio y los bajos niveles de vitamina D fueron frecuentes en esta población. En el 46,6% de los casos, la medida terapéutica más empleada fue el inicio de otro antirresortivo no bisfosfonato; en el 33,3% se inició terapia anabólica y 20% recibieron otro bisfosfonato.

59. TUBERCULOSIS AND TOFACITINIB THERAPY IN PATIENTS FROM LATIN AMERICA WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

J.J. Jaller¹, W. Otero², R. Guzmán³, C. Pérez⁴, K. Persand⁵, E.Y. Mahgoub⁶, R. Riese⁷ and K. Kwok⁶

¹Centro de Reumatología y Ortopedia, Barranquilla. ²Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Centro de Investigación Clínica Servimed E.U., Bucaramanga. ³Instituto de Enfermedades Autoinmunes Renato Guzmán IDEARG, Bogotá. ⁴Infectología Hospital Militar Central y Hospital de la Samaritana, Bogotá. ⁵Pfizer Colombia, Bogotá. ⁶Pfizer Inc, New York, NY. ⁷Pfizer Inc, Groton, CT.

Introduction: Tofacitinib is a novel, oral JAK inhibitor for the treatment of RA. We describe the occurrence of latent TB infection (LTBI) and active TB in global and Latin American (LA) tofacitinib-treated RA populations.

Methods: Phase (P) 3 trial data (cut-off: 25 May 2012) were reviewed from patients receiving tofacitinib 5 or 10 mg BID, placebo, or adalimumab 40 mg q2w. Patients were screened with Quantiferon-TB Gold® or tuberculin skin test (Mantoux PPD),

and chest radiography performed ≤ 3 months of screening. LTBI patients entered the trial after completing 1 month of a 9-month isoniazid regimen. Investigators reported active TB cases.

Results: P3 studies enrolled 496 LA patients, including 125 Colombian patients. Most patients were female; median age 49.0-52.0 years; mean RA duration 7.7-10.2 years. Medical history assessment in LA patients identified: LTBI (n = 17), TB (n = 1), bladder TB (n = 1), and pulmonary TB (n = 4); no latent/active TB cases were identified in Colombian patients. Baseline screening results are presented in Table 1. No Colombian patients developed TB. In the global population (P2/P3/long-term extension studies; N = 4,791), 12 patients with active TB were identified: 1 from LA; 1 with history of adequately treated active TB and positive screening test. For the global P3 population, 224 patients (18 from LA) with LTBI received isoniazid; none developed active TB.

Table 1 – Baseline TB screening results

	QFT+	QFT-	TST+	TST-
Global Phase 3 population, n	165	2862	26	232
Latin American subpopulation, n	21	458	0	11
Colombian subpopulation, n	0	125	–	–

QFT, Quantiferon-TB Gold®; TB, tuberculosis; TST, tuberculin skin test.

Conclusions: TB incidence was low in LA tofacitinib-treated RA patients, and similar to the global incidence. Patients should be screened before treatment. Data suggest LA patients with LTBI can be treated with isoniazid while receiving tofacitinib.

60. BAJA MASA ÓSEA EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS

A. Restrepo, R. Orozco, K. Herrera, M. Serna,
F. Vargas y J.F. Molina

Centro integral de Reumatología REUMALAB, Medellín.

Introducción: La osteoporosis (OP) es poco frecuente en individuos menores de 40 años; cuando ocurre, generalmente es debida a una causa secundaria. Nuestro objetivo fue analizar características clínicas, densitométricas y el tratamiento en pacientes menores.

Métodos: Se evaluaron historias de pacientes de 15 a 40 años entre 2011 y 2013. Las densitometrías fueron tomadas con el densímetro Hologic Discovery W. Se registraron variables epidemiológicas y clínicas, consumo de calcio y vitamina D, comorbilidades, fracturas previas, historia familiar, niveles de vitamina D y tratamiento recibido.

Resultados: Se evaluaron 30 pacientes, 23 mujeres y 7 hombres; 40% tenía IMC < 20 kg/m² y una edad media de 30 años. El promedio de Z-score fue de -2,1 en columna, -2,0 en cuello femoral y -1,5 en cadera total. 9,9% de los casos tenían fracturas previas por fragilidad y 26,6% antecedente familiar de osteoporosis. 36,6% recibían glucocorticoides por más de 3 meses a dosis mayores de 7,5 mg/día. El 80% tenían otra comorbilidad; las más frecuentes fueron artritis reumatoide (23%) y lupus (16,6%). 50% tenían deficiencia de vitamina D. Solo 53,3% recibían calcio + vitamina D y 40% (10 pacientes) recibían tratamiento con bisfosfonatos.

Conclusiones: Se encontró que la prevalencia es mayor en mujeres. Es frecuente la presencia de comorbilidades, principalmente enfermedades del tejido conectivo y el uso crónico de glucocorticoides. La mitad de los sujetos tenían deficiencia de

vitamina D. El consumo de calcio y vitamina D fue el tratamiento más utilizado, mientras que un bajo porcentaje recibieron antiresortivos o anabólicos.

61. INICIO DE ARTRITIS REUMATOIDE DURANTE EL EMBARAZO

C. Villota¹, D.G. Fernández-Ávila², M.C. Díaz², C. Mallarino³ y J.M. Gutiérrez²

¹Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio. ²Reumatología, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas, Bogotá. ³Cirugía Pontificia Universidad Javeriana.

Introducción: Reportamos un caso de aparición de AR durante el embarazo, fenómeno inusual pues el 75% de las pacientes con AR en embarazo experimentan mejoría de los síntomas.

Caso clínico: Paciente de 30 años en primer embarazo de 30 semanas, sin antecedentes relevantes, consulta en diciembre de 2012 por cuadro de 4 meses de dolor en hombro izquierdo que mejora con acetaminofen, posteriormente el dolor articular se generaliza a manos, muñecas, rodillas y cadera que mejora con la actividad, asociado a rigidez matinal. Examen físico normal con 6 articulaciones dolorosas (IPF 2- 4 bilateral) y 8 inflamadas (IPF2- 5 bilateral). Paraclínicos: factor reumatoide: 493, PCR 2,22 anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado: 1030.8 VSG 32. Se considera artritis reumatoide con DAS 28 en 5,72, iniciándose tratamiento con hidroxicloroquina, acetaminofén y prednisolona con mejor control de síntomas.

Discusión: Durante el embarazo, la incompatibilidad de HLA materno-fetal requiere un balance adecuado de Th1/Th2 para garantizar el adecuado desarrollo fetal; en el tercer trimestre, ambas subpoblaciones están disminuidas. Se desconoce el impacto inmunológico del embarazo en el curso de la AR, sin embargo, el 75% de las pacientes experimentan mejoría durante el tiempo de gestación. La reactivación de la enfermedad durante la gestación no es frecuente, en el puerperio se reactiva la enfermedad en un 80%. Se presenta un caso de AR de inicio al final del primer trimestre del embarazo, hecho muy poco frecuente, hasta el momento sin otros reportes de casos similares en la literatura.

62. APARICIÓN DE ARTRITIS REUMATOIDE EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

C. Simón¹, J.M. Gutiérrez², D.G. Fernández-Ávila² y M.C. Díaz²

¹Medicina Interna, Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud, FUCS. ²Reumatología, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas, Bogotá.

Introducción: Dado el aumento en la incidencia VIH sida en la sociedad y con ello el uso de la terapia antirretroviral altamente efectiva (HAART), es de importancia para el reumatólogo la aparición de manifestaciones reumatólogicas como respuesta a dicho tratamiento. El caso que se presenta muestra la aparición de artritis reumatoide en el contexto del uso de terapia antirretroviral de alta eficiencia.

Caso clínico: Paciente de 34 años con infección por HIV diagnosticada en 2006 durante embarazo, en tratamiento antirretroviral con terapia HAART desde octubre de 2007, con adecuada evolución virológica e inmunológica, quien presenta cuadro de poliartralgias de tipo inflamatorio en articulaciones pequeñas acompañada de rigidez matutina iniciadas en 2011, factor reumatoide positivo, Ac antiCCP positivos en título alto y enfermedad erosiva en RMN de manos haciendo diagnóstico de artritis

reumatoide e iniciando tratamiento con antirreumático mas hidroxicloroquina con adecuada respuesta.

Discusión: Se describe un caso de aparición de VIH posterior al tratamiento con terapia HAART como consecuencia del síndrome de reconstitución inmune. El reumatólogo debe estar atento a la aparición de fenómenos autoinmunes en pacientes con VIH y tener en cuenta que infecciones por virus como el de hepatitis B o C, e incluso el mismo retrovirus, pueden generar cuadros de dolor articular u otros síntomas relacionados con enfermedades reumáticas

63. ARTRITIS PSORIÁSICA EN PACIENTE CON PSORIASIS PALMOPLANTAR. REPORTE DE CASO

D.M. Lemus¹, C. Soto¹, D.G. Fernández², J.M. Gutiérrez², M.C. Díaz² e I. Cuellar³

¹Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá. ²Reumatología, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas; ³Dermatología, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Introducción: Se presenta un paciente con antecedente de psoriasis palmoplantar y dolor articular con el fin de destacar la importancia del diagnóstico temprano de artritis psoriásica (APs), y así dirigir la terapia específica para prevenir daño articular permanente y discapacidad.

