

Reumatología Clínica

Volúmen 21, Suplemento 1

Febrero 2025

LIII Congreso Mexicano de Reumatología

14 al 18 de febrero de 2025

LIII CONGRESO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA

MUNDO IMPERIAL, ACAPULCO, GRO.

14 AL 18 FEBRERO 2025

PONENTES NACIONALES E INTERNACIONALES

**SUSANA@REUMATOLOGIA.ORG.MX
ELIEZER@REUMATOLOGIA.ORG.MX**

(55) 6382 9894

WWW.REUMATOLOGIA.ORG.MX

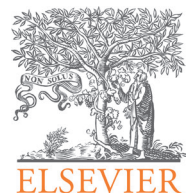
ACAPULCO, GUERRERO
CONGRESO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA
14 AL 18 FEBRERO

Órgano Oficial
de
Sociedad Española
de Reumatología



Colegio Mexicano
de Reumatología

www.reumatologiaclinica.org



Reumatología Clínica

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Reumatología
y del Colegio Mexicano de Reumatología A.C.

Editor

Mario García-Carrasco
*Benemérita Universidad Autónoma de
Puebla, México.*

Co-editor

Francisco J. Blanco García
*INIBIC - Hospital Universitario A Coruña.
A Coruña, España.*

Editores asociados

Benjamín Fernández-Gutiérrez
*Hospital Clínico San Carlos
Madrid, España*

M^a José López-Armada
*INIBIC - Hospital Universitario A Coruña
A Coruña, España*

Carlos Pineda
*Instituto Nacional de Rehabilitación, SS.
Ciudad de México, México*

Ingris Peláez-Ballestas
*Hospital General de México "Dr. Eduardo
Liceaga". Ciudad de México, México*

Editores asesores

Miguel Ángel González Gay
*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Santander, España*

Rubén Burgos Vargas
*Hospital General de México "Dr. Eduardo
Liceaga". Ciudad de México, México*

Consejo editorial

Jorge Alcocer Varela
*Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición. Ciudad de México, México*

José Álvarez Nemegeyi
*Hospital Star Médica, Mérida,
México*

María del Carmen Amigo Castañeda
*Centro Médico ABC.
Ciudad de México, México*

Alejandro Balsa Criado
*Hospital Universitario La Paz.
Madrid, España*

Leonor A. Barile Fabris
*Hospital de Especialidades,
Centro Médico Nacional Siglo XXI,
IMSS. Ciudad de México, México*

Antonio R. Cabral Castañeda
*University of Ottawa
Ottawa, Canada*

Juan Canoso Ardigó
*Centro Médico ABC.
Ciudad de México, México*

Loreto Carmona Ortells
*Universidad Camilo José Cela.
Madrid, España*

Jordi Carbonell Abelló
*IMAS. Hospital del Mar
i Hospital de l'Esperança. Barcelona, España*

Mario H. Cardiel Ríos
Hospital General, SS. Morelia, México

Ricard Cervera Segura
*Hospital Clínic i Provincial.
Barcelona, España*

María C. Cid Xutglà
*Hospital Clínic i Provincial.
Barcelona, España*

Eduardo Collantes Estévez
*Hospital Universitario Reina Sofía.
Córdoba, España*

María José Cuadrado Lozano
*St. Thoma's Hospital.
Londres, UK*

Antonio Fraga Mouret
*Secretaría de Salud. Gobierno del
Distrito Federal. Ciudad de México, México*

Ignacio García de la Torre
*Hospital General de Occidente, SS.
Guadalajara, México*

Juan J. Gómez-Reino Carnota
*Hospital Clínico Universitario de Santiago.
Santiago de Compostela, España*

Antonio Gómez Centeno
*Corporació Sanitària i Universitària Parc
Taulí. Sabadell, España*

Jordi Gratacós Masmijtjà
*Corporació Sanitària i Universitària Parc
Taulí. Sabadell, España*

Núria Guañabens Gay
*Hospital Clínic i Provincial.
Barcelona, España*

Luis Javier Jara Quezada
*Centro Médico Nacional La Raza. IMSS.
Ciudad de México, México*

Lourdes Mateo Soria
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Badalona, España*

Emilio Martín Mola
*Hospital Universitario La Paz.
Madrid, España*

Manuel Martínez-Lavín García
*Instituto Nacional de Cardiología.
Ciudad de México, México*

Joan Miquel Nolla Solé
*Hospital Universitari de Bellvitge.
Hospitalet de Llobregat, España*

Eliseo Pascual Gómez
*Hospital General Universitario de Alicante.
Alicante, España*

César Ramos-Remus
*Hospital General Regional 45, IMSS.
Guadalajara, México*

Francisco Jorge Sánchez Guerrero
*University of Toronto
Toronto, Canadá*

Raimon Sanmartí Sala
*Hospital Clínic i Provincial.
Barcelona, España*

Luis H. Silveira Torre
*Instituto Nacional de Cardiología
Ciudad de México, México*

Jesús Tornero Molina
*Hospital Universitario de Guadalajara.
Guadalajara, España*

Nora Janitzia Vázquez-Mellado Cervantes
*Hospital General de México, SS.
Ciudad de México, México*

Reumatología Clínica

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Reumatología y del Colegio Mexicano de Reumatología A.C.

Comité asesor internacional

Alicia Bagur
*Hospital de Clínicas,
Buenos Aires, Argentina*

Eloísa Bonfá
*Hospital das Clínicas da Faculdade
de Medicina da Universidade de
São Paulo,
São Paulo, Brazil*

Jurgen Braun
*Institut Für Wasserbau,
Herne, Germany*

Roberto Civitelli
*School of Medicine, Washington
University,
St. Louis, USA*

Maxime Dougados
*Hôpital COCHIN,
Paris, France*

Peter Ebeling
*Royal Melbourne and Western Hospitals,
Victoria, Australia*

Paul Emery
*Leeds Teaching Hospitals Trust,
Leeds, UK*

David T. Felson
*Boston University Arthritis Center,
Boston, USA*

Sergio Jacobelli
*Hospital Clínico Universidad
Católica de Chile,
Santiago, Chile*

Sergio A. Jiménez
*Jefferson Institute of Molecular Medicine
Philadelphia, USA*

Joachim R. Kalden
*Institute for Clinical Immunology
Friedrich-Alexander University,
Erlangen, Germany*

Munther Khamashta
*Lupus Research Unit, St Thomas' Hospital,
London, UK*

Matthew H. Liang
*Brigham Arthritis Center,
Boston, USA*

Ravinder N. Maini
*Kennedy Institute of Rheumatology,
Charing Cross Hospital,
London, UK*

José Maldonado Cocco
*Instituto Nacional de
Rehabilitación,
Buenos Aires, Argentina*

Loreto Massardo
*Hospital Clínico Universidad
Católica de Chile,
Santiago, Chile*

Carlos Mautalen
*Centro de Osteopatías Médicas,
Buenos Aires, Argentina*

Johanne Martel-Pelletier
*University of Montreal,
Quebec, Canada*

Roberto Pacifici
*Emory Clinic Endocrinology,
Atlanta, USA*

Jean Pierre Pelletier
*University of Montreal
Hospital Research Centre,
Quebec, Canada*

Bernardo Pons Estel
*Hospital Escuela Eva Perón,
Buenos Aires, Argentina*

Percival Sampaio-Barros
*Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade Estadual de Campinas
(Unicamp),
Campinas, Brazil*

Emilia Sato
*Adult and Pediatric Rheumatologist,
Internal Medicine,
São Paulo, Brazil*

Joseph Smolen
*Department of Rheumatology,
University of Vienna,
Vienna, Austria*

John Varga
*The Northwestern Scleroderma
Program, Chicago, USA*

Douglas Veale
*Translational Research (DAMC),
The Conway Institute for Biomedical
and Biomolecular Research,
University College Dublin (UCD),
Dublin, Ireland*

Comité de expertos

Carlos Abud Mendoza
San Luis Potosí, México

Cayetano Alegre de Miguel
Barcelona, España

Alberto Alonso Ruiz
Bilbao, España

José María Álvaro Gracia
Madrid, España

Luis Manuel Amezcua Guerra
Ciudad de México, México

Lilía Andrade Ortega
Ciudad de México, México

José Luis Andreu Sánchez
Majadahonda, España

César Alejandro Arce Salinas
Ciudad de México, México

Rafael Ariza Ariza
Sevilla, España

Antonio Atanes Sandoval
A Coruña, España

Vicente Baca Ruiz
Ciudad de México, México

Jorge Julio Badía Flores
Ciudad de México, México

Enrique Batlle Guardia
Alicante, España

Miguel Ángel Belmonte Serrano
Castellón, España

Pedro Benito Ruiz
Barcelona, España

Santiago Benito Urbina
Logroño, España

Josep Blanch Rubió
Barcelona, España

Ricardo Blanco Alonso
Santander, España

Jerónima Cañellas Oliver
Badalona, España

Juan de Dios Cañete Crespillo
Barcelona, España

Patricia Carreira Delgado
Madrid, España

Luis Carreño Pérez
Madrid, España

Julio César Casasola Vargas
Ciudad de México, México

Santos Castañeda Sanz
Madrid, España

Mario Chávez López
Aguascalientes, México

Inmaculada de la Torre
Madrid, España

Javier del Pino Montes
Salamanca, España

Federico Díaz González
Tenerife, España

Efrain Díaz Jouanen
Ciudad de México, México

Carolina Duarte Salazar
Ciudad de México, México

Juan Carlos Duró Pujol
Barcelona, España

Rolando Espinosa Morales
Ciudad de México, México

José Luis Fernández Sueiro
A Coruña, España

Luis Felipe Flores Suárez
Ciudad de México, México

Dionicio Galarza Delgado
Monterrey, México

María de la Luz Gamir Gamir
Madrid, España

Julia García Consuegra
Madrid, España

Jesús Alberto García Vadillo
Madrid, España

Isidoro González-Alvaro
Madrid, España

Roberto González Amaro
San Luis Potosí, México

Julio Granados Arreola
Ciudad de México, México

Jenaro Graña Gil
A Coruña, España

César Hernández García
Madrid, España

Rafael Herrera Esparza
Guadalupe, México

Guillermo Fernando Huerta Yáñez
Aguascalientes, México

Fedra Irazoque Palazuelos
Ciudad de México, México

Xavier Juanola Roure
Hospitalet de Llobregat, España

Núria Lara Suriñach
Barcelona, España

Francisco Javier López Longo
Madrid, España

Leticia Lino Pérez
Ciudad de México, México

José Luis Marenco de la Fuente
Sevilla, España

Sara Marsal Barril
Barcelona, España

Victor Martínez Taboada
Santander, España

Helena Marzo Ortega
Leeds, UK

Francisco Guillermo Medina Rodríguez
Ciudad de México, México

Gabriel Medrano Ramírez
Ciudad de México, México

Juan Manuel Miranda Limón
Ciudad de México, México

María Eugenia Miranda Carús
Madrid, España

Jordi Monfort Fauré
Barcelona, España

Antonio Morales Piga
Madrid, España

Juan Mulero Mendoza
Madrid, España

Margarita Portela Hernández
Ciudad de México, México

Esperanza Naredo Sánchez
Madrid, España

Arnulfo H. Nava Zavala
Guadalajara, México

María del Carmen Navarro González
Ciudad de México, México

Juan Elmer Oliguín Redes
Hermosillo, México

Alejandro Olivé Marqués
Badalona, España

José Luis Pablos Álvarez
Madrid, España

César Pacheco Tena
Chihuahua, México

Virginia Pascual Ramos
Ciudad de México, México

Fernando Pérez Ruiz
Bilbao, España

Pilar Peris Bernal
Barcelona, España

Jaume Puig-Junoy
Barcelona, España

Manuel Ramos Casals
Barcelona, España

Carlos Riebeling Navarro
Ciudad de México, México

Javier Rivera Redondo
Madrid, España

Arturo Rodríguez de la Serna
Barcelona, España

José Andrés Román Ivorra
Valencia, España

Marta Roqué Figuls
Barcelona, España

Rosa Roselló Pardo
Huesca, España

Isabel Rotés Mas
Barcelona, España

Marina Rull Gabayet
Ciudad de México, México

Miguel Ángel Saavedra Salinas
Ciudad de México, México

Juan Sánchez Bursón
Sevilla, España

Eunice Solís Vallejo
Ciudad de México, México

Juan Carlos Torre Alonso
Oviedo, España

Antonio Torrijos Eslava
Madrid, España

Josep Vergés Milano
Barcelona, España

Olga Lidia Vera Lastra
Ciudad de México, México

Antonio C. Zea Mendoza
Madrid, España

Reumatología Clínica

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Reumatología
y del Colegio Mexicano de Reumatología A.C.



Sociedad Española de
Reumatología

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
REUMATOLOGÍA**

Junta Directiva

Mayo 2022-Mayo 2024

Presidenta

Sagrario Bustabad Reyes

Presidente Electo

Marcos Paulino Huertas

Vicepresidentes

Susana Romero Yuste

Raimon Sanmartí Sala

Secretaria General

Paloma García de la Peña Lefebvre

Vicesecretarios

Félix Francisco Hernández

Blanca Varas de Dios

Tesorera

Cristina Macía Villa

Contador

José Andrés Román Ivorra

Vocales

Juan de Dios Cañete Crespillo

Miguel Á. Caracuel Ruiz

Iván Castellvi Barranco

M^a Concepción Castillo Gallego

Olaia Fernández de Berrizbeitia

Sara Manrique Arijá

Manuel J. Moreno Ramos

Alejandro Muñoz Jiménez

José M^a Pego Reigosa

Chamaida Plasencia Rodríguez

Delia Reina Sanz

Jesús Sanz Sanz

**Sociedad Española
de Reumatología**

C/ Marqués del Duero, 5 1.ª planta
28001 Madrid

Tel.: 915 767 799.

Fax: 915 781 133

Correo electrónico:

ser@ser.es

Web: www.reuma.org



**COLEGIO MEXICANO
DE REUMATOLOGÍA**

Mesa Directiva

Febrero 2022-Febrero 2024

Presidente

Luis Humberto Silveira Torre

Vicepresidente

César Alejandro Arce Salinas

Secretaria

Karina Ruíz López

Tesorero

Luis Manuel Vera Candanedo

**Colegio Mexicano de
Reumatología A.C.**

Paseo del Río 157, Col. Chimalistac
01070 México D.F.

Tel.: 56 62 49 65 / 56 62 50 14

Fax: 56 62 59 83

Correo electrónico:

revista@colmexreuma.org.mx

Web: www.colmexreuma.org.mx

Reumatología Clínica

Revista bimestral de revisión por pares particularmente dirigida a estudios clínicos y epidemiológicos de reumatología y áreas afines.

A bimonthly peer review journal focused in clinical and epidemiological studies in rheumatology and related fields.



Redacción y Administración:

Elsevier España, S.L.U.
C/ Tarragona, 161 - Planta 15,
08014 Barcelona

Correo electrónico: reumatologi clinica@elsevier.com
Tel.: 932 000 711. Fax: 932 091 136

© 2025 Sociedad Española de Reumatología, Colegio Mexicano de Reumatología A.C. y Elsevier España S.L.U. Todos los derechos reservados

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

ELSEVIER ESPAÑA, S.L.U., a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de Reumatología Clínica con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Ni Elsevier, ni la Sociedad Española de Reumatología, ni el Colegio Mexicano de Reumatología tendrán responsabilidad alguna por las lesiones y/o daños sobre personas o bienes que sean el resultado de presuntas declaraciones difamatorias, violaciones de derechos de propiedad intelectual, industrial o privacidad, responsabilidad por producto o negligencia. Tampoco asumirán responsabilidad alguna por la aplicación o utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en el presente material. En particular, se recomienda realizar una verificación independiente de los diagnósticos y de las dosis farmacológicas. Reumatología Clínica se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la medicina.

Aunque el material publicitario se ajusta a los estándares éticos (médicos), su inclusión en esta publicación no constituye garantía ni refrendo alguno de la calidad o valor de dicho producto, ni de las afirmaciones realizadas por su fabricante.

Incluida en: Index Medicus/MEDLINE, Web of Science (WoS/ESCI), Journal Citation Reports (JCR) y Scopus

Publicación bimestral (10 números al año).

Tarifa suscripción anual on line IVA incluido
Profesionales 231,94 €

Precios válidos sólo para España.

Protección de datos:

Elsevier España, S.L.U. declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD).

Suscripciones y atención al cliente:

Elsevier España, S.L.U.
C/ Tarragona, 161 - Planta 15, 08014 Barcelona
Teléfono: 932 415 960
Correo electrónico: suscripciones@elsevier.com

REUMATOLOGÍA CLÍNICA se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la medicina.

Miembro de la Asociación de Prensa Profesional.
Sección Ciencias de la Salud.

Impreso en España.

Depósito Legal: B-12308-2005 • ISSN: 1699-258X



COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA, A.C.

Estimados colegas y amigos,

El Comité ejecutivo del Colegio Mexicano de Reumatología, A.C. tiene el gusto de presentar este suplemento que contiene los resúmenes de los trabajos que se presentarán durante el LIII Congreso Mexicano de Reumatología y que se celebrará en la ciudad de Acapulco, Guerrero. En este congreso se consolidará la modalidad presencial, que permite un contacto más directo entre los congresistas. En este suplemento podrán consultarse los resúmenes de presentaciones plenarias, simultáneas, discusiones de carteles, carteles generales, discusión de casos clínicos, carteles casos clínicos.

Sean entonces bienvenidos al LIII Congreso Mexicano de Reumatología; esperamos que sea exitoso desde los puntos de vista académico, científico y humano.

Afectuosamente,

Comité Ejecutivo
Colegio Mexicano de Reumatología, A.C.

Reumatología Clínica

Volumen 21, Suplemento 1

Febrero 2025

Sumario

Sesiones

- 1** Plenarias (P01- P24)
- 28** Simultáneas (S01-S36)
- 57** Casos Clínicos (CC001-CC165)
- 173** Discusión de Casos Clínicos (DCC001-DCC029)
- 198** Discusión de Carteles (DC001-DC031)
- 224** Carteles Generales (CG001-CG186)

Índice de autores

373

Reumatología Clínica

Volume 21, Supplement 1

February 2025

Contents

Sessions

- 1** Plenary (P01- P24)
- 28** Simultaneous (S01-S36)
- 57** Clinical Challenges (CC001-CC165)
- 173** Clinical Challenges Discussion (DCC001-DCC029)
- 198** General Posters Discussion (DC001-DC031)
- 224** General Posters (CG001-CG186)

Index of authors

373



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



LIII Congreso Mexicano de Reumatología

PLENARIAS

P01

COMPARACIÓN CLÍNICA, LABORATORIAL Y ULTRASONOGRÁFICA ENTRE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA Y ARTRITIS REUMATOIDE CON SEROLOGÍA NEGATIVA A TRES ANTICUERPOS

I.J. Valenzuela-Ruelas¹, N. Carbonell¹, C. Soto-Fajardo¹, K. Arias², A. Espinosa-Orantes², A.B. Bárez-Marroquín², A. Vargas-Guerrero¹, A.C. Medina-García², E. Aguilar-Oliva¹, V. Jiménez-Rojas¹, C. Pineda², L.M. Amezcu-Guerra¹, L.H. Silveira¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: Existe controversia con respecto a la gravedad y la progresión de la artritis reumatoide seronegativa (ARSN); se ha considerado que tiene una presentación con menor gravedad y morbimortalidad; sin embargo, algunas publicaciones no revelan diferencia y otras incluso muestran lo contrario. En este estudio se consideró como ARSN la ausencia de tres anticuerpos: factor reumatoide (FR), anticuerpos antiproteína citrulinada (AAPC) y anticuerpos antiproteína carbamilada (anti-CarP).

Objetivo: Evaluar las diferencias en las características clínicas y laboratoriales, así como en el riesgo cardiovascular y las alteraciones estructurales ultrasonográficas, entre la artritis reumatoide seropositiva (ARSP) y la ARSN.

Material y métodos: Los pacientes se clasificaron como ARSN o ARSP de acuerdo con el estado de FR, AAPC y anti-CarP. La actividad de la enfermedad se estableció con el DAS28-PCR de tres elementos, el índice simple de actividad de la enfermedad (SDAI, *Simple Disease Activity Index*) y el índice clínico de actividad de la enfermedad (CDAI, *Clinical Disease Activity Index*). La capacidad funcional se midió mediante el cuestionario de evaluación de la salud (HAQ, *Health Assessment Questionnaire*). El riesgo cardiovascular se calculó con diferentes escalas de riesgo.

El estudio ecográfico se realizó con un aparato MyLab25 (Esaote Biomedica, Génova, Italia). Las imágenes se clasificaron de acuerdo con el sistema de puntuación EULAR-OMERACT. Se evaluaron 10 áreas: las muñecas y las caras dorsal y palmar de la segunda y tercera articulaciones metacarpofalángicas (MCF), en forma bilateral.

Resultados: Entre marzo de 2022 y mayo de 2024 se incluyó a 77 pacientes, 62 mujeres (n = 39; ARSP, 75%; y n = 22; ARSN, 92%; p = 0,077). La media de la edad fue de 56 ± 11 años en ARSP y 63 ± 11 años en ARSN (p = 0,009). La media de la edad de aparición de la enfermedad fue de 46 ± 12 años en ARSP y 56 ± 11 años en ARSN (p = 0,002). Los antecedentes de tabaquismo fueron mayores en ARSP (18 pacientes, 34%) que en ARSN (2 pacientes, 8%) (p = 0,012; **Tabla 1**). Se observó una tendencia hacia un mayor uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales y glucocorticoides en pacientes con ARSP, sin alcanzar significancia estadística (p = 0,065).

Los pacientes con ARSP registraron mayor puntuación de sinovitis en el total de áreas evaluadas (EG [454 vs. 120], p ≤ 0,0001; y DP [228 vs. 49],

p ≤ 0,0001). Las erosiones fueron más frecuentes en la ARSP (54 vs. 5) (p = 0,0002; **Tabla 1**).

La evaluación de las articulaciones individuales solo mostró una tendencia a mayor actividad en DP de la tercera MCF en pacientes con ARSP (44% vs. 22%, p = 0,081). Sin embargo, una mayor proporción de pacientes con ARSP tuvo sinovitis mostrada por EG (71% vs. 45%, p = 0,035) y DP (50% vs. 18%, p = 0,010), así como erosiones (34% vs. 9%, p = 0,023) (**Tabla 1**).

Conclusiones: Se observó que la ARSN tiene un fenotipo distinto en comparación con la ARSP. Ocurre más tarde en la vida y no se relaciona con el tabaquismo, a diferencia de la ARSP. La evaluación ecográfica reveló una mayor proporción de pacientes con ARSP con sinovitis en la segunda articulación MCF, así como un mayor número de erosiones totales. No hubo diferencias entre los grupos en la evaluación clínica y las puntuaciones de riesgo cardiovascular.

Bibliografía

- Geng Y, Zhou W, Zhang ZL. A comparative study on the diversity of clinical features between the sero-negative and sero-positive rheumatoid arthritis patients. *Rheumatol Int.* 2012;32:3897-901.
- Nordberg LB, Lillegraven S, Lie E, et al. and the ARCTIC working group. Patients with seronegative rheumatoid arthritis have more inflammatory activity compared with patients with seropositive RA in an inception cohort of DMARD-naïve patients classified according to the 2010 ACR/EULAR criteria. *Ann Rheum Dis.* 2017;76:341-5.

Tabla 1. Datos demográficos, clínicos y ultrasonográficos de los pacientes. (P01)

	AR seropositiva (n = 52)	AR seronegativa (n = 25)	p
Edad (años)*	56 ± 11	63 ± 11	0,009
Femenino, n (%)	39 (75%)	23 (92)	0,077
Edad al inicio, años*	46 ± 12	56 ± 11	0,002
Duración de la enfermedad, años*	11 ± 9	8 ± 8	0,114
Tabaquismo, n (%)	18 (34)	2 (8)	0,012
Actividad de la enfermedad			
- DAS28-PCR*	2,95 ± 1,18	3,07 ± 1,2	0,389
- SDAI*	16,0 ± 14,0	15,0 ± 12,0	0,401
- CDAI*	11,6 ± 12	12,0 ± 10,0	0,992
2da articulación MCF			
- Escala de grises, n (%)	37 (71)	10 (45)	0,035
- Doppler de poder, n (%)	26 (50)	4 (18)	0,010
- Erosiones, n (%)	18 (34)	2 (9)	0,023
Total áreas evaluadas			
- Escala de grises	454	120	< 0,0001
- Doppler de poder	228	49	< 0,0001

	AR seropositiva (n = 52)	AR seronegativa (n = 25)	p
- Erosiones	54	5	0,0002

* Valores presentados en medias ± desviación estándar.
 CDAI, Índice de actividad clínica de la enfermedad; SDAI, Índice de actividad simple de la enfermedad; DAS28-PCR, Puntuación de actividad de la enfermedad con conteo de 28 articulaciones; MCF, metacarpofalángica.

P02

MICROBIOMA ARTICULAR COMENSAL Y PATOLÓGICO: EXPLORACIÓN DEL EJE INTESTINO-ARTICULACIÓN EN UN MODELO MURINO DE ESPONDILOARTRITIS

S.A. González-Chávez¹, M.F. Alvarado-Jáquez¹, J.S. Salas-Leiva², E. Mohl-Jonathon³, R. Prieto-Carrasco¹, E. Chaparro-Barrera¹, M. Loya-Rivera¹, C. Pacheco-Tena¹

⁽¹⁾Universidad Autónoma de Chihuahua, ⁽²⁾Centro de Investigación en Materiales Avanzados, Chihuahua, ⁽³⁾Universidad de Texas en el Paso (UTEP), Estados Unidos

Introducción: El eje intestino-articulación en las espondiloartritis (EA) establece la relación entre el microbioma intestinal y la inflamación articular. Aunque la detección de estructuras bacterianas en articulaciones de pacientes con EA se ha informado de forma repetida, la comprensión de su proceso de diseminación es escasa. La evidencia reciente sugiere la existencia de un microbioma articular comensal; no obstante, la posibilidad de la translocación constante de bacterias desde el intestino hacia las articulaciones y la disbiosis articular no se han explorado en la patogenia de las EA.

Objetivo: Confirmar la existencia de un microbioma articular comensal y patológico en ratones sanos y con EA y analizar las diferencias entre los microbiomas que podrían explicar la enfermedad. Identificar bacterias en común entre las articulaciones e intestino que sugieran la translocación bacteriana. Comparar los mecanismos de respuesta a la presencia de bacterias articulares entre los ratones sanos y enfermos que se vinculen con la inflamación. Explorar la coexpresión articular de citocinas y componentes bacterianos.

Material y métodos: Se incluyeron 30 ratones DBA/1 con artritis espontánea (modelo de EA) y 30 ratones BALB/c sanos. Se obtuvieron las rodillas, intestinos y heces para su análisis histológico y genético. Se determinó la presencia de bacterias mediante la tinción de Gram e inmunohistoquímica (IHQ). Se colocalizaron componentes bacterianos con citocinas inflamatorias mediante inmunofluorescencia (IF). Se purificó el DNA bacteriano de rodillas y heces y se secuenció la región V3-V4 del gen 16S. El RNA de rodillas e intestinos se purificó e hibridó en microarreglos de DNA para conocer el perfil transcriptómico diferencial relacionado con la respuesta de defensa a bacterias entre los ratones enfermos y sanos. La expresión de RNA bacteriano en las articulaciones se evaluó mediante RT-qPCR.

Resultados: Se confirmó la presencia de un microbioma comensal y patológico vinculado con la EA murina mediante tinciones de Gram, IHQ y secuenciación. La cantidad de DNA bacteriano y la expresión de su RNA fue mayor en los ratones enfermos. El microbioma articular difirió significativamente en 25 especies (FDR < 0,05) entre los ratones enfermos y sanos, incluidos *Paramuribaculum_sp001689565*, *Alistipes_A_871400_sp002362235*, *Evtapia_viridis*, *Bacteroides_H_rodentium* y *Alistipes_A_871400_shahii*. Los microbiomas articulares e intestinales tuvieron notables diferencias pero hubo géneros compartidos. Los géneros *Afpia*, *Metylobacterium* y *Bradyrhizobium* fueron más abundantes en las articulaciones mientras que *Prevotella*, *Blautia* y *Alistipes* fueron más abundantes en las heces (**Figura 1**). El género *Bacteroides* se encontró tanto en articulaciones como en intestinos de ratones enfermos. El análisis transcriptómico demostró que los genes del proceso de respuesta de defensa a bacterias en la articulación son diferentes entre los ratones sanos y con EA y también difieren entre el intestino y la articulación (**Tabla 1**). Por último, la IF demostró la colocalización de TNF-α, IL-17, IL-23 e IL-6 con componentes bacterianos en diferentes estructuras articulares (**Figura 1**).

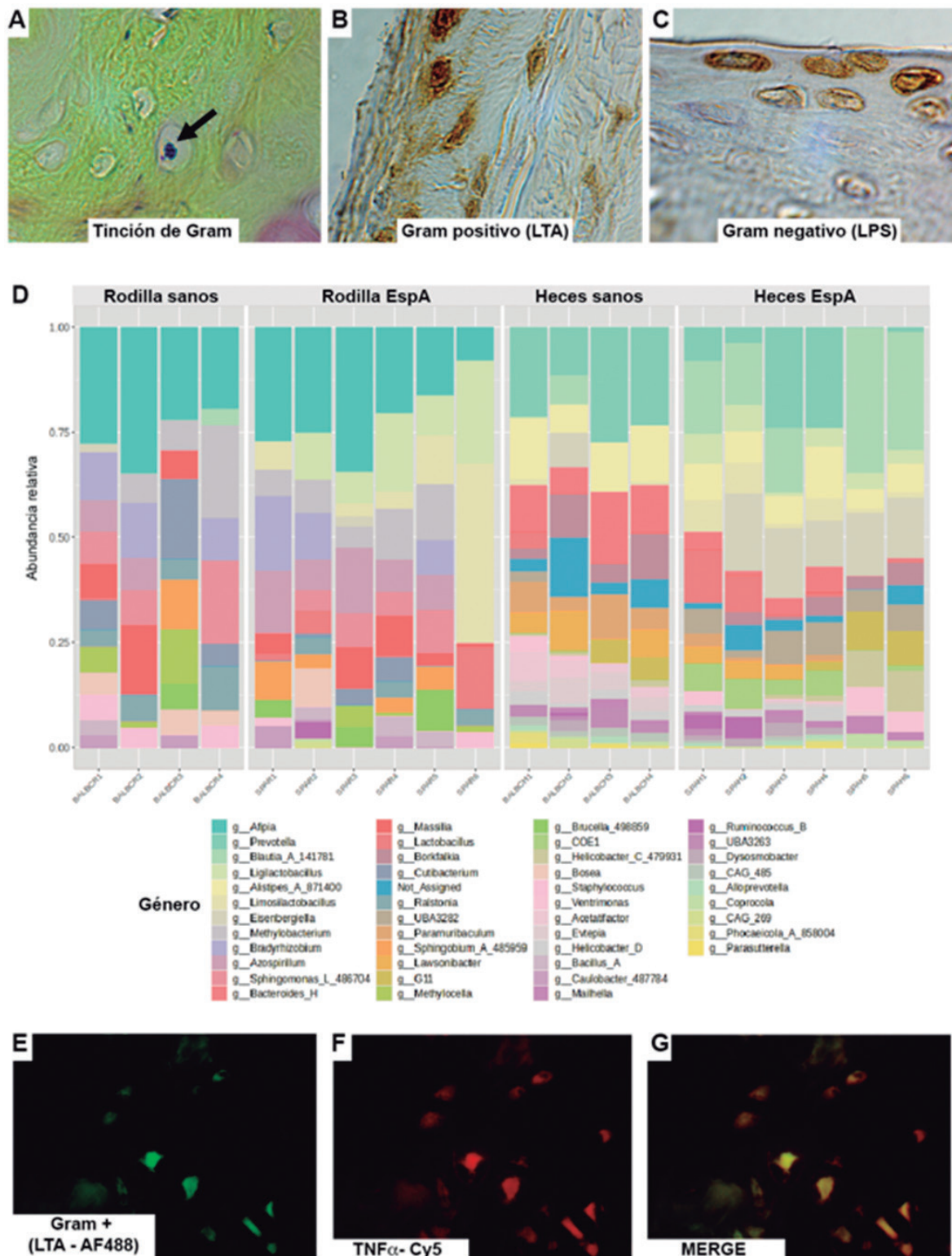
Tabla 1. Análisis transcriptómico diferencial del proceso biológico de respuesta de defensa a bacterias (GO:0042742) en el modelo de espondiloartritis en ratones DBA/1. (P02)

Rodillas de ratones DBA/1 con EA y rodillas de ratones BALB/c sanos (control)	
Genes sobreexpresados (Log2FC)	Genes infraexpresados (Log2FC)
Cxcl13 (12.94), Stab2 (5.08), Clec4e (3.02), Wfdc17 (2.71), Casp4 (2.28), Cd36 (2.11), Nlrc4 (2.06), March2 (1.79), Mr1 (1.77), Trf (1.77), Tlr4 (1.74), Nlrp1a (1.64), Optn (1.53)	Il7r (-6.07), Il1b (-3.35), Prg2 (-3.06), Ear1 (-2.43), Rag2 (-2.41), Card9 (-2.28), Tlr9 (-2.17), Wfdc21 (-2.16), Ear10 (-2.15), Rnase2a (-2.08), Acp5 (-2.06), Defb3 (-2.05), Defb8 (-2), Cd4 (-1.93), Epx (-1.93), Igl11 (-1.9), Irf8 (-1.85), Defb5 (-1.82), Epha2 (-1.71), Mpeg1 (-1.71), Rnase2b (-1.66), Ear14 (-1.56), Shc1 (-1.55), Nlrp3 (-1.52), Tnfrsf1a (-1.5)
Rodillas de ratones DBA/1 con EA e intestinos de ratones DBA/1 con EA (control)	
Genes sobreexpresados (Log2FC)	Genes infraexpresados (Log2FC)
Ear1 (11,150.25), Ltf (8,161.64), Prg2 (3,274.70), Mpo (2,695.53), Elane (1,859.86), Camp (1,275.14), Lcn2 (860.51), Epx (569.11), Hp (339.8), Ncf1 (248.78), Ctsg (210.07), Wfdc21 (85.41), Trem3 (54.16), Lyst (52.32), Fcer1g (51.92), Myo1f (47.26), Trem1 (43.04), Rnase2a (39.19), Fgr (34.11), Clec4e (33.77), Hck (31.49), Spn (15.98), Aqp1 (14.76), Notch2 (14.57), Lyz2 (14.44), Hmgb2 (12.75), Ear10 (12.23), Cd36 (11.16), Tnfrsf14 (10.28), Pglyrp1 (9.03), Card9 (8.52), Mpeg1 (8.12), Lbp (7.97), Adamts5 (7.32), Clec4d (7.24), Syk (7.04), March2 (6.89), H2bc4 (6.41), Wfdc17 (5.61), 1300017J02Rik (4.74), Colec12 (4.57), C5ar1 (4.22), Il12a (3.87), Rnase6 (3.81), Slc11a1 (3.74), Tnf (3.66), Ear14 (3.64), Acp5 (3.52), Nlrp3 (3.07), Tnfaip8 (2.74), Tirap (2.63), Mr1 (2.41), Fcgr1 (2.36), Myd88 (2.3), Tnfrsf1a (2.29), Stab2 (1.98), Rbpj (1.92), Cebp (1.9), Serpine1 (1.86), Tlr9 (1.69), Dhx15 (1.62), Nlrp1a (1.62), Cd209d (1.57), Akirin2 (1.53), Klrk1 (1.5)	Dmbt1 (-37,752.16), Reg3b (-31,097.05), Lypd8 (-14,482.25), Sprr2a3 (-14,029.21), Zg16 (-12,028.00), Gsdmc4 (-11,395.47), Gsdmc2 (-9,406.04), Gsdmc3 (-4,774.77), Reg3g (-2,924.81), Defa17 (-1,680.19), Defa3 (-1,026.28), Defa30 (-821.47), Defa23 (-731.23), Lgals4 (-638.33), Defa34 (-448.38), Defa24 (-402.02), Ang4 (-296.44), Sprr2a2 (-264.67), 2610528A11Rik (-258.92), Defa5 (-246.08), Defa37 (-195.59), Defa35 (-160.49), Lpo (-122.47), Defa40 (-118.89), Nr1h4 (-117.9), Defa26 (-115.46), Naip1 (-106.61), Defa41 (-103.03), Mmp7 (-67.77), Defa27 (-61.5), Defa21 (-53.98), Nlrp6 (-52.55), Il22ra1 (-50.52), Defa22 (-45.02), Defa25 (-38.31), Defa39 (-30.12), Defa38 (-28.16), Defa29 (-26.56), Nos2 (-20.03), Nlr4 (-18.03), Vip (-17.54), Naip6 (-16.85), Gsdmc (-15.74), Casp1 (-15.33), Naip5 (-14.11), Oas1a (-12.99), Defa43 (-12.69), Pld1 (-10.76), Cxcl13 (-10.63), Ang2 (-10.14), Oas1g (-8.7), Defa28 (-8.6), Defa20 (-8.4), Chga (-8.23), Defa2 (-7.49), Defa32 (-6.56), Naip2 (-4.92), Jchain (-4.64), Pycard (-4.58), Adm (-4.51), Il18 (-3.25), AY761185 (-3.19), Tac1 (-2.89), Ang (-2.7), Gbp10 (-2.6), Epha2 (-2.55), S100a14 (-2.45), Casp4 (-2.44), Gsdmd (-2.39), Rab1a (-2.37), Rnf213 (-2.32), Irgm1 (-2.14), Rarres2 (-1.97), Oas3 (-1.96), Thr2 (-1.96), H2-K1 (-1.86), Scnn1b (-1.8), Tlr5 (-1.8), Plac8 (-1.78), Tbk1 (-1.76), Tmf1 (-1.68), Bcl3 (-1.66), Ighv6-5 (-1.6), Tusc2 (-1.59), Cd160 (-1.57), Wfdc2 (-1.56)

Las listas de genes diferencialmente expresados y los valores de cambio (Log2FC) resultantes de los análisis transcriptómicos por microarreglos de DNA se analizaron en la plataforma STRING v.12.0 (<https://string-db.org/>) mediante la función "Proteínas con valores/rangos" con una alta rigurosidad FDR (1%) para obtener las listas de relacionados con el proceso biológico GO:0042742 mostradas en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Se profundizó en los mecanismos del eje intestino-articulación en las EA y se confirmó la existencia de un microbioma articular, el cual difiere entre los ratones sanos y enfermos, lo que destaca su importancia en la patogenia de la enfermedad. Las bacterias en común en el intestino y articulación sugieren la posible translocación desde el intestino. Las diferencias en los mecanismos de respuesta a bacterias en la articulación

Figura 1. Identificación de microbioma comensal y patológico relacionado con la espondiloartritis murina. (A) Detección de bacterias grampositivas en cartílago de ratones DBA/1 con EA mediante la tinción de Gram modificada para tejidos. (B y C) Inmunodetección de los componentes bacterianos ácidos lipoteicoico (LTA) y lipopolisacárido (LPS) en las estructuras articulares murinas. (D) Abundancias relativas de los géneros bacterianos en las articulaciones y heces de ratones sanos y con EA determinadas por secuenciación metagenómica de la región V3-V4 del gen *16s*. (E, F y G) Colocalización del LTA con el TNF- α en el cartílago de ratones con EA. (P02)



podrían explicar la activación de la inflamación en los ratones enfermos. La colocalización de citocinas inflamatorias y componentes bacterianos podría indicar una respuesta inflamatoria por la presencia de bacterias.

Bibliografía

1. Qaiyum Z, Lim M, Inman RD. The gut-joint axis in spondyloarthritis: immunological, microbial, and clinical insights. *Semin Immunopathol.* Abril de 2021;43(2):173-92.
2. Clarkson SJ, Goswami K, Parvizi J. The microbiome of the joint. En: Hansen E, Kühn KD, editors. *Essentials of cemented knee arthroplasty* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2022 [citado el 4 de septiembre de 2022]. p. 101-7. Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/978-3-662-63113-3_10.

P03

FACTORES DE RIESGO CLÍNICOS, INMUNOLÓGICOS Y METABOLÓMICOS ASOCIADOS CON FIBROMIALGIA EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: RESULTADOS DE LA COHORTE MYOTReCSZ

S. Govea-Peláez¹, B. Alcalá-Carmona¹, J.T. Balderas-Miranda¹, Y. Reyna-Juárez¹, M.J. Ostos-Prado¹, N.R. Mejía-Domínguez², G. Juárez-Vega², J.C. Páez-Franco², J.J. Torres-Ruiz¹, D. Gómez-Martín¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Red de Apoyo a la Investigación, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: Los pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) han referido dolor crónico a pesar de tener enzimas musculares y puntuaciones de MMT8 normales; se desconocen la prevalencia, así como los factores clínicos, inmunológicos y metabólicos relacionados con la fibromialgia (FM) en pacientes con MII.

Objetivo: Caracterizar la prevalencia, factores clínicos, inmunológicos y metabólicos vinculados con la fibromialgia en pacientes con MII.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles unicéntrico en el cual se incluyó a pacientes de la cohorte institucional MYOTReCSZ

que cumplieran criterios EULAR/ACR 2017 para MII y que se encontraban en respuesta clínica completa o remisión. Todos los sujetos respondieron el formulario corto de Interferencia del Dolor PROMIS 8a; en caso de obtener una puntuación > 11 se utilizaron las escalas diagnósticas de WPI y SSS para la clasificación de FM de acuerdo con los criterios EULAR/ACR 2010. La actividad y daño se evaluaron mediante las medidas IMACS. Se evaluaron subpoblaciones de neutrófilos, monocitos y linfocitos mediante citometría de flujo; las citocinas séricas se cuantificaron con estudio de luminometría multiplex y se llevó a cabo el análisis metabólico no dirigido del suero con cromatografía de gas acoplada a espectrometría de masas. La relación entre variables se evaluó mediante regresión logística binaria.

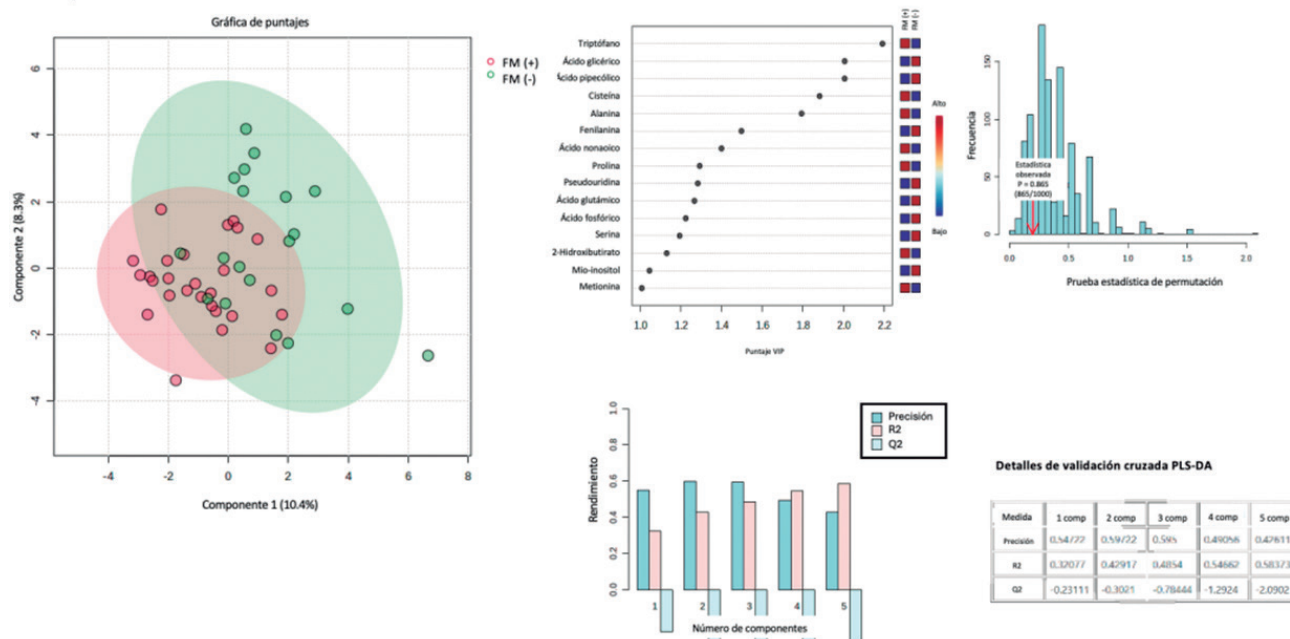
Resultados: Se incluyó a 49 pacientes con MII en respuesta clínica completa; la prevalencia de FM fue del 40,1% (20/29). No se hallaron diferencias en las puntuaciones de MMT8 y EVA global del médico; sin embargo, los pacientes con MII y FM mostraron mayores puntuaciones en EVA global del paciente (3,5 vs. 0,50, p < 0,001), así como daño muscular (1,5 vs. 1,0, p = 0,023). En relación con los factores inmunológicos, los pacientes con MII + FM se caracterizaron por menor número absoluto de células T CD8+ (0,04 vs. 0,13, p = 0,045) y células B (58,4 vs. 152, p = 0,052), así como mayores valores de IL-6 sérica (0,11 vs. 0,03, p = 0,023). El análisis univariado mostró que la EVA global del paciente (RM 1,84; IC95% 1,33-2,84), la puntuación de daño muscular (RM 1,63; IC95% 1,07-2,65), el uso de prednisona (RM 5,86; IC95% 1,66-23,41), los valores de IL-6 (RM 3,96; IC95% 4,0-27,6) y los valores de MCP-1 (RM 1,07; IC95% 1,0-1,75) mostraban un nexo positivo con FM en pacientes con MII. En el análisis multivariado se observó que la EVA global del paciente (RM 14,4; IC95% 2,44 < 360,79) y la evaluación global del daño muscular (RM 7,80; IC95% 1,77-143,86) mantienen un efecto de relación positivo con la FM, en tanto que los valores de ácido nonanoico fueron un factor protector (RM 0,01; IC95% 1,47 x 10⁻⁵-0,40, p = 0,005) (Tabla 1). En el análisis diferenciador de mínimos cuadrados parciales se demostró que los metabolitos con mayor puntuación diferenciadora (VIP) para la FM fueron triptófano, ácido glicérico, ácido pipercolínico, cisteína y alanina (Figura 1). **Conclusiones:** La presencia de FM en MII se acompaña de mayor puntuación de EVA global del paciente y daño muscular, mientras que los valores de ácido nonanoico fueron un factor protector para dicha vinculación. Este perfil sugiere que la FM en MII puede relacionarse con alteraciones en el estrés oxidativo y el microbioma intestinal, así como con el daño muscular en este

Tabla 1. Regresión logística binaria. (P03)

Variable	Análisis univariado		Análisis multivariado	
	RM (IC95%)	valor p	RM (IC95%)	valor p
Sexo masculino (%)	0,11 (0,006-0,71)	0,016		
Calcinosis (%)	2,8x10 ⁻⁸ (NA-1,10)	0,017		
EVA global del paciente (0-10)	1,84 (1,33-2,84)	< 0,0001	14,43 (2,44-360,79)	0,003
Evaluación de daño muscular (0-10)	1,70 (1,33-2,84)	0,016	7,80 (1,77-143,86)	0,02
Puntuación de daño muscular (0-5)	1,63 (1,09-2,87)	0,02		
Puntuación de daño pulmonar (0-6)	3,60 (0,95-18,21)	0,058	2,94 x 10 ⁻⁶ (8,40 x 10 ¹⁵ -0,19)	0,28
PDN (%)	5,86 (1,66-23,41)	0,005		
Dosis de PDN (mg)	1,27 (1,05-1,64)	0,003		
Dosis de IC (mg)	1,74 (1,07-6,79)	0,015		
Porcentaje de linfocitos B (%)	0,87 (0,77-0,97)	0,015		
Número absoluto de linfocitos B (cél/μL)	0,99 (0,98-0,99)	0,006		
IL-1β (ng/mL)	2,8 x 10 ⁻¹³ (4,51 x 10 ⁻³⁰ -0,36)	0,022		
IL-6 (ng/mL)	3,6 x 10 ⁶ (4,01-2,76 x 10 ²¹)	0,009		
IL-8 (ng/mL)	1,29 (0,98-1,97)	0,064	0,30 (0,03-1,35)	0,59
MCP-1 (ng/mL)	1,07 (1,00-1,17)	0,042	2,17 (1,07-8,17)	0,15
Triptófano	0,92 (0,84-0,99)	0,035		
Ácido nonanoico	0,44 (0,15-1,12)	0,089	0,01 (1,47 x 10 ⁻⁵ -0,40)	0,005

*Valor de p significativo < 0,05.

Figura 1. (P03)
2 Grupos



grupo de pacientes. Estos hallazgos sugieren que el dolor persistente en pacientes con MII debe suscitar la sospecha de un diagnóstico de fibromialgia.

Bibliografía

1. Lundberg IE, Tjärnlund A, Bottai M, *et al.* 2017 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for adult and juvenile idiopathic inflammatory myopathies and their major subgroups. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(12):1955-64.
2. Hadrévi J, Björklund M, Kosek E, *et al.* Systemic differences in serum metabolome: a cross sectional comparison of women with localised and widespread pain and controls. *Sci Rep.* 2015;5:15925.

P04

EVALUACIÓN PSICOAFECTIVA, PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO, CALIDAD DE VIDA Y SU IMPACTO CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

M.A. Saavedra-Salinas¹, A. Montiel-Rivera², J. Domínguez-Silva², L.S. Morales-Osorio³, J.M. Hernández-Morales², D.G. Miranda-Hernández¹, J. Reyes-Gonzaga¹, G. Medina-García¹, R. Peña-Rivas⁴, C.V. Cruz-Reyes¹

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽²⁾Universidad Veracruzana, ⁽³⁾Universidad Nacional Autónoma de México, ⁽⁴⁾Universidad La Salle

Introducción: Las afectaciones psicológicas suelen estar presentes en enfermedades reumatológicas y producir cambios en el estilo de vida de la persona, algunos de los cuales pueden acompañarse de baja adherencia terapéutica, estrés crónico, cambios del estado de ánimo y enfermedad activa persistente.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las afectaciones psicoafectivas, de personalidad, afrontamiento y calidad de vida, y determinar su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas.

Material y métodos: Estudio transversal, prolectivo y analítico llevado a cabo en el departamento de reumatología del Hospital de Especialidades Antonio

Fraga Mouret del Centro Médico Nacional La Raza. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de diversas enfermedades reumatológicas. Se recabaron datos sociodemográficos y se aplicaron instrumentos validados para medir estrés (PSS), ansiedad y depresión (HADS), personalidad (SCID-II), estrategias de afrontamiento, calidad de vida (EUROQOL-5D) y adherencia al tratamiento (MMAS-4). La estadística descriptiva incluyó media con desviación estándar y frecuencias, de acuerdo con su distribución; se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y ji cuadrada para la comparación entre pacientes adherentes y no adherentes mediante el programa SPSS, versión 25.

Resultados: Se incluyó a un total de 106 pacientes, de los cuales 91 (85,8%) eran mujeres, con edad promedio de 46,8 ± 17,0 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron síndrome antifosfolípido (SAF) en 28 (26,4%), lupus eritematoso sistémico (LES) en 26 (24,5%) y artritis reumatoide en 14 (13,2%), con un tiempo de evolución promedio de 10,5 ± 10,0 años (Tabla 1). Un total de 20 (18,8%) individuos padecía enfermedad activa al momento de la evaluación. En términos globales se encontró una prevalencia de síntomas de estrés del 30,2%, ansiedad de 31,2% y depresión moderada a grave de 24,6%. Los rasgos de personalidad más observados fueron los obsesivos-compulsivos (41, 48,7%), los paranoides (30, 28,3%), los limítrofes (28, 26,4%) y los evitativos (27, 25,5%). En la calidad de vida, los principales dominios afectados fueron las actividades cotidianas y el dolor-malestar. Los estilos de afrontamiento se encontraron dentro de los parámetros esperados. Al comparar a pacientes con y sin adherencia al tratamiento se advirtió que los primeros registraron mayores puntuaciones de ansiedad (p = 0,005), mayor reestructuración cognitiva (p = 0,009), menor frecuencia de personalidad paranoide con menor afectación de la calidad de vida en los dominios de las actividades cotidianas (p = 0,030) y dolor-malestar (p = 0,010) en comparación con los segundos. Entre las limitaciones del estudio se encuentran el tamaño de la muestra y la inclusión de pacientes con distintos tiempos de evolución.

Conclusiones: Los trastornos psicoafectivos, de personalidad y calidad de vida son frecuentes en pacientes con enfermedades reumatológicas, lo que puede producir baja adherencia al tratamiento y un mal control de la enfermedad. Las estrategias de afrontamiento generan mayor estabilidad emocional y capacidad de resolución de problemas en el proceso de la enfermedad. Es importante implementar intervenciones psicológicas y neurológicas que permitan mejorar la respuesta emocional y el control cognitivo para modificar los estilos de afrontamiento y la calidad de vida.

Bibliografía

1. Lisitsyna TA, Veltishchev DY, Seravina OF, *et al.* Comparative analysis of anxiety-depressive spectrum disorders in patients with rheumatic diseases. *Ter Arkh.* 2018;90(5):30-7.
2. Montiel-Rivera A. Evaluación psicoafectiva, empatía, sobrecarga y personalidad de la diada paciente-cuidador con lupus eritematoso sistémico (maestría). Universidad Veracruzana, Instituto de Neuroetología, 2021.

Tabla 1. (P04)

Variables	Adherencia al tratamiento			U	χ ²
	n = 106	Sí, n = 43	No, n = 63		
Edad μ ± DE	46,81 ± 17,06	49,28 ± 16,5	45,23 ± 17,30		0,165
Sexo					
Mujeres	91 (85,8)	33 (76,7)	58 (92,1)		0,026
Hombres	15 (14,2)	10 (23,3)	5 (7,9)		
Tabaquismo Sí, n %	4 (3,8)	2 (7)	2 (3,2)		0,677
Alcoholismo Sí, n %	5 (4,7)	3 (7)	2 (3,2)		0,365
Atención psicológica, n %	10 (9,4)	3 (7)	7 (11,1)		0,475
Comorbilidad, n %	31 (29,2)	14 (32,6)	17 (27)		0,536
Recaídas Sí, n %	23 (21,7)	11 (25,6)	12 (19)		0,423
Tempo de evolución μ ± DE	10,53 ± 10,04	9,88 ± 9,42	10,97 ± 10,50		
Diagnósticos					
SAF, n %	28 (26,4)	15 (34,9)	13 (20,6)		0,285
LES, n %	26 (24,5)	8 (18,6)	18 (28,6)		
Artritis reumatoide, n %	14 (13,2)	5 (11,6)	9 (14,3)		
Fibromialgia, n %	3 (2,8)	2 (4,7)	1 (1,6)		
Vasculitis, n %	3 (2,8)	2 (4,7)	1 (1,6)		
Dermatomiositis, n %	4 (3,8)	1 (2,3)	3 (4,8)		
Esclerodermia, n %	11 (10,4)	5 (11,6)	6 (9,5)		
Espondiloartritis, n %	4 (3,8)	0 (0)	4 (6,3)		
Síndrome de Sjögren, n %	3 (2,8)	1 (2,3)	2 (3,2)		
Enfermedad de Still, n %	1 (0,9)	1 (2,3)	0 (0)		
Síndrome superposición, n %	9 (8,5)	3 (7)	6 (9,5)		
Actividad de la enfermedad		7 (16,3)	13 (20,6)		0,679
Ansiedad					
Con ansiedad, n %	33 (31,1)	13 (30,2)	20 (31,7)		0,005
Depresión					
Con depresión, n %	26 (24,5)	10 (23,3)	16 (25,4)		0,801
Estrés					
Estrés, n %	32 (30,2)	15 (34,9)	17 (27)		0,116
Estrategias de afrontamiento					
Resolución de problemas	8,99 ± 6,05	51,67	54,75	0,611	
Autocrítica	6,21 ± 5,97	55,28	52,29	0,619	
Expresión emocional	7,75 ± 6,12	54,01	53,15	0,887	
Pensamiento desiderativo	9,84 ± 7,51	53,53	53,48	0,992	
Apoyo social	7,17 ± 5,83	59,1	49,67	0,118	
Reestructuración cognitiva	7,63 ± 5,50	62,91	47,08	0,009	
Evitación de problemas	5,67 ± 4,31	60,22	48,91	0,061	
Retirada social	6,4 ± 5,66	52,6	54,11	0,802	
Rasgos de personalidad					
Evitativo, n %	27 (25,5)	12 (27,9)	15 (23,8)		0,634
Dependiente, n %	14 (13,2)	6 (14)	8 (12,7)		0,851
Obsesivo-compulsivo, n %	41 (38,7)	14 (32,6)	27 (42,9)		0,285
Pasivo-agresivo, n %	19 (17,9)	7 (16,3)	12 (19)		0,715
Depresivo, n %	14 (13,2)	5 (11,6)	9 (14,3)		0,691
Paranoide n %	30 (28,3)	7 (16,3)	23 (36,5)		0,023
Esquizotípico, n %	13 (12,3)	6 (14)	7 (11,1)		0,661
Esquizoide, n %	15 (14,2)	6 (14)	9 (14,3)		0,962

Histriónico, n %	3 (2,8)	3 (7)	-		0,033
Narcisista, n %	17 (16)	8 (18,6)	9 (14,3)		0,552
Limitrofe, n %	28 (26,4)	13 (30,2)	15 (23,8)		0,461
Antisocial, n %	-	-	-		-
Calidad de vida					
Movilidad	1,58 ± 0,53	51,6	53,11	0,772	
Cuidado personal	1,46 ± 0,60	56,26	51,62	0,378	
Actividades cotidianas	1,66 ± 0,51	46,9	58,01	0,030	
Dolor/malestar	2 ± 0,69	45,02	59,29	0,010	
Ansiedad/depresión	1,75 ± 0,618	48,2	57,12	0,098	

Nota: La tabla muestra las frecuencias, media y porcentajes de 106 pacientes; análisis de la comparación de grupos con U de Mann-Whitney y ji cuadrada: p < 0,05.

P05

ANÁLISIS DEL PERFIL CUANTITATIVO DE LOS SUBTIPOS DE CÉLULAS MIELOIDES SUPRESORAS Y MONOCITOS Y SU ASOCIACIÓN CLÍNICA EN ENFERMEDAD PSORIÁSICA

J.T. Balderas-Miranda¹, Y. Reyna-Juárez¹, M.J. Ostos-Prado¹, B. Alcalá-Carmona¹, G. Juárez-Vega², N.R. Mejía-Domínguez², G.A. Guaraicha-Basáñez¹, V. Pascual-Ramos¹, K. Santana-De Anda¹, J.J. Torres-Ruiz¹, D. Gómez-Martín¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Red de Apoyo a la Investigación, Coordinación de la Investigación Científica, UNAM

Introducción: El sistema inmunitario innato no solo participa en la fisiopatogenia de la enfermedad psoriásica, sino que también puede intervenir en elementos inmunomoduladores como las células mieloides supresoras (CMS), las cuales se encuentran expandidas en sujetos con psoriasis. Asimismo, en las espondiloartritis se han descrito efectos proinflamatorios y de reparación acorde al subtipo de monocitos. Sin embargo, el perfil de estas subpoblaciones celulares no se ha estudiado en el espectro de la enfermedad psoriásica ni su vinculación con el fenotipo clínico.

Objetivo: Analizar las subpoblaciones de CMS y monocitos en individuos con psoriasis y artritis psoriásica (AP) y su relación con el fenotipo clínico.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con psoriasis, con o sin AP del INCMNSZ; además, se incluyó a 10 controles sanos pareados por edad y sexo. De cada sujeto se obtuvo información clínica del expediente. Se aislaron células mononucleares de sangre periférica y mediante citometría de flujo se analizaron el porcentaje y el número absoluto de CMS granulocíticas (CMS-G, maduras e inmaduras), CMS monocíticas (CMS-M), así como la expresión de arginasa 1 (arg-1) y PDL-1; monocitos clásicos (MC), intermedios (MI) y no clásicos (MNC) de acuerdo con marcadores previamente descritos. La comparación de variables cuantitativas entre grupos se realizó con la prueba U de Mann-Whitney y las correlaciones se evaluaron mediante coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: Se incluyó a 47 pacientes con enfermedad psoriásica, de los cuales 30 (63,8%) tenían AP, con 24 hombres (51%), una mediana de edad de 58 años (IIC 51-67) y un tiempo de evolución de 11 años (IIC 5-30). Los compartimentos celulares estudiados revelan un perfil distinto en los sujetos con enfermedad psoriásica en comparación con los controles sanos, como expansión de CMS-M (0,6% [IIC 0,2-1,7%] vs. 0,02% [IIC 0,01-1,03%]) y MNC (12,2% [IIC 4,91-26,6%] vs. 4,68% [2,08-0,59%]), y menor porcentaje de MC (74,7% [IIC 61-82,7%] vs. 85,3 [83,5-89,9%]). Las CMS-G maduras son la única población celular diferencial entre psoriasis y AP (mediana 0,17 [IIC 0,1-0,42] vs. 0,05 [0,03-0,10]). La **Tabla 1** resume las diferencias significativas de los compartimentos celulares acorde a las manifestaciones dermatológicas y musculoesqueléticas. La **Figura 1** muestra las correlaciones entre CMS, monocitos y marcadores de actividad. Por último, por regresión lineal multivariada se encontró que el porcentaje de CMS-G y MNC posee un valor predictivo de actividad de

Tabla 1. Diferencias significativas entre subpoblaciones celulares de acuerdo con manifestaciones clínicas y grupos terapéuticos. (P05)

Variable	Presente mediana (IIC)	Ausente -mediana (IIC)	Valor p
Psoriasis en placas			
CMS-G maduras (%)	14,4 (0,99-42,3)	0,47 (0,3-3,58)	0,015
CMS-G inmaduras (%)	88,8 (57,3-99)	99,4 (96,7-99,7)	0,018
Prurito			
CMS-G maduras (cél/mm ³)	0,15 (0,07-0,58)	0,04 (0,02-0,1)	0,003
IMF de arg-1 en CMS-G (AU)	1381 (1166-2062)	2134 (1853-2629)	0,03
Descamación			
CMS-G maduras (cél/mm ³)	0,149 (0,05-0,5)	0,035 (0,01-0,1)	0,006
Eritema			
CMS-G maduras (cél/mm ³)	0,12 (0,04-0,46)	0,03 (0,01-0,11)	0,013
Onicólisis			
Monocitos no clásicos (%)	26,5 (13,57-36,8)	10 (4,61-21,52)	0,026
Monocitos no clásicos (cél/mm ³)	128,64 (75,07-151,76)	57,13 (19,8-101,78)	0,041
Artralgias			
CMS-G maduras (cél/mm ³)	0,052 (0,026-0,103)	0,165 (0,106-0,421)	0,016
Dolor axial			
IMF de arg-1 en CMS-G (AU)	1,008 (681,5-1113)	1,950 (1340-2516)	0,010
Entesitis plantar derecha			
Monocitos no clásicos (%)	36,8 (27,95-38,5)	10,6 (4,7-24,4)	0,043
Enfermedad erosiva			
CMS-G maduras (cél/mm ³)	0,036 (0,023-0,102)	0,134 (0,056-0,383)	0,018
Tratamiento anti-TNF			
CMS-G (%)	0,006 (0,001-0,006)	0,16 (0,04-0,26)	0,034
CMS-G (cél/mm ³)	0,118 (0,033-0,118)	2,29 (0,6-5,45)	0,04
CMS-G arg-1+ (%)	0,002 (0,001-0,002)	0,072 (0,009-0,25)	0,047
CMS-G arg-1+ (cél/mm ³)	0,23 x 10 ⁻⁶ (0,03 x 10 ⁻⁶ - 0,23 x 10 ⁻⁶)	0,001 (0,43 x 10 ⁻⁴ - 0,12)	0,036
CMS-G PDL1+ (cél/mm ³)	0,94 x 10 ⁻⁶ (0,33 x 10 ⁻⁶ - 0,94 x 10 ⁻⁶)	0,97 x 10 ⁻³ (0,08 x 10 ⁻³ - 0,004)	0,044
IMF de PDL1 en CMS-M (AU)	1,621 (1335-1621)	2,095 (1674-2462,7)	0,007
Tratamiento anti-IL17A			
CMS-G maduras (cél/mm ³)	0,034 (0,019-0,04)	0,10 (0,033-0,35)	0,029

la enfermedad evaluado por PASI (β 5,05; IC95% -0,03-10; p = 0,05) y DAPSA (< 0,68; IC95% 0,23-1,13; p = 0,04), respectivamente.

Conclusiones: Estos resultados demuestran un perfil diferencial de los subtipos de CMS y monocitos en la enfermedad psoriásica. Las CMS-G y sus elementos inmunomoduladores no solo están elevados en diversas manifestaciones dermatológicas, sino que también se correlacionan y representan potenciales marcadores de actividad cutánea. La correlación negativa de los MC con la actividad articular puede explicarse por la disminución del efecto reparador y antiinflamatorio, mientras que su contraparte proinflamatoria, los MNC, podrían actuar incluso como marcadores de actividad articular en AP.

Bibliografía

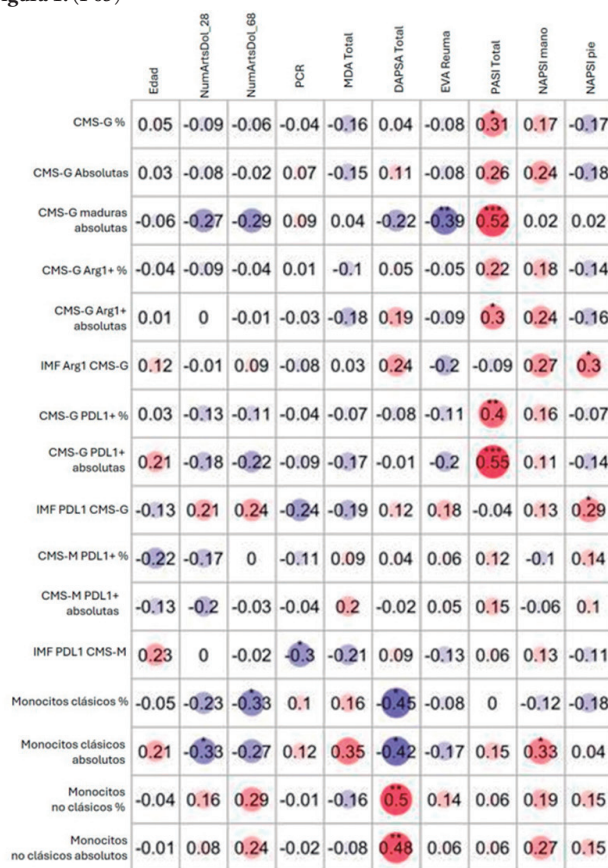
1. Soler DC, McCormick TS. Expanding the list of dysregulated immunosuppressive cells in psoriasis. Journal of Investigative Dermatology. 2016;136(9):1749-51.

2. Martínez-Ramos S, Rafael-Vidal C, Pego-Reigosa JM, et al. Monocytes and macrophages in spondyloarthritis: functional roles and effects of current therapies. Cells. 2022;11(3):515.

3. Torres-Ruiz J, Absalón-Aguilar A, Reyes-Islas JA, et al. Peripheral expansion of myeloid-derived suppressor cells is related to disease activity and damage accrual in inflammatory myopathies. Rheumatology. 2023;62(2):775-84.

4. Ziegler-Heitbrock L, Ancuta P, Crowe S, et al. Nomenclature of monocytes and dendritic cells in blood. Blood. 2010;116(16):e74-e80.

Figura 1. (P05)



Matriz de correlación entre subpoblaciones celulares y variables clínicas. El valor mostrado es el coeficiente de correlación de Spearman. * Correlación significativa a p 0,05. ** Correlación significativa a p 0,01. *** Correlación significativa a p 0,001.

Po6

MALPERFUSIÓN VASCULAR MATERNA COMO HALLAZGO PLACENTARIO EN PACIENTES EMBARAZADAS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.C. Zamora-Medina, A.J. López-Díaz, M.I. Lumbreras-Márquez, M.J. Rodríguez-Sibaja, D.Y. Copado-Mendoza, O.A. Orozco-Guillén, Z. García-Alcudia, A. Santiago-Díaz

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) se ha relacionado con un riesgo incrementado de desenlaces perinatales adversos (DPA), como preeclampsia, parto de pretérmino, restricción del crecimiento fetal y muerte fetal. Se ha descrito una mayor prevalencia de hallazgos placentarios de mala

perfusión vascular materna (MPVM), en particular el depósito de fibrina intervéllosa (DFIV), en pacientes con LES y SAF. Un estudio reciente describió una mayor prevalencia de DFIV en las placentas de mujeres con LES que tuvieron un recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG). No se ha evaluado la relación entre los hallazgos de MPVM y DFIV con otros DPA graves en pacientes con LES.

Objetivo: Evaluar la relación de los hallazgos placentarios de MPVM y DFIV con los DPA en mujeres embarazadas con LES.

Material y métodos: Se incluyó a mujeres mayores de 18 años con embarazo único y diagnóstico previo de LES de acuerdo con los criterios de SLICC 2012 atendidas durante el embarazo y con resolución en el Instituto Nacional de Perinatología, de enero de 2016 a mayo de 2024, con estudio histopatológico placentario. Se excluyó a las gestantes con otra enfermedad autoinmunitaria diferente del SAF, embarazadas < 18 años, embarazos múltiples o logrados por técnicas de reproducción asistida, pacientes sin una consulta prenatal y pacientes con LES diagnosticado durante el embarazo. Los hallazgos morfológicos placentarios se clasificaron en cuatro grupos de acuerdo con *el Amsterdam Working Group 2016*: a) mala perfusión vascular materna, b) mala perfusión vascular fetal, c) inflamación o infección, d) villitis de causa desconocida. Se definió como MPVM grave a la presencia de depósitos de fibrina intervéllosa intensa y masiva. Los DPA fueron muerte fetal (> 10 semanas sin contar causas cromosómicas, malformaciones o anomalías congénitas) o muerte neonatal antes del alta hospitalaria por insuficiencia placentaria, parto de pretérmino antes de las 37 semanas de gestación (sdg) por insuficiencia placentaria o preeclampsia y neonato PEG con un percentil < 10°.

Resultados: Se incluyó a 130 pacientes con una edad promedio de 28,01 ± 5,54 años y una edad gestacional promedio a la resolución del embarazo de 36,54 ± 3,39 semanas. La prevalencia de SAF relacionado fue de 25,4% (33 pacientes). Se observó brote de LES durante el embarazo en 31 pacientes (23,8%). Hasta 41 pacientes (31,5%) presentaron al menos 1 DPA de interés: 25 pacientes (19) tuvieron un recién nacido PEG (percentil < 10°), con cinco muertes fetales o neonatales (3,8%) y 25 pacientes (19,2%) con un parto de pretérmino. El peso placentario promedio fue de 388,89 ± 102,66 g, y fue menor en mujeres que tuvieron un brote de LES durante el embarazo (349,84 ± 109,69 vs. 401,63 ± 97,51, p = 0,014). Un peso placentario menor del percentil 10° se presentó en 42% (53 pacientes). La MPVM fue el hallazgo placentario más frecuente (77%, 100 pacientes) y se observaron datos de gravedad (MPVM grave) en 12 pacientes (9,2%), sin diferencia en pacientes que tuvieron brote de LES. La MPVM grave se acompañó de un mayor riesgo de muerte fetal o neonatal (OR 7,66; IC95% 1,14-51,37) y, en combinación con un peso placentario menor del percentil 10°, se relacionó con mayor riesgo de recién nacido PEG.

Tabla 1. Características morfológicas y lesiones histopatológicas placentarias en pacientes con LES, con y sin brote de enfermedad durante el embarazo. (P06)

Características placentarias	Cohorte completa n = 130	Con brote durante la gestación n = 31	Sin brote durante la gestación n = 99	Valor de p
Peso placentario, gramos, media, DE	388,89 ± 102,66	349,84 ± 109,69	401,63 ± 97,51	0,014
Mala perfusión vascular materna, n (%)	100 (76,9)	26 (83,9)	74 (74,7)	0,339
Mala perfusión vascular materna grave, n (%)	12 (9,2)	3 (9,7)	9 (9,1)	0,999
Mala perfusión vascular materna grave + placenta < p10, n (%)	9 (6,9)	2 (6,5)	7 (7,1)	0,999
Mala perfusión vascular fetal, n (%)	35 (26,9)	9 (29,0)	26 (26,3)	0,818
Corioamnionitis, n (%)	13 (10,0)	3 (9,7)	10 (10,1)	0,999

Conclusiones: La MPVM es un hallazgo placentario frecuente en pacientes con LES, presente en tres de cada cuatro embarazos. Los DFIV definen una MPVM grave, vinculada con mayor riesgo de muerte neonatal o fetal y recién nacidos PEG.

Bibliografía

1. Castellanos-Gutierrez AS, et al. Correlation of placental lesions in patients with systemic lupus erythematosus, antiphospholipid syndrome and non-criteria obstetric antiphospholipid syndrome and adverse perinatal outcomes. *Placenta*. 2023 Aug;139:92-98.
2. Dhital R, Jacobs M, Smith CJF, et al. Placental lesions in systemic lupus erythematosus pregnancies associated with small for gestational age infants. *Rheumatology (Oxford)*. 2024 Aug 28;keae454.

P07

EFICACIA Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (SELECT-GCA): ESTUDIO FASE 3 ALEATORIZADO, CONTROLADO, DOBLE CIEGO

E.G. García-García¹, D. Blockmans², S. Penn³, A. Setty³, W. Schmidt⁴, A. Rubber-Roth⁵, E. Hauge⁶, H. Keen⁷, T. Ishii⁸, N. Khalidi⁹, W. Zhao¹⁰, I. Lagunes¹⁰, A. Romero¹⁰, P. Wung¹⁰, P. Merkel³

⁽¹⁾AbbVie Farmacéuticos S.A. de C.V., ⁽²⁾Hospitales Universitarios de Lovaina, Lovaina, ⁽³⁾Inmunología, AbbVie Inc, North Chicago, IL, EUA, ⁽⁴⁾Immanuel Krankenhaus Berlin, Centro Médico de Reumatología Berlín-Buch, Berlín, Alemania, ⁽⁵⁾División de Reumatología e Inmunología, Hospital Cantonal de St. Gallen, St. Gallen, Suiza, ⁽⁶⁾Departamento de Reumatología, Hospital Universitario de Aarhus, Aarhus, Dinamarca y Departamento de Medicina Clínica, Universidad de Aarhus, Aarhus, Dinamarca, ⁽⁷⁾Medicina Interna, Escuela de Medicina de la Universidad de Australia Occidental, Murdoch, Perth, Australia, ⁽⁸⁾División de Hematología y Reumatología, Universidad Médica y Farmacéutica de Toboku, Sendai, Japón, ⁽⁹⁾St Joseph's Healthcare, Universidad McMaster, Hamilton, Ontario, Canadá, ⁽¹⁰⁾AbbVie Inc, North Chicago

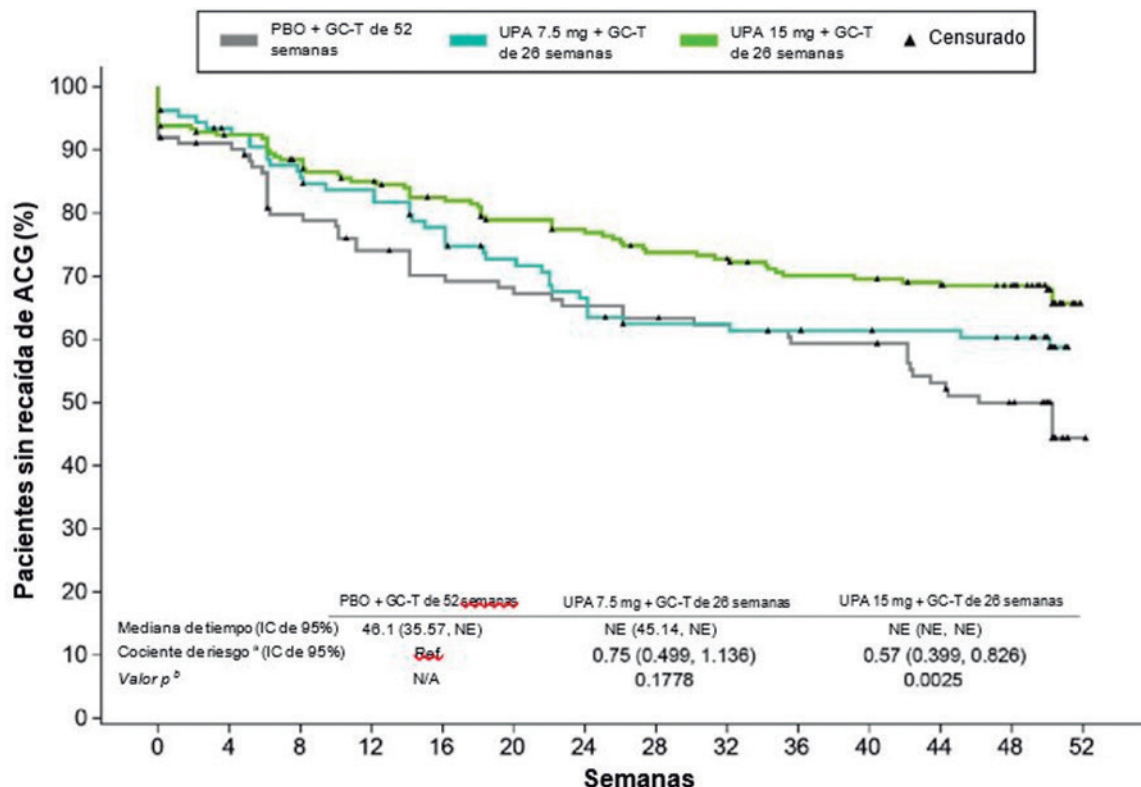
Introducción: Los tratamientos avanzados para la arteritis de células gigantes (ACG) son limitados y los glucocorticoides (GC) son todavía una opción terapéutica primaria. El upadacitinib (UPA), un inhibidor oral y selectivo de la cinasa Janus (JAK) aprobado en múltiples enfermedades inflamatorias, tiene el potencial de tratar la ACG.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de UPA respecto del placebo (PBO), en combinación con un esquema de reducción gradual de GC, en pacientes con ACG.

Material y métodos: SELECT-GCA es un estudio de fase 3 doble ciego, aleatorizado y controlado con PBO, que consta de dos periodos de 52 semanas. Se informaron los resultados del primer periodo de 52 semanas en el que los pacientes recibieron UPA (7,5 mg o 15 mg una vez al día; UPA7,5 o UPA15) en combinación con un esquema de reducción gradual de GC de 26 semanas o PBO con un esquema de reducción gradual de GC de 52 semanas. Los pacientes elegibles tenían ≥ 50 años, ACG de nueva aparición o recaída, y habían recibido tratamiento previo para ACG con < 40 mg de prednisona o equivalente diario antes de la basal (BL) y tomaban prednisona > 20 mg diarios en la BL. El criterio de valoración primario fue la remisión sostenida. Los criterios de valoración secundarios incluyeron remisión completa sostenida, criterios de valoración relacionados con recaída de la enfermedad, varios desenlaces informados por los pacientes, incluido FACIT-fatiga, y exposición acumulativa a GC. Se documentaron los efectos adversos derivados del tratamiento (EADT) ajustados a la exposición hasta las 52 semanas.

Resultados: Un total de 428 pacientes se aleatorizó y trató (PBO, n = 112; UPA7,5, n = 107; UPA15, n = 209). Las características basales estaban equilibradas entre los grupos de tratamiento, con 70% y 30% de pacientes con ACG de nueva aparición y recaída, respectivamente. La remisión sostenida en la semana 52 se logró con UPA15 respecto de PBO (46% vs. 29%, p = 0,0019). El UPA15 produjo un riesgo disminuido de recaída hasta las 52 semanas en relación con los que recibieron PBO (Figura 1). Además, el

Figura 1. Curvas de Kaplan-Meier de tiempo hasta la primera recaída de la enfermedad durante 52 semanas. (P07)



Número de pacientes en riesgo

	0	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52
PBO + GC-T de 52 semanas	112	98	84	77	72	70	67	65	63	59	59	51	45	1
UPA 7.5 mg + GC-T de 26 semanas	107	96	89	85	78	71	65	59	59	58	57	56	54	0
UPA 15 mg + GC-T de 26 semanas	209	190	180	171	163	154	150	142	140	132	131	128	123	0

ACG, artritis de células gigantes; GC-T, reducción gradual de glucocorticoides; NE, no estimable; PBO, placebo; UPA, upadacitinib. Los pacientes que nunca cumplieron con los criterios de "libre de agudizaciones" requeridos antes de la evaluación de la agudización de la enfermedad se consideraron como con agudización en la basal. Los pacientes que cumplieron con los criterios de "libre de agudizaciones" pero no tuvieron agudizaciones fueron censurados en la última evaluación antes de la semana 52.

^a Los cocientes de riesgo se estimaron utilizando el modelo de riesgos proporcionales de Cox.

^b Los valores P se calcularon utilizando la prueba de rangos logarítmicos.

UPA15 condujo a mejoras significativamente mayores en puntuaciones de FACIT-fatiga desde la BL hasta la semana 52 (media del cambio de mínimos cuadrados: UPA15, 1,7; PBO, -2,4; p = 0,0036). La exposición acumulativa a GC durante 52 semanas fue significativamente menor con UPA15 respecto de PBO (mediana de exposición de 1615 mg vs. 2882 mg, p < 0,0001). En la mayoría de los criterios de valoración, el UPA7,5 mostró una eficacia numéricamente mayor en comparación con PBO pero no alcanzó significancia estadística. Los resultados de seguridad durante 52 semanas fueron generalmente similares entre los grupos de UPA y PBO (Tabla 1), con tasas numéricamente más elevadas de infecciones graves y efectos adversos cardiovasculares mayores (EACM) observadas en el grupo de PBO y ningún EACM notificado en los grupos de UPA. Las tasas de herpes zóster, linfopenia, anemia y cáncer de piel no melanómico (CPNM) fueron numéricamente más altas con UPA15 en comparación con PBO. Las tasas de efectos tromboembólicos venosos fueron comparables entre los grupos de tratamiento. Las tasas de EADT graves y neoplasias malignas, sin incluir CPNM, fueron similares entre UPA15 y PBO.

Conclusiones: El UPA15 demostró eficacia superior y uso reducido de GC en comparación con PBO. No se identificaron nuevas señales de seguridad con el UPA en comparación con su perfil de seguridad conocido. En general, el UPA15 proporcionó un perfil beneficio-riesgo favorable y representa un tratamiento potencial nuevo oral dirigido a pacientes con ACG.

Bibliografía

- Burmester GR, Cohen SB, Winthrop KL, et al. Safety profile of upadacitinib over 15 000 patient-years across rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis and atopic dermatitis. RMD Open. 2023 Feb;9(1):e002735.

Tabla 1. Tasas de efectos ajustadas por exposición para efectos adversos de interés hasta la semana 52^{a,b}. (P07)

Efectos (E/100 PA)	PBO + GC-T de 52 semanas (n = 112; PA = 94,3)	UPA 7,5 mg + GC-T de 26 semanas (n = 107; PA = 88,5)	UPA 15 mg + GC-T de 26 semanas (n = 209; PA = 178,1)
Cualquier EADT	706 (748,6)	597 (674,8)	1456 (817,7)
EADT grave	40 (42,4)	25 (28,3)	65 (36,5)
EA que produjo la interrupción del fármaco de estudio	31 (32,9)	27 (30,5)	41 (23,0)
Infección grave	12 (12,7)	7 (7,9)	14 (7,9)

Infección oportunista ^c	1 (1,1)	0	4 (2,2)
Herpes zóster	4 (4,2)	4 (4,5)	13 (7,3)
Neoplasia maligna (sin incluir CPNM)	2 (2,1)	0	4 (2,2)
CPNM	2 (2,1)	1 (1,1)	5 (2,8)
TEV (adjudicado) ^d	4 (4,2)	4 (4,5)	10 (5,6)
EACM (adjudicado) ^e	2 (2,1)	0	0
Fractura de hueso	6 (6,4)	9 (10,2)	15 (8,4)
Disfunción renal	3 (3,2)	0	4 (2,2)
Desprendimiento de retina	3 (3,2)	1 (1,1)	4 (2,2)
Anemia	3 (3,2)	3 (3,4)	15 (8,4)
Trastorno hepático	6 (6,4)	2 (2,3)	13 (7,3)
Elevación de CPK	0	0	6 (3,4)
Linfopenia	0	1 (1,1)	4 (2,2)
Neutropenia	1 (1,1)	0	0
Muertes	2 (2,1)	0	2 (1,1) ^f

EA, efecto adverso; CPK, creatina fosfoquinasa; E, efecto; GC-T, reducción gradual de glucocorticoides; EACM, efecto adverso cardiovascular mayor; CPNM, cáncer de piel no melanómico; PBO, placebo; PA, pacientes-año; EADT, efecto adverso derivado del tratamiento; UPA, upadacitinib; TEV, efecto tromboembólico venoso.

No se registraron casos de pérdida de visión. Se notificó un efecto de cuadrantanopsia en el grupo de UPA de 15 mg y se resolvió después de cuatro días sin interrupción del medicamento de estudio; el efecto se consideró no causado por el fármaco de estudio. ^cTodos los efectos se notifican como EADT, que se definen como cualquier efecto adverso con una fecha de aparición que aparece en o después de la primera dosis del medicamento de estudio, y no más de 30 días después de la última dosis del fármaco de estudio.

^bNo se notificaron efectos de tuberculosis, perforación gastrointestinal o linfoma en ninguno de los grupos de tratamiento.

^dLas infecciones oportunistas excluyen herpes zóster y tuberculosis.

^eIncluye embolia pulmonar y trombosis venosa profunda.

^fDefinido como muerte cardiovascular, infarto de miocardio no letal y accidente cerebrovascular no letal.

^gTambién ocurrió una muerte no derivada del tratamiento 60 días después de la última dosis del fármaco de estudio en el grupo de UPA de 15 mg.

Po8

PAPEL DE TLRs INTRACITOPLÁSMICOS EN SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS B COMO PREDICTORES DE RESPUESTA RENAL EN PACIENTES CON NEFROPATÍA LÚPICA

F. Cassiano-Quezada¹, J.J. Torres-Ruiz¹, J.T. Balderas-Miranda¹, K. Santana-De Anda¹, J.L. Maravillas-Montero², B. Alcalá-Carmona¹, N.R. Mejía-Domínguez², Y. Reyna-Juárez¹, M.J. Ostos-Prado¹, G. Juárez-Vega², D. Gómez-Martín²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Red de Apoyo a la Investigación, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: La expresión incrementada de los receptores tipo Toll (TLR) 7 y 9, así como de moléculas adaptadoras como MyD88, se ha documentado en pacientes y modelos murinos de lupus eritematoso generalizado (LEG). Múltiples polimorfismos en TLR7 y 9 se han vinculado con nefropatía lúpica (NL). En fecha reciente se identificó una mutación de ganancia de función en TLR7, la cual se relaciona con mayor sobrevida de subpoblaciones de linfocitos B y aumento de la producción de autoanticuerpos a través de MyD88.

Objetivo: Analizar el papel de la expresión de TLR7, 9 y MyD88 en subpoblaciones de células B como predictores de respuesta renal en pacientes con NL.

Material y métodos: Se incluyó a adultos con LEG y NL proliferativa activa ± componente membranoso documentado por histopatología o bioquímica. Se tomó una muestra de sangre al inicio y seis meses después del tratamiento para evaluar la relación de variables inmunológicas con predicción de respuesta renal. La variable desenlace fue la respuesta renal. Se midió la expresión de TLR 7, 9 y MyD88 en subpoblaciones de linfocitos B: células relacionadas con la edad (ABC), células secretoras de anticuerpos (ASC), células de memoria clásica (CMC), células doble negativas (DNC), células vírgenes (NaC), células de memoria no clásica (NMC) y células transicionales (TrC) mediante citometría de flujo multiparamétrica. Las muestras se adquirieron en un citómetro de flujo BD LSR Fortessa y se analizaron con Flow Jo. Se cuantificó el número absoluto de células, porcentaje de células que expresaron TLR7, 9 y MyD88, y se determinó la intensidad media de fluorescencia (IMF) para cada molécula. La comparación de variables cuantitativas entre dos grupos se realizó mediante U de Mann-Whitney. La evaluación de la correlación entre variables cuantitativas se efectuó con el coeficiente de correlación de Spearman. Para determinar el efecto del tratamiento inmunosupresor en subpoblaciones celulares se usó la prueba G, con análisis ajustado al tratamiento inmunosupresor. El análisis de variables antes y después del tratamiento se ejecutó mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon; la relación entre variables inmunológicas y el desarrollo de respuesta renal se evaluaron a través de regresión logística.

Resultados: Se incluyó a 30 pacientes y el 66% alcanzó respuesta renal. En estos pacientes se observó una menor expresión de TLR7 en NaC (IMF, 573 vs. 759; $p < 0,05$) y expansión de NCMC TLR9+ (1,4% vs. 0,3%; $p < 0,05$). Al seguimiento se observó expansión de células B TLR9+ (8,1% vs. 0,5%; $p < 0,05$); expresión incrementada de TLR9+ en TrC (IMF, 747 vs. 0; $p < 0,05$); expansión de TrC TLR7+ (23% vs. 0%; $p < 0,05$); mayor porcentaje de NaC TLR7+ (27,4% vs. 0,3%; $p < 0,05$); mayor expresión de TLR9+ en NCMC (IMF 1128 vs. 0; $p < 0,05$), expansión de CMC TLR9+ (1,9 vs. 0,07; $p < 0,05$) y menor porcentaje de ABC TLR9+ (0,8% vs. 13%; $p < 0,05$). Mediante análisis de medianas pareadas y tras considerar el tiempo como variable aleatoria, en pacientes con y sin respuesta renal, se documentó que quienes experimentaron respuesta renal tuvieron aumento del porcentaje de células B TLR9+ (15 vs. 5; $p = 0,016$) y elevación significativa de la expresión de TLR9 en NCMC (IMF 1128 vs. 0; $p < 0,05$), ABC (IMF 2000 vs. 1500; $p = 0,03$) y DN (IMF 1500 vs. 900; $p = 0,009$) (**Figura 1**).

Conclusiones: Estos hallazgos sugieren que la respuesta renal se vincula con una mayor expresión de TLR9 en el compartimento humoral efector, que podría intervenir en los mecanismos moleculares del daño renal en NL.

Bibliografía

- Fillatreau S, Manfroi B, Dörner T. Toll-like receptor signalling in B cells during systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Rheumatol*. 2021;17(2):98-108.
- Brown GJ, Cañete PF, Wang H, *et al.* TLR7 gain-of-function genetic variation causes human lupus. *Nature*. 2022;605(7909):349-56.

Po9

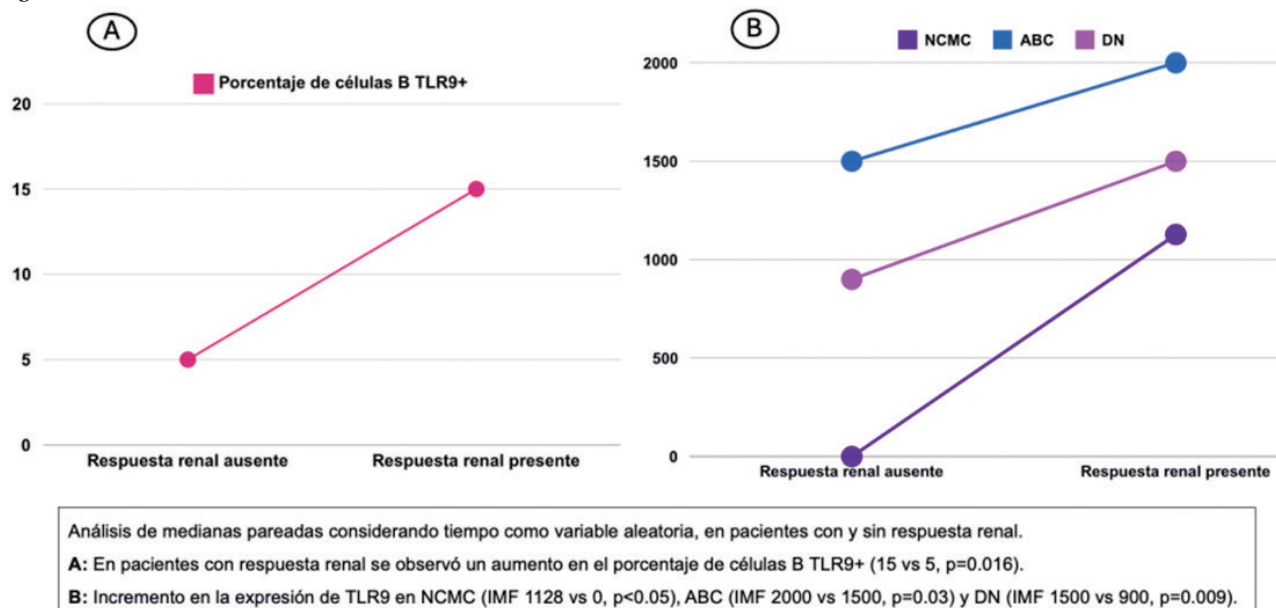
VALIDACIÓN DE LA EXPRESIÓN GÉNICA DE CUATRO ORTÓLOGOS BACTERIANOS EN EL MICROBIOMA INTESTINAL DE PACIENTES CON HIPERURICEMIA ASINTOMÁTICA Y GOTA

G.A. Martínez-Nava¹, E. Altamirano-Molina¹, B. Herrera-López¹, L.E. Martínez-Gómez¹, C. Martínez-Armenta¹, S. Valle-Gutiérrez¹, D.L. Guido-Gomora¹, M.C. Camacho-Rea², M. Martínez-García³, G. Gutiérrez-Esparza³, L.M. Amezcua-Guerra³, J. Vázquez-Mellado⁴, C. Pineda-Villaseñor¹, A. López-Reyes¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽³⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽⁴⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los estudios previos han revelado la participación del microbioma intestinal en enfermedades reumatológicas como la gota. En

Figura 1. (P08)



fecha reciente, este grupo demostró que el metatranscriptoma del microbioma intestinal de pacientes con gota e individuos con hiperuricemia asintomática (HA) posee un perfil de expresión diferencial de ortólogos bacterianos que participan en el metabolismo del piruvato, algunos aminoácidos y la vía de la fosfoctolasa.

Objetivo: Validar la expresión diferencial de cuatro de estos ortólogos descritos con anterioridad en un tamaño de muestra mayor de pacientes con HA y gota.

Material y métodos: Se obtuvo RNA total a partir de 256 muestras fecales (92 sujetos normouricémicos, 90 con HA y 74 con gota) y se sometió a síntesis de cDNA. Se definió una secuencia consenso de los ortólogos que codifican a las subunidades alfa (K00161) y beta (K00162) del componente E1 de la piruvato deshidrogenasa, la xilulosa 5-fosfato fosfoctolasa (K01621) y la corismato mutasa (K14170) mediante alineamientos globales; con ellas se diseñaron oligos específicos para evaluar la expresión mediante PCR en tiempo real por triplicado. Se realizaron modelos de regresión lineal para evaluar la relación de las unidades relativas de expresión (URE) de los ortólogos al ajustar por variables confusoras.

Resultados: Se observó una clara sobreexpresión de los ortólogos participantes en el metabolismo del piruvato y la vía de la fosfoctolasa en el microbioma intestinal de los pacientes con gota en comparación con los sujetos normouricémicos e individuos con HA ($p < 0,0001$). Sin embargo, no se reconoció diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos con HA y los normouricémicos, como se había informado antes para el ortólogo k00161. Para el ortólogo incluido en el metabolismo de la fenilalanina y triptófano (K14170) se identificó una diferencia significativa en su expresión entre las personas con HA y las normouricémicas ($p = 0,001$), si bien esta diferencia permaneció marginalmente significativa entre los sujetos con HA y los pacientes con gota ($p = 0,07$), así como entre pacientes con gota y normouricémicos ($p = 0,08$). Al realizar modelos de regresión multivariados se validó la relación de la sobreexpresión de los ortólogos K00161, K00162 y K01621 con el diagnóstico de gota; asimismo, se observó que los individuos con gota tienen en promedio 4,36, 3,66 y 4,74 logURE más que los normouricémicos, respectivamente ($p < 0,001$). Para el ortólogo K14170, la diferencia calculada promedio del logURE fue de 1,18 para los sujetos con HA en comparación con los controles, pero no fue estadísticamente significativa ($p = 0,08$).

Conclusiones: El microbioma intestinal de los pacientes con gota muestra una sobreexpresión de dos ortólogos bacterianos (K00161 y K00162) participantes en la descarboxilación oxidativa del piruvato para formar acetil-CoA, así como de un ortólogo que interviene en la producción de acetilfosfato a partir de fructosa (K01621). Es de interés que el comportamiento

del ortólogo participante en el metabolismo de la fenilalanina y el triptófano (K14170) no fue igual al notificado en el análisis del metatranscriptoma. No obstante, se detectó una sobreexpresión en el microbioma de individuos con HA en comparación con los controles. Estos hallazgos podrían establecer las bases para determinar las vías metabólicas del microbioma intestinal que pueden modularse en pacientes con gota como tratamiento adyuvante.

Bibliografía

- Martínez-Nava GA, Méndez-Salazar EO, Vázquez-Mellado J, *et al.* The impact of short-chain fatty acid-producing bacteria of the gut microbiota in hyperuricemia and gout diagnosis. *Clin Rheumatol.* 2023;42:20314. doi:10.1007/S10067-022-06392-9.
- Yang HT, Xiu WJ, Liu JK, *et al.* Gut microbiota characterization in patients with asymptomatic hyperuricemia: probiotics increased. *Bioengineered.* 2021;12:726375 doi:10.1080/21655979.2021.1976897.
- Martínez-Nava GA, Altamirano-Molina E, Vázquez-Mellado JC, *et al.* Evaluación del metatranscriptoma del microbioma intestinal en sujetos con hiperuricemia asintomática y gota. *Reumatol Clínica.* 2024;20:2723.

Tabla 1. Diferencia calculada promedio de la expresión de los ortólogos evaluados entre los sujetos con HA y los pacientes con gota en comparación con los individuos normouricémicos ajustada por variables confusoras. (P09)

Ortólogo	HA			Gota		
	Coefficiente β	IC95%	p	Coefficiente β	IC95%	p
K00161	0,54	-0,82 – 1,90	0,43	4,36	2,89 – 5,84	< 0,01
K00162	-0,46	-1,95 – 1,03	0,54	3,66	2,02 – 5,30	< 0,01
K01621	0,94	-1,81 – 2,00	0,92	4,74	2,64 – 6,84	< 0,01
K14170	1,18	-0,17 – 2,51	0,08	0,54	-0,93 – 2,01	0,47

Modelos multivariados ajustados por edad, índice de masa corporal, urato, glucosa, colesterol y triglicéridos. El texto en negritas señala significancia estadística.

P10

POTENCIAL PAPEL DE LAS TRAMPAS EXTRACELULARES DE NEUTRÓFILOS EN LA PATOLOGÍA PERIFASCICULAR DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

B. Alcalá-Carmona¹, Y. Reyna-Juárez¹, M.J. Ostos-Prado¹, J. Ríos-Valencia¹, M. Tapia-Rodríguez², B. Marquina-Castillo¹, D. Gómez-Martín¹, J. Torres-Ruiz¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Instituto de Investigación Biomédica Básica, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: En el área perifascicular de las biopsias musculares de pacientes con dermatomiositis (DM) se encuentran miocitos con regeneración, atrofia y una firma de interferón tipo I (IFN-I), manifestados principalmente por la expresión del gen *ISG15*. La causa de esta característica fisiopatogénica se desconoce, pero las trampas extracelulares de neutrófilos (NET) se han señalado en fecha reciente en la fisiopatología de las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) por su capacidad para inducir inflamación y vasculopatía.

Objetivo: Describir la participación de las NET en la patología perifascicular de pacientes con MII y su efecto sobre la diferenciación, viabilidad y expresión génica de mioblastos humanos *in vitro*.

Material y métodos: En cortes congelados de 7 micrómetros de biopsias musculares de pacientes con DM y síndrome antisintetasa (SA), de acuerdo con los criterios de ACR/EULAR 2017 o de Connor, se evaluó por inmunofluorescencia indirecta (IFI) la presencia de NET mediante la colocación de DNA con elastasa de neutrófilo (NE) o histona 3 citrulinada (cH3). Los mioblastos humanos comerciales se cultivaron hasta alcanzar un 70% de confluencia y estimularon con 50 µg de NET de MII (n = 20), y se dejaron diferenciar durante cuatro días. Mediante IFI para la cadena pesada de miosina (MyHC) y tubulina se calculó el índice de diferenciación y el área en cuatro campos de alto aumento. Se evaluó la internalización de NET mediante IFI, DNA, MPO y LL37 citoplásmicos. Después del estímulo de mioblastos con NET de 20 pacientes con MII y seis controles sanos por 24 h, se evaluó la expresión de genes regulados por IFN-I (IFI44, ISG15, RSAD2) mediante PCR en tiempo real.

Resultados: Como se observa en la **Figura 1 (A-C)**, las NET se encuentran en sitios clave para el desarrollo de afección perifascicular alrededor de los miocitos (A), dentro de las células (A-B) y en los vasos sanguíneos (C). Los mioblastos expuestos a NET mostraron internalización de estas estructuras, expresada por la presencia intracelular de MPO y LL37 (**Figura 2A**). La estimulación de los mioblastos con NET produjo una reducción significativa del área celular e índice de diferenciación en comparación con los controles, y se obtuvo un índice de diferenciación de 0,27 UA en los mioblastos estimulados con NET en comparación con 0,61 UA (intervalo intercuartílico de 0,12 > 0,35 y 0,49 < 0,71, respectivamente) de controles (p < 0,01). En el caso del área se identificó un área de 1381 UA en las células con estímulo en comparación con 3496 UA (intervalo intercuartílico de 315 < 2447 y 315 > 2447, respectivamente) en controles (p < 0,05) (**Figura 2D**). Las células estimuladas con NET

Figura 1. Presencia de NET en el espacio perifascicular (A), intravascular (B) y dentro de las células musculares (C) en biopsias de pacientes con MII. (P10)

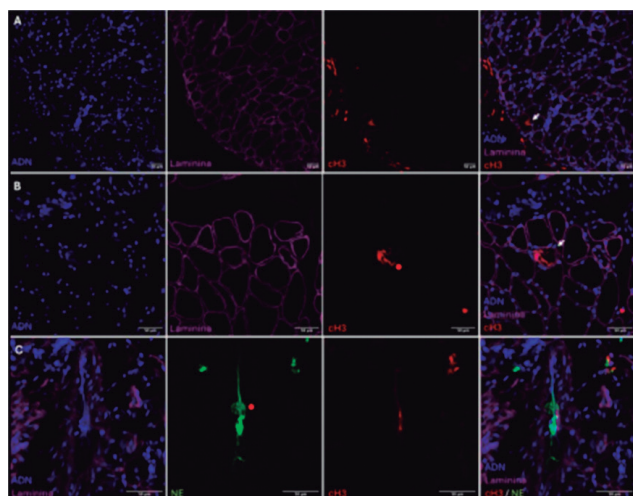
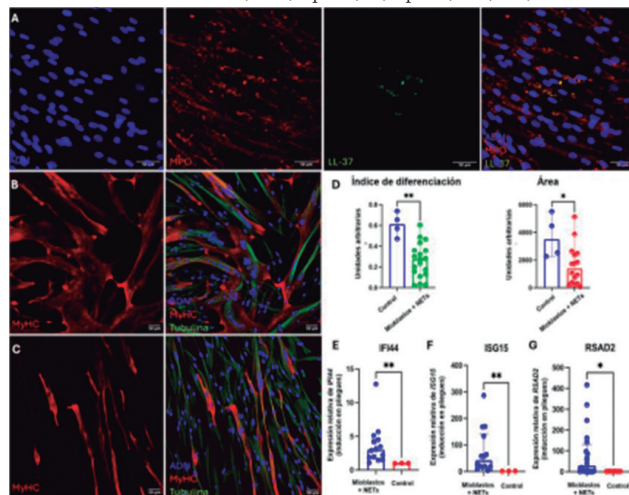


Figura 2. Presencia de componentes de las NET (MPO, LL37) en células musculares (A). Imagen representativa de la diferenciación de mioblastos a miocitos sin (B) y con el estímulo con NET (C). Estadística acumulada de la disminución de la diferenciación y área de los miocitos ante el estímulo con NET (D). Expresión de genes relacionados con IFN-I ante el estímulo de mioblastos con NET (E-G). *p < 0,05, **p < 0,01. (P10)



revelaron un aumento significativo de la expresión de genes relacionada con la respuesta mediada por IFN-1, incluidos IFI44, ISG15 y RSAD2 (**Figura 2E-G**), lo que sugiere que las NET son capaces de estimular la firma de IFN-1 en células musculares.

Conclusiones: Las NET se encuentran en lugares clave para promover la inflamación perimisial en pacientes con MII. Además, las células musculares son capaces de internalizar las NET. Dicha internalización tiene como consecuencia una disminución de la diferenciación y tamaño de las células, que son componentes clave de la atrofia perifascicular. Por último, ante el estímulo con NET se observa un aumento de la expresión de genes regulados por IFN-1, lo cual enfatiza la contribución de las NET al desarrollo de la afección perifascicular.

Bibliografía

1. Van Dam LS, *et al.* Neutrophil extracellular traps in autoimmune diseases. *Front Immunol.* 2020;11:512.
2. Chen Y, *et al.* The role of NETs in inflammatory myopathies and autoimmune diseases. *Rheumatology.* 2021;60:1254-1262.
3. Yang HT, Xiu WJ, Liu JK, *et al.* Gut microbiota characterization in patients with asymptomatic hyperuricemia: probiotics increased. *Bioengineered.* 2021;12:7263-75. doi:10.1080/21655979.2021.1976897.
4. Martínez-Nava GA, Altamirano-Molina E, Vázquez-Mellado JC, *et al.* Evaluación del metatranscriptoma del microbioma intestinal en sujetos con hiperuricemia asintomática y gota. *Reumatol Clínica.* 2024;20:2723.

P11

EFICACIA DE LA RAPAMICINA EN EL CONTROL DE LA INFLAMACIÓN EN UN MODELO MURINO DE ARTRITIS REUMATOIDE

C.F. Pacheco-Tena, S. González-Chávez, D. Ruizsparza-Hinojos, L.R. Rivera-Chávez, E. Chaparro-Barrera, M. Loya-Rivera

Universidad Autónoma de Chihuahua

Introducción: La rapamicina es un agente inmunorregulador muy promisorio, al cual se le atribuye la capacidad de corregir alteraciones en el funcionamiento del sistema inmunitario y un efecto protector sobre procesos degenerativos y más recientes de atenuar algunos componentes del envejecimiento.

Objetivo: Determinar la eficacia de la rapamicina en el control de la inflamación en un modelo murino de artritis reumatoide y evaluar el

transcriptoma articular comparativo de un grupo tratado con rapamicina o el control.

Material y métodos: Se indujo artritis inducida por colágeno en 16 ratones, DBA/1 machos jóvenes, y se dividieron en forma aleatoria en dos grupos, uno de ellos tratado con rapamicina a dosis de 0,1 mg/kg por día y el grupo control sin tratamiento. Ambos grupos tuvieron seguimiento por 12 semanas con evaluaciones de la intensidad de la artritis y al término de seguimiento se sacrificaron y se extrajo RNA mensajero de las patas traseras para evaluarse por secuenciación de RNA de genoma completo.

Resultados: La secuenciación de RNA encontró 354 genes desregulados (183 sobreexpresados y 171 infraexpresados); el análisis bioinformático del transcriptor confirmó la reducción en vías inflamatorias y remodelación ósea en los ratones tratados con rapamicina. Los genes expresados diferencialmente se ubicaron en procesos vinculados con vías de inflamación, envejecimiento y remodelación y metabolismo óseo. Los genes relacionados con el proceso de inflamación y envejecimiento incluyeron al neuropéptido Y (Npy) y la fosfoenolpiruvato carboxilasa 1 (Pck1),

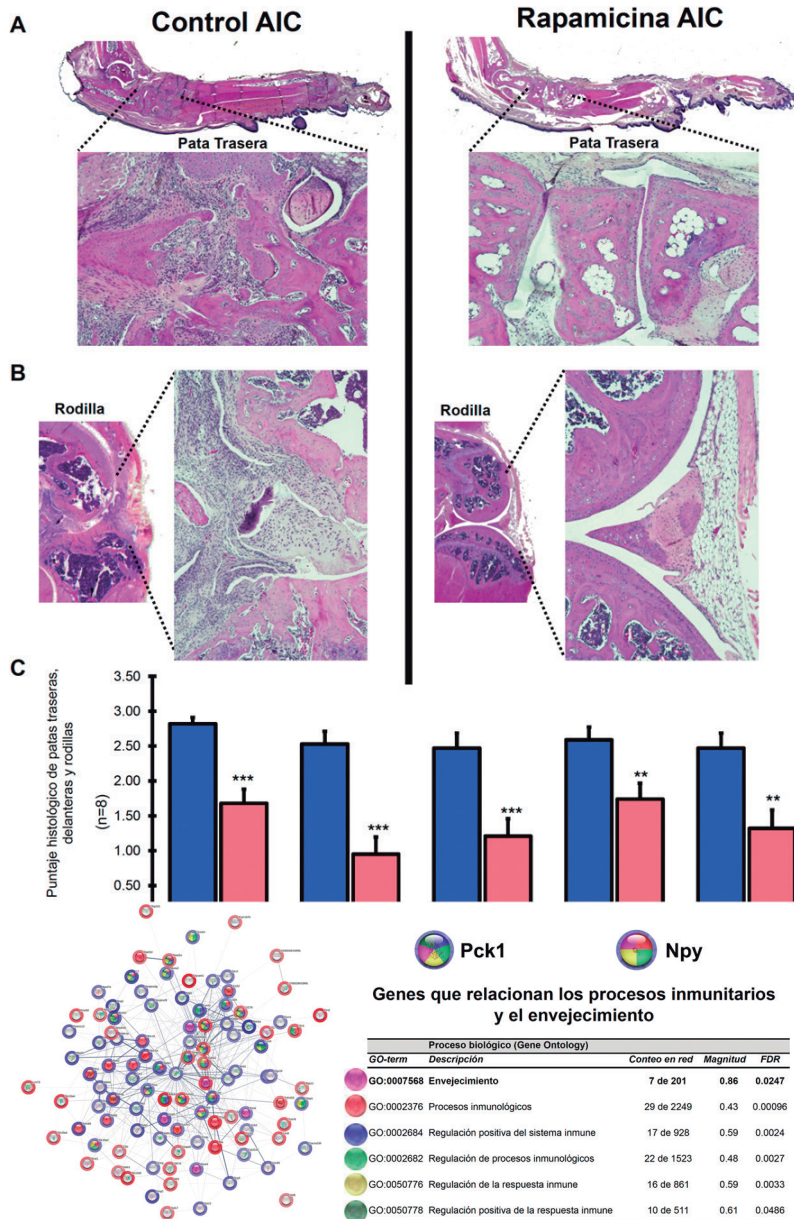
ambas moléculas con gran relevancia en la inmunorregulación y, dado que son puntos de cruce de una diversidad de vías de señalización, se las considera como dos transcritos que explican la conexión del proceso inflamatorio con su efecto en el ritmo de envejecimiento (**Figura 1**). El resto del análisis del transcriptoma confirmó la acción de la rapamicina en procesos de remodelación articular y control del proceso inflamatorio.

Conclusiones: La rapamicina es un fármaco promisorio en el tratamiento de la artritis; además de la inmunorregulación, previene la destrucción estructural y modifica el proceso de envejecimiento.

Bibliografía

1. Zhang F, Cheng T, Zhang SX. Mechanistic target of rapamycin (mTOR): a potential new therapeutic target for rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther.* 2 de octubre de 2023;25(1):187.
2. Baghdadi M, Nespital T, Monzó C, *et al.* Intermittent rapamycin feeding recapitulates some effects of continuous treatment while maintaining lifespan extension. *Mol Metab.* 13 de febrero de 2024;101902.

Figura 1. (P11)



P12

ASOCIACIÓN DE GALECTINA-3 CON DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

N. Guajardo-Jáuregui, I.J. Colunga-Pedraza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpiri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.E. Flores-Alvarado, R.I. Arvizu-Rivera, O.A. Garza-Flores, C.A. Mascorro-Cienfuegos, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria crónica. Los pacientes con AP tienen mayor riesgo de desarrollar episodios cardiovasculares que la población general debido a las características propias de la enfermedad que llevan a un proceso de inflamación sistémica. La galectina 3 (Gal-3) es una proteína de unión a betagalactósido que participa en la adhesión, proliferación, diferenciación y apoptosis celular, y la expresan las células endoteliales y los fibroblastos, de tal modo que interviene en la secreción de múltiples citocinas proinflamatorias. Esta proteína promueve la angiogénesis e inducción de fibrosis en diversos tejidos. Se ha considerado como un biomarcador de insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria y mortalidad cardiovascular. No hay información acerca de la Gal-3 como biomarcador de riesgo cardiovascular en pacientes con AP.

Objetivo: Determinar la relación de Gal-3 con parámetros del ecocardiograma y características de la enfermedad en pacientes con AP.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a un total de 67 pacientes con diagnóstico de AP que cumplían los criterios de clasificación CASPAR 2006, con edad > 18 años. Se excluyó a los pacientes con antecedente de un episodio cardiovascular mayor. Dos cardiólogos certificados cegados a la información clínica realizaron un ecocardiograma transtorácico a todos los participantes del estudio. Se recolectó una muestra sanguínea para analizar los estudios de laboratorio, incluidos los valores de Gal-3 por medio del método ELISA (Abcam, Cambridge, UK). Se valoró la actividad de la enfermedad con el Índice de Actividad de la Enfermedad de Artritis Psoriásica (DAPSA), el Índice de Gravedad del Área de Psoriasis (PASI) y el Índice de Gravedad de Psoriasis Ungueal (NAPSI). Las correlaciones entre Gal-3 y el resto de las variables analizadas se realizaron con el coeficiente de correlación de Spearman (rs). Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: La edad media de los pacientes con AP fue de 52,17 ± 11,96 años y la mediana de Gal-3 fue de 11,92 (8,42-18,78) ng/ml. Las características clínicas y demográficas se muestran en la **Tabla 1**. Se observó una correlación positiva moderada entre Gal-3 y la deformación longitudinal global (GLS) ($rs = 0,380$, $p = 0,005$), una correlación negativa baja entre Gal-3 y la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI) ($rs = -0,265$, $p = 0,032$), una correlación positiva moderada entre Gal-3 y PASI ($rs = 0,369$, $p = 0,002$), una correlación positiva baja entre Gal-3 y DAPSA ($rs = 0,274$, $p = 0,026$) y una correlación positiva moderada entre Gal-3 y proteína C reactiva (PCR) ($rs = 0,332$, $p = 0,007$) (**Figura 1**). Con el resto de las variables analizadas no se identificaron correlaciones significativas. Se realizó un análisis multivariado ajustado por edad, índice de masa corporal, hemoglobina glucosilada, presión arterial sistólica y colesterol no HDL, y se observó que los valores de Gal-3 se vincularon de manera independiente con peor GLS ($\beta = 0,406$, $p = 0,005$).

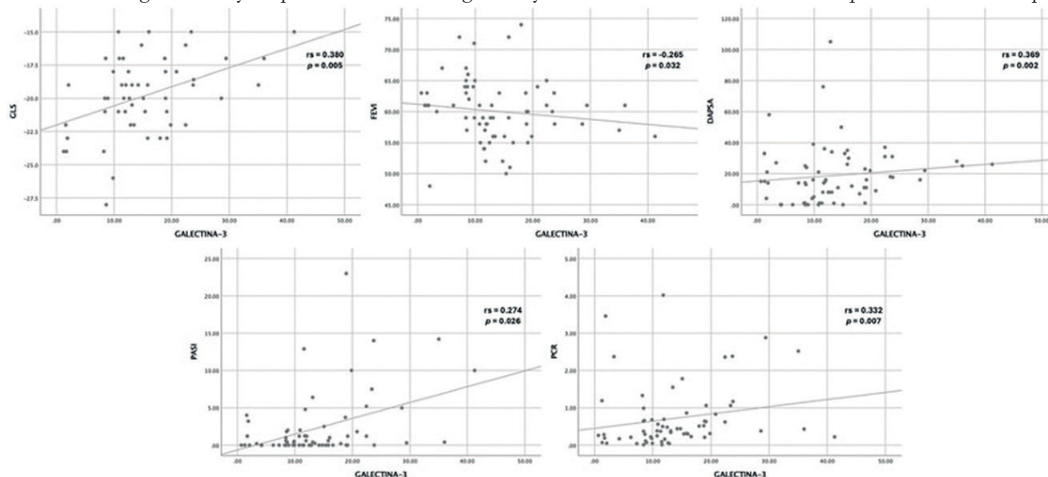
-0,265, $p = 0,032$), una correlación positiva moderada entre Gal-3 y PASI ($rs = 0,369$, $p = 0,002$), una correlación positiva baja entre Gal-3 y DAPSA ($rs = 0,274$, $p = 0,026$) y una correlación positiva moderada entre Gal-3 y proteína C reactiva (PCR) ($rs = 0,332$, $p = 0,007$) (**Figura 1**). Con el resto de las variables analizadas no se identificaron correlaciones significativas. Se realizó un análisis multivariado ajustado por edad, índice de masa corporal, hemoglobina glucosilada, presión arterial sistólica y colesterol no HDL, y se observó que los valores de Gal-3 se vincularon de manera independiente con peor GLS ($\beta = 0,406$, $p = 0,005$).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de pacientes con artritis psoriásica. (P12)

Características	Pacientes con AP (n = 67)
Edad, años, media ± DE	52,17 ± 11,96
Mujeres, n (%)	37 (55,2)
DMT2, n (%)	11 (16,4)
Hipertensión arterial, n (%)	17 (25,4)
Dislipidemia, n (%)	32 (47,8)
Obesidad, n (%)	23 (34,3)
Galectina 3, ng/ml, mediana (p25-p75)	11,92 (8,42-18,78)
Duración de la enfermedad, años, mediana (p25-p75)	3,0 (1,0-10,0)
DAPSA, mediana (p25-p75)	15,0 (6,5-26,2)
PASI, mediana (p25-p75)	0,4 (0,0-2,0)
NAPSI, mediana (p25-p75)	0,0 (0,0-3,2)
PCR, mediana (p25-p75)	0,38 (0,21-0,83)
VSG, mediana (p25-p75)	18,0 (11,0-32,0)
Índice de masa del VI, g/m ² , mediana (p25-p75)	84,54 (63,81-125,7)
GPR, mediana (p25-p75)	0,39 (0,34-0,44)
FEVI, %, mediana (p25-p75)	60,0 (56,7-63,0)
GLS, %, media ± DE	-19,81 ± 2,86
TAPSE, mm, mediana (p25-p75)	23,0 (20,5-25,0)
PSAP, mmHg, mediana (p25-p75)	19,83 (12,07-28,55)

AP, artritis psoriásica; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; DAPSA, Índice de Actividad de la Enfermedad de Artritis Psoriásica; PASI, Índice de Gravedad del Área de Psoriasis; NAPSI, Índice de Gravedad de Psoriasis Ungueal; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; VI, ventrículo izquierdo; GPR, grosor parietal relativo; FEVI, fracción de expulsión del VI; GLS, deformación longitudinal global; TAPSE, desplazamiento sistólico del plano anular tricúspideo; PSAP, presión sistólica de la arteria pulmonar.

Figura 1. Correlaciones entre galectina 3 y los parámetros ecocardiográficos y características de la enfermedad en pacientes con artritis psoriásica. (P12)



Conclusiones: En este estudio se observó que las cifras elevadas de Gal-3 se relacionaron de manera independiente con un deterioro del GLS, un parámetro que refleja la disfunción ventricular izquierda temprana y subclínica. Los valores normales de GLS oscilan entre -18% y -22%, y los valores más positivos son indicativos de una peor deformación miocárdica. Además, se encontró que las mayores concentraciones de Gal-3 se relacionaron con menor FEVI, parámetro indicativo de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, así como mayor PASI y DAPSA, índices de actividad de la enfermedad cutánea y articular, respectivamente, y con valores elevados de PCR, un reactante de fase aguda. Un buen control de la enfermedad podría reducir las cifras de Gal-3, considerado un posible marcador de fibrosis miocárdica.

Bibliografía

1. Wu C, Lv Z, Li X, et al. Galectin-3 in predicting mortality of heart failure: a systematic review and meta-analysis. *The Heart Surgery Forum.* 2021;24(2):E32732.

P13

ANÁLISIS TRANSCRIPTÓMICO DE LA NEOFORMACIÓN ÓSEA EN EL MODELO DE ESPONDILOARTRITIS DEL RATÓN DBA/1: PARTICIPACIÓN DE MÚLTIPLES MECANISMOS OSTEOGÉNICOS

E. Chaparro-Barrera¹, S.A. González-Chávez¹, S. Roy², M. Bermúdez-Cortés³, J.P. Romero-López¹, C. Pacheco-Tena¹

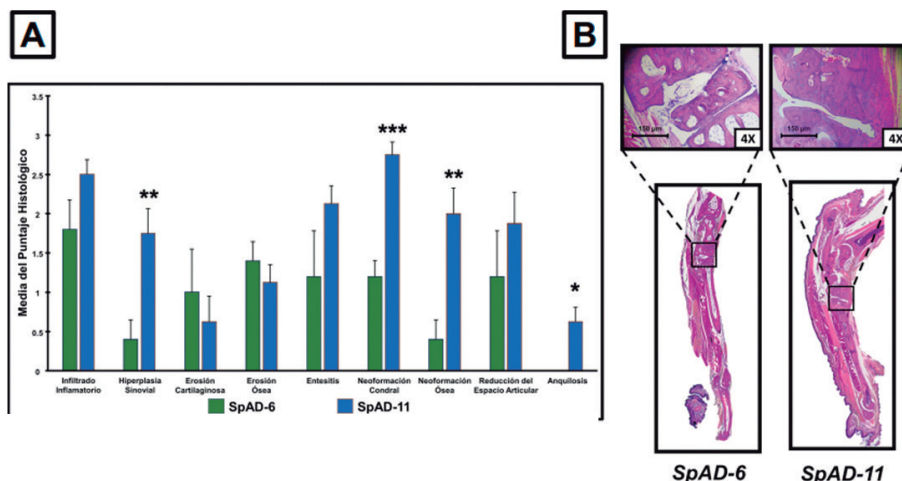
⁽¹⁾Universidad Autónoma de Chihuahua, ⁽²⁾Department of Biological Sciences, University of Texas at El Paso, Texas, Estados Unidos, ⁽³⁾Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México

Introducción: Los mecanismos moleculares de la neoformación ósea en las espondiloartritis (EA) no se han esclarecido del todo y en consecuencia los tratamientos actuales para la enfermedad son insuficientes para detener la progresión de la osificación. La búsqueda de nuevos blancos terapéuticos para la neoformación ósea es todavía necesaria en el tratamiento de las EA.

Objetivo: Identificar mediadores diferencialmente expresados en estructuras articulares con neoformación ósea en un modelo murino de EA mediante análisis transcriptómico e histopatológico.

Material y métodos: Se incluyeron dos grupos de ratones DBA/1 que desarrollaron artritis espontánea (SpAD) de acuerdo con el modelo de Braem et al., 2012. La progresión de la enfermedad y el perfil transcriptómico se compararon en dos tiempos distintos: seis (SpAD-6) y 11 semanas (SpAD-11)

Figura 1. (A) Evaluación histológica. (B) Microfotografías representativas de las patas traseras teñidas con H-E. (C) Genes mediadores vinculados con fenotipos anormales de hueso, cartílago, tendón, ligamento y músculo esquelético. (D) Resultados de IHQ tras evaluar la media de la DO del DAB en estructuras articulares y hueso en patas traseras. *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001. (P13)



tras el inicio del confinamiento. Se determinaron las diferencias histológicas de inflamación y remodelación tisular, incluida la neoformación ósea, entre los dos grupos mediante tinciones con H-E. Las diferencias transcriptómicas se evaluaron mediante microarreglos de DNA de genoma completo, para los cuales se extrajo el RNA total de las articulaciones tarsales, se sintetizaron los DNAs y se hibridaron en los chips Clariom D Assay, mouse (Applied Biosystems) para determinar los genes diferencialmente expresados (GDE) en el grupo SpAD-11 con respecto al SpAD-6. El análisis bioinformático de los GDE se realizó en las plataformas Partek Genomic Suite, STRING 12.0, Cytoscape 3.8.2/MCODE y QIAGEN Ingenuity Pathway Analysis (IPA) para su vinculación con fenotipos normales y anormales relacionados con la biología ósea y luego para la identificación de mediadores de interés. El microarreglo se validó con la cuantificación relativa por qRT-PCR a través del método Delta-Delta Ct. Al final se realizó un análisis por IHQ para confirmar la expresión diferencial de proteínas en el tejido.

Resultados: El análisis histológico mostró mayor neoformación condral, ósea y anquilosis en los ratones SpAD-11 en comparación con los SpAD-6 (Figura 1A). Con los microarreglos del genoma completo se identificaron 3,358 GDE, de los cuales 1,714 fueron sobreexpresados y 1,644 infraregulados. El análisis bioinformático mostró que los GDE se relacionaron con fenotipos anormales en la osificación y se consiguió identificar a los genes *ANK*, *DMP1*, *ENPP1*, *SOST*, *EBF1*, *DKK1* y *SPP1* como mediadores claves infraregulados a las 11 semanas del modelo (Figura 1C), cuando el proceso de osificación anormal se encontraba establecido (Figura 1B). El análisis de enriquecimiento predijo vías de señalización y procesos biológicos relevantes (Tabla 1). La validación del microarreglo confirmó una subregulación estadísticamente significativa de los genes *MEPE*, *SOST* y *PHEX* en la SpAD-11. El análisis de proteínas mediante IHQ mostró relevancia estadística en la infraregulación de la esclerostina y el colágeno 10 y una sobreexpresión de *wnt-2* en el grupo SpAD-11 (Figura 1D).

Conclusiones: El análisis bioinformático del transcriptoma del modelo de EA en el ratón DBA/1 demuestra que el proceso de osificación es más intenso en las edades más tempranas del modelo y que hay desregulación de una gran diversidad de vías de señalización además de las ya descritas; este análisis demuestra la factibilidad de reconocer blancos terapéuticos aún no identificados.

Bibliografía

1. Klavdianou K, Kanellou A, Daooussis D. Molecular mechanisms of new bone formation in axial spondyloarthritis. *Mediterranean Journal of Rheumatology.* 2022;33(Suppl 1):115. doi:10.31138/mjr.33.1.115.
 2. Braem K, Carter S, Lories RJ. Spontaneous arthritis and ankylosis in male DBA/1 mice: Further evidence for a role of behavioral factors in "stress-induced arthritis." *Biological Procedures Online.* 2012;14(1). doi:10.1186/1480-9222-14-10.

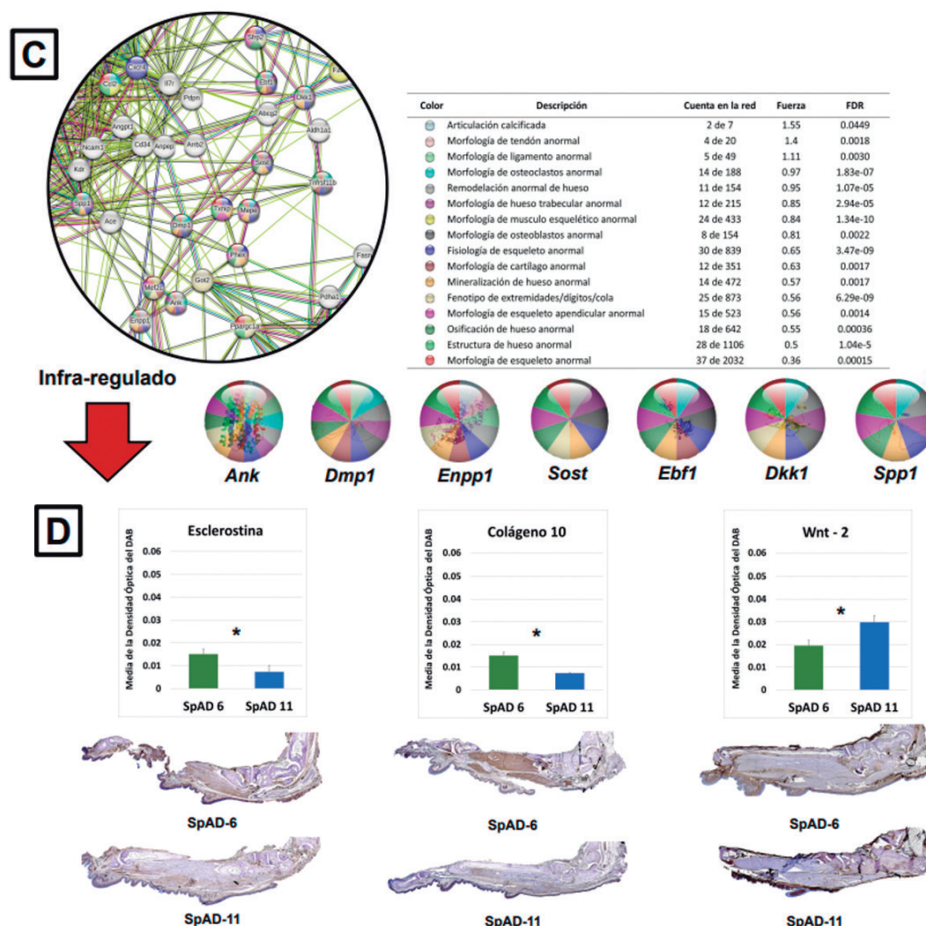


Tabla 1. Vías y procesos biológicos relevantes obtenidos del análisis de enriquecimiento con QIAGEN IPA, considerando la activación o inhibición de la vía en el grupo SpAD-11 basado en el Z-Score de cada molécula. (P13)

Vía de señalización/Proceso biológico	-Log (valor de p)	Predicción de la actividad global
Papel del osteoblasto en la vía de señalización de la artritis reumatoide	4,1	Activación
Papel del condrocito en la vía de señalización de la artritis reumatoide	3,7	
Vía de la osteoartritis	3,8	
Vía de señalización de IL-33	3,5	
Vía de señalización de la cicatrización de heridas	2,6	Inhibición
El ciclo del ácido cítrico (TCA) y la cadena de transporte de electrones	5,5	
Interacciones de las integrinas con la superficie celular	4,6	
Organización de la matriz extracelular	4,3	
Señalización de la cinasa ligada a la integrina	3,2	
Activación del receptor del ácido retinoico	3,2	

P14

ASOCIACIÓN DE CALCIO CORONARIO CON GDF-15 EN ARTRITIS REUMATOIDE

J.I. Roldán-Ortega, F. Castillo-Castellón, E. Aranda-Cano, L. Viruel, I. Palafox-Sosa, D. Vera-Bustamante, F. Sánchez-Muñoz, Y. Juárez-Vicuña, L.H. Silveira-Torre, L.A. Martínez-Martínez

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en pacientes con artritis reumatoide. Sin embargo, el cálculo del riesgo cardiovascular tiene muchas limitaciones. El factor de crecimiento y diferenciación 15 (GDF-15) es parte de la familia del factor de crecimiento transformador beta que se ha relacionado con disfunción endotelial y aterosclerosis; en consecuencia, puede ser un biomarcador útil en esta población.

Objetivo: Correlacionar el GDF-15 con la puntuación de calcio coronario. **Material y métodos:** Estudio observacional transversal en el que se incluyó a pacientes con artritis reumatoide que cumplían con los criterios de clasificación del 2010 de la ACR/EULAR y con positividad para el factor reumatoide y anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado. Los pacientes se sometieron a la valoración clínica de un reumatólogo, quien determinó el grado de actividad de la enfermedad a través de la escala DAS28 PCR. Por otro lado, un cardiólogo experto en imagen cardiovascular, cegado a la información, analizó las tomografías de tórax de los pacientes con artritis

reumatoide y asignó una puntuación de calcio coronario en unidades Agatston (UA). El GDF-15 se obtuvo de plasma y se analizó de forma ciega a través de un método ELISA. El riesgo cardiovascular se calculó con la escala QRISK3. Por otro lado, se incluyó a un grupo control en el que se obtuvieron valores de GDF-15 y QRISK3. Los datos se describieron como porcentajes, media \pm desviación estándar o media y rango intercuartílico según fuera su distribución. El análisis de normalidad se realizó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, ji cuadrada, t de Student o U de Mann-Whitney de acuerdo con los requisitos de comparación. La correlación entre QRISK3, GDF-15 y puntuación de calcio coronario se realizó a través del método de Spearman. Una $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativa.

Resultados: De modo inicial se inscribió a 56 pacientes, pero se excluyó a dos por ser seronegativos. Por lo tanto, al final se analizó a 54 pacientes y 10 controles sanos, de los cuales 48 eran mujeres (88,9%) en el grupo de artritis reumatoide y ocho en el control. La media de edad en los pacientes con artritis reumatoide fue de 58 ± 11 , mientras que en el grupo control fue de 45 ± 12 . El índice de masa corporal fue similar entre grupos, $27,05$ en el grupo de artritis reumatoide y $27,42$ en el grupo control ($p = 0,956$). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión ($40,7\%$) y diabetes ($24,1\%$). La media de la puntuación de calcio coronario fue de $174,9$ UA. El promedio de la puntuación de QRISK3 en el grupo de artritis reumatoide fue de $7,9\%$ ($4,9-14,4$) y $1,3\%$ ($0,5-7,9$) en el grupo control. Los valores promedio de GDF-15 fueron $1559,8$ pg/mL en el grupo de artritis reumatoide contra 990 pg/mL en el grupo control ($p = 0,044$). La mayoría de los pacientes, 39 ($72,2\%$) se hallaba en remisión. Se encontró una correlación positiva entre los valores de la puntuación de calcio coronario y GDF-15 ($\rho = 0,576$, $p < 0,01$). Además, la puntuación de QRISK3 se correlacionó de forma positiva con los valores de GDF-15 ($\rho = 0,577$, $p < 0,01$).

Conclusiones: Las cifras de GDF-15 se correlacionaron de forma positiva con la puntuación de calcio coronario y las puntuaciones de QRISK3. Los valores de GDF-15 fueron más altos en los pacientes con artritis reumatoide en comparación con el grupo control. El GDF-15 podría convertirse en un biomarcador para determinar el riesgo cardiovascular en esta población, pero se requieren más estudios.

Bibliografía

1. Gravalles EM, Firestein GS. Rheumatoid arthritis - common origins, divergent mechanisms. *N Engl J Med.* 2023;388(6):529-542. doi:10.1056/NEJMr2103726.
2. Wang D, Day EA, Townsend LK, et al. GDF15: emerging biology and therapeutic applications for obesity and cardiometabolic disease. *Nat Rev End.* 2021;17:592-607.

P15

AUMENTO DE LOS NIVELES DE CITOCINAS EN MIOSITIS SERONEGATIVA: POSIBLES IMPLICACIONES DE LA RESPUESTA INMUNITARIA Th17 MEDIADA POR IL-23

A. Aguilar-Vázquez, E. Chavarría-Ávila, G. García-Ordóñez, J. Becerra-Jiménez, C. Juárez-Gómez, A. Gaspar-Ruiz, O.E. Pizano-Martínez, C.A. Gómez-Ríos, E.A. Martínez-García, B.T. Martín-Márquez, M. Cabrera-López, E.F. Quirarte-Tovar, L. Magaña-García, M. Vázquez del Mercado-Espinosa

Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La población Th17 es bien conocida por la producción de IL-17 y su papel en la patogenia de varias enfermedades autoinmunitarias, incluida la miositis. Asimismo, se ha confirmado la participación de la vía IL-23/IL-17 en la autoinmunidad.

Objetivo: Evaluar el comportamiento de las citocinas en la miositis, de acuerdo con el perfil de autoanticuerpos y las escalas de fuerza muscular, daño y actividad de la enfermedad.

Material y métodos: Se incluyó a 25 pacientes clasificados con miositis en este estudio transversal. Un reumatólogo experto evaluó las escalas de fuerza muscular (MMT8, *Manual Muscle Testing 8*), daño (MDI, *Miositis Damage Index*) y actividad de la enfermedad (MYOACT, *Miositis disease*

activity assessment visual analogue scales). Los valores séricos de citocinas y quimiocinas se cuantificaron con el kit de estudio de flujo multianálisis LEGENDplex de BioLegend. La detección de autoanticuerpos se realizó con el kit de estudio line-blot Euroline: Miositis Inflamatoria Autoinmunitaria de EUROIMMUN.

Resultados: Se registraron valores séricos elevados de citocinas Th17 (IL-33, CXCL8, IL-6, IL-23 e IL-12p70) en pacientes seronegativos. El análisis de regresión lineal múltiple mostró que la puntuación del MYOACT puede predecirse mediante el incremento de IL-23 y la disminución de CCL2, IL-10 y CXCL8 (Figura 1). Estos hallazgos sugieren que la respuesta inmunitaria en pacientes con miositis seronegativa exhibe una respuesta inmunitaria Th17 impulsada por IL-23 (Tabla 1).

Figura 1. (P15)

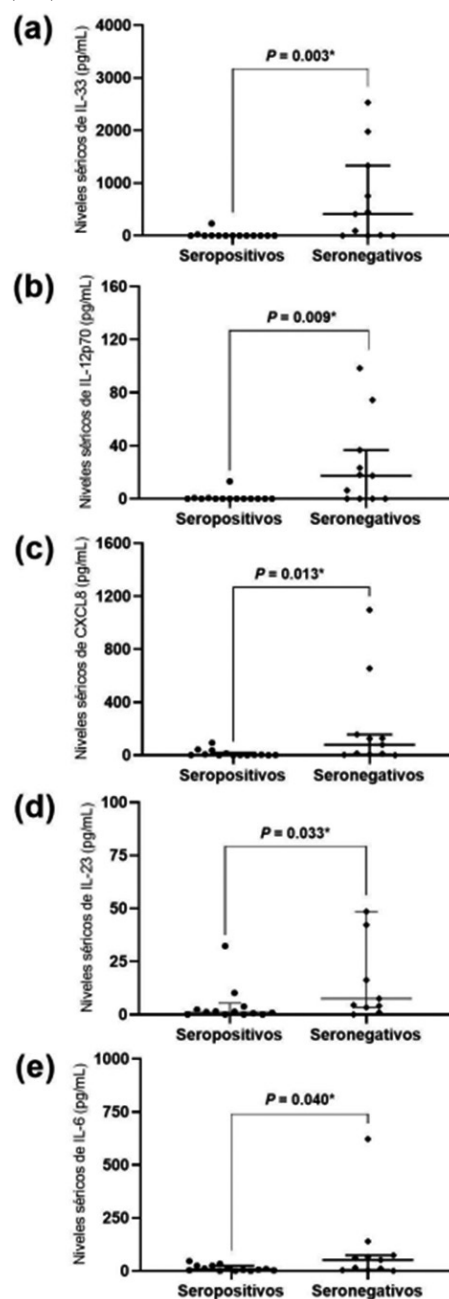


Figura 1. Niveles de citocinas y quimiocinas de acuerdo con la presencia de auto anticuerpos. Niveles séricos elevados de: (a) IL-33; (b) IL-12p70; (c) CXCL8; (d) IL-23 y (e) IL-6 en el subgrupo de miositis seronegativa. *Prueba U de Mann-Whitney con prueba exacta de Fisher.

Tabla 1. Análisis de regresión lineal múltiple para la puntuación del MYOACT. (P15)

Modelo de regresión lineal múltiple*			
Variable dependiente: puntuación MYOACT			
	R ² = 0,517		
	β	IC95%	p
Constante	0,103	(0,039 a 0,166)	0,004
Valores séricos de IL-10 (transformados en logaritmo)	- 0,012	(- 0,040 a -0,006)	0,007
Valores séricos de CCL2 (transformados en logaritmo)	- 0,025	(- 0,051 a 0,000)	0,053
Valores séricos de CXCL8 (transformados en logaritmo)	-0,019	(-0,034 a -0,003)	0,024
Valores séricos de IL-23 (transformados en logaritmo)	0,023	(0,011 a 0,035)	0,001

El coeficiente β se expresa como valor (intervalo de confianza del 95%); la unidad del coeficiente β es la puntuación MYOACT. El modelo se ajustó de acuerdo con la duración de la enfermedad; se utilizó el método inverso con un P_{IN} = 0,05 y un P_{OUT} = 0,10. *Variables excluidas: presencia de autoanticuerpos (1 si es seropositivo, 0 si es seronegativo), valores séricos de IL-6 (log10), valores séricos de IL-12p70 (log10), valores séricos de IL-17A (log10), valores séricos de IL-33 (log10). MYOACT, *Myositis disease activity assessment visual analogue scales*; IC, intervalo de confianza; IL-10, interleucina 10; IL-17A, interleucina 17A; CCL2, ligando 2 de quimiocina (motivo C-C).

Conclusiones: La relevancia de estos hallazgos radica en sus posibles implicaciones terapéuticas. Los conocimientos sobre la respuesta inmunitaria Th17 impulsada por IL-23 en pacientes seronegativos destacan el potencial de tratamientos dirigidos a modular la actividad de Th17. Este trabajo recibió apoyo de CF-2023-G-1396 de CONAHCyT.

Bibliografía

- Silva MG, Oba-Shinjo SM, Marie SKN, *et al.* Serum interleukin-17A level is associated with disease activity of adult patients with dermatomyositis and polymyositis. *Clin Exp Rheumatol.* 2019;37(4):656-62.
- Umezawa N, Kawahata K, Mizoguchi F, *et al.* Interleukin-23 as a therapeutic target for inflammatory myopathy. *Sci Rep.* 2018;8(1):5498.

P16

FACTORES ASOCIADOS A MALTRATO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

V. Pascual-Ramos¹, D.E. Flores-Alvarado², I. Contreras-Yáñez¹, L. Ledón-Llanes¹, G.A. Guaracha-Basáñez¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumatológicas (ER) se consideran un grupo vulnerable debido a que pueden tener diversos factores que se han vinculado con maltrato en el adulto mayor, tales como el sexo femenino, peor salud general autorreportada, depresión, limitación funcional y mayores grados de dependencia.

En un trabajo previo se encontró que el 50% de los pacientes con ER refiere antecedente de algún tipo de maltrato y entre 13,3% y 53,3%, según sea el tipo de maltrato, lo relaciona con padecer una ER.

Objetivo: Investigar los factores vinculados con el maltrato en los pacientes con ER.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal en pacientes ambulatorios con ER de dos instituciones de tercer nivel de atención ubicadas en el centro y norte del país, en quienes se recabaron características socio-demográficas, propias de la ER, comorbilidades, tratamiento y desenlaces señalados por el paciente (DRP) (Tabla 1).

Se aplicó el Cuestionario de maltrato en ER previamente validado (CMER) que consta de 25 reactivos distribuidos en cinco dimensiones

correspondientes a cinco tipos de maltrato: físico, psicológico, por negligencia, económico y sexual. Además, se aplicaron la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS21), el Inventario breve de personalidad (BFI-10), la Escala breve de afrontamiento resiliente (EBAR), el Índice de actividad/gravedad (RAPID-3), el Índice de apoyo familiar (APGAR), una escala para evaluar limitación funcional (HAQ-DI) y un cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF).

La prevalencia de maltrato se definió de acuerdo con el CMER cuando estuvo presente cuando menos en alguno de sus cinco tipos. Solo se consideraron los CMER con al menos una respuesta dicotómica (sí/no) en cuando menos un reactivo de cada uno de los cinco tipos de maltrato.

Se utilizó análisis de regresión logística múltiple para identificar los factores relacionados con el desenlace de interés y se consideró corrección de Bonferroni (p ≤ 0,0017). El estudio recibió aprobación del CEI.

Resultados: Se incluyó a 549 pacientes con 20 ER, de los cuales 194 tenían el diagnóstico de LEG (35,3%), 160 (29,1%) de AR y 77 (14%) de esclerosis sistémica. Hasta 274 (49,9%) pacientes tenían maltrato de cualquier tipo: 44 (8,1%) refrieron maltrato físico, 217 (39,8%) psicológico, 132 (24%) por negligencia, 34 (6,3%) económico y 44 (8,2%) sexual. Un total de 118 (43,1%) pacientes percibió que el maltrato se relacionaba con tener una ER o con el efecto de esta en sus vidas y las de sus familias. La **Tabla 1** resume las características generales de los pacientes incluidos y la comparación entre los pacientes con y sin maltrato de cualquier tipo. La **Figura 1** muestra los factores vinculados con maltrato en general (**Figura 1A**) y maltrato relacionado con la ER (**Figura 1B**).