Caso clínico: Hombre de 51 años con antecedente de psoriasis palmoplantar desde hace 25 años, quien consulta por un cuadro clínico de 3 días de evolución de aparición de edema, calor, rubor en cara plantar del pie izquierdo asociado a limitación funcional. Examen físico con placas eritematosas brillantes, infiltradas, simétricas en palmas, onicolisis en manos, edema y escamas en pliegues ungueales proximales; plantas con evidencia de placas eritematoescamosas, brillantes, en cara lateral de pies y el dorso de dedos 2-5 bilateral; dactilitis en 2-4 dedo pie izquierdo y edema de tobillo ipsilateral. Paraclínicos con elevación de reactantes de fase aguda, cambios inflamatorios en RMN dados por edema de articulación taloescafoidea y tibioastragalina, configurándose diagnóstico de APs. Se inició terapia inmunomoduladora con SSZ 1 g/día. Por gravedad del compromiso cutáneo y articular y falla al tratamiento médico previo se consideró candidato a inicio de terapia biológica con anti-TNF.

Discusión: A pesar de la baja prevalencia de este tipo de psoriasis (2,3%), el compromiso articular confiere mal pronóstico en términos de discapacidad permanente. Por tanto, su detección temprana impacta en el manejo oportuno y prevención de progresión de la enfermedad.

64. COMPARACIÓN DE CONCEPTOS Y PERCEPCIONES ACERCA DEL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE FIBROMIALGIA ENTRE REUMATÓLOGOS Y FISIATRAS COLOMBIANOS

D.G. Fernández-Ávila¹, D.M. Ronderos-Botero², A. Ruiz³, C. Gómez³, O. Herrera⁴, L.C. Mancipe⁵, J.M. Gutiérrez¹ y M.C. Díaz¹

¹Reumatología, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas, Bogotá. ²Medicina Interna; ³Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá. ⁴Fisiatría, CIMAD IPS, Bogotá. ⁵Fisiatría, Ejército Nacional y Policía Nacional de Colombia.

Introducción: La fibromialgia (FM) es una entidad clínica compleja, de difícil abordaje y rechazada por muchos especialistas.

No se dispone de datos objetivos acerca del conocimiento, percepciones y conceptos de reumatólogos y fisiatras acerca de esta entidad.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal.

Resultados: Encuesta diligenciada por 85 reumatólogos y 100 fisiatras. 24,7% de reumatólogos y 18,1% de fisiatras no consideran a la FM como una enfermedad. 32,9% de los reumatólogos y el 43,6% de los fisiatras creen que los criterios ACR 1990 no son suficientes para diagnosticar FM, a pesar de que el 91,7% de los reumatólogos y el 86,9% de los fisiatras los usan. 68,2% de los reumatólogos y 32,3% de fisiatras creen que los pacientes sienten rechazo por sus médicos. 80% de los reumatólogos y 79,8% de los fisiatras creen que los pacientes se sienten rechazados por los médicos de otras especialidades. Los medicamentos formulados por los reumatólogos son antidepresivos y analgésicos en el 90,5%, seguido de antiepilepticos 63,5%. Los fisiatras usan estos medicamentos en el 91,4% y 80,7% y 71%, respectivamente. 8,2% de los reumatólogos creen que los pacientes deben tener como principal médico otro especialista diferente del reumatólogo, mientras que el 17,2% de fisiatras cree que los pacientes deben tener como especialista uno diferente al fisiatra.

Conclusiones: Se encontraron diferencias en el uso de los criterios de clasificación de FM, como el médico tratante de la enfermedad y la percepción sobre el rechazo por parte de los pacientes. No hubo diferencias en los aspectos relacionados con el tratamiento.

65. APARICIÓN DE DERMATOMIOSITIS POSTERIOR A PICADURA DE ABEJA

M. Osuna¹, J.M. Gutiérrez², M.C. Díaz², L.F. Patiño³ y D.G. Fernández-Ávila²

¹Hematología, Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud, FUCS. ²Reumatología, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas; ³Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Introducción: La dermatomiositis es una enfermedad autoinmune que se manifiesta por debilidad muscular y erupciones cutáneas características. A continuación presentamos el caso de una mujer de 50 años con cuadro clínico compatible con dermatomiositis cronológicamente relacionado con un episodio de picadura de avispas.

Caso clínico: Mujer de 50 años, procedente de zona rural y sin antecedentes patológicos, presenta cuadro de 3 meses de aparición de lesiones eritematosas, descamativas en cara, manos, tórax, muslo y cuello no pruriginosas, asociado a pérdida de la fuerza de aumento progresivo y disfagia. Refiere episodio de picaduras múltiples por avispas dos días antes al inicio del cuadro. Al examen físico se apreció limitación para la marcha, fuerza disminuida en las 4 extremidades de predominio proximal (2/5) y en piel se observa eritema en heliotropo en región periorbitaria, pliegues nasogenianos con placas eritematosas descamativas, placas eritematovioláceas edematosas en zonas expuestas del tórax, placas eritematovioláceas poiquilodérmicas con áreas de atrofia en dorso de mano derecha, muñeca izquierda y muslo derecho y telangiectasias periungueales en dedos de manos con pápulas de Gottron. Estudios iniciales con hemograma, electrolitos, función renal y hepática normal, CPK total 572 UI/mL, ANAS y Anti-Jo con reportes negativos. Se realizaron estudios para descartar enfermedad oncológica asociada. La electromiografía y la biopsia mostraron reportes compatibles con alteración miopática.

Discusión: Dada la relación temporal del inicio de los síntomas de nuestra paciente con la picadura de avispas y la ausencia de

otras causas identificables, sugerimos que el veneno pudo ser el desencadenante de una cascada de eventos inmunológicos llevando a la expresión clínica de un cuadro de poliodermato-polimiositis.

66. ELEVACIÓN DE TRANSAMINASAS SECUNDARIA A USO DE ADALIMUMAB

M.L. Juan-Guardela¹, L.F. Marín-Carrillo¹, L.X. Kattah-Martínez¹, M.C. Díaz², J.M. Gutiérrez² y D.G. Fernández-Ávila²

¹Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. ²Reumatología, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas, Bogotá.

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por inflamación a nivel sacroiliaco y dolor lumbar asociado de características inflamatorias. El manejo convencional con fármacos modificadores de la enfermedad tiene limitada eficacia, por lo cual se introdujo el uso de anticuerpos monoclonales contra el factor de necrosis tumoral (antiTNF). Dentro de los eventos adversos se han reportado casos de elevación de enzimas hepáticas.

Caso clínico: Hombre de 32 años con EA de 2 años de evolución con pobre respuesta a sulfasalazina y AINES. Se consideró EA en progresión, por lo cual se inició manejo con adalimumab. Durante el seguimiento se documentó elevación progresiva de transaminasas, dado que para el momento no recibía otro medicamento, se sospechó hepatotoxicidad medicamentosa, suspendiéndose la terapia biológica con descenso de transaminasas. Se hizo prueba diagnóstica con la administración de nueva dosis de adalimumab una vez se normalizaron las transaminasas, presentando nueva elevación de las mismas confirmándose etiología medicamentosa. La biopsia hepática confirmó etiología medicamentosa.

Discusión: La terapia con antiTNF puede causar hepatotoxicidad, la cual puede ir desde elevación de pruebas de función hepática, reactivación de hepatitis virales, hasta casos de falla hepática. Nuestro caso muestra elevación de transaminasas posterior al inicio de terapia con adalimumab, que se resolvió posterior a suspensión del fármaco. La elevación de transaminasas es un efecto que se puede presentar en los pacientes con EA que reciben anti-TNF, en la mayoría de casos es un evento adverso temporal que se resuelve de forma espontánea.

67. HIPERTENSIÓN PULMONAR COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

L.P. Tovar¹, D.G. Fernández², I. Cuellar³, M.C. Díaz² y J.M. Gutiérrez²

¹Medicina Interna, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. ²Reumatología, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas; ³Dermatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá.

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una complicación devastante y poco frecuente del lupus eritematoso sistémico (LES). El objetivo del presente es realizar el reporte de caso de un paciente con LES cuya primera manifestación clínica es HAP.

Caso clínico: Paciente femenina de 26 años con diagnóstico de HAP idiopática a los 20 años, con última medición en eco-

cardiograma transtorácico (ETT) de presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP) de 50 mmHg 6 meses previos al ingreso hospitalario, en manejo ambulatorio con ambisentan, warfarina y levotiroxina por hipotiroidismo concomitante. Ingresa a hospitalización por cuadro de 15 días de evolución consistente en aparición de lesiones en piel, artritis, disnea y un episodio sincopal. Paraclínicos evidencian mayor severidad de HAP dado por medición de PSAP en 108 mmHg mediante ETT y presiones de arteria pulmonar 51/39 mmHg por cateterismo derecho, además de bicitopenia (leucopenia, trombocitopenia), ANAS título 1:2.560 patrón homogéneo, anti DNA 1/80, títulos positivos bajos de Anti Ro, Anti La, AntiSm, y AntiRNP, y disminución de C3 y C4. La biopsia de piel es confirmatoria de compromiso por Lupus Tumidus. Ante cuadro confirmatorio de LES se inicia manejo con corticoide, hidroxicloroquina, ciclofosfamida, ambisentan y sildenafilo con mejoría clínica y paraclínica de parámetros descritos previamente.

Discusión: La asociación HAP y LES es cada vez más frecuente y, dado el pronóstico ominoso que se le confiere a dicha asociación, se ha de tener en cuenta a la HAP como una de las manifestaciones iniciales de LES.

68. INCIDENCIA DE TB LATENTE EN UNA COHORTE DE PACIENTES TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO EN BOGOTÁ, COLOMBIA

M. Hurtado-Uriarte¹, J.M. Gutiérrez², P. Hidalgo³, O. Muñoz¹, E. Cáceres⁴, M. Díaz² y D.G. Fernández-Ávila²

¹Medicina Interna, Unidad de Clínica Hospitalaria, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. ²Medicina Interna-Reumatología, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas; ³Medicina Interna-Neumología, Unidad de Neumología; ⁴Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Introducción: El uso de terapia biológica (TB) aumenta el riesgo de adquirir enfermedades infecciosas nuevas o reactivación de latentes, como en el caso de la reactivación de tuberculosis. Dado la alta incidencia de tuberculosis en nuestra población consideramos desarrollar un proyecto que permita valorar la incidencia de tuberculosis latente en esta población.

Objetivos: Describir la incidencia de tuberculosis latente en una población que recibe TB por diferentes indicaciones.

Métodos: Estudio de cohorte. Se realizó revisión de historia clínica electrónica y entrevista telefónica, toma PPD antes del inicio de TB y control a 6 meses y al año.

Resultados: 78 pacientes con edad promedio 49 años, 71,7% fueron mujeres y 28,2% hombres. Los diagnósticos para los que recibían TB eran: artritis reumatoide 74,3%, espondilitis anquilosante 8,9%, lupus 5,1%, y otros 11,7%. El tratamiento recibido fue: rituximab 32%, adalimumab 27,1%, infliximab 14,1%, tocilizumab 11,5%, etanercept 10,2% y abatacept 5,1%. 43,5% de los pacientes recibían esteroides en dosis menor de 15 mg y 5,1% en rango mayor a 15 mg. Ningún paciente refirió vivir en hacinamiento ni tener contacto con sintomáticos respiratorios. Documentamos viraje en la PPD en 26,1% de los pacientes a los 6 meses y 11,6% al año. De los pacientes que presentaron viraje, 50,2% recibían adalimumab, 21,4% infliximab, 14,2% rituximab y 14,2% tocilizumab.

Conclusiones: Existe un porcentaje significativo de pacientes con TB que viran a tuberculosis latente desde una tuberculina inicial negativa. No se documentaron casos de viraje con etanercept ni abatacept, aunque el número de pacientes con estos dos medicamentos es bajo.

69. LUPUS CUTÁNEO INDUCIDO POR ADALIMUMAB

M. Tobón¹, D.G. Fernández-Ávila², I. Cuellar³, J.M. Gutiérrez² y M.C. Díaz²

¹Medicina Interna, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio. ²Medicina Interna-Reumatología, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas;

³Dermatología, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Caso clínico: Paciente femenina con antecedente de artritis reumatoide (AR) de larga data, quien se encontraba en manejo con medicamentos modificadores de enfermedad (DMARD), con mal control de su enfermedad por lo que se inicia terapia con adalimumab, el cual recibe durante 4 años, con buena respuesta clínica. Sin embargo, por dificultades administrativas, este es suspendido, con reinicio de síntomas y deterioro clínico significativo. Una vez es conocida en el Hospital Universitario San Ignacio se reinicia el medicamento teniendo en cuenta respuesta favorable previa, sin embargo 3 meses posterior presenta lesiones cutáneas compatibles con eczema numular, manejado con corticoides tópicos con mejoría parcial. Seis meses luego presenta aparición de pápulas eritematovioláceas descamativas en manos, piernas, pabellón auricular y rostro, Anticuerpos antinucleares (ANAS) positivo patrón homogéneo, anti Ro débilmente positivo, anti histona positivos y biopsia de piel con depósitos inmunes positivos, por lo que se suspende terapia y se evidencia desaparición de estas lesiones, realizándose diagnóstico de lupus cutáneo inducido por adalimumab.

Discusión: El lupus cutáneo inducido por terapia anti factor de necrosis tumoral se caracteriza por concordancia temporal en la aparición de manifestaciones cutáneas, conversión serológica y depósitos inmunes en la biopsia de piel, con posterior desaparición al suspender el medicamento implicado, hallazgos manifiestos en el caso descrito. Se cree que la fisiopatología es debida al incremento de citoquinas proinflamatorias formadoras de autoanticuerpos. El único tratamiento descrito es la suspensión, con reversión de las manifestaciones.

70. MENINGOENCEFALITIS CRYPTOCOCÓCICA EN UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADA CON METOTREXATE Y PREDNISOLONA

R.F. Trillos¹, D.G. Fernández-Ávila², J.M. Gutiérrez² y M.C. Díaz²

¹Neurología; ²Reumatología, Unidad de Reumatología, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá.

Introducción: En casos de artritis reumatoide existen reportes de caso de infecciones en el sistema nervioso central, que incluyen encefalopatía multifocal progresiva, aspergiloma, infección por el virus de Nilo occidental, Rodococo y Cryptococcosis meníngea, sin embargo en estos reportes los pacientes se encuentran en terapia biológica. Se presenta el primer caso reportado de una paciente joven con historia de artritis reumatoide, en manejo con metotrexate y prednisona, quien cursa con cryptococcosis meníngea.

Caso clínico: Paciente de 49 años de sexo femenino con antecedente de artritis reumatoide de 5 años de evolución en manejo con metotrexate 7,5 mg semanales y prednisona 15 mg/día, quien ingresa por cuadro de 4 días de cefalea occipital severa tipo picada, progresiva, lenguaje incoherente, desorientación, con olvidos frecuentes, somnolencia, mialgias generalizadas y en las últimas 24 horas fiebre no cuantificada. Al examen neurológico se encontraba marcadamente inatenta, memoria, juicio y cálculo alterado y con hiperestesia ocular. Se toman

laboratorios encontrando VSG 63 mm/h, proteína C reactiva 8,3 mg/dl. Se considera inicialmente un síndrome meningocefálico. Se inicia estudio con punción lumbar encontrando presión de apertura de 31 cmH₂O, glucosa menor de 20 mg/dl, proteínas de 111 mg/dl, leucocitos 14 mm³ neutrófilos 16%, linfocitos 84%, coloración gram con +++ levaduras, antígenos bacterianos, tinta china con blastoconidias encapsuladas compatibles con Criptococcus sp.

Discusión: Presentamos el primer caso reportado en la literatura de cryptococosis meníngea en una paciente con artritis reumatoide en tratamiento antirreumático no biológico (corticoesteroideos y metotrexate).

71. MIOPATÍA COMO PARTE DE SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN EN ESCLEROSIS SISTÉMICA

R. García-Arias¹, J.M. Gutiérrez²,
D.G. Fernández-Ávila² y M.C. Díaz²

¹Geriatría; ²Medicina Interna-Reumatología, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Introducción: El síndrome de sobreposición es la presentación simultánea, en un paciente, de 2 o más enfermedades del tejido conectivo y es poco frecuente en esclerosis sistémica.

Caso clínico: Mujer de 40 años, con diagnóstico de esclerosis sistémica limitada hace 6 años, con tratamiento irregular con metotrexate, prednisolona y colchicina. Inicia su cuadro con debilidad muscular de predominio proximal, mialgias y fiebre. Al examen con esclerodactilia, mega cutícula y debilidad muscular proximal de predominio en miembros inferiores. Presencia de signos de actividad inflamatoria a nivel muscular, dados por elevación de CK, aldolasa y transaminasas. Se documenta anti Jo1 y anti Ro positivos; biopsia de músculo estriado con cambios miopáticos compatibles con miopatía inflamatoria. Se considera cuadro de sobreposición de enfermedades del tejido conectivo (esclerosis sistémica limitada, y polimiositis). Recibió manejo con pulsos de metilprednisolona durante 3 días, continuando prednisolona a 1 mg/kg/día y azatioprina 50 mg cada 12 h, con lo cual presentó adecuada respuesta clínica.