Tabla 1. Diferencias entre los pacientes con y sin maltrato. (P16)

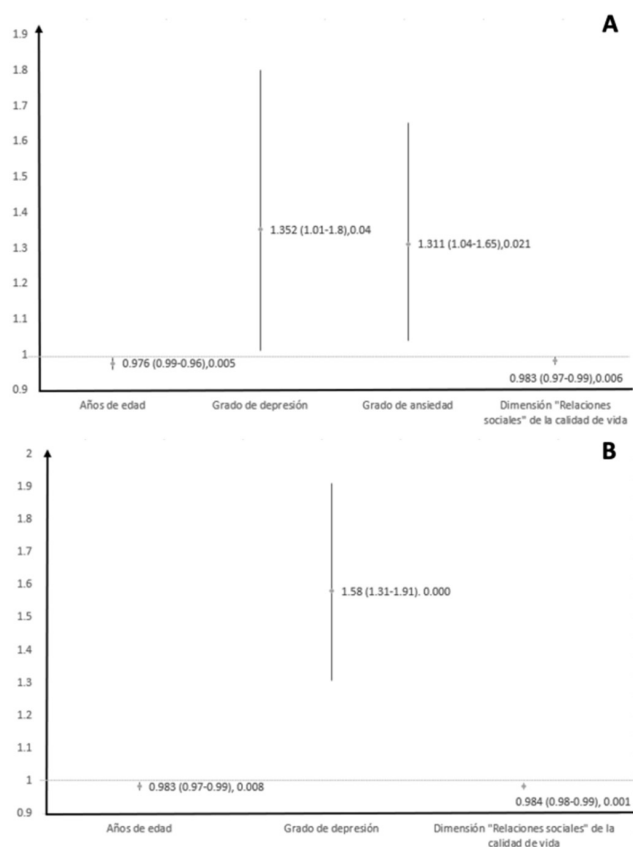
	Población total n = 549	Sin maltrato n = 275 (49,6%)	Con maltrato n = 274 (50,4%)	P
Características sociodemográficas				
Edad, años	47 (35-57)	50 (37-58)	45 (33-55)	0,002
Mujeres*	508 (92,5)	258 (93,8)	250 (91,2)	0,261
Años de educación	12 (9-16)	12 (9-16)	12 (9-16)	0,874
Vivir en pareja*	266 (48,5)	146 (53,1)	120 (43,8)	0,033
Trabajo formal e informal*	238 (43,4)	107 (38,9)	131 (47,8)	0,039
Acceso a sistema de seguridad social*	149 (27,1)	73 (26,5)	76 (27,7)	0,774
Gratuidad institucional*	368 (67)	185 (67,3)	183 (66,8)	0,928
Características propias de la ER				
Tiempo de evolución, años	11 (6-18,9)	11 (6-18)	11 (6-19)	0,620
Puntuación del índice de comorbilidad de enfermedades reumatológicas	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)	0,222
Tratamiento inmunosupresor*	439 (80,4)	217 (79,2)	222 (81,6)	0,518
Número de inmunosupresores por paciente	2 (1-2)	2 (1-2)	2 (1-2)	0,345
Consumo de corticoides*	215 (39,4)	96 (35)	119 (43,8)	0,044
Desenlaces relacionados con la salud mental/personalidad				
Puntuación del DASS21 correspondiente a síntomas ≥ moderados y graves*				
Depresión	154 (28,1)	49 (17,8)	105 (38,3)	0,000
Ansiedad	208 (38)	72 (26,4)	136 (49,6)	0,000
Estrés	149 (27,2)	48 (17,5)	101 (36,9)	0,000
Rasgos de personalidad				
Extraversión	6 (5-7)	6 (5-6)	6 (5-7)	0,005
Amabilidad	6 (5-6)	6 (4-6)	6 (5-7)	0,001
Responsabilidad	8 (7-9)	8 (7-9)	8 (6-9)	0,039
Neuraticismo	6 (6-8)	6 (6-8)	6 (5-8)	0,014
Apertura	7 (6-9)	7 (6-9)	7 (6-8)	0,273
Desenlaces señalados por el paciente				
Puntuación RAPID-3 (0-30)	7,7 (1,9-13)	7 (1-12)	9,2 (2,3-13,7)	0,015
Puntuación HAQ-DI (0-3)	0,3 (0-1)	0,13 (0-0,87)	0,4 (0-1,25)	0,001

Pacientes con discapacidad (puntuación HAQ-DI > 0,5)*	237 (43,6)	110 (40,1)	127 (47,2)	0,101
Puntuación para la dimensión de salud física (0-100) (WHOQOL-BREF)	53,6 (39,3-64,3)	53,6 (42,9-64,3)	50 (35,7-60,7)	0,001
Puntuación para la dimensión de salud mental (0-100) (WHOQOL-BREF)	58,3 (50-70,8)	62,5 (50-75)	58,3 (44,8-66,7)	0,000
Puntuación para la dimensión de relaciones sociales (0-100) (WHOQOL-BREF)	50 (50-75)	58,3 (50-75)	50 (41,7-66,7)	0,000
Puntuación para la dimensión de medio ambiente (0-100) (WHOQOL-BREF)	53 (46,9-65,6)	56,3 (46,9-65,6)	53 (43,8-62,5)	0,000
Puntuación Apgar familiar (0-10)	10 (8-10)	10 (9-10)	9 (6-10)	0,000
Grado de función familiar				
Baja	49 (9)	18 (6,6)	31 (11,4)	
Media	58 (10,7)	16 (5,9)	42 (15,4)	0,000
Alta	437 (80,3)	238 (87,5)	199 (73,2)	
Puntuación de la escala breve de afrontamiento resiliente (4-20)	16 (12-18)	16 (13-19)	15 (12-18)	0,034

Los datos se presentan como mediana (rango intercuartílico) salvo que * representa número de pacientes (%).

Conclusiones: La mitad de los pacientes con ER indicó algún tipo de maltrato, y el más frecuente fue el psicológico y el menos el económico. El 43% de los pacientes con maltrato percibió que se relacionaba con tener una ER. La percepción de maltrato en general y de maltrato vinculado con la ER se relacionó con menor edad, peor calidad de vida y peor salud mental.

Figura 1. Factores relacionados con maltrato en general (A) y maltrato vinculado con la ER (B). La figura muestra los factores relacionados con ambos desenlaces y describe la OR, el intervalo de confianza 95% y el valor de p. (P16)



Bibliografía

1. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*. 2008;37(2):151-60.

P17

CÉLULAS T INMUNOSENESCENTES Y EXHAUSTAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y DETE-RIORO COGNITIVO

E. Cimé-Aké, G. Lima, E. Godínez-Lazarini, S. Juárez, H. Marín-López, A. Gómez-Rodríguez, L. Llorente, H. Frago-Looy

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El deterioro cognitivo (DC) en el lupus eritematoso sis-témico (LES) puede ser resultado de un estado proinflamatorio crónico en el que pueden intervenir linfocitos T inmunosenescentes y exhaustos (agotados).

Objetivo: Analizar la expresión de marcadores de linfocitos T senescentes y exhaustos en pacientes con LES con DC.

Material y métodos: Diseño: transversal analítico. Se incluyó a mujeres de 18 a 50 años, clasificadas con LES según los criterios EULAR/ACR 2019. Se excluyó a las pacientes con otras enfermedades autoinmunitarias, excepto el síndrome antifosfolípido, el síndrome de Sjögren secundario o el hipotiroidismo autoinmunitario controlado, el consumo de algún fármaco biológico < 6 meses antes del ingreso al estudio, un SLEDAI-2K clínico > 0 y un SLICC/DI ≥ 1, la administración actual de prednisona > 7,5 mg/día, el nivel educativo ≤ 6 años, el embarazo o la insuficiencia ovárica prematura, la infección activa, la enfermedad maligna, los antecedentes de otras mani-festaciones neuropsiquiátricas, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y otras comorbilidades (HAS, DM2, ERC). Como grupo control se incluyó a mujeres sanas (CS) pareadas por edad ± 5 años. Todas las pacientes se sometieron a una batería neurocognitiva aplicada por un neuropsicólogo experto en la que se evaluaron ocho dominios cognitivos: concentración, memoria verbal, memoria visuoespacial, lenguaje, velocidad de procesamiento, velo-cidad motora, resolución de problemas y función ejecutiva. Se definió DC cuando un sujeto presentaba puntuaciones 2 desviaciones estándar por de-bajo de la media de los datos normativos en un dominio cognitivo. Después de la evaluación neurocognitiva, los pacientes se clasificaron en: LES con DC, LES sin DC y CS. Se determinó la expresión relativa de marcadores de inmunosenescencia (CD27, CD28, CD57, KLRG1) y marcadores inhi-bidores (PD-1, PD-L1, Tim-3, CTLA-4 y LAG-3) en linfocitos CD4+ y CD8+ mediante citometría de flujo, reducción de dimensionalidad y análisis de agrupamiento. Se generaron mapas tSNE con archivos concatenados con igual número de linfocitos CD3+ de ocho tríos representativos de pacientes de cada grupo de estudio. Se registraron los datos demográficos y clínicos.

Resultados: Se analizó a 13 pacientes con LES y DC, 14 con LES sin DC y 10 CS. La mediana de edad de los pacientes fue similar. Los pacientes con LES y DC tuvieron un nivel educativo inferior al de los pacientes con LES sin DC y CS, y una mayor duración de la enfermedad en comparación con los pacientes con LES sin DC. La actividad de la enfermedad y el daño acu-mulado fueron similares entre los grupos de LES (Tabla 1). En los pacien-tes con LES y DC, el dominio cognitivo más deteriorado fue la velocidad motora (76,9%), seguida de la memoria visuoespacial (30,8%), la memoria verbal (7,7%), el lenguaje (7,7%), la velocidad de procesamiento (7,7%) y la resolución de problemas (7,7%). Los pacientes con LES y DC tenían una menor cantidad de CD4+ vírgenes, CD4+CD45RA+, CD4+CTLA-4+ y CD8+PD-L1+, pero mayor frecuencia de CD8+ (Tabla 1). Se identificaron tres subpoblaciones CD8+ y cuatro CD4+ representativas en función de su expresión relativa de marcadores de superficie (Figura 1).

Conclusiones: Se reconocieron diferencias significativas entre los tres grupos en relación con los marcadores de agotamiento celular pero no de inmunosenescencia. En LES con DC, la expresión de PD-L1, Tim-3, CTLA-4 y LAG-3 en CD4+ y de Tim-3 y PD-L1 en CD8+ fue menor en comparación con LES sin DC y CS. El estudio sugiere la posibilidad de que el agotamiento celular desempeñe un papel en el DC en LES y podría ser útil para su diagnóstico.

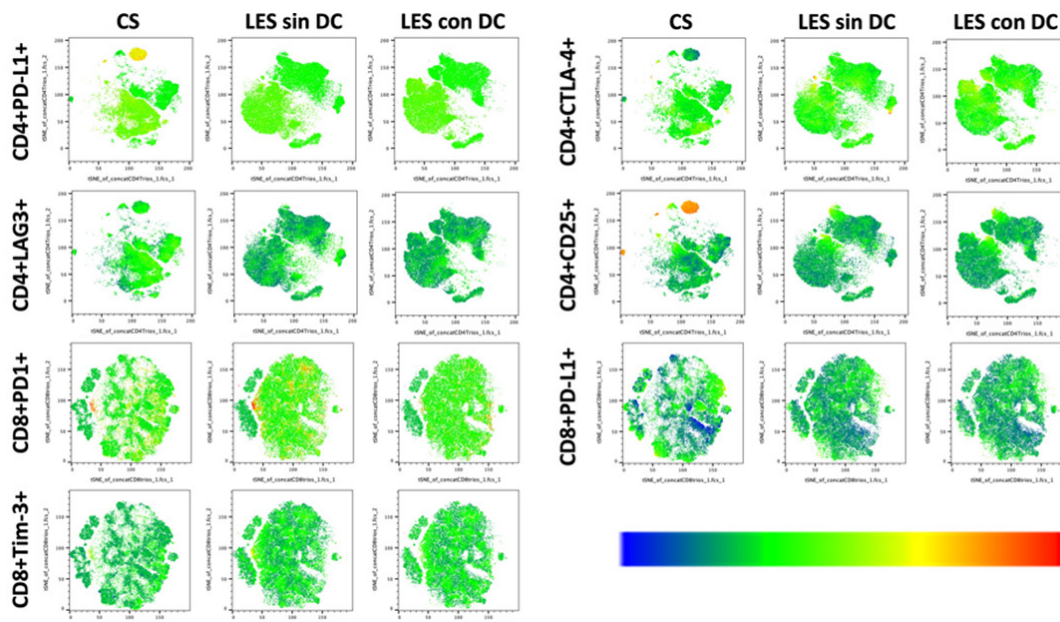
Tabla 1. Características demográficas, clínicas, subpoblaciones y expresión de marcadores de inmunosenescencia y agotamiento en CD4+ y CD8+ de los pacientes estudiados. (P17)

Variable	CS, n = 10	LES sin DC, n = 14	LES con DC, n = 13	p
<i>Características demográficas y clínicas</i>				
Edad, años	42,0 (34,8-52,0)	39,5 (27,3-43,5)	42,0 (38,5-48,5)	0,337
Nivel educativo, años	19,0 (14,3-26,0)	15,0 (12,0-16,0)	10,0 (8,0-13,5)	0,002*
Duración del LES, años	-	9,8 (5,7-15,6)	16,1 (11,2-20,2)	0,023*
SLEDAI-2K clínico	-	0 (0-0)	0 (0-0)	0,335
SLICC/DI	-	0 (0-0)	0 (0-0)	1,000
<i>CD4+</i>				
CD3+/CD4+	% 57,8 (50,8-62,2)	52,5 (43,7-59,9)	49,6 (33,9-61,9)	0,388
Virgenes	% 34,4 (26,3-45,0)	29,2 (18,4-39,7)	23,5 (12,0-29,9)	0,044*
MC	% 30,2 (13,8-39,7)	30,3 (14,3-39,4)	35,7 (19,7-46,2)	0,782
ME	% 30,5 (17,6-44,9)	33,3 (16,8-41,3)	38,4 (25,2-51,5)	0,536
TEMRA	% 2,4 (0,8-3,0)	2,6 (1,4-10,5)	3,7 (1,3-7,4)	0,364
CD27-	% 15,2 (12,2-20,1)	11,5 (7,8-17,5)	20,2 (7,3-27,8)	0,535
CD28-	% 3,5 (2,4-5,4)	6,7 (4,1-13,3)	8,8 (2,8-18,5)	0,144
CD45RA+	% 36,7 (29,4-54,0)	38,2 (32,1-50,3)	28,7 (19,7-36,3)	0,046*
CD57+	% 0,8 (0,3-5,9)	3,0 (0,9-4,5)	2,9 (1,3-8,2)	0,404
KLRG1+	% 9,2 (4,6-39,8)	12,4 (8,9-28,9)	12,9 (7,4-28,9)	0,688
CD45RA+ KLRG1+	% 1,7 (0,2-18,7)	3,0 (0,9-15,3)	2,6 (0,8-4,7)	0,784
CD57+ KLRG1+	% 0,4 (0,1-2,8)	1,2 (0,5-3,2)	1,8 (0,7-6,7)	0,189
PD1+PD-L1+	% 0,1 (0,0-0,4)	0,1 (0,0-0,1)	0,1 (0,0-0,1)	0,961

LAG3+	%	3,0 (2,2-4,3)	1,7 (1,3-3,5)	1,4 (1,0-4,6)	0,260
CTLA-4+	%	89,4 (75,8-97,9)	28,4 (6,6-49,7)	22,1 (5,7-64,9)	< 0,001*
CTLA-4+ CD25+	%	4,3 (2,9-6,6)	3,7 (1,7-5,9)	1,9 (0,9-6,9)	0,562
<i>CD8+</i>					
CD3+/CD8+	%	37,0 (25,6-41,8)	38,8 (30,8-51,5)	47,2 (38,2-70,0)	0,046*
Virgenes	%	29,4 (12,6-35,6)	31,3 (24,0-42,0)	26,9 (13,0-51,0)	0,884
MC	%	6,6 (2,5-15,9)	5,5 (1,1-10,6)	4,3 (2,1-9,4)	0,787
ME	%	27,1 (11,7-41,1)	15,3 (11,5-29,8)	22,0 (18,9-26,2)	0,455
TEMRA	%	33,3 (28,0-44,9)	36,7 (27,5-49,4)	48,4 (19,5-54,3)	0,792
CD27-	%	39,6 (31,2-50,0)	21,8 (15,4-42,6)	34,8 (13,9-63,0)	0,283
CD28-	%	41,6 (28,8-52,7)	45,4 (32,4-58,7)	57,3 (26,5-66,7)	0,436
CD45RA+	%	68,5 (51,8-78,4)	76,1 (61,8-84,5)	72,8 (68,6-79,8)	0,336
CD57+	%	9,7 (2,5-22,9)	6,8 (4,7-22,5)	16,7 (5,1-23,6)	0,881
KLRG1+	%	47,5 (39,6-58,9)	47,5 (21,3-64,3)	49,6 (28,9-71,2)	0,849
PD1+	%	15,6 (8,0-21,7)	26,9 (18,3-39,2)	21,9 (13,7-30,0)	0,036*
PD-L1+	%	12,7 (7,4-17,8)	8,8 (3,5-14,2)	5,0 (2,5-10,1)	0,048*
PD1+PD-L1+	%	0,8 (0,1-1,7)	0,4 (0,1-1,3)	0,3 (0,1-1,4)	0,876
LAG3+	%	14,4 (12,0-31,5)	19,5 (17,0-27,6)	17,2 (16,0-28,7)	0,488
CTLA-4+	%	0,9 (0,4-1,8)	0,4 (0,1-1,5)	0,8 (0,3-2,1)	0,277
Tim-3+	%	1,2 (0,3-3,2)	1,1 (0,5-5,0)	0,7 (0,1-1,2)	0,151
PD1+Tim-3+	%	0,4 (0,2-2,4)	0,6 (0,4-1,3)	0,1 (0,0-0,6)	0,092
Inversión CD4+CD8+, n (%)		5 (38,5)	4 (28,6)	1 (10,0)	0,309

Los datos se expresan en proporciones (porcentajes) o medianas (rango intercuartílico). Análisis estadístico: ji cuadrada, prueba exacta de Fisher, suma de rangos de Wilcoxon.
DC, deterioro cognitivo; MC, memoria central; ME, memoria efectora; TEMRA, células T de memoria efectora que reexpresan CD45RA.
*Estadísticamente significativo.

Figura 1. Subpoblaciones representativas de CD4+ y CD8+ en función de su expresión relativa de marcadores de superficie de inmunosenescencia y agotamiento. CS, control, sano; DC, deterioro cognitivo. (P17)



Bibliografía

1. Seet D, Allameen NA, Tay SH, *et al.* cognitive dysfunction in systemic lupus erythematosus: immunopathology, clinical manifestations, neuroimaging and management. *Rheumatol Ther.* 2021;8(2):651-679.
2. Kalim H, Pratama MZ, Mahardini E, *et al.* Accelerated immune aging was correlated with lupus-associated brain fog in reproductive-age systemic lupus erythematosus patients. *Int J Rheum Dis.* 2020;23(5):620-626.

P18**PSORIASIS EN ZONAS DE DIFÍCIL TRATAMIENTO (PZDTX) Y SU ASOCIACIÓN CON MANIFESTACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DE LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA**

M.F. Linares-Cervantes¹, M.A. Encarnación¹, C.J. Benites-Rangel¹, A. López-Tello², A. Mendoza-Fuentes², J.C. Casasola-Vargas¹

⁽¹⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽²⁾Centro Médico ISSEMyM Metepec

Introducción: La psoriasis en zonas de difícil tratamiento se refiere a áreas del cuerpo donde las lesiones psoriásicas tienden a ser más resistentes al tratamiento, entre ellas los pliegues cutáneos, la piel genital, las uñas y el cuero cabelludo. La psoriasis en estas áreas puede ocasionar una mayor carga psicológica y emocional debido a su visibilidad y el estigma relacionado. Por otra parte, se han vinculado con manifestaciones musculoesqueléticas de la enfermedad.

Objetivo: Describir y comparar las características clínicas de los pacientes con psoriasis en localizaciones especiales y su nexa con las manifestaciones musculoesqueléticas.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes de dos clínicas de atención multidisciplinaria de la enfermedad psoriásica y se registraron los datos de variables demográficas, clínicas, de laboratorio, comorbilidades y terapéuticas. Se dividieron en dos grupos: individuos con afectación en zonas de difícil tratamiento (piel cabelluda, uñas, psoriasis inversa y genital, palmoplantar) y un grupo control (pacientes sin PZDTX). Se compararon diferencias clínicas en relación con la afectación cutánea y articular y se calcularon además riesgos y correlaciones entre las diferentes variables de estudio en ambos grupos. Análisis estadístico: ji cuadrada, t de Student, correlación de Spearman y Pearson, OR. Se consideró un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizó a 155 pacientes con enfermedad psoriásica, la edad promedio fue de 53,2 años (+ds 10,3), el 52% correspondió a mujeres, la mediana de tiempo de evolución de la psoriasis fue de 13,5 años (1-40) y la mediana de la artritis psoriásica de 6,5 años (1-25). La psoriasis en placas se identificó en el 90% y en gotas en 2,0%. Las zonas de difícil tratamiento se hallaron en el 45,1% de los casos y los sitios afectados fueron la piel cabelluda en el 36,9%, las uñas en el 10,2%, la psoriasis inversa y genital en el 4,5% y la palmoplantar en el 1,9%. No se registraron diferencias en las variables demográficas entre los grupos. Los pacientes con PZDTX tuvieron un PASI de 6 contra 8 del grupo control ($p < 0,024$) y mayor deterioro en la calidad de vida evaluado por DLQI, 6,26 contra 3,39 ($p < 0,008$). En ambos grupos, el tipo de afectación más frecuente fue el poliarticular. Los pacientes con PZDTX tienen mayor riesgo de desarrollar dactilitis (OR 5,3; IC95% 2,3-12,4) y consumo de anti-TNF (OR 2,9; IC95% 1,3-6,3) y mayor número de entesis dolorosas, 2 contra 0,3 ($p < 0,043$).

Conclusiones: Los pacientes con psoriasis en zonas de difícil tratamiento muestran un deterioro notorio de la calidad de vida, un mayor riesgo para desarrollar dactilitis, más entesis dolorosas y recurren con mayor frecuencia al tratamiento biológico.

Bibliografía

1. Sarma N. Evidence and suggested therapeutic approach in psoriasis of difficult-to-treat areas: palmoplantar psoriasis, nail psoriasis, scalp psoriasis, and intertriginous psoriasis. *Indian J Dermatol.* 2017 Mar-Apr;62(2):113-122.
2. Lanna C, Galluzzi C, Zangrilli A, *et al.* Psoriasis in difficult to treat areas: treatment role in improving health-related quality of life and perception of the disease stigma. *J Dermatolog Treat.* 2022 Feb;33(1):531-534.

P19**CARACTERIZACIÓN DEL REPERTORIO DE FIBROBLASTOS EN LA ENFERMEDAD RELACIONADA A IgG4**

E. Martín-Nares, G. Hernández-Molina, D. Aguilar-León, N.O. Uribe-Urbe, J. Furuzawa-Carballeda

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una anomalía fibroinflamatoria sistémica caracterizada por la infiltración tisular de células plasmáticas IgG4+. La fibrosis en los órganos blancos es una de las características principales de la enfermedad. Diversos subtipos de fibroblastos se han referido en enfermedades fibróticas. El repertorio de fibroblastos tisulares en la ER-IgG4 no se ha explorado.

Objetivo: Determinar los subtipos de fibroblastos tisulares en pacientes con ER-IgG4.

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a pacientes que cumplieran con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2019 para ER-IgG4 y que tenían disponible una muestra de tejido. Los pacientes se categorizaron en fenotipos clínicos: pancreatobiliar, retroperitoneal/aórtico, limitado a cabeza y cuello, Mikulicz/sistémico, indefinido, proliferativo y fibrótico. Se determinaron por inmunohistoquímica los siguientes subtipos de fibroblastos: lipofibroblastos (PPAR- γ /vimentina+), miofibroblastos (α -actina+/FN-ED-A+) y células progenitoras miofibrogénicas (AXIN2 o conductina+/vimentina+). Se examinaron al menos dos secciones de tejido y tres campos ($\times 400$) por cada biopsia. Las células doblemente inmunoteñidas se expresaron como el porcentaje de células inmunorreactivas. Los resultados se muestran como la mediana (IQR) de células cuantificadas.

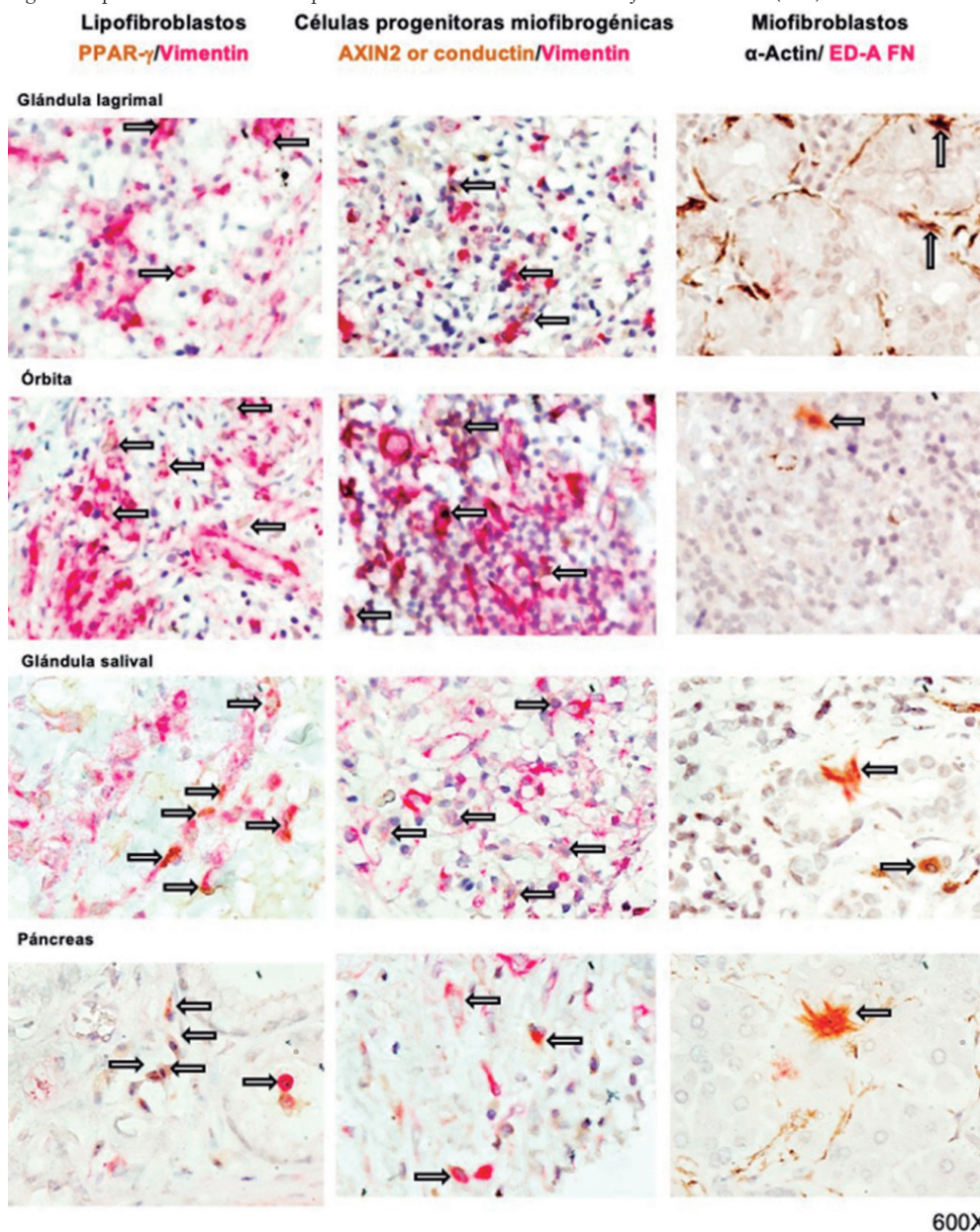
Resultados: Se incluyeron 23 muestras de tejidos de 21 pacientes con una edad media al diagnóstico de $45,3 \pm 12,5$ años; 13 (62%) eran mujeres. Tres (14,3%) pertenecían al fenotipo pancreatobiliar, 2 (9,5%) al retroperitoneal/aórtico, 6 (28,6%) al limitado a cabeza y cuello, 9 (42,8%) a Mikulicz/sistémico, y 1 (4,7%) a indefinido, mientras que 15 (71,4%) lo hacían al fenotipo proliferativo y 6 (28,6%) al fenotipo fibrótico. Los tejidos correspondían a 14 biopsias incisionales y nueve excisionales o muestras quirúrgicas (órbita = 10, glándulas salivales = 4, páncreas = 4, ganglio = 3, vesícula biliar = 1, retroperitoneo = 1). Todas las biopsias mostraban infiltrados linfoplasmocitarios densos y fibrosis, dispuestos en un patrón estoriforme solo en 10 (43,5%) y flebitis obliterativa en 3 (13%). La mediana de células plasmáticas IgG4+ fue de 50 (IQR 30-100) y la mediana de la relación IgG4+/IgG+ fue del 60,5% (IQR 36-100). Los porcentajes de lipofibroblastos (7% [RIC 5,3-8]) y células progenitoras miofibrogénicas (7,8% [RIC 4,5-10,5]) fueron mayores en comparación con los miofibroblastos (2,3% [RIC 1,7-3,5]; $p < 0,0001$) (Figura 1). Los porcentajes de miofibroblastos fueron mayores en las biopsias de órbita en comparación con biopsias de páncreas (3,1% [RIC 2-4,3] vs. 1,7% [IQR 1,2-2,4], $p = 0,02$). Los porcentajes de células progenitoras miofibrogénicas fueron mayores en las biopsias de glándulas salivales en comparación con las biopsias de páncreas (8,5% [RIC 7,8-9] vs. 4,2% [IQR 1,7-5,6], $p = 0,02$). No se identificaron diferencias en los porcentajes de los tres subtipos de fibroblastos entre los diferentes fenotipos clínicos.

Conclusiones: Estos hallazgos muestran la presencia de un repertorio heterogéneo de fibroblastos en ER-IgG4. Los miofibroblastos predominaron en biopsias de órbita y las células progenitoras miofibrogénicas en biopsias glándulas salivales. La distribución de los subtipos de fibroblastos puede estar influida por las características específicas del microambiente tisular en diferentes órganos.

Bibliografía

1. Plikus MV, Wang X, Sinha S, *et al.* Fibroblasts: origins, definitions, and functions in health and disease. *Cell.* 2021 Jul 22;184(15):3852-3872.
2. Della-Torre E, Feeney E, Deshpande V, *et al.* B-cell depletion attenuates serological biomarkers of fibrosis and myofibroblast activation in IgG4-related disease. *Ann Rheum Dis.* 2015 Dec;74(12):2236-43.

Figura 1. Microfotografías representativas de los subtipos de fibroblastos en los diferentes tejidos analizados. (P19)



P20

ANÁLISIS TRANSCRIPTÓMICO DE LA RESPUESTA DE DEFENSA A BACTERIAS EN LAS ARTICULACIONES DE RATONES DBA/1 CON ESPONDILOARTRITIS

S.A. González-Chávez, R. Prieto-Carrasco, M. Loya-Rivera, E. Chaparro-Barrera, C. Pacheco-Silva, P.E. Barrón-Hernández, C. Pacheco-Tena
Universidad Autónoma de Chihuahua

Introducción: La patogenia de las espondiloartritis (EA) incluye factores genéticos y ambientales, en los cuales el microbioma juega un papel fundamental. La existencia de un microbioma articular se ha descrito en fecha reciente para otras enfermedades reumáticas y la ha confirmado este grupo

de investigación en el modelo de EA murina del ratón DBA/1 mediante secuenciación metagenómica. Los mecanismos precisos de interacción entre el microbioma y las células articulares vinculados con el proceso inflamatorio aún no se conocen, por lo que su descripción es fundamental para el entendimiento de la patogenia de las EA y el desarrollo de nuevos blancos terapéuticos.

Objetivo: Analizar los mecanismos de respuesta de defensa a bacterias en la articulación de ratones DBA/1 con EA mediante análisis transcriptómico.

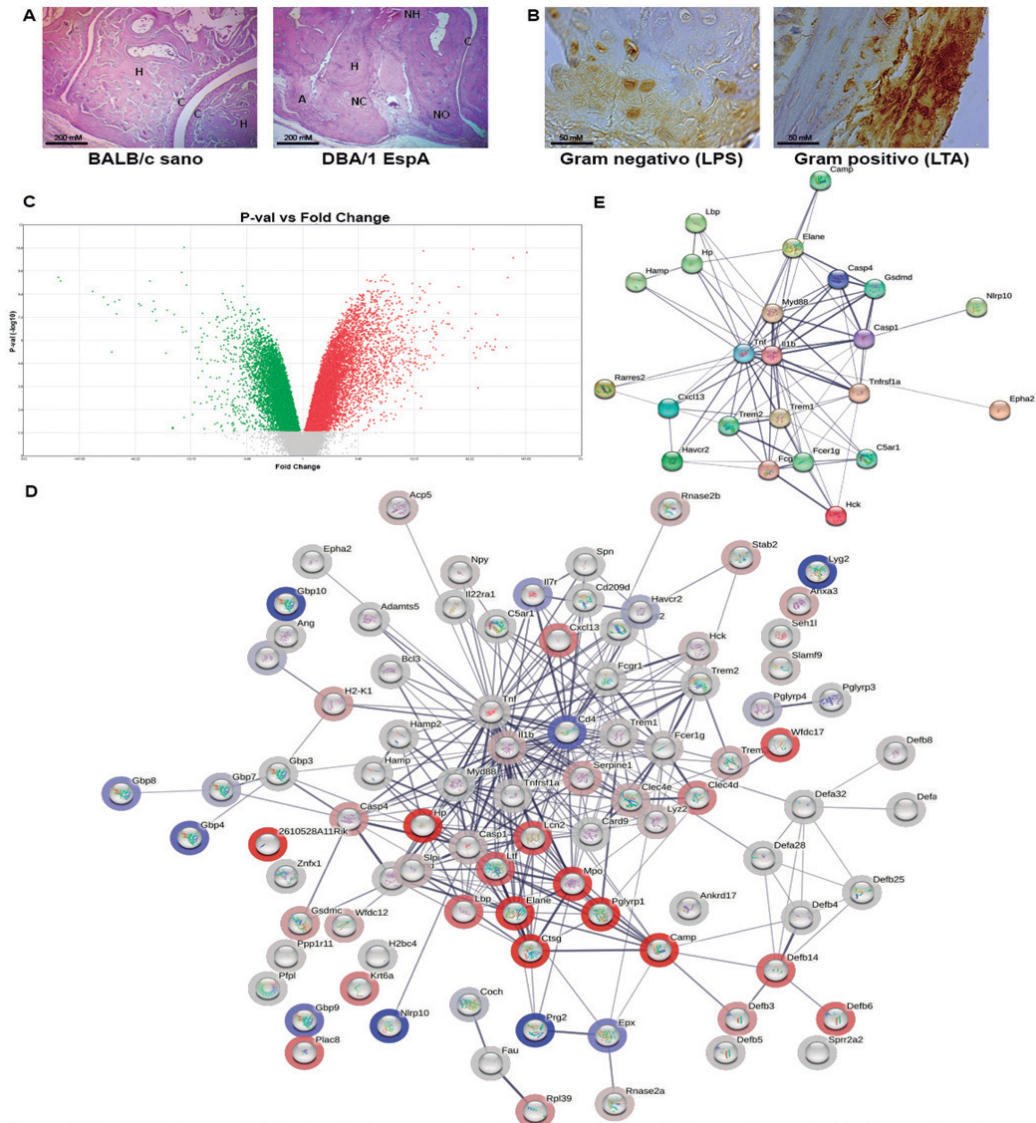
Material y métodos: El modelo de EA se generó de acuerdo con la descripción del modelo de artritis espontánea en ratones DBA/1 (n = 10). El grupo control (n = 10) se integró con ratones BALB/c sanos. Después del confinamiento, los ratones se sacrificaron y las patas traseras se disectaron y preservaron en formol o nitrógeno líquido para su análisis histológico o genético. El análisis histológico incluyó la confirmación de la inflamación y remodelación articular en los ratones DBA/1 y la

identificación de componentes bacterianos (lipopolisacárido [LPS] y ácido lipoteicoico [LTA]) mediante inmunohistoquímica (IHQ). Para el análisis transcriptómico, el RNA total se extrajo de las patas traseras de los ratones y se procesó de acuerdo con lo descrito para los microarreglos GeneChips Clariom™ D. Se obtuvo la lista de genes diferencialmente expresados (GDE) en los ratones con EA respecto de los BALB/c sanos para luego analizarla en la plataforma bioinformática STRING v.12.0 (<https://string-db.org/>), con la que se identificaron los GDE relacionados con el proceso de respuesta de defensa a bacterias. De los genes de este proceso se obtuvo la subred de aquellos que se vinculaban con el proceso de respuesta inflamatoria.

Resultados: La inflamación y la remodelación articular se confirmaron en los ratones con EA mediante tinciones de H-E (**Figura 1A**). La presencia de LPS y LTA en las articulaciones se detectó con IHQ en los ratones enfermos y sanos (**Figura 1B**). El análisis transcriptómico reveló la expresión

diferencial de 8,832 genes en las patas de los ratones con EA en comparación con los sanos (**Figura 1C**), de los cuales 90 se relacionaron de forma significativa con el proceso biológico de respuesta de defensa a bacterias (GO:0042742, FDR: 6.84 e-06) (**Figura 1D**). Los genes de la lisozima g similar a la proteína 2 (LYG2) de la proteína básica mayor de los gránulos de eosinófilos (PRG2) y la proteína 10 que contiene dominios NACHT, LRR y PYD (NLRP10) fueron los más sobreexpresados en los ratones enfermos, mientras que los genes de la catepsina G (CTSG), proteína 1 de reconocimiento de peptidoglucano (PGLYRP1), péptido antimicrobiano relacionado con cathelina (CAMP) y la cadena alfa de haptoglobina (HP) fueron los más infraexpresados (**Tabla 1**). Veintitrés de los genes del proceso de respuesta de defensa a bacterias también se relacionaron con el proceso de respuesta inflamatoria (GO:0006954), incluidos I11b y TNF (**Figura 1E**).

Figura 1. Análisis transcriptómico de la respuesta de defensa a bacterias en las articulaciones de ratones DBA/1 con espondiloartritis. (A) Imágenes representativas del análisis histológico de las patas traseras de ratones DBA/1 con EAD (derecha) y ratones BALB/c sanos (izquierda) en las que se identificó cartilago (C), hueso (H), neoformación condral (NC), neoformación ósea (NO) y anquilosis (A). (B) Inmunodetección de los componentes bacterianos ácido lipoteicoico (LTA) y lipopolisacárido (LPS) en las estructuras articulares murinas. (C) Gráfica de volcán de los genes diferencialmente expresados (GDE) en la articulación tarsal de ratones DBA/1 con EA respecto de los ratones sanos. (D) Red de interacción proteína-proteína (IPP) de los GDE en las articulaciones tarsales de ratones con EA relacionados con el proceso de respuesta de defensa a bacterias. En rojo aparecen los genes sobreexpresados y en azul los infraexpresados; la intensidad del halo de color se refiere a la magnitud de la desregulación. (E) Red de IPP de los GDE compartidos entre el proceso de respuesta de defensa a bacterias y el proceso inflamatorio. (P20)



Conclusiones: La respuesta de defensa a bacterias en la articulación de ratones con EA es diferente a la de ratones sanos e incluye la expresión diferencial de genes vinculados con el proceso inflamatorio, lo que sugiere su participación en la patogénesis de la enfermedad.

Bibliografía

1. Longo UG, Lalli A, Bandini B, et al. Role of the gut microbiota in osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and spondylarthritis: an update on the gut–joint axis. *IJMS*. 13 de marzo de 2024;25(6):3242.
2. Gilat R, Yazdi AA, Weissman AC, et al. The gut microbiome and joint microbiome show alterations in patients with knee osteoarthritis versus controls: a systematic review. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*. Mayo de 2024; S0749806324003700.

Tabla 1. Genes relacionados con el proceso biológico de respuesta de defensa a bacterias diferencialmente expresados en las patas de ratones DBA/1 con espondiloartritis (log2FC: > 2,0 o < -2,0). (P20)

Símbolo	Nombre	Cambio (Log2FC)
LYG2	<i>Lysozyme g-like protein 2</i>	-7,89
PRG2	<i>Eosinophil granule major basic protein</i>	-7,11
NLRP10	<i>NACHT, LRR and PYD domains-containing protein 10</i>	-5,53
GBP10	<i>Guanylate-binding protein 10</i>	-4,94
GBP4	<i>Guanylate binding protein 4.1</i>	-3,18
CD4	<i>T-cell surface glycoprotein CD4</i>	-3,06
GBP9	<i>Guanylate-binding protein 9</i>	-3,03
EPX	<i>Eosinophil peroxidase heavy chain</i>	-2,76
GBP8	<i>Guanylate-binding protein 8</i>	-2,66
IL7R	<i>Interleukin-7 receptor subunit alpha</i>	-2,46
HAVCR2	<i>Hepatitis A virus cellular receptor 2 homolog</i>	-2,24
GBP7	<i>Guanylate-binding protein 7</i>	-2,21
MR1	<i>Major histocompatibility complex class I-related gene protein</i>	-2,15
PGLYRP4	<i>Peptidoglycan recognition protein 4</i>	-2,14
COCH	<i>Cochlin</i>	-2,1
NPY	<i>C-flanking peptide of NPY</i>	2,0
TNFRSF1A	<i>Tumor necrosis factor receptor superfamily member 1A</i>	2,0
TREM1	<i>Triggering receptor expressed on myeloid cells 1</i>	2,02
FCER1G	<i>High affinity immunoglobulin epsilon receptor subunit gamma</i>	2,02
SLAMF9	<i>SLAM family member 9</i>	2,09
RNASE2A	<i>Ribonuclease, RNase A family, 2A</i>	2,16
HCK	<i>Tyrosine-protein kinase HCK</i>	2,17
LYZ2	<i>Lysozyme C-2</i>	2,18
CASP1	<i>Caspase-1 subunit p10</i>	2,21
ACP5	<i>Tartrate-resistant acid phosphatase type 5</i>	2,22
SLPI	<i>Antileukoproteinase</i>	2,25
RNASE2B	<i>Ribonuclease 2B</i>	2,32
CLEC4E	<i>C-type lectin domain family four member E</i>	2,36
IL1B	<i>Interleukin-1 beta</i>	2,39
TREM3	<i>Triggering receptor expressed on myeloid cells 3</i>	2,4
WFDC12	<i>WAP four-disulfide core domain protein 12</i>	2,41
STAB2	<i>Short form stabilin-2</i>	2,45
ANXA3	<i>Annexin A3</i>	2,5
SERPINE1	<i>Plasminogen activator inhibitor 1</i>	2,6
H2-K1	<i>H-2 class I histocompatibility antigen, K-B alpha chain</i>	2,63
GSDMC	<i>Gasdermin-C</i>	2,67
CASP4	<i>Caspase-4 subunit p10</i>	2,76
DEFB3	<i>Beta-defensin 3</i>	2,88
RPL39	<i>60S ribosomal protein L39</i>	2,99
CLEC4D	<i>C-type lectin domain family 4 member D</i>	3,16

KRT6A	<i>Keratin, type II cytoskeletal 6A</i>	3,27
CXCL13	<i>C-X-C motif chemokine 13</i>	3,31
PLAC8	<i>Placenta-specific gene 8 protein</i>	3,76
LBP	<i>Lipopolysaccharide-binding protein</i>	3,83
DEFB14	<i>Beta-defensin 14</i>	3,89
LTF	<i>Lactotransferrin</i>	3,91
DEFB6	<i>Beta-defensin 6</i>	3,97
LCN2	<i>Neutrophil gelatinase-associated lipocalin</i>	4,33
WFDC17	<i>Activated macrophage/microglia WAP domain protein</i>	4,54
MPO	<i>Myeloperoxidase heavy chain</i>	6,16
ELANE	<i>Neutrophil elastase</i>	6,51
2610528A11RIK	<i>Protein GPR15L</i>	7,72
HP	<i>Haptoglobin alpha chain</i>	8,64
CAMP	<i>Cathelin-related antimicrobial peptide</i>	9,09
PGLYRP1	<i>Peptidoglycan recognition protein 1</i>	11,12
CTSG	<i>Cathepsin G</i>	11,56

P21

LAS TRAMPAS EXTRACELULARES DE NEUTRÓFILOS PROMUEVEN RESPUESTAS PROINFLAMATORIAS EN MACRÓFAGOS DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

Y. Reyna-Juárez, M.J. Ostos-Prado, B. Alcalá-Carmona, K. Santana-De Anda, D. Gómez-Martín, J.J. Torres-Ruiz

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La dermatomiositis (DM) y el síndrome antisintetasa (SA) son fenotipos clínicos de miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) con prominente afectación perifascicular en la que intervienen linfocitos, macrófagos, células dendríticas plasmocitoides, micociots y trampas extracelulares de neutrófilos (NET, *neutrophil extracellular traps*); estas últimas han demostrado promover una respuesta inflamatoria. Hasta el momento se desconoce el efecto proinflamatorio de las NET en macrófagos de pacientes con MII y controles sanos (CS).

Objetivo: Evaluar la respuesta celular de macrófagos diferenciados *in vitro* provenientes de pacientes con MII y CS ante el estímulo con NET espontáneas.

Material y métodos: En este estudio transversal se incluyó a pacientes con MII de acuerdo con los criterios EULAR/ACR 2017 y de Connor para SA. Todos los pacientes cumplieron el criterio de actividad moderada a grave de la enfermedad de acuerdo con los siguientes parámetros: MMT8 (Evaluación muscular manual de ocho grupos musculares) ≤ 136 puntos y al menos dos de las siguientes anormalidades: EVA (escala visual análoga) del médico, paciente o extramuscular ≥ 2, HAQ-DI (Cuestionario de evaluación de la salud, versión española) > 0,25 y cualquier enzima muscular dos veces el valor superior normal (CPK, DHL, Aldolasa, AST, ALT). Asimismo, participaron CS sin antecedente personal o familiar de enfermedades autoinmunitarias. A partir de sangre venosa periférica se aislaron neutrófilos de densidad normal para obtener NET espontáneas y monocitos CD14+ mediante columnas magnéticas para diferenciación hacia macrófagos *in vitro* con estimulación de GM-CSF durante siete días. Los macrófagos *in vitro* se estimularon con 50 µg de NET espontáneas durante seis horas y a continuación se recuperaron los sobrenadantes para evaluar la secreción de 29 citocinas y quimiocinas por luminometría. En los macrófagos se evaluó la firma de interferón mediante reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real (RT-qPCR) a través de la expresión diferencial de los genes *ISG15*, *IFI44*, *IFI44L*, *IFI27*, *IFIT1*, *CXCL9*, *CIITA* y *RSAD2*, calculada con la ecuación ΔΔCt.

Resultados: Se incluyó a 23 pacientes diagnosticados con DM (52,2%) y SA (47,8%), así como ocho CS. En la **Figura 1A-G** se observa que los macrófagos de pacientes con MII tuvieron mayor expresión relativa de genes regulados por interferón correspondientes a la firma de interferón tipo I (*IFI27*,

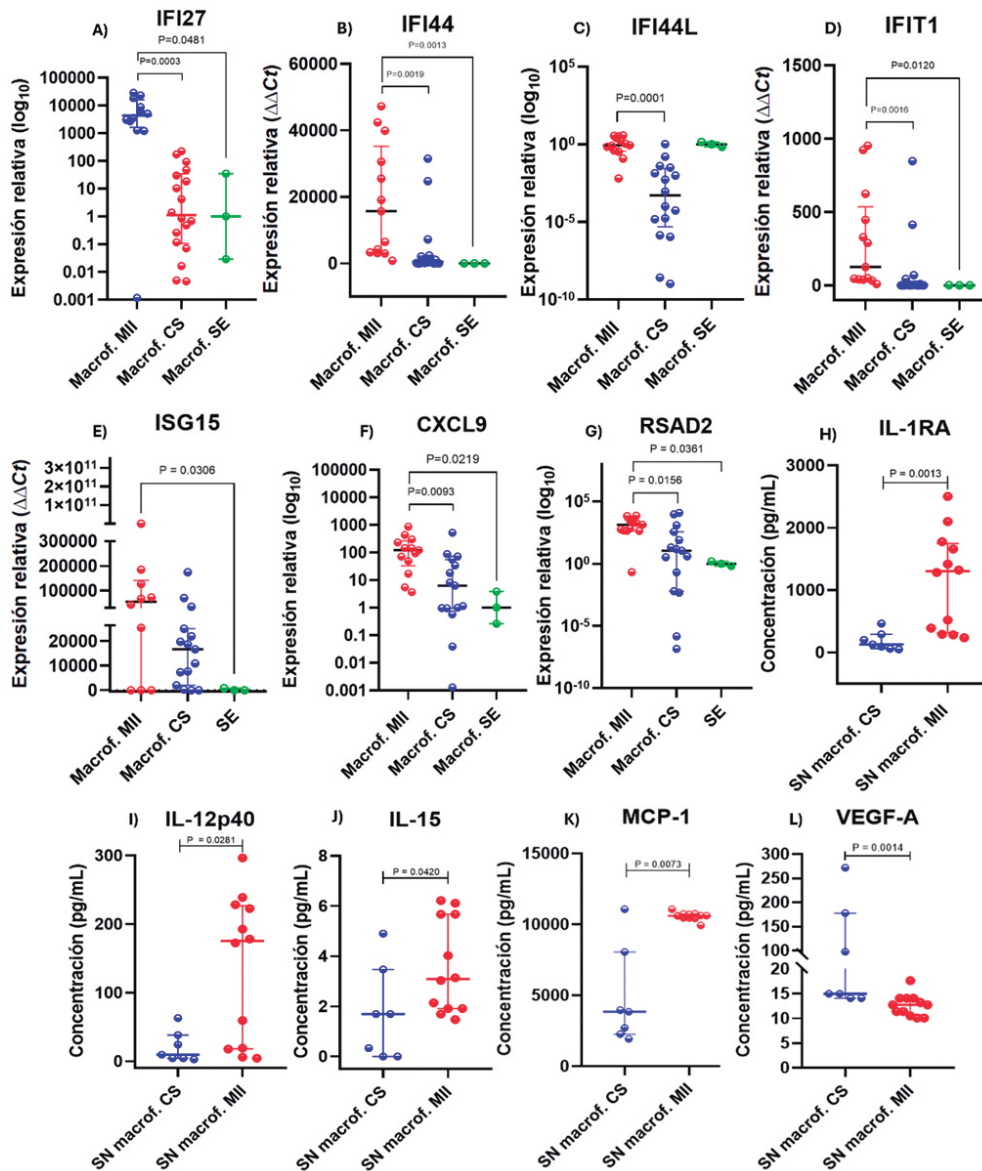
IFI44, IFI44L, IFIT1) y tipo II (CXCL9 y RSAD2) en comparación con macrófagos de CS y macrófagos sin estímulo (SE) (IFI27, $p = 0,0481$; IFI44, $p = 0,0013$; IFIT1, $p = 0,0120$; CXCL9, $p = 0,0219$; RSAD2, $p = 0,0361$), mientras que el gen *ISG15* solo tuvo diferencia respecto del grupo de macrófagos SE ($p = 0,0306$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la expresión relativa del gen *CIITA*. En la **Figura 1H-L** se advierte que los macrófagos de pacientes con MII tuvieron mayor expresión diferencial de IL-1RA (127,3 vs. 1,303; $p = 0,0013$), IL-12p40 (175,4 vs. 9,56; $p = 0,0281$), IL-15 (3,085 vs. 1,69; $p = 0,0420$) y MCP-1 (10,610 vs. 3,849; $p = 0,0073$) respecto de los macrófagos de CS. Asimismo, los macrófagos de CS expresaron mayor concentración de VEGF-A en comparación con los macrófagos de pacientes con MII (14,98 vs. 12,75; $p = 0,0014$).

Conclusiones: Los macrófagos de pacientes con MII activas estimulados con NET inducen la expresión de interferones y citocinas proinflamatorias que promueven la activación y atracción de células inmunitarias descritas en la fisiopatología de las MII, lo cual relaciona a macrófagos y NET en la inducción y progresión de la patología perifascicular en MII.

Bibliografía

1. Sag E, Kale G, Haliloglu G, *et al.* Inflammatory milieu of muscle biopsies in juvenile dermatomyositis. *Rheumatol Int.* 2021;41(1):77-85.
2. Ma W, Zhu J, Bai L, *et al.* The role of neutrophil extracellular traps and proinflammatory damage-associated molecular patterns in idiopathic inflammatory myopathies. *Clin Exp Immunol.* 2023;213(2):202-8.

Figura 1. Evaluación de la respuesta celular de macrófagos *in vitro* estimulados con NET. Cada figura representa un valor individual. Las barras representan la mediana y las líneas el intervalo intercuartílico. (A-G) Los macrófagos de pacientes con MII (rojo) mostraron mayor expresión relativa de genes regulados por interferón correspondientes a la firma del interferón tipo I (A, B, C, D, E) y tipo II (F, G) en comparación con macrófagos de controles sanos (azul) y macrófagos sin estímulo (verde). Pruebas de Kruskal-Wallis y *post hoc* de Dunn. Solo se muestran las comparaciones estadísticamente significativas. (H-L) Expresión diferencial de citocinas y quimiocinas en sobrenadantes de macrófagos de controles sanos (azul) y pacientes con MII (rojo). Los sobrenadantes de macrófagos de pacientes con MII expresaron mayor concentración de IL-1RA (H), IL-12p40 (I), IL-15 (J) y MCP-1 (K), en tanto que el sobrenadante de macrófagos de controles sanos expresó mayor concentración de VEGF-A (L). Prueba U de Mann Whitney. Solo se muestran las comparaciones estadísticamente significativas. (P21)



P22

ASOCIACIÓN DE DETERIORO COGNITIVO MEDIDO POR MoCA Y NIVELES PLASMÁTICOS DE GDF-15 EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS

E. Aranda-Cano, J. Roldán-Ortega, Y. Juárez-Vicuña, F. Sánchez-Muñoz, I. Palafox-Sosa, L.A. Viruel-Mejía, D. Vera-Bustamante, L.H. Silveira-Torre, A. Vargas-Guerrero, M.N. Quintanar-Cuevas, E.G. Bautista-Jiménez, L.A. Martínez-Martínez

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El factor de crecimiento de diferenciación 15 (GDF-15), también conocido como citocina inhibidora de macrófagos (MIC)-1, miembro de la superfamilia del factor de crecimiento transformador β , es una citocina inflamatoria inducida por estrés que aumenta con la lesión tisular. Se expresa de forma predominante en miocardiocitos, adipocitos, macrófagos y células de músculo liso endotelial y vascular. Se ha documentado la relación de esta molécula con el riesgo cardiovascular en pacientes con SAF mediante la medición del grosor íntima-media carotídeo; por otro lado, se ha notificado que los valores elevados de GDF-15 se relacionan con el rendimiento cognitivo en adultos mayores en la población general. La vinculación del deterioro cognitivo leve u otras manifestaciones clínicas del SAF con los valores plasmáticos de GDF-15 no se ha estudiado.

Objetivo: Determinar la correlación entre el deterioro cognitivo medido por MoCA y los valores plasmáticos de GDF-15 en pacientes con SAF.

Material y métodos: Se estudió a 29 pacientes con SAF y 23 controles sanos pareados por edad, sexo e índice de masa corporal. Se invitó a los participantes durante el tiempo de espera de la consulta externa de reumatología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez del 5 enero al 21 de mayo del 2024. Todos fueron objeto de la *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) y se les aplicaron los siguientes cuestionarios: *Damage Index in Antiphospholipid Syndrome* (DIAPS), *Patient Health Questionnaire* (PHQ9), *General Anxiety Disorder-7* (GAD7), *Health Assessment Questionnaire* (HAQ-DI), *EuroQol*, *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) y *Morinsky-Green* para valorar el apego al tratamiento. Los valores plasmáticos de GDF-15 se cuantificaron mediante *Human GDF-15 Immunoassay Quantikine ELISA* de Bio-Techne R&D Systems. Este protocolo recibió aprobación del comité de ética del instituto y todos los pacientes otorgaron su consentimiento informado. Se realizaron estadística descriptiva y análisis de normalidad con el instrumento de Kolmogorov-Smirnov. Se utilizaron las pruebas t de Student, U de Mann-Whitney, ji cuadrada o exacta de Fisher, según correspondiera. Las correlaciones se realizaron con el método de Spearman. Se consideró un valor de $p \leq 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Todos los pacientes con SAF cumplieron los criterios ACR 2023 y Sydney 2006, con 22 del sexo femenino y una media de 35 (26-46) años de edad; 17 pacientes tenían la forma primaria del síndrome y DIAPS 3 (2-4). Se reconoció una correlación negativa entre la puntuación de la prueba MoCA y los valores plasmáticos de GDF-15 ($\rho = -0,428, p = 0,020$) en los pacientes con SAF ($n = 29$), (Figura 1A). En Figura 1B se observa que la diferencia de los valores plasmáticos de GDF-15 entre pacientes y controles fue estadísticamente significativa (1262 pg/mL [705-1919] vs. 456 pg/mL [308-810]; $p = 0,002$). Las escalas PHQ9, GAD7, HAQ-DI y EuroQol son diferentes entre pacientes y controles ($p \leq 0,05$), mientras que las escalas de actividad física y apego al tratamiento no fueron significativas.

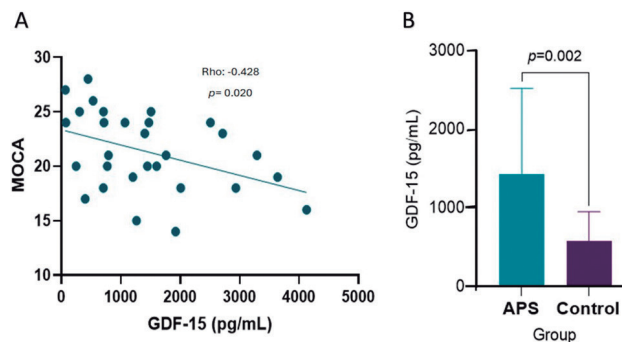
Conclusiones: El deterioro cognitivo en pacientes con SAF se acompaña de valores plasmáticos de GDF-15; en realidad, los individuos con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos tienen cifras más elevadas. El GDF-15 puede tener un papel potencial como marcador de deterioro cognitivo leve. Se necesitan más estudios para establecer este hallazgo.

Bibliografía

1. Wischhusen J, Melero I, Fridman WH. Growth/differentiation factor-15 (gdf-15): from biomarker to novel targetable immune checkpoint. *Front Immunol*. 2020 May 19;11:951.
2. Tektonidou MG, Papassotiropoulos I, Sfikakis PP. Growth differentiation factor 15 (GDF-15) as potential cardiovascular risk biomarker

in antiphospholipid syndrome. *Rheumatology (Oxford)*. 2021 Dec 24;61(1):394-99.

Figura 1. (P22)



P23

EFFECTO DEL POLI-ÁCIDO-GÁLICO (pAG) EN LA REDUCCIÓN DEL DAÑO CELULAR INDUCIDO POR CRISTALES DE URATO MONOSÓDICO EN MACRÓFAGOS

Y. Zamudio-Cuevas¹, R. Sánchez-Sánchez¹, V. Martínez-López¹, J. Fernández-Torres¹, A. López-Macay¹, I.N. Serratos-Álvarez¹, L.A. Carrasco-Sánchez¹, K. Martínez-Flores¹, A. Romero-Montero², C. Hernández-Valencia², M. Gimeno-Seco²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽²⁾Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: El antioxidante poliacido gálico (pAG) se ha utilizado para proteger la viabilidad de las células de los daños ocasionados por cristales de urato monosódico (CUM) en modelos *in vitro* de gota, dado que posee propiedades antiinflamatorias y antifagocíticas; no obstante, los CUM pueden activar distintas vías moleculares de estrés oxidante a través de la generación de especies reactivas de oxígeno (ERO), como anión superóxido (O₂⁻), óxido nítrico (ON) y muerte celular por apoptosis o necrosis.

Objetivo: Valorar el efecto del pAG como antioxidante a través de la detección de O₂⁻ y ON en un modelo *in vitro* de gota con uso de macrófagos, así como en la muerte celular inducida por los CUM.

Material y métodos: Se activaron células monocíticas THP-1 con forbol miristato acetato (PMA) y estimularon con 100 mg/mL de CUM durante 24 h. De modo adicional se estimularon con 100 µg/mL de pAG (p100) y 200 µg/mL (p200). El control consistió en células activadas con PMA sin CUM y pAG. La apoptosis y la necrosis se analizaron mediante citometría de flujo (CF) y microscopía de fluorescencia a través del Annexin V/EthD-1 kit. Se evaluaron O₂⁻ y ON por la oxidación del dihidroetidio y el diacetato de 4-amino-5-metilamina-2,7-difluorofluoresceína, respectivamente, por CF. Los estudios se realizaron por triplicado. Los resultados se agruparon para ANOVA con *post hoc* de Tukey.

Resultados: Los CUM atenuaron 26,68% la viabilidad celular en comparación con el control (68,08%); esta reducción se debe a un aumento de la apoptosis (37,24%). En células con CUM y p100 se detectó un incremento de 42,26% en la población de células vivas y de 48,81% cuando se empleó p200, en comparación con las de CUM (26,68%). Ambas dosis de pAG redujeron la población apoptótica a 25,92% (p100) y 7,16% (p200); p100 redujo la población doble positiva (anexina V/EthD-1) al 27,15% y 20,6% cuando se empleó p200, en comparación con el grupo de CUM (37,24%). En la producción de O₂⁻ se reconoció un incremento de 9,66% de las células expuestas a CUM (52,6 ± 16%) en comparación con el control (43 ± 8%); p100 y p200 redujeron significativamente el O₂⁻ a 40,3 ± 8% y 37,3 ± 1%, respectivamente. El ON decreció cuando se empleó p100 (12,3 ± 3,2%) y p200 (11,3 ± 5,1%) en comparación con los CUM (22,6 ± 1,5%).

Conclusiones: El pAG muestra un efecto protector significativo contra el daño celular inducido por los CUM y mejora la viabilidad de los macrófagos

al atenuar la apoptosis y la necrosis, y disminuir las ERO, lo que sugiere un potencial como agente terapéutico para reducir los efectos patogénicos de los CUM en la gota.

Bibliografía

1. Zamudio-Cuevas Y, Martínez-López V, Luján-Juárez IA, et al. Anti-inflammatory and antioxidant effect of poly-gallic acid (PGAL) in an in vitro model of synovitis induced by monosodium urate crystals. *Inflammation*. 2022, doi:10.1007/S10753-022-01676-3.
2. Zamudio-Cuevas Y, Martínez-López V, López-Macay A, et al. Antiphagocytic properties of polygallic acid with implications in gouty inflammation. *Inflammation*. 2023;46:1952-1965, doi:10.1007/S10753-023-01852-Z/METRICS.

Tabla 1. (P23)

	EthD-1+	EthD-1/anexinV	Negativas	Anexina V+
Control	29,13	1,78	68,08	1,01
CUM	5,01	37,24	26,68	31,07
P100+CUM	4,67	27,15	42,26	25,92
P200+CUM	23,37	20,66	48,81	7,16
P100	7,48	28,87	44,17	19,49
P200	53,62	0,3	45,53	0,54

Se muestra el porcentaje de células positivas para anexina V, EthD-1, doblemente marcadas y no teñidas (negativas) de cada condición experimental.

P24

CONSTRUCCIÓN DE UN ÍNDICE PREDICTIVO DE MIOSITIS REFRACTARIA (ReMPI) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

A. Gaytán-García de Alba, N. Mejía-Domínguez, Y. Reyna-Juárez, B. Alcalá-Carmona, M.J. Ostos-Prado, A. Hernández-López, D. Gómez-Martín, J. Torres-Ruiz

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Una proporción considerable de pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) se halla en riesgo de desarrollar enfermedad refractaria, que los predispone al daño acumulado, la toxicidad del tratamiento y la discapacidad.

Objetivo: Identificar en fase temprana a pacientes con riesgo de enfermedad refractaria al tratamiento en las miopatías inflamatorias idiopáticas.

Material y métodos: Para este estudio de cohorte prospectivo se inscribió a 200 pacientes que cumplieron los criterios de clasificación ACR/EULAR para MII en la cohorte *Myositis Translational Research Cohort Salvador Zubirán* (MYOTReCSZ) del 2015 al 2024. Se incluyó a los pacientes con dermatomiositis juvenil y miositis por cuerpos de inclusión. Los pacientes fueron seguidos para evaluar la actividad de la enfermedad, daño acumulado y cambios en el tratamiento inmunosupresor. Al punto basal, es decir, al momento de incorporación a la cohorte, se evaluaron los anticuerpos específicos y relacionados con la miositis mediante el *Lineblot* de EUROIMMUN. El desenlace primario fue el desarrollo de enfermedad refractaria, definida como falla a la inducción a la remisión después de un curso de tratamiento con glucocorticoides a dosis óptimas o falta de mejoría después del tratamiento de segunda línea. Se evaluaron los predictores basales de enfermedad refractaria con el modelo de regresión logística multivariada que mostró el criterio de información de Akaike más bajo y se calculó la razón de momios (RM) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se determinó el punto de corte para cada una de estas variables y se creó el ReMPI (*Refractory myositis predictive index*), tras asignar un valor numérico para cada RM. Se calculó el punto de corte ideal para el ReMPI, su capacidad predictiva corregida por optimismo y se realizó una validación interna mediante *bootstrap*.

Resultados: La mayoría de las pacientes correspondió a mujeres (73,5%). La mediana y rango intercuartílico (RIC) de edad al momento de la inclusión fue de 44,5 años (32,0-55,5) y el diagnóstico más frecuente fue el de dermatomiositis (84%). Hasta 64 pacientes (32%) tuvieron enfermedad refractaria.

Al momento basal, los pacientes con enfermedad refractaria registraron con mayor frecuencia anticuerpos anti-TIF1-g (11 [17,1%] vs. 5 [3,6%], p = 0,001) y un tiempo más corto del inicio de la enfermedad al diagnóstico (4 meses [1,0-8,2] vs. 6 [2,0-10,5], p = 0,05). También tuvieron una mayor actividad cutánea y gastrointestinal en el punto basal. La mediana de seguimiento fue de 44,3 meses (8,3-80,4). Al final del seguimiento, los pacientes con enfermedad refractaria tuvieron una mayor dosis acumulada de prednisona (15,1 g [8,6-26,0] vs. 9,7 [5,0-16,3], p = 0,0005). En la **Tabla 1** se muestran las RM (IC95%) de las variables predictivas basales, su punto de corte y los valores numéricos correspondientes para la creación del ReMPI. Con un punto de corte > 1, el ReMPI predijo la enfermedad refractaria con una RM (IC95%) de 3,57 (1,71-7,59) (p = 0,0006) y un área bajo la curva corregida por optimismo de 0,64 y mostró una buena validez interna y calibración, como se muestra en la **Figura 1**.

Conclusiones: El ReMPI es el primer índice para predecir enfermedad refractaria en pacientes con MII. Después de la validación externa, el ReMPI puede ser una herramienta clínica y fácilmente disponible para identificar a pacientes con MII que podrían beneficiarse de un tratamiento inmunosupresor inicial más radical para prevenir la toxicidad del tratamiento, la discapacidad y el daño acumulado.

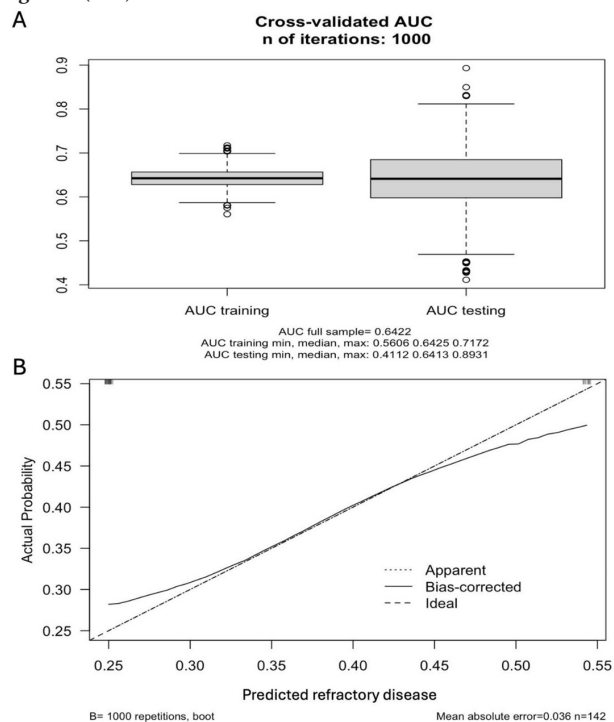
Bibliografía

1. Lundberg IE, de Visser M, Werth VP. Classification of myositis. *Nat Rev Rheumatol*. 2018 May;14(5):269-278.
2. McHugh NJ, Tansley SL. Autoantibodies in myositis. *Nat Rev Rheumatol*. 2018 Apr 20;14(5):290-302.

Tabla 1. (P24)

Variable	RM (IC95%)	p	Valor de corte	Puntuación
Anti-TIF-1γ	2,67 (0,72-11,1)	0,014	Positivo	2
Actividad gastrointestinal (EVA)	1,14 (1,01-1,27)	0,025	≥ 1	1
Actividad cutánea (suma)	1,03 (0,99-1,08)	0,09	≥ 9	1
Tiempo del inicio de los síntomas al diagnóstico (meses)	0,96 (0,91-0,99)	0,004	≤ 2	1

Figura 1. (P24)





Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



LIII Congreso Mexicano de Reumatología

SIMULTÁNEAS

S01

APLICACIÓN DE COLÁGENO-POLIVINILPIRROLIDONA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: EVALUACIÓN DE FUERZA PRENSIL

M.M. Castañeda-Martínez¹, E.M. Vega-Chávez¹, B. García-Arellano¹, C.V. Montiel-Castañeda¹, D.X. Xibille-Friedmann², A. Reyes-Salinas¹, G.A. Carmona-Lara¹, G. De Hoyos-Rodríguez¹, G. Olvera-Soto¹, S.M. Carrillo-Vázquez¹

⁽¹⁾Hospital Regional 1° de Octubre, ⁽²⁾Servicios de Salud del Estado de Morelos

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad autoinmunitaria sistémica con mayor prevalencia entre las afecciones musculoesqueléticas inflamatorias reumáticas. Las guías terapéuticas de la AR establecen que la estrategia más importante consiste en mantener el concepto *treat to target*, que hace referencia a alcanzar la remisión de la enfermedad o una actividad baja de esta. En distintos estudios se ha evaluado el uso de múltiples estrategias de tratamiento que influyan en el control sintomático, así como la mejoría de la funcionalidad y la calidad de vida. Algunos de estos estudios han sugerido que se consigue beneficio terapéutico con los tratamientos con colágeno.

Objetivo: Determinar el efecto de la aplicación de colágeno-polivinilpirrolidona (PVP) intramuscular en la actividad de la enfermedad en pacientes con AR, y el efecto que tiene en la calidad de vida, la funcionalidad y la fuerza prensil de la mano (FPM).

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio experimental, prospectivo, longitudinal y aleatorizado. Se incluyó a 42 pacientes con AR y tratamiento estable. Se aleatorizó a los individuos para asignarlos al grupo de colágeno-PVP, al que se le aplicó una dosis de 12,45 mg/sem de colágeno-PVP

intramuscular por cuatro semanas, o al grupo control sin aplicación de colágeno. Se llevó a cabo una evaluación basal y otra al mes y en ambas se midieron la actividad de la enfermedad, funcionalidad, calidad de vida y FPM cuantificada por dinamometría de mano. Se utilizó el dinamómetro Baseline® Digital BIMS; se efectuaron tres mediciones de la mano dominante y tres de la no dominante para obtener la fuerza promedio de cada mano y la fuerza máxima.

Resultados: El 90,4% de los pacientes correspondió al sexo femenino y, en cuanto al tratamiento, el 63,1% de los pacientes se encontraba bajo fármacos modificadores de la enfermedad biológicos o sintéticos dirigidos (bFARME/tsFARME), 15 pacientes (78,9%) consumían FARME convencionales y el 52,5% glucocorticoides. Para la medición de la actividad de la enfermedad se utilizó la escala clinimétrica *Clinical Disease Activity Index* (CDAI); en el grupo control (n = 19), la tendencia fue un aumento del CDAI o la ausencia de cambio; en el grupo de colágeno-PVP, los pacientes experimentaron una disminución de la mediana de la actividad de la enfermedad de 10 puntos (RIC, 6,25-13,75) a 6 (RIC, 3,13-8,87) (p = 0,092). Al medir la funcionalidad mediante el *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) se identificó una tendencia a la disminución tras la valoración inicial y al mes de los pacientes del grupo de colágeno-PVP, que mostraron una mejoría de la funcionalidad (p = 0,779). Respecto de la calidad de vida, en el grupo de colágeno-PVP se registró un aumento de los valores del *Quality of Life Rheumatoid Arthritis* (QoL RA II) y una mejoría estadísticamente significativa (p = 0,009). Se evidenció una tendencia al incremento de la fuerza máxima y fuerza promedio de la mano dominante y no dominante en el grupo de colágeno-PVP.

Conclusiones: Los resultados tras el uso de colágeno-PVP en pacientes con AR han mostrado una franca mejoría de la calidad de vida y una tendencia a la mejoría de la actividad de la enfermedad, funcionalidad y fuerza máxima de la mano no dominante. Se necesita la extensión de este estudio,

Tabla 1. Cambios en el grupo de colágeno-PVP IM y grupo control de las evaluaciones basal y al mes respecto de la funcionalidad con *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), calidad de vida con *Quality of Life Rheumatoid Arthritis* (QoL RA II), actividad de la enfermedad con *Clinical Disease Activity Index* (CDAI), y fuerza promedio y fuerza máxima en las manos dominante y no dominante en kilogramos (kgf). El valor de p se obtuvo mediante comparación de rangos con la prueba de Wilcoxon. (S01)

	Grupo colágeno-PVP		P	Grupo Control		P
	Evaluación basal	Evaluación al mes		Evaluación basal	Evaluación al mes	
HAQ mediana (RIC)	1,38 (1,13-1,62)	1,13 (0,97-1,28)	0,779	0,94 (0,64-1,24)	1,13 (0,88-1,38)	0,465
QoL RA II mediana (RIC)	7,25 (6,78-7,71)	7,62 (6,68-8,56)	0,009	7,99 (7,43-8,55)	7,87 (7,49-8,24)	0,553
CDAI mediana (RIC)	10 (6,25-13,75)	6 (3,13-8,87)	0,092	4 (1,75-6,25)	4,5 (1,38-7,62)	0,863
Fuerza máxima mano dominante (kgf) mediana (RIC)	12,8 (10,9-21,7)	14,3 (11,15-18,9)	0,534	17,3 (13,7-19,42)	17,0 (11,17-18,02)	0,310
Fuerza promedio mano dominante (kgf) mediana (RIC)	11,8 (9,45-19,6)	13,3 (10,55-17,8)	0,929	14,95 (12,47-16,65)	14,3 (10,85-16,67)	0,310
Fuerza máxima mano no dominante (kgf) mediana (RIC)	10,8 (10,35-19,25)	14,5 (11,65-17,4)	0,477	14,75 (11,57-19,27)	15,95 (13,22-17,2)	0,933
Fuerza promedio mano no dominante (kgf) mediana (RIC)	10,6 (8,8-18,4)	14,0 (10,4-15,85)	0,505	13,6 (11,07-17,82)	14,75 (12,12-16,4)	0,866

además de futuros protocolos clínicos que generen aún mayor evidencia del efecto benéfico de este biofármaco para considerarlo otra posibilidad terapéutica concomitante dentro del arsenal de opciones para la AR.

Bibliografía

- Smolen JS, Aletaha D, Barton A, *et al.* Rheumatoid arthritis. *Nat Rev Dis Primers.* 2018;4(1):1-23. doi:10.1038/nrdp.2018.1
- Furuzawa-Carballeda J, Fenutria-Ausmequet R, *et al.* Polymerized-type I collagen for the treatment of patients with rheumatoid arthritis. Effect of intramuscular administration in a double blind placebo-controlled clinical trial. *Clin Exp Rheumatol.* 2006 Sep-Oct;24(5):514-20. PMID: 17181919.

S02

REGULACIÓN DEL lncRNA NUTM2A-AS1 y GENES INFLAMATORIOS EN LA RESPUESTA A UNA DIETA BASADA EN PLANTAS EN AR: UN ENFOQUE TRASLACIONAL

M. Peña-Peña¹, E. Bermúdez-Benitez¹, J.L. Sánchez-Gloria¹, K.M. Rada-Pascual¹, L.M. Amezcua-Guerra¹, C. Tavera-Alonso¹, C.A. Guzmán-Martín¹, L. Jacobo-Albavera², L.H. Silveira-Torre¹, L.A. Martínez-Martínez¹, F. Sánchez-Muñoz¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽²⁾Instituto Nacional de Medicina Genómica

Introducción: Los RNA largos no codificantes (lncRNAs) han emergido como reguladores clave en la expresión génica y la respuesta inflamatoria, lo que sugiere su relevancia en la artritis reumatoide (AR). Además, han demostrado que las intervenciones dietéticas, en particular las dietas basadas en plantas pueden modular la inflamación; sin embargo, se desconocen los mecanismos moleculares vinculados con una respuesta favorable a una dieta basada en plantas en pacientes con AR.

Objetivo: Evaluar los cambios de lncRNAs y genes inflamatorios en la respuesta favorable a una dieta basada en plantas en pacientes con AR.

Material y métodos: Se inscribió a los pacientes de la consulta del departamento de reumatología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Los criterios de inclusión consideraron a pacientes con AR de 18 años, con DAS28-PCR de 2,6 a 5,1, y sin cambios en el tratamiento farmacológico en los tres meses anteriores al estudio. La intervención consistió en una dieta isocalórica basada en plantas con una duración de 15 días. Se evaluaron parámetros antropométricos y clínicos y se determinó la actividad de la enfermedad mediante DAS28-PCR de cuatro elementos. Se analizaron 84 lncRNAs (kit: RT2 lncRNA PCR Arrays Cat. No: 330721) y 84 genes de respuesta inflamatoria y autoinmunidad (kit: RT2 Profiler PCR Arrays Cat. No: 330231). Por último, se realizó un análisis bioinformático a través de miRNet 2.0.

Resultados: Se incluyó a 25 pacientes, de los cuales 21 completaron el protocolo. Se registraron diferencias en marcadores clínicos como la reducción del DAS28-PCR ($p < 0,001$), disminución de peso ($p = 0,014$), glucosa ($p = 0,022$), PCR ($p = 0,02$), colesterol total ($p = 0,0034$) y número de articulaciones inflamadas ($p = 0,005$) y dolorosas ($p < 0,001$) (Tabla 1). Se determinaron los valores de lncRNAs y genes inflamatorios en los siete pacientes con la mayor reducción de la puntuación DAS28-PCR (delta de cambio, 1-4 a 0.9). lncRNA NUTM2A-AS1 mostró un aumento significativo de la expresión tras la intervención ($p = 0,0043$). Por otro lado, el mRNA de CCR3 se incrementó en grado significativo ($p = 0,0043$), mientras que CD14 ($p = 0,049$) e IL-8 ($p = 0,049$) decrecieron (Figura 1A). Mediante el análisis bioinformático se identificó una vía potencial que participaba en la respuesta clínica, incluida la regulación de dos miRNAs: miR-27a-3p y miR-17-5p (Figura 1B).

Conclusiones: La respuesta favorable de pacientes con AR mostró cambios en la expresión del lncRNA NUTM2A-AS1. Además, se identificó una vía potencial que intervenía en la respuesta favorable a una dieta basada en plantas a corto plazo. Estos resultados sugieren que el lncRNA NUTM2A-AS1 podría participar en los cambios favorables en la respuesta clínica a una dieta basada en plantas.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes con AR. (S02)

Datos demográficos ¹	Pacientes AR (n = 23)		
Edad en años	56 (51-63)		
Sexo femenino, n (%)	22 (95)		
IMC (kg/m ²)	29,50 (25,80-33,05)		
DAS28-CRP	4,04 (3,33-4,7)		
	Basal ²	14 días ³	Valor p ⁴
Peso (kg)	65,50 (60,75-83,05)	64,70 (59,25-83,65)	0,014
ICC	0,88 (0,84-0,94)	0,89 (0,84-0,92)	0,313
IMC(kg/m ²)	29,50 (25,80-33,05)	29,20 (25,15-32,75)	0,001
% grasa corp	44,40 (37,10-48,05)	45,00 (37,25-49,40)	0,736
% grasa visc	10,00 (7,50-12,00)	10,00 (7,00-12,50)	0,052
Glucosa en suero (mg/dL)	92,00 (82,50-104,00)	87,00 (80,00-99,00)	0,022
Ácido u. suero (mg/dL)	4,91 (3,90-5,81)	4,98 (4,19-5,61)	0,543
Colesterol total (mg/dL)	180,00 (144,00-211,00)	155,00 (141,00- 199,00)	0,0034
cHDL (mg/dL)	47,50 (41,65-60,40)	46,50 (41,10-56,80)	0,363
Triglicéridos (mg/dL)	134,00 (106,00-174,00)	130,00 (107,50-176,00)	0,243
PCR (mg/L)	5,61 (3,38-8,96)	4,78 (2,35-7,40)	0,020
VSG (mm/h)	17,00 (7,50-33,50)	15,00 (8,00-25,00)	0,149
Art. inflamadas	5,00 (3,00-8,00)	3,00 (1,50-4,50)	0,005
Art. dolorosas	7,00 (2,50-8,00)	3,00 (1,00-3,50)	< 0,001
DAS28-PCR	4,04 (3,33-4,72)	3,43 (2,92-3,60)	< 0,001

¹Datos demográficos. Las variables categóricas se presentan como frecuencias absolutas y relativas, mientras que las variables continuas se expresan como mediana (RIQ), frecuencias y porcentajes.

²Resultados al inicio de la intervención.

³Resultados al final de la intervención.

⁴Las diferencias entre los valores iniciales y finales de las variables evaluadas se analizaron con la prueba de Wilcoxon. Los resultados se expresan con la mediana y los rangos intercuartílicos.

IMC, índice de masa corporal; ICC, índice cintura-cadera; cHDL, colesterol de alta densidad; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; DAS28-PCR, Puntaje de Actividad de la Enfermedad para 28 articulaciones basado en el valor de la proteína C reactiva.

Figura 1A. (S02)

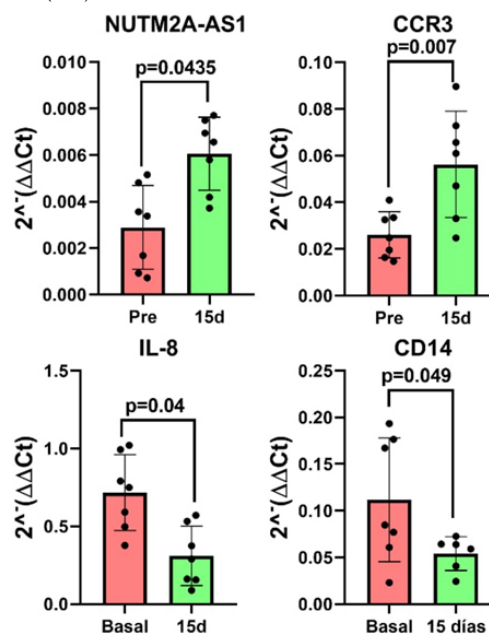
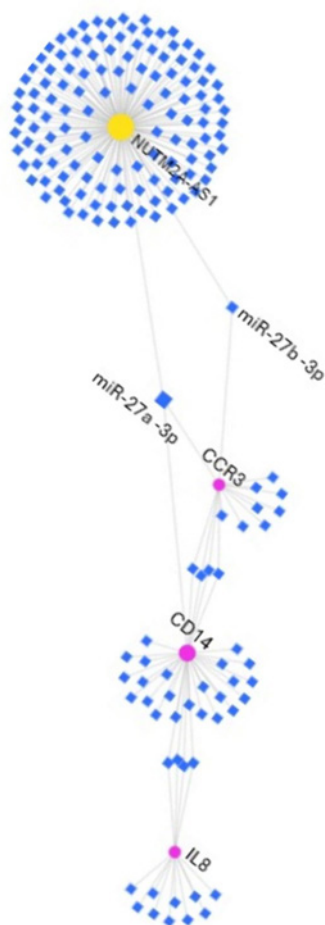


Figura 1B. (S02)



S03

DETECCIÓN DE INTERLEUCINA 33 EN LAS ESTRUCTURAS ARTICULARES Y ENTESIS DE MODELOS MURINOS DE ESPONDILOARTRITIS Y DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

C.F. Pacheco-Tena, S. González-Chávez, D. Ruizesparza-Hinojos, P. Arrieta-Martínez, E. Chaparro-Barrera

Universidad Autónoma de Chihuahua

Introducción: Los análisis del transcriptoma de modelos murinos de espondiloartritis sugieren un papel relevante de la interleucina 33 (IL-33) en el proceso patogénico y, dadas sus funciones, la IL-33 puede vincularse con el proceso inflamatorio y la osteoproliferación.

Objetivo: Determinar la presencia de la interleucina 33 en tejidos inflamatorios y la neoformación ósea en un modelo murino de espondiloartritis y confirmar su intervención en pacientes con espondiloartritis.

Material y métodos: Se indujo espondiloartritis en ocho ratones DBA/1 y se compararon con ocho ratones Balb-c, los cuales funcionaron como controles sanos. Para confirmar se usaron biopsias de tarso (n = 2) y articulaciones sacroilíacas (n = 3) de pacientes humanos con espondiloartritis. Se realizó inmunohistoquímica con anticuerpo monoclonal dirigido a IL-33.

Resultados: La totalidad de las biopsias de ratones con espondiloartritis identificó interleucina 33 en sitios de entesis, tanto en la parte tendinosa como en la ósea, además del hueso en neoformación y las estructuras sinoviales; los ratones Balb-c revelaron también la presencia de IL-33 en tejidos fibrosos periarticulares pero con menor intensidad.

30 Reumatol Clín. 2025;21 Sup.1

Las biopsias humanas reconocieron IL-33 también en entesitis en hueso en el tarso y articulaciones sacroilíacas (Figura 1).

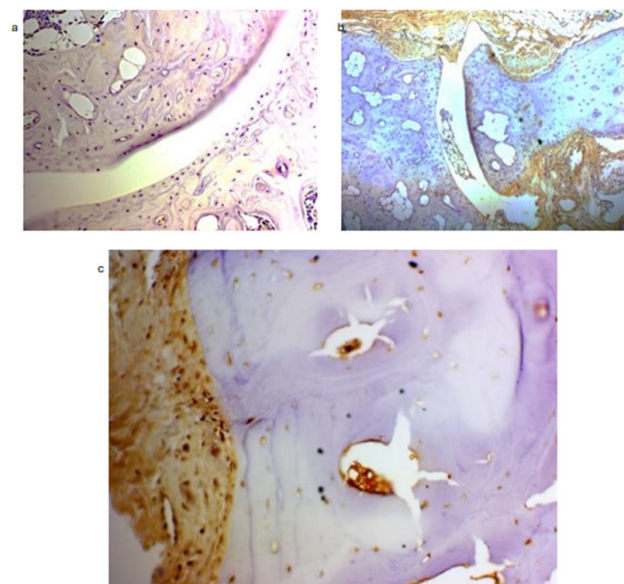
Conclusiones: La IL-33 se encuentra incrementada en tejidos inflamatorios y de osteoproliferación en el modelo murino de espondiloartritis y en pacientes humanos con esta anomalía. Dadas las funciones conocidas de la IL-33 es plausible una participación en el proceso patogénico de las espondiloartritis.

En otro protocolo se incrementarán el número de ratones analizados y las biopsias de pacientes para caracterizar en forma más específica la topografía de IL-33 y se incluirán biopsias de tejidos humanos sin espondiloartritis.

Bibliografía

1. Kouzaki H, Iijima K, Kobayashi T, *et al.* The danger signal, extracellular ATP, is a sensor for an airborne allergen and triggers IL-33 release and innate Th2-type responses. *J Immunol Baltim Md.* 1950. 1 de abril de 2011;186(7):4375-87.
2. Shakerian L, Kolahdooz H, Garousi M, *et al.* IL-33/ST2 axis in autoimmune disease. *Cytokine.* 1 de octubre de 2022;158:156015.

Figura 1. Micrografía de tejido articular de ratón Balb-c (a), DBA-1 (b) y de articulación sacroilíaca de paciente con espondilitis anquilosante (c), con tinción en inmunohistoquímica específica para IL-33. (S03)



S04

ASOCIACIÓN DE LOS FENOTIPOS DE RCV CON LA ACTIVIDAD CLÍNICA Y LA ENDOTOXEMIA METABÓLICA EN PACIENTES CON LES

P.E. Mora-García, B. Campos-López, I. Parra-Rojas, K. Pesqueda-Cendijas, S. Luquín, M. Montoya-Buelna, S. Cerpa-Cruz, U. De la Cruz-Mosso
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es la enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por afectar múltiples órganos y sistemas. Su principal causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares debido a que diversos factores de riesgo cardiovascular (RCV), comunes y no comunes, como la deficiencia sérica y el consumo de vitamina D, los valores altos de pCr, la hiperuricemia, la hipoalbuminemia y la dislipidemia mixta, contribuyen a su gravedad y mortalidad.

Objetivo: Caracterizar y vincular los fenotipos de RCV con la actividad clínica y la presencia de endotoxemia metabólica en pacientes con LES.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en 121 mujeres con LES clasificadas de acuerdo con los criterios ACR-1997 y 189 SC. Se evaluaron los valores de LPS mediante estudio ELISA tipo sándwich y se clasificaron los fenotipos de RCV como de riesgo bajo si presentaban < 3 factores y alto riesgo si tenían ≥ 3 factores de RCV.

Resultados: Al evaluar los fenotipos de RCV en ambos grupos de estudio se observó que las pacientes mostraban una frecuencia del fenotipo de RCV alto del 61% (74) y el fenotipo de RCV bajo de 39% (47) en comparación con las SC que registraban una frecuencia del fenotipo de RCV alto del 38% (71) y del fenotipo de RCV bajo de 62% (118) (p < 0,001). Las pacientes con LES con fenotipo de RCV alto tuvieron un porcentaje mayor de actividad renal (44 vs. 19%, p = 0,008) y actividad clínica (49% vs. 21%). Respecto de los fármacos prescritos, el 45% de las pacientes con fenotipo de RCV alto recibió prednisona, en comparación con 28% de las pacientes con RCV bajo. De acuerdo con las variables bioquímicas, las pacientes con fenotipo de RCV alto observaron cifras mayores de colesterol total (169,27 vs. 152,11 mg/dL, p = 0,03), triglicéridos (118,09 vs. 66,38 mg/dL, p < 0,001), hipovitaminosis D (20,90 vs. 27,27 ng/mL, p = 0,008) e hipoalbuminemia (3,87 vs. 4,08 g/dL, p = 0,03) respecto de aquellas con RCV bajo. Resultó notable, al evaluar los valores séricos de LPS en LES y SC, que las pacientes tuvieron cifras más altas (p = 0,007) en comparación con las SC. Con posterioridad, al analizar los valores de LPS de LES y SC, según el fenotipo de riesgo, se reconocieron diferencias en los grupos de fenotipo de riesgo bajo (p = 0,04) y alto (p = 0,004). Asimismo, se observó que el 41% de las pacientes con LES sufrió endotoxemia metabólica en comparación con solo el 25% de los SC.

Conclusiones: Las pacientes con LES registraron una frecuencia mayor de RCV alto y se caracterizaron por una actividad clínica mayor, dislipidemia mixta, hipovitaminosis D, hipoalbuminemia, hiperuricemia y endotoxemia metabólica en comparación con las SC.

Bibliografía

1. Szabó MZ, Szodoray P, Kiss E. Dyslipidemia in systemic lupus erythematosus. *Immunol Res.* Abril de 2017;65(2):543-50.
2. Pesqueda-Cendejas K, Rivera-Escoto M, Meza-Meza MR, et al. Nutritional approaches to modulate cardiovascular disease risk in systemic lupus erythematosus: a literature review. *Nutrients.* 19 de febrero de 2023;15(4):1036.

S05

AUMENTO DE IL-17A EN DMA POSITIVA A ANTI-MDA5 Y/O ANTI-SAE Y/O ANTI-RO CON EPI Y/O FIBROSIS PERITENDINOSA

G.P. García-Ordóñez, F.I. Corona-Meraz, R.C. Rosales-Gómez, A.J. Tovar-Cuevas, M. Salazar-Páramo, A. Aguilar-Vázquez, E. Chavarria-Ávila, C. Juárez-Gómez, J. Becerra-Jiménez, A. Gaspar-Ruiz, M. Cabrera-López, E.F. Quirarte-Tovar, O.E. Pizano-Martínez, C.A. Gómez-Ríos, M. Vázquez del Mercado-Espinosa

Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Se conoce la relación positiva de DM hipo/amiopática anti-MDA5 o anti-SAE. El desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es común en los casos de DM. La presencia de anti-Ro, en particular Ro52kDa, en pacientes con DM anti-MDA5 confiere un mal pronóstico a corto plazo en la EPI. No se han informado en las publicaciones médicas casos de fibrosis peritendinosa en pacientes con DMA anti-MDA5.

Objetivo: Determinar la relación de la IL-17A con los autoanticuerpos y manifestaciones clínicas de la dermatomiositis hipo/amiopática.

Material y métodos: Se incluyeron 19 casos de miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) y a 10 sujetos clínicamente sanos (SCS). Los pacientes con MII se clasificaron de acuerdo con los criterios de Bohan y Peter. Se obtuvieron variables demográficas y se realizó la evaluación clínica, incluidas las *Core set measures* de IMACS, como el índice de actividad (MYOACT), el índice de daño (MDI), la puntuación MMT8, los valores de enzimas musculares y autoanticuerpos por inmunoanálisis en línea (Line Blot, EuroimmunTM). Se determinaron los transcritos de IL17A,

IL-6, IFN-γ, CCL2 y CXCL8 mediante RT-PCR en tiempo real con los métodos de Sybergreen y 2- ΔCT.

Resultados: De un total de nueve casos de pacientes clasificados con DM, el 44% (4/9) correspondió a pacientes con DM hipo/amiopática anti-MDA5 y/o anti-SAE positivos; de estos, el 50% tenía EPI (2/4) y 25% (1/4) fibrosis peritendinosa. En pacientes con EPI o fibrosis peritendinosa, la IL-17A está sobreexpresada respecto de la DM hipo/amiopática negativa a estos autoanticuerpos (Figura 1).

Figura 1. (S05)

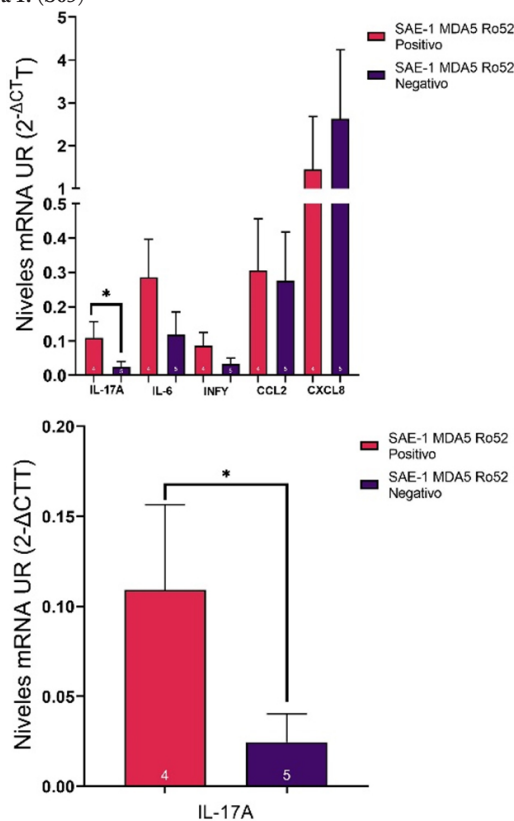


Tabla 1. (S05)

	Miopatías	Grupo control
Total de participantes, n	19	10
Mujeres, n (%)	16 (84,2%)	7 (70%)
Hombres, n (%)	3 (15,8%)	3 (30%)
Intervalo de edades (años)	21 - 67	36 - 58
Promedio de edad de inicio de la enfermedad (años)	43	n.a
Promedio de duración de la enfermedad (años)	6,8	n.a
Dermatomiositis, n (%)	9 (47,4%)	n.a
Dermatomiositis amiopática/hipomiopática	4/9 (44,4%)	n.a.
Dermatomiositis amiopática/hipomiopática anti-MDA5 y/o anti-SAE; anti-Ro positivas	2/4 (50%)	n.a.
Polimiositis, n (%)	6 (26,3%)	n.a
Miositis de superposición, n (%)	3 (21,1%)	n.a
Miositis de cuerpos de inclusión, n (%)	1 (5,3%)	n.a
Puntuación de evaluación de daño (MDI) promedio (desviación estándar)	0,02 (0,02)	n.a
Puntuación de evaluación de actividad de la enfermedad de (MYOACT) promedio (desviación estándar)	0,05 (0,05)	n.a
CK promedio (desviación estándar) u/L	124,4 (126,4)	n.a

Conclusiones: La IL-17A está sobreexpresada en el 50% de los casos de pacientes con DM anti-MDA5 y/o anti-SAE y/o anti-Ro y vinculada con EPI y fibrosis peritendinosa. En ambos casos, la EPI y la fibrosis peritendinosa, en el contexto de DM hipo/amiopática, son manifestaciones clínicas que deben seguir bajo intensa investigación. Este trabajo recibió apoyo e CF-2023-G-1396 de CONAHCyT.

Bibliografía

1. Chulin Wang, Han Yang, Tongfen Li, *et al.* Analysis of characteristics related to interstitial lung disease or pulmonary hypertension in patients with dermatomyositis. Clin Respir J. 2023. Dec;17(12):1328-1340. doi: 10.1111/crj.13720.
2. Shuyue Xu, Xiaowei Hu, Jing Wang, *et al.* Polymyositis and dermatomyositis biomarkers. Clin Chim Acta. 2023 Jul 1:547:117443. doi: 10.1016/j.cca.2023.117443.

So6

CORRELACIÓN ENTRE EL NUEVO ÍNDICE DE ADIPOSIDAD VISCERAL (NVAI) Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO

M.P. Cruz-Domínguez, L. Pacheco-Flores, M. Rivera-Rangel, G. Medina-García, B. López-Zamora, M.A. Saavedra-Salinas, O.L. Vera-Lastra
Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El síndrome antifosfolípido primario (SAF) se relaciona con tasas más elevadas de enfermedad cardiovascular (ECV), en parte debido a la aterosclerosis acelerada. La grasa visceral abdominal tiene un nexo más sólido con un riesgo de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular en comparación con otras medidas antropométricas (índice de masa corporal, índice cintura-cadera, circunferencia de la cintura), los cuales no diferencian el tejido adiposo del músculo. El nuevo índice de adiposidad visceral es un marcador que combina mediciones antropométricas con perfiles lipídicos y se correlaciona significativamente con el síndrome metabólico y el riesgo cardiovascular.

Objetivo: Evaluar la relación entre el nuevo índice de adiposidad visceral (NVAI) y la composición corporal en pacientes con síndrome antifosfolípidos.

Material y métodos: En un estudio observacional, transversal y analítico participaron pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, con síndrome antifosfolípido primario (ACR-EULAR 2023) del Hospital de Especialidades La Raza, que firmaron previamente su consentimiento informado. Se excluyó a aquellos con implantes ortopédicos o electrónicos, amputación de extremidad, imposibilidad de mantenerse en bipedestación por sí solos, enfermedad neoplásica y mujeres embarazadas. El estudio recibió aprobación del comité de ética con folio R-2023-3501-085. Luego de la captura de datos de identificación, signos vitales e historial clínico se midió el perfil lipídico, previo ayuno de ocho horas a través del dispositivo multiparamétrico LUX (colesterol total, triglicéridos, HDL y LDL), y composición corporal mediante báscula de bioimpedancia (InBody120). La captura de datos se llevó a cabo en el programa Excel 2010, analizados en SSPS V26. Las variables cuantitativas se expresaron en primer lugar como media y desviación estándar o mediana y percentiles, según fuera su distribución, la cual se determinó con la prueba de Shapiro-Wilk. Se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson o Spearman entre las variables.

Resultados: Se integró un total de 37 pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF), con edades de 55,3 ± 13 años, 81,1% de mujeres y 18,9% de hombres. Tuvo sobrepeso una proporción de 46,9% y obesidad de grado I hasta 18,8%. El IMC en promedio fue de 29,3 kg/m². El 78,4% tenía comorbilidades, entre ellas dislipidemia mixta (18,9%), hipercolesterolemia (29,7%), hipertrigliceridemia (18,9%), hipotiroidismo (21,6%), hipertensión arterial (18,9%), síndrome metabólico (16,2%), osteoporosis (13,5%) y valvulopatía (10,8%). El porcentaje de grasa corporal de los pacientes fue de 39 ± 6,8%, la masa grasa corporal de 27,7 ± 9 kg y la grasa visceral de 13,95 ± 3,7 (normal, 1-9). La distribución de masa grasa corporal y

muscular se encuentra en la **Tabla 1**. En el análisis, el NVAI mostró una correlación positiva regular con la edad (rho 0,429, p = 0,009), el tiempo de evolución (rho 0,376, p = 0,029) y la hemoglobina (rho 0,406, p = 0,023). El porcentaje de grasa visceral reveló una correlación moderada con NVAI (rho 0,568, p = 0,001). De forma adicional, el número de efectos vasculares cerebrales se relacionó inversamente con el valor de NVAI (rho -0,519, p = 0,047). La correlación entre NVAI y el porcentaje de grasa fue sólida y positiva en el miembro superior derecho (rho 0,743, p ≤ 0,001), izquierdo (rho 0,706, p ≤ 0,001), y abdominal (rho 0,623, p = 0,001).

Conclusiones: El NVAI se relaciona directamente con el porcentaje de grasa abdominal y de extremidades superiores e inversamente con el número de efectos vasculares cerebrales en pacientes con síndrome antifosfolípido.

Bibliografía

1. Luo Y, Zhan X, Liu Y, *et al.* Predicted visceral adiposity index in relation to risk of coronary heart disease and all-cause mortality: insights from NHANES. Front Endocrinol. 2024 [Consultado 19 Sep 2024]; Vol.14:1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2443/pmc/articles/PMC10801171/>
2. Oh S, Cho A, Kwon Y, *et al.* Derivation and validation of a new visceral adiposity index for predicting visceral obesity and cardiometabolic risk in a Korean population. PLoS One. 2018 [Consultado 19 Sep 2024]; 3:1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2443/pmc/articles/PMC6136780/>.

Tabla 1. Distribución de músculo y grasa por regiones. (S06)

		SAF n = 37	
Porcentaje muscular (%)	Extremidad superior	Derecha M ± DE	121,3 ± 17,8
		Izquierda M ± DE	119,5 ± 17,5
	Abdominal Me (P ²⁵⁻⁷⁵)	96,7 (91,3-105)	
Extremidad inferior	Derecha Me (P ²⁵⁻⁷⁵)	86,6 (80,2-94,3)	
	Izquierda M ± DE	87,8 ± 8,2	
Porcentaje de grasa (%)	Extremidad superior	Derecha Me (P ²⁵⁻⁷⁵)	265,4 (207,2-364,7)
		Izquierda Me (P ²⁵⁻⁷⁵)	269,5 (207-358,4)
	Abdominal Me (P ²⁵⁻⁷⁵)	318,4 ± 94,6	
	Extremidad inferior	Derecha M ± DE	186,2 ± 63,4
Izquierda M ± DE		178,7 (150,7-242)	

M, media; DE, desviación estándar; Me, mediana; P²⁵⁻⁷⁵, percentiles 25^o-75^o; SAF, síndrome antifosfolípidos.

So7

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-INMUNOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS Y SOBREPOSICIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

K. Santana-De Anda¹, J. Torres-Ruiz¹, B. Alcalá-Carmona¹, Y. Reyna-Juárez¹, M.J. Ostos-Prado¹, N. Mejía-Domínguez¹, M. Arroyo-Maquavelo², D. Gómez-Martín¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Hospital Ángeles Lomas

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son trastornos autoinmunitarios sistémicos que pueden aparecer en pacientes con otras enfermedades del tejido conectivo (ETC). La sobreposición de MII con otras ETC sugiere la existencia de mecanismos patogénicos compartidos, con potenciales implicaciones clínicas. La esclerosis sistémica se ha notificado como la ETC sobrepuesta con más frecuencia con MII, pero existe poca información acerca de la prevalencia, características clínicas y serológicas de MII y ETC concomitantes.

Objetivo: Calcular la prevalencia de sobreposición con ETC en una cohorte de pacientes con MII y analizar las diferencias clínicas y serológicas en pacientes con y sin sobreposición.

Material y métodos: Se analizó la cohorte MYOTReCSZ, la cual incluye a 208 pacientes clasificados como MII de acuerdo con los criterios de ACR/EULAR 2017 y de Connor para el síndrome antisintetasa en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. El estudio recibió aprobación de los comités de ética e investigación. Se analizó la prevalencia de sobreposición con ETC y se compararon características clínicas y de laboratorio entre pacientes, con y sin sobreposición, con ETC mediante la prueba U de Mann-Whitney para variables numéricas y la prueba G para variables categóricas.

Resultados: Se identificó a un total de 22 (10,5%) pacientes con sobreposición. Dentro del grupo de enfermos con sobreposición con ETC, la artritis reumatoide fue la más frecuente (10/208; 4,8%), seguida del lupus eritematoso generalizado (6/208; 2,8%) y al final la enfermedad de Sjögren y la esclerosis sistémica (3/208; 1,4%). Los antecedentes familiares de autoinmunidad fueron más prevalentes en el grupo de sobreposición (50% vs. 15,3%, $p = 0,0002$). Con respecto a las características serológicas, no hubo diferencias en la prevalencia de anticuerpos antinucleares; sin embargo, el patrón homogéneo fue más frecuente en el grupo de sobreposiciones (54,5% vs. 18,1%; $p = 0,0007$) y el patrón moteado entre pacientes con MII sin sobreposición (43,4% vs. 13,6%; $p = 0,001$). Resultó de interés que, entre los anticuerpos específicos y relacionados con MII, anti-Jo-1 fuera el más frecuente en el grupo de sobreposición (18,1% vs. 3,6%; $p = 0,01$). En cuanto a las manifestaciones clínicas, el fenómeno de Raynaud y la alopecia fueron más prevalentes en el grupo de sobreposición (31,8% vs. 11,5%, $p = 0,01$; y 50% vs. 23,6%, $p = 0,01$, respectivamente). No hubo diferencias en relación con la actividad de la enfermedad entre ambos grupos.

Conclusiones: Esta es la primera caracterización acerca de la sobreposición de ETC en una cohorte de pacientes con MII. A diferencia de los informes previos, la artritis reumatoide fue la ETC concomitante más frecuente, lo cual puede explicarse por el análisis de cohortes históricas y una probable incorrecta clasificación de los pacientes en las publicaciones anteriores.

Bibliografía

1. Junior J, *et al.* Inflammatory myopathies overlapping with systemic sclerosis: a systematic review. *Clinical Rheumatology*. 2022;41:1951-1963.
2. Colafrancesco S, *et al.* Inflammatory myopathies and overlap syndromes: Update on histological and serological profile. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2016:1-16.
3. Lepreux S, *et al.* Idiopathic inflammatory myopathies overlapping with systemic diseases. *Clinical neuropathology*. 2018;37(1)6-15.

So8

EFFECTO DEL CAMBIO DE ESTUFAS DE LEÑA EN LAS PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO MUSCULOESQUELÉTICO EN UNA COMUNIDAD INDÍGENA DE CHIAPAS

Y. Ramírez-Luis¹, E.A. Ortiz-Saldívar¹, M.L. Galeana-Hernández¹, J. Aguilar-Castillo¹, D.L. Gómez-Galicia¹, R. Fuentes-Cebada², J.H. Valadares-Pérez², C. Pérez-Sánchez², A. Gastellum-Strozzi², J.A. Alegría-Torres³, M.O. González-Mares³, I. Ballestas-Peláez⁴, M.A. Garza-Elizondo⁵, B.R. Vázquez-Fuentes⁵, J.L. Montiel-Hernández¹

⁽¹⁾Facultad de Farmacia, UAEM, ⁽²⁾ICAT, UNAM, ⁽³⁾Departamento de Farmacia, UG, ⁽⁴⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽⁵⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Se calcula que 20 millones de mexicanos emplean leña para preparar alimentos y producir calefacción en sus casas. Diferentes estudios han revelado el efecto que representa la reducción de las emisiones de contaminantes por el cambio de estufas de leña tradicionales por estufas de leña ecológicas en la salud de las personas expuestas. Sin embargo, se desconoce si esto también puede influir en el cambio de la prevalencia e intensidad del dolor crónico musculoesquelético (DCM).

Objetivo: Evaluar el efecto del cambio de las estufas de leña en personas con DCM de una comunidad indígena de Chiapas.

Material y métodos: Estudio comunitario, longitudinal y de intervención, con aprobación del comité de ética. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Población de estudio: adultos de una comunidad indígena de Chiapas que emplea fogones de leña. Evaluación sociodemográfica y tamizaje clínico de la comunidad mediante el instrumento para DCM (COPCORD). Evaluaciones clínicas por médicos calificados para el diagnóstico de DCM y tratamiento con analgésicos. Los valores promedio de PM2.5 y tasa de exposición se determinaron por vigilancia continua en las casas de pobladores con sensores portátiles. Se empleó la proteína C reactiva (PCR) como marcador de inflamación sistémica. Análisis comparativo de las personas con DCM antes y después del cambio de estufas de leña en cuanto a la prevalencia e intensidad. La comparación entre las etapas antes y después de la intervención se evaluó con las pruebas ji cuadrada, McNemar, t de Student pareada y Wilcoxon de rango pareados, según correspondiera.

Resultados: Se realizó el cambio de estufas de leña tradicionales por estufas de leña ecológicas en 37 casas de la comunidad indígena. En la etapa basal se obtuvieron datos clínicos de 86 personas, de los cuales 46 presentaron DCM (53,5%). Con posterioridad se evaluó a 57 personas después de cuatro meses del cambio de las estufas (62,8% en relación con la etapa basal): 26 personas refirieron DCM (48,1%). De este último grupo, 12 personas (46%) señalaron menos dolor que antes de la instalación de las nuevas estufas y 10 (38%) mejoría de su salud general. Se identificó una disminución significativa tanto de la intensidad del dolor ($p = 0,016$) como del número de sitios dolorosos ($p = 0,018$). De igual manera, se observó una disminución significativa de la puntuación de discapacidad funcional (HAQ, $p = 0,001$). Al comparar las variables bioquímicas se reconoció solo un incremento significativo de los valores de triglicéridos tras la intervención. El análisis de muestras de sangre permitirá comparar los valores de PCR, así como su comparación en relación con las cifras de PM2.5 en la etapa posterior a la intervención.

Conclusiones: El cambio de las estufas tradicionales por otras menos productoras de PM2.5 parece tener un efecto positivo en las personas que padecen de DCM, al reducir el número, la intensidad y la discapacidad funcional. Sin embargo, es necesario corroborar los resultados con un tamaño de muestra mayor.

Bibliografía

1. COFEPRIS. Usuarios de leña en México. 2017 [Available from: <https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/3-usuarios-de-leña-en-mexico>].
2. Cundale K, Thomas R, Malava JK, *et al.* A health intervention or a kitchen appliance? Household costs and benefits of a cleaner burning biomass-fuelled cookstove in Malawi. *Soc Sci Med*. 2017;183:1-10.

So9

ASOCIACIÓN DE GALECTINA-3 CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CITOCINAS PROINFLAMATORIAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL SUR DE MÉXICO

L.E. Herrera-Jiménez¹, C.J. Baños-Hernández¹, F.J. Turrubiates-Hernández¹, J.E. Navarro-Hernández², G. González-Estévez¹, J.F. Muñoz-Valle¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Hospital General de Chilpancingo Raymundo Abarca Alarcón, Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, México

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por la inflamación crónica de las articulaciones, lo que provoca daño articular progresivo y discapacidad. En la búsqueda de biomarcadores que puedan proporcionar información sobre la actividad, la progresión y la gravedad de la AR, la galectina 3 (Gal-3) ha surgido como un compuesto prometedor. Se ha reconocido un papel destacado de la Gal-3 en la inflamación exacerbada de las articulaciones al estimular a los fibroblastos para la liberación de moléculas proinflamatorias y quimiocinas, como IL-6, TNF- α , CCL2, CCL3 y CCL5, al amplificar esta respuesta en la enfermedad.

Objetivo: Determinar la concentración de Gal-3 y su relación con las características clínicas y citocinas proinflamatorias en pacientes con AR.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en el que participaron 80 pacientes con AR y un grupo comparador de 80 sujetos de control (SC) del sur de México. La concentración sérica de Gal-3 se cuantificó mediante inmunoanálisis enzimático de tipo sándwich. Las citocinas IFN- γ , IL-17A, IL-21, IL-22, IL-23, IL-31, IL-33 e IL-6 se cuantificaron con el sistema Bio-Plex MAGPIX. Se analizaron los datos con un valor de $p < 0,05$ para significancia estadística.

Resultados: En los pacientes con AR se observó una concentración mayor de Gal-3 en comparación con los SC (15,6 ng/mL vs. 13,26 ng/mL, $p = 0,003$). Adicionalmente, la concentración de Gal-3 se correlacionó de manera positiva con la puntuación del DAS-28 ($r = 0,25$; $p = 0,036$), pCr ($r = 0,37$; $p = 0,002$), FR ($r = 0,33$; $p = 0,007$) y anti-CCP ($r = 0,26$; $p = 0,027$). Asimismo, se identificaron correlaciones positivas moderadas con las citocinas IL-22 ($r = 0,69$; $p = 0,002$), IL-31 ($r = 0,49$; $p = 0,01$), IL-33 ($r = 0,44$; $p = 0,03$) e IL-6 ($r = 0,61$; $p = 0,001$) en el grupo de pacientes con AR.

Conclusiones: En general, estos hallazgos sugieren un papel de la Gal-3 en la fisiopatología de la AR, lo que obliga a continuar la investigación de su potencial como biomarcador de la actividad y la gravedad de la enfermedad.

Bibliografía

- Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. *The Lancet*. 2016;388(10055):2023-38.
- Filer A, Bik M, Parsonage GN, et al. Galectin 3 induces a distinctive pattern of cytokine and chemokine production in rheumatoid synovial fibroblasts via selective signaling pathways. *Arthritis Rheum*. 2009;28;60(6):1604-14.

S10

CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA Y DETERMINACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON MEMORIA ENTRENADA DE LOS LINFOCITOS Tgd DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

H.A. Romero-García¹, N. Romero-López², S. Sánchez-Pérez¹, I.I. Ortega-Mejía¹, J.L. Prieto-Chávez², J.C. Casasola-Vargas³, C. Gómez-Ruiz³, R. Burgos-Vargas³, M.L. Domínguez-López¹, J.P. Romero-López⁴

⁽¹⁾ENCB, ⁽²⁾Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, ⁽³⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽⁴⁾FESI, UNAM

Introducción: Las espondiloartritis (EA) componen un grupo de enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas que comparten características genéticas y clínicas. La fisiopatogenia de las EA se conoce poco; sin embargo, existen múltiples antecedentes que señalan la relación de las EA con infecciones bacterianas. Se ha informado que hasta 60% de los pacientes con EA sufre inflamación intestinal subclínica, lo cual podría ser uno de los factores fisiopatológicos más importantes de la enfermedad.

En el intestino, las interacciones entre la microbiota y el sistema inmunológico de los pacientes pueden conducir a la alteración de la barrera intestinal, la activación y la migración anormal de células inmunitarias innatas como las células T γ δ residentes del intestino, las cuales podrían depositarse en las articulaciones de los pacientes con EA. Es probable que, tras considerar la relación con infecciones previas, estas células tengan un fenotipo de activación similar a memoria que explique su respuesta inflamatoria. En consecuencia, este estudio evaluó la frecuencia de células T γ δ y su fenotipo proinflamatorio en muestras de pacientes con EA.

Objetivo: Evaluar la frecuencia y fenotipo de células Tgd $\alpha 4\beta 7+$ productoras de IL-17 con un fenotipo de memoria inmunitaria innata en muestras de sangre de pacientes con EA.

Material y métodos: Se recolectaron muestras de seis pacientes con EA clasificados con los criterios ASAS, que se atendieron en el Hospital General de México (HGM) y que cumplieron con los criterios de inclusión. Mediante citometría espectral se analizaron frecuencia y fenotipo de célu-

las T γ δ , T γ δ high, T γ δ low, T γ δ CD27+, T γ δ CD27-, T γ δ CD161+, T γ δ CD45RO+, T γ δ $\alpha 4\beta 7+$.

Resultados: Las células T γ δ está aumentadas en pacientes con EA en comparación con los controles ($p = 0,0173$) y se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de células T γ δ CD27- en los pacientes a diferencia de los controles ($p = 0,0063$), al igual que la frecuencia de las células T γ δ CD27- $\alpha 4\beta 7+$ en pacientes a diferencia de los controles ($p = 0,0187$). Por otra parte, se hallaron diferencias significativas en las células T γ δ IL17+ en pacientes ($p = 0,0205$).

Conclusiones: Se identificó una frecuencia elevada de las células T γ δ en pacientes respecto de los controles, además de una frecuencia elevada de las células T γ δ negativas al marcador CD27, lo que indica un fenotipo proinflamatorio productor de IL17. Por último, se observó que las células T γ δ CD27- son mayormente positivas a la integrina $\alpha 4\beta 7+$.

Bibliografía

- Bernal-Alferes B, Gómez-Mosqueira R, Ortega-Tapia GT, et al. The role of γ δ T cells in the immunopathogenesis of inflammatory diseases: From basic biology to therapeutic targeting. *Journal of Leukocyte Biology*. 2023. <https://doi.org/10.1093/JLEUKO/QIAD046>.

S11

CARACTERIZACIÓN DE LINFOCITOS B DE MEMORIA ATÍPICA (CD27- IgD-) EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

I.M. Borunda-Calderón¹, P.C. Ortiz-Lazareno², E. Oregón-Romero¹, D.C. Salazar-Camarena³, J.F. Muñoz-Valle¹, N. Espinoza-García¹, M. Marín-Rosales⁴, C.A. Palafox-Sánchez¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (IICB), Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jal., ⁽²⁾División de Inmunología, Centro de Investigación Biomédica de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaría de Salud Jalisco, Guadalajara, Jalisco, México, ⁽³⁾Grupo de Inmunología Molecular, CUCS, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México, ⁽⁴⁾Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco, Guadalajara, Jalisco, México

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es un trastorno autoinmunitario crónico que se caracteriza por la producción de autoanticuerpos dirigidos contra antígenos nucleares y citoplasmáticos que tienen la capacidad de afectar a múltiples órganos. Para la producción de autoanticuerpos es necesaria una activación y diferenciación de linfocitos B (LB) a células plasmáticas que puede ser dependiente o independiente de linfocitos T (LT). En fecha reciente se ha descrito una población de LB de memoria atípica, también conocidos como dobles negativos (DN) (CD27- IgD-) en sangre periférica de pacientes con LES. Estos linfocitos a su vez se pueden polarizar en DN1 (CXCR5+ CD11c-) y DN2 (CXCR5- CD11c+), además de su capacidad de expresar el factor transcripcional T-bet. Los estudios realizados *in vitro* con estas células han demostrado que los linfocitos B DN2 poseen una capacidad de respuesta mejorada para diferenciarse en plasmablastos secretores de anticuerpos, en respuesta al estímulo a través de interferones de tipo II, activación de TLR-7 y acción de la interleucina 21 (IL-21). El incremento de la frecuencia de estos linfocitos se ha identificado en sangre periférica de pacientes con LES, sobre todo en casos de nefritis lúpica. Sin embargo, su caracterización, comportamiento y relación con los LT no se ha explorado del todo en pacientes con LES.

Objetivo: Caracterizar los linfocitos B de memoria atípica (CD27- IgD-), la expresión de T-bet y su relación con linfocitos Tph (PD-1hi CXCR5-) en sangre periférica de pacientes con LES.

Material y métodos: Se incluyó a 42 pacientes con LES y a 18 sujetos sanos. Se aislaron las células mononucleares de sangre periférica y se realizó la tinción con anticuerpos específicos para su análisis mediante citometría de flujo. Se determinaron las frecuencias de los linfocitos B DN, DN1, DN2 y Tph (PD-1hi CXCR5+). Además, se midió la expresión de T-bet y CD11c en linfocitos B, mientras que se determinó la expresión de IL-21 y su receptor (IL-21R) en los linfocitos T.

Resultados: Se encontró un incremento significativo de la frecuencia de los linfocitos B de memoria atípica y DN2 en pacientes con LES en comparación con los individuos sanos. Este incremento se correlacionó positivamente con la frecuencia de linfocitos Tph en pacientes con LES y los valores intracelulares de IL-21 en estas células. Además, se encontró una coexpresión entre T-bet y CD11c en los linfocitos B DN2, así como una expresión diferencial de T-bet entre los fenotipos DN1 y DN2 (Figura 1).

Conclusiones: El incremento de la frecuencia de linfocitos B DN y DN2, así como su correlación con linfocitos Tph, sugiere un papel central de estas interacciones en la patogénesis del lupus. Además, la coexpresión notable de T-bet y CD11c en los linfocitos B DN2 destaca la posible contribución de estos marcadores en la activación y diferenciación aberrante de los linfocitos B en LES. Estos resultados subrayan el potencial de los linfocitos B de memoria atípica y DN2 como biomarcadores y posibles blancos terapéuticos en el tratamiento del lupus eritematoso sistémico.

Bibliografía

1. Álvarez-Gómez JA, Salazar-Camarena DC, Román-Fernández IV, et al. BAFF system expression in double negative 2, activated naïve and activated memory B cells in systemic lupus erythematosus. *Front Immunol* [Internet]. 2023;14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2023.123593>
2. Sagrero-Fabela N, Ortiz-Lazareno PC, Salazar-Camarena DC, et al. BAFFR expression in circulating T follicular helper (CD4+CXCR5+PD-1+) and T peripheral helper (CD4+CXCR5PD-1+) cells in systemic lupus erythematosus. *Lupus* [Internet]. 2023;32(9):1093-104. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37460408/>.

IDENTIFICACIÓN DE DIFERENCIAS ULTRASONOGRÁFICAS MUSCULOESQUELÉTICAS ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE PSORIASIS CUTÁNEA: RESULTADOS PRELIMINARES

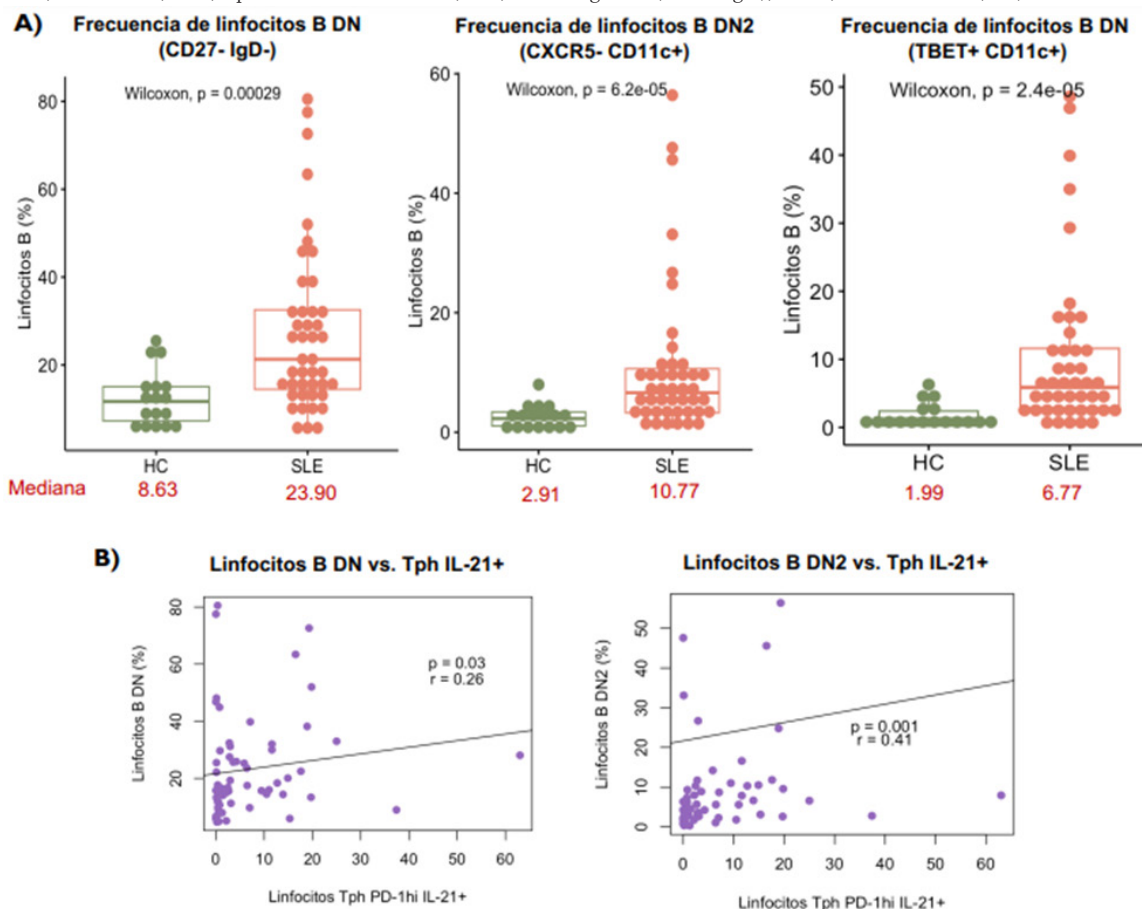
T. Cano-Gómez¹, K.I. Arias-Callejas², C. Soto-Fajardo¹, F. Carranza-Enríquez¹, A.M. Mora-Rosas¹, A. Espinosa-Orantes¹, R.E. Cervantes-Ramírez¹, P. Flores-Ordóñez¹, K. Contreras-Castillo¹, C. Maldonado-García¹, A.H. Peña-Ayala¹, C. Pineda-Villaseñor¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: En el plano clínico, la psoriasis puede clasificarse en cinco fenotipos con base en la morfología y la afectación de las placas psoriásicas; la psoriasis en placas es el tipo notificado con más frecuencia y representa el 80% a 90% de los pacientes. Los fenotipos menos comunes incluyen la psoriasis inversa, pustulosa, eritrodérmica y en gotas, además de la afectación ungueal. La artritis psoriásica (AP) afecta a 10% a 40% de los pacientes con psoriasis, casi siempre siete a 10 años después del inicio de la afección cutánea. La AP puede comprometer múltiples estructuras extraarticulares, pero la entesitis, la dactilitis y las anomalías ungueales son manifestaciones habituales. El ultrasonido ha demostrado utilidad para la detección de cambios subclínicos indicativos de AP temprana; sin embargo, aún no se han descrito hallazgos ecográficos diferenciales entre los fenotipos psoriásicos.

Objetivo: Evaluar las diferencias en las características inflamatorias sinoviales y entésicas mediante ecografía entre los subtipos de psoriasis cutánea.

Figura 1. (A) Frecuencia de linfocitos B DN, DN2 y DN2 Tbet+ CD11c+. (B) Correlación entre linfocitos B DN2 y linfocitos Tph (PD-1hi CXCR5-IL-21+). HC, control sano; SLE, lupus eritematoso sistémico; DN, dobles negativos (CD27-IgD); IL-21, interleucina 21. (S11)



Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal. Se incluyó a pacientes con psoriasis en placas y las formas en gotas, eritrodermática, pustulosa, inversa y ungueal. Se realizaron evaluaciones dermatológicas, reumatológicas y ecográficas en 22 articulaciones, 16 entesis, cuatro uñas de las manos y cambios vinculados con dactilitis. Se utilizó el dispositivo GE LOGIQe equipado con sondas lineales de 8-18 MHz y 4-12 MHz para la evaluación con escala de grises (GS) y Doppler de poder (PD). Se realizaron estadística descriptiva y análisis bivariado. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: El estudio incluyó a un total de 80 pacientes, 62 con psoriasis en placas y 18 con otros subtipos del padecimiento. Entre los pacientes con psoriasis en placas, el 33,9% tenía la forma ungueal. El grupo de psoriasis en placas mostró más sinovitis por escala de grises (66,1%) comparado con otros fenotipos (50%) ($p = 0,06$), sin diferencias en PD. Además, el grupo de psoriasis en placa registró un mayor número de articulaciones con sinovitis ecográfica, ya sea grados 2 o 3, respecto de los otros dos grupos y con significancia estadística ($p = 0,03$). En comparación con otros subtipos de psoriasis se observó una tendencia a un mayor porcentaje de pacientes con psoriasis en placas con puntuaciones MASEI positivos (24,2% vs. 16,7%, $p = 0,1$), así como una mediana de puntuación de MASEI mayor (11 vs. 8, $p = 0,07$) y un mayor recuento medio de entesis con lesiones inflamatorias (6 [4-9] vs. 4,5 [2-7,5], $p = 0,14$) o estructurales (5 [3-7] vs. 2,5 [1,75-7,75], $p = 0,13$, respectivamente) sin alcanzar diferencias estadísticas. No se observaron diferencias en la puntuación de dactilitis entre los distintos subtipos de psoriasis.

Conclusiones: Este estudio demostró una tendencia hacia una mayor presencia de sinovitis y entesitis detectada por ecografía en pacientes con psoriasis en placas en comparación con aquellos con otros tipos de psoriasis.

Bibliografía

- Griffiths CE, Armstrong AW, Gudjonsson JE, et al. Psoriasis. The Lancet. 2021 Apr;397(10281):1301-15.
- Zabotti A, Tinazzi I, Aydin SZ, et al. From psoriasis to psoriatic arthritis: Insights from imaging on the transition to psoriatic arthritis and implications for arthritis prevention. Current Rheumatology Reports. 2020 May 16;22(6).
- Zabotti A, McGonagle DG, Giovannini I, et al. Transition phase towards psoriatic arthritis: Clinical and ultrasonographic characterisation of psoriatic arthralgia. RMD Open. 2019 Oct;5(2).

S13

PREDICCIÓN DE PLACA CAROTÍDEA MEDIANTE BIOMARCADORES INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J.A. Dávila-Jiménez, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, J.R. Azpíri-López, D.A. Galarza-Delgado, D.A. Salcedo-Almanza
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen un mayor riesgo cardiovascular (CV) y un proceso aterogénico más acelerado en

Tabla 1. Desempeño diagnóstico de los nueve índices inflamatorios en la predicción de placa carotídea. (S13)

Índice inflamatorio (punto de corte)	AUC	IC95%		p	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP (%)	VPN (%)	CP+	CP-
		Inferior	Superior							
Índice neutrófilo/linfocito (1,84)	0,524	0,441	0,607	0,58	57,1	55,2	56	56,2	1,26	0,77
Índice plaqueta/linfocito (156)	0,555	0,473	0,637	0,119	39	75	60,9	55,1	1,56	0,81
Índice neutrófilo/linfocito derivado (1,26)	0,547	0,465	0,629	0,271	71,4	42,2	55,2	59,6	1,23	0,67
Índice inflamatorio sistémico (554)	0,558	0,476	0,64	0,122	51,9	61,2	58,5	55,9	1,34	0,78
Índice PCR/linfocito (0,302)	0,565	0,48	0,65	0,127	62,3	53,4	57,2	58,6	1,33	0,7
Índice PCR/albúmina (0,239)	0,56	0,475	0,645	0,161	42,9	73,3	61,6	56,2	1,6	0,77
Índice PCR/relación albúmina-globulina (0,765)	0,568	0,484	0,653	0,108	40,3	76,7	63,3	56,2	1,72	0,78
Índice triglicéridos-glucosa (8,7)	0,54	0,455	0,624	0,353	50,6	68,1	61,3	57,9	1,58	0,72
Índice aterogénico del plasma (0,359)	0,497	0,412	0,583	0,948	54,5	56	55,3	55,1	1,23	0,81

AUC, área bajo la curva; IC95%, intervalo de confianza de 95%; VPP, valor predictivo positivo; VPN, valor predictivo negativo; CP+, coeficiente de probabilidad positivo; CP-, coeficiente de probabilidad negativo; PCR, proteína C reactiva.

comparación con la población general. Dado que la placa carotídea (PC) es un indicador independiente de efectos CV y su tratamiento oportuno ha demostrado ser beneficioso, es importante contar con herramientas de detección para estos pacientes. Los índices inflamatorios, que son biomarcadores simples y económicos, se han utilizado recientemente para el diagnóstico y el seguimiento en pacientes con AR, lo que sugiere que podrían ser buen indicador de inflamación crónica subclínica.

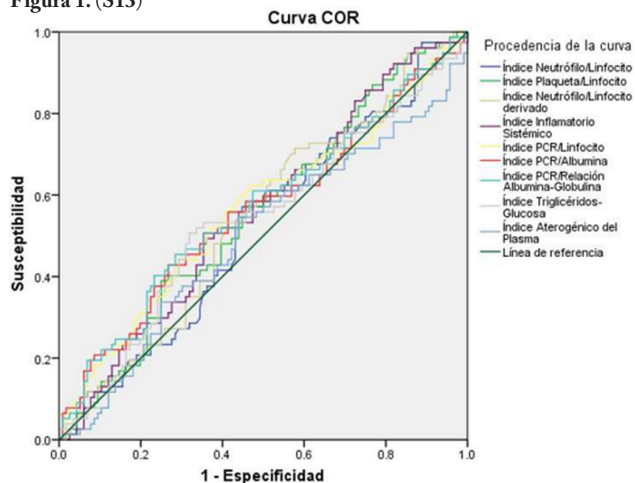
Objetivo: Comparar y determinar el mejor índice inflamatorio para predecir la presencia de PC en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a pacientes de 40 a 75 años que cumplieran los criterios de clasificación de AR del ACR/EULAR de 2010 o de 1987 del ACR. Se excluyó a los pacientes con antecedentes de un efecto CV mayor. Se interrogó a los pacientes sobre factores de riesgo CV habituales y no comunes. Se solicitaron estudios de laboratorio y se llevó a cabo un ultrasonido carotídeo. Con los resultados se calcularon nueve índices inflamatorios, cuyo rendimiento diagnóstico se evaluó con curvas ROC; la ecografía Doppler carotídea se consideró la norma de referencia para el diagnóstico de placa carotídea. Por último, se determinó un punto de corte con el índice de Youden y se determinaron su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo-negativo y coeficiente de probabilidad positivo-negativo.

Resultados: Se estudió a un total de 193 pacientes con AR, en su mayoría mujeres (90,6%), con una edad promedio de 56 años ($\pm 9,9$). La prevalencia de comorbilidades fue de 12,2% para tabaquismo activo, 19,7% para diabetes mellitus tipo 2, 40,6% para hipertensión arterial sistémica y 33,1% para obesidad. La prevalencia de placa carotídea fue del 39,9%. La relación PCR/albúmina-globulina mostró la mayor área bajo la curva COR (0,568) y la mejor especificidad (76,7%) y coeficiente de probabilidad positiva (1,7), con un punto de corte de 0,76. Esto indica que los pacientes con AR tienen 1,7 veces más probabilidades de tener placa carotídea con este índice. Sin embargo, la capacidad diferenciadora de todos los índices fue por lo general baja. La **Tabla 1** y la **Figura 1** muestran su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo-negativo y coeficiente de probabilidad positivo-negativo.

Conclusiones: Estos resultados señalan que los índices inflamatorios no reemplazan a las calculadoras comunes de riesgo CV como método de detección para predecir la aterosclerosis subclínica en pacientes con AR.

Figura 1. (S13)



Bibliografía

- Chen Q, Chen DY, Xu XZ, *et al.* Platelet/lymphocyte, lymphocyte/monocyte, and neutrophil/lymphocyte ratios as biomarkers in patients with rheumatoid arthritis and rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. *Med Sci Monit.* 2019;25:6474-6481.
- Erre GL, Paliogiannis P, Castagna F, *et al.* Meta-analysis of neutrophil-to-lymphocyte and platelet-to-lymphocyte ratio in rheumatoid arthritis. *Eur J Clin Invest.* 2019;49(1) Disponible en: doi:10.1111/eci.13037.

S14**EVALUACIÓN DEL PERFIL INMUNOLÓGICO POR REDUCCIÓN DE HUMO DE LEÑA CON ESTUFAS ECOLÓGICAS EN PACIENTES REUMÁTICOS Y CONTROLES INDÍGENAS CHIAPANECOS**

E.A. Ortiz-Saldívar¹, Y. Ramírez-Luis², R. Cebada-Fuentes³, J.H. Valladares-Pérez³, V.M. Estrada-Castellanos⁴, C.V. Elizondo-Solís⁴, J. Aguilar-Castillo¹, C. Pérez-Sánchez², I. Peláez-Ballestas⁵, J.F. Moctezuma-Ríos⁵, J.A. Alegría-Torres⁶, D.L. Gómez-Galicia¹, M.A. Garza-Elizondo⁷, A. Gastelum-Strozzi³, J.L. Montiel-Hernández¹

⁽¹⁾Facultad de Farmacia, UAEM, Morelos, ⁽²⁾Facultad de Medicina, UAEM, Morelos, ⁽³⁾ICAT-UNAM, Ciudad de México, ⁽⁴⁾Facultad de Medicina, UANL, Nuevo León, ⁽⁵⁾Departamento de Reumatología, Hospital General de México, Ciudad de México, ⁽⁶⁾Departamento de Farmacia, UG, Guanajuato, ⁽⁷⁾Departamento de Reumatología, Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León

Introducción: Las enfermedades reumáticas (ER) son un grupo heterogéneo de trastornos que afectan las articulaciones y diversos tejidos del tejido conectivo, y representan un grave problema mundial. En México se calcula una prevalencia de 25,5%, pero parece aumentar en las comunidades indígenas de América Latina (34,5%). Todo ello sugiere la presencia de factores de riesgo poco caracterizados en las poblaciones indígenas. Por otro lado, los estudios previos han señalado que la exposición a contaminantes aéreos podría ser un factor de riesgo para la generación de autoanticuerpos y, en último término, la aparición de afecciones autoinmunitarias-inflamatorias. Sin embargo, se desconoce si la exposición al material particulado menor de 2,5 µm (PM2.5), derivado del humo de estufas de leña, podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de ER.

Objetivo: Comparar el perfil inmunológico de pacientes con ER y controles de la comunidad indígena de Chiapas, antes y después del cambio de estufas de leña.

Material y métodos: Estudio de casos y controles de intervención comunitaria, longitudinal prospectivo y observacional, con aprobación del comité de ética de la facultad de medicina, UAEM, Morelos (FM/CEI/002/2023) y autoridades de la comunidad. Del total de pacientes con ER y controles inscritos en la evaluación basal, se obtuvieron muestras biológicas del 63% de personas en la etapa posterior a la intervención. El perfil inmunológico incluyó la determinación de los valores de IL-6, IL-8, MCP-1, proteína C reactiva y αCCP en muestras de sangre y esputo por la técnica de ELISA. Los valores de PM2.5 en el interior de las casas se midieron con sensores fabricados y calibrados por ICAT-UNAM. Cuatro meses después de la instalación de las nuevas estufas se realizó la toma de muestras y valores de PM2.5. El análisis estadístico incluyó pruebas de normalidad por Shapiro-Wilk y comparación entre las fases anterior y posterior con ji cuadrada-McNemar o Wilcoxon de rangos pareados entre los grupos y regresión logística multivariada para evaluar posibles factores de relación.

Resultados: En la etapa basal se incluyó a 81 adultos de un total de 105 personas en la comunidad, de los cuales 26 se diagnosticaron con ER (32,1%). Al comparar entre los grupos a partir de muestras de sangre se observó que los pacientes mostraron valores significativamente superiores de IL-6, MCP-1 y αCCP, mientras que en el esputo solo los valores de MCP-1 y αCCP fueron superiores a los controles. Además, el 76,9% de los pacientes y el 37,7% de los controles resultaron seropositivos para αCCP en sangre. Al analizar por regresión logística se reconoció una

vinculación positiva y significativa entre los valores elevados de αCCP y PM2.5 en el grupo de pacientes. Luego del cambio de estufas, solo 53 personas continuaron en el proyecto (21 pacientes y 32 controles) y se determinaron valores de PM2.5 de 37 casas. Es importante destacar que, durante la evaluación reumatológica basal, se determinó una prevalencia de 17,1% de osteoartritis (OA), pero solo de 0,9% para la artritis reumatoide (AR); sin embargo, tras la intervención, la prevalencia de AR aumentó al 2,8%, lo que señala el posible desarrollo de afecciones reumáticas en poblaciones susceptibles/seropositivos. En la actualidad se evalúan las muestras biológicas.

Conclusiones: En la etapa basal se identificó una posible relación entre los marcadores inflamatorios y autoinmunitarios con la exposición a valores altos de PM2.5. Sin embargo, el análisis de la etapa posterior a la intervención será crucial para robustecer las hipótesis.

Bibliografía

- van der Heijde D, Daikh DI, Betteridge N, *et al.* Common language description of the term rheumatic and musculoskeletal diseases (RMDs) for use in communication with the lay public, healthcare providers, and other stakeholders endorsed by the European League Against Rheumatism (EULAR) and the American College of Rheumatology (ACR). *Arthritis Rheumatol.* 2018;70(6):826-31.
- Peláez-Ballestas I, Granados Y, Quintana R, *et al.* Epidemiology and socioeconomic impact of the rheumatic diseases on indigenous people: an invisible syndemic public health problem. *Ann Rheum Dis.* 2018;77(10):1397-404.

S15**NIVELES DE VIOLENCIA EN PACIENTES QUE CUMPLEN CRITERIOS DE FIBROMIALGIA 2016 Y SU ASOCIACIÓN CON SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS: ENCUESTA AUTOAPLICABLE**

L.A. Viruel-Mejía, A. Beltrán-Barajas, M.N. Quintanar-Cuevas, D. Vera-Bustamante, I. Palafox-Sosa, K.Z. Velázquez-Zarza, S. Zúñiga-Román, L.A. Martínez-Martínez

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La fibromialgia (FM) es un padecimiento caracterizado por la presencia de dolor crónico generalizado, fatiga, alteraciones del sueño, trastornos del estado de ánimo, entre otros síntomas disautonómicos. El dolor de la FM se mantiene por una activación persistente del sistema nervioso simpático. El sistema nervioso autónomo es el encargado de regular la respuesta del estrés al medio ambiente y el vínculo entre las emociones y las respuestas biológicas a estas. Se ha propuesto que pueden inducirse conexiones anormales entre el sistema nervioso simpático y vías nociceptivas en los ganglios de las raíces dorsales. La vinculación clínica entre FM y síntomas de ansiedad y depresión se ha descrito en varios estudios, lo cual muestra que son más frecuentes en pacientes con FM; sin embargo, el efecto de los factores ambientales en el desarrollo de la FM se ha estudiado en escasa medida.

Objetivo: Evaluar el grado de violencia que percibe la población que satisface los criterios de fibromialgia y revisar su posible relación con síntomas psiquiátricos mediante escalas de autoaplicación.

Material y métodos: Se aplicaron encuestas a los pacientes y acompañantes que acuden a la consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Se recolectó información clínica y demográfica básica, así como las siguientes escalas clinimétricas por autorreporte: criterios de fibromialgia del 2016 publicados por Wolfe *et al.*, incluidos *Widespread Pain Index* (WPI), *Symptom Severity Score* (SSS), *Polysymptomatic Distress Scale* (PDS), depresión medida por *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), ansiedad medida por *General Anxiety Disorder-7* (GAD 7), síntomas psiquiátricos medidos por *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) de 18 reactivos, grado de violencia medido por violentómetro y abuso de sustancias medido por *Drug Abuse Screening Test* (DAST-10) de 10 reactivos.

Se realizó estadística descriptiva. El análisis de normalidad se efectuó con la prueba de Kolgomorov-Smirnov. Se utilizaron las pruebas U de

Mann-Whitney, ji cuadrada o exacta de Fisher, según fuera el caso para las comparaciones. Las correlaciones se llevaron a cabo con el método de Pearson. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se recibieron las respuestas de 1,210 participantes, de los cuales 64% correspondió a mujeres y 36% a hombres, con una edad promedio de 41 años \pm 15 años. En esta cohorte, 217 participantes (18%) cumplían criterios para fibromialgia, con 77% de mujeres; las principales comorbilidades fueron obesidad (36%) e hipertensión arterial (29%). Salvo la edad ($p = 0,793$) entre los pacientes que cumplen y no los criterios de fibromialgia, todas las escalas clinimétricas fueron diferentes ($p < 0,05$).

En el grupo de pacientes que cumplen criterios de fibromialgia, la calificación máxima de violencia tiene una correlación positiva débil con la puntuación total de BPRS ($\rho = 0,189$, $p = 0,005$), con síntomas psiquiátricos negativos ($\rho = 0,143$ y $p = 0,035$) y con la puntuación total de PHQ-9 ($\rho = 0,156$, $p = 0,022$).

Conclusiones: Los pacientes que cumplen los criterios de FM refieren mayores porcentajes de violencia, depresión y síntomas psiquiátricos, y muestran una relación entre sí, aunque de débil magnitud. Hasta el momento, esta es la encuesta más amplia en esta población que aplica los criterios de FM del 2016 y explora los aspectos de violencia, si bien la principal limitante de este estudio es el carácter de autorreporte de las escalas clinimétricas. La información derivada de este tipo de estudios es potencialmente útil para guiar las directrices de la atención integral de estos pacientes.

Bibliografía

- Martínez-Lavin M. Fibromyalgia: When distress becomes (un) sympathetic pain. *Pain Res Treat.* 2012;2012:981565. doi: 10.1155/2012/981565. Epub 2011 Sep 19.
- Cetingok S, Seker O, Cetingok H. The relationship between fibromyalgia and depression, anxiety, anxiety sensitivity, fear avoidance beliefs, and quality of life in female patients. *Medicine (Baltimore).* 2022 Sep 30;101(39): e30868. doi: 10.1097/MD.00000000000030868.

S16

LAS MOTIVACIONES DEL REUMATÓLOGO Y SU ELECCIÓN DE TRATAMIENTO AFECTAN LOS DESENLACES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

V. Pascual-Ramos¹, I. Contreras-Yañez¹, G.A. Guaracha-Basáñez¹, D. Padilla-Ortiz², L. Franco-Mejía¹, L. Vargas-Sánchez¹, J. Jiménez-Decle¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Reumatika, Centro de Vanguardia en Reumatología

Introducción: Las enfermedades reumáticas (ER) son padecimientos crónicos y complejos que comprometen todos los desenlaces relacionados con la salud de las personas afectadas. Estas tienen una mayor mortalidad en comparación con las personas sanas. El enfoque de atención centrada en el paciente/la persona es el modelo de atención preferente en el contexto de pacientes con ER. Este enfoque requiere la implementación de decisiones clínicas compartidas entre la persona afectada y el médico tratante. Tales decisiones culminan en una elección de tratamiento, la cual es influida por los diferentes factores relacionados con el médico, el paciente, el entorno de atención sanitaria y el acceso de atención a la salud.

Objetivo: Comparar los desenlaces de los pacientes con ER con adecuado control (AC) de la enfermedad, en quienes los reumatólogos tratantes (RT) prescribieron la primera opción de tratamiento (PO) respecto de la segunda opción de tratamiento (SO) e identificar las motivaciones vinculadas con la PO.

Material y métodos: El estudio fue prospectivo y se desarrolló en la consulta externa de reumatología de una institución de tercer nivel, atendida por 24 reumatólogos, entre febrero de 2023 y abril de 2024. Se seleccionó a cuatro-cinco pacientes por día con ER mediante un muestreo sistemático (P-1). Una vez finalizada la consulta, se solicitó al RT seleccionar el tratamiento (PO vs. SO), detallar las razones que lo llevaron a tomar dicha decisión de una lista preespecificada (**Figura 1**) y establecer los desenlaces

del paciente. Se definió PO cuando el médico tratante consideró que estaba por encima de otras opciones (“era la mejor”), independientemente del modelo implementado para tomar decisiones.

En una subpoblación de pacientes con AC (SubP-1, muestreo sistemático), los RT valoraron de nueva cuenta los desenlaces en la consulta subsiguiente. Se usaron herramientas estandarizadas. Se utilizó estadística descriptiva y análisis de regresión multivariado para identificar las motivaciones vinculadas con PO. El estudio recibió aprobación del CEI.

Resultados: Se incluyó a 703 pacientes (P-1). En general fueron mujeres ($n = 601$, 85,5%) adultas (mediana de edad, 51 años) con 15 años de duración de la enfermedad. Los dos diagnósticos más frecuentes fueron LEG ($n = 273$, 39%) y AR ($n = 252$, 36%). De ellos, 543 (77,2%) estaban en AC y 292 integraron la población SubP-1, con características similares a los de la P-1.