Discusión: La asociación de esclerosis sistémica y miopatía es poco frecuente, pero representa la forma más habitual de síndrome de sobreposición o escleromiositis, con adecuado control al manejo inicial intrahospitalario.

72. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN PRESENCIA DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

J.S. Gómez¹, M.C. Díaz², J. Londoño³, D.G. Fernández-Ávila², E. Cáceres¹ y J.M. Gutiérrez²

¹Medicina Interna; ²Medicina Interna-Reumatología, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas;

³Medicina Interna-Neumología, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una patología de curso crónico con importante impacto funcional y emocional en el paciente que la padece. La presencia de actividad de la enfermedad afecta a la persona en su funcionalidad y estado anímico, es por eso que se busca determinar la prevalencia de

depresión (leve, moderada o grave medido por escala de Zung) en pacientes con AR activa versus AR en remisión medida por DAS 28.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal.

Resultados: En un total de 28 sujetos con edad promedio de 59 años, a los cuales se les aplicó la escala de actividad de DAS28, se encontró 7 pacientes (25%) en remisión y 21 pacientes (75%) en algún grado de actividad, siendo el mismo catalogado como bajo (7,14%), moderado (35,71%) y alto 9 (32,14%). En evaluación de la escala de depresión, se realizó escala de Zung evidenciando 13 pacientes con algún grado de depresión para el 47% de la muestra, siendo 39,29% depresión leve, 7,14% moderada y 0% grave. Se observa que dentro de los 13 pacientes con diagnóstico de depresión por Zung, 11 (84,6%) pacientes presentan algún tipo de actividad de su AR y realizando una estratificación por grupos etarios, se observa dentro de nuestros pacientes con edades comprendidas entre los 60-70 años una mayor prevalencia de depresión asociada a la actividad de la AR.

Conclusiones: Existe una tendencia en el presente grupo de aumento de la prevalencia de depresión en pacientes con AR activa.

73. PREVALENCIA DE TB LATENTE EN UN GRUPO DE PACIENTES CANDIDATOS A MANEJO CON TERAPIA BIOLÓGICA

M. Hurtado-Uriarte¹, J.M. Gutiérrez², M. Díaz², P. Hidalgo³, O. Muñoz¹ y D.G. Fernández-Ávila²

¹Medicina Interna, Unidad de Clínica Hospitalaria; ²Medicina Interna-Reumatología, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas; ³Medicina Interna-Neumología, Unidad de Neumología, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Introducción: La tuberculosis es un problema de salud pública a nivel mundial. El riesgo de reactivación de tuberculosis latente aumenta en pacientes con alteraciones inmunológicas, como en aquellos que reciben terapia biológica (TB). Consideramos importante cuantificar la prevalencia de tuberculosis latente en pacientes que serán llevados a TB.

Objetivos: Describir la prevalencia de tuberculosis latente previo al inicio de TB.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal.

Resultados: 104 pacientes, de los cuales 26 cursan con TB latente previo al inicio de TB. 80,7% mujeres y 19,3% hombres, con una edad promedio de 50 años, con diagnósticos: artritis reumatoide 65,3%, espondilitis anquilosante 11,5%, artritis psoriásica 7,6%, espondiloartropatía no diferenciada 7,6% y otros 7,6%. El uso de esteroides se encontró en 7,69% en dosis mayor a 15 mg, y 26,9% en pacientes con dosis menor de 15 mg. Los pacientes con tuberculosis latente recibieron quimioprofilaxis con isoniazida y rifampicina y posteriormente iniciaron tratamiento con adalimumab 34,6%, etanercept 23,07%, rituximab 15,38%, tocilizumab 15,38%, abatacept 5,5%, con seguimiento posterior durante 24 meses en el 55,13% del grupo sin documentarse casos de tuberculosis activa. Nuestra población no presentaba hacinamiento, ni contacto con sintomático respiratorio.

Conclusiones: En nuestro estudio se documenta una prevalencia del 25% de tuberculosis latente entre los pacientes que serán llevados a terapia biológica, lo cual, sumado a la alta prevalencia de tuberculosis en nuestro país, justifica el tamizaje de esta entidad en este grupo de pacientes. No se documentaron casos de tuberculosis activa en el seguimiento de estos pacientes.

74. PERCEPCIONES ACERCA DEL EJERCICIO MÉDICO ENTRE LOS RESIDENTES DE REUMATOLOGÍA Y REUMATÓLOGOS EGRESADOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN COLOMBIA

D.G. Fernández-Ávila¹, S.A. Mora², M.C. Díaz¹ y J.M. Gutiérrez¹

¹Medicina Interna-Reumatología, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas, Bogotá. ²Medicina Interna-Reumatología, Hospital Universitario La Samaritana, Facultad de Medicina Universidad de La Sabana.

Introducción: Colombia cuenta con 1 reumatólogo por cada 460.000 habitantes, cifra que está 10 veces por debajo del estándar propuesto por la Organización Mundial de la Salud, el cual es de 1 reumatólogo por cada 45.000 habitantes. A pesar de la amplia demanda de consulta de reumatología y la escasa oferta de reumatólogos en Colombia, la percepción global entre los reumatólogos graduados recientemente es negativa en cuanto a oportunidad y estabilidad laboral.

Objetivos: Describir las percepciones sobre el ejercicio médico y calidad de vida de los residentes de reumatología y reumatólogos egresados en los últimos 5 años en Colombia.

Métodos: Estudios de corte transversal.

Resultados: Encuesta respondida por 30 residentes y reumatólogos, promedio de edad $35,1 \pm 2,4$, 55% casados. El 94% trabajó en medicina interna durante el fellow en reumatología en promedio de 17,3 h a la semana ($\pm 10,4$). El 92% considera que las perspectivas laborales para el reumatólogo recién egresado no son favorables. En promedio consideran que el reconocimiento económico actual por hora laborada en reumatología es de 72.200 (± 15.279), lo cual contrasta con el valor promedio deseado, que fue de 120.000 (± 16.500), mostrando una diferencia de 39,8%. El 91% considera que la expectativa laboral es mejor fuera de la ciudad de Bogotá.

Conclusiones: La percepción del ejercicio de la reumatología entre los residentes y reumatólogos en Colombia es notablemente inferior a las expectativas que se tienen de la misma.

75. RETINITIS AUTOINMUNE

N. Jurado¹, J.M. Gutiérrez², D.G. Fernández-Ávila² y M.C. Díaz²

¹Medicina Interna; ²Medicina Interna-Reumatología, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Introducción: La retinopatía autoinmune comprende un espectro de enfermedades autoinmunes raras que afectan en principio la función de los fotoreceptores oculares, y se asocia principalmente a cáncer, melanoma o a etiología no paraneoplásica de etiología autoinmune. Se describe un caso de retinitis autoinmune confirmada por serología.

Caso clínico: Mujer de 45 años sin antecedentes personales de importancia, valorada en consulta de reumatología en febrero de 2013 por 5 años de evolución de pérdida de agudeza visual en ojo derecho de inicio súbito sin dolor, hasta alcanzar agudeza visual 20/210, sin síntomas asociados, con oftalmoscopia normal, con examen de lámpara de hendidura que evidencia signos de vasculitis retiniana bilateral, por lo cual se solicitan anticuerpos por western blot anti retina tipo recoverina y enolasa, los cuales son positivos, considerando diagnóstico de retinitis autoinmune, y se lleva a valoración por infectología descartando proceso infeccioso, y por oncología descartando proceso neoplásico concomitante y se inicia manejo con metotrexate durante 5 meses, el cual suspende por efectos secundarios, y continúa manejo con prednisona tópica en gotas, presentando 3 meses antes de su va-

loración pérdida de visión progresiva en ojo izquierdo asociado a escotomas, sin dolor ni eritema, con control de agudeza visual 20/40 ojo izquierdo y 20/200 ojo derecho. Se inicia manejo con prednisona oral 40 mg/día, se adiciona azatioprina 50 mg/día. Se plantea ante gravedad del caso tratamiento con rituximab, el cual está en trámite ante su EPS.

Discusión: Se presenta este caso clínico dada su infrecuente aparición, las características de presentación típica y la importancia de tener en cuenta su diagnóstico y estudios de extensión en paciente con trastorno súbito de agudeza visual.

76. ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA EROSIVA (ARSE) – SERIE DE CASOS

P.A. Ruiz¹, D.G. Fernández-Ávila², J.M. Gutiérrez² y M.C. Díaz²

¹Medicina Interna; ²Medicina Interna-Reumatología, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Introducción: Para el diagnóstico de artritis reumatoide (AR) se emplean pruebas como el factor reumatoide (FR) y los anticuerpos anticitrulínicos (antiCCP), que han mejorado la sensibilidad y especificidad del diagnóstico de esta entidad. Se ha considerado que títulos altos de antiCCP y FR se asocian con peor pronóstico, clase funcional, mayor destrucción articular y presencia de enfermedad extraarticular. Sin embargo, existe un grupo de pacientes con diagnóstico de AR en quienes estos dos exámenes son negativos, la llamada artritis reumatoide seronegativa. A pesar de que los antiCCP son predictores de enfermedad erosiva y tienen un alto valor predictivo negativo, se presenta una serie de casos de pacientes con artritis reumatoide seronegativa y enfermedad erosiva documentada por resonancia magnética nuclear (RMN).