En P-1 y SubP-1, la PO se prescribió en 644 (91,5%) y 269 (92,1%) pacientes, respectivamente. En la SubP-1, los pacientes que recibieron la PO tuvieron mejores desenlaces al seguimiento respecto de los individuos que recibieron la SO: mantenimiento AC (239 [88,88%] vs. 16 [69,68%], $p = 0,016$), mejoría de la actividad clínica (254 [94,4%] vs. 19 [82,68%], $p = 0,051$) y actividad moderada o grave (15 [5,6%] vs. 4 [17,4%], $p = 0,051$). Las motivaciones relacionadas con la medicina basada en evidencia y la experiencia del médico se relacionaron de forma predominante con la PO, mientras que las preocupaciones por el desabasto futuro y los antecedentes de efectos adversos/intolerancia fueron más comunes en la SO. La **Tabla 1** resume las motivaciones vinculadas de manera significativa con la PO.

Conclusiones: Los pacientes con ER y AC en quienes sus RT prescribieron la PO tuvieron mejores desenlaces en comparación con las personas que recibieron la SO. Las motivaciones relacionadas con medicina basada en la evidencia, la preocupación por el futuro desabasto y las motivaciones vinculadas con el paciente se relacionaron con la PO.

Tabla 1. Análisis de regresión multivariado: razones relacionadas con la PO. (S16)

Razones	RM	IC95%	p
Concuerda con las recomendaciones nacionales e internacionales	21,395	6,006-76,208	< 0,001
Evidencia científica sólida en favor de la eficacia del tratamiento	5,943	2,236-15,792	< 0,001
Me preocupa que el futuro desabasto del medicamento pueda afectar la continuidad del tratamiento	0,372	0,199-0,697	0,002
Antecedentes de efectos adversos/intolerancia	0,266	0,141-0,501	< 0,001

S17

CAMBIOS EN LA EXPRESIÓN GÉNICA MODULAR DEL ESTUDIO DE FASE 2 SLEek DE UPADACITINIB Y ABBV-599 EN PACIENTES CON LES

K. Gómez-García¹, C. Michelle-D², F. Ioan³, W. Peter K², M.C. Gaudreau², M. Joan-T³

⁽¹⁾AbbVie Farmacéuticos México, ⁽²⁾AbbVie Inc., North Chicago, Estados Unidos, ⁽³⁾Fundación de Investigación Médica de Oklaboma, Programa de Artritis e Inmunología Clínica, Oklaboma City, Estados Unidos

Introducción: El upadacitinib (UPA) es un iJAK que actúa en varios receptores que transmiten señales de IFN directa e indirectamente. El el-subrutinib inhibe la tirosina cinasa de Bruton (BTK) relacionada con la señalización de células B. Un estudio de fase 2 de LES con UPA, elsubrutinib o la combinación (ABBV-599) encontró que tanto el UPA de 30 mg QD como el ABBV-599 cumplieron el criterio de valoración de 24 semanas del Índice de respuesta 4 del LES (SRI-4). Sin embargo, en la población general, la eficacia de UPA solo fue comparable a ABBV-599.

Objetivo: Caracterizar el MoA de UPA y ABBV-599 en pacientes con LES. **Material y métodos:** Estudio aleatorizado, doble ciego y de fase 2 del LES. Se tomaron muestras de sangre en la basal y en las semanas 2, 12, 24 y 48. Se comparó el análisis de RNAseq de 147 pacientes que recibieron

Figura 1. Cuestionario para la elección del tratamiento (PO vs. SO) y la identificación de todas las razones que decidieron la elección. (S16)

POR FAVOR RESPONDA UNA VEZ QUE HAYA CONCLUIDO LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO A SU PACIENTE, INCLUYENDO LA ENTREGA DE LA RECETA.

Existen diversos factores que pueden influir en la toma de la decisión en la terapéutica empleada en los pacientes con enfermedades reumatológicas. Intervienen factores relacionados con el paciente, el acceso/abasto y el médico. Una vez que usted consideró todos esos factores y en el contexto clínico específico de su paciente, con este cuestionario quisieramos conocer si ¿el tratamiento que indicó fue su primera opción o tuvo que optar por una segunda? y ¿cuáles fueron las motivaciones que le llevaron a dicha elección?

1. En el caso de este paciente en específico, usted considera que la terapéutica indicada corresponde a:

_____ a. La primera opción de tratamiento
 _____ b. La segunda opción de tratamiento

Por favor CONTESTE A TODAS las motivaciones que a continuación se presentan, indicando con un sí aquellas que para el caso específico y el contexto del paciente que evaluó, lo llevaron a elegir la terapéutica del padecimiento reumatológico:

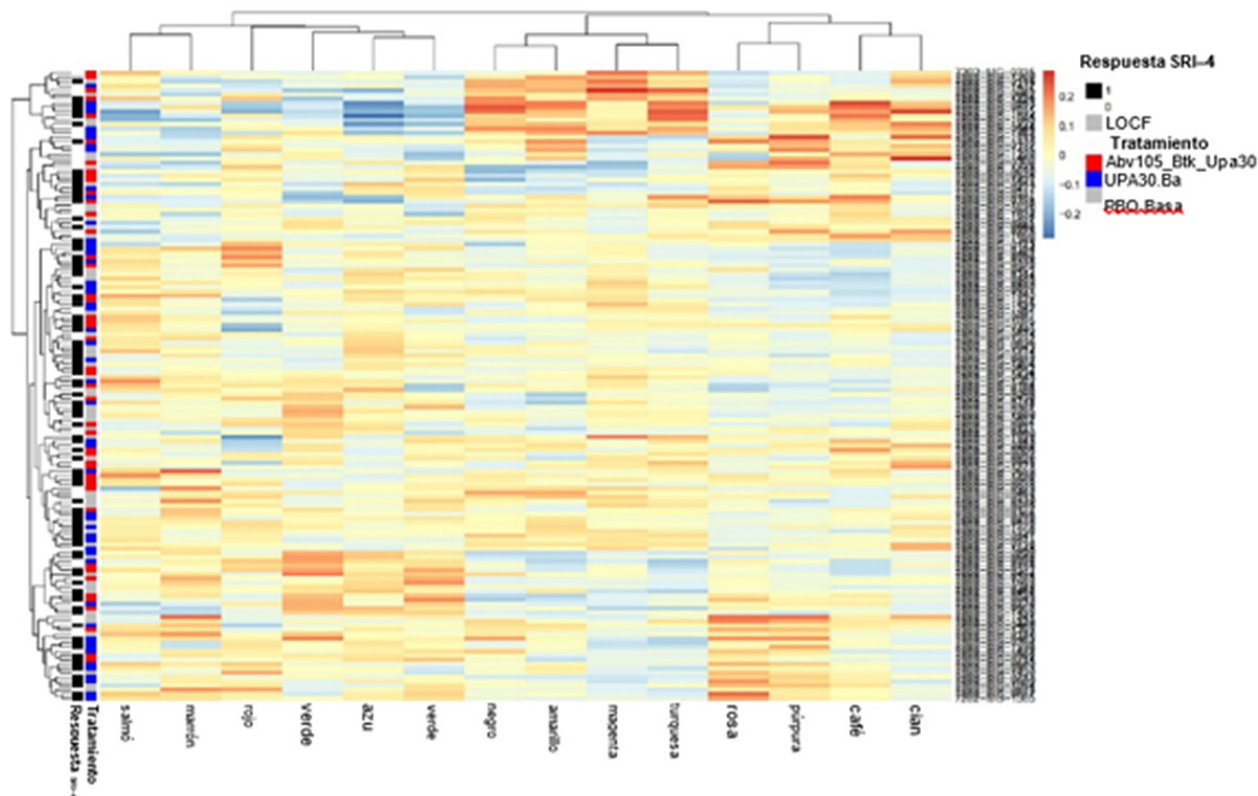
Relacionados con el reumatólogo	
1. Es acorde a las recomendaciones nacionales/internacionales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Evidencia científica sólida de la efectividad del tratamiento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Tengo experiencia con este esquema	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Incertidumbre sobre futuro abasto para continuar el esquema indicado, el tiempo necesario	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ↳ Especifique fármaco: _____
5. Otros (especifique):	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Relacionados con el paciente	
6. Características sociodemográficas (Como edad, nivel de educación, etc...)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. Presencia de comorbilidades	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO tiene comorbilidades <input type="checkbox"/>
8. Historia de intolerancia y/o efectos adversos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO ha presentado <input type="checkbox"/> ↳ Especifique fármaco: _____
9. Motivos económicos, el paciente puede costearlo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO aplica, TIENE gratuidad <input type="checkbox"/>
10. Preferencia del paciente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11. Otros (especifique):	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Relacionados con el abasto /acceso	
12. Acceso al sistema de gratuidad del Instituto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
13. Desabasto en el Instituto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO tiene gratuidad <input type="checkbox"/>
a) Falta de disponibilidad el día de la consulta	↳ Especifique fármaco: _____
b) Falta de disponibilidad en la farmacia institucional	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO tiene gratuidad <input type="checkbox"/> ↳ Especifique fármaco: _____
14. Acceso a través de un sistema de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO tiene acceso a Seg. Soc. <input type="checkbox"/>
15. Desabasto a nivel nacional (otras farmacias)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ↳ Especifique fármaco: _____
16. Otros (especifique):	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

placebo, UPA (30 mg QD) o ABBV-599 (elsubrutinib de 60 mg + UPA de 30 mg QD). Se utilizaron análisis de modelos mixtos Limma para determinar genes expresados diferencialmente significativos entre momentos de valoración y para anticipar a los respondedores/no respondedores a UPA, ABBV-599 a dosis alta o placebo. Se utilizó el análisis de redes de coexpresión génica ponderada (WGCNA) para construir redes de genes y determinar la modulación de estas redes. Se midieron las concentraciones totales de IgG, IgM y anti-ADN de doble cadena (anti-ADNdc) tipo IgG en suero mediante un estudio inmunoturbidimétrico disponible comercialmente y un análisis inmunoabsorbente ligado a enzimas. Los subcon-

juntos y recuentos de células inmunitarias se identificaron con citometría de flujo.

Resultados: Las diferencias entre UPA y ABBV-599 en el número de genes expresados diferencialmente en todos los momentos de valoración sugirieron mecanismos singulares para los fármacos. La correlación módulo-característica demostró relaciones significativas entre las puntuaciones de los módulos y las características clínicas, pero no respecto de la respuesta al tratamiento, de acuerdo con la heterogeneidad basal de la expresión del módulo génico para los respondedores demostrada por agrupamiento jerárquico (Figura 1). El cambio en los valores de *eigengene* del módulo

Figura 1. Heterogeneidad basal en la expresión del módulo génico del LES. (S17)



LES, lupus eritematoso sistémico; LOCF, última observación llevada a cabo; PBO, placebo; SRI-4, Índice de respuesta 4 del LES; UPA, upadacitinib

demostró que el inhibidor de BTK condujo a un aumento significativo de las puntuaciones del módulo de neutrófilos, y la citometría de flujo reveló un aumento significativo del porcentaje de neutrófilos en pacientes tratados con ABBV-599, pero no con UPA. Sin embargo, ABBV-599 no demostró un efecto singular en los módulos de células B. El UPA cambió en grado significativo los valores del módulo génico para IFN tipo I en comparación con placebo y también redujo la expresión de los módulos génicos de basófilos, ciclo celular y Thc.

Conclusiones: El tratamiento con UPA se vinculó con una disminución de los módulos génicos de basófilos, células T citotóxicas y ciclo celular, lo que explica su eficacia en pacientes con LES con diferentes patrones de expresión génica basal.

Bibliografía

- Merrill JT, *et al.* OP0139. Ann Rheum Dis. 2023;82:91–2.
- Gaudreau M, *et al.* Arthritis Rheumatol. 2023;75(suppl 9).
- Gaudreau MC, *et al.* POS1133. Ann Rheum Dis. 2023;82:894–5.
- Guthridge JM, *et al.* E Clinical Medicine. 2020;20:100291.
- Monaco G, *et al.* Cell Rep. 2019;2.

S18

IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA UNGUEAL EN LOS DESENLACES DEL PACIENTE: UN ENFOQUE DE GÉNERO

G.A. Guaracha-Basáñez¹, I.P. García-Herrera¹, S. Méndez-Flores¹, D.M. Padilla-Ortiz², I. Contreras-Yáñez¹, V. Pascual-Ramos¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán,

⁽²⁾Reumatika, Centro de vanguardia en Reumatología

Introducción: La afectación ungueal es uno de los dominios de la enfermedad psoriásica (EP). Se presenta hasta en el 70% de los pacientes y puede tener un efecto estético, psicológico y funcional, diferencial entre los hombres y las mujeres con EP. Existe poca información sobre la calidad de vida relacionada con la enfermedad psoriásica ungueal (CVEPU).

Objetivo: Describir la CVEPU en pacientes con EP mediante un cuestionario validado e investigar la relación entre las puntuaciones del cuestionario de CVEPU y los de los desenlaces notificados por los pacientes (DNP), de acuerdo con el sexo.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes pertenecientes a la clínica de atención multidisciplinaria de EP de un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México, en la cual un reumatólogo y una dermatóloga realizan evaluaciones estandarizadas. Se invitó a los pacientes a contestar el cuestionario de CVEPU (Figura 1), que consta de 20 reactivos agrupados en tres dimensiones, cada reactivo con respuesta tipo Likert (0-4). La puntuación es de 0 a 80 y en ella 80 indica la peor CVEPU. De manera concomitante se evaluaron los siguientes DNP: calidad de vida (CV) mediante el WHOQoL-BREF (mayor puntuación, mejor CV), ansiedad/depresión mediante HADS (mayor puntuación, peores desenlaces) y funcionalidad mediante HAQ-DI (mayor puntuación, peor función). Se recabaron características sociodemográficas y las propias de la enfermedad y el tratamiento. Se realizaron regresiones lineales simples para la identificación de la relación entre la puntuación del cuestionario de CVEPU y la puntuación de los diferentes DNP. Se definió la afectación ungueal como NAPSÍ \geq 1 evaluado por la dermatóloga. El estudio recibió aprobación del CEL.

Resultados: Se incluyó a 63 pacientes con EP, 25 (40%) con psoriasis y 38 (60%) con artritis psoriásica. Del total, 28 (44%) eran mujeres, en la sexta década de la vida, con un tiempo de evolución de la psoriasis de 12 años y de la artritis psoriásica de cuatro años. El principal fenotipo de la psoriasis fue en placas ($n = 53$, 84,1%) y el de la artritis psoriásica el poliarticular ($n = 35$, 92,1%). Dieciséis (25,4%) pacientes recibían FARME sintético y 37 (58,7%) FARME biológico. En general, se observó un efecto notorio en todos los DNP.

Se identificó afectación ungueal en 41 (65,1%) pacientes. Los individuos con y sin compromiso ungueal tuvieron características similares, incluidos los DNP, salvo una mayor puntuación total de la CVEPU y de los dominios de signos ungueales y estigma/efecto emocional en relación con las uñas en los primeros.

En la población general, la puntuación total de CVEPU se acompañó de la puntuación de las dimensiones física y psicológica del WHOQOL-BREF y de la puntuación del HADS para ansiedad y depresión (Tabla 1). De manera importante, el efecto de CVEPU en los DNP solo fue evidente en las mujeres y no en los hombres. En las mujeres, la CVEPU tuvo un efecto en la CV (dimensión física, psicológica y relaciones sociales) y en depresión y ansiedad (Tabla 1).

Conclusiones: En pacientes con EP, el compromiso ungueal modifica la CVEPU y no afecta a otros DNP. En la población general, la CVEPU se relaciona con la CV global (dimensión de salud física y salud psicológica) y con la salud mental. El efecto de la CVEPU en otros DNP es distintivo de las mujeres con EP. Es importante visibilizar las diferencias de ciertos desenlaces en salud atribuidas al sexo.

Tabla 1. Regresiones lineales simples en pacientes con enfermedad psoriásica y mujeres. (S18)

Variable dependiente	Variable independiente	Coefficiente B	IC95%	p
Pacientes con enfermedad psoriásica				
WHOQOL-salud física	Puntuación CVEPU	-3,13	-0,72 a -0,15	≤ 0,003
WHOQOL-psicológica	Puntuación CVEPU	-2,52	-0,68 a -0,70	0,015
HADS depresión	Puntuación CVEPU	2,89	0,03 a 0,16	0,005
HADS-ansiedad	Puntuación CVEPU	3,13	0,04 a 0,19	0,003
Mujeres con enfermedad psoriásica				
WHOQOL-salud física	Puntuación CVEPU	-3,55	-1,19 a -0,32	≤ 0,001
WHOQOL-psicológico	Puntuación CVEPU	-3,66	-1,09 a -0,31	0,001
WHOQOL-relaciones sociales	Puntuación CVEPU	-2,71	-1,24 a -0,17	0,012
HADS-depresión	Puntuación CVEPU	4,58	0,11 a 0,28	≤ 0,001
HADS I	Puntuación CVEPU	3,83	0,10 a 0,33	≤ 0,001

IC95%, Intervalo de confianza de 95%; no se identificaron relaciones significativas en los hombres.

NIVELES DE Cd EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: POSIBLE RELEVANCIA CLÍNICA

J. Becerra-Jiménez, A. Aguilar-Vázquez, K.B. Díaz-Contreras, L. Magaña-García, E.F. Quirarte-Tovar, I.Y. Arteaga-Gallegos, L. Gómez-Limón, J.A. Esparza-Michel, A. Llamas-García, M. Cabrera-López, O.E. Pizano-Martínez, C.A. Gómez-Ríos, E.A. Martínez-García, E. Chavarría-Ávila, M. Vázquez del Mercado-Espinosa

Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La tautología autoinmunitaria sugiere que los factores etiológicos predominantes en los padecimientos con enfermedad reumática autoinmunitaria sistémica (ERAS) son la exposición a múltiples factores ambientales en individuos genéticamente susceptibles. Se ha notificado ya la relevancia de los factores ambientales en el desarrollo de autoinmunidad, entre ellos la intensidad de la radiación UV, latitud, temperatura, presión atmosférica, elevación, humedad, infecciones virales e incluso la estación del año. Sin embargo, aún son escasos los informes que evalúan la vinculación entre las manifestaciones clínicas y los valores de los metales pesados. **Objetivo:** Describir los valores de arsénico (As), cromo (Cr), cadmio (Cd) y mercurio (Hg) y su posible relación con las características clínicas en una cohorte de pacientes con ERAS: esclerosis sistémica (ES), miositis inmunitarias mediadas y artritis reumatoide (AR).

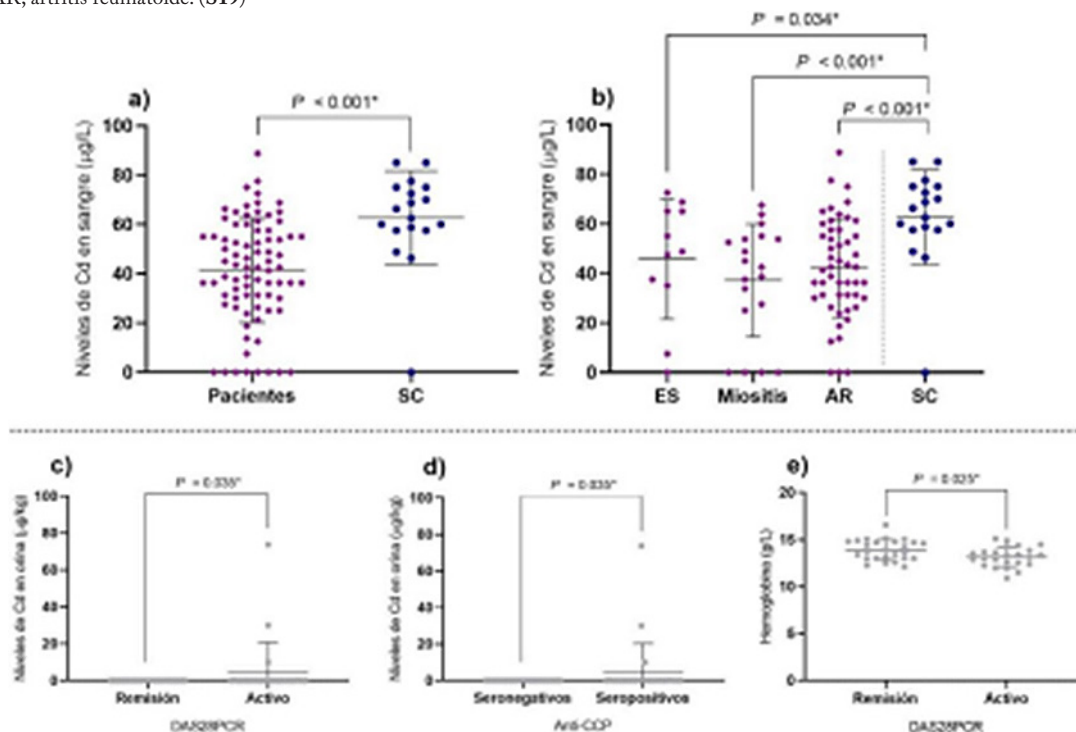
Material y métodos: Se aplicó espectroscopia de emisión atómica acoplada inductivamente a plasma (ICP-OES, *inductively coupled plasma optical emission spectroscopy*) para medir los valores de los metales pesados en sangre y orina. La descripción del perfil de autoanticuerpos se realizó con ELISA (FR) e inmunoanálisis en línea *Line blot EUROIMMUN TM* (Ro-52, OJ, EJ, PL7, PL12, SRP, Jo-1, PMScl75, PMScl100, Ku, SAE1, NXP2, MDA5, TIF1γ, Mi-2α, Mi-2β). La evaluación clínica se efectuó al momento de la inscripción de los participantes.

Resultados: Se registraron cifras disminuidas de Cd en sangre de pacientes con ERAS al compararlas con las de los sujetos control (SC). El resto de los metales pesados evaluados no mostraron diferencia, mientras que el análisis de ICP-OES no reveló valores detectables de As. Con respecto a las vinculaciones clínicas, se encontraron principalmente en AR: a) mayores valores de Cd en orina en pacientes con enfermedad activa de acuerdo con el índice DAS28PCR; b) mayores valores de Cd en orina en pacientes anti-CCP seropositivos; c) menores valores de hemoglobina en pacientes con enfermedad activa de acuerdo con el índice DAS28PCR (Figura 1).

Figura 1. Cuestionario de CVEPU. Se muestra el cuestionario de calidad de vida relacionada con la enfermedad psoriásica ungueal. (S18)

Reactivos	Dimensiones
¿Qué tanto le hizo sufrir la psoriasis en las uñas por menor fortaleza en las uñas (o sea, que estén quebradizas, finas, atrofiadas o por desprenderse?)	Signos/estado de las uñas
¿Qué tanto le hizo sufrir la psoriasis en las uñas por síntomas de uñas endurecidas, engrosadas o levantadas?	
¿Qué tanto le hizo sufrir la psoriasis en las uñas por la apariencia diferente?	
¿Qué tan diferentes se ven sus uñas ahora?	
La psoriasis en mis uñas hace difícil el cuidado de mis uñas	Estigma/efecto emocional de las uñas
Con frecuencia se me enganchan las uñas en las cosas	
Evito tocar a otras personas debido a la psoriasis en mis uñas	
Trato de esconder mis uñas	
Me apena cómo se ven mis uñas	
Mis uñas se ven feas	
Tengo la sensación de que las personas reaccionan negativamente conmigo por la psoriasis en mis uñas	Efectos en las actividades de la vida diaria
Tengo la sensación de que las personas observan mis uñas	
Me siento deprimido/a o con menos confianza en mí mismo/a debido a la psoriasis en las uñas	
¿Qué tanto le hizo sufrir la psoriasis en las uñas por picazón en los dedos de las manos/pies?	
¿Qué tanto le hizo sufrir la psoriasis en las uñas por dolor u otra sensación anormal en los dedos de las manos/pies?	
¿Qué tanto le hizo sufrir la psoriasis en las uñas por dificultad para agarrar cosas?	
La psoriasis en mis uñas hace difícil trabajar con mis manos	
No puedo llevar una vida de trabajo normal por la psoriasis en mis uñas	
Mis actividades de entretenimiento y deportivas están restringidas por la psoriasis en mis uñas	Efectos en las actividades de la vida diaria
La psoriasis en mis uñas es una carga para mi relación de pareja	

Figura 1. Valores de los metales pesados en sangre y orina en sujetos control y pacientes. (A) Menores valores de Cd en sangre en pacientes con enfermedad reumática con respecto a SC. (B) Menores valores de Cd en pacientes con ES, miositis y AR con respecto a SC. (C) Mayores valores de Cd en orina en pacientes de AR con enfermedad activa de acuerdo con DAS28PCR. (D) Mayores valores de Cd en orina en pacientes de AR anti-CCP seropositivos. (E) Menores valores de hemoglobina en pacientes de AR con enfermedad activa de acuerdo con DAS28PCR. Cd, cadmio; SC, sujetos control; ES, esclerosis sistémica; AR, artritis reumatoide. (S19)



Conclusiones: A pesar de la limitada información relacionada con el efecto de sustancias químicas en la fisiopatología de las enfermedades autoinmunitarias, estos resultados sugieren que el Cd en orina puede causar su unión en sangre con moléculas de hepcidina y por tanto facilitar su excreción por orina en AR. Es necesaria la realización de estudios con muestras más robustas en combinación con biomoléculas que intervienen en su metabolismo.

Bibliografía

1. Romao VC, Fonseca JE. Etiology and risk factors for rheumatoid arthritis: a state-of-the-art review. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:689698.
2. Okada S, Weatherhead E, Targoff IN, *et al.*, International Myositis Collaborative Study G. Global surface ultraviolet radiation intensity may modulate the clinical and immunologic expression of autoimmune muscle disease. *Arthritis Rheum*. 2003;48(8):2285-93.

S20

ANÁLISIS DE BENEFICIO-RIESGO DE UPADACITINIB VERSUS ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y MAYOR O MENOR RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

E.G. García-García¹, R. Burmester-Gerd², E. Mysler³, P. Taylor⁴, E. Kristensen-Lars⁵, S. Hall⁶, B. Wick-Urban⁷, A. Garrison⁷, T. Gao⁷, N. Khan⁷, S. Strehgolt⁷, R. Fleischmann⁸

⁽¹⁾AbbVie Farmacéuticos S.A. de C.V., ⁽²⁾Charité-Universitätsmedizin Berlin, ⁽³⁾Organización Médica de Investigación, ⁽⁴⁾University of Oxford, ⁽⁵⁾Universidad de Copenhague y Hospital Universitario de Bispebjerg, ⁽⁶⁾Investigación Emérita y Universidad de Monash, ⁽⁷⁾AbbVie Inc., ⁽⁸⁾Centro Médico Southwestern de la Universidad de Texas, Centro de Investigación Clínica Metroplex

Introducción: Un análisis integrado del perfil de beneficio-riesgo del upadacitinib (UPA) del programa SELECT en artritis reumatoide (AR) demostró que el UPA tenía un perfil de beneficio-riesgo favorable. Sin embargo, existe la necesidad de comprender mejor el beneficio-riesgo del UPA en pacientes con mayor o menor riesgo de enfermedad cardiovascular (CV).

Objetivo: Evaluar el perfil de beneficio-riesgo a corto y largo plazos del UPA de 15 mg contra el adalimumab (ADA) en pacientes con AR y respuesta inadecuada a MTX (MTX-IR) con un riesgo menor (< 65 años y sin factores de riesgo CV) o mayor (≥ 65 años o > 1 factor de riesgo CV) de enfermedad CV.

Material y métodos: Los datos provienen del estudio SELECT-COMPARE, en el que los pacientes recibieron UPA de 15 mg, placebo (PBO) o ADA de 40 mg, con MTX de base. Dentro de las primeras 26 semanas, los pacientes con una respuesta insuficiente cambiaron de PBO a UPA, UPA a ADA o ADA a UPA; todos los individuos que aún estaban con PBO en la semana 26 se cambiaron a UPA. Los factores de alto riesgo CV fueron: antecedentes de un episodio CV, hipertensión, diabetes mellitus, fumador actual o exfumador, edad ≥ 65 años, LDL-C elevado en la basal y HDL-C disminuido en la basal. En este análisis *post hoc*, la seguridad y la eficacia se evaluaron hasta la semana 264. Los datos de seguridad se informan como diferencias en las tasas de efectos ajustadas por exposición por 100 pacientes-año (PA). Los datos de eficacia se informan como diferencias entre la proporción de pacientes que lograron resultados de eficacia. En pacientes que lograron DAS28-PCR < 2,6 en la semana 26 se utilizó el método de Kaplan-Meier para analizar el tiempo desde la visita de la semana 26 hasta la pérdida de respuesta.

Resultados: Se identificó a un total de 211 pacientes en el grupo de menor riesgo (UPA, n = 129; ADA, n = 82) y 767 pacientes en el grupo de mayor riesgo (UPA, n = 522; ADA, n = 245). Las tasas de la mayoría de los efectos adversos de interés fueron casi siempre similares entre UPA y ADA tanto en el grupo de menor como en el de mayor riesgo. Se observaron tasas más altas de herpes zóster con UPA respecto de ADA. Las tasas de neoplasias malignas,

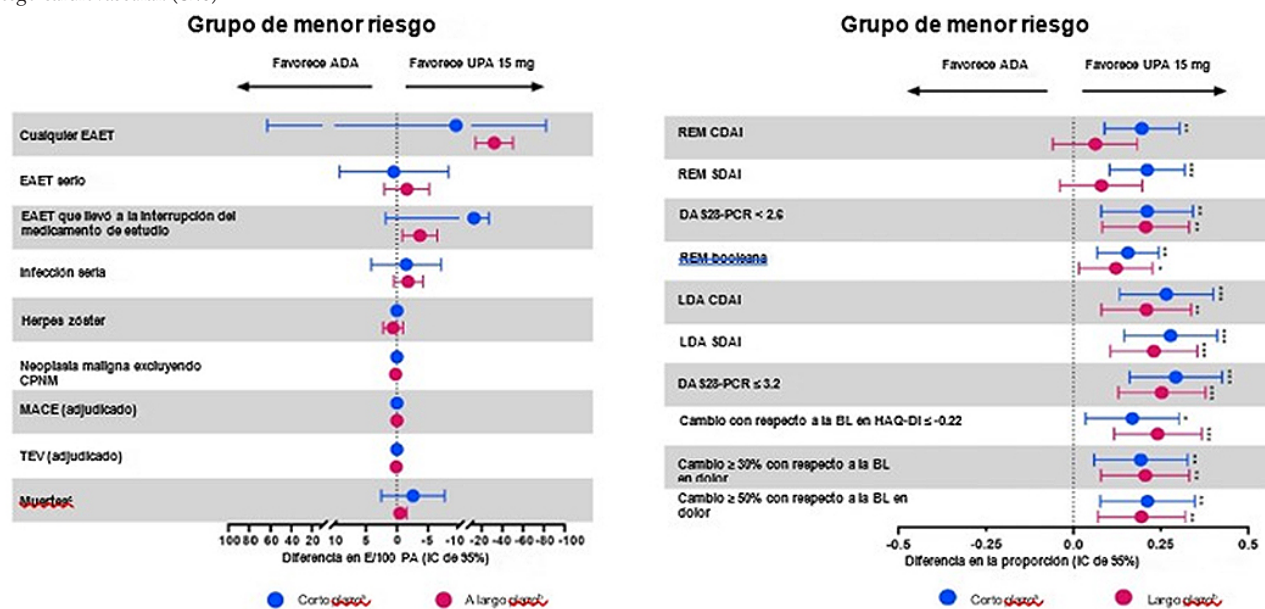
sin incluir el cáncer de piel no melanómico, efectos adversos cardiovasculares mayores y tromboembolismo venoso, fueron comparables entre UPA y ADA. En todos los criterios de valoración de eficacia, el UPA mostró mejores resultados en comparación con ADA a corto (semana 26) y largo plazos (semana 264) (Figura 1). En la semana 26, DAS28-PCR < 2,6 se alcanzó en 21% y 12% más pacientes con UPA respecto de ADA en los grupos de menor y mayor riesgo, respectivamente (p nominal = 0,003 y p < 0,001).

Conclusiones: En los análisis a corto y largo plazos, el tratamiento con UPA de 15 mg condujo a riesgos de seguridad comparables y mejores resultados de eficacia en comparación con ADA independientemente del estado de riesgo CV basal, excepto la tasa de herpes zóster que fue mayor con UPA. El perfil general de beneficio-riesgo fue favorable para UPA respecto del ADA independientemente de los grupos de riesgo, aunque los beneficios fueron más evidentes en pacientes más jóvenes sin factores de riesgo CV.

Bibliografía

1. Conaghan PG, Mysler E, Tanaka Y, et al. Upadacitinib in rheumatoid arthritis: a benefit-risk assessment across a phase III program. *Drug Saf.* 2021;44(5):515-530.
2. Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(1):3-18.

Figura 1. Análisis de los riesgos y beneficios a corto y largo plazos del upadacitinib de 15 mg en comparación con el adalimumab en pacientes con menor riesgo cardiovascular. (S20)



ADA, adalimumab; CV, cardiovascular; E, evento; IR, respuesta inadecuada o intolerancia; CPNM, cáncer de piel no melanoma; PA, paciente-año; EAET, evento adverso emergente durante el tratamiento; MACE, eventos adversos cardiovasculares mayores; TEV, tromboembolismo venoso; UPA, upadacitinib. La seguridad y la eficacia a corto plazo se evaluaron hasta la semana 26. La seguridad y la eficacia a largo plazo se evaluaron hasta la semana 264. Incluye muertes emergentes durante el tratamiento (≤30 días después de la última dosis de UPA o ≤70 días después de la última dosis de ADA) y muertes no emergentes durante el tratamiento (>30 días después de la última dosis de UPA o >70 días después de la última dosis de ADA). Los pacientes con MTX-IR recibieron UPA o ADA, cada uno en combinación con MTX de base, y fueron estratificados en grupos de menor riesgo CV (<65 años de edad y sin factores de riesgo CV) o mayor riesgo CV (≥65 años de edad y/o ≥1 factor de riesgo CV).

El análisis de seguridad se realizó para eventos adversos de cualquier exposición a UPA 15 mg (incluyendo pacientes que iniciaron y permanecieron con UPA, así como la exposición a UPA de aquellos rescatados de placebo o ADA a UPA) versus eventos adversos de cualquier exposición a ADA 40 mg (incluyendo pacientes que iniciaron y permanecieron con ADA, así como la exposición a ADA de aquellos rescatados de UPA a ADA). Se utilizó la tasa de eventos ajustada por exposición (EAER) para la comparación, teniendo en cuenta las diferentes duraciones de exposición debido al cambio de tratamiento y las diferentes tasas de interrupción entre los medicamentos de estudio. Un valor negativo indica una seguridad más favorable con UPA que con ADA. Un valor positivo indica una seguridad más favorable con ADA que con UPA.

Un valor positivo indica una eficacia más favorable con UPA que con ADA. Un valor negativo indica una eficacia más favorable con ADA que con UPA. Las comparaciones entre UPA y ADA se basaron en la prueba de Cochran-Mantel-Haenszel, ajustando por el factor de estratificación de uso previo de FARME biológico. *P≤.05, **P≤.01, ***P≤.001 nominales.

La eficacia se analizó por grupo aleatorizado, y se aplicó NRI para los datos faltantes. Los eventos que ocurren después de que un paciente discontinuó el medicamento de estudio o cambió a una terapia diferente de la terapia aleatorizada original se consideran como no respondedor

S21

HÁBITOS Y AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD ORAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN, ARTRITIS REUMATOIDE Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

K. Palomo-Arnaud, G. Figueroa-Parra, A.K. Garza-Elizondo, M.I. Alarcón-Jarquín, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, J.C. Riega-Torres

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las manifestaciones bucales, en especial periodontitis y pérdida de dientes, son muy prevalentes en pacientes con enfermedades reumáticas. El síndrome de Sjögren (SS), la artritis reumatoide (AR) y el lupus eritematoso sistémico (LES) pueden mostrar manifestaciones orales como xerostomía, enfermedades periodontales y úlceras aftosas orales, respectivamente.

Objetivo: Evaluar la autopercepción de la salud y los hábitos bucales en pacientes con SS, AR y LES.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal que incluyó a pacientes adultos que acudieron a consulta de reumatología en el Hospital Universitario José Eleuterio González entre diciembre de 2021

y febrero de 2024, con diagnóstico clínico de SS, AR o LES. Se excluyó a los pacientes con prótesis dentales. Se aplicó la encuesta *Geriatric/General Oral Health Assessment Index* versión española (GOHAI-SP), que incluye 12 preguntas en escala tipo Likert. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con la puntuación total del GOHAI-SP; aquellos con ≤ 50 puntos se consideraron con mala salud bucal, las puntuaciones de 51 a 56 con salud bucal moderada y las puntuaciones ≥ 57 con buena salud bucal. Se utilizó estadística descriptiva para informar frecuencias y porcentajes, media (DE) o mediana (IQR), según correspondiera. Se compararon las puntuaciones generales y las categorías de salud bucal autopercibida según el diagnóstico. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 415 pacientes, con una edad media de 50,42 (DE 14,77) y 387 (93,2%) eran mujeres. Dosecientos noventa y dos pacientes tenían AR (70,8%), 72 LES (17,4%) y 51 SS (11,6%). En general, 136 pacientes (33%) refirieron una mala percepción de su salud bucal, 101 (24,5%) moderada y 178 (43,2%) buena. La puntuación mediana más baja la indicaron los pacientes con SS, con 51 (42,5-55) puntos. Los pacientes con SS informaron una menor frecuencia de citas de atención dental por año (< 2 /año, 41,2%) y menor frecuencia de cepillado por día (< 2 /día, 60,8%) que los pacientes con AR o LES (Tabla 1). Los pacientes con SS son los más conscientes de la relación entre su enfermedad y la salud bucal (68,6%) en contraste con los pacientes con LES (43,1%) o AR (53,1%) que son menos conscientes (Tabla 1). La autopercpción de la salud bucal en los dominios de funcionalidad, psicosocial y dolor/malestar fue peor en los pacientes con SS (Tabla 2).

Conclusiones: Los pacientes estudiados con SS mostraron hábitos odontológicos deficientes y una mala autopercpción de la funcionalidad, psicosocial y malestar, según la escala GOHAI. Se debe aconsejar a los pacientes la mejora de sus hábitos dentales, en particular en aquellos con SS.

Tabla 1. Hábitos de cuidado odontológico en pacientes con síndrome de Sjögren (SS), artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES). (S21)

	Todos n = 415	SS n = 51	AR n = 292	LES n = 72	Valor de p
Género, n (%)					0,368
Femenino	387 (93,3)	49 (96,1)	269 (92,1)	69 (95,8)	
Masculino	28 (6,7)	2 (3,9)	23 (7,9)	3 (4,2)	
Edad, media (IQR)	53 (61-42)	54 (47-61)	54 (45-62)	40 (24-53)	< 0,001
Tabaquismo positivo, n (%)	20 (4,8)	2 (3,9)	15 (5,1)	3 (4,2)	0,896
Atención dental, n (%)					0,195
Público	69 (16,7)	11 (21,6)	47 (16,1)	11 (15,3)	
Privado	196 (47,2)	29 (56,9)	131 (44,9)	36 (50)	
Sin atención	150 (36,1)	11 (21,6)	114 (39,0)	25 (34,7)	
Atención dental por año, n (%)					< 0,001
0	24 (5,8)	7 (13,7)	14 (4,7)	3 (4,1)	
1	52 (12,5)	14 (27,4)	30 (10,2)	8 (11,11)	
≥ 2	339 (81,7)	30 (58,8)	248 (84,9)	61 (84,72)	
Cepillado dental por día, n (%)					0,047
0	2 (0,5)	1 (2,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	
1	53 (12,8)	9 (17,6)	42 (14,4)	2 (2,8)	
2	178 (42,9)	21 (41,2)	120 (41,1)	37 (51,4)	
3	177 (42,6)	20 (39,2)	126 (43,2)	31 (43,1)	
> 3	5 (1,2)	0 (0,0)	3 (1,0)	2 (2,8)	
Conocimiento salud oral- actividad de la enfermedad, n (%)					0,020
Sí	221 (53,3)	35 (68,6)	155 (53,1)	31 (43,1)	
No	194 (46,7)	16 (31,4)	137 (46,9)	41 (56,9)	
Su reumatólogo le recomendó visitar a un odontólogo, n (%)					0,293
Sí	175 (42,1)	26 (51,0)	126 (43,2)	23 (31,9)	
No	180 (43,4)	18 (35,5)	125 (42,8)	37 (51,4)	
No recuerda	60 (14,5)	7 (13,7)	41 (14,0)	12 (16,7)	
Referencia a odontología, n (%)					0,227
Sí	335 (80,7)	37 (72,5)	237 (81,2)	61 (84,7)	
No	80 (19,3)	14 (27,5)	55 (18,8)	11 (15,3)	

Tabla 2. Comparación de la autopercpción de salud bucal en pacientes con síndrome de Sjögren (SS), artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES). (S21)

	SS n = 51	RA n = 292	SLE n = 72	Valor de p
Puntuación GOHAI, media (IQR)	51 (42,5-55)	55 (48-59)	57 (49,7-60)	< 0,001
Salud Oral, n (%)				0,005
Buena	10 (19,6)	130 (44,5)	38 (52,8)	
Moderada	16 (31,4)	71 (24,3)	14 (19,4)	
Deficiente	25 (49,0)	91 (31,2)	20 (27,8)	
Funcionalidad, media (IQR)	16 (14-20)	19 (16-20)	20 (16-20)	0,002
Psicosocial, media (IQR)	22 (19,5-24)	24 (21-25)	25 (21-25)	< 0,001
Dolor, media (IQR)	12 (10-13)	13 (12-15)	14 (12-15)	0,002

Bibliografía

- Pinzón-Pulido SA, Gil-Montoya JA. Validación del Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatria en una población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 1999 [citado el 12 de septiembre de 2024]; 34(5):273. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-validacion-del-indice-valoracion-salud-13006100>
- Gualtierotti R, Marzano AV, Spadari F, et al. Main oral manifestations in immune-mediated and inflammatory rheumatic diseases. *J Clin Med* [Internet]. 2018 [citado el 12 de septiembre de 2024];8(1):21. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/1/21>.

S22

BLANCOS DE CITOCINAS Th1, Th2, Th17 ESTÁN SOBREPRESADOS EN MIOSITIS INMUNOMEDIADAS

G.P. García-Ordóñez, F.I. Corona-Meraz, R.C. Rosales-Gómez, A.J. Tovar-Cuevas, M. Salazar-Páramo, A. Aguilar-Vázquez, E. Chavarría-Ávila, C. Juárez-Gómez, J. Becerra-Jiménez, A. Gaspar-Ruiz, M. Cabrera-López, E.F. Quirarte-Tovar, O.E. Pizano-Martínez, C.A. Gómez-Ríos, M. Vázquez Del Mercado-Espinosa

Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Las miopatías inmunomediadas (MII) son un grupo de enfermedades heterogéneas con una fisiopatología parcialmente documentada. Los mediadores inflamatorios como citocinas y quimiocinas pueden mostrar un comportamiento independiente de la actividad, la gravedad o la positividad a algún autoanticuerpo específico (MSA) o relacionado (MAA) de miositis.

Objetivo: Determinar la expresión de genes de las citocinas Th1, Th2, Th17 en miositis inmunomediadas.

Material y métodos: Se incluyeron 19 casos de MII y a 10 sujetos clínicamente sanos (SCS). Los pacientes con MII se clasificaron de acuerdo con los criterios de Bohan y Peter. Se obtuvieron variables demográficas y se realizó la evaluación clínica, incluidas las *Core Set Measures* de IMACS, como el índice de actividad (MYOACT), el índice de daño (MDI), la puntuación MMT8, los valores de enzimas musculares y autoanticuerpos por inmunoanálisis en línea (Line Blot, Euroimmun™). Se determinaron los transcritos de IL17A, IL-6, IFN- γ , CCL2 y CXCL8 mediante RT-PCR en tiempo real con los métodos de Sybergreen y 2- $\Delta\Delta C_T$.

Resultados: La **Tabla 1** muestra las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos. Se encontró una elevación de transcritos de IL-6, IL17A, IFN- γ respecto de SCS, mientras que CCL2 se vio incrementada en pacientes con DM en comparación con PM y superposición respecto de PM (**Figura 1**).

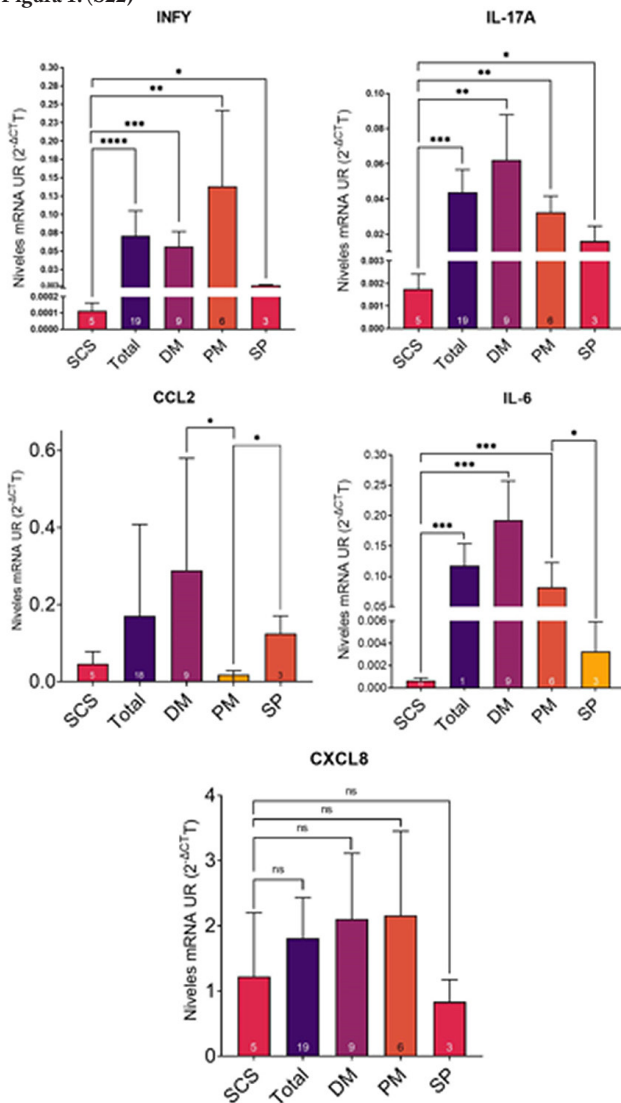
Conclusiones: Los transcritos de citocinas IL-6, IL17A, INF γ y CCL2 se sobreexpresaron de forma independiente del fenotipo clínico, la actividad clínica o el índice de daño. Este trabajo recibió apoyo del CF-2023-G-1396 de CONAHCyT.

Tabla 1. (S22)

	Miopatías	Grupo control
Total de participantes, n	19	10
Mujeres, n (%)	16 (84,2%)	7 (70%)
Hombres, n (%)	3 (15,8%)	3 (30%)
Intervalo de edades (años)	21 - 67	36 - 58
Promedio de edad de inicio de la enfermedad (años)	43	n.a
Promedio de duración de la enfermedad (años)	6,8	n.a
Dermatomiositis, n (%)	9 (47,4%)	n.a
Polmiositis, n (%)	6 (26,3%)	n.a
Miositis de superposición, n (%)	3 (21,1%)	n.a
Miositis de cuerpos de inclusión, n (%)	1 (5,3%)	n.a
Puntuación de evaluación de daño (MDI) promedio (desviación estándar)	0,02 (0,02)	n.a
Puntuación de evaluación de actividad de la enfermedad de (MYOACT) promedio (desviación estándar)	0,05 (0,05)	n.a
CK promedio (desviación estándar) u/L	124,4 (126,4)	n.a

n.a., no aplica.

Figura 1. (S22)



Bibliografía

- Saygin D, Biswas PS, Nouria SM, et al. Serum cytokine profiles of adults with idiopathic inflammatory myopathies. Clin Exp Rheumatol. 2024 Feb;42(2):229-236. doi: 10.55563/clinexprheumatol/ipgoev.
- Hongwen Liu, Shiguo Yuan, Kai Zheng, et al. IL-17 signaling pathway: a potential therapeutic target for reducing skeletal muscle inflammation. Cytokine. 2024 Sep;181:156691 doi: 10.1016/j.cyto.2024.156691. Epub 2024 Jul 9.

S23

SOBREVIDA DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y SINTÉTICOS DIRIGIDOS EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA: DATOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

D. Alpizar-Rodríguez¹, C. Isnardi², V. Rivera-Terán¹, I. Laurindo³, S. Sic-sik-Ayala⁴, M.A. Saavedra-Salinas⁵, I. Exeni², N. Alvarado², M. Pinheiro³, R. Ranza³, P. Melgarejo⁶, P. Pusineri⁶, S. Consan⁷, S. Rostan⁷, P. De Abreu⁷

⁽¹⁾Colegio Mexicano de Reumatología, ⁽²⁾Sociedad Argentina de Reumatología, ⁽³⁾Sociedad Brasileña de Reumatología, ⁽⁴⁾Clínica 16, IMSS, ⁽⁵⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽⁶⁾Sociedad Paraguaya de Reumatología, ⁽⁷⁾Sociedad Uruguaya de Reumatología

Introducción: La supervivencia de los fármacos biológicos y sintéticos dirigidos modificadores de la enfermedad (FAME-b/sd) se ha descrito como un indicador de la efectividad y la seguridad del tratamiento.

Objetivo: Describir la supervivencia de los FAME-b/sd en pacientes con artritis inflamatoria inmunomediada (AII) de cinco países de Latinoamérica mediante datos de los registros de BIOBADAMÉRICA.

Material y métodos: Se recopilaron datos de los registros BIOBADA de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Para este análisis se incluyó a todos los pacientes con artritis reumatoidea (AR), artritis psoriásica (AP) y espondiloartritis axial (EA) que hubieran iniciado al menos un fármaco biológico o molécula pequeña hasta octubre de 2023. La supervivencia de los fármacos se definió como el tiempo desde el inicio hasta la interrupción del tratamiento, muerte o pérdida de seguimiento y se analizó mediante gráficas de Kaplan-Meier. Se registraron las razones de la discontinuación.

Resultados: Se incluyó a un total de 7,098 pacientes y 12,337 tratamientos: 5,448 (70,5%) de Argentina, 4,826 (38,4%) de Brasil, 1,085 (14,0%) de México, 706 (9,1%) de Paraguay y 488 (6,3%) de Uruguay. La AR fue la enfermedad más frecuente (5,458, 76,9%), seguida por AP (694, 9,8%) y EA (946, 13,3%). Se notificó un total de 7,821 (62,3%) discontinuaciones del tratamiento. La duración del tratamiento tuvo una media de 8,9 años (DE 8,6). Las causas más frecuentes de discontinuación fueron la falta de efectividad (3056, 39,1%) y el desarrollo de efectos adversos (1439, 18,4%). En relación con los FAME-b, los discontinuados con más frecuencia fueron abatacept (735 de 1,065, 69,6%), rituximab original (RTXo) (489 de 722, 67,7%) e inhibidores de TNF originales (iTNFo) (5,279 de 8,088, 65,3%). Los inhibidores de JAK originales se discontinuaron en 420 de 908 (46,3%) de los casos y el genérico en 39 de 102 (38,2%).

En cuanto a los iTNFo, los riesgos de suspensión de abatacept, RTXo y genérico fueron significativamente mayores. Los inhibidores de IL-6, IL-12/23, 23 y 17 y de JAKo mostraron el efecto contrario. Asimismo, los tratamientos en pacientes con EA se discontinuaron menos a menudo (Figura 1).

Conclusiones: Este análisis muestra diferencias en la supervivencia de los FAME-b/sd en pacientes latinoamericanos con AII según el tratamiento y el diagnóstico. Se realizarán análisis longitudinales adicionales para identificar variables predictoras.

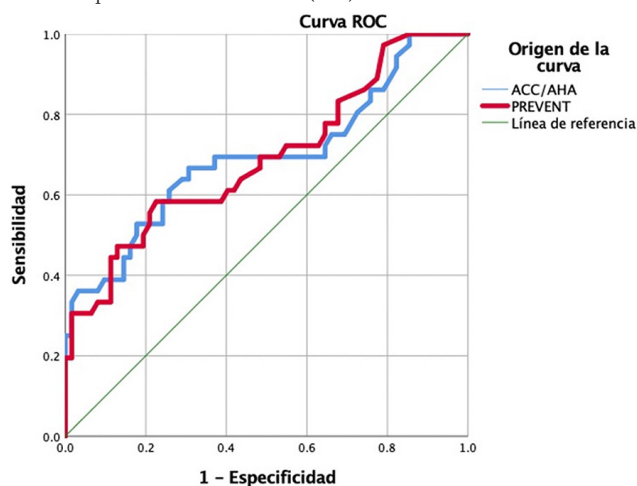
Bibliografía

- Goh H, et al. A systematic review of the barriers affecting medication adherence in patients with rheumatic diseases. Rheumatol Int. 2017 Oct;37(10):1619-1628.

Tabla 1. Características demográficas de pacientes con AP. (S24)

Características	Pacientes con AP (n = 101)
Edad, años, media ± DE	55,3 ± 9,4
Mujeres, n (%)	55 (54,5)
DMT2, n (%)	22 (21,8)
HTA, n (%)	37 (36,6)
Dislipidemia, n (%)	43 (42,6)
Obesidad, n (%)	34 (33,7)
ACC/AHA, mediana (p25-p75)	4,4 (1,8-12,0)
PREVENT™, mediana (p25-p75)	3,5 (1,6-6,6)
Placa carotídea, n (%)	37 (36,6)

AP, artritis psoriásica; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; ACC/AHA, American College of Cardiology/American Heart Association; PREVENT™, Predicting Risk of CV Disease EVENTS.

Figura 1. Análisis con curva ROC de los algoritmos ACC/AHA y PREVENT™ para la detección de PC. (S24)

Conclusiones: Estos hallazgos indican que ambos algoritmos mostraron una diferenciación significativa para la detección de PC. No obstante, los puntos de corte identificados para PC, determinados por ambos algoritmos, se encuentran dentro de la categoría de bajo RCV. Es notable que un número considerable de pacientes se reclasificara como alto RCV tras el ultrasonido carotídeo, particularmente con el algoritmo PREVENT™. Debe considerarse la incorporación del ultrasonido carotídeo como parte de la evaluación CV en pacientes con AP, ya que los algoritmos parecen subestimar el RCV real en esta población.

Bibliografía

- Khan SS, Matsushita K, Sang Y, *et al.* Development and validation of the American Heart Association Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTS (PREVENT) Equations. *Circulation*. 2023 Nov 10.

S25

VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA EN MUJERES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA AUTOINMUNE EN DIFERENTES ESTADOS REPRODUCTIVOS: UN ANÁLISIS COMPARATIVO

E. Domínguez-Chapa, M.A. Ponce-Santillán, A.M. Ortiz-Ríos, A. Carrasco-Chapa, M.E. Corral-Trujillo, J.A. Cárdenas-De la Garza, L. Pérez-Barbosa, C. Skinner-Taylor, D.A. Galarza-Delgado

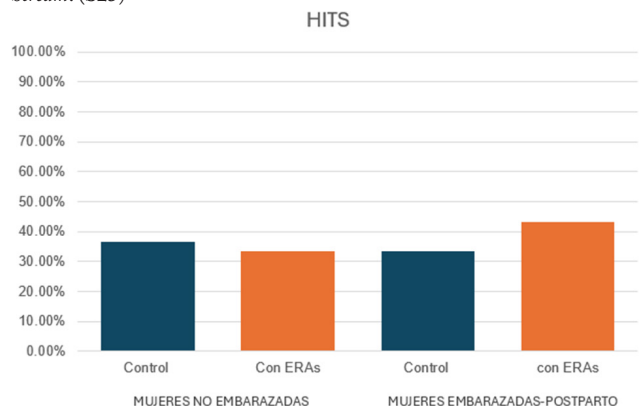
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La violencia de pareja íntima (VPI) se define como cualquier agresión que incluye daño físico, psicológico y sexual, incluidos intimidación, amenaza o acoso por parte de una pareja íntima actual o previa. En México, el 39,9% de las mujeres de 15 años o más ha experimentado VPI a lo largo de sus relaciones amorosas. La información sobre VPI en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) es aún muy limitada.

Objetivo: Describir la frecuencia de VPI en mujeres con ERA en edad reproductiva no embarazadas y embarazadas-posparto, y compararla con controles.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y comparativo entre junio de 2023 y mayo de 2024 en mujeres en edad reproductiva (18-45 años) embarazadas-posparto y no embarazadas, con y sin ERA, que asistieron al Hospital Universitario en Monterrey, México, y respondieron a la encuesta *Hurt-Insult-Threaten-Scream (HITS)*, un breve cuestionario validado de cuatro preguntas para el tamizaje de VIP: “¿con qué frecuencia su pareja le provoca daño físico, le habla con tono paternalista, la amenaza con hacerle daño y le ha gritado en el último año?” (Figura 1). Se utilizó una escala de Likert de 5 puntos, desde nunca hasta con frecuencia. La puntuación más baja es de 4 puntos y la máxima de 20. La versión en español identifica a aquellas mujeres con una puntuación mayor de 5 como víctimas de VIP.

Se utilizaron los parámetros de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk para determinar la normalidad. Las características sociodemográficas se presentan como frecuencias y porcentajes para variables categóricas, con mediana y rango intercuartílico (IQR) para variables continuas. Se emplearon las pruebas U de Mann-Whitney, ji cuadrada o Kruskal-Wallis para analizar las diferencias entre grupos.

Figura 1. Comparación de la puntuación de la encuesta HITS entre el grupo de control y las mujeres con ERA en pacientes embarazadas o en etapa de posparto y mujeres no embarazadas. HITS, *Hurt-Insult-Threaten-Scream*. (S25)

Resultados: Participó un total de 120 mujeres: 60 con ERA y 60 controles, con 30 embarazadas-posparto y 30 no embarazadas en cada grupo. La mediana de edad fue de 28,00 (IQR 9) y las características sociodemográficas se presentan en la Tabla 1. Del total de mujeres, 44 (36%) señalaron ser víctimas de VPI: 23 (19%) del grupo con ERA y 21 (17%) del grupo control. El reactivo más notificado fue “insultos” en 39 mujeres (32,5%). No hubo una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación HITS entre el grupo ERA y el grupo control ($p = 0,537$) y los subgrupos. Los grupos de embarazadas-posparto mostraron mayor frecuencia de VPI (23/19,1%) respecto de las mujeres no embarazadas (21/17,5%).

Conclusiones: Este estudio identificó que una de cada tres mujeres experimentó VPI en el último año, con una tendencia a ser mayor en el grupo de embarazadas-posparto, lo que sugiere aumentar el tamizaje en las pacientes posparto. Estos hallazgos son similares a los notificados en la población mexicana. No se registró una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de VPI al comparar cada grupo, pero es necesario aumentar la población para confirmar esta tendencia. Estos resultados señalan que la VPI es una realidad para todas las mujeres en México y subrayan la necesidad de ofrecer mayor atención y apoyo, especialmente en las pacientes vulnerables con enfermedades reumáticas y las embarazadas

Tabla 1. (S25)

	Controles		ERA		Valor de p ERA vs. controles
	Control embarazadas- posparto (grupo 1) n = 30	Control no embarazadas (grupo 2) n = 30	Embarazadas-posparto con ERA (grupo 3) n = 30	No embarazadas con ERA (grupo 4) n = 30	
Edad, mediana, (IQR), años	26,00 (23,00 - 32,25)	26,00 (23,75 - 33,50)	28,50 (25,75 - 33,00)	32,50 (27,00 - 41,25)	0,006
Estado civil, n (%)					
Soltera		14 (46,7)	3 (10)	13 (43,3)	0,254
Casada	5 (16,7)	6 (20)	13 (43,3)	11 (36,7)	
Unión libre	8 (26,7)	9 (30)	13 (43,3)	5 (16,7)	
Divorciada	17 (56,7)	1 (3,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	
Ocupación, n (%)					
Estudiante			1 (3,3)	4 (13,3)	0,041
Ama de casa	1 (3,3)	10 (33,3)	16 (53,3)	7 (23,3)	
Empleada	20 (66,7)	13 (43,3)	11 (36,7)	14 (46,7)	
Negocio Propio	6 (20)	6 (20)	1 (3,3)	4 (13,3)	
Desempleada	3 (10)	1 (3,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	
Educación, n (%)					
Primaria	2 (6,7)	6 (20)	1 (3,3)	1 (3,3)	0,052
Secundaria	15 (50)	7 (23,3)	8 (26,7)	6 (20)	
Preparatoria	5 (16,7)	5 (16,7)	7 (23,3)	10 (33,3)	
Universidad	7 (23,3)	12 (40)	11 (36,7)	12 (40)	
Posgrado	1 (3,3)		3 (10)	1 (3,3)	
Escala HITS					
Puntuación, mediana, (IQR)	4 (1)	4 (2)	4 (2)	4 (2)	0,537
Víctimas de VPI, n (%)	10 (33,3)	11 (36,7)	13 (43,3)	10 (33,3)	0,85

o posparto. Establecer pautas para la detección temprana de VPI puede ser de ayuda para tomar acciones y reducir resultados adversos en el embarazo.

Bibliografía

- Breiding MJ, Basile KC, Smith SG, *et al.* Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, Version 2.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2015.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021. INEGI; 2022.

S26

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HIPOGAMMAGLOBULINEMIA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO TRATADOS CON RITUXIMAB

B. Juárez-García, L.D. Fajardo-Hermosillo

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso generalizado (LEG) es una enfermedad con un curso clínico variable. El LEG grave consiste en compromiso renal, hematológico o del sistema nervioso y requiere para su control, además de esteroides e inmunosupresores, la administración de biológicos contra células B CD20 como el rituximab (RTX). A pesar de su eficacia, el RTX produce efectos adversos como la hipogammaglobulinemia relacionada con infecciones graves que incrementan la mortalidad de estos pacientes y requieren la administración de medicamentos de alto costo como la inmunoglobulina. Por otra parte, se han informado una mayor edad, valores bajos de inmunoglobulinas antes del tratamiento, consumo de dosis altas de esteroides y ciclofosfamida y un mayor número de ciclos de RTX como factores vinculados con hipogammaglobulinemia en pacientes con artritis reumatoide y vasculitis tratados con RTX. En cambio, en el LEG, los factores de riesgo se han identificado en escasa medida, como la prescripción de micofenolato de mofetilo en la población de Europa y Norteamérica. Por lo tanto, existe un vacío de información en la población mexicana mestiza con lupus. Dado el efecto

multiétnico de esta enfermedad, puede presentarse una variación de estos factores en la población.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo relacionados con hipogammaglobulinemia en pacientes con LEG tratados con RTX.

Material y métodos: Estudio de casos y controles en el que se incluyó como casos a pacientes con diagnóstico de LEG de acuerdo con los criterios ACR 1997 que recibieron RTX y desarrollaron hipogammaglobulinemia por > 6 meses (IgG < 700 mg/dL e IgM < 40 mg/dL). Los controles fueron pacientes con LEG que recibieron RTX y no desarrollaron hipogammaglobulinemia. La inscripción de los pacientes se efectuó entre 2015 y 2023. Se realizó un análisis bivariado de las características demográficas, clínicas, paraclínicas y terapéuticas de casos y controles. Se calcularon la razón de momios (RM) y los intervalos de confianza del 95% (IC95%) y posteriormente se ejecutó un análisis multivariado (AMV) con las variables significativas. Las pruebas estadísticas se ejecutaron con una significancia de < 0,05.

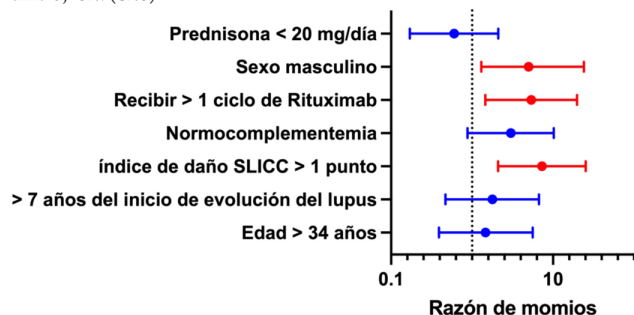
Resultados: Se incluyó a 80 pacientes, 35 (43,8%) de ellos con hipogammaglobulinemia y solo 17 eran hombres (21,2%). La media de edad fue de 33,8 años con una desviación estándar (DE) de 12,1. La media del tiempo de evolución del inicio del lupus fue de siete años con un rango intercuartílico (RIQ) de 2 a 14 años. La indicación más frecuente de RTX en el LEG fue el control de las manifestaciones renales en 58 de los casos (72,5%). Se identificaron como factores de riesgo vinculados con hipogammaglobulinemia después de recibir RTX un índice de daño SLICC > 1 punto, haber recibido > 1 ciclo de RTX y complemento y velocidad de sedimentación globular normales. En cambio, la administración de prednisona a dosis < 20 mg/día mostró ser un factor protector. En el AMV ajustado, un índice SLICC > 1 punto (RM 7,29; IC95%, 2,10-25,3), haber recibido > 1 ciclo de RTX (RM 5,39; IC95%, 1,46-19,8) y pertenecer al sexo masculino (RM 4,99; 1,03-24) persistieron como factores de riesgo independientes relacionados con la hipogammaglobulinemia después de RTX en pacientes con LEG (**Figura 1**).

Conclusiones: Los factores como un índice de SLICC > 1 punto, recibir > 1 ciclo de RTX y el sexo masculino se vincularon con hipogammaglobulinemia después de administrar RTX en pacientes mexicanos mestizos con lupus. Estos hallazgos deben contrastarse en cohortes incipientes.

Bibliografía

- Leandro M, Isenberg DA. Rituximab - The first twenty years. *Lupus*. 2021 Mar;30(3):371-377.
- Reddy V, Martínez L, Isenberg DA, *et al.* Pragmatic treatment of patients with systemic lupus erythematosus with rituximab: long-term effects on serum immunoglobulins. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Jun;69(6):857-866.

Figura 1. Gráfica de bosque del análisis de regresión multivariado en la que se muestra la razón de momios de los factores relacionados con hipogammaglobulinemia en pacientes con lupus que recibieron rituximab. SLICC, *Systemic Lupus International Collaborating Clinics*; R², de Nagelkerke 0,432. (S26)



S27

EFICACIA Y SEGURIDAD DE INHIBIDORES DE JAK EN VIDA REAL EN MÉXICO: INFORMACIÓN DE BIOBADAMEX

V. Rivera-Terán¹, D. Vega-Morales², I.J. Colunga-Pedraza³, S. Sicsik-Ayala⁴, A. Castillo-Ortiz⁵, G. Guaracha-Basáñez⁶, M.A. Saavedra-Salinas⁷, F. Irazoque-Palazuelos⁸, J.C. Casasola-Vargas⁹, O. Muñoz-Monroy¹⁰, S. Carrillo-Vázquez¹¹, J. Merayo-Chalico¹², E. Torres-Valdez¹³, L. Valdés-Corona¹⁴, J. Torres-Ruiz¹

⁽¹⁾Colegio Mexicano de Reumatología, ⁽²⁾Clínica 17, IMSS, ⁽³⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL, ⁽⁴⁾Hospital General de Zona 16, IMSS, ⁽⁵⁾Hospital Regional ISSSTE, Mérida, ⁽⁶⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽⁷⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽⁸⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽⁹⁾Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, ⁽¹⁰⁾Hospital Central Militar, ⁽¹¹⁾Hospital Regional 1ro de Octubre, ⁽¹²⁾Reumatika, Centro de Vanguardia en Reumatología, ⁽¹³⁾Hospital General Regional Querétaro, ⁽¹⁴⁾Hospital Ángeles Lomas

Introducción: Los inhibidores de la cinasa JAK (JAK-i) son un grupo terapéutico dirigido para el tratamiento de diferentes enfermedades reumáticas (ER) que han probado eficacia y poseen un buen perfil de seguridad en protocolos clínicos, si bien solo en un grupo específico de pacientes y con un corto seguimiento. Los estudios en vida real permiten conocer el efecto de largo plazo de diferentes tratamientos. En México, los JAK-i tienen aprobación para el tratamiento de artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA) y, en fecha reciente, artritis psoriásica (AP).

Objetivo: Conocer la efectividad y la seguridad de los JAK-i en la población mexicana, además de describir las características clínicas de los pacientes con JAK-i y los patrones de prescripción.

Material y métodos: Es un estudio de cohorte anidado en el Registro Mexicano de Acontecimientos Adversos de Terapias Biológica en Enfermedades Reumáticas (BIOBADAMEX). Se incluyó a los pacientes que recibieron tratamiento con JAK-i hasta julio de 2024. La efectividad se midió por medio de índices de actividad basales y al primer año de tratamiento. La seguridad se analizó por la frecuencia de acontecimientos adversos (AA) registrados. Se utilizaron estadística descriptiva para las características basales, ji cuadrada o Kruskal-Wallis para analizar las diferencias entre las características de los grupos.

Resultados: Se registró a 222 pacientes con JAK-i, 196 (88%) mujeres, con edad media de 39 (14,7) años al diagnóstico, edad media de inicio del tratamiento de 49,6 (13,9) años y 104 (46,8%) procedentes de la práctica privada. Los diagnósticos fueron AR (77%), EA (6,3%), AP y espondilitis indiferenciada (3,2%), respectivamente, superposición (3,6%), miopatías (2,8%), lupus (1,8%), Sjögren (1,4%), artritis reactiva y artritis idiopática juvenil (0,5%), respectivamente.

De los tratamientos registrados, 39,6% correspondió al tofacitinib (TOF), 47,3% al baricitinib (BAR) y 13,1% al upadacitinib (UPA) (Tabla 1). En

las diferencias entre grupos destacaron mayor consumo de TOF y BAR en instituciones con seguridad social (p = 0,001) y en más ER que UPA (p = 0,007). Los pacientes con UPA tenían menor consumo de glucocorticoides (p = 0,03) y menor de FARME convencional (p = 0,05).

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes en tratamiento con JAK. (S27)

	Tofacitinib n = 88	Baricitinib n = 105	Upadacitinib n = 29	P	
Sexo femenino, n (%)	78 (88,6)	95 (90,5)	23 (79,3)	0,2	
Seguridad social, n (%)	51 (58)	65 (61,9)	1 (3,4)	0,001	
Edad al diagnóstico, media (DE)	36,1 (13,7)	40,2 (15)	43,6 (15,2)	0,03	
Edad al inicio de JAK-i, media (DE)	49,5 (12,8)	49,9 (14,9)	48,8 (14,1)	0,9	
IMC, media (DE)	25,3 (3,6)	26,8 (5,4)	25,8 (3,4)	0,08	
Comorbilidades, n (%)	59 (67)	70 (66,7)	21 (72,4)	0,8	
Tabaquismo, n (%)	17 (19,3)	21 (20)	9 (31)	0,08	
Diagnóstico, n (%)					
Artritis reumatoide				0,007	
Espondilitis anquilosante	67 (76,1)	86 (81,9)	18 (62,1)		
Artritis psoriásica	8 (9,1)	3 (2,9)	3 (10,3)		
Espondiloartritis indiferenciada	3 (3,4)	1 (1)	3 (10,3)		
Síndrome de Sjögren	2 (2,3)	1 (1)	4 (13,8)		
Lupus eritematoso sistémico	1 (1,1)	2 (1,9)	0		
Artritis reactiva	1 (1,1)	1 (1)	1 (3,4)		
Síndrome de superposición	1 (1,1)	0	0		
Miopatías	4 (4,5)	4 (3,8)	0		
Artritis idiopática juvenil	0	6 (5,7)	0		
Consumo previo de FARMEb, n (%)	37 (42)	41 (39)	17 (58)		0,2
Índices de actividad, media (DE)					
DAS-28	1,6 (1,1)	4,9 (1,3)	4,8 (1,1)		0,3
BASDAI	5,9 (2)	5,3 (1,8)	7 (1,1)		0,4
ASDAS	3,8 (0,8)	3,4 (1)	4,3 (0,7)	0,3	
Consumo previo de JAK-i, n (%)	9 (10,2)	12 (11,4)	5 (17,2)	0,6	
Uso de FARMEc, n (%)	55 (60,2)	68 (64,8)	12 (41,4)	0,5	
Consumo de glucocorticoides, n (%)	31 (36,4)	46 (43,8)	5 (17,2)	0,03	
Suspensión de tratamiento, n (%)	32	27	0	0,001	
- Ineficacia	10 (11,4)	7 (6,7)	-	0,1	
- Efecto adverso	7 (8)	2 (1,9)	-	0,05	
- Pérdida del paciente	3 (3,4)	1 (1)	-	0,3	
- Remisión	1 (1,1)	2 (1,9)	-	0,7	
- Otros motivos	11 (12,5)	3 (2,8)*	-	0,1	
Duración de tratamiento* (meses), media (DE)	9,1 (2,9-14,2)	6,3 (3,5-11,9)	-	0,6	
Efectos adversos, n (%)	32	33	0	0,01	
- Reacción alérgica	2 (6,3)	1 (3)	-	0,5	
- Infecciones	9 (28,1)	15 (45,5)	-	0,1	
- Otros motivos	21 (65,6)	17 (51,5)	-	0,2	

*Tratamientos suspendidos.

†Uno por embarazo.

Se suspendieron 59 tratamientos: 54% de TOF y 44% de BAR; las principales causas fueron no médicas en TOF (34%) e ineficacia en BAR (31%) (p = 0,01). La suspensión por AA fue de 22% y de 7% para TOF y BAR, respectivamente (p = 0,05). La media de duración de tratamiento fue de 9,1 (RIC, 2,9-14,2) meses en TOF y 6,1 (RIC 3,5-11,9) en BAR.

Se registraron 110 revisiones al primer año. Al comparar los índices de actividad basales se observó una media de DAS28 de 5 (1,2) basal contra 2,99 (1,2) al primer año (p = 0,001), y BASDAI de 6,2 (1,9) basal contra 3,7 (2,3) al primer año (p = 0,004).

Se informaron 65 AA de los cuales los más frecuentes fueron infecciones (37%) y reacciones alérgicas (5%), sin diferencias entre grupos. Solo hubo un AA por herpes zóster.

Conclusiones: Este es el primer estudio multicéntrico que describe las características clínicas y terapéuticas de los pacientes mexicanos con ER en tratamiento con JAK-i. Destacan la eficacia de los JAK-i al primer año de tratamiento, así como la seguridad cuando se compara con otros estudios. Se debe continuar con el seguimiento de estos pacientes para integrar un mayor conocimiento de la respuesta en vida real de estos fármacos.

Bibliografía

1. Yamaoka K. Tofacitinib for the treatment of rheumatoid arthritis: an update. *Expert Rev Clin Immunol.* 2019 Jun;15(6):577-588.
2. Román Ivorra JA, Llevat N, Montoro M. Real-world evidence of tofacitinib in rheumatoid arthritis patients in Spain. *Drug Discov Ther.* 2022;16(2):63-71.

S28

ULTRAESTRUCTURA EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: RUPTURA DE PARADIGMAS Y NUEVAS PERSPECTIVAS

M. Vázquez del Mercado-Espinosa¹, A. Aguilar-Vázquez¹, C. Juárez-Gómez¹, M. Salazar-Páramo², G. Medrano-Ramírez³, A. Vargas-Guerrero⁴, S. Vargas-Cañás¹, O. Pizano-Martínez¹, C.A. Gómez-Ríos², M. Cabrera-López¹, E. Chavarría-Ávila¹, E.A. Martínez-López¹, J.M. Gutiérrez-Hernández¹, G. Toriz-González¹, B.T. Martín-Márquez²

⁽¹⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, ⁽³⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽⁴⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La ultraestructura de las fibras musculares en las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) se ha explorado poco. En informes previos

de este grupo de estudio se han descrito mayores alteraciones en la ultraestructura de la fibra muscular en pacientes con menor fuerza muscular; sin embargo, los análisis de mayor precisión que incluyen las dimensiones de las fibras musculares permanecen sin describir. Asimismo, la aplicación en la clínica de técnicas de microscopía electrónica para caracterizar la ultraestructura muscular en MII es una gran ventana de oportunidad para generar conocimiento de frontera y romper paradigmas en el estudio de las MII.

Objetivo: Generar conocimiento nuevo que diluya paradigmas acerca de la ultraestructura del fascículo muscular.

Material y métodos: Dos expertos en microscopía electrónica procesaron las muestras de tejido muscular de acuerdo con las guías de validación y luego se observaron en el microscopio electrónico de barrido (JEOL, JSM6610LV).

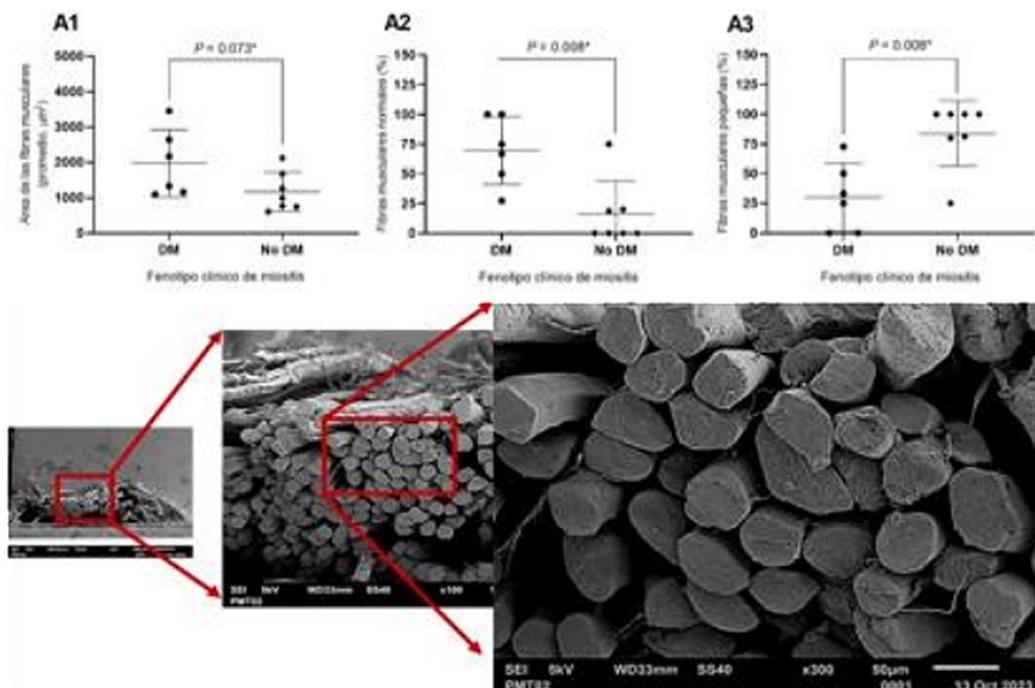
Las imágenes de ultraestructura se analizaron con el software ImageJ 1.54f versión Java 1.8.0_322. El criterio de selección de las fibras musculares fue la orientación transversal con la finalidad de evaluar el área y perímetro con el mínimo riesgo de error. Una vez medidos el área y el perímetro de las fibras musculares por imagen, se calcularon la media, la desviación estándar y el coeficiente de variación de estas medidas de acuerdo con el fenotipo clínico de MII.

Según un informe previo sobre el área transversal normal de las fibras musculares en tejido muscular sano clasificado por género, se clasificaron las fibras musculares de acuerdo con su tamaño como se indica en la **Tabla 1**. Para las comparaciones entre los pacientes se agruparon en dos grupos: a) dermatomiositis (DM), en la que se consideraron los fenotipos de la DM típica (n = 4) y la DM amiopática (n = 2) y b) sin dermatomiositis (no-DM), que incluyó a pacientes clasificados con polimiositis (PM, n = 5), miositis por cuerpos de inclusión (IBM, n = 2) y miopatía necrosante inmunomediada (MNIM, n = 2).

Resultados: En este informe se analizaron las características de la ultraestructura de las fibras musculares, incluidos el área y el perímetro. Se identificó una mejor conservación de la fibra muscular en pacientes con DM, reflejada en un mayor porcentaje de fibras musculares normales. Asimismo, se encontró mayor porcentaje de fibras musculares pequeñas en el grupo de no-DM (**Figura 1**).

Adicionalmente, fue notable en el grupo no-DM la presencia de cambios ultraestructurales, como perforaciones de fibras, porosidades, rupturas,

Figura 1. Hallazgos ultraestructurales en las medidas de las fibras musculares de acuerdo con el fenotipo clínico. (A1) Fibras musculares con mayor área en el grupo de DM. (A2) Mayor porcentaje de fibras musculares normales en el grupo de DM. (A3) Mayor porcentaje de fibras musculares pequeñas en el grupo no DM. (B1) Ultraestructura de las fibras musculares del grupo de DM. (S28)



tunelizaciones y remanente sarcolémico. Las tunelizaciones se reconocieron de manera exclusiva en el fenotipo IMNM.

Tabla 1. Valores de referencia de área de fibras musculares humanas. (S28)

	Mujeres	Hombres
Área de fibras musculares pequeñas (μm^2)	< 1,105	< 1,615
Área de fibras musculares normales (μm^2)	1,105 – 7,095	1,615 – 9,458
Área de fibras musculares grandes (μm^2)	> 7,095	> 9,458

Conclusiones: Estos resultados son de gran importancia, ya que no se han definido con anterioridad y podrían reclasificar algunos fenotipos de PM como IMNM. Por primera vez se describe que las fibras musculares en DM están mejor conservadas en tamaño y forma, con pérdida de la hexagonalidad. Dado que la DM se considera una microangiopatía mediada por el complemento, esto parece coincidir con estos hallazgos ultraestructurales. Este trabajo recibió apoyo de CF-2023-G-1396 de CONAHCyT.

Bibliografía

1. Aguilar-Vázquez A, Chavarría-Ávila E, Salazar-Paramo M, et al. Impaired muscle strength is associated with ultrastructure damage in myositis. *Sci Rep.* 2022;12(1):17671.
2. Simoneau JA, Bouchard C. Human variation in skeletal muscle fiber-type proportion and enzyme activities. *Am J Physiol.* 1989;257(4 Pt 1):E567-72.

S29

RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN EL ALGORITMO PREVENT™ 2024 Y EL ULTRASONIDO CAROTÍDEO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

N. Guajardo-Jáuregui, I.J. Colunga-Pedraza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpiri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte de pacientes con artritis reumatoide (AR) debido a la presencia de citocinas proinflamatorias que contribuyen al desarrollo de aterosclerosis y daño endotelial. Los algoritmos de riesgo cardiovascular (RCV) para la población general han demostrado subestimar el riesgo real en pacientes con AR. La *American Heart Association* publicó el algoritmo de Predicción de Riesgo de Efectos Cardiovasculares (PREVENT™) en 2024 para evaluar el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular aterosclerótica en 10 años.

Objetivo: Evaluar la concordancia de la clasificación de alto riesgo según PREVENT™ y la presencia de placa carotídea (PC) en pacientes con AR, y determinar la proporción de pacientes reclasificados a alto RCV mediante el ultrasonido carotídeo.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a 188 pacientes con diagnóstico de AR según criterios de clasificación ACR/EULAR 2010, con edades de 30 a 79 años. El RCV se evaluó con PREVENT™ y los resultados se multiplicaron por 1,5, de acuerdo con las guías actuales. A todos los pacientes se les realizó un ultrasonido carotídeo y la presencia de placa carotídea (PC) se consideró como un grosor de la íntima-media carotídea $\geq 1,2$ mm o un estrechamiento focal $\geq 0,5$ mm. Se consideró alto RCV la presencia de PC o una puntuación PREVENT™ $\geq 20\%$. Se utilizó el coeficiente kappa (k) de Cohen para evaluar la concordancia de la clasificación de alto RCV entre ambos métodos. Se realizó análisis de curva ROC para evaluar la capacidad del algoritmo PREVENT™ para identificar a pacientes con PC. El punto de corte se determinó con el índice de Youden. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Las características demográficas y clínicas se muestran en la **Tabla 1.** El algoritmo PREVENT™ clasificó a 5 (2,7%) pacientes como alto RCV. Se identificó PC en 55 (29,3%) individuos, que se clasificaron como alto RCV. La reclasificación del RCV por la presencia de PC se observó en 52 (27,7%) pacientes. De los sujetos reclasificados, 26 (50%) pertenecían a la categoría de bajo RCV, 10 (19,6%) a la categoría de RCV

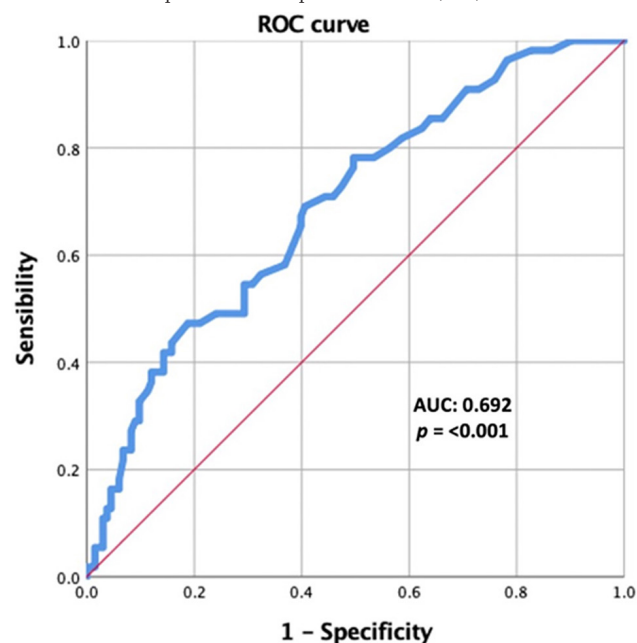
límitrofe y 16 (30,8%) a la categoría de RCV intermedio. No hubo concordancia entre el algoritmo PREVENT™ y el ultrasonido carotídeo para la clasificación de alto RCV ($k = 0,054$). El análisis de la curva ROC mostró un AUC de 0,692 (IC95% 0,611-0,773, $p < 0,001$), sensibilidad de 67,3%, especificidad de 60,2% y un punto de corte de 3,9% (**Figura 1**).

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con AR. (S29)

Características	Pacientes con AR (n = 188)
Mujeres, n (%)	178 (94,7)
Edad, años, media \pm DE	54,5 \pm 9,3
DMT2, n (%)	32 (17,0)
Hipertensión, n (%)	63 (33,5)
Dislipidemia, n (%)	48 (25,0)
Obesidad, n (%)	69 (36,7)
Tabaquismo activo, n (%)	20 (10,6)
Duración de la enfermedad, años, mediana (p25-p75)	7,0 (3,0-15,1)
DAS28-PCR, mediana (p25-p75)	3,39 (2,29-4,45)
MTX, n (%)	143 (76,1)
Glucocorticoides, n (%)	102 (54,3)
FARMEb, n (%)	20 (10,6)
Placa carotídea, n (%)	55 (29,5)
PREVENT™, %, mediana (p25-p75)	3,75 (2,10-7,20)
Riesgo bajo, n (%)	121 (64,4)
Riesgo límitrofe, n (%)	33 (17,6)
Riesgo intermedio, n (%)	29 (15,4)
Riesgo alto, n (%)	5 (2,7)

AR, artritis reumatoide; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; DAS28-PCR, Índice de Actividad de la Enfermedad de 28 articulaciones y Proteína C reactiva; MTX, metotrexato; FARMEb, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; PREVENT™, *Predicting Risk of CV disease EVENTS*.

Figura 1. Análisis de curva ROC para evaluar la capacidad diferenciadora de PREVENT™ para identificar placa carotídea. (S29)



Conclusiones: En este estudio se observó que PREVENT™ no logró identificar a una gran proporción de pacientes clasificados como alto RCV por el ultrasonido carotídeo, y no se reconoció concordancia entre ambos

métodos. La mayoría de los pacientes reclasificados inicialmente pertenecía a la categoría de bajo RCV. El punto de corte para identificar a los pacientes con PC fue de 3,9%, lo que los clasifica como bajo riesgo. Este algoritmo no mostró un buen desempeño en la identificación de individuos de alto RCV; por lo tanto, debe considerarse el ultrasonido carotídeo como parte de la evaluación del RCV en pacientes con AR.

Bibliografía

1. Khan SS, Matsushita K, Sang Y, *et al.* Development and validation of the American Heart Association predicting risk of cardiovascular disease EVENTS (PREVENT) equations. *Circulation*. 2023 Nov 10.

S30

ASOCIACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE CALPROTECTINA CON LA ACTIVIDAD CLÍNICA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL SUR DE MÉXICO

P.M. Navarro-Rodríguez¹, H.R. Ceja-Gálvez¹, A.F. Muñoz-Jaimes¹, F.J. Turrubiates-Hernández¹, J.E. Navarro-Zarza², C.J. Baños-Hernández¹, J.F. Muñoz-Valle¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Hospital General de Chilpancingo

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por la infiltración de neutrófilos, monocitos, fagocitos y linfocitos T, los cuales provocan un estado inflamatorio sistémico en las articulaciones y los tejidos blandos periarticulares. La calprotectina (CLP) es un complejo heterodimérico formado por S100A8/A9 que se expresa en neutrófilos y monocitos que activan a los receptores TLR4 y RAGE, que inducen citocinas proinflamatorias.

Objetivo: Relacionar los valores séricos de calprotectina con la actividad clínica de pacientes con AR del sur de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en el que se incluyó a 41 pacientes con AR y un grupo de 40 sujetos control (SC) del sur de México. Se determinaron los valores séricos de CLP con el kit Human Calprotectin ELISA S100A8/9 (Abcam). Además, la actividad de la enfermedad se evaluó por DAS28 y las cifras séricas de progesterona con electroquimioluminiscencia y pCr y el FR mediante turbidimetría. Se utilizó un valor de $p < 0,05$ para determinar la significancia estadística.

Resultados: Se compararon los valores de CLP entre AR (327,8 ng/dL) y SC (298,65 ng/dL) y no se observaron diferencias significativas. Sin embargo, en los pacientes con AR, la CLP se correlacionó de manera positiva con la concentración sérica de progesterona ($r = 0,319$; $p = 0,005$), pCr ($r = 0,218$; $p = 0,05$) y DAS28 ($r = 0,352$; $p = 0,024$). Además, se realizó una clasificación de las cifras de CLP de los pacientes en concentraciones bajas ($\leq 317,5$ ng/mL) y altas ($> 317,5$ ng/mL) de acuerdo con su mediana y se registraron valores elevados de la puntuación de DAS28 (A: 3,64 puntos vs. B: 2,94 puntos; $p = 0,044$) y pCr (A: 18,05 mg/dL vs. B: 8,90 mg/dL; $p = 0,042$), en los pacientes con concentraciones altas de CLP.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la CLP es un indicador en la evaluación clínica del paciente, debido a que se relaciona con otras variables ya establecidas en AR como la progesterona, pCr y DAS28. Sin embargo, se necesitan más estudios para clarificar su capacidad en la actividad y gravedad de la enfermedad para considerarlo como un posible biomarcador de la AR.

Bibliografía

1. Cush JJ. Rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* [Internet]. 2022;48(2):537–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rdc.2022.02.010>
2. Wang S, Song R, Wang Z, *et al.* S100A8/A9 in Inflammation. *Frontiers in Immunology* [Internet]. 2018 Jun 11;9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6004386/>

S31

LONGITUD TELOMÉRICA LEUCOCITARIA EN MUJERES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO

A.B. Fiscal-Carvajal, G. Calvo-Anguiano, J. Arenas-Estala, M. Ibarra-Ramírez, M. Castellón-Román, C.M. Skinner-Taylor, L. Pérez-Barbosa, M.A. Ponce-Santillán, M.E. Corral-Trujillo, A. Guzmán-López, T.I. Guzmán-Pérez, L.E. Martínez-Garza, G.A. López-Uriarte

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los telómeros juegan un papel crucial en la integridad y estabilidad del genoma, dado que forman las cubiertas protectoras en los extremos cromosómicos, con secuencias en tándem (TTAGGG)_n. Se acortan con cada ciclo de división celular y constituyen un indicador de los procesos de envejecimiento celular. Su acortamiento se incrementa en presencia de estrés oxidativo e inflamación, situaciones presentes en la artritis reumatoide (AR) y el lupus eritematoso sistémico (LES). La longitud telomérica (LTL) tiene una alta heredabilidad y hay mayor correlación entre la LTL de la madre con el recién nacido, dado el ambiente compartido durante la gestación que interviene en esta longitud.

Objetivo: Determinar la longitud telomérica en leucocitos de mujeres sanas y con enfermedades autoinmunitarias, con y sin embarazo, por análisis molecular.

Material y métodos: Se evaluó una cohorte de 80 mujeres, con casos y controles (2:1). Se integraron cuatro grupos: A, casos con AR o LES ($n = 40$); A1, embarazadas con AR o LES ($n = 10$); B, controles ($n = 20$); y B1, controles embarazadas ($n = 10$). Todas contaban con historia clínica genética, reumatológica, obstétrica y nutricional, datos sociodemográficos y cuestionarios de salud mental para depresión y ansiedad. Se tomaron muestras de sangre venosa: grupos A1/B1 (embarazadas) con dos muestras de 3 mL en EDTA para análisis molecular, la primera durante el embarazo y la segunda a la resolución de este; grupos A/B con 3 mL en EDTA para análisis molecular, además de 5 mL de suero en tubo de tapón rojo en B para realizar análisis serológicos de actividad de la enfermedad, proteína C reactiva (PCR), valores de complemento (C3, C4) y anticuerpos anti-DNA.

El análisis molecular de la LTL se determinó por cuantificación relativa por PCR cuantitativa con SyberGreen en el equipo StepOne Plus, tras amplificar la repetición de la secuencia telomérica y un gen de copia única (RPLP0) (Figura 1). El DNA genómico se extrajo de los leucocitos de sangre periférica. Las condiciones de PCR fueron: 10 min a 95°C, 45 ciclos de 15 s a 95°C y 1 min a 60°C. La curva de fusión se llevó a cabo con un ciclo de 20 s a 95°C, 15 s a 50° y 98°C con una rampa de temperatura de 0,1°C/s. Cálculo del acortamiento telomérico: $[ECt(\text{telómeros})/ECt(\text{RPLP0})] - 1 = 2 - \Delta Ct$.

Resultados: No hay diferencias significativas en LTL entre pacientes del grupo A al comparar por enfermedad ni tampoco al comparar los grupos A y A1 en conjunto o por enfermedad; tampoco en comparación con el grupo B y solo se registró significancia estadística B1 en comparación con los demás grupos; la LTL fue más larga en las embarazadas sanas. Los grupos A1 y B1 tenían tabaquismo en el primer trimestre de embarazo, con mayor depresión, sedentarismo y sin práctica de meditación; en el grupo B1 se observó mayor obesidad, exposición a contaminación y dieta deficiente (Tabla 1).

Conclusiones: Es el primer estudio de LTL en mujeres con y sin embarazo que hace una comparación con AR/LES. No se observaron diferencias significativas de LTL entre casos y controles a pesar de que una tercera parte de los casos registró actividad de la enfermedad; solo el grupo B1 mostró una LTL mayor, aunque en este grupo se encontraron con mayor frecuencia factores de riesgo: tabaquismo, obesidad, contaminación, dieta deficiente y depresión. Se ha señalado que la elevación de estrógenos durante la gestación podría incidir en la LTL mayor, pero en este estudio no se midieron los valores sanguíneos de esta hormona. La tercera parte de estas mujeres tenía antecedentes familiares de otras afecciones autoinmunitarias, por lo que es importante que reciban un asesoramiento genético para conocer los riesgos de recurrencia y el efecto que tiene la herencia en su salud y la de su descendencia.

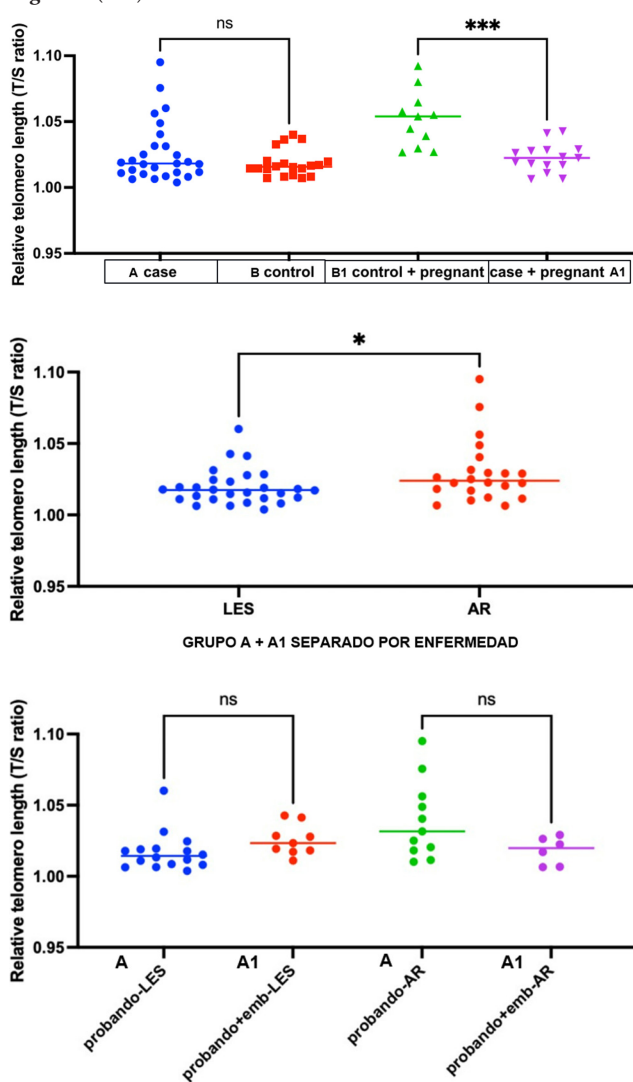
Tabla 1. Frecuencia de las variables analizadas. (S31)

Variable	Grupo A	Grupo A1	Grupo B	Grupo B1
Tabaquismo	9,6%	17,6%	10%	18%
Obesidad	16,2%	29,4%	0%	36%
Contaminación	35,4%	52,9%	30%	81%
Estrés	77,4%	70,5%	85%	18%
Depresión	5%	20%	15%	20%
Ansiedad	7,5%	20%	20%	10%
Dieta deficiente	51,6%	29,4%	15%	54,5%
Antioxidantes	29%	23,5%	15%	9%
Ejercicio	41,9%	23,5%	70%	36,3%
Meditación	16,1%	0%	25%	0%
Antecedente familiar	38,7%	29,4%	25%	0%
Total	40	10	20	10

Bibliografía

- Haque S, Rakieh C, Marriage F, *et al.* Shortened telomere length in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2013 May;65(5):1319-23. doi: 10.1002/art.37895. PMID: 23400670.
- Lazarides C, Epel ES, Lin J, *et al.* Maternal pro-inflammatory state during pregnancy and newborn leukocyte telomere length: a prospective investigation. *Brain Behav Immun.* 2019 Aug;80:419-26. doi: 10.1016/j.bbi.2019.04.021. PMID: 30974172; PMCID: PMC7954441.

Figura 1. (S31)



S32

EVALUACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE IL7R SOLUBLE EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

N.C. Rivas-Casillas¹, V.M. Menchaca-Tapia², K.R. Félix-Murray², D.C. Salazar-Camarena², M. Marín-Rosales¹, C.A. Palafox-Sánchez²

⁽¹⁾Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es un proceso autoinmunitario e inflamatorio con predilección por las glándulas exocrinas (salivales y lagrimales) que origina las manifestaciones cardinales de la enfermedad descritas como síntomas secos. Dentro de los factores etiopatogénicos destacan los procesos virales, genéticos, linfoproliferativos y pérdida de la tolerancia inmunitaria. La producción de citocinas favorece la creación de centros germinales ectópicos; de estas citocinas sobresale la participación de IL-7, una citocina inmunorreguladora, proinflamatoria y linfopoyética. En los pacientes con síntomas secos y mayor actividad de la enfermedad se han registrado cifras elevadas de IL-7. Se relaciona con anti-SSA/Ro, anti-SSB-La, linfopenia y valores altos de IFN γ y, en el plano glandular, produce una mayor atracción de linfocitos T y apoptosis de dicho tejido.

Objetivo: Relacionar los valores séricos de IL7R con los índices clínicos y hallazgos histopatológicos de pacientes con SSp.

Material y métodos: Estudio transversal analítico realizado en la consulta externa de reumatología del Hospital General de Occidente y el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas de la Universidad de Guadalajara durante el periodo de noviembre de 2022 a noviembre de 2023. Se obtuvieron los índices ESSDAI, SSDAI para actividad y SSDDI para daño en todos los pacientes con SSp. Se cuantificaron las cifras séricas de IL7-R soluble mediante la técnica ELISA. Se realizó estadística descriptiva con medianas y rangos intercuartílicos, frecuencias y porcentajes. Para el análisis inferencial, la comparación de datos se efectuó a través de las pruebas U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis con *post hoc* de Dunn, de acuerdo con los casos. Para la correlación de datos se utilizó la correlación de Spearman. Se consideró significancia estadística un valor $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a un total de 40 sujetos, 15 en el grupo control y 25 pacientes con SSp. La mediana de edad de los pacientes con SSp fue de 56 años (56-72) y 100% de los casos correspondió a mujeres. En términos clínicos, el 61% fue positivo a Schirmer, 100% mostró flujo salival alterado y 80% tuvo una biopsia salival menor positiva. Los pacientes con SSp fueron seropositivos al factor reumatoide en un 66%, a ANA en un 85% con predominio de patrón AC4 (64,7%) y el 64% fue anti-SSA/Ro+. Además, el 33% de los casos registró hipocomplementemia y el 42% hipergammaglobulinemia con una mediana de ESSDAI de 1 (0-6,5), SSDAI de 0 (0-3) y SSDDI de 0 (0-3).

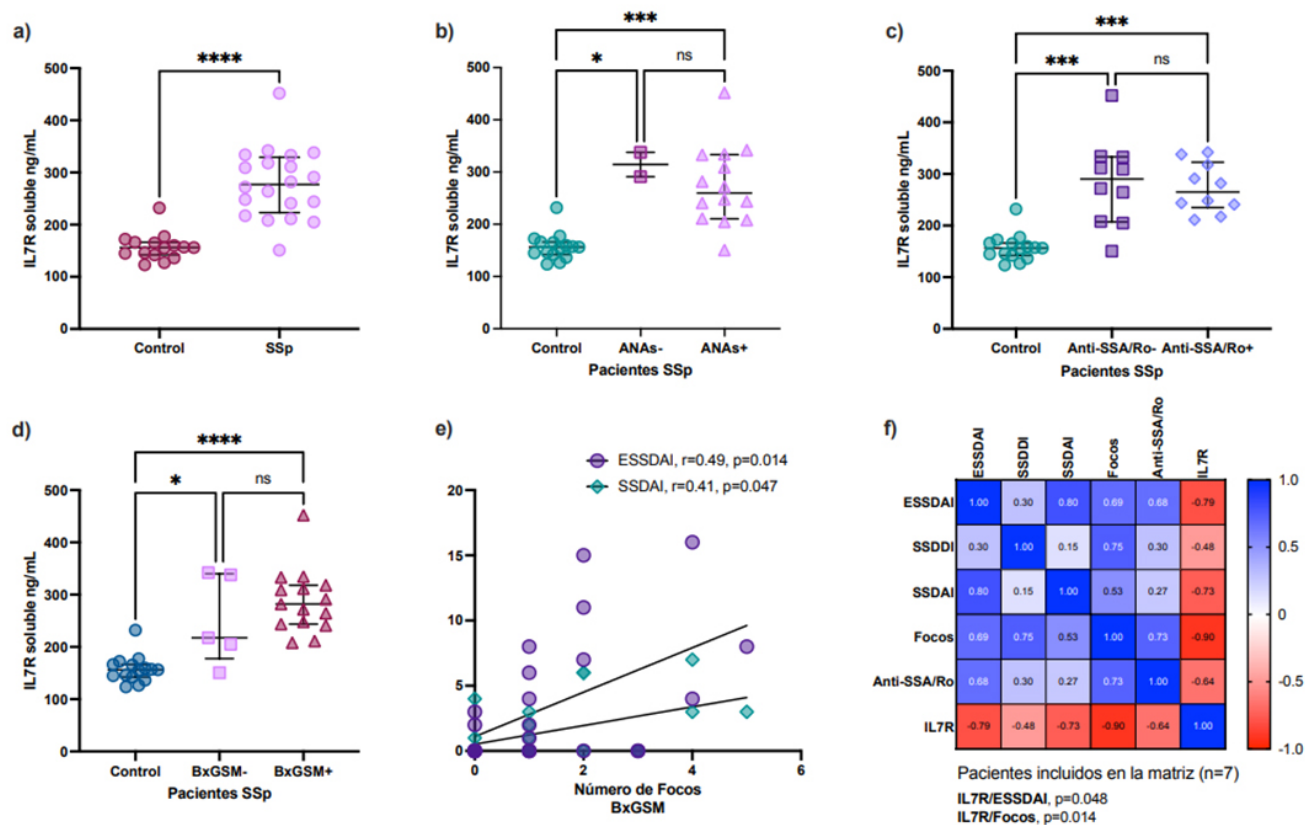
La concentración sérica de IL7R en pacientes con SSp fue de 276 ng/dL (223-329), la cual fue superior a la de los controles (156 ng/dL [142-166.1]; **Figura 1A**), sin mostrar diferencia en la concentración de este biomarcador al estratificar a los pacientes como seropositivos a ANA y anti-SSA/Ro, así como por los hallazgos histológicos en la glándula salival menor (**Figura 1B-D**). Por otra parte, el número de focos se correlacionó positivamente con las puntuaciones de actividad y los valores séricos de IL7R se correlacionaron de modo negativo con ESSDAI ($r = -0,79, p = 0,048$) y el número de focos inflamatorios ($r = -0,90, p = 0,014$; **Figura 1E-F**).

Conclusiones: La concentración sérica de IL7R soluble es mayor en pacientes con síndrome de Sjögren primario, independientemente de la seropositividad a autoanticuerpos y estado en la biopsia de glándula salival menor, y además se correlaciona de manera negativa con la actividad de la enfermedad y el número de focos inflamatorios. Por otra parte, la actividad histológica se correlaciona de modo positivo con los índices de actividad en la enfermedad.

Bibliografía

- Chatzis L, Goules AV, Pezoulas V, *et al.* A biomarker for lymphoma development in Sjogren's syndrome: salivary gland focus score. *J Autoimmun* [Internet]. 2021;121(102648):102648. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaut.2021.102648>.

Figura 1. Análisis de IL7R en pacientes con síndrome de Sjögren (SSp). Los valores de IL7R fueron mayores en pacientes con SSp (a) al estratificar a los pacientes en función de la presencia de ANAS (b), anti-SSA/Ro (c) o positividad de la biopsia de glándula salival menor (BxGSM); en los pacientes con SSp independiente de su estado serológico o histológico, la concentración de IL7R fue superior respecto del control sano. Por otra parte, el número de focos se correlacionó positivamente con las puntuaciones de actividad y las cifras de IL7R mostraron una correlación positiva con la puntuación ESSDAI y el número de focos en la BxGSM. Los datos se muestran en medianas con rangos intercuartílicos. El valor de p se obtuvo con los parámetros U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis con *post hoc* de Dunn o correlación de Spearman, según fuera el caso. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. (S32)



2. Liang Y, Zhang Z, Li J, *et al.* Association between IL-7 and primary Sjögren's syndrome: a single-center study and a systematic scoping review. *Int Immunopharmacol* [Internet]. 2022;108(108758):108758. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.intimp.2022.108758>.

S33

REPORTE DE BIOPSIAS DE GLÁNDULAS SALIVALES EN COHORTE DE PACIENTES MEXICANOS CON SJÖGREN PRIMARIO SERONEGATIVOS: UN MUNDO POR EXPLORAR

K.L. Yáñez-Barraza, M. Mora-Ramírez, I. Arenas-Islas, M. López-Mayorga, K. Ramírez-Santillán

Clínica de Sjögren de México

Introducción: El síndrome de Sjögren es una entidad autoinmunitaria compleja caracterizada por manifestaciones glandulares y extraglandulares sistémicas, con alto riesgo de desarrollar linfoma. Sin embargo, permanece como un diagnóstico difícil debido a la heterogeneidad de sus manifestaciones en etapas iniciales y la gran cantidad de pacientes sin anticuerpos convencionales (8%-40%). Además, como método de cribado se usa la sialometría y solo el 60% de los pacientes tiene sialometría anormal al inicio. Por ende, la biopsia de glándula salival se ha vuelto particularmente útil en pacientes con síntomas persistentes. Se han conducido esfuerzos por encontrar marcadores tempranos dirigidos a células inmunológicas en etapas de diferenciación. Se describe un novedoso estudio de cohorte de pacientes

mexicanos con síndrome de Sjögren primario con anticuerpos convencionales seronegativos y hallazgos clínicos e histopatológicos al momento del diagnóstico, con un marcador promisorio en estas biopsias y su relación con la sialometría.

Objetivo: Describir una cohorte de pacientes con síndrome de Sjögren seronegativos con diagnóstico por biopsia y revisar sus manifestaciones clínicas, su relación con la sialometría y los hallazgos histopatológicos convencionales y con este marcador paninmunológico.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes adultos con síndrome de Sjögren primario, diagnosticados por biopsia salival y con informe histopatológico consistente con focos de infiltrados linfocitarios, según los criterios de ACR/EULAR 2016, de la consulta ambulatoria de la Clínica de Sjögren de México. Se excluyó a los pacientes con diagnóstico diferente del síndrome de Sjögren, sujetos con anticuerpos positivos (anti-Ro y La), individuos que rehusaron participar en el protocolo y enfermos con expediente incompleto.

Una patóloga bucal experta analizó las biopsias de glándula salival menor con tinciones convencionales de hematoxilina-eosina y el marcador CD45+. El hallazgo de foco linfocitario es un criterio de clasificación suficiente, según las guías ACR/EULAR 2016 (50 linfocitos/mm²). Los pacientes con biopsia dudosa/negativa se sometieron a tinción CD45+. Se efectuó la sialometría antes de la biopsia con medición de secreción salival, expresada en mm/min, y se consideró normal cuando era > 25 mm. Todos los pacientes incluidos tenían consentimiento informado y se siguieron los estatutos de la convención de Helsinki.

Resultados: Se incluyó a 62 pacientes con síndrome de Sjögren primario y biopsias positivas de glándula salival con tinción convencional. De estos pacientes, 53 eran mujeres (85%), con mediana de edad de 56 años (50-65).

La duración de la enfermedad fue de 24 meses (12-30). Se identificaron antecedentes de diabetes en 6,5% (4), hipertensión en 17% (11) y trastorno tiroideo en 6,5%. Fue notable que solo el 69% de los pacientes con síndrome de Sjögren tenía sialometría normal. El 90% de los pacientes mostró biopsias positivas al momento del diagnóstico (**Tabla 1**).

Sin embargo, el 10% (6) tuvo una biopsia inicial convencional negativa/dudosa y se utilizó entonces un novedoso marcador de tinción de células CD45+ con infiltrados positivos (**Figura 1**).

Debe señalarse que no existe relación entre la sialometría y la biopsia positiva ni tampoco en el número de focos linfocitarios en glándulas salivales en pacientes con síntomas persistentes.

Tabla 1. Características basales e histopatológicas. (S33)

Características basales	Pacientes con síndrome de Sjögren seronegativos, (n = 62 pacientes)
Mujeres (%)	53 (85%)
Edad en años, rangos intercuartílicos	56 (50-65)
Diabetes (%)	4 (6,5%)
Hipertensión (%)	11 (17%)
Hipotiroidismo (%)	4 (6,5%)
Tiempo de evolución del síndrome de Sjögren, en meses	24 meses (12-30)
Características histológicas	
Biopsias positivas con H-E (%)	56 (90%)
Biopsias positivas con CD45+ (%)	6 (10%)
Sialometría anormal al diagnóstico (%)	20 (31%)

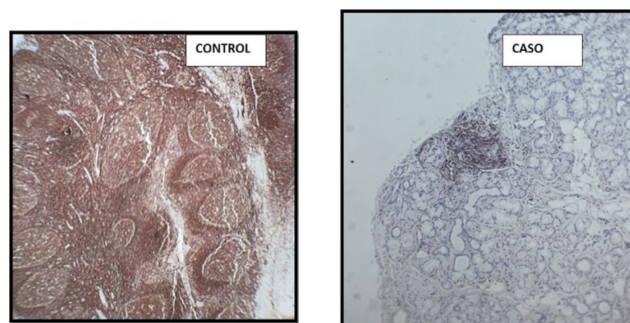
H-E, hematoxilina y eosina.

Conclusiones: Este estudio exploratorio de 62 pacientes con síndrome de Sjögren primario diagnosticado por biopsias, con anticuerpos negativos, identificó que no hay relación entre una sialometría normal y la presencia de focos en la biopsia. El 10% de estos pacientes tiene biopsias convencionales negativas. Por consiguiente, la pericia clínica es obligada. Debe señalarse que existe un marcador en histopatología (CD45+) que incrementa el desempeño en el diagnóstico de síndrome de Sjögren y que aún hay mucho por explorar.

Bibliografía

1. Brito-Zerón P, Baldini C, Bootsma H, *et al.* Sjögren syndrome. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2:16047.
2. Lan J, Deng C, Huang H, *et al.* Seronegative primary Sjögren's syndrome, a distinct subtype of primary Sjögren's syndrome in chinese patients. *BMC Rheumatol.* 2024 Apr 16;8(1):15. doi: 10.1186/s41927-024-00384-9.
3. Yazisiz V, Aslan B, Erbasan F, *et al.* Clinical and serological characteristics of seronegative primary Sjögren's syndrome: a comparative study. *Clin Rheumatol.* 2021 Jan;40(1):221-229.
4. Joachims ML, Leehan KM, Dozmorov MG, *et al.* Sjögren's syndrome minor salivary gland CD4+memory T cells associate with glandular disease features and have a germinal center T follicular helper transcriptional profile. *J Clin Med.* 2020;9(7):2164.

Figura 1. (S33)



S34

INTERACCIÓN DE VARIANTES GENÉTICAS DEL METABOLISMO DE LA VITAMINA D EN LA SUSCEPTIBILIDAD A ARTRITIS REUMATOIDE E HIPOVITAMINOSIS D

B. Campos-López, M. Rivera-Escoto, A.I. Ruiz-Ballesteros, K. Pesqueda-Cendejas, P.E. Mora-García, S. Cerpa-Cruz, U. De la Cruz-Mosso
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria de causa multifactorial. Un factor ambiental-nutricional relacionado con la fisiopatología de la AR es la deficiencia sérica de vitamina D (hipovitaminosis D). Diferentes estudios de relación genética han informado que alrededor del 65% de la hipovitaminosis D puede explicarse de modo parcial por variantes de un solo nucleótido (SNV) en genes clave de su metabolismo.

Objetivo: Determinar la relación de variantes genéticas en (rs10741657) CYP2R1, (rs10877012) CYP27B1, (rs4809959) CYP24A1 y (rs731236) TaqI VDR para el riesgo de AR y la hipovitaminosis D en la población mestizo-mexicana.

Material y métodos: Este estudio se realizó en 177 pacientes con AR y 204 sujetos control (SC) y la diferenciación alélica se llevó a cabo con sondas TaqMan. Los valores séricos de vitamina D (calcidiol y calcitriol) se analizaron mediante kits comerciales de ELISA. Las SNV se evaluaron con análisis de reducción de dimensionalidad multivariado (MDR).

Resultados: La variante TaqI rs731236 en VDR se presentó en cada uno de los modelos y esta variante podría tener la mayor influencia en la AR. Los genotipos CT y CC en TaqI se vincularon en particular con 1,8 veces más susceptibilidad a AR (OR = 1,8; IC, 1,2-2,7; p < 0,01), así como con 2,7 veces más susceptibilidad a la actividad de la enfermedad, según DAS28-VSG (OR = 2,7; IC, 1,1-6,3; p = 0,02). Los pacientes con AR tuvieron cifras más elevadas de calcitriol (47,83 vs. 36,85 pg/mL; p < 0,001) y de la relación calcitriol/calcidiol (2,07 vs. 1,48 pg/ng; p < 0,001) en comparación con los pacientes con SC. En especial, los genotipos GG y TT en el rs10877012 CYP27B1 se relacionaron con una susceptibilidad 1,7 veces mayor de presentar valores séricos más bajos de calcidiol (OR = 1,7; IC, 1,2-2,7; p < 0,01) en ambos grupos de estudio.

Conclusiones: Los genotipos CT y CC en el rs731236 TaqI VDR confieren susceptibilidad genética a la AR y la actividad de la enfermedad y el CYP27B1 se vinculó con hipovitaminosis D en la población mestizo-mexicana.

Bibliografía

1. Punceviciene E, Gaizevska J, Sabaliauskaitė R, *et al.* Analysis of epigenetic changes in vitamin D pathway genes in rheumatoid arthritis patients. *Acta Médica Lituánica.* 2022;29(1):7. https://doi.org/10.15388/Amed.2021.29.1.7.
2. Punceviciene E, Gaizevska J, Sabaliauskaitė R, *et al.* Vitamin D and VDR gene polymorphisms? Association with rheumatoid arthritis in lithuanian population. *Medicina.* 2021;57(4):346. https://doi.org/10.3390/medicina57040346.
3. Zhang TP, Li HM, Huang Q, *et al.* Vitamin D metabolic pathway genes polymorphisms and their methylation levels in association with rheumatoid arthritis. *Frontiers in Immunology.* 2021;12:731565. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.731565.

S35

FRECUENCIA DE LAS CÉLULAS SUPRESORAS MIELOIDES Y SU RELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y NIVELES DE CITOCINAS PROINFLAMATORIAS EN ARTRITIS REUMATOIDE

V.M. Limón-López¹, E.E. Pérez-Guerrero¹, S. García-Arellano¹, C.J. Baños-Hernández¹, G.A. Sánchez-Zuno¹, J.F. Muñoz-Valle¹, S. Cerpa-Cruz², B. Contreras-Haro³, I.V. Román-Fernández¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, CUCS, UDG, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, ⁽³⁾Departamento de Ciencias Biomédicas, CUTONALA, UDG

Introducción: Las células supresoras derivadas mieloides (MDSC, *myeloid-derived suppressor cells*) son un grupo heterogéneo de células inmaduras provenientes de la médula ósea y pueden clasificarse en dos grupos principales: polimorfonucleares (PMN-MDSC), las cuales poseen características morfológicas y fenotípicas similares a las de los neutrófilos; y mononucleares (M-MDSC), que tienen características morfológicas y fenotípicas semejantes a las de los monocitos. Las PMN-MDSC se definen por los marcadores de membrana como células CD33+HLA-DR-/lowCD14-CD15+/CD66b+, mientras que las M-MDSC como CD33+CD11b+HLA-DR-/lowCD14+CD15-. El papel de estas células se ha caracterizado principalmente como inmunosupresor, al inhibir la respuesta inmunitaria innata y adaptativa; su principal mecanismo consiste en inhibir la activación y consecuente proliferación de linfocitos T, con producción de moléculas como la arginasa 1, así como especies reactivas del oxígeno y nitrógeno. Sin embargo, en enfermedades autoinmunitarias como la AR, la función que pueden desempeñar estas células no está del todo claro dado que se han observado resultados contrastantes. Algunos estudios han identificado PMN-MDSC en líquido sinovial de pacientes con AR e *in vitro* se ha demostrado que estas células disminuyen la proliferación de linfocitos T, lo que sustenta el papel inmunosupresor. Por otro lado, se ha sugerido que la actividad de las M-MDSC en AR tiende a promover inflamación, ya que se ha observado *in vitro* que estas células tienen la capacidad de diferenciarse hasta un fenotipo de osteoclasto, además de vincularse con la erosión ósea y promover la diferenciación de linfocitos Th17. En pacientes con AR se han identificado relaciones positivas entre las M-MDSC con la frecuencia de linfocitos Th17, la proteína C reactiva y la actividad de la enfermedad, lo que apoya la función proinflamatoria en la enfermedad.

Objetivo: Evaluar la relación entre la frecuencia de las M-MDSC y las características clínicas, así como con los valores de IL-6, TNF- α e IL-17 en pacientes con AR.

Material y métodos: Se incluyó en total a 53 pacientes con AR clasificados con los criterios de la ACR/EULAR 2010, así como a 29 sujetos control (SC) pareados por edad y género. Se determinó la frecuencia de M-MDSC por citometría de flujo y los valores de IL-6, TNF- α e IL-17 por análisis multiplex basado en perlas. En los pacientes con AR se determinaron los títulos FR y ACPA mediante turbidimetría y ELISA, respectivamente; además, se realizó la determinación de los reactantes de fase aguda VSG y PCR con el método de Wintrobe y turbidimetría, respectivamente. Por último, se determinaron los índices de actividad clínica (DAS28) y discapacidad funcional (HAQ-DI).

Resultados: La frecuencia de M-MDSC fue mayor en pacientes con AR en comparación con SC (9,14% vs. 6,06%; $p = 0,012$). La frecuencia de M-MDSC se correlacionó de forma positiva con HAQ-DI ($r = 0,338$; $p = 0,017$) y negativa con los títulos de ACPA ($r = 0,459$; $p = 0,001$). Los valores de IL-6 en pacientes con AR (4,58 pg/mL) fueron mayores respecto de SC (1,44 pg/mL); además, se identificó una correlación positiva entre las cifras de IL-6 y la frecuencia de M-MDSC ($r = 0,280$; $p = 0,047$).

Conclusiones: La frecuencia de las M-MDSC en pacientes con AR es mayor y se relaciona con el grado de inflamación y discapacidad en pacientes con AR. Por otro lado, estas células podrían vincularse con la producción de ACPA; sin embargo, se requieren estudios adicionales.

Bibliografía

- Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2013;388:2023-38.

- Xu D, Li C, Xu Y, *et al.* Myeloid-derived suppressor cell: a crucial player in autoimmune diseases. *Front Immunol*. 2022;13:1021612.

S36

EL FENOTIPO DE LAS CÉLULAS g-ROR EN LAS ENTESIS NO SE LIMITA A LINFOCITOS CD3+, INCLUYE A CÉLULAS MESEÑQUIMALES

C.F. Pacheco-Tena, S. González-Chávez, M.F. Moreno-Soltero, P. Arrieta-Martínez, P. Barrón-Hernández, E. Chaparro-Barrera, R. Prieto-Carrasco

Universidad Autónoma de Chihuahua

Introducción: La vía gamma de los retinoides que incluye al receptor orfanoretinoide gamma (g-ROR) ha suscitado reciente interés por su participación en la regulación de la inflamación y respuesta inmunitaria en condiciones fisiológicas y patológicas. En fecha reciente, la descripción de células CD3+/g-ROR+ en entesis de modelos murinos de espondiloartritis generó una gran expectativa porque se asumió una acción directa de la estirpe linfoide en el proceso de la entesitis; la vía g-ROR ejerce múltiples procesos de inmunorregulación, pero las observaciones de los autores sugieren una participación más pleiotrópica de la vía g-ROR.

Objetivo: Evaluar la expresión de g-ROR en articulaciones y entesis de un modelo murino de espondiloartritis enfocada en su expresión en subtipos celulares específicos y su colocalización con la producción de citocinas relevantes (IL-22, IL-23, TNF-a e IL-17a).

Material y métodos: Se utilizaron tejidos de ocho ratones DBA-1 machos en los que se indujo Espina murina (caracterizada por artritis y entesitis). La evaluación se llevó a cabo con inmunohistoquímica y, en el caso de las colocalizaciones con inmunofluorescencia, se utilizarán CD4, CD68, CD20, CD34, osteocalcina, colágena X y colágena VI.

Resultados: La tinción de g-ROR en articulaciones de las patas traseras de ratones DBA-1 demuestra una topografía extensa, con tinción positiva en hueso, entesis, cartilago y membrana sinovial.

La colocalización con CD3 revela que solo una minoría de las células g-ROR (+) son CD3 (+) y que existe expresión de g-ROR en una diversidad de células de estirpe mesenquimatosas, incluidos osteocitos y condrocitos, así como fibroblastos en la entesis. De modo adicional se demuestra que la producción de IL-22 e IL-17 no depende de CD3 en las entesis, sino de células de estirpe mesenquimatosas. La tinción de g-ROR en tres biopsias de pacientes con Espina confirma una topografía más dirigida a células mesenquimatosas.

Conclusiones: El g-ROR no es exclusivo ni predominante de los linfocitos CD3+ en las entesis de modelos murinos de Espina y posiblemente ni en pacientes humanos. Aún deben concluirse y analizarse todas las colocalizaciones.

Bibliografía

- Sherlock JP, Joyce-Shaikh B, Turner SP, *et al.* IL-23 induces spondyloarthritis by acting on ROR- γ t+ CD3+CD4-CD8- enthesal resident T cells. *Nat Med*. Julio de 2012;18(7):1069-76.



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



LIII Congreso Mexicano de Reumatología

CASOS CLÍNICOS

CC001

ERUPCIÓN POLIMORFA LUMÍNICA (EPL) COMO MANIFESTACIÓN INICIAL EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

M.J. Rodarte-Gallegos¹, S.A. Sicsik-Ayala²

⁽¹⁾UMAE Hospital de Especialidades no. 71, IMSS, Torreón, Coah, ⁽²⁾Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Coahuila

Introducción: La fotosensibilidad es una manifestación bien conocida del LES; como primer síntoma la han notificado 1% a 4% de los pacientes. Dado que no existen criterios estrictos para la fotosensibilidad, se han publicado cifras de prevalencia variables. La distinción de la erupción polimorfa lumínica (EPL) puede ser difícil y presentarse hasta dos años antes del inicio del LES. Las dos afecciones pueden coexistir. Estas dos enfermedades pueden compartir factores patogénicos; la EPL podría predisponer al LES en un subgrupo de pacientes.

Presentación del caso: Paciente masculino de 50 años que inició en 2022 con lesiones dérmicas eritemato-violáceas mal definidas con escama en piel cabelluda, región frontal, orejas, V del escote, antebrazos y región dorsal de manos; un médico de primer nivel lo valoró e indicó tratamiento, sin respuesta; se envía al servicio de dermatología en agosto de 2022 y se establece sospecha clínica de EPL. Se practica biopsia de piel por *punch* en el antebrazo; el servicio de patología identifica datos histopatológicos de erupción polimorfa lumínica; el tratamiento tópico iniciado produce escasa mejoría clínica. El paciente experimenta agudización de lesiones cutáneas y se agregan deflazacort y loratadina, pero la evolución es tórpida. En agosto de 2023 se realiza una nueva biopsia de piel y se solicitan estudios de laboratorios (**Tabla 1**); se envía a los servicios de reumatología y hematología. En la valoración, el interrogatorio dirigido el paciente indica dolor articular de tipo inflamatorio en manos, caída de cabello, fenómeno de Raynaud, pérdida de peso e inicio de hipertensión arterial sistémica.

Exploración física: zonas de alopecia, lesiones dérmicas eritemato-violáceas en cara, cuello, V del escote (**Figura 1**), antebrazos y dorso de la mano. Ante la sospecha clínica de LES se prescriben hidroxicloloquina, prednisona a dosis medias, ácido micofenólico y se solicitan parámetros inmunológicos (**Tabla 1**). Informe de la segunda biopsia: degeneración vacuolar de la capa basal, edema de dermis papilar con infiltrado linfocitario perivascular. Se establece el diagnóstico de EPL. A los seis meses de tratamiento, el paciente se halla en remisión clínica.

Tabla 1. Estudios de laboratorio basales y durante la evolución. (CC001)

	Agosto 2023	Noviembre 2023	Julio 2024
Leucocitos	2,6 k/uL	9,2 k/uL	5,4 k/uL
Neutrófilos	1,3 10 ³ /uL	4,4 10 ³ /uL	3,6 10 ³ /uL
Hemoglobina	10 g/dL	13,4 g/dL	13,4 g/dL
Plaquetas	124 10 ³ /uL	317 10 ³ /uL	283 10 ³ /uL
Creatinina	0,8 mg/dL	0,6 mg/dL	0,8 mg/dL
VSG	-	34 mm/h	28 mm/h
PCR	-	10 mg/dL	5 mg/dL
Ego	Proteínas+ hb ++	Proteínas 100 mg/dL, eritrocitos	Normal
C3	-	76	101
C4	-	12	18
Proteínas en orina		1,4 g/24 h	324 g/24 h
Anticuerpos		ANA: 1:320 granular grueso, Sm: 685, DNAs: 189, RNP: 643	

ANA, antinucleares; DNAs, DNA de doble cadena; Ego, examen general de orina; hb, hemoglobina; Sm, Smith; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; RNP, ribonucleoproteína.

Discusión: Debido a la complejidad de diferenciar la EPL de las lesiones fotosensibles por LES, pueden observarse hallazgos clínicos, histológicos, similares en ambos trastornos; es importante informar las

Figura 1. Lesiones cutáneas al inicio y tres meses después del tratamiento inmunosupresor. (CC001)



características clínicas, histopatológicas y los resultados en el paciente. Es preciso considerar la relevancia de un abordaje multidisciplinario y, en su caso, apoyarse en estudios complementarios como biopsias seriadas para determinar el diagnóstico e instituir un tratamiento oportuno.

Conclusiones: El LES es una enfermedad que puede manifestarse de varias formas; sin embargo, las lesiones cutáneas pueden ser un reto diagnóstico, como en este paciente; debe considerarse que la EPL puede desarrollarse en un subgrupo de pacientes de forma inicial.

Bibliografía

1. Millard TP, Hawk JL, McGregor JM. Photosensitivity in lupus. *Lupus*. 2000;9(1):3-10.
2. Nyberg F, Hasan T, Puska P, *et al.* Occurrence of polymorphous light eruption in lupus erythematosus. *Br J Dermatol*. 1997;136(2):217-221.

CC002

REPORTE DE CASO: ENFERMEDAD IgG4 CON AFECTACIÓN RETROPERITONEAL

D.P. Osorno-Ramírez, M.A. Vázquez-Zaragoza, A. Camargo-Coronel
 UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La enfermedad relacionada por IgG4 es una anomalía fibroinflamatoria sistémica con afectación multiorgánica. Ormond notificó por primera vez la fibrosis retroperitoneal en 1948 y desde entonces se ha descrito solo un 10% de afectación retroperitoneal en comparación con otros órganos que pueden afectarse. En 2019, Lomborg *et al.* identificaron un retraso del inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de 150 días en la fibrosis.

Presentación del caso: Mujer de 57 años sin antecedentes relacionados con enfermedad reumatológica que sufre lumbalgia y cuadro de trombosis del miembro pélvico derecho en el 2022. En enero del 2023, la TAC reconoce el hallazgo de una tumoración retroperitoneal y en la vena cava inferior; la TEP/TC revela actividad hipermetabólica en los niveles retroperitoneal, pulmonar y mesentérico. La biopsia por LAPE identifica tejido fibroso con infiltrado linfoplasmocitario denso más flebitis obliterativa, sin células neoplásicas. La valoración del servicio de oncología señala lesiones nodulares a nivel pulmonar derecho, pero la biopsia no identifica neoplasia. En el seguimiento, la TAC al inicio de 2024 reconoce signos de trombosis crónica en la vena iliaca derecha y un proceso inflamatorio circundante que compromete el calibre de la arteria iliaca común (**Figura 1**). El servicio de reumatología la valora ante sospecha de enfermedad relacionada con IgG4 y cumple 13,9 puntos de los criterios EULAR-ACR 2019: valor de IgG4 normal (114 mg/dL); histopatología con infiltrado linfoplasmocitario denso y flebitis obliterativa; y retroperitoneo con engrosamiento difuso de la pared de la aorta abdominal y circunferencial del tejido blando anterolateral alrededor de la aorta infrarrenal y las arterias iliacas.

Discusión: La enfermedad relacionada con IgG4 ha sido un desafío para la medicina actual por sus múltiples criterios de exclusión y ha llevado a crear nuevos protocolos para estudiar posibles tratamientos farmacológicos. Son apropiadas la cautela y la atención a los aspectos de seguridad para excluir neoplasias de primera instancia. La IgG4 sérica elevada apoya el diagnóstico, aunque las cifras normales no lo excluyen. Esta paciente tenía síntomas inespecíficos de dolor en la región lumbar derecha, con imágenes que mostraron una tumoración que comprometía aorta y vena cava inferior. Por último, era posible la vinculación entre enfermedad por IgG4 y fibrosis retroperitoneal; existen pocos informes de casos como causa aislada con buena respuesta a la administración de glucocorticoides como primer tratamiento.

Conclusiones: Debido a la afectación retroperitoneal de esta alteración con manifestaciones clínicas y radiológicas inespecíficas, se requiere equipo multidisciplinario para establecer un diagnóstico oportuno, instituir tratamiento de forma oportuna y evitar secuelas.

Bibliografía

1. Watanabe R, Ozawa A, Iseda T. A case of retroperitoneal fibrosis responding to steroid therapy. *International Braz J Urol*. 2010;43(6):1185-1189.

2. Lomborg N, Jakobsen M, Bode C, *et al.* IgG4-related disease in patients with newly diagnosed idiopathic retroperitoneal fibrosis: a population-based danish study. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 2019;48(4):320-325.

Figura 1. Tumoración en la cara lateral de la aorta y zona infrarrenal. (CC002)



CC003

ÚLCERAS DISTALES DE MIEMBROS SUPERIORES EN UN PACIENTE JOVEN FUMADOR: PRESENTACIÓN DE TROMBOANGEÍTIS OBLITERANTE

E. Hincapié-Arias, L.M. Saldarriaga-Rivera, M.A. Herrera-Caicedo, B.F. Holguín-Muñoz, J.A. Ospina-Cano

Universidad Tecnológica de Pereira-UTP. Hospital Universitario San Jorge Pereira, Rda, Colombia

Introducción: La tromboangeítis obliterante (TAO), también conocida como enfermedad de Buerger, es una vasculitis oclusiva segmentaria y recurrente que afecta a arterias y venas pequeñas y medianas de las extremidades. Se desconoce su causa, aunque un factor predisponente importante es el consumo de tabaco, que afecta de forma predominante a varones jóvenes de 20 a 40 años.

Presentación del caso: Varón de 30 años, fumador desde 10 años antes, remitido a consulta de reumatología por cuadro clínico de tres meses de evolución caracterizado por dolor intenso, parestesias e hipoestesia en la mano derecha. Además, refería la aparición de lesiones ampollas en las yemas de los dedos segundo, tercero y cuarto de la mano derecha, que evolucionaron a lesiones ulcerosas con bases necróticas, con conservación del lecho ungueal y la uña. La sospecha de tromboangeítis obliterante

se basó en los factores de riesgo y las características clínicas, por lo que se solicitaron pruebas serológicas para descartar autoinmunidad, como crioglobulinas, ANA, ENA, C3 y C4, ANCA P, ANCA C y anticuerpos antifosfolípidos, que resultaron negativos. Una arteriografía de miembros superiores reveló obliteración distal de la arteria radial derecha y desarrollo de circulación colateral. Estos hallazgos confirmaron la sospecha diagnóstica y se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona durante tres días y pentoxifilina oral.

Discusión: El diagnóstico de este trastorno se establece por exclusión de otras causas que provocan isquemia distal de las extremidades. No existe ninguna prueba de laboratorio ni estudios complementarios específicos. Para determinar el diagnóstico es fundamental la sospecha clínica y es necesario realizar una adecuada anamnesis y exploración física para identificar los factores de riesgo principales causantes de esta enfermedad, entre ellos el hábito tabáquico (cigarrillo o marihuana), el sexo masculino, la etnia asiática y la edad de 20 a 50 años.

Conclusiones: La tromboangiitis obliterante es una enfermedad rara que se diagnostica mediante sospecha clínica ante los signos y síntomas mencionados en pacientes jóvenes y fumadores. En ausencia de otros factores de riesgo vascular, los criterios varían y abarcan tanto las manifestaciones clínicas como los hallazgos de la arteriografía y la anatomía patológica.

Bibliografía

- Wysokinski WE, Kwiatkowska W, Sopian-Raczowska B, *et al.* Sustained classic clinical spectrum of thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *Angiology.* 2000;51:141-150.
- Buerger L. Thrombo-angiitis obliterans: a study of the vascular lesions leading to presenile spontaneous gangrene. *Am J Med Sci.* 1908;136:567-580.
- Halacheva KS, Manolova MI, Petkov DP, *et al.* Study of anti-neutrophil cytoplasmic antibodies in patients with thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *Scand J Immunol.* 1998;48:544-550.

CC004

FIEBRE RECURRENTE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE SÍNDROME DE BEHÇET: REPORTE DE CASO

D. Hernández-Islas¹, J.M. Arellano-Estrada², R. Vega-Govea³

⁽¹⁾Hospital General de Zona 47, IMSS, ⁽²⁾Hospital General de Zona 2A Francisco del Paso y Troncoso, ⁽³⁾Centro Médico Nacional, Siglo XXI, IMSS

Introducción: El síndrome de Behçet (SB) reconocido por una amplia variedad de signos y síntomas es una alteración inflamatoria crónica y multisistémica con un curso recurrente y remitente; la prevalencia en Latinoamérica se desconoce. Se diagnostica alrededor de los 30 años y los hombres sufren formas más graves. Aunque la fiebre es infrecuente, los estudios señalan que puede relacionarse sólidamente con afectación vascular, neurológica o articular. Su curso clínico diverso con periodos de exacerbación y remisión retrasa el diagnóstico.

Presentación del caso: Se trata de un paciente masculino de 26 años, originario y residente de la Ciudad de México, enfermero, con tabaquismo y toxicomanías negadas, etilismo social; niega también consumo de lácteos no pasteurizados y viajes a cavernas, ríos, mares o grutas. Inicia en el 2017 con fiebre recurrente cada 15 días; en mayo de 2022 muestra úlcera testicular izquierda multitratada con antibiótico y esteroide tópico y mejoría parcial con cicatriz residual y recidiva; esto lo lleva a consultar a un infectólogo, que solicita panel viral, VIH, TORCH, VDRL y cultivo de úlcera genital, todos negativos (**Tabla 1**); en 2023 se agregan lesiones nodulares rojizas en piernas que dejan una cicatriz hiperpigmentada. Además, refiere mialgias, artralgiyas y artritis de muñecas y tobillos, parestesias en ambas piernas y lesiones papulopustulares en espalda, tórax y cara. La exploración identifica manchas hiperpigmentadas en ambas piernas, palmas y dorso de manos, cara, tórax anterior y posterior, con úlceras orales (**Figura 1**).

Se inicia tratamiento con colchicina, AZA y esteroide, que producen mejoría de las úlceras orales y cicatrices genitales, pero sin lesiones nuevas y con manchas hipercrómicas.

Discusión: El caso expuesto destaca que el paciente había sufrido fiebre recurrente seis años antes de los síntomas distintivos del SB, una manifestación rara en esta vasculitis. Según Seyahi, en un estudio de 98 pacientes recién diagnosticados con SB, el 22% refirió fiebre junto con al menos una lesión activa. La fiebre mostró una notable relación con afectación vascular, neurológica o articular en estos pacientes. Una tercera parte de los enfermos padece solo úlceras orales a lo largo de la enfermedad, que es el síntoma más persistente; las úlceras genitales cicatrizan en casi dos tercios de los casos. Las lesiones papulopustulares pueden ser difíciles de diferenciar del acné común. La artritis puede variar desde monoartralgias no deformantes hasta oligoartralgias o artritis, con compromiso de rodillas, tobillos, muñecas y codos. La afectación del sistema nervioso y vascular también es frecuente. El SB no cuenta con características diagnósticas o histológicas patognomónicas. La prevalencia de HLA-B51 varía entre los grupos étnicos; en los pacientes mexicanos se ha observado una mayor frecuencia de otros alelos HLA, lo que significa que un resultado negativo para HLA-B51 no excluye el diagnóstico. Los criterios de clasificación disponibles no confirman o descartan el diagnóstico de manera definitiva, por lo que este se basa en gran medida en la presentación clínica. El tratamiento inicial para las manifestaciones moderadas a graves incluye GC y AZA.

Tabla 1. Resultados de laboratorios y anticuerpos solicitados. (CC004)

EGO: no patológico
Glucosa, 86,9 mg/dL
BUN 15 mg/dL
Creatinina, 0,9 mg/dL
Leucocitos, 10,7 K/uL Linfocitos, 3,5 x10 ³ /mL Hemoglobina, 14,5 g/dL Hematócrito, 45,8%
Colesterol total, 152 mg/dL
Ácido úrico, 6,9 mg/dL
Anti-RO < 4 Anti- LA < 3,3 ANCA negativos ANA < 1:40 HLA 51 pendiente
Urocultivo: sin desarrollo Panel viral negativo VDRL negativo
Patergia +

Figura 1. Lesiones nodulares eritematosas en dorso y palmas de ambas manos, recurrentes y con pigmentación residual (zonas atípicas). (CC004)



Conclusiones: El control del SB ha mejorado en las últimas décadas. No obstante, aún se requiere el desarrollo de herramientas más precisas para el diagnóstico temprano, la identificación de marcadores confiables para evaluar la actividad de la enfermedad, así como la clarificación del papel de los inmunosupresores y el anticoagulante.

Bibliografía

1. Seyahi E, Karaaslan H, Ugurlu S, *et al.* Fever in Behçet's syndrome. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2013;31(3 Suppl 77):64-67.
2. Soto-Vega E, García-Muñoz R, Richaud-Patin Y, *et al.* Class I and class II MHC polymorphisms in mexican patients with Behçet's disease, *Immunology Letters*. 2004;93(2-3):211-215.

CC005**REPORTE DE CASO: HEPATITIS LÚPICA COMO MANIFESTACIÓN DE ACTIVIDAD POR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

D.P. Osorno-Ramírez, A. Camargo-Coronel

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es un trastorno autoinmunitario con un amplio espectro de manifestaciones clínicas. A pesar de que la afectación hepática no es parte de los criterios diagnósticos del *American College of Rheumatology* para el lupus eritematoso sistémico (LES), se ha identificado que hasta el 50% de los pacientes con LES puede experimentar algún grado de enfermedad hepática en su vida, aunque en la mayoría de los casos es leve y subclínica. La hepatitis por lupus afecta al 3% a 8% de los pacientes con LES y se caracteriza por una elevación leve de las enzimas hepáticas. Su presentación casi siempre es asintomática, si bien son posibles fatiga, malestar, anorexia y náusea. Los estudios de laboratorio muestran elevaciones en ALT, AST, entre otros marcadores inflamatorios y serológicos del LES.

Presentación del caso: Paciente femenina de 31 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en 2021. Ingresó a admisión continua por astenia, adinamia, tos, fiebre de 38,4°C y dermatosis diseminada (máculas eritematosas). La exploración física revela actividad cutánea con un CLASI de 7 puntos (actividad nariz 1, cara 1, tórax posterior 1, brazos y manos 2, piernas 1) y pulmonar con crepitaciones finas subcapulares bilaterales. La TAC tórax identifica neumonía criptogénica organizada y se indica tratamiento con cefepima y claritromicina. Estudios de laboratorio: procalcitonina negativa, PCR y VSG elevadas, ALT 48 U/L, AST 108 U/L, FA 109 U/L y DHL 572 U/L. Hemocultivos, urocultivo y cultivo de secreción bronquial negativos. Cursó con elevación de ALT 92 U/L, AST 383 U/L, FA 155 U/L, DHL 770 U/L y ferritina 1,500 ng/mL. Panel viral negativo; el USG hepático concluye hepatopatía inflamatoria aguda y anticuerpo antimúsculo liso negativo. Persistió la fiebre a pesar de cuatro días de tratamiento; se sospechó actividad por LES y se determinó un SLEDAI 2K de 13 puntos (proteinuria, hipocomplementemia, DNAdc elevado, exantema inflamatorio, úlceras orales y fiebre); se iniciaron pulsos con metilprednisolona (3 g dosis total) e inmunoglobulina calculada a 400 mg/kg/día. Se observó mejoría clínica, se mantuvo afebril y se registró una tendencia a la normalización de los estudios de laboratorio (AST 40 U/L, ALT 39 U/L, DHL 389 U/L).

Discusión: Este caso señala la importancia de dar a conocer y enfatizar en la necesidad de diferenciar la hepatitis por lupus de otras formas de hepatitis, como la hepatitis autoinmunitaria, ya que tiene implicaciones distintas para el tratamiento y el pronóstico, en particular para evitar complicaciones a largo plazo y mejorar el control de estos pacientes. Aunque la hepatitis fulminante y la cirrosis son raras, en algunos casos la enfermedad hepática puede progresar.

Conclusiones: No se comprende por completo la patogenia de la hepatitis lúpica, pero la deposición de complejos inmunitarios y la vasculitis pueden ser factores contribuyentes. Los corticosteroides son el tratamiento principal, ya que reducen los valores de las enzimas hepáticas, y con posterioridad debe mantenerse la vigilancia por el riesgo de causar esteatosis hepática no alcohólica.

Bibliografía

1. Afzal W, Haghi M, Hasni S, *et al.* Lupus hepatitis, more than just elevated liver enzymes. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 2020;49(6):427-433.

2. Betancur J, Jiménez D, Bonilla F, *et al.* Compromiso hepático de las enfermedades autoinmunes sistémicas. *Rev Colomb Reumatol*. 2015;22(1):47-58.

CC006**EFICACIA DE RITUXIMAB PARA ENCEFALITIS SUBAGUDA EN UN PACIENTE CON POLICONDRITIS RECIDIVANTE**

J.A. Hermsillo-Villafranca

HGZ#11 Piedras Negras Coahuila, IMSS

Introducción: La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad multisistémica de causa desconocida que se distingue por la inflamación episódica y progresiva de estructuras cartilaginosas; los síntomas habituales incluyen condritis nasal, auricular y traqueal, así como poliartritis, escleritis y trastornos vestibulares. La aparición de síntomas neurológicos ocurre en tan solo el 3% de los pacientes con PR, entre ellos parálisis facial o trigeminal, encefalitis, mielitis, polineuropatía, convulsiones y áreas multifocales de realce consistentes con inflamación cerebral debido a la baja prevalencia de afección neurológica. Solo se conoce un informe de caso de buena respuesta a la ciclofosfamida, por lo que el tratamiento anti-CD20 en pacientes con estas manifestaciones no se ha explorado antes.

Presentación del caso: Paciente masculino de 56 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II de larga evolución, con diagnóstico de policondritis recidivante de dos años de evolución, quien inicia con un cuadro de escleritis anterior bilateral, hemiparesia derecha, afasia, cambios de irritabilidad y agresividad, apatía, abulia, lenguaje y facies inexpresivas, cefalea frontoparietal izquierda y occipital de características opresivas, así como disartria, por lo que acude a valoración a un hospital general donde se diagnosticó inicialmente enfermedad cerebrovascular con tomografía axial computarizada sin alteraciones. Se trató como prevención secundaria con ácido acetilsalicílico (81 mg), atorvastatina (40 mg) y sesiones de rehabilitación (10) sin mejoría; 15 días después se agrega pérdida de control de esfínter urinario, somnolencia, persistencia de escleritis anterior bilateral e incapacidad de la marcha, además de insuficiencia respiratoria aguda que requiere apoyo ventilatorio avanzado. En un segundo internamiento se valora en los servicios de neurología y reumatología y se descartan episodio cerebrovascular e infección; la resonancia magnética nuclear revela múltiples lesiones en la segunda región frontal izquierda y diversas lesiones frontales y temporales derechas con realce al medio de contraste; se diagnostica encefalitis subaguda y se administran pulsos de metilprednisolona (1 g por tres días) y rituximab (1 g cada 14 días en dos dosis) con mejoría clínica y radiográfica a su egreso, con retretamiento a los seis meses con anti-CD20; en la revaloración mostró una respuesta clínica completa y radiográfica parcial y en la actualidad se halla bajo retretamiento semestral sin datos de efectos adversos a la terapéutica.