Casos clínicos: Se describen 7 casos de mujeres con poliartralgias simétricas y sinovitis. Al examen físico con sinovitis en articulaciones de las manos, por lo que ante la sospecha de AR se solicitan paraclinicos. Se encuentra antiCCP negativo y FR negativo. Ante la sospecha clínica se solicita RMN de manos, en las cuales se documentan erosiones en carpo. Se confirma diagnóstico de artritis reumatoide seronegativa erosiva y se inicia tratamiento. Tres de los casos requieren inicio de terapia biológica con adecuada respuesta y remisión de la enfermedad.

Discusión: Se presenta una serie de casos de artritis reumatoide, con enfermedad erosiva, actividad inflamatoria sinovial comprobada en RMN de manos y curso clínico grave con requerimiento de terapia biológica; fenómenos poco frecuentes en pacientes con enfermedad seronegativa.

77. TAPONAMIENTO CARDIACO POR PERICARDITIS LÚPICA: REPORTE DE CASOS

D.M. Ronderos¹, C. Colón¹, D.G. Fernández-Ávila², J.M. Gutiérrez² y M.C. Díaz²

¹Medicina Interna; ²Medicina Interna-Reumatología, Grupo Javeriano de Investigación en Enfermedades Reumáticas, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Introducción: Aun cuando la efusión pericárdica es una de las complicaciones de compromiso cardíaco más frecuente en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), efusiones hemodinámicamente significativas manifiestas en forma de taponamiento cardíaco son raras y requieren de un diagnóstico y tratamiento precoz, existiendo discrepancia en relación a los

factores predisponentes para el desarrollo de este fenómeno e igualmente a la terapéutica a instaurar.

Objetivos: Describir las características clínicas y de laboratorio de dos pacientes con taponamiento cardiaco por LES y realizar una revisión de la literatura de esta entidad.

Métodos: Revisión de historias clínicas y de la literatura.

Resultados: El primer paciente presenta taponamiento cardíaco asociado a LES sin tratamiento previo, con desenlace fatal a pesar de manejo inmunosupresor y quirúrgico. El segundo paciente con LES en manejo previo con immunomoduladores con presentación de taponamiento cardiaco por reactivación de la enfermedad, con adecuada respuesta a manejo inmunosupresor y quirúrgico.

Conclusiones: La presentación de taponamiento cardiaco en pacientes con compromiso pericárdico por LES oscila entre un 1 a un 2,5%, existiendo factores predisponentes descritos, entre los que se destacan: género femenino, enfermedad renal, anemia hemolítica, pleuritis y niveles bajos de C4. Aun cuando se describía previamente suficiente el manejo con altas dosis de esteroides, es imperativo asociar el drenaje quirúrgico para lograr un tratamiento eficaz.

78. ARTERITIS DE TAKAYASU CON AFECCIÓN DE ARTERIAS PULMONARES

A.M. Tobón¹, S. Herrera Uribe² y A.L. Vanegas-García³

¹Medicina Interna; ²Medicina Interna-Reumatología, Universidad de Antioquia, Medellín. ³Medicina Interna-Reumatología, Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín.

Introducción: La hipertensión pulmonar puede ser una manifestación de las secuelas en circulación pulmonar de la arteritis de Takayasu (AT). Presentamos un caso que ilustra la importancia de incluir esta enfermedad en el diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Mujer de 46 años con síntomas de falla cardíaca derecha e hipertensión pulmonar (HTP) grave por 1 año sin síntomas constitucionales ni claudicación en extremidades, sin elevación de reactantes de fase aguda. Al examen físico con soplo en región infraclavicular izquierda, pulso braquial izquierdo disminuido y cubital ausente en el mismo lado. En cateterismo derecho se demostró disminución del calibre de arterias pulmonares y estenosis del 70% del ostium de rama lobar superior derecho, sin imágenes de defecto endovasculares sugestivas de trombos. La resonancia magnética cardiaca reportó engrosamiento y estenosis del origen de la rama lobar superior derecha, realce de la pared arterial pulmonar y aórtica. El angiotac de tórax mostró captación del contraste en arteria subclavia

izquierda y el tríplex carotídeo estenosis izquierda. Con dichos elementos se consideró el diagnóstico de AT con afección pulmonar y se inició manejo con prednisolona y metotrexate ante la evidencia de actividad en las imágenes.

Discusión: La AT puede complicarse con arteritis pulmonar y HTP, descrito hasta en el 15% de los pacientes. Los signos clínicos son inespecíficos y el tratamiento inmunosupresor solo tiene un efecto parcial. Debe diagnosticarse y tratarse de forma temprana para prevenir el daño vascular irreversible.

79. TOFACITINIB, AN ORAL JANUS KINASE INHIBITOR, IN PATIENTS FROM LATIN AMERICA WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: POOLED EFFICACY AND SAFETY ANALYSES

P. Vélez¹, J.J. Jaller², W. Otero³, K. Persand⁴, E.Y. Mahgoub⁵, C. Mebus⁶ and K. Kwok⁵

¹Reumatología, CIREI SAS, Bogotá. ²Centro de Reumatología y Ortopedia, Barranquilla. ³Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Centro de Investigación Clínica Servimed E.U., Bucaramanga. ⁴Pfizer Colombia, Bogotá. ⁵Pfizer Inc, New York, NY. ⁶Pfizer Inc, Groton, CT.

Introduction: Tofacitinib is a novel, oral Janus kinase inhibitor for the treatment of rheumatoid arthritis (RA). Here we assess the efficacy and safety of tofacitinib across Phase 3 RA studies in the Colombian subpopulation of global studies.

Methods: Data were pooled from Colombian patients across four Phase 3 studies in the tofacitinib RA development program. Patients received tofacitinib 5 or 10 mg twice daily (BID) or placebo as monotherapy or in combination with methotrexate or other nonbiologic disease-modifying antirheumatic drugs; one study included methotrexate (10 mg titrated to 20 mg qw) as an active comparator. Patients receiving placebo were advanced to tofacitinib at Month 3 or 6. Efficacy was assessed by ACR20/50/70 response rates and mean change from baseline in DAS284 (ESR); physical function was assessed by mean change from baseline in HAQ-DI.

Results: The tofacitinib Phase 3 studies enrolled 125 patients from Colombia; most patients were female (88%) with a mean age of 46-53 years. Efficacy parameters at Month 3 and adverse events (AEs) across the study periods are summarized in the table 1. The most frequently reported AEs were infections. Two patients (one, 5 mg BID; one, 10 mg BID) discontinued due to AEs. No serious AEs were reported.

Conclusions: Tofacitinib demonstrated efficacy in reducing RA signs and symptoms and improving physical function in the Co-

Table 1 – Efficacy parameters at Month 3 and adverse events across study periods

Efficacy parameters at Month 3	Tofacitinib 5 mg BID	Tofacitinib 10 mg BID	Placebo	MTX
ACR20, n/N (%)	40/53 (75.5)	39/48 (81.3)	5/10 (50.0)	4/8 (50.0)
ACR50, n/N (%)	28/53 (52.8)	29/48 (60.4)	3/10 (30.0)	2/8 (25.0)
ACR70, n/N (%)	18/53 (34.0)	15/48 (31.3)	0	0
DAS28-4(ESR), mean change from baseline (SD)	-2.29 (1.35)	-2.61 (1.27)	-1.65 (1.22)	-1.7 (1.86)
HAQ-DI, mean change from baseline (SD)	-0.81 (0.78)	-1.00 (0.66)	-0.33 (0.46)	-0.38 (0.59)
Patients with AEs	Tofacitinib 5 mg BID	Tofacitinib 10 mg BID	Placebo	MTX
Months 0-3, n/N (%)	21/53 (39.6)	18/51 (35.3)	7/12 (58.3)	0/9 (0)
Months 3-6, n/N (%)	19/55 (34.5)	21/57 (36.8)	1/4 (25.0)	0/9 (0)
> Month 6, n/N (%)	34/44 (77.3)	34/44 (77.3)	N/A	6/9 (66.7)

ACR, American College of Rheumatology; AE, adverse event; BID, twice daily; DAS, Disease Activity Score (28 joints); ESR, erythrocyte sedimentation rate; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire-Disability Index; MTX, methotrexate; SD, standard deviation.

lombian subpopulation of RA patients in Phase 3 studies; these results and the safety profile of tofacitinib in this subpopulation are consistent with those of the global population.

80. NEUMOCONIOSIS REUMATOIDE (SÍNDROME DE CAPLAN): A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Muñoz-Grajales^{1,2}, S. Herrera³, A.L. Vanegas¹, G. Vásquez², M. Restrepo² y L.A. González²

¹Medicina Interna-Reumatología, Hospital Universitario de San Vicente Fundación. ²Grupo de Reumatología;

³Medicina Interna-Reumatología, Universidad de Antioquia.