Discusión: No hay consenso actual del tratamiento de los síntomas neurológicos en pacientes con PR; se ha documentado una buena respuesta a los inmunosupresores como ciclofosfamida y esteroides; sin embargo, el papel del tratamiento anti-CD20 no se ha dilucidado con claridad; la buena respuesta a esta modalidad, así como la continuación de la remisión clínica en este paciente, puede generar nuevas preguntas acerca de las alternativas terapéuticas.

Conclusiones: La afectación neurológica en la policondritis recidivante es una manifestación poco frecuente, pero puede poner en peligro la vida, por lo que las alternativas en el tratamiento de estas manifestaciones, como el rituximab, pueden cambiar el pronóstico en estos pacientes.

Bibliografía

1. Suk A, Moo P, Hae J, *et al.* Relapsing polychondritis presented with encephalitis followed by brain atrophy Suk-Won Ahn *Exp Neurol*. 2017 Feb;26(1):66-69.
2. Vera C, Matala JM, Feyerhake W, *et al.* Encefalopatía subaguda en un paciente con policondritis recidivante. Caso clínico. *Rev Med Chile*. 2021;149:1085-9.

CC007

IMITADORES DE VASCULITIS, GRANULOMA LETAL DE LA LÍNEA MEDIA

D.I. Rojas-Abarca, P. García-Espinosa, L.D. Fajardo-Hermosillo, E. Gámez-Rosas

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El granuloma letal de la línea media es un linfoma NK/T infrecuente, progresivo y de mal pronóstico, que inicia en la región nasal y se extiende con destrucción de la línea media facial. El diagnóstico diferencial de esta entidad incluye la granulomatosis con poliangeítis (GPA) y la vasculitis relacionada con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) que afecta a la nariz en un 90% de los casos, y se presenta con úlceras, perforación del tabique nasal o colapso nasal. Aquí se presenta un caso que se diagnosticó de modo inicial como GPA, con escasa respuesta a múltiples tratamientos, y reclasificado después como linfoma NK/T nasal de la línea media, un imitador de la vasculitis.

Presentación del caso: Mujer de 47 años de edad que inicia su padecimiento en 2023, cuando sufrió perforación del tabique nasal luego de una polipectomía. Se diagnosticó con GPA, con base en p-ANCA positivo a título bajo y una biopsia que solo reveló inflamación inespecífica con linfocitos, células plasmáticas, extensa necrosis y ulceración focal. Se inició tratamiento con metotrexato en incremento hasta 25 mg por semana y prednisona a dosis hasta de 1 mg/kg de peso, sin mostrar limitación de la destrucción de la línea media. Ante la falta de respuesta se administraron varios pulsos de metilprednisolona y rituximab, sin poder detener la destrucción a nivel nasal, y su extensión a paladar duro y senos paranasales (**Figura 1**). Ante la resistencia al tratamiento y el avance de la enfermedad, se la traslada a esta institución. Al analizar el caso, se identificó necrosis del paladar duro con extensión al blando, destrucción de senos etmoidales y tabique nasal por tomografía que afectaban la fonación y la articulación de las palabras (**Figura 1**). La determinación de ANCA y la inmunoespecificidad (anti-PR3 y anti-MPO)

fueron negativas. Tampoco se encontró compromiso renal o pulmonar. La biopsia de tejido nasal señaló un linfoma NK/T nasal (**Figura 1**). Ante estos hallazgos se inició esquema de quimioterapia y radioterapia. Hoy en día, la paciente se encuentra con vida y en seguimiento.

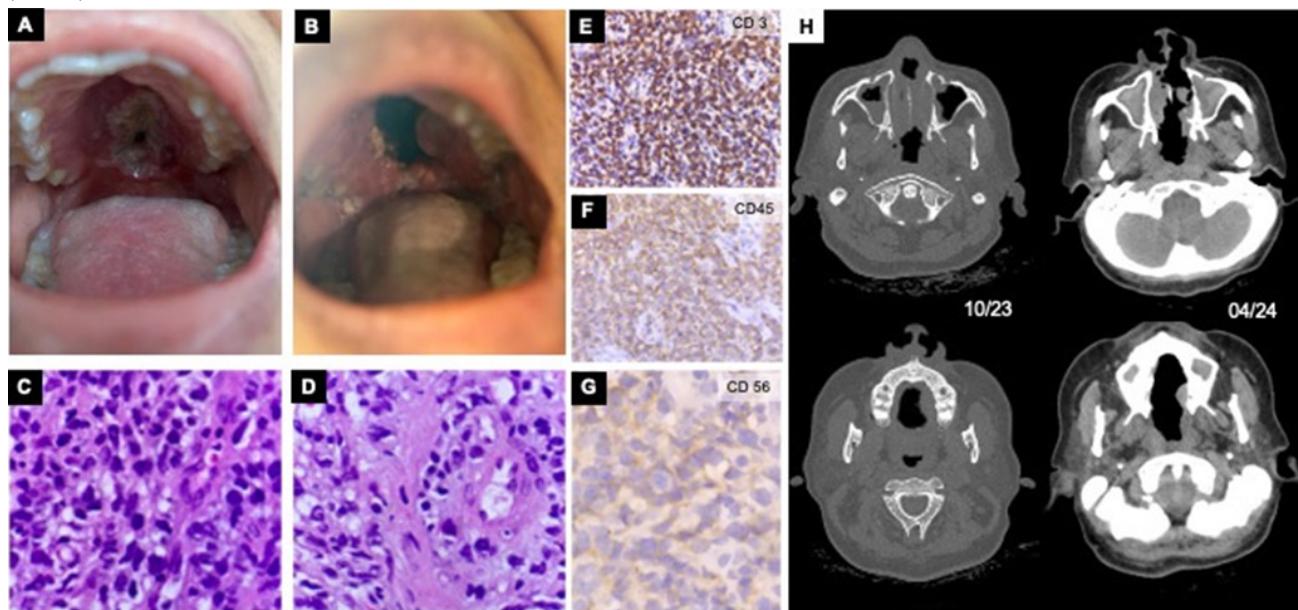
Discusión: Los imitadores de la vasculitis representan un desafío en el diagnóstico y tratamiento en la práctica clínica. Este caso tuvo un diagnóstico original de GPA, con una biopsia nasal con hallazgos inespecíficos y p-ANCA positivos a títulos bajos; sin embargo, mostró después refractariedad al tratamiento y destrucción a lo largo de la línea media. Ante lo anterior es importante reconocer tres características que pueden ayudar a diferenciar entre estas dos entidades. La primera: el plexo de Kiesselbach es una estructura vascular dentro de la región nasal donde la mayoría de las veces se originan las lesiones por GPA, no así el granuloma de la línea media. La segunda: presencia de lesiones ocupativas y destrucción acelerada de estructuras como senos paranasales, paladar blando y duro más indicativos de un linfoma NK/T nasal, cuyo retraso diagnóstico se acompaña de una gran mortalidad. La tercera: seroconversión negativa de ANCA y ausencia de inmunoespecificidad. En contraste, se ha notificado una prevalencia de ANCA de 3% a 8% con inmunoespecificidad negativa en los linfomas.

Conclusiones: Ante una pobre respuesta al tratamiento, seroconversión negativa de ANCA y destrucción de la línea media en una GPA es necesario considerar como diagnóstico diferencial un imitador de la vasculitis, por ejemplo, el linfoma NK/T nasal, mejor conocido como granuloma letal de la línea media.

Bibliografía

1. Parker NP, Pearlman AN, Conley DB, *et al.* The dilemma of midline destructive lesions: a case series and diagnostic review. *Am J Otolaryngol.* 2010 Mar-Apr;31(2):104-9.
2. Saráu CA, Lighezan DF, Doros IC, *et al.* The involvement of upper airway in Wegener's granulomatosis - about four cases. *Rom J Morphol Embryol.* 2015;56(2):613-8.
3. Bilici A, Yapici HS, Ercan S, *et al.* The prevalence and significance of autoantibodies in patients with non-Hodgkin's lymphoma: are they correlated with clinicopathological features? *Journal of BUON.* 2012;17:502-507.

Figura 1. Linfoma NK/T nasal. (A) Lesión de la línea media en octubre del 2023 diagnosticada como GPA. (B) Progresión de la lesión en abril del 2024. (C) Linfoma con células neoplásicas con escaso citoplasma y núcleos con hiper cromasia, H-E, 40x. (D) Angiocentricidad y angioinvasión. (E-G) Linfoma NK/T con inmunohistoquímica positiva para CD3, CD45 y CD56. (H) Tomografía axial computarizada de nariz y senos paranasales que muestra la progresión de la destrucción a lo largo de la línea media de octubre del 2023 a abril del 2014 a nivel de senos paranasales y paladares. (CC007)



CC008

MANIFESTACIONES CARDIACAS (COMUNICACIÓN INTERAURICULAR, HIPERTENSIÓN PULMONAR Y COARTACIÓN AÓRTICA) EN ARTERITIS DE TAKAYASU

B.B. García-Briones, L.G. Sosa-Esquivel, C. Abud-Mendoza

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: La arteritis de Takayasu suele afectar a la aorta y sus ramas principales en mujeres jóvenes, con inicio antes de los 20 años hasta en 25%. La afectación cardiaca se presenta en casi la tercera parte de los pacientes. Por lo general, las anomalías vasculares pueden identificarse en la angiogramografía. Los sitios más frecuentes son la aorta (65%) y la arteria subclavia izquierda (93%), aunque también las arterias carótida, renal y vertebral. En la mayor parte de los casos hay estenosis (93%).

Presentación del caso: Mujer de 17 años con antecedente de comunicación interauricular (*ostium secundum*) en agosto 2023. En mayo 2023 muestra disnea progresiva de medianos a mínimos esfuerzos, palpitaciones, edema de miembros inferiores y pared abdominal, fotopsias y tos

Figura 1. (A) Estenosis en arteria carótida común izquierda en el segmento proximal (diámetro 4,7 mm) y oclusión de arteria subclavia izquierda desde el nacimiento hasta el tercio medio. (B) Estenosis en la aorta abdominal con diámetro de 3 mm a nivel de la emergencia de las arterias renales. (C) Coartación aórtica en el cayado aórtico preacueductal y acueductal con diámetro de 10 mm. (CC008)



improductiva. Exploración física del fondo de ojo (OD): hemorragia en punto, lesión de apariencia cicatrizal, zona de estrechamiento arteriolar peripapilar inferior; (OI) hemorragia en punto, zona de estrechamiento arteriolar peripapilar inferior; cuello con soplo irradiado, soplo en foco aórtico y pulmonar holosistólico, soplo a nivel de arterial renal; extremidad superior derecha, TA 220/100 mmHg y extremidad superior izquierda, TA 120/80 mmHg, más pulsos disminuidos y extremidades inferiores no detectables. Estudio ecotranseofágico: defecto septal interauricular de 1 cm tipo *ostium secundum*, cortocircuito de izquierda a derecha, ventana aortopulmonar de 1 cm, colateral aortopulmonar, ventrículo derecho dilatado, regurgitación tricuspídea moderada, hipertensión pulmonar grave de 78 mmHg. Angiotomografía: estenosis en arteria carótida común izquierda, oclusión de arteria subclavia izquierda, coartación aórtica en cayado aórtico y estenosis en aorta abdominal (**Figura 1**). El riñón derecho tiene zonas de estenosis en la arteria segmentaria media; el riñón izquierdo revela disminución de diámetro de arterias segmentarias y lobares.

Discusión: En muy pocos pacientes se ha informado insuficiencia cardiaca grave, hipertensión pulmonar y *ostium secundum*; lo más común en las publicaciones médicas es la insuficiencia aórtica hasta en 20%. Existen cuatro criterios diagnósticos: comienzo antes de los 40 años, presión arterial desigual en los brazos (> 10 mmHg), soplo subclavio o aórtico y angiogramografía de estrechamiento u oclusión de la aorta o sus ramas primarias. Como tratamiento, esta paciente recibió glucocorticoide sistémico, y luego oral, tocilizumab a dosis de 8 mg/kg y metotrexato a razón de 7,5 mg/sem. **Conclusiones:** Pese a la baja incidencia de comunicación interventricular e hipertensión pulmonar, debe considerarse su aparición, incluso con insuficiencia cardiaca congestiva grave.

Bibliografía

1. Hellmann D. Arteritis de células gigantes, polimialgia reumática y arteritis de Takayasu. In: Firestein G, Budd R, Gabriel S, *et al.*, eds. Firestein and Kelley Tratado de Reumatología. 11th ed. Elsevier 2022:1595-1616.
2. Podgorska D, Podgorski R, Aebisher D, *et al.* Takayasu arteritis - epidemiology, pathogenesis, diagnosis and treatment. Journal of Applied Biomedicine. 2019;17(1):20. <https://doi.org/10.32725/jab.2018.005>.
3. Joseph G, Goel R, Thomson V, *et al.* Takayasu arteritis: JACC focus seminar 3/4. Journal of the American College of Cardiology. 2022;81(2):172-186. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.09.051>.

CC009

BURSITIS PREPATELAR REFRACTARIA A TRATAMIENTO EN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

J.A. Inda-Caro, E.N. Mancillas-Díaz, L.D. Fajardo-Hermosillo, G. Echeverría-González

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una alteración de origen mixto (autoinmunitaria y autoinflamatoria) con una prevalencia en México del 0,1% y es la cuarta afección reumática más frecuente en esta población. Tiene una propensión por el sexo masculino y se presenta con una relación M:H de 2-3:1. Dentro de las principales manifestaciones clínicas se encuentran el dolor lumbar inflamatorio, entesitis, dactilitis y bursitis, esta última con una incidencia aproximada informada de 7,1%, además de que fue una de las principales manifestaciones en esta paciente. No se dispone de guías para el control de la bursitis aséptica en el contexto de las espondiloartropatías, por lo que se suele instituir el mismo tratamiento que en pacientes sin EA, el cual consiste en aspiración de la bursa, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y el acrónimo PRICE (protección, descanso [*rest*] + inmovilización, hielo, compresión y elevación), con muy buenos resultados.

Presentación del caso: Paciente femenino de 25 años que inició en el 2013 con un cuadro de oligoartritis asimétrica de extremidades inferiores y entesitis aquilea, que se autolimitó; en 2018 se agregó dolor lumbar de tipo

inflamatorio controlado de manera sintomática. En 2022 se diagnosticó espondilitis anquilosante HLA B27+ y se inició tratamiento con sulfasalazina (SSZ), 1 g al día, y AINE. Debido a la actividad de la enfermedad este año (progresión radiográfica) con sacroilitis de grado III en la resonancia magnética, persistencia del dolor lumbar con características inflamatorias, entesitis y bursitis prepatelar izquierda a pesar de tratamiento óptimo, se prescribió el inhibidor del factor de necrosis tumoral (iTNF) adalimumab (ADA). En las valoraciones posteriores, la paciente experimentó resolución de los síntomas, incluida la bursitis prepatelar.

Discusión: Se ha descrito el iTNF para el control de las manifestaciones axiales de la espondilitis, pero no existen estudios en los que se utilice específicamente para la bursitis aséptica, en particular la resistente al tratamiento. En esta paciente, la bursitis apareció en múltiples sitios (sobre todo la rodilla izquierda) y no remitió con la administración de glucocorticoides de depósito ni con la optimización del control con FARME y, a pesar de que la bursitis no fue la indicación para el inicio de tratamiento con iTNF, se consiguió la remisión luego de suministrar ADA.

Conclusiones: Debido a que la bursitis es una afección relativamente frecuente en los pacientes con EA y no existen estudios aleatorizados que describan su control adecuado, y solo existen unos cuantos estudios en los que se notifique su incidencia, es necesario un mayor trabajo de investigación para valorar la eficacia del tratamiento con FARME convencionales y biológicos como los iTNF en las manifestaciones periféricas, de manera específica la bursitis aséptica que no responde al tratamiento óptimo.

Bibliografía

1. Peláez-Ballestas I, Sanin LH, Moreno-Montoya J, *et al.* Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol Suppl* [Internet]. 2011;86(0):3-8. Disponible en: <http://www.jrheum.org/content/86/3.abstract>.
2. Baumbach SF, Lobo CM, Badyine I, *et al.* Prepatellar and olecranon bursitis: literature review and development of a treatment algorithm. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2014;134(3):359-70.

CC010

DE LA AUTOINMUNIDAD A LA HEMATOLOGÍA: UN VIAJE COMPLEJO EN EL TRATAMIENTO DEL LUPUS

O. Loaiza-Reyes, M.N. Fuentes-Hernández, H.U. Onofre-Escutia, A. Perezbolde-Hernández, R.J. García-Avilés
ISSSTE, Toluca

Introducción: Se presenta un caso clínico de LES que experimentó una evolución compleja a lo largo de los años, con múltiples manifestaciones: renales, mucocutáneas, articulares y hematológicas. La paciente se ha sometido a diversas modalidades inmunosupresoras, pero se han suspendido debido a su toxicidad. En años recientes desarrolló leucemia mieloide aguda por dosis acumulada alta de ciclofosfamida. Este caso resalta la importancia de un tratamiento continuo y personalizado en pacientes con enfermedades autoinmunitarias, así como la necesidad de vigilar de manera estrecha las posibles complicaciones a largo plazo de los tratamientos inmunosupresores.

Presentación del caso: Paciente femenina de 60 años de edad, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico diagnosticado en 1999 con manifestaciones iniciales mucocutáneas, articulares, hematológicas. Tratamiento inicial: prednisona y luego metotrexato, leflunomida, azatioprina y deflazacort. De 1999 a 2015 continuó con ese tratamiento hasta una modificación en 2015 en la que se suspendieron la azatioprina y la leflunomida por aparente toxicidad. Entre 2015 y 2020 se incrementaron las manifestaciones renales con elevación de las proteínas en orina y necesidad de modificar el tratamiento en varias ocasiones. Se decidió iniciar en alguno punto dosis de inmunoglobulina en varias ocasiones en algunos periodos de 2022 y 2023 por la aparición de manifestaciones renales. Sin embargo, continuaron las alteraciones, por lo que se indicaron ciclos de ciclofosfamida, con dosis acumulada aproximada de 15 g. La evolución de 2023 fue tórpida luego del diagnóstico de leucemia mieloide aguda

positiva a CD33 y CD34, por lo que se inició tratamiento con citarabina (100 mg). Se decidió no iniciar tratamiento de alta intensidad (tipo 7 + 3) por no ser apta para ello.

Discusión: Varios aspectos deben destacarse, como la complejidad y los desafíos del control de las enfermedades autoinmunitarias, entre ellas las presentadas en el caso, en especial cuando hay resistencia o toxicidad a múltiples tratamientos. La resistencia a los tratamientos convencionales, incluidas las dosis altas de inmunoglobulina y los cambios repetidos de los inmunosupresores, demuestra las limitaciones terapéuticas actuales de las enfermedades autoinmunitarias graves cuando los tratamientos de primera línea no controlan la enfermedad. Esto destaca la necesidad de investigar nuevas alternativas terapéuticas o combinaciones que sean más eficaces y menos tóxicas.

Conclusiones: Este caso clínico señala los retos del control a largo plazo de las enfermedades autoinmunitarias, como el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide, sobre todo cuando los pacientes desarrollan toxicidad o resistencia a múltiples modalidades inmunosupresoras. La evolución hacia la leucemia mieloide aguda o linfoblástica aguda después del consumo prolongado de ciclofosfamida pone en manifiesto los riesgos graves vinculados con el tratamiento inmunosupresor y la importancia de una vigilancia exhaustiva y una reevaluación constante de las opciones terapéuticas.

Bibliografía

1. Gayed M, Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, *et al.* Lupus and cancer. *Lupus*. 2009;18(6):479-85.
2. Bacigalupo A, Saracco P, Di Bona E, *et al.* Relapse and transformation to myelodysplastic syndrome and acute myeloid leukemia following immunosuppressive therapy for aplastic anemia. *Ann Hematol*. 2022;101(5):1234-40.
3. Lightstone L. Cyclophosphamide: what is its role in the treatment of lupus nephritis and the new treatment paradigm. *Lupus Sci Med*. 2022.
4. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, *et al.* IV Cyclophosphamide protocols for systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(6):736-745. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-215089.

CC011

ENFERMEDAD DE BEHÇET EN PEDIATRÍA: UN RETO DIAGNÓSTICO

L.C. Reynoso-Medina, E.A. Benítez-Vázquez, I.C. Cabrales-Guerra
Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis de vasos variables caracterizada por aftosis oral y genital recurrente acompañada de afectación cutánea, ocular, gastrointestinal, neurológica y articular. Aunque no es frecuente en la infancia, sus manifestaciones pueden variar en grado significativo entre adultos y niños. Se describe el caso de una paciente de 12 años, que inició con un episodio cerebrovascular secundario a trombosis y vasculitis. Representa un reto diagnóstico para una entidad poco frecuente.

Presentación del caso: Paciente femenina de 12 años con antecedente de cefalea frontotemporal y bilateral, de tipo pulsátil e intensa una vez por mes de dos años de evolución. Acude con un cuadro agudo de crisis focal motora de tipo clónico con generalización secundaria y hemiplejía facio-corporal derecha. La resonancia magnética de cráneo revela un episodio cerebral vascular isquémico en la región de la arteria cerebral media y la angiografía datos de vasculitis de esta con aspecto arrosariado (**Figura 1**). El electroencefalograma no registró actividad epileptiforme. Se descartaron causas infecciosas. Anticuerpos anticardiolipinas, anticuerpos anti-β-2 glucoproteína I, anticoagulante lúpico negativos. Complemento en límites normales.

A su ingreso no muestra úlceras nasales u orales, con tabique nasal íntegro y prueba de tracción capilar negativa. Sin embargo, se identifican después lesiones ampollosas en extremidades superiores con prueba de patergia positiva. La biopsia incisional de piel indica hallazgos consistentes con vasculitis leucocitoclástica superficial de vasos de pequeño calibre

con reacción epidérmica vesiculobulosa secundaria. Con posterioridad muestra lesiones vesiculosas y ampollosas en la comisura labial y la base de lengua por lo que se integró el diagnóstico de EB con base en los criterios de PEDBD (*Pediatric Behçet's Disease Group*) por aftosis oral, lesiones cutáneas, lesión vascular (trombosis y vasculitis) y prueba de patergia positiva. Se inició tratamiento con anticoagulante y esteroide con adecuada respuesta y evolución clínica.

Figura 1. Angio resonancia con datos de evento cerebral vascular isquémico y vasculitis en la arteria cerebral media con aspecto "arrosariado". (CC011)



Discusión: Las úlceras orales aparecen en casi todos los niños con EB (92%-100%) y ocurren como primera manifestación en 80% a 98%. Las lesiones cutáneas son frecuentes (40%-90%) y aparecen más tarde que las úlceras orales. Por otra parte, la positividad de la reacción de patergia se informa en el 20% a 60% de los pacientes pediátricos con EB, se ha eliminado de los criterios de clasificación y ya no es obligada para definir la enfermedad. Las manifestaciones neurológicas ocurren en el 3,6% a 36%. Las principales manifestaciones de la forma vascular incluyen trombosis venosa cerebral (TVC) y seudotumor cerebral. La paciente inició con un episodio vascular con trombosis y vasculitis a pesar de que las manifestaciones vasculares se informan en el 2% a 20% de los niños. Un estudio reciente informó que los criterios PEDBD muestran una mayor sensibilidad (73,5% vs. 52,9%), pero una menor especificidad (97,7% vs. 100%) que los criterios ISG. La mejor sensibilidad permite establecer un diagnóstico temprano. Es importante señalar que los criterios son una guía útil para el diagnóstico y no deben convertirse en un obstáculo que retrase el diagnóstico clínico, dado que se ha descrito que entre la primera y la segunda manifestaciones pueden transcurrir hasta tres años y retrasarse el diagnóstico hasta cinco años, por no observar todos los criterios diagnósticos.

Conclusiones: Las características de la enfermedad difieren de modo considerable entre adultos y niños. Las enfermedades vasculíticas pueden causar una predisposición a la trombosis y esta puede ser el primer signo de la enfermedad de Behçet en niños.

Bibliografía

1. Batu ED, *et al.* Diagnostic/classification criteria in pediatric Behçet's disease. *Rheumatol Int.* 2019 Jan;39(1):37-46.
2. Costagliola G, Cappelli S, Consolini R, *et al.* Behçet's disease in children: diagnostic and management challenges. *Ther Clin Risk Manag.* 2020 Jun 11;16:495-507.

CC012

APENDICITIS XANTOGRANULOMATOSA EN PACIENTE CON DERMATOMIOSITIS

A.N. Rangel-Botello¹, H.E. Esparza-Holguín²

⁽¹⁾Hospital Regional Poza Rica, ⁽²⁾Petróleos Mexicanos, ⁽²⁾Consulta Privada

64 *Reumatol Clin.* 2025;21 Sup.1

Introducción: La apendicitis aguda es uno de los problemas quirúrgicos más comunes y la evaluación histopatológica se realiza de manera sistemática para confirmar el diagnóstico y puede revelar otros detalles patológicos importantes. La inflamación xantogranulomatosa es un proceso inflamatorio crónico destructivo y los órganos que se afectan con más frecuencia son riñón y vesícula biliar. Rara vez se encuentra en el apéndice cecal, donde la presentación clínica más común es la de apendicitis de intervalo. En la etiopatogenia se han propuesto un defecto en el transporte de lípidos, alteración de la inmunidad celular, insuficiencia arterial, oclusiones venosas, obstrucción linfática e infección por patógenos como *Proteus*, *Escherichia spp.*, *Mycobacterium tuberculosis*.

Presentación del caso: Individuo masculino de 17 años con antecedente de epilepsia, tratado hasta los 13 años. El padecimiento tiene dos años de evolución y se caracteriza por edema palpebral unilateral (derecho) que llega a la oclusión ocular, junto con lesiones eritematosas en miembros pélvicos (MP). Tres semanas antes de la consulta en el servicio de reumatología se agrega edema periorbitario en el ojo izquierdo. Exploración física: signos vitales normales, edema bpalpebral bilateral, oclusión parcial de ojo derecho, eritema facial, sinovitis en carpos. MP: fuerza muscular (FM) 4/5, lesiones nodulares eritematosas, costra necrótica de 7 cm de diámetro. Estudios de laboratorio: dos meses antes de la consulta, CPK 1545 U/L, ANA negativo, anti-DNAc negativo, anti-Sm negativo, complemento normal. Un mes antes: biometría hemática normal, PCR 1,6 mg/dL y TAC de cráneo sin alteración. Se indica tratamiento con metotrexato (15 mg/sem), ácido fólico (15 mg/sem), hidroxycloquina (200 mg/sem), prednisona (50 mg/día), con dosis de reducción. Se realiza biopsia muscular. Seguimiento al mes: sin cambio en la fuerza muscular, pero se agrega fiebre no cuantificada al disminuir la dosis de esteroide; destaca eritema nodoso necrosante. Estudios paraclínicos: biometría hemática y química sanguínea normales, TGO 21 U/L, TGP 41 U/L, CPK 72 U/L, ANA negativo; electromiografía: patrón mixto de predominio miofásico. Biopsia: tejido muscular estriado con infiltrado inflamatorio linfocítico de predominio perivascular intrafascicular y perifascicular. Se añade rituximab (375 mg/m² SC). Evolución a los dos meses: acude a urgencias por persistir fiebre no cuantificada, sin predominio de horario, diaria, poliartalgias, debilidad muscular y dolor abdominal en fosa iliaca derecha de dos días de evolución. Exploración física: presión arterial 90/60, FC 104, FR 24, temperatura 38,5°C, eritema facial, edema periorbitario, edema en MP, FM 4/5, lesiones nodulares en distintas fases de evolución, algunas con centro necrótico, abdomen indicativo de apendicitis aguda. TAC: adenopatías cervicales, axilares, paraaórticas, líquido libre en cavidad abdominal. Se practica apendicectomía por LAPE. Informe de resultados paraclínicos: glucosa 70 mg/dL, TGP 134 U/L, bilirrubina total 11 mg/dL a expensas de directa, albúmina 1,1 g/dL, GGT 445 U/L, Quantiferon positivo. Cultivo de líquido peritoneal: *E. coli*. Biopsia de apéndice: fragmento de pared de apéndice cecal, con apendicitis aguda, inflamación crónica en todas las capas de la pared y reacción xantogranulomatosa focal en serosa (Figura 1). Fragmento de epiplón con inflamación aguda focal y congestión vascular. Evolución tórpida y desarrollo de insuficiencia hepática; fallece a los 10 días posoperatorios.

Discusión: Se presenta este caso en vista de que la apendicitis xantogranulomatosa es una entidad rara; en la bibliografía consultada, la mayoría de los informes corresponde a apendicitis de repetición con curso favorable, a diferencia de este caso.

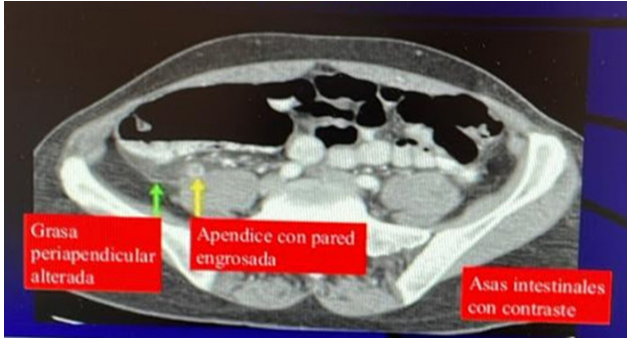
Conclusiones: Este paciente tuvo una presentación aguda con un curso fulminante, de causa infecciosa, probablemente secundaria a fármacos modificadores de la enfermedad y esteroide a dosis alta.

Bibliografía

1. Hernández-Morán A, Alonso-Torres G, Gutiérrez-Quiroz C, *et al.* Xanthogranulomatous appendicitis, a diagnostic challenge: clinical case. *Rev Fac Med Hum.* 2022;22(4):900-905.
2. Tardío JC, Burgos F, Ruipérez J. Inflamación xantogranulomatosa del apéndice. *Patología.* 1996;29:135-137.
3. Akbulut S, Demyati K, Koc C, *et al.* Xanthogranulomatous appendicitis: a comprehensive literature review. *World J Gastrointest Surg.* 2021 Jan 27;13(1):76-86.
4. Kochhar G, Saha S, Andley M, *et al.* Xanthogranulomatous appendicitis with a fulminant course: report of a case. *J Clin Diagn Res.* 2014 Dec;8(12):ND01-ND02.

5. Singh V, John M, Malik A, *et al*. Xanthogranulomatous appendicitis: un common histological variant of a common entity. *Med J Armed Forces India*. 2015 Jul;72(Suppl 1):S19-S21.
6. Guo G, Greenson J. Histopathology of enteral appendectomy specimens: strong association with granulomatous and xanthogranulomatous appendicitis. *Am J Surg Pathol*. 2003 Aug;27(8):1147-51.

Figura 1. (CC012)



CC013

TUBERCULOSIS EXTRAGLANDULAR EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

F.H. Hernández-Orozco, E. Altamirano-Molina

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La tuberculosis es todavía una enfermedad globalmente prevalente, con alrededor de 3,000 millones de personas infectadas sin síntomas o tuberculosis latente. Entre 5% y 15% progresa a tuberculosis activa y se reconoce en pacientes con artritis reumatoide (AR) en relación con un mayor riesgo que la población general, en particular en aquellos que consumen fármacos biológicos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 47 años diagnosticada con AR en 2003, positiva a factor reumatoide y anti-CCP. De forma inicial, la paciente se trató con metotrexato, sulfasalazina e hidroxiquina, con respuesta clínica favorable. Sin embargo, desde principios del 2022, la paciente muestra mala respuesta al tratamiento, con actividad persistente de la enfermedad a pesar de la medicación oral; en octubre del 2022 se decide iniciar certolizumab (400 mg/mes), previa exclusión de tuberculosis latente. En diciembre del 2022, la paciente muestra fiebre y síntomas respiratorios y se suspende el compuesto biológico. Tras interconsulta con los servicios de infectología y neumología, se indica cultivo del lavado broncoalveolar y el resultado es positivo para tuberculosis. Se inició tratamiento antituberculoso en junio del 2023 y se alcanza la cura bacteriológica. En septiembre del 2023, ante la reactivación de AR, se inicia abatacept subcutáneo (125 mg/sem). No obstante, en febrero del 2024 la mujer desarrolla adenomegalias cervicales y la biopsia confirma tuberculosis ganglionar; se interrumpen el metotrexato y el abatacept y se reinicia tratamiento antituberculoso. La paciente continúa en seguimiento y en mayo del 2024 muestra actividad clínica de AR (DAS 28 PCR 5,12) y se reinstuyen metotrexato, hidroxiquina y sulfasalazina.

Discusión: México se considera un país de alta incidencia de tuberculosis, con una tasa de 15,6 casos por 100 000 habitantes en el 2019. Los estudios han demostrado que la inmunosupresión provocada por tratamientos para la AR eleva el riesgo de activación de tuberculosis. El riesgo es mayor con esteroides a dosis alta, leflunamida, anti-TNF (1% de los pacientes que lo consumen), inhibidores JAK, y menor con metotrexato, sulfasalazina, hidroxiquina, tocilizumab, abatacept y rituximab. Las guías clínicas recomiendan un tamizaje riguroso para tuberculosis latente o activa antes de iniciar cualquier tratamiento biológico o con inhibidores-JAK en pacientes con AR. Las pruebas sugeridas incluyen la prueba de tuberculina (PPD), la liberación de in-

terferón gamma (IGRA) y las radiografías de tórax. En caso de tuberculosis latente, se aconseja iniciar profilaxis antituberculosa, y es posible el inicio de fármacos biológicos con un mes de tratamiento profiláctico. Si la tuberculosis es activa, los compuestos biológicos deben suspenderse y reiniciarse al menos seis meses después de indicar el tratamiento antituberculoso (TAT). Sin embargo, si hay actividad de la AR, el tratamiento recomendado se adecua a la gravedad: actividad leve de AR, AINE, hidroxiquina o sulfasalazina; en la actividad moderada, después de dos meses de TAT, pueden considerarse esteroides en dosis bajas con metotrexato; en casos de alta actividad, después de dos meses de TAT, es posible reiniciar fármacos biológicos de bajo riesgo como rituximab o abatacept.

Conclusiones: El caso clínico subraya el alto riesgo de reactivación de tuberculosis en pacientes con AR tratados con compuestos biológicos y la importancia del tamizaje para tuberculosis latente o activa antes de iniciar dichos tratamientos. Además, hay que vigilar la presentación de TB activa.

Bibliografía

1. Cantini F, Nannini C, Niccoli L, *et al*; SAFEPIO (Italian multidisciplinary task force for screening of tuberculosis before and during biologic therapy). Guidance for the management of patients with latent tuberculosis infection requiring biologic therapy in rheumatology and dermatology clinical practice. *Autoimmun Rev*. 2015 Jun;14(6):503-9.
2. Zafari P, Golpour M, Hafezi N, *et al*. Tuberculosis comorbidity with rheumatoid arthritis: Gene signatures, associated biomarkers, and screening. *IUBMB Life*. 2021 Jan;73(1):26-39.

CC014

DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: UN CASO INUSUAL Y SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

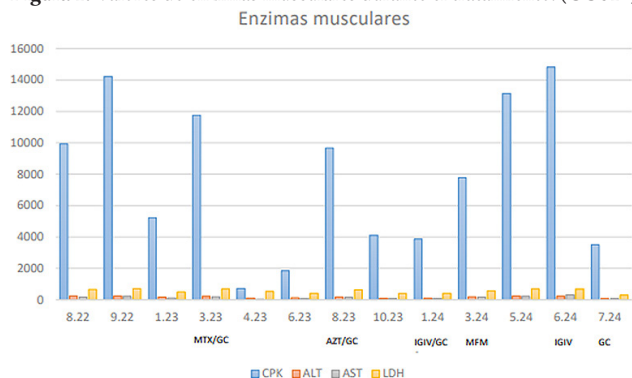
A.C. Muñoz-Cedeño, A. Santizo-Ávila, H. Menchaca-Aguayo, R. Moreno-Salgado, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La distrofia muscular de Duchenne (DMD) es una enfermedad genética progresiva poco frecuente. Se caracteriza por un espectro variable, desde debilidad muscular menos grave hasta una miocardiopatía aislada en mujeres portadoras. Su prevalencia de 1/3,500-1/9,300 nacidos hombres es de herencia recesiva ligada al cromosoma X y su incidencia en mujeres portadoras se desconoce.

Presentación del caso: Paciente femenina de seis años con alteraciones oculares, catalogada como degeneración marginal de Terrien; el abordaje de conectivopatías revela elevación de enzimas musculares CPK, aldolasa, ALT, AST y HDL. La IRM de miembros inferiores muestra miositis. La electromiografía registra potenciales polifásicos aserrados. Inmunológico: PmSCL 75 +, Mi2 +, Ku +. Se integra el diagnóstico de miopatía inflamatoria (19/03/2023) y se inicia tratamiento con glucocorticoides, metotrexato e inmunomodulación. Con posterioridad muestra enzimas musculares persistentemente elevadas (Figura 1), sin debilidad u otra afección sistémica, por lo que se considera refractariedad (seis meses); se realiza el cambio a azatioprina (21/08/23), a pesar de lo cual persisten las mismas alteraciones de enzimas, elevación de enzimas musculares, con CMAS 52; se decide iniciar IGIV mensual con seis dosis totales; luego, al observar citopenias y persistencia de la elevación de las mismas enzimas, se aborda hepatitis autoinmunitaria que es negativa y se solicita prueba de mutación de TPMT, que resulta heterocigota. Se cambia a micofenolato de mofetilo (19/03/2024); dado que persisten elevadas las enzimas musculares se vuelve a practicar biopsia muscular, la cual indica miopatía inflamatoria inespecífica, atrofia y fibrosis perimisial multifocal; se envía otra muestra al Instituto Nacional de Neurología, que señala miopatía metabólica. Tras considerar causas genéticas se realiza secuenciación de exoma y se identifica DMD patogénica y cariotipo normal 46,XX (Figura 2). Se integra una variante de distrofia de Duchenne, se retira el MFm y se dejan los glucocorticoides en esquema de descenso, con mejoría de los valores enzimáticos.

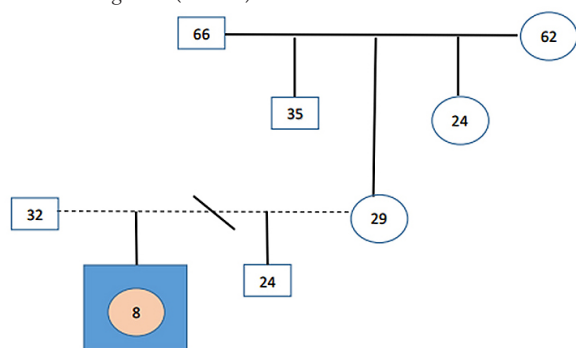
Figura 1. Valores de enzimas musculares durante el tratamiento. (CC014)



Elaborado: Ana Cristina Muñoz Cedeño

Fuente: Portal electrónico de laboratorio Hospital Infantil de México Federico Gómez

Figura 2. Familiograma. (CC014)



Elaborado: Ana Cristina Muñoz Cedeño

Fuente: Información de sistema Harmoni

Discusión: La DMD es efecto de la mutación de un gen encargado de la producción de la proteína distrofina, una proteína del citoesqueleto que se une a la actina e interactúa con un complejo glucoproteína-distrofina, que une citoesqueleto, lámina basal y membrana plasmática. En la biopsia de músculo, la distrofina está ausente y las fibras musculares se observan necróticas o degeneradas. Las manifestaciones clínicas se consideran resultado del desbalance entre la necrosis de las fibras musculares y regeneración miooblástica. Sin embargo, existen entidades autoinmunitarias, como las miopatías inflamatorias, que cursan con manifestaciones clínicas similares. Este caso es particularmente relevante, ya que representa un desafío diagnóstico y terapéutico; los informes de estos hallazgos son escasos, así como desconocida la casuística en mujeres. Los tratamientos actuales varían desde esteroides hasta control molecular; sin embargo, al no tener clínica de debilidad o afectación muscular progresiva, sin alteraciones miocárdicas, se debe considerar solo la vigilancia y esperar la evolución.

Conclusiones: Los hallazgos clínicos pueden observarse en ambas anomalías, pero tienen tratamientos médicos diferentes, lo que representa un reto médico para lograr el equilibrio. La importancia de evaluar de manera integral radica en establecer un adecuado diagnóstico diferencial, ya que en caso de clínica de debilidad pueden establecerse miopatías inflamatorias, distrofia fascioescapulohumeral, distrofia muscular de Becker y distrofia muscular miotónica. Asimismo, es crucial investigar si estas alteraciones pueden coexistir, ya que cambiaría su tratamiento y pronóstico.

Bibliografía

1. López-Hernández. Discordancia genotipo-fenotipo en un paciente con distrofia muscular de Duchenne por una nueva mutación: hipótesis de la función de amortiguación de la distrofina/Genotype-phenotype discordance in a Duchenne muscular dystrophy patient due to a novel mutation: insights into the shock absorber function of dystrophin. *Rev Neurol* (Ed. impr.). 16 jun 2011;52(12):720-724.

2. Acosta-Gualandri A, Jiménez-Hernández M. Distrofia muscular de Duchenne y defecto de oxidación de ácidos grasos en un paciente pediátrico. *Microbiología-genética molecular*. Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera.

3. Guerra-Torres M, Suárez-Obando F, García-Robles R, et al. Distrofia muscular de Duchenne/Becker. Instituto de Genética Humana, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá-Colombia. Servicio de Genética, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá-Colombia Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá-Colombia.

4. Guapí-Nauñay VH, García Orbe JR. Distrofia muscular de Duchenne: reportes de caso. *Univ Med*. 2017;58(4): doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.umed58-4.duch>.

CC015

LA FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN UNA POLIMIOSITIS INVITA SIEMPRE A CONSIDERAR UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

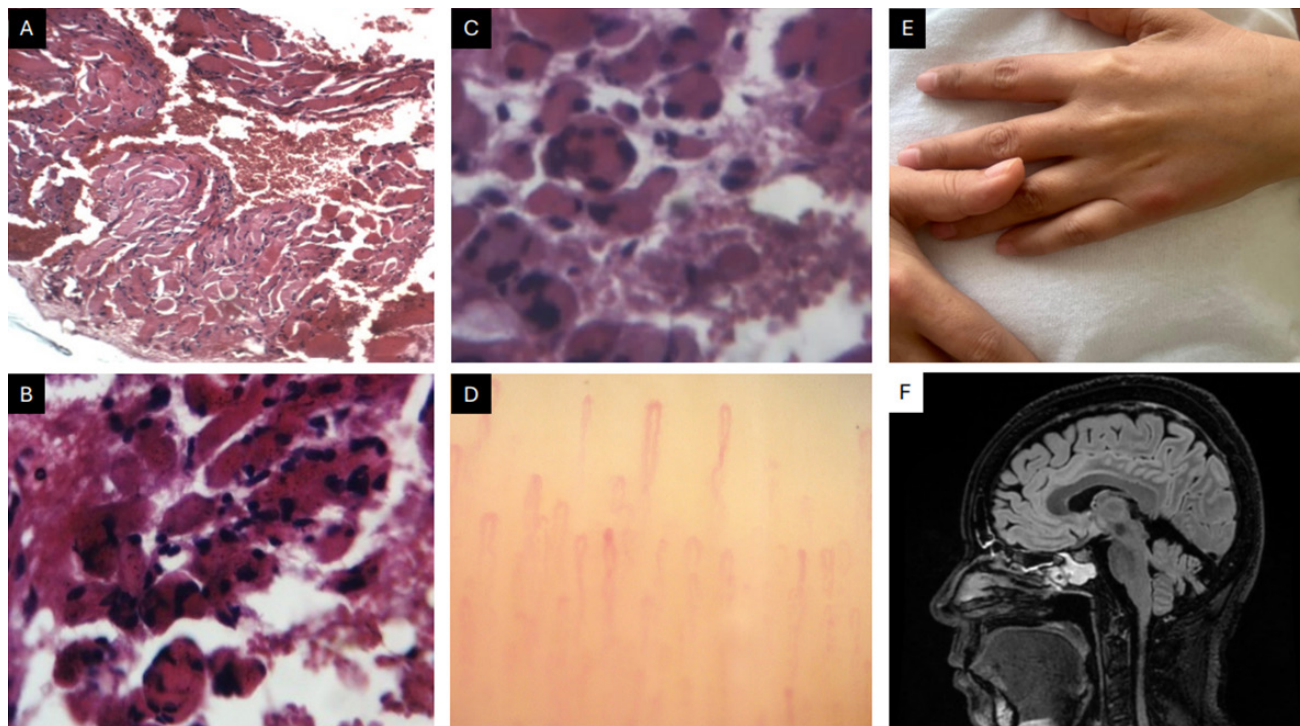
B. Juárez-García¹, M.J. Baeza-Rivera¹, L.D. Fajardo-Hermosillo², A. Olmedo-Aguilar², G. Echeverría-González¹

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Unidad médica Doytravi

Introducción: La polimiositis es una entidad caracterizada por debilidad muscular proximal simétrica, artritis, autoanticuerpos y afectación de órganos, como pulmones con neumonía intersticial inespecífica. En la evaluación inicial, el 90% de los adultos con polimiositis muestra aumento de la creatina cinasa (CK) y debilidad muscular, y es preciso excluir otras causas congénitas, infecciosas, metabólicas, tóxicas y endocrinológicas. La distrofia muscular fascioescapulohumeral (DMFEH) es la tercera forma más común de distrofia muscular. Los síntomas de debilidad muscular en cara, hombros y brazos suelen aparecer entre los tres y 50 años y son progresivos hasta comprometer las muñecas. La enfermedad se vincula con una delección cromosómica en 4q35 y revela elevación de CK < 3 veces el valor normal. Hay dos tipos de DMFEH; el más frecuente es el tipo 2, en el que puede detectarse la mutación del gen *SMCHD1*. La polimiositis suele responder a glucocorticoides e inmunosupresores. En cambio, el tratamiento de la DMFEH es sintomático y de apoyo, con la rehabilitación muscular como eje principal. Ante la ausencia de respuesta al tratamiento en una polimiositis, deben replantearse diagnósticos alternativos, como las distrofias musculares. Se presenta el caso de una paciente diagnosticada inicialmente como una polimiositis resistente al tratamiento que al reabordarse se reclasificó como una DMFEH.

Presentación del caso: Paciente femenina de 46 años que mostró durante la evolución de su enfermedad debilidad de cara, brazo izquierdo que progresó a bilateral al año, escápulas aladas, hombros caídos, dificultad para elevar los brazos y posterior extensión a músculos de la muñeca izquierda. Se diagnosticó de modo inicial como una polimiositis por presencia de anticuerpos antinucleares (ANA), anti-PL7 y anti-PL12. Se instituyó tratamiento con metotrexato (25 mg vía oral a la semana) y prednisona (50 mg día), sin mostrar mejoría clínica al año, y se la remitió a esta institución por resistencia al tratamiento. En su reabordaje se encuentra atrofia de músculos interóseos y lumbricales, región tenar e hipotenar, además de debilidad para la prensión y aposición de los dedos. No se detectó alteración de la fuerza de la cintura pélvica, disfagia, fenómeno de Raynaud o lesiones dérmicas. Registró CPK con elevación máxima de 347 U/L. La nueva determinación de anticuerpos ANA y anti-Jo fue negativa. La capilaroscopia no reveló agotamiento de capilares, solo algunos capilares serpenteantes y entrecruzados. La resonancia magnética de encéfalo y columna cervical no identificó compresión radicular y la electromiografía mostró un patrón miopático proximal. La biopsia muscular de deltoides derecho fue consistente con una distrofia muscular y se detectó la mutación del gen *SMCHD1* (Figura 1). Al reclasificar a la paciente como DMFEH, se suspendieron esteroides e inmunosupresores y se inició rehabilitación.

Figura 1. Biopsia de músculo deltoides con tinciones H-E a 10x (A) y 40x (B y C), en la que pueden observarse fibras musculares con degeneración eosinófila necrótica, escaso tejido conectivo endomisial, ligero infiltrado inflamatorio crónico y fibrosis. (D) Videocapilaroscopia del pliegue ungueal a 500x que muestra algunos capilares serpenteantes y entrecruzados, sin agotamiento vascular. (E) Atrofia de músculos lumbricales tercero y cuarto de la mano izquierda. (F) Secuencia T2 de resonancia magnética sin evidencia de compresión radicular a nivel cervical. (CC015)



Discusión: No todos los pacientes con debilidad muscular proximal, anticuerpos, patrón miopático por electromiografía y biopsia tienen polimiositis. Es importante tener en cuenta banderas rojas inusuales como la elevación de CK < 3 veces su valor, escapulas aladas, debilidad facial, asimetría y ausencia de afectación de miembros pélvicos. Además, hay que considerar la ausencia de signos comunes en la polimiositis, como fenómeno de Raynaud, neumonía intersticial no específica, manos de mecánico y artritis. En este caso, la mutación del gen *SMCHD1* confirmó el diagnóstico.

Conclusiones: La falta de respuesta al tratamiento, la ausencia de signos comunes y la presencia de banderas rojas en una polimiositis llevan siempre a considerar un diagnóstico diferencial, como una distrofia muscular, en este caso una DMFEH.

Bibliografía

1. Dalakas MC. Autoimmune inflammatory myopathies. *Handb Clin Neurol.* 2023;195:425-460.
2. Szczęsny P, Świerkocka K, Olesińska M. Differential diagnosis of idiopathic inflammatory myopathies in adults - the first step when approaching a patient with muscle weakness. *Reumatologia.* 2018;56(5):307-315.

CC016

SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO EN PACIENTE POSOPERADA DE CRANEOTOMÍA Y RESECCIÓN PARCIAL, SECUNDARIO A MENINGIOMA MENINGOTELIAL GRADO 1

P.M. Pérez-Morales, L.B. De la Cruz-Becerra, S.A. Vázquez-Guevara, Y. Mejía-Holguín, L. Ortiz-Treviño

UMAE Hospital de Especialidades No. 25 del IMSS, Monterrey, N.L.

Introducción: El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) es un proceso doloroso, clasificado de tipo I sin lesiones nerviosas identificadas y de

tipo II con lesión nerviosa presente y determinada. Puede aparecer tras un episodio nocivo (traumatismo u operación) o de manera espontánea, e incluso lo pueden predisponer factores genéticos. Se caracteriza por respuesta anormal de una extremidad a una lesión y se manifiesta por dolor desproporcionado prolongado en una distribución no dermatómica, alteraciones vasomotoras, recuperación funcional retardada y cambios tróficos adjuntos. Se ha determinado que los pacientes con cáncer pueden desarrollar SDRC como lesión nerviosa directa por la neoplasia maligna, como un síndrome paraneoplásico o neuropatía relacionada con el tratamiento. Las principales opciones terapéuticas del SDRC engloban analgésicos convencionales, antiinflamatorios, fármacos antineuropáticos y opciones intervencionistas, incluidos procedimientos nerviosos percutáneos y dispositivos de neuroestimulación implantados.

Presentación del caso: Paciente femenino de 52 años que comienza con aumento de volumen frontocigomático derecho no doloroso acompañado de disminución de la agudeza visual que avanza a cefalea intensa holocraneal. Se valora en el servicio de neurocirugía y la resonancia magnética revela lesión tumoral de 2,2 x 1,8 cm en giro supramarginal derecho (hipointenso en T1 e hiperintenso en T2), que produce un efecto de masa y asimetría de ventrículos laterales. Se realiza craneotomía y resección parcial, lo que confirma meningioma meningotelial con invasión a hueso craneal, y se instituye radioterapia coadyuvante. Un año después padece artralgias en interfalángicas proximales de características inflamatorias, rigidez de 35 minutos, disestesias palmares con dolor al roce cutáneo de predominio derecho, limitación para la presión e hiperhidrosis palmar. Exploración física: ptosis palpebral derecha, arcos de movilidad conservados, artritis en 1ª MCF derecha, 3ª y 4ª IFP derecha y edema difuso de dedos en ambas manos (**Figura 1**). Estudios paraclínicos: proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG) normales, factor reumatoide (FR) y anticuerpos antipeptido citrulinado cíclico (anti-CCP) negativos, anticuerpos nucleares extraíbles (ENA) negativos y anti-DNA positivos (39 UI/mL, títulos bajos), con C3 y C4 normales. Se indican paracetamol, antiinflamatorio y gabapentina, con mejoría significativa; se la envía a rehabilitación y revaloración por el servicio de neurocirugía,

Figura 1. Edema de dedos e hiperhidrosis palmar. (CC016)

donde la RMN demuestra lesión residual a nivel de lóbulo temporal e insular derechos con infiltración selar, intraorbitaria y ósea.

Discusión: Este caso describe la relación del desarrollo espontáneo del SDRC con una lesión residual de una neoplasia maligna subyacente, con una diversidad de datos clínicos como alodinia e hiperalgesia que no se limitan al territorio de un solo nervio, sino que están presentes en áreas más expandidas acompañados de edema difuso y actividad sudomotora anormal en la misma región, lo cual satisface los criterios de Budapest; en consecuencia, destaca la importancia del estudio, atención multidisciplinaria e identificación de síndromes paraneoplásicos o lesiones residuales.

Conclusiones: El SDRC puede ser un reto diagnóstico y aún más complicado en pacientes con neoplasias, dado que existen limitaciones que pueden impedir el inicio temprano de tratamiento, ya que la población con cáncer a menudo sufre síntomas inespecíficos, como dolor nociceptivo y fatiga vinculados con alteraciones cognitivo-emocionales, lo que retrasa la sospecha diagnóstica del SDRC; por lo tanto, es relevante la rápida evaluación integral diagnóstica para el control del dolor y descartar recaída o enfermedad metastásica.

Bibliografía

- Her YF, Kubrova E, Dombovy-Johnson M, *et al.* Complex regional pain syndrome: updates and current evidence. *Curr Phys Med Rehabil Rep.* 2024 Jan 3;12(1):50-70.
- Thanaboriboon C, Matos Macêdo M, Pérez J. Complex regional pain syndrome in cancer cases: Current knowledge and perspectives. *IM-CRJ.* 2024 May;17:497-506.

CC017

POLIARTRALGIAS COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME DE SHULMAN

M.C. Huerta-Martínez, S.A. Vázquez-Guevara, L. Ortiz-Treviño, L.B. De la Cruz-Becerra, Y. Mejía-Holguín

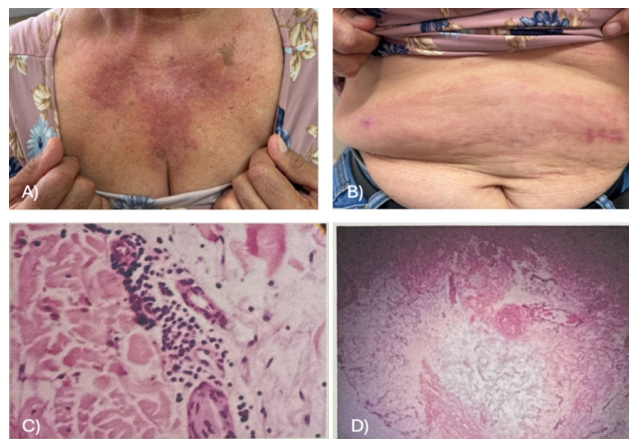
UMAE Hospital de Especialidades No. 25 del IMSS, Monterrey, NL

Introducción: La fascitis eosinofílica que propuso Shulman en 1974 es una afección cutánea y musculoesquelética rara, con solo unos 100 casos notificados en Japón; es más frecuente entre los 20 y 60 años, con una relación hombre-mujer de 1,5:1. En el 50% de los casos, la aparición de la enfermedad es repentina. Las características clínicas más frecuentes incluyen cambios en la piel, artralgias o artritis, mialgias o miositis, y rara vez neuropatías y serositis.

68 *Reumatol Clin.* 2025;21 Sup.1

Presentación del caso: Mujer de 62 años con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento que acude de forma inicial a la consulta de un reumatólogo particular en 2021 por cuadro de poliartralgias de tipo inflamatorio de predominio en manos, con rigidez y limitación para movilizar los hombros. Ante la sospecha clínica de artritis reumatoide se inicia tratamiento con metotrexato y glucocorticoide con mejoría clínica parcial, por lo que pierde el seguimiento y suspende el tratamiento por decisión propia. En septiembre 2023 acude con médico familiar por persistencia de las poliartralgias y se añade dermatosis eritematosa, pruriginosa y progresiva de cuatro meses de evolución con aparición inicial en la pierna izquierda que se disemina a abdomen, dorso de manos, área preesternal; por lo tanto, se valora en el servicio de dermatología en octubre 2023 y se cataloga como poiquilodermia de Civatte y se indica tratamiento con hidrocortisona tópica. Llama la atención la elevación de los reactantes de fase aguda y la eosinofilia (eosinófilos, 1,900 cel/ μ L) y se la remite al servicio de reumatología para descartar componente autoinmunitario sistémico. Se la valora en noviembre 2023 y, en virtud de la persistencia de las poliartralgias inflamatorias, manifestaciones cutáneas y elevación de reactantes de fase aguda, se solicita serología de anticuerpos antinucleares, anti-Jo, factor reumatoide, anti-Smith, anti-DNA, anti-CCP, c-ANCA y p-ANCA con resultado negativo; la radiografía de manos es normal, sin erosiones ni quistes subcondrales, tan solo persiste la eosinofilia. Se la trata como probable artritis seronegativa, de nueva cuenta con metotrexato, y se solicita biopsia cutánea en julio 2024 que revela incontinencia pigmentaria de la lámina propia, infiltrados inflamatorios crónicos a base de linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos en derredor de los vasos sanguíneos, nervios y perianexuales de la dermis reticular, aumento de tejido conectivo dérmico y tabiques fibrosos en tejido celular subcutáneo (**Figura 1**). Dadas las manifestaciones articulares, cutáneas, eosinofilia periférica y resultado de la biopsia se integra el diagnóstico de síndrome de Shulman y se inicia tratamiento con colchicina vía oral, pimecrolimus tópico e hidrocortisona tópica con mejoría clínica.

Figura 1. (A) Área preesternal con hiperpigmentación eritematosa. (B) Abdomen con hiperpigmentación eritematosa y cicatriz por toma de biopsia. (C) Infiltrados inflamatorios crónicos con escasos eosinófilos perivascularmente, H-E, 250x. (D) Tejido celular subcutáneo congestivo con engrosamiento de los tabiques, H-E, 250x. (CC017)



Discusión: La fascitis eosinofílica (síndrome de Shulman) es una enfermedad rara y poco explorada que debe tomarse en consideración como diagnóstico diferencial en pacientes con poliartritis y lesiones cutáneas persistentes, ya que su tratamiento oportuno puede favorecer un mejor pronóstico.

Conclusiones: La artritis reumatoide seronegativa y la esclerosis sistémica progresiva son parte del diagnóstico diferencial principal.

Bibliografía

- Lebeaux D, Sène D. Eosinophilic fasciitis (Shulman disease). *Best Practice & Research Clinical Rheumatology.* 2012;26(4):449-458.
- Mazilu D, Boltașiu Tătaru LA, Mardale DA, *et al.* Eosinophilic fasciitis: current and remaining challenges. *Int J Mol Sci.* 2023;19;24(3):1982.

CC018

SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO AMPOLLOSO Y SX DE SJÖGREN, PRESENTACIÓN DE UN CASO PEDIÁTRICO

A.I. Céspedes-Cruz¹, A. Velázquez-Cruz², M. Zeferino-Cruz¹, G.C. Cortina-Olvera¹, A.R. Torres-Jiménez¹

⁽¹⁾UMAE Hospital General CMN La Raza, ⁽²⁾Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (Pediatría)

Introducción: El síndrome de sobreposición se define como la coexistencia de dos o más enfermedades diagnosticadas de forma independiente en un mismo paciente. El lupus eritematoso sistémico ampuloso es una afección aguda en la cual la biopsia de piel con inmunofluorescencia es idónea para el diagnóstico etiológico. Se presenta en 0,2 casos por 100 000 habitantes. Las lesiones se caracterizan por mostrar un brote agudo de ampollas generalizado y pruriginoso que no deja cicatriz. El patrón inmunohistológico que sugiere lupus cutáneo ampuloso es la presencia de inmunocomplejos depositados en forma lineal o papilar de IgM, IgA, IgG y C3, así como la presencia de anticuerpos contra colágeno tipo VII. El síndrome de Sjögren se caracteriza por afectar glándulas exocrinas y se pueden utilizar los criterios EULAR/ACR 2016 para clasificar a un paciente. El tratamiento de ambos se basa en esteroide sistémico, inmunosupresor y, en casos resistentes, fármacos biológicos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 16 años con antecedente de lupus eritematoso sistémico (hematológico, articular y serológico) un año previo; se indicó tratamiento con esteroide sistémico y ácido micofenólico. Padecimiento actual: lesiones dérmicas redondas con halo violáceo, pruriginosas, en muslos y abdomen, las cuales se generalizan y evolucionan a vesículas y ampollas de un mes de evolución, úlceras puntiformes en lengua y paladar, dolorosas y sensación de cuerpo extraño en ojos (**Figuras 1 a 3**). Estudios de laboratorio: C3 39, C4 10, IgG 3509, anti-DNA 401, anti-Ro 1374, anti-La 1076, anti-Sm 6935, Coombs positivo, panel viral para EBV, CMV y herpes negativos. Biopsia de piel: vesícula ampulosa y subepidérmica con infiltrado inflamatorio de predominio neutrofílico consistente con lupus eritematoso sistémico ampuloso con inmunofluorescencia positiva para IgA, IgM y fibrinógeno. Biopsia de glándula salival: sialoadenitis linfocítica crónica moderada.

Discusión: Adolescente con antecedente de lupus eritematoso sistémico quien, en esta ocasión, sufre recaída con lupus ampuloso y síndrome de Sjögren (siete criterios ACR/EULAR 2016); se clasifica como síndrome de sobreposición con estas dos enfermedades clínicas poco frecuentes. Recibe tratamiento a base de pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida durante seis meses y rituximab (375 mg/m² SC/quincenal, 2 dosis) con mejoría clínica y serológica. Actualmente asintomática bajo tratamiento con prednisona (12,5 mg/24 h), ácido micofenólico (1 g/12 h) y cloroquina.

Conclusiones: Ante lesiones dérmicas vesiculares y ampollosas en pacientes con o sin diagnóstico reumatológico, así como úlceras orales, se sugiere

Figura 1. Dermatitis en muslos caracterizada por lesiones redondas eritematosas y necrosis central. (CC018)

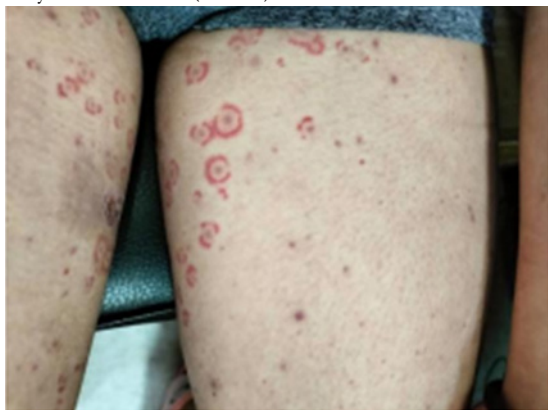


Figura 2. Ampolla en tobillo derecho. (CC018)



Figura 3. Úlceras en lengua y labios. (CC018)



la biopsia de las lesiones con inmunofluorescencia para determinar la causa precisa y el lupus ampuloso, el cual cuenta con varios diagnósticos diferenciales.

Bibliografía

1. Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, *et al.* 2016 ACR-EULAR Classification Criteria for primary Sjögrens syndrome: a consensus and data-driven methodology involving three international patient cohorts. *Arthritis Rheumatol.* 2017;69(1):3545.
2. Escorcia CE, Carbono CJ, Salas SJ, *et al.* Lupus bullous: a true diagnostic and therapeutic challenge. *Revista Biociencias.* 2018;2.

CC019

ESPLENOMEGALIA MASIVA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

J.I. Velasco-Santos, I.N. Morales-Avendaño, C. Abud-Mendoza, D.A. Herrera-Van Oostdam

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: La esplenomegalia masiva es poco común en el lupus eritematoso sistémico (LES), pero es posible. En un estudio, la esplenomegalia fue habitual en el 71,2% de los pacientes con LES y es importante vigilarla, ya que puede vincularse con complicaciones como citopenia y anomalías malignas hematológicas. La patogenia de la esplenomegalia en el LES no se comprende completamente, pero se ha observado que la generación y deposición de inmunoglobulina G (IgG) desempeñan un papel importante en la inflamación y disfunción esplénica en el LES.

Presentación del caso: Varón de 42 años que acudió a urgencias por dolor abdominal de 24 horas y esplenomegalia. Tiene antecedentes de lupus eritematoso sistémico caracterizado por crisis de anemia hemolítica anual desde los seis años. El último episodio ocurrió seis meses antes y respondió a prednisona, micofenolato de mofetilo y rituximab. Informó un crecimiento de la circunferencia abdominal en los últimos meses. Exploración física: adenomegalia de 1,3 cm x 1 cm x 1,1 cm. La TAC abdominal de doble contraste revela esplenomegalia masiva con múltiples infartos esplénicos (**Figura 1**); antifosfolípidos positivos a cardiolipina, B2 GP1 y anticoagulante lúpico. Negó fiebre y otros síntomas constitucionales. El sistema histopatológico de la biopsia de ganglio cervical muestra linfoma difuso de células B grandes, CD20 + BCL2 +. Se halla bajo tratamiento hematológico actual.

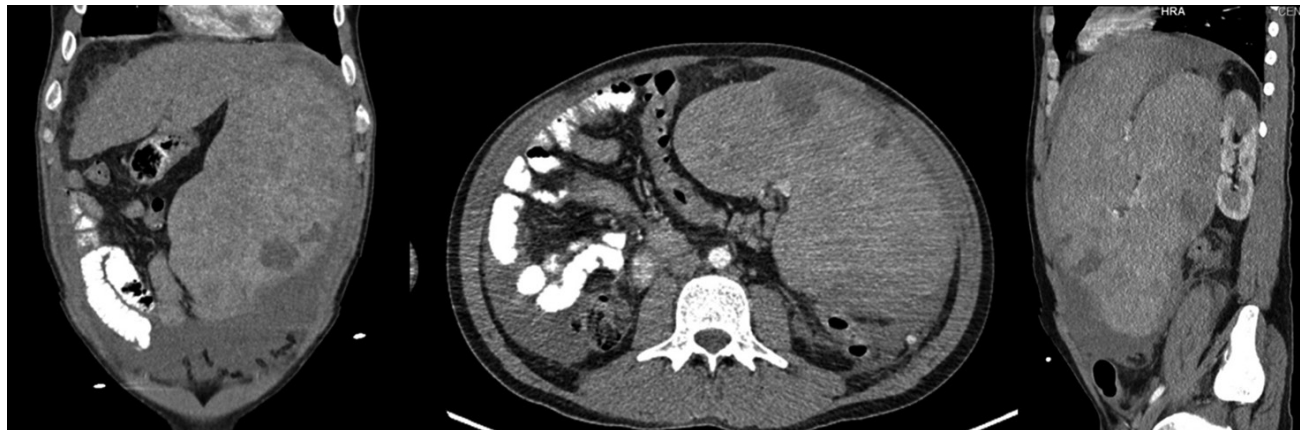
Discusión: En estudios de infartos esplénicos independiente de la causa se menciona una mortalidad 5% a 34%. Los síntomas pueden ser inespecíficos y ello dificulta sus diagnósticos. En un estudio retrospectivo de la base de datos de Taiwán, en un centro terciario con 76 pacientes, se identificaron como síntomas comunes dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo (15,1%), dolor en otras localizaciones abdominales (38,4%), dolor torácico (16,4%), náusea o vómito (23,3%), fiebre (31,5%), disnea (26,0%) y plenitud abdominal (20,5%). En un estudio retrospectivo de una cohorte china de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y afección maligna hematológica, en comparación con pacientes con LES sin proceso maligno, se identificaron como factores de riesgo en un análisis de regresión logística univariable la edad adulta mayor (OR = 1,075; IC95%, 1,028-1,125), la esplenomegalia (OR = 4,667; IC95%, 1,351-6,115) y la infección (OR = 5,077; IC95%, 1,523-16,925) y se acompañaron de mayor riesgo de enfermedad maligna hematológica. En el análisis de regresión logística multivariable, la edad adulta mayor fue un factor de riesgo. Los factores de riesgo de mortalidad total calculado por regresión de Cox muestran que el sexo femenino (RR = 0,219; IC95%, 0,070-0,681) y la hidroxiquina (RR = 0,281; IC95% - 0,094-0,845) son factores protectores. Estos resultados se vieron repetidos en una gran cohorte española multicéntrica de paciente con lupus eritematoso sistémico con linfoma y pacientes con lupus sin linfoma. Como se esperaba, el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) fue el diagnóstico más común (8 pacientes, 38%). Los regímenes quimioterapéuticos en orden decreciente de frecuencia fueron los siguientes: rituximab-CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisolona).

Conclusiones: A pesar de que la esplenomegalia puede deberse a actividad del lupus o ser secundaria a episodios trombóticos por síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, es importante recordar que las enfermedades autoinmunitarias se han relacionado con mayor prevalencia de afección maligna y debe considerarse su abordaje en pacientes con esplenomegalia y lupus eritematoso sistémico.

Bibliografía

1. Ladouceur A. Cancer and systemic lupus erythematosus. *Rheum Dis Clin N Am.* 46 2020:533-550. DOI: 10.1016/j.rdc.2020.05.005.

Figura 1. Esplenomegalia masiva con múltiples infartos. (CC019)



2. Martín-Lopez M. Clinical characteristics and risk factors associated with lymphoma in patients with systemic lupus erythematosus: a nationwide cohort study. *Rheumatology.* 2023;62:217-224. DOI: 10.1093/rheumatology/keac258.

CCo20

SÍNDROME DE ASIA, REPORTE DE UN CASO

J.A. Álvarez-Montano, Y. Mejía-Holguín, S.A. Vázquez-Guevara, L. Ortiz-Treviño, L.B. De La Cruz-Becerra

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

Introducción: El síndrome autoinmunitario inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA, *autoimmune syndrome induced by adjuvants*) incluye cuatro entidades clínicas: a) siliconosis; b) síndrome de la Guerra del Golfo; c) miofascitis macrofágica y d) fenómeno posvacunación relacionado con adyuvantes, que se caracterizan por la producción de autoanticuerpos en respuesta a un agente externo o adyuvante.

Presentación del caso: Paciente femenino de 54 años, ama de casa, sometida a liposucción y colocación de implantes mamarios de silicón en 2019. En agosto 2022 inició con mialgias generalizadas, fatiga, debilidad y disnea. En febrero 2023 acudió a valoración por neumología en medio privado, que la envió a un reumatólogo particular, quien diagnosticó dermatomiositis, aunque con panel de anticuerpos para miopatías negativo, y se inició tratamiento con metotrexato subcutáneo, azatioprina y prednisona, con mejoría parcial. En abril 2023 se la hospitalizó por cuadro de neumonía y la tomografía de tórax reveló infiltrado bilateral; se instituyó tratamiento con trimetoprima con sulfametoxazol durante seis semanas por sospecha de infección por *Pneumocystis jirovecii*. De nueva cuenta la valora un reumatólogo particular, que determinó enfermedad pulmonar intersticial relacionada con dermatomiositis y se indica ácido micofenólico. A su valoración por este servicio en noviembre 2023 se encontraron datos clínicos de esclerosis sistémica (fenómeno de Raynaud, reflujo gastroesofágico y disminución de la apertura oral), con leve debilidad proximal de miembros pélvicos y leve aumento de los valores de creatina fosfoquinasa total, pero sin lesiones cutáneas, con serología negativa (incluido un nuevo panel de miopatías), panel viral negativo y marcadores tumorales negativos (-fetoproteína, CA-125, CA 19-9, CA 15-3, antígeno carcinoembrionario). Las tomografías de control en enero y marzo 2024 reconocieron datos consistentes con enfermedad pulmonar intersticial, por lo que se envió a aplicación de 2 g de rituximab y valoración por neumología, que sugirió continuar con el ácido micofenólico. En mayo 2024 se añadieron xerostomía y xeroftalmía. Está pendiente el retiro de los implantes mamarios por parte de cirugía general en octubre 2024 para valorar la respuesta.

Discusión: La paciente cumple con dos criterios mayores (exposición a silicón, debilidad muscular), además de datos clínicos y tomográficos indicativos de esclerosis sistémica (enfermedad pulmonar intersticial, fenómeno de

Raynaud, reflujo gastroesofágico) y signos clínicos de síndrome de Sjögren (xerofalmía, xerostomía), por lo que se consideró síndrome ASIA, si bien se requiere seguimiento para valorar la respuesta tras el retiro de los implantes mamarios.

Conclusiones: El síndrome ASIA requiere una alta sospecha clínica para establecer el diagnóstico y, aunque el número de casos no ha dejado de crecer, es todavía un tema de controversia. Esta afección debe sospecharse sobre todo en pacientes con antecedentes de exposición a agentes externos, en quienes las manifestaciones clínicas o bioquímicas no se explican mejor por otras causas.

Bibliografía

- Ospina-Gómez JE, Ayala-Gutiérrez MC, Amaya-Muñoz MC, *et al.* Adjuvant-induced autoimmune syndrome: a bibliometric analysis. *Cureus.* 2024;16(7):1.
- Flores-Padilla G, Mora-Mendoza B, Pedraza-Montenegro A. Síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvante que debuta con manifestaciones pulmonares y articulares. *Reumatología Clínica.* 2014;10(6):406-8.