Introducción: El síndrome de Caplan, también conocido como neumoconiosis reumatoide, se define como la combinación de múltiples nódulos pulmonares bien delimitados, exposición a polvos inorgánicos y artritis reumatoide. A continuación describimos el caso de un paciente.

Caso clínico: Hombre de 50 años que trabajó hace 10 años en mina de oro de socavón; consultó por poliartritis simétrica (hombros, muñecas, metacarpofalángicas) de 6 meses de evolución asociada a rigidez matinal prolongada; sin síntomas constitucionales ni respiratorios. En radiografía de tórax de 8 meses atrás, indicada por otra razón, con pequeños nódulos pulmonares de predominio periférico; se realizó tomografía de tórax en la que se documentaron múltiples nódulos menores de 10 mm que predominaban en lóbulos superiores, algunos confluyendo formando pseudomasa con retracción del parénquima por fibrosis; sugestivos de silicosis (neumoconiosis). Tenía elevación de reactantes de fase aguda, factor reumatoide negativo, no se observaron erosiones en manos o pies en las radiografías y los estudios microbiológicos para tuberculosis fueron negativos. Los anticuerpos contra péptido cíclico citrulinado fueron positivos (más de tres veces el valor de referencia). Se realizó diagnóstico de síndrome de Caplan; se inició manejo con prednisolona, sulfasalazina y cloroquina, con resolución completa de síntomas.

Discusión: El síndrome de Caplan tiene un patrón radiológico característico. Es frecuente la ausencia de síntomas pulmonares. La artritis puede preceder, acompañar o presentarse años después de los nódulos pulmonares. Dada la baja frecuencia, no se ha establecido un tratamiento específico. Este caso es ilustrativo de la cada vez más reconocida relación medio ambiente-autoinmunidad.

81. ÚLCERAS ORALES Y GENITALES CON PSEUDOFOLICULITIS: ¿BEHÇET O NO BEHÇET?

C. Muñoz-Grajales^{1,2}, S. Herrera³, A.L. Vanegas¹, G. Vásquez², M. Restrepo² y L.A. González²

¹Medicina Interna-Reumatología, Hospital Universitario de San Vicente Fundación. ²Grupo de Reumatología; ³Medicina Interna-Reumatología, Universidad de Antioquia.

Introducción: Ante la presencia de úlceras orales y genitales con lesiones cutáneas se puede sospechar enfermedad de Behçet (EB). Presentamos un caso en el que la historia clínica y el examen físico fueron decisivos para establecer el diagnóstico.

Caso clínico: Hombre de 47 años, tratado como EB por cuadro de 6 meses de evolución de úlceras orales y genitales acompañadas de lesiones pseudofoliculares, con pobre respuesta a esteroides, ciclosporina, azatioprina y sulfasalazina. Al examen físico llamó la atención la presencia de úlceras en labios, paroniquia y abscesos con estigmas de rascado en extremidades, cerca de las lesiones pseudofoliculares. Al interrogatorio se logró establecer que las úlceras eran persistentes (no recurrentes) y las dosis de

medicamentos que había recibido eran subterapéuticas. Se indicó reevaluar biopsia de piel por sospecha de pénfigo vulgar, enfermedad en la cual se pueden afectar los labios, las lesiones en mucosas son persistentes y puede haber afección ungular, características clínicas ausentes en EB. La biopsia fue compatible con esta sospecha diagnóstica. Se estableció diagnóstico de pénfigo vulgar con paroniquia, folliculitis y abscesos en relación a sobreinfección por rascado. Las lesiones cutáneas se resolvieron con antibióticos y las lesiones en labios, cavidad oral, genitales y la paroniquia con dosis apropiadas de esteroides y azatioprina.

Discusión: La historia clínica detallada y el examen físico continúan siendo la herramienta diagnóstica más útil. El pénfigo vulgar debe ser tenido en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales en presencia de afección de mucosas y compromiso ungular.

82. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS

S. Herrera¹, J. Hernández², C. Ortiz⁴, Y. López⁴, D. Severiche⁴, M. Restrepo³, L.A. González³ y G.M. Vasquez^{3,4}

¹Medicina Interna-Reumatología; ²Pediatría-Reumatología pediátrica; ³Medicina Interna-Reumatología, Grupo de Reumatología; ⁴Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética, Universidad de Antioquia, Medellín.

Introducción: En pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) la salud reproductiva constituye un aspecto importante debido a las implicaciones que puede tener sobre la evolución o el pronóstico de la enfermedad.

Objetivos: Evaluar algunos aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva de un grupo de pacientes con LES.

Métodos: De una base de datos de pacientes con LES se contactó a 100 pacientes femeninas, 22 de las cuales respondieron una encuesta telefónica. Para las variables cualitativas se obtuvo frecuencias y para las variables cuantitativas promedios.

Resultados: La edad promedio fue 35 años. El 31,8% refirió irregularidad menstrual, un porcentaje importante considerándolo un efecto secundario del tratamiento. El 18% nunca se ha realizado una citología y el 40,9% nunca ha sido evaluada por ginecología. Al momento de la encuesta el 45% utilizaba algún método anticonceptivo. La gran mayoría (72%) afirmó no haber recibido nunca asesoría sobre planificación familiar. Trece pacientes tuvieron gestaciones, dos tuvieron embarazos después del tratamiento con ciclofosfamida (CYC). Solamente el 54,5% afirmó conocer los riesgos de un embarazo no planeado.

Conclusiones: La gestación no fue un evento infrecuente, aun en las pacientes tratadas con CYC. Se evidenció falencias en educación sobre asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluidos aspectos del autocuidado, la planificación familiar y el riesgo de un embarazo no deseado en la evolución del lupus. Nuestros hallazgos sugieren que la asesoría y consejería acerca de estos temas constituyen una "tarea pendiente" para sus médicos tratantes.

83. COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: SERIES DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

C. Arteaga, N. Pertuz, K. Vega, V. Coy, D. Jaramillo, F. Rondón, G. Quintana, A. Iglesias y D. Gil

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) tiene un amplio espectro en su presentación clínica, desde enfermedad autoinmune órgano-específica a un proceso sistémico con un

porcentaje de compromiso del sistema nervioso periférico (SNP) importante.

Métodos: Serie de casos: cuatro pacientes y la revisión de la literatura fue realizada utilizando PubMed mediante la combinación de términos MeSH "Sjogren's Syndrome" and "Peripheral Nervous System", lo cual generó 98 citaciones, pero solo 33 artículos fueron relevantes.

Resultados: La edad promedio fue 57 años, tres mujeres. En todos los casos los síntomas neurológicos precedieron o se presentaron de forma simultánea al diagnóstico del SSp. Todos los pacientes tuvieron estudio confirmatorio histopatológico compatible con sialoadenitis linfoцитaria y tres presentaron títulos altos de anti-Ro. Al estudio electromiográfico se diagnosticó en un paciente polineuropatía sensitivo-motora de cuatro extremidades, en otro mononeuropatía axonal, mononeuritis múltiple y enfermedad de fibra pequeña. Se les administró a todos prednisolona (dosis 0,5-1 mg/kg/día) y ciclofosfamida, excepto al paciente que tenía enfermedad de fibra pequeña, a quien se manejó con pregabalina, con lo que presentaron mejoría de la sintomatología. En la revisión de la literatura se identificaron 475 casos (uno de ellos una cohorte colombiana), se describen tratamientos diversos como uso de IgG, ciclofosfamida, plasmaferesis y en cinco casos rituximab, con respuesta variable.

Conclusiones: El compromiso del SNP por SSp genera cambios importantes en el manejo convencional de la enfermedad, siendo necesario usar dosis altas de prednisolona y bolos de ciclofosfamida, con respuestas variables que pueden ensombrecer su pronóstico.

84. DIRECT COST OF PSORIATIC ARTHRITIS AND PSORIASIS IN BOGOTÁ, COLOMBIA

A. Beltrán¹ and D. Solano²

¹Hospital San Rafael, Bogotá. ²Facultad de Economía, Universidad de los Andes.

Objectives: To analyze clinical variables and direct costs of a sample of patients with psoriatic arthritis (ApS) and psoriasis (PsO) from a specialized center in Bogota, Colombia.

Methods: A retrospective cost-of-illness study was performed on 91 patients with psoriasis and 33 patients with psoriatic arthritis. We reviewed clinical files of the period 2010-2013 collecting clinical information and direct costs to a local private health insurer.

Results: In the group of Psoriasis patients we found 48 men (53%) and 43 (47%) women; vulgar psoriasis in 55 (60%), in the group of psoriatic arthritis we found 27 (82%) men, 6 (18%) women, 25 (75%) with peripheral disease, 6 (18%) with juvenile ApS and 2 (6%) with axial disease, the average annual direct costs for the patients with ApS were \$4,239 (2013 US dollars) per patient. Costs of pharmaceuticals accounted for 94% of direct costs, followed by costs of laboratory test (4%). annual direct costs for the patients with PsO were \$949 (2013 US dollars) per patient. Costs of pharmaceuticals accounted for 94% of direct costs.

Conclusions: Psoriatic disease (including Psoriatic arthritis) imposes a substantial economic cost for the health care system, similar to that of patients with rheumatoid arthritis (average cost in Colombia US\$ 4,936. Mora cols 2008) most of this cost accounted of pharmaceuticals (especially biologic agents) and another medical treatment like phototherapy. This results are similar of studies in Asia, US and Europe, to our knowledge there isn't similar studies in Latin-American. Further economic analyses are needed to optimize the use of biologic agents in patients with PsA and PsO.

85. ANÁLISIS MOLECULAR DE ASOCIACIONES ALÉTICAS HLA-DRB1 Y HLA-DQB Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON Y SIN NEFRITIS LÚPICA EN UNA POBLACIÓN COLOMBIANA

G. Quintana^{1,2,3}, S. Molina¹, G. Aroca⁴, G. Garavito⁵, E. Egea⁵ y A. Iglesias¹

¹Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

²Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

³Sección de Reumatología, Fundación Santa Fe de Bogotá.

⁴Sección de Nefrología, Clínica de la Costa, Barranquilla.

⁵Facultad de Medicina, Universidad del Norte.

Objetivos: Determinar la posible asociación, a través de análisis molecular, entre genes HLA-DRB1 Y DQB* y lupus eritematoso sistémico (LES) con y sin nefritis lúpica (NL) en una población colombiana.

Métodos: Se reclutaron 106 pacientes con NL a través de criterios del American College of Rheumatology 1982; se realizó biopsia renal a más del 75% de los pacientes. Se determinaron frecuencias alélicas del HLA-DRB1 y DQB* a través de análisis molecular con luminex. Se determinaron los OR de asociación de protección o susceptibilidad.

Resultados: Los alelos HLA-DRB1*1501 (OR 1,8, p = 0,06) y *0301 (OR 2,24, p = 0,0275) están asociados a LES; y hay tendencia del HLA-DQB*0301 (p no significante). Dentro de los pacientes con lupus, los alelos HLA-DRB1*0404 (OR 0,42, p = 0,0030) y *1101 (OR 0,49, p = 0,046) son protectores; y los alelos *0701 (OR 3,15, p = 0,0452) y *0802 (OR 8,3, p = 0,020) son de susceptibilidad para NL. Este último es factor de riesgo para NL cuando se compara con la población sana (OR 3,82, p = 0,0147). No hubo asociación con alelos HLA-DQB*. Por tipo de NL, 73% y 83% de *0701 y *0802, respectivamente, fueron tipo IV; y 13% y 8%, respectivamente, fueron tipo V. **Conclusiones:** Para la población colombiana los alelos DRB1*1501 y *0301 están asociados a lupus; a su vez, DRB1*0701 y *0802 son alelos de susceptibilidad, y DRB1*0404 y *1101 son de protección para NL. Mayoritariamente, los alelos de susceptibilidad de NL están representados por la tipo IV.

86. POLIANGEÍTIS CON GRANULOMATOSIS (PG): UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

A.I. Ospina, V. Parra, J.E. Medina, J. Ballesteros, C. Mora, J. Londoño y R. Valle

Servicio de Inmunología y Reumatología, Hospital Militar Central, Universidad de La Sabana. Grupo de Espondiloartropatías, Línea de Enfermedades del Tejido Conectivo, Bogotá.

Introducción: La PG es una vasculitis necrotizante fibrinoide de pequeño y mediano vaso, con compromiso respiratorio alto, pulmón y riñones. El vértigo como expresión inicial y la aparición de masas grandes en tórax son raros. El objetivo es describir una presentación inusual de la PG.

Caso clínico: Mujer de 80 años con 2 meses de otalgia e hipoacusia derechas y vértigo. Examen físico: otoscopia normal, nistagmus horizontal, aumento del polígono de sustentación. TAC cerebral: mastoiditis crónica derecha, Hb 12,6 mg/dl, azoados y uroanálisis normales, se da salida con clindamicina. Reconsulta sin mejoría, con lesiones purpúricas y úlcera en miembros inferiores, disminución de la agudeza visual de ojo derecho. cANCAS positivos 1/80, pANCAS negativo, PCR 14,37, VSG 41, uroanálisis: proteinuria y hematuria, ecografía renal: normal. Se inicia esteroide por corto tiempo, y tras suspensión hay reaparición de síntomas, más tos hemoptoica y disnea. TAC tórax masa de 7 × 3 × 3 cm, espículada, basal izquierda, nódulos adyacentes, fibrobroncoscopia normal. Se reinicia esteroide tras descartar infección, con mejoría clínica y tomográfica.

Discusión: La PG afecta similarmente hombres y mujeres durante la cuarta o quinta década de la vida. Aunque muchos pacientes desarrollan compromiso respiratorio, este debe identificarse en pacientes con síntomas crónicos de los que se descarta etiología infecciosa o neoplásica. El vértigo y las masas pulmonares gigantes se han descrito en la literatura y pueden llevar, como en este caso, a la confusión en el diagnóstico. Sin embargo, tras la búsqueda diagnóstica, responden satisfactoriamente a la inmunosupresión farmacológica.

87. PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) EN UNA INSTITUCIÓN DE REFERENCIA EN CUNDINAMARCA DE 2011 A 2012

V. Parra y E. Montenegro

Universidad de La Sabana, Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá.

Introducción: La enfermedad cardiovascular es un problema insuficientemente reconocido en pacientes con LES, puede estar presente en cualquier fase de la enfermedad. Las manifestaciones son variables y contribuyen a mayor morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

Métodos: Estudio analítico transversal con recolección retrospectiva de aspectos clínicos, paraclínicos y manifestaciones cardiovasculares en pacientes con LES que asistieron a un hospital de tercer nivel de referencia durante el periodo 2011 a 2012.

Resultados: En 45 pacientes con LES las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: artritis 64,4%, disnea 44,4%, deterioro de clase funcional 46,7% y dolor torácico 24%. Como entidades cardiovasculares se encontró HTA (13,3%) y arritmias (13,3%), enfermedad coronaria 4,4%, ACV isquémico: 6,7%, y falla cardiaca: 6,7%. Se tomó ecocardiograma en el 62% de pacientes encontrando valvulopatías (60%), derrame pericárdico (13,3%); aquellos con estimación de PSAP (33%) la mayoría fueron mayores a 35 mmHg (73,2%). En 68,9% pacientes Anti DNA positivo y 61% hipocomplementemia. El 85% de pacientes con deterioro de clase funcional tuvieron anti DNA positivo comparado con anti DNA negativo ($p = 0,023$), así como en disnea ($p = 0,037$). Con los otros anticuerpos no se encontraron asociaciones significativas.

Conclusiones: En este grupo de pacientes se encontró que los síntomas cardiovasculares están presentes en un alto porcentaje, incluso por encima de otros clásicos descritos para LES, por lo cual se deberían interrogar y así detectar tempranamente complicaciones cardiovasculares. Se sugiere además por la asociación encontrada con algunos autoanticuerpos, que podrían ser útiles en la detección de la actividad de la enfermedad.

88. ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE UN CASO

J.F. Betancur¹, P.A. Quintero² y N.A. Graciano³

¹Medicina Interna, Universidad CES-Fundación Valle de Lili, Medellín. ²Medicina Interna, Clínica Universitaria CES,

Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín.

³Medicina Interna, Hospital Manuel Uribe Ángel, Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín.

Introducción: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto o linfadenitis necrotizante linfocítica, es una patología autolimitada, benigna, se han descrito casos de LES en su evolución.

Caso clínico: Hombre de 19 años, con antecedente de hipotiroidismo, cuadro de 2 meses de evolución: síndrome constitucional, disnea incremental, edema de miembros inferiores, fiebre nocturna: 40 °C, alopecia y adenopatías generalizadas de predominio cervical. Posteriormente brote eritematoso, papulo-escamoso región malar y zonas foto-expuestas, además anasarca. Examen físico: alopecia, úlceras orales, edema bipalpebral. Se palpa conglomerado adenopático cadenas laterocervicales bilaterales, supraclaviculares y axilares. Auscultación cardiopulmonar normal. Paraclínicos: anemia microcítica hipocrómica, Leucopenia: 2.700/mm³ Linfopenia: 300/mm³, plaquetas: 162.000, VSG: 106 mm/hora PCR: 2.44 (0-5) Ferritina: > 2.000, AST: 95 ALT: 62 Bilirrubinas: normales. Citoquímico orina telescópado, cilindros céreos y granulosos, proteínas: 100 mg/dl. Cr: 1.38, BUN: 26, proteínuria 24 horas: 0,84 g. Baciloskopias seriadas: negativas, serología para: Citomegalovirus: IgM: 0,2 (-) IgG: 262 (+) Toxoplasma, Epstein-Barr, VHC, VHB: negativos, ELISA VIH: negativo, VDRL: no reactivo. ANA por IFI: 1:1280 patrón homogéneo ENAS: RNP y Sm: positivos, anti-ADN por IFI: 1:160 complemento C3: 26 C4: 9 TP: normal, TPT: 60 seg Anticoagulante lúpico y anticardiolipinas: negativos. Histopatología adenopatía: Necrosis lícuefacción, sin granulomas, expansión paracortical, infiltración por macrófagos, linfocitos T, células plasmocitoides linfocíticas CD123+, compatible con enfermedad de Kikuchi.

Discusión: La enfermedad de Kikuchi es una linfadenitis necrotizante linfocítica, rara, benigna, y actualmente se debate acerca de si la EKF es una manifestación atípica del LES o una entidad aislada, pues presentan hallazgos histopatológicos similares y su co-ocurrencia es infrecuente.

89. EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ESPONDILOARTROPATÍAS EN MÉDICOS GENERALES DEL MUNICIPIO DE PASTO 2013-2014

M.H. Anderson Achicanoy Botina, M.S. Bolaños Díaz, G.A. Rodríguez Caicedo y S. María Gómez

Universidad de Nariño.

Introducción: Las espondiloartropatías (SpA) son un conjunto de enfermedades crónicas inflamatorias de etiología no definida, se presentan principalmente como lumbalgia y afectan el sistema osteomioarticular con predilección por el esqueleto axial, compitiendo como sustrato inmunogénico las variantes alélicas del HLA-B27. La dorsolumbalgia constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica médica y su abordaje es generalmente sindromático, siendo el diagnóstico y manejo específico limitado y frecuentemente tardío, con repercusiones funcionales y socioeconómicas negativas. La captación de estos pacientes de forma temprana presenta mayores tasas de éxito. Nos proponemos demostrar que una intervención educativa virtual (IEV) es una estrategia eficaz para el manejo de esta problemática.

Métodos: Se presenta un ensayo clínico no controlado con técnicas cuantitativas de recolección de datos que evaluará el impacto de una IEV. Primero se realizará una prueba pre-test que determinará nivel de conocimiento y juicio clínico de una población de médicos generales. Posteriormente se realizará una IEV que les suministrará las herramientas teórico-prácticas acerca de SpA. Finalmente una evaluación pos-test y un seguimiento a la población participante permitirá evaluar la intervención.

Resultados: Se determinará mediante análisis cuantitativo el porcentaje de adquisición de conocimiento (evaluaciones teóricas) así como se seguirá el número de casos de SpA diagnosticados por la población médica en estudio (impacto real).

Conclusiones: El desarrollo de estrategias de intervención en la población de médicos generales es una herramienta que podría contribuir a diagnosticar tempranamente las SpA, lo cual tendría un impacto en el tratamiento y pronóstico del paciente.

90. MALNUTRITION DUE TO SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS ASSOCIATED PROTEIN LOSING ENTEROPATHY: CASE SERIES AND REVIEW OF THE LITERATURE

D. Gil, H. Martínez, A. Junca, F. Rondón,
G. Quintana and A. Iglesias

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Introduction: Gastrointestinal symptoms are common in Systemic lupus erythematosus (SLE) patients, and more than half of them are caused by adverse reactions to medications and viral or bacterial infections. Lupus protein-losing enteropathy (LUPLE) is a rare manifestation.

Methods: Case series: five patients were included; and literature research was performed using Pubmed by combining the MeSH terms "Protein losing Enteropathies" and "Lupus Erythematosus, Systemic", which provided 60 citations, but only 45 articles were found relevant.

Results: The mean age was 30 years, all were female. In all cases it is the first obvious manifestations of SLE. All patients had different degree of peripheral pitting edema; none of the patients had clinical diarrhea. Interesting, presented with progressive weight loss (20-40%). Positive antinuclear antibodies (HEP-2) with a speckled pattern were found in all patients, but the anti dsDNA antibody was negative in most cases. All patients had marked hypoalbuminemia, hypocomplementemia and hyperlipoproteinemia. The 24-hours urine protein was less than 0.5 g. Most cases had good response to corticosteroid and immunosuppressive therapies. We identified 79 cases reported from 45 studies. All patients had marked hypoalbuminemia, hypocomplementemia and hyperlipoproteinemia. In over half of the cases, it is the initial manifestation of SLE and most cases had good response.

Conclusions: We want to emphasize in the possibility of immune-mediated protein-losing enteropathy as a manifestation of a SLE patient with hypoalbuminemia and malnutrition after exclusion of the most common causes.

91. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, INMUNOLÓGICA Y HALLAZOS CAPILAROSCÓPICOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA Y SU RELACIÓN CON COMPROMISO PULMONAR EN UNA POBLACIÓN COLOMBIANA

D.R. Gil, A. Junca, N. Spinel, D. Gómez, V.A. Coy,
D. Jaramillo, C.E. Arteaga, A. Iglesias-Gamarra,
G. Quintana, J.F. Restrepo y F. Rondón

Unidad de Reumatología, Universidad Nacional de Colombia,
Bogotá, Colombia.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad muy heterogénea en su presentación y evolución. Los objetivos son describir la presentación clínica, características inmunológicas y patrón capilaroscópico de pacientes colombianos con ES y determinar las características asociadas con el compromiso pulmonar.

Métodos: Corte transversal. Pacientes del Servicio de Reumatología de la Universidad Nacional de Colombia, evaluados por presentar fenómeno de Raynoud y ES probable entre 2010 y 2012, se clasificaron en tres grupos según criterios de LeRoy y Medsger y los criterios preliminares de esclerosis sistémica muy temprana de EULAR así: preesclerodermia (preES), esclerosis sistémica limitada (LcES) y esclerosis sistémica difusa (dcES). Utilizamos STATA 11.

Resultados: Se evaluaron 110 pacientes (92% mujeres), edad promedio de 56 años (23-79), LcES fue el más frecuente subtipo (61%), preSSc (25,5%) y dcSSc (13,5%). El 26,4% presentó hipertensión pulmonar (HTP) evaluada por ecocardiograma transtorácico y el compromiso del parénquima pulmonar fue documentado en el 32%. Se encontró que la esclerodactilia (OR 10,24; 95% IC 2,17-94,8), anti-scl70 (OR 6,69; 95% IC 1,01-73,3) y patrón activo de capilaroscopia (OR 10,2; 95% IC 1,6-105) están relacionados con compromiso pulmonar, y los anticuerpos anticentrómero son protectores (OR 0,21; 95% IC 0,07-0,64; p = 0,0015). Con respecto a la HTP, solo DLco < 80% (OR 5,7; 95% IC 1,16-36) estuvo relacionado.

Conclusión: Es el primer estudio en investigar el compromiso de órgano en preSSc y en determinar las características clínicas que podrían predecir el compromiso pulmonar e HTP en una población colombiana.

92. COEXISTENCIA DE UNA FIBROSIS RETROPERITONEAL Y UNA HIPEROSTEOSIS CORTICAL GENERALIZADA

U. Panqueva Martínez, C. Arteaga Unigarro, D. Jaramillo Arroyave, F. Rondón Herrera, G. Quintana López y A. Iglesia Gamarra

IPS Especializada, Universidad Nacional de Colombia.

Introducción: El objetivo de informar este caso es debido a una asociación no observada en la literatura mundial conformada por una fibrosis retroperitoneal (FRP) e hiperosteosis cortical generalizada. La FRP dentro de sus posibles etiologías se relaciona con enfermedades asociadas a subclase IgG4, un síndrome clínico linfoproliferativo, caracterizado por una elevada concentración de IgG4 sérica, infiltración y expansión de células plasmáticas IgG4+, condicionando un proceso inflamatorio, comprometiendo diversos órganos y tejido con cambios fibroscleróticos. Por su parte, las enfermedades osteocondensantes son un grupo poco frecuente de patologías metabólicas óseas, caracterizadas por hiperostosis endosteal y osteosclerosis a nivel del esqueleto, con incremento importante de la masa ósea.

Caso clínico: Paciente mujer que consulta por lumbalgia de 5 años con hidronefrosis bilateral e hiperazoemia, asociado a una masa periaórtica e incremento de densidad mineral ósea, en los estudios de laboratorio con aumento importante de fosfatasa alcalina total y ósea específica, osteocalcina, paratohormona y niveles bajos de vitamina D3, sugiriendo un aumento de actividad osteoblástica, con lo cual se concluye que la paciente tiene una hiperosteosis cortical generalizada asociada a una FRP como parte de un síndrome subclase IgG4 al descartarse otras patologías relacionadas, consideramos en este caso que la IgG4 sérica es normal, por la remisión de la enfermedad y el uso de esteroides.

Discusión: La FRP no tiene relación con la hiperosteosis cortical a nivel de huesos largos, ni al incremento en densidad mineral ósea del hueso cortical y trabecular, sugiriendo una asociación espúrea.