CC021

“LUPUS ERITEMATOSO TÚMIDO”, FORMA INUSUAL DE LUPUS CUTÁNEO. REPORTE DE CASO

O. Gallegos-Hernández, J.M. Muñoz-Zavala

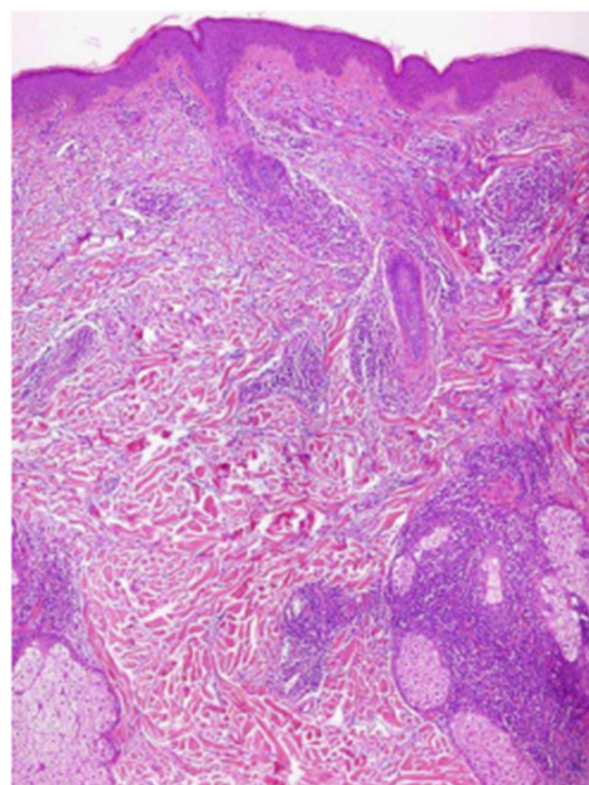
Hospital General Regional 196, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso túmido (LET) es un subtipo raro del lupus cutáneo crónico, descrito por primera vez en 1909 por Hoffman en la *Berlin Dermatological Society*. En clínica, el LET se caracteriza por pápulas o placas múltiples urticariformes, induradas y eritematosas, con un brillo rojo-violáceo y superficie blanda en áreas fotoexpuestas. Representa solo el 3% a 8% de los casos de lupus cutáneo, y es de las formas menos frecuentes, con distribución igual en hombres y mujeres y una incidencia máxima entre los 30 y 38 años. En términos histológicos se reconocen hiperqueratosis, taponamiento folicular e infiltrado linfocitario perianeal. Los rasgos que obligan a sospechar dicha entidad son la ausencia de alteraciones epidérmicas (erosión, atrofia, descamación y taponamiento folicular) y la curación sin dejar cicatriz. Otro rasgo distintivo del LET es su escasa relación con anticuerpos antinucleares (ANA), anti-Ro, anti-La y anti-ADN nativo. En general tiene buen pronóstico con respuesta satisfactoria a esteroides y antipalúdicos.

Presentación del caso: Paciente masculino de 18 años, originario y residente de la Ciudad de México, cristiano, soltero y estudiante de bachillerato. APP: epilepsia frontal diagnosticada a los 12 años, sin protocolo de estudio y en tratamiento con carbamazepina, suspendido dos años antes. Alérgicos (+): ibuprofeno (exantema); quirúrgicos (+): apendicectomía; transfusionales y traumáticos interrogados y negados; tabaquismo y etilismo negados. PA: refiere inicio seis meses previos de aparición de placas eritematosas, urticariformes y pruriginosas, en escápula izquierda que se extienden a la región del tríceps izquierdo, con evolución en brotes y precipitados por fotoexposición y remitidos sin cicatriz (**Figura 1**). Niega síntomas sistémicos: úlceras orales, efluvio telógeno, eritema malar, artralgias o artritis, Raynaud, disnea o palpitaciones, orina espumosa o turbia. Exploración física: placas eritematosas y urticariformes en escápula izquierda que se extienden a zona de tríceps y el resto sin alteraciones. Se indica protocolo de estudio ante sospecha de lupus cutáneo; estudios de laboratorio: ANA (+) 1:80 AC-1, anti-SM (-), anti-DNA nativo (-), anti-Ro (-), anti-La (-), anti-RNP (-), C3 92,8, C4 16,5, BH, QS y EGO sin alteraciones. La biopsia de piel concluye: “vacuolización focal de la basal, hiperqueratosis y taponamiento folicular. En dermis, infiltrado linfocitario perianeal y perivasculoso y un depósito intersticial escaso de mucina”. Se inicia tratamiento con esteroide de depósito, luego prednisona (0,5 mg/kg DR) e hidroclicloroquina (200 mg/24 h), con remisión completa de lesiones en cuatro semanas.

Discusión: El LET representa una forma infrecuente de lupus cutáneo crónico y es excepcional su avance a formas sistémicas; el punto cardinal

Figura 1. (A) Las lesiones del LET consisten en pápulas, placas o lesiones anulares y eritematosas en zonas fotoexpuestas. (B) Biopsia de LET que muestra un infiltrado linfocitario perivasculoso y perianeal con depósito intersticial de mucina, sin alteraciones epidérmicas. (CC021)



para sospechar dicha entidad es su evolución crónica, en brotes y la curación de las lesiones sin dejar cicatriz, además de la ausencia de afectación en epidermis en el plano histopatológico.

Conclusiones: El LET es una forma poco habitual de lupus cutáneo y sus principales diagnósticos diferenciales son la erupción polimorfa lumínica y la mucinosis reticular eritematosa; la biopsia permite distinguir ambas entidades. Por lo regular, el LET tiene buen pronóstico y excelente respuesta a esteroides y antipalúdicos.

Bibliografía

- Schmitt V, Meuth AM, Amler S, *et al.* Lupus erythematosus tumidus is a separate subtype of cutaneous lupus erythematosus. *Br J Dermatol.* 2019;162:64-73.

CC022

COMPLICACIONES SISTÉMICAS EMERGENTES EN EL LUPUS CUTÁNEO SUBAGUDO PEDIÁTRICO: UN CASO DE VASCULITIS GASTROINTESTINAL INESPERADA

B.J. Fortuna-Reyna¹, J.A. Gonzalez-Chapa², M.D. Torres-Made³

⁽¹⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL,

⁽²⁾Universidad de Washington, ⁽³⁾Hospital Ángeles Valle Oriente

Introducción: El lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS) en niños es una afección poco frecuente que se caracteriza por erupciones morfológicas distintivas y afectación sistémica mínima. Sin embargo, en el 50% a 70% de los casos pueden presentarse artralgia o artritis.

Presentación del caso: Niño de nueve años que se presentó en 2022 con una placa anular eritematosa bien definida sin descamación en la región maxilar derecha que se extendía hasta la oreja (**Figura 1**). Los hallazgos de laboratorio mostraron un título de ANA de 1:160 con patrón centriolar y anti-Ro positivo. De modo inicial no se observaron síntomas sistémicos. Se indicó tratamiento con hidroxiquina y esteroides tópicos, lo que produjo una excelente respuesta clínica. En enero de 2024, el paciente desarrolló dolor epigástrico moderado y hematemesis. Una endoscopia reveló duodenitis crónica inespecífica y colitis linfocítica crónica. La histopatología confirmó vasculitis en esófago, estómago, duodeno e intestino grueso. En consecuencia, se instituyó tratamiento con bolos intravenosos de metilprednisolona seguidos de ciclofosfamida mensual a partir de abril de 2024 con favorable respuesta clínica.

Discusión: Si bien el LECS se caracteriza por sus manifestaciones cutáneas, son posibles complicaciones sistémicas, aunque en raras ocasiones. En este paciente se detectaron anticuerpos anti-Ro relacionados de manera notable con formas cutáneas subagudas, lo que refuerza el diagnóstico de LECS. Es importante señalar que solo un 15% de los pacientes con LECS avanza al lupus sistémico. La respuesta terapéutica a los corticosteroides tópicos y sistémicos, junto con la hidroxiquina, fue favorable en este paciente. Sin embargo, la aparición de vasculitis gastrointestinal como complicación significa una progresión grave de la enfermedad. La vasculitis gastrointestinal es una de las complicaciones más devastadoras del lupus eritematoso sistémico (LES), con una prevalencia del 0,2% al 9,7% entre todos los pacientes con LES y una tasa de mortalidad hasta de 50%. La estrategia terapéutica enfatiza la necesidad de un tratamiento intensivo y un seguimiento estrecho, lo que refleja los altos riesgos del control del avance de la enfermedad en pacientes pediátricos.

Conclusiones: El lupus eritematoso cutáneo subagudo es extremadamente raro en niños. La presentación de vasculitis gastrointestinal es muy rara. Se realizará un seguimiento continuo de este paciente en conjunto con el servicio de reumatología pediátrica para atender cualquier recurrencia o evolución de la enfermedad.

Bibliografía

- Berry T, Walsh E, Berry R, *et al.* Subacute cutaneous lupus erythematosus presenting in childhood: a case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol [Internet].* 2014;31(3):36872.

Figura 1. (CC022)



- Vale ECS, García LC. Cutaneous lupus erythematosus: a review of etiopathogenic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. *A Bras Dermatol [Internet].* 2023;98(3):35572.
- Curtiss P, Walker AM, Chong BF. A systematic review of the progression of cutaneous lupus to systemic lupus erythematosus. *Front Immunol [Internet].* 2022;13:866319.

CC023

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE POLIANGITIS MICROSCÓPICA EN UN PACIENTE CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y HEPATITIS AUTOINMUNE SUPUESTA

J. Lerma-López¹, G. Alemán-Fernández del Campo¹, M.A. Velázquez-Verdugo²

⁽¹⁾Hospital Regional Manuel Cárdenas de la Vega, ⁽²⁾Hospital General Regional No. 1, IMSS

Introducción: La poliangeitis microscópica (PAM) es una vasculitis sistémica que se caracteriza por la inflamación y necrosis de los vasos sanguíneos pequeños, sin inflamación granulomatosa. Esta anomalía afecta de modo predominante los riñones y se manifiesta como glomerulonefritis necrosante, pero puede comprometer al sistema respiratorio, así como producir síntomas sistémicos como fiebre y pérdida de peso. La PAM se vincula con la detección de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) específicos para la mieloperoxidasa (MPO). Un diagnóstico y tratamiento oportunos son esenciales para optimizar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes afectados.

Presentación del caso: Paciente femenina de 17 años de edad con antecedente de artritis psoriásica y hepatitis autoinmunitaria que se presentó

con fiebre y lesiones purpúricas no palpables en miembros inferiores. Los estudios de laboratorio revelaron anemia de grado II y elevación de la proteína C reactiva. Durante la exploración pulmonar se detectaron estertores crepitantes finos, matidez a la percusión y disminución del murmullo vesicular. Ante estos hallazgos se realizó tomografía de tórax simple que mostró un patrón intersticial en vidrio esmerilado bilateral, engrosamiento septal y aumento de la densidad en zonas alveolares, lo que condujo al diagnóstico de hemorragia alveolar difusa. El laboratorio reveló positividad para p-ANCA (200 UR/mL) y negatividad para c-ANCA y anticuerpos antinucleares. La biopsia de piel confirmó vasculitis leucocitoclástica. Ante este cuadro clínico se inició tratamiento intensivo con bolos de metilprednisolona y administración intravenosa de inmunoglobulina G que produjo una rápida mejoría clínica.

Discusión: La poliangitis microscópica (PAM) es una forma de vasculitis que ha suscitado un creciente interés debido a su complejidad patogénica y sus implicaciones clínicas. A diferencia de otras vasculitis, como la granulomatosis con poliangeítis, la PAM se caracteriza por la ausencia de inflamación granulomatosa y su relación con los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos, en particular aquellos dirigidos contra la mieloperoxidasa. La presencia de estos autoanticuerpos no solo es un marcador diagnóstico, sino que también juega un papel crucial en la patogenia de la enfermedad, ya que inducen la activación de neutrófilos y la formación de trampas extracelulares de neutrófilos, lo cual contribuye así al daño vascular y la inflamación. Desde el punto de vista clínico, la PAM puede presentar un espectro de manifestaciones variable, desde síntomas renales hasta complicaciones pulmonares. Una de las complicaciones más graves vinculadas con la PAM es la hemorragia alveolar difusa, que puede ocurrir debido a la afectación de los pequeños vasos pulmonares. Esta alteración se manifiesta como hemoptisis y dificultad respiratoria y puede ser letal si no se controla de forma adecuada. El tratamiento de la PAM requiere un enfoque multidisciplinario dado que las manifestaciones pueden ser variadas y complejas. El tratamiento implica por lo general la administración de inmunosupresores, como corticosteroides y agentes citotóxicos, para prevenir complicaciones graves.

Conclusiones: La hemorragia alveolar difusa representa una complicación grave y un marcador de mal pronóstico en la poliangitis microscópica, por lo cual se necesita un diagnóstico temprano y preciso. La presencia de este hallazgo en la tomografía debe alertar para considerar la poliangitis microscópica un diagnóstico diferencial, sobre todo en pacientes con antecedente de enfermedades autoinmunitarias como el caso descrito. Una identificación temprana de esta enfermedad puede ser crucial para implementar estrategias terapéuticas adecuadas y mejorar los resultados clínicos, lo que enfatiza la importancia de una evaluación exhaustiva y una vigilancia cuidadosa en estos casos complejos.

Bibliografía

1. Kronbichler A, *et al.* Diagnosis and management of ANCA-associated vasculitis. *The Lancet*. 1 Feb 2024;403(10427):683-698, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)01736-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01736-1).
2. Nakazawa D, *et al.* Pathogenesis and therapeutic interventions for ANCA-associated vasculitis. *Nature Reviews Rheumatology*. 1 Feb. 2019;15(2):91-101, www.nature.com/articles/s41584-018-0145-y.pdf?origin=ppub, <https://doi.org/10.1038/s41584-018-0145-y>.
3. Kitching AR, *et al.* ANCA-Associated vasculitis. *Nature Reviews Disease Primers*. 27 Aug. 2020;6(1), <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0204-y>.

CC024

MIOPATÍA INFLAMATORIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN MENINGIOMA

K.C. Hernández-Rojas¹, S.M. Carrillo-Vázquez¹, D.X. Xibillé-Friedmann², G.A. Carmona-Lara¹

⁽¹⁾Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, ⁽²⁾Departamento de Investigación y Capacitación, Servicios de Salud de Morelos, Cuernavaca, Morelos, México

Introducción: Se ha observado que existe una relación entre la miopatía inflamatoria y las neoplasias. Las personas con esta enfermedad reumatológica

tienen un riesgo de cáncer tres a seis veces mayor que la población general. Si bien es posible que se presenten simultáneamente estas dos entidades, las manifestaciones de la miopatía pueden surgir antes o después de la aparición del tumor.

Presentación del caso: Mujer de 59 años con antecedente de fibromialgia. Inició el padecimiento actual en marzo del 2024, con debilidad muscular proximal (sobre todo en miembros inferiores), cefalea, náusea, dolor e inflamación articular, rigidez matutina, disfagia a líquidos y en ocasiones a sólidos. La exploración física revela un *Manual Muscle Test 8* (MMT8): 116 puntos (con notoria afectación del glúteo medio y mayor, con puntuación de 6 en el lado derecho), codo y hombro derecho dolorosos, con manos de mecánico y estertores subcrepitantes bilaterales. En virtud de la alta sospecha de miopatía inflamatoria, se solicitó CPK (1.600) y anticuerpos (que no se informaron). Además, se solicitó TAC de tórax, que delineó neumopatía intersticial no usual. Se decidió iniciar tratamiento con prednisona (50 mg/24 h), metotrexato (15 mg/sem) y ácido fólico (5 mg de lunes a viernes). Se observó mejoría parcial de la debilidad proximal luego de tres meses de tratamiento. Sin embargo, persistió la debilidad de forma asimétrica en hemicuerpo derecho, así como alteraciones de la marcha de aparición abrupta y falta de coordinación y equilibrio; en consecuencia, se solicitó resonancia magnética del neuroeje. Se documentó conducto lumbar y cervical estrecho, ligamentos amarillos inflamados con degeneración grasa, además de una lesión en la región bulbar bien delimitada con dimensiones aproximadas de 17,24 x 37,02 mm, lo que ocasionaba desplazamiento hacia el tronco encefálico (**Figura 1**). Se realizó interconsulta con el servicio de neurocirugía que decidió iniciar protocolo de estudio por probable meningioma. Se realizó una primera intervención quirúrgica cuyo estudio histopatológico confirmó el diagnóstico.

Discusión: Se ha descrito que alrededor del 15% de los adultos con miopatía inflamatoria desarrolla alguna neoplasia. Sin embargo, los tumores del sistema nervioso central relacionados con esta enfermedad reumatológica no se han descrito como frecuentes. A pesar de que la prevalencia de los meningiomas es alta (13%-26%), solo se ha notificado tres ocasiones la aparición de miopatía inflamatoria y meningioma. Es importante continuar con un protocolo de estudio, si un paciente no mejora tras el tratamiento efectivo. En este caso, la persistencia de los síntomas de la debilidad muscular y las otras manifestaciones neurológicas se tomaron en cuenta para descartar un problema estructural.

Figura 1. Resonancia magnética (T1). Se observa un conducto lumbar y cervical estrecho, con ligamentos amarillos inflamados y degeneración grasa. Además, una lesión en la región bulbar bien delimitada con dimensiones aproximadas de 17,24 x 37,02 mm provoca desplazamiento hacia el tronco encefálico. (CC024)



Conclusiones: No se sabe si existe relación directa entre la miopatía inflamatoria y los meningiomas. No obstante, la mejoría de la paciente después de la extirpación del meningioma y la dificultad previa para controlar la actividad de su enfermedad sugieren que estas dos entidades pueden estar relacionadas en este caso.

Bibliografía

1. Almodóvar R, *et al.* Dermatomiositis y meningioma en el mismo paciente. *Reumatol Clin.* 2012;8(2):87-9.
2. Glück Z, Kutsherowsky M, Abraham Z, *et al.* Dermatomyositis, carcinoma of colon and meningioma in the same patient. *The Journal of dermatology.* 1993;20(11):719-722.

CC025

EVENTO CEREBROVASCULAR SECUNDARIO A ENDOCARDITIS POR LIBMAN-SACKS NO ASOCIADO CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS

L.J. Rodríguez-Aguirre, O.L. Gómez-Campos, A.K. Díaz-Sandoval, I. Lepe-Álvarez, D. García-Cerda

Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

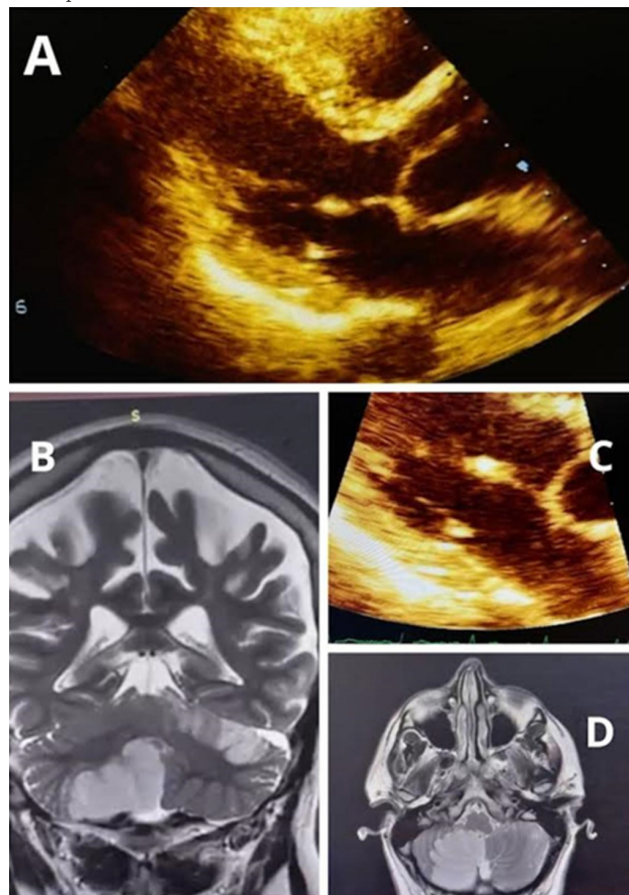
Introducción: Los eventos cerebrovasculares (EVC) son una causa importante de morbilidad, mortalidad y discapacidad en el lupus eritematoso sistémico (LES). Los pacientes con LES tienen un riesgo dos veces mayor de sufrir un accidente cerebrovascular y, en pacientes jóvenes (menos de 50 años), el riesgo puede incrementarse 10 veces más. Los EVC atribuidos al LES tienden a ocurrir cerca del diagnóstico de la enfermedad y pueden explicarse por inflamación sistémica, activación endotelial vinculada con endocarditis de Libman-Sacks o estado protrombótico por anticuerpos antifosfolípidos. Por otro lado, los EVC no relacionados con la enfermedad casi siempre ocurren en etapas tardías y son efecto de aterosclerosis debido a factores de riesgo cardiovascular comunes.

Presentación del caso: Hombre de 45 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) diagnosticado a los 20 años por artralgias, anticuerpos antinucleares, afección neurológica (convulsiones) y leucopenia. Además, refiere tabaquismo intenso como factor de riesgo cardiovascular. Se le hospitaliza por crisis convulsiva tónica-clónica acompañada de vértigo en periodo posictal, disartria, diplopía, ataxia y diadococinesia; la exploración física muestra bradipsiquia, bradilalia y fuerza conservada. Dentro del abordaje de EVC isquémico se solicitan anticuerpos antifosfolípidos y complemento, ambos con resultado normal; p-ANCA positivo por inmunofluorescencia, pero con especificidad negativa. La resonancia magnética señala datos indicativos de accidente cerebrovascular (EVC) isquémico en fase subaguda en vermis y hemisferios cerebelosos (**Figura 1**). El estudio Holter identifica extrasístoles ventriculares aisladas y el ecocardiograma muestra endocarditis mitral de Libman-Sacks de grado I. Durante la hospitalización se administran pulsos de metilprednisolona y la atención se continúa con ácido acetilsalicílico y clopidogrel.

Discusión: El evento vascular cerebeloso es una anomalía poco frecuente informada en 2% a 19%; los factores vinculados con el desarrollo de esta son la hipercoagulabilidad, aterosclerosis y cardioembolismo. En este paciente, un factor relevante es la endocarditis de Libman-Sacks, además de la aterosclerosis, por la zona afectada y la respuesta a inmunosupresores y al tratamiento antiagregante.

Conclusiones: El desarrollo de endocarditis de Libman-Sacks se ha relacionado con presencia de anticuerpos antifosfolípidos; sin embargo, las publicaciones médicas describen que el LES de larga evolución genera mayor riesgo de su desarrollo. La presencia de vegetación triplica el riesgo de microembolismo cerebral, con menor flujo cerebral y mayor disfunción neurocognitiva y cantidad de EVC respecto de los casos sin valvulopatía; esto sugiere que la endocarditis de Libman-Sacks puede ser una fuente de embolia cerebral, aun sin la presencia de anticuerpos antifosfolípidos.

Figura 1. (A y C). Válvula mitral con valvas engrosadas en 5 mm y calcificadas en su tercio distal indicativas de endocarditis de Libman-Sacks. (B). Corte coronal T2 con hiperintensidad predominante en el hemisferio cerebeloso derecho. (D). Corte axial T2 con lesiones hiperintensas que afectan en particular el hemisferio cerebeloso derecho. (CC025)



Bibliografía

1. Nikolopoulos D, Fanouriakis A, Boumpas DT. Cerebrovascular events in systemic lupus erythematosus: diagnosis and management. *Mediterr J Rheumatol.* 2019 Mar 28;30(1):7-15. doi: 10.31138/mjr.30.1.7. PMID: 32185337.
2. Barbhuiya M, Feldman CH, Guan H, *et al.* Racial/ethnic variation in stroke rates and risks among patients with systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum.* 2018;S0049-0172(18)30059-3. doi.org/10.1016/j.semarthrit.2018.07.012. PMID: 30205982 PMID: PMC6377855.
3. Pons-Estel GJ, Andreoli L, Scanzi F, *et al.* The antiphospholipid syndrome in patients with systemic lupus erythematosus. *J Autoimmun.* 2017;76:10-20. doi.org/10.1016/j.jaut.2016.10.004. PMID: 27776934.

CC026

CALCINOSIS COMO DEBUT DE MIOPATÍA AUTOINMUNE

G. Martínez-Flores¹, T.A. Luna-Zúñiga²

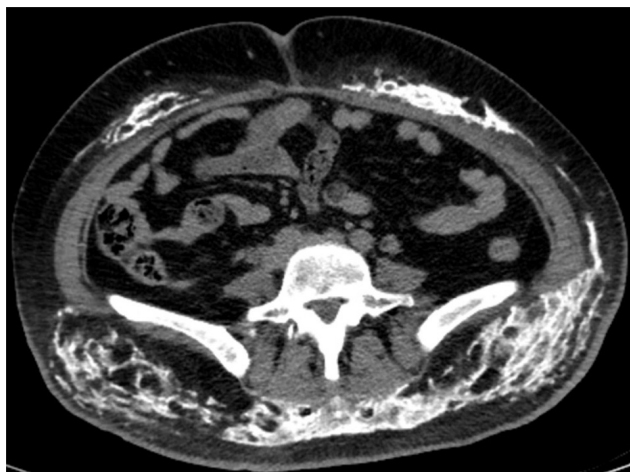
⁽¹⁾Hospital General de Zona 252, IMSS, ⁽²⁾Hospital Ángeles San Luis

Introducción: La calcinosis se considera parte de la presentación clínica de la dermatomiositis. En los adultos su frecuencia se aproxima al 20%. El tiempo de cronicidad de la enfermedad, en relación con persistencia de marcadores de inflamación, isquemia o traumatismo y algunos autoanticuerpos

(NXP2 y Pm/Scl), se vincula con la presentación de la calcinosis en las miopatías autoinmunitarias.

Presentación del caso: Paciente femenina de 44 años sin antecedentes de importancia. Refiere desde dos años antes dolor en la región pélvica y glútea acompañado de induración cutánea; recibe tratamiento con AINE y seis meses después muestra eritema en heliotropo y eritema en dorso de manos, así como debilidad muscular proximal de cuatro extremidades (3/5), dificultad para la deglución, disfonía y limitación funcional, motivo por el que se la hospitaliza. Dentro de los parámetros paraclínicos destaca creatina cinasa 1331, PCR 9 y VSG 45; EGO sin alteraciones, BH normal, AAN positivos 1:160 con patrón moteado fino, anti-DNAc negativo, anti-SM negativo, anti-Ro y anti-LA negativos, anti-Mi2 positivo, anti-Pm/Scl positivo; el resto del perfil de miopatías es negativo. La TACAR identifica hallazgos de enfermedad pulmonar intersticial y la TAC de abdomen (Figura 1) reconoce múltiples calcificaciones con patrón trabecular en plano graso subcutáneo en la región abdominopélvica en pared anterior, lateral izquierda y posterior (región lumbar y glútea). Se indicó tratamiento con pulsos de metilprednisolona y rituximab, con mejoría gradual de las lesiones cutáneas y fuerza muscular. Sin embargo, pese al tratamiento y la mejora de la fuerza muscular y marcadores de inflamación, la paciente persiste con dolor en las regiones afectadas por calcinosis.

Figura 1. TAC abdominopélvica en la que se identifican múltiples calcificaciones con patrón trabecular en tejido graso subcutáneo. (CC026)



Discusión: Aunque es una presentación poco frecuente, la calcinosis puede causar mayor morbilidad y mala calidad de vida. Se han estudiado diferentes modalidades para el tratamiento de la calcinosis (warfarina, diltiazem, bifosfonatos, rituximab, colquicina, IVIG) con desenlaces no favorecedores.

Conclusiones: Se considera un reto para los reumatólogos el control de los pacientes con calcinosis. Pese a la disposición de múltiples tratamientos inmunosupresores para mejorar la miopatía autoinmunitaria, pocos tienen beneficios en esta manifestación clínica.

Bibliografía

- Elahmar H, Feldman B, Johnson S. Management of calcinosis cutis in rheumatic diseases. *J Rheumatol.* 2022;49:980-9.
- Gutierrez A Jr, Wetter DA. Calcinosis cutis in autoimmune connective tissue diseases. *Dermatol Ther.* 2012;25:195-206.

CC027

EL BAILE DEL LOBO: COREA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

D.A. Escobar-Paredes, L.M. Saldarriaga-Rivera, E.S. Guzmán-Bedoya, C.D. Ramos-Sarmiento

Universidad Tecnológica de Pereira-UTP. Hospital Universitario San Jorge Pereira, Rda, Colombia

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una afección clínica crónica caracterizada por inflamación y compromiso inmunomediado de múltiples órganos.

Presentación del caso: Mujer 33 años con movimientos involuntarios de características coreiformes, dolor poliarticular, exantema malar, sinovitis de grandes y pequeñas articulaciones, alopecia no cicatrizal, linfopenia, complemento sérico consumido, ANA:1:1280 con patrón nuclear homogéneo; ENA positivos: anti-SM 156,76 UI/mL, anti-RNP 172 UI/mL, anti-RO 83,2 UI/mL, anti-LA negativo, anti-DNAc 1/320, anticardiolipinas IgM 36,58 UI/mL, anti-B2GPI IgM 25,16 UI/mL. Cumple criterios de la EULAR/ACR 2019 y SLEDAI-2K:12. En virtud de los movimientos coreiformes se solicitan otros estudios. La RMN encefálica simple y la angiografía cerebral contrastada no delimitan lesiones, con perfil infeccioso y metabólico negativo, ceruloplasmina normal, estudios de LCR sin alteraciones, sin antecedente familiar de trastornos del movimiento o enfermedad de Huntington. Se consideró corea como manifestación del lupus neuropsiquiátrico. Se inició tratamiento y se consiguió la mejoría.

Discusión: La corea por LES se ha descrito con una prevalencia menor de 1%. No existen marcadores específicos, por lo cual deben descartarse otras causas más comunes de la corea en adultos.

Conclusiones: Es importante considerar al LES neuropsiquiátrico en el diagnóstico diferencial de los trastornos del movimiento tipo corea. Es un reto diagnóstico dada la ausencia de marcadores específicos, por lo cual se requiere un abordaje sistemático.

Bibliografía

- Siegel CH, Sammaritano LR. Systemic lupus erythematosus. *JAMA.* 2024;331(17):1480-1491.
- Liu Y, Tu Z, Zhang X, et al. Pathogenesis and treatment of neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: a review. *Front Cell Dev Biol.* 2022;10(1):1-11.
- Justiz AA, Gopaul D, Soodeen S, et al. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: molecules involved in its immunopathogenesis, clinical features, and treatment. *Molecules.* 2024;29(4):747-776.

CC028

RINOESCLEROMA ORBITARIO Y SINUSAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Turrent-Carriles¹, J.C. Cisneros-Lesser², A. Jorge-De Saráchaga¹

⁽¹⁾Centro Médico ABC, ⁽²⁾Hospital Ángeles Pedregal

Introducción: Se presenta el caso de una paciente con inflamación crónica granulomatosa y afectación orbitaria y nasosinusal, diagnosticado de forma inicial como granulomatosis con poliangitis y tratado con corticosteroides, metotrexato y azatioprina, sin conseguir mejoría. Por lo tanto, se realizó un nuevo abordaje diagnóstico multidisciplinario con biopsia sinusal y se reconocieron datos histopatológicos consistentes con rinoescleroma.

Presentación del caso: Mujer de 53 años originaria de Paraíso, Tabasco, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de difícil control, hipertensión arterial sistémica, secuelas de poliomielitis en miembro inferior izquierdo y obesidad. En agosto de 2021 sufrió dolor intenso maxilar y mandibular, que avanzó a dolor ocular izquierdo, proptosis y amaurosis completa ipsilateral. Los estudios de imagen demostraron sinusitis maxilar de predominio izquierdo, esfenoidal y alteración ocupativa en el ápex orbitario. Se diagnosticó GPA y se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona (x5), azatioprina (150 mg/día), metotrexato (25 mg/sem) e inmunoglobulina IV. Con dichos tratamientos no se ganó mejoría clínica o de laboratorio, por lo que acudió a valoración de segunda opinión. La exploración física identificó ligero exoftalmos izquierdo, con limitación de la movilidad

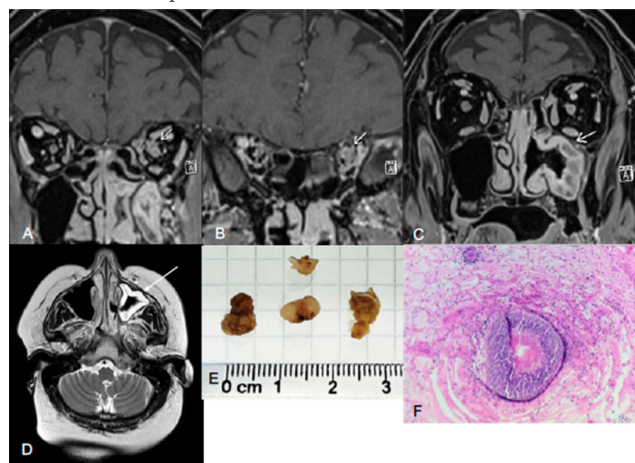
superior y externa del ojo, pupila midriática fija, secreción verdosa nasal izquierda, transluminación sinusal izquierda negativa y artralgias de muñecas y MCF bilateral a la palpación.

Los estudios de laboratorio se muestran en la **Tabla 1**. Se llevó a cabo un abordaje multidisciplinario entre reumatología, neurología y otorrinolaringología. Con los resultados obtenidos de la resonancia magnética craneal (**Figura 1**) se decidió practicar una biopsia del seno paranasal izquierdo y el resultado histopatológico era consistente con rinoscleroma e inflamación granulomatosa, sin vasculitis, tinción de Ziehl-Neelsen negativas, abundantes histiocitos vacuolados (células de Mikulicz > 90%) y algunos cuerpos de Russel, lo que descartó GPA como causa del proceso inflamatorio. El tratamiento con ciprofloxacina por seis meses resultó muy efectivo y resolvió por completo los síntomas de la paciente.

Tabla 1. (CC028)

Estudio	Resultado
Leucocitos	10,2 10 ³ /mL
Plaquetas	480 000 10 ³ /mL
Hemoglobina	11,6 g/dL
Creatinina	1,1 mg/dL
Proteína C reactiva	7,2 mg/dL
Velocidad de sedimentación globular	82 mm/h
ANCA	Negativo
Anti-PR3	Negativo
Anti-MPO	Negativo
ANA IFI	1:80 AC4
C3/C4	88/16
Examen general de orina	Prot ++, Leu 0, Erit 5 x campo, cilindros -
Factor reumatoide	15
Enzima convertidora de angiotensina	Negativa
Quantiferon	Negativo

Figura 1. Fig. A, B, C y D. Resonancia magnética. Tejido mal definido intraconal con pérdida de estructuras vasculares y nerviosas, con disminución del diámetro de nervio óptico. Datos indirectos de proceso inflamatorio etmoido-maxilar izquierdo. Fig. E y F. Tejido inflamatorio granulomatoso crónico, sin vasculitis con más de 90% de células de Mikulicz e infiltrado polimicrobiano. (CC028)



Discusión: La GPA es una vasculitis ANCA poco frecuente que afecta la vía respiratoria alta con inflamación granulomatosa; en > 90% de los casos, la afectación nasosinusal se observa en el inicio de la enfermedad. En las variedades limitadas, el diagnóstico puede considerarse

un reto, ya que el resultado de los ANCA por inmunofluorescencia o anti-PR3 suele ser negativo en un porcentaje elevado. Existen múltiples diagnósticos diferenciales que pueden mostrar síntomas similares, que deben estudiarse en este grupo de los pacientes, entre ellos infecciones micobacterianas, micóticas, leishmaniasis, neoplasias o sarcoidosis. En México, el rinoscleroma secundario a la infección crónica por *Klebsiella rhinoscleromatis* es una enfermedad muy poco informada; la mayoría de los casos se presenta en poblaciones de zonas tropicales, como el caso presentado. La mayor parte de las veces aparece con afectación nasal, sinusal, laríngea y traqueal. Este caso con compromiso orbitario es excepcionalmente raro y hace más complicado el diagnóstico. Dada la escasa frecuencia y la gran semejanza entre el rinoscleroma y la GPA, es relevante el caso para los reumatólogos del país, que deben ampliar su conocimiento como diagnóstico diferencial.

Conclusiones: La GPA es una enfermedad con una presentación en extremo variable, por lo que conocer diagnósticos diferenciales poco frecuentes, como el rinoscleroma, puede evitar errores diagnósticos, con la posibilidad de establecer diagnósticos más precisos, instituir tratamientos eficientes y evitar el uso de inmunosupresores en pacientes con enfermedades infecciosas.

Bibliografía

- Zimba O, Dskaliuk B, Yatsyshyn R, *et al.* Challenges in diagnosis of limited granulomatosis with polyangiitis. *Rheumatology International*. 2021;41:1337-1345.
- Boutaj T, Moutamani S, Azzam I, *et al.* Unusual orbital involvement in chronic rhinoscleroma: case report and a review of the literature. *J Fr Ophthalmol*. 2023;46:e332-e337.

CC029

HIPOACUSIA BILATERAL SEVERA SECUNDARIA A MENINGITIS ASÉPTICA COMO MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA DE LES. REPORTE DE CASO

I. Gámez-Saiz, A. Camargo-Lugo, J.F. Ayala-Beltrán, H.E. Hernández-Rivera, J.T. Guzmán-Barreras

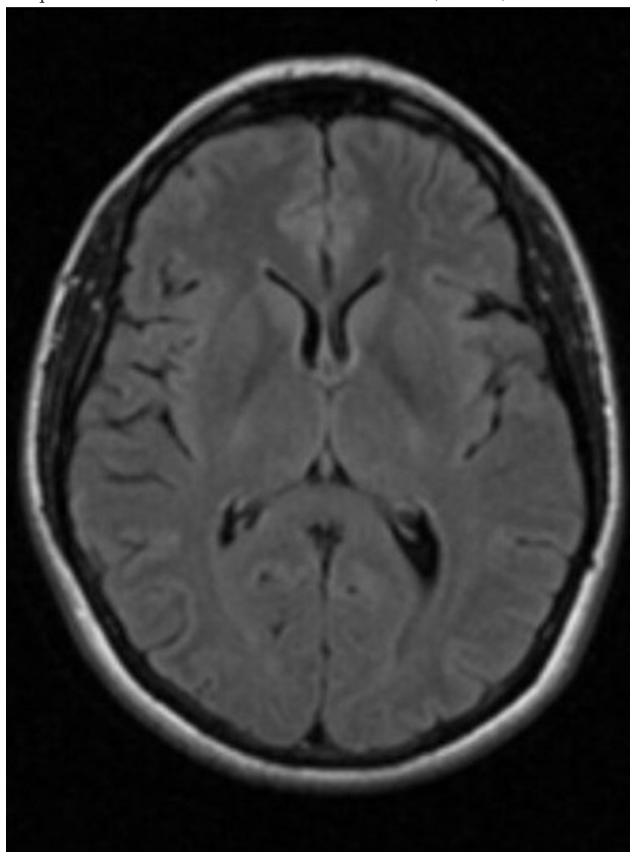
Unidad Médica de Alta especialidad No. 2

Introducción: La meningitis es la inflamación aguda de las meninges, se caracteriza por un cuadro clínico de fiebre, cefalea, rigidez de nuca y es resultado de alteraciones en el líquido cefalorraquídeo. Su causa puede ser infecciosa, secundaria a fármacos, neoplásica o enfermedades sistémicas. Dentro de esta última categoría se encuentra el lupus eritematoso sistémico. Las manifestaciones neurológicas del lupus eritematoso se dividen en centrales y periféricas; la meningitis aséptica figura en el 0,2% y se distingue por clínica consistente con meningitis, cultivos negativos y hallazgos de líquido cefalorraquídeo como pleocitosis > 5 células.

Presentación del caso: Paciente masculino de 21 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con cuatro años de evolución en tratamiento con ácido micofenólico (1 g/8 h), cloroquina (1 tableta/24 h), prednisona (15 mg/24 h), rituximab (cada seis meses). Sufre epilepsia con cinco años de evolución, en tratamiento con levetiracetam (1 g/8 h). Comienza el padecimiento actual con acúfenos bilaterales de predominio izquierdo de manera súbita, tratada por el servicio de otorrinolaringología sin éxito. Acude a urgencias por persistencia de síntomas y fiebre de 38,5°C. Exploración física: neurológico: FOUR de 16 puntos, funciones cerebrales superiores preservadas, reflejo fotomotor y consensual presente, pupilas isocóricas con respuesta a la luz, hipoacusia leve bilateral. Sensibilidad sin alteraciones, fuerza de extremidades superiores e inferiores (5/5) en MRC, marcha sin alteraciones. Babinski negativo, reflejos osteotendinosos presentes sin alteraciones. El resto de la exploración no muestra alteraciones. Estudios de laboratorios: glucosa 75, creatinina 0,89, urea 31, hemoglobina 13 g, leucocitos 8, plaquetas 298. No hay elevación de reactantes de fase aguda, sin alteraciones del complemento. Líquido cefalorraquídeo: en agua de roca, glucosa 41, sin proteínas, células 472, mononucleares

94%, bacterias ausentes. Se realizan tomografía y resonancia magnética, esta última solo con realce leptomeníngeo (**Figura 1**). Durante su estancia, la paciente evoluciona a encefalopatía; al encontrarse múltiples cultivos negativos la valora el servicio de reumatología que decide comenzar tratamiento a base de inmunoglobulina. Se observa mejoría de la fiebre y el estado de alerta tres días después del inicio del tratamiento.

Figura 1. Realce leptomeníngeo supratentorial e infratentorial extenso consistente con meningitis de múltiples causas. No hay enfermedad paraneurálgica ni trombosis del seno venoso dural. (CC029)



Discusión: La importancia de este caso radica en las notables secuelas del paciente. Nunca se reconoció la causa de la hipoacusia y se llevaron a cabo potenciales evocados con resultado de hipoacusia profunda bilateral para frecuencias agudas, con posterior cirugía de implante coclear izquierda un año después; el único efecto que se relacionaba con este suceso era la meningitis aguda.

Conclusiones: Las diversas manifestaciones del neurolupus son diversas; la presentación de la meningitis aséptica es rara y no hay informes de secuelas relacionadas. El tratamiento oportuno puede ayudar a reducir la mortalidad y las secuelas en los pacientes.

Bibliografía

1. Hanly JG. Diagnosis and management of neuropsychiatric SLE. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2014;10(6):338-47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2014.15>.
2. McGlasson S, Wiseman S, Wardlaw J, *et al.* Neurological disease in lupus: Toward a personalized medicine approach. *Front Immunol* [Internet]. 2018;9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2018.01146>.
3. McManus EJ, Phillips MCL, Schepel J, *et al.* Neurological manifestations in rheumatological disease, a case series. *Neuroimmunology Reports* [Internet]. 2022;2(100075):100075. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nerep.2022.100075>.

CC030

EL PACIENTE CON LUPUS QUE NO PUEDE CAMINAR ¿NEUROPATÍA O MIOPATÍA?

C.D. Ramos-Sarmiento, L.M. Saldarriaga-Rivera, D.A. Escobar-Paredes, E.S. Guzmán-Bedoya

Universidad Tecnológica de Pereira-UTP. Hospital Universitario San Jorge Pereira, Rda, Colombia

Introducción: La neuropatía periférica en el lupus tiene una prevalencia que oscila entre 2% y 32%; la forma más común es la polineuropatía axonal sensoriomotora.

Presentación del caso: Hombre de 59 años con diagnóstico de lupus, cuadro de debilidad progresiva de dos años de evolución, exacerbada cinco meses antes hasta causar postración; durante la estancia hospitalaria hay síndrome febril y dolor pleurítico, fuerza 2/5 en cuatro extremidades, hiporreflexia sin déficit sensitivo. RMN de neuroeje sin mielopatía compresiva. Anemia moderada microcítica, trombocitosis, PCR elevada, uroanálisis con hematuria microscópica, anti-DNA elevado, sin consumo de complemento; función renal, hepática, CPK, deshidrogenasa láctica y transaminasas normales. Paciente con crisis lúpica SLEDAI2k 17 puntos, tratamiento con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida. Dada la sospecha de miopatía respecto de la neuropatía se solicita biopsia muscular de vasto lateral que evidencia atrofia selectiva de fibras tipo 2, hallazgo indicativo de neuropatía; la electromiografía de cuatro extremidades revela patrón de polineuropatía axonal sensoriomotora de las cuatro extremidades grave.

Discusión: Es importante reconocer la neuropatía periférica vinculada con lupus, ya que es parte de los criterios diagnósticos SLICC y la clinimetría SLEDAI2K.

Conclusiones: El enfoque de debilidad simétrica en un paciente con LES exige un diagnóstico diferencial entre compromiso muscular o neuropático.

Bibliografía

1. Kakati S, Barman B, Ahmed SU, *et al.* Neurological manifestations in Systemic Lupus Erythematosus: a single centre study from North East India. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2017;11(1):OC05-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2017/23773.9280>.
2. Xianbin W, Mingyu W, Dong X, *et al.* Peripheral neuropathies due to systemic lupus erythematosus in China. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2015;94(11):e625. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000000625>.

CC031

EL ROSTRO DE LA DERMATOMIOSITIS: CASO CLÍNICO E IMPORTANCIA DEL PERFIL INMUNOLÓGICO

A.G. Jiménez-Lomelí, D.L. Crespo-Romo, M. Marín-Rosales

Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática caracterizada por mialgias, debilidad muscular proximal, lesiones cutáneas típicas, presencia de autoanticuerpos y es más frecuente en mujeres. Dado que es una miopatía inflamatoria, puede relacionarse con otras alteraciones; por lo tanto, es importante identificar el tipo, seleccionar el tratamiento y analizar el pronóstico. Su incidencia oscila entre 5 y 8,9 casos por millón de habitantes por año, sobre todo entre la cuarta y la sexta décadas de la vida. La sobrevida a los cinco años es del 75% a 90%.

Presentación del caso: Mujer de 55 años con antecedentes de madre finada por fibrosis pulmonar y una hermana fallecida por cáncer de mama. Sufrió quemadura de tercer grado 40 años antes y crisis convulsivas posteriores tratadas con anticonvulsivos. Inició ocho meses antes lesiones cutáneas maculares eritemato-violáceas, localizadas en cuero cabelludo, región

periocular, V del escote, tórax posterior, brazos y piernas. Con posterioridad se agregaron artralgiyas de carpos, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, y rodillas, así como debilidad muscular proximal de miembros pélvicos y torácicos, con limitación para levantarse de la silla y peinarse. La exploración física identificó las lesiones descritas (Figura 1A-E), crepitaciones finas en la base pulmonar derecha y 91 puntos de MMT8. Los estudios de laboratorio se muestran en la **Tabla 1**; la biopsia de piel indicó dermatitis de interfaz. La capilaroscopia reveló un patrón tipo escleroderma temprano con predominio de megacapilares y capilares *bushy*, consistente con fases más tardía y dermatomiositis. (Figura 1 F-G). Se contó con tamizaje para cáncer negativo.

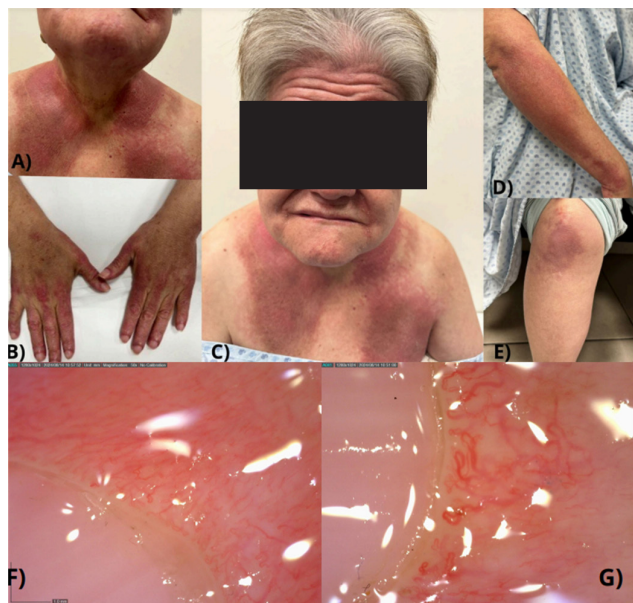
Discusión: El exantema característico de la dermatomiositis es un eritema generalizado con lesiones patognomónicas fotosensibles; en el presente caso, el exantema en heliotropo y las pápulas de Gottron son patognomónicas de la dermatomiositis que, junto con la disminución de la fuerza muscular, representan un total de 17,3 puntos en los criterios ACR/EULAR 2017 para miopatías inflamatorias idiopáticas. Debido a la presencia de anti-TIF-1γ (presente en 10% a 20% de los casos de miopatías) en este caso en particular se debe realizar búsqueda intencionada de neoplasia oculta.

Tabla 1. Auxiliares diagnósticos de relevancia. (CC031)

Prueba	Resultado	Valor de referencia
CPK	128 mcg/L	10-120 mcg/L
DHL	314 UI/L	105-340
PCR	6 mg/dL	< 5
ANA	1:100 AC-4	Negativo
Anti-TIF-1γ	200	0-10

Conclusiones: En los pacientes con dermatomiositis, las lesiones cutáneas típicas y dermatosis extensa y grave, acompañadas del anticuerpo anti-TIF-1γ, orientan firmemente al clínico al escrutinio de neoplasia oculta, tanto al momento del diagnóstico como a los seis meses por considerarse de alto riesgo. Esta paciente recibió tratamiento con dosis altas de esteroide, inmunomodulación a base de metotrexato (20 mg/sem), así como apoyo de terapia física, con mejoría de la gravedad de lesiones cutáneas.

Figura 1. (A) Signo del chal: poiquilodermia en tórax anterior. (B) Pápulas de Gottron. (C) Eritema en heliotropo. (D) Poiquilodermia en antebrazos. (E) Poiquilodermia extendida a miembros pélvicos. (F) Capilaroscopia con predominio en megacapilares. (G) Capilares *bushy* o en candelabro. (CC031)



Bibliografía

- Lundberg I, Fujimoto M, Vencovsky J, et al. Idiopathic inflammatory myopathies. Nature Reviews. 2021;7:1-22.

CC032

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL EN SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS

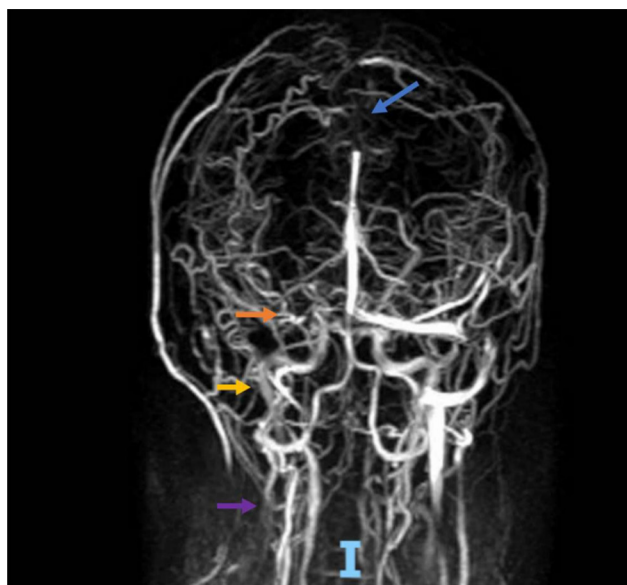
T.A. Luna-Zúñiga¹, G. Martínez-Flores², E. Cuevas-Orta³, A. Trinidad-Vanegas¹

⁽¹⁾Hospital Ángeles San Luis, ⁽²⁾Hospital General de Zona 252, IMSS, ⁽³⁾Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: El síndrome antifosfolípidos (SAF) es una enfermedad inmunomediada caracterizada por morbilidad en el embarazado y episodios trombóticos arteriales o venosos vinculados con anticuerpos antifosfolípidos positivos. La manifestación neurológica más común de SAF es el episodio vascular arterial cerebral isquémico que representa una elevada morbilidad y mortalidad, pero la trombosis venosa cerebral (TVC) es una rara forma de enfermedad cerebrovascular que suele aparecer en un 0,5% a 1% de todos los accidentes cerebrovasculares.

Presentación del caso: Paciente femenina de 39 años con antecedentes de migraña solo con tratamiento de rescate, dos cesáreas sin complicaciones y dos abortos (embarazo ectópico y huevo muerto retenido), sin otros padecimientos crónicos degenerativos. Inició el padecimiento siete días antes de su ingreso con cefalea hemicraneal derecha, EVA 10/10 tipo migrañoso con fotofobia y náusea en tratamiento con Aspirina forte® y ketorolaco sin mejoría. La exploración clínica reveló alerta con periodos de somnolencia y el resto de la exploración neurológica no identificó alteraciones, presión arterial normal y febrícula de 38°C. Los estudios paraclínicos solo mostraron leucocitosis leve y el resto de biometría hemática, química sanguínea, perfil hepático y examen de orina no registró alteraciones. La angiografía magnética de cráneo delineó zonas de hipointensidad en secuencia T2, FLAIR y susceptibilidad magnética en relación con trombosis venosa del seno sagital, transverso y sigmoideo derecho (Figura 1). Se realizó el abordaje de causas secundarias y se reconocieron anticuerpos antinucleares 1:40 con patrón nucleolar, anticuerpos anti-β2, glucoproteína IgG 1,42

Figura 1. Venografía por resonancia magnética que demuestra compromiso de la luz (trombosis) del seno venoso superior (flecha azul), transverso (flecha naranja) y sigmoideo (flecha amarilla) derecho que se extiende hasta la vena yugular derecha (flecha morada). (CC032)



(normal < 1) e IgM 2,93 (normal < 1) positivos, anticuerpos anticardiolipina IgG e IgM, anticoagulante lúpico, anti-DNA 0,23 (< 1), c-ANCA/PR3 0,46 (< 1), p-ANCA/MPO 0,68 (< 1), anticuerpos anti-SM 0,15 (< 1) negativos. De modo adicional, se cuantificaron valores de homocisteína, proteínas C y S, normales. Como parte del tratamiento se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular e hidroxicloerquina; sin embargo, el paciente persistió con episodios de cefalea intensa por lo cual se practicó venoplastia del seno transversal izquierdo con *stent* mediante telescopio y balón con disminución progresiva de la cefalea.

Discusión: La TVC es una rara manifestación neurológica del SAF y por tanto se requiere una agudeza diagnóstica para su identificación temprana ya que, a pesar de tener un mejor pronóstico comparado con los accidentes cerebrovasculares arteriales, muchos pacientes pueden experimentar síntomas crónicos residuales. El tratamiento debe orientarse de acuerdo con las guías para TVC y SAF que incluyen por lo general anticoagulación de largo plazo.

Conclusiones: A pesar de la extensión de la TVC, el control con anticoagulación y el tratamiento endovascular lograron que la paciente cursara con una evolución hacia la mejoría, sin secuelas significativas a corto y mediano plazos.

Bibliografía

1. Leal-Rato M, Bandeira M, Romão VC, *et al.* Neurologic manifestations of the antiphospholipid syndrome—an Update. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2021 Jun 14;21(8):41.
2. Jerez-Lienas A, Mathian A, Aboab J, *et al.* Cerebral vein thrombosis in the antiphospholipid syndrome: analysis of a series of 27 patients and review of the literature. *Brain Sci.* 2021. Dec 13;11(12):1641.

CC033

PRESENTACIÓN DE SÍNDROME DE TALLO COMO MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA EN UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BEHÇET

P.L. Ibarra-De la Torre, C.G. Ávalos-Fernández, A. Landeros-Sáenz, S.I. Viruete-Lerma, S. Cerpa-Cruz

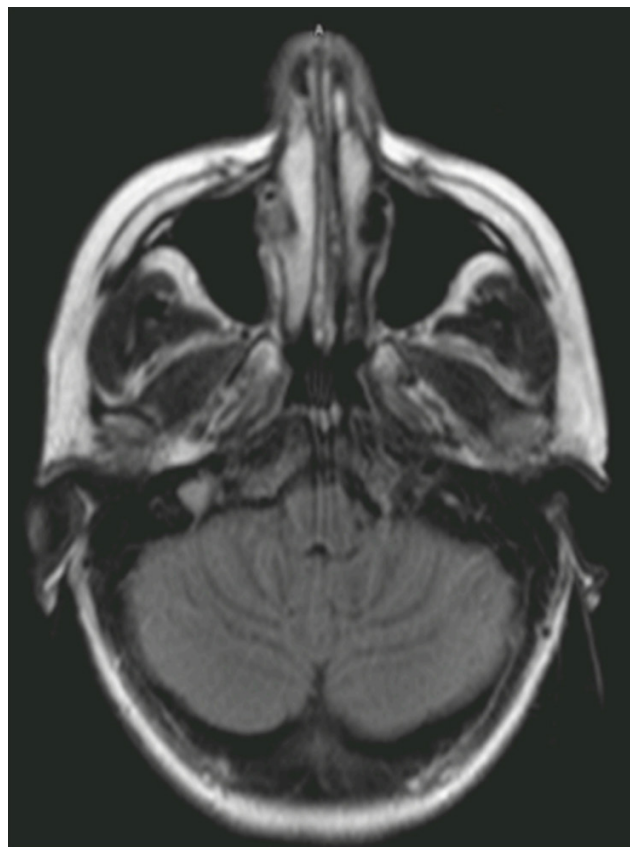
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La enfermedad de Behçet es un trastorno inflamatorio recurrente multisistémico de causa desconocida. En la forma neuro-Behçet, el SNC puede afectarse de dos formas: por el desarrollo de una meningoencefalitis inmunomediada, más frecuente, y como consecuencia de una trombosis en los senos venosos duros.

Presentación del caso: Paciente de 36 años con diagnóstico previo de enfermedad de Behçet desde seis años antes con presentación de aftosis recurrente oral y genital y pseudofoliculitis en la pierna izquierda. En esta ocasión acude por iniciar con cefalea occipital y frontal derecha (EVA 10), punzante, que se acompañó de mareo y vómito, además de dificultad para la bipedestación y la marcha y visión borrosa; horas más tarde se agrega desviación de la comisura labial y caída de párpado del lado izquierdo, así como pesantez del hemicuerpo del mismo lado junto con parestesias generalizadas. Exploración neurológica: funciones mentales superiores sin alteraciones, limitación de los movimientos oculares del ojo izquierdo, discreta limitación de los movimientos del tercer nervio craneal derecho, ptosis izquierda y afectación sensitiva y motora del trigémino izquierdo, paresia facial izquierda, limitada elevación del velo del paladar con predominio izquierdo, lengua desviada a la derecha, fuerza en extremidades derechas 4/5, extremidades izquierdas 3/5, reflejos ++/+++ en extremidades superiores, +++/++ en las inferiores, sin datos meníngeos. Estudios de laboratorio: LCR: leuco negativo, glucosa 72, microproteínas 22,700 mg/dL, Cl 115 mmol/L, DHL 29 U/L y cultivo de LCR: sin crecimiento. TAC de cráneo: hipodensidad en ambos hemisferios del cerebelo (Figura 1). Ante sospecha de neuro-Behçet, recibe dosis alta de glucocorticoides y ciclofosfamida, con adecuada respuesta al tratamiento.

Discusión: La afectación neurológica ocurre en el 9% de los casos, con la misma prevalencia en todas las zonas geográficas. El diagnóstico por imagen

Figura 1. (CC033)



muestra lesiones con realce que suelen desaparecer tras el tratamiento. Este consiste en esteroides e inmunosupresión. Hasta un 30% de pacientes tiene alteraciones neurológicas residuales y mortalidad a los 10 años < 10%. Sin embargo, casi una tercera parte de los pacientes sufre recaídas y otra tercera parte sigue una evolución neurológica.

Conclusiones: La afectación neurológica se presenta en el 9% de los casos. Es importante conocer las principales manifestaciones clínicas del neuro-Behçet, para instituir un tratamiento oportuno y evitar de esta manera las secuelas neurológicas.

Bibliografía

1. Siva A, Kantarci OH, Saip S, *et al.* Behçet's disease: diagnostic and prognostic aspects of neurological involvement. *Journal of Neurology.* 2001 Mar;248:95-103.
2. Borhani Haghghi A. Treatment of neuro-Behçet's disease: an update. *Expert Review of Neurotherapeutics.* 2009 Apr 1;9(4):565-74.

CC034

SARCOIDOSIS PERITONEAL

R.R. Pimentel-León

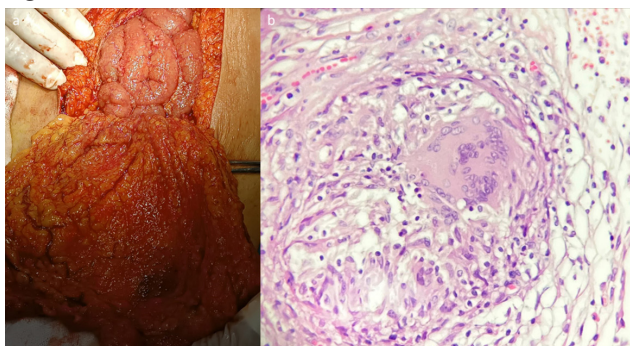
Hospital General de Zona No. 1

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad crónica multisistémica de causa desconocida que se caracteriza por granulomas epitelioides no caseificantes en el tejido afectado. Aunque esta alteración puede afectar a cualquier tejido, la localización peritoneal aislada es en verdad rara.

Presentación del caso: Paciente femenina de 47 años. Antecedentes de importancia: cesárea y ooforectomía por embarazo ectópico. Padecimiento de seis meses con dolor abdominal intermitente y ascitis de pequeño

volumen documentada por USG; se realizan estudios de extensión y se encuentra aumento de CA-125 (316) y la RMN demuestra mayor volumen de peritoneo y ascitis, por lo cual se practica LAPE diagnóstica por sospecha de cáncer primario de peritoneo; en el transoperatorio se identifican múltiples nódulos menores de 1 cm que recubren las correderas parietocólicas, la raíz de mesenterio, las cúpulas diafragmáticas, omento, serosa de intestino delgado y colon; en el informe histopatológico no se reconoce proceso maligno ni inflamatorio, con formación de granulomas (Figura 1). Con esos datos se la refiere a este servicio. Durante la evaluación solo hay persistencia del dolor abdominal intermitente en mesogastrio, sin predominio de horario o relación con alimentos o evacuaciones; la exploración física solo reconoce la cicatriz quirúrgica sin ningún otro dato patológico. Se solicitan estudios de extensión, con PPD, quantiferon, serología para *Brucella*, hepatitis B, C y HIV negativos; ANCA, FR, ANA y especificidades negativas, cifras de enzima convertidora de angiotensina en 65, persistencia de elevación de CA 125 (186), radiografía de tórax sin alteraciones, TAC de tórax con derrame pleural mínimo y la revisión de laminillas es negativa a PCR para TB. Se establece sarcoidosis peritoneal y se indica esteroide (1 mg/kg) con posterior reducción, más hidroxycloquina. Hoy en día se encuentra asintomática a 10 meses de seguimiento.

Figura 1. (CC034)



Discusión: La sarcoidosis gastrointestinal es una entidad rara, pero la limitada de manera exclusiva a peritoneo lo es aún más; solo se han descrito alrededor de 16 casos en todo el mundo, razón por la cual es importante este caso presentado. Se descartaron las causas más probables y se ha observado buena respuesta a los esteroides más HCQ, si bien en las publicaciones médicas responde en la mayoría de los casos exclusivamente a esteroides y en ocasiones remite de forma espontánea. El pronóstico se considera bueno y siempre debe descartarse enfermedad maligna dada la forma de presentación.

Conclusiones: La sarcoidosis peritoneal es una entidad rara y para su diagnóstico es necesario el estudio histopatológico. Se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con sospecha de neoplasia ovárica o peritoneal y en el abordaje de pacientes con ascitis.

Bibliografía

1. Uthman IW, Bizri AN, Khalifeh. Sarcoidosis peritoneal. *Sem Arthr Rheumat*. 2002;31:353.
2. Gómez-López CE, Arroyo-Prado I, Zaragoza-Valdez D, *et al*. Sarcoidosis peritoneal: reporte de un caso. *Rev Med MD*. 2016;7.8(3):205-216.

CC035

PRESENTACIÓN INUSUAL DE GLOMERULONEFRITIS CRIOGLOBULINÉMICA Y NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: AFECCIÓN RENAL DUAL CON HIPONATREMIA SEVERA

G. Gómez-Blas, L.I. Bonilla-Reséndiz, E.D. Alcocer-Altamirano
Hospital San José Moscati de Querétaro

80 *Reumatol Clin*. 2025;21 Sup.1

Introducción: La afectación renal en el síndrome de Sjögren primario (SSP) ocurre en el 5% a 14% de los casos y la nefritis tubulointersticial (NTI) es la manifestación más frecuente, hasta en el 75% de estos pacientes. Sin embargo, la glomerulonefritis membranoproliferativa (GMP) relacionada con crioglobulinemia puede observarse en un 9% de los casos y constituir una manifestación infrecuente, pero clínicamente relevante. Se presenta un caso atípico que combina GMP crioglobulinémica, NTI y una hiponatremia grave vinculada con este síndrome.

Presentación del caso: Mujer de 50 años con diagnóstico de síndrome de Sjögren (criterios ACR-EULAR 2016 con 8 puntos) desde 2020, quien había presentado síndrome seco oral y ocular junto con episodios intermitentes de vasculitis cutánea. Su tratamiento consistía en glucocorticoide, antipalúdico y azatioprina, pero con recidiva de las lesiones cutáneas. En septiembre de 2022 presentó náusea, astenia, vómito e intolerancia alimentaria, lo que obligó a su hospitalización. Se documentaron derrame pleural, crisis hipertensiva, edema de miembros pélvicos y, en el plano bioquímico, leucocitopenia, trombocitopenia, hipoalbuminemia e hiponatremia grave con deterioro de la función renal. Además, la paciente tenía proteinuria, hematuria y leucocituria, con una índice proteína-creatinina (IPC) de 1,869 mg/g. Durante la hospitalización se administraron soluciones hipertónicas, diuréticos y pulsos de metilprednisolona, seguidos de micofenolato de mofetilo (MMF). La biopsia renal confirmó glomerulonefritis membranoproliferativa crioglobulinémica y nefritis tubulointersticial activa. La paciente recibió el alta con mejoría clínica. En seguimiento ambulatorio se observó un descenso progresivo del índice proteína-creatinina y se mantuvo normotensa con resolución del edema periférico.

Discusión: Este caso es singular por la presentación dual de glomerulonefritis crioglobulinémica y nefritis tubulointersticial en un paciente con SSP, acompañado de una hiponatremia grave. Las manifestaciones renales típicas del SSP suelen ser predominantemente tubulointersticiales, mientras que la GMP es menos frecuente pero acompañada de peor pronóstico. El tratamiento de esta paciente fue exitoso con la administración de glucocorticoides y MMF, a pesar de la gravedad inicial y la hiponatremia grave. Aunque el rituximab fue una opción planteada, no se utilizó debido a limitaciones económicas, lo que resalta la necesidad de tratamientos accesibles para casos complejos de SSP.

Conclusiones: La combinación de GMP crioglobulinémica y NTI en SSP es una presentación rara pero clínicamente significativa. La pronta intervención con inmunosupresores permitió una mejoría notable en la paciente. Este caso señala la importancia de una evaluación renal exhaustiva en pacientes con SSP y la necesidad de opciones terapéuticas adecuadas para mejorar el pronóstico renal a largo plazo.

Bibliografía

1. François H, Mariette X. Renal involvement in primary Sjögren syndrome. *Nat Rev Nephrol*. 2016;12(2):82-93.
2. Jasiak M, Karras A, Le Guern V, *et al*. A multicentre study of 95 biopsy-proven cases of renal disease in primary Sjögren's syndrome. *Rheumatology (Oxford)*. 2017;56(3):362-370.
3. Anaya JM, Sarmiento-Monroy JC, García-Carrasco M. Síndrome de Sjögren. 2da ed. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2017.

CC036

LA SINFONÍA INMUNOLÓGICA DE IgG4: CUANDO RIÑÓN, PÁNCREAS Y VÍAS BILIARES TOCAN AL UNÍSONO

E.S. Guzmán-Bedoya, L.M. Saldarriaga-Rivera, D.A. Escobar-Paredes, A.E. Bernal-Barbosa, F.A. Machado-Gómez

Universidad Tecnológica de Pereira-UTP. Hospital Universitario San Jorge Pereira, Rda, Colombia

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 es de tipo crónico, inmunomediada y se reconoce por lesiones fibroinflamatorias o masas que pueden ocurrir en casi cualquier órgano.

Presentación del caso: Mujer de 51 años que ha sufrido múltiples episodios obstructivos biliares con insuficiencia pancreática exocrina. En 2019 fue objeto de nefrectomía izquierda por masa que comprometía

la totalidad del riñón, con informe de patología de nefritis intersticial crónica con zonas de fibroesclerosis y marcado infiltrado linfoplasmocitario e histiocitario. Dado el compromiso pancreatobiliar, pancreático y renal, se solicitó IgG4 sérica, que estaba elevada más de cinco veces el límite superior; además, se solicitó TEP-TC que reveló compromiso hipermetabólico sistémico multiorgánico nodal y extranodal indicativo de esta enfermedad.

Discusión: La ERG4 es un reto diagnóstico debido a la amplia variedad de formas en las que puede presentarse.

Conclusiones: Es fundamental considerar la enfermedad relacionada con IgG4 como parte del diagnóstico diferencial en pacientes con compromiso multiorgánico, en particular en los casos de afectación renal, biliar y pancreática.

Bibliografía

- Wallace ZS, Naden RP, Chari S, *et al.* The 2019 American College of Rheumatology/European league against rheumatism classification criteria for IgG4-related disease. *Arthritis & Rheumatology*. 2020;72(1):7-19.
- Chen LY, Mattman A, Seidman MA, Carruthers MN. IgG4-related disease: what a hematologist needs to know. *Haematologica*. 2019;104(3):444.

CC037

NEUMONÍA NECROSANTE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN EN POLIANGITIS MICROSCÓPICA: NO TODO ES COVID

D.A. González-Rodríguez¹, A. Reyes-Salinas¹, S.M. Carrillo-Vázquez², D.X. Xibille-Friedmann², C.V. Montiel-Castañeda¹

⁽¹⁾Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca José G. Parres

Introducción: La poliangitis microscópica (PAM) es una vasculitis necrosante de pequeños vasos relacionada con anticuerpos ANCA, que incluye otras anomalías como la granulomatosis con poliangitis (GPA). La capilaritis con hemorragia alveolar es la manifestación pulmonar más común, mientras que la enfermedad pulmonar intersticial, en especial la neumonía intersticial usual, es menos frecuente. Se presenta un caso de afectación pulmonar atípica.

Presentación del caso: Hombre de 54 años con antecedentes familiares de enfermedades autoinmunitarias, incluidos vitiligo en la rama materna y artritis reumatoide en dos hermanos. El paciente tiene un antecedente personal de vitiligo diagnosticado e hipotiroidismo. En abril de 2024 sufre tos con esputo hialino y epistaxis, además de aparición de máculas confluentes no evanescentes en los miembros inferiores pruriginosas. El trastorno evoluciona y se desarrolla tos en accesos, expectorante, cianótica y disnea, con hemoptisis, lo que obliga a su ingreso a urgencias. Los estudios de gabinete (**Figuras 1 a 3**) revelan condensación heterogénea en los segmentos S8-S10 del lóbulo derecho y se inicia un tratamiento antimicrobiano por sospecha de neumonía basal o COVID; sin embargo, ante una evolución tórpida por persistencia de la hemoptisis, se solicita la valoración del servicio de cirugía cardiotorácica, que decide practicar una toracotomía exploratoria. Durante la intervención se encuentra necrosis del parénquima y se realiza una segmentectomía de S7-S8. Se refiere mejoría sintomática, aunque persiste el descenso de hemoglobina y se excluye sangrado a otro nivel; se solicita un panel inmunológico que señala disminución de complemento y elevación de p-ANCA hasta 739 (20), lo que lleva a indicar una interconsulta. Se clasifica como poliangitis microscópica y, dado que hay afectación de órganos, se inicia inducción con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida. Tras los pulsos de metilprednisolona, el paciente muestra mejoría y el descenso de hemoglobina cesa.

Discusión: Este caso ilustra una presentación atípica de poliangitis microscópica (PAM) con afectación pulmonar significativa, manifestada en la forma de neumonía necrosante, que inicialmente se confundió con una infección pulmonar. La intervención quirúrgica y la inmunosupresión intensiva produjeron una notable mejoría clínica, lo que destaca la

importancia de considerar la vasculitis en diagnósticos diferenciales de neumonía atípica.

Conclusiones: La pronta identificación y el tratamiento dirigido son cruciales para mejorar el pronóstico en pacientes con PAM y manifestaciones pulmonares graves.

Bibliografía

- Berden A, Göceroglu A, Jayne D, *et al.* Diagnosis and management of ANCA associated vasculitis. *BMJ*. 2012;344:e26.2.
- Kallenberg CG. Key advances in the clinical approach to ANCA-associated vasculitis. *Nat Rev Rheumatol*. 2014;10:484-93.3.
- Gómez-Gómez A, Martínez-Martínez MU, Cuevas-Orta E, *et al.* Pulmonary manifestations of granulomatosis with polyangiitis. *Reumatol Clin*. 2014;10:288-93.6.
- Suppiah R, Robson JC, Grayson PC, *et al.*; DCVAS INVESTIGATORS. 2022 American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology classification criteria for microscopic polyangiitis. *Ann Rheum Dis*. 2022 Mar;81(3):321-326. doi: 10.1136/annrheumdis-2021-221796. Epub 2022 Feb 2. PMID: 351110332.

Figuras 1 y 2. Tomografía de tórax simple inicial en corte axial y reconstrucción tridimensional. Se observa consolidación basal derecha heterogénea con áreas de vidrio despolido izquierdo y quistes subpleurales. (CC037)



Figura 3. Tomografía de tórax simple en corte axial posterior al tratamiento médico. Se reconoce la ausencia de áreas de consolidación alveolar y se observan vidrio despolido, quistes subpleurales, así como bronquiectasias por tracción y un patrón en panal de abeja. (CC037)



CC038

IMPORTANCIA DE LA SEROSITIS COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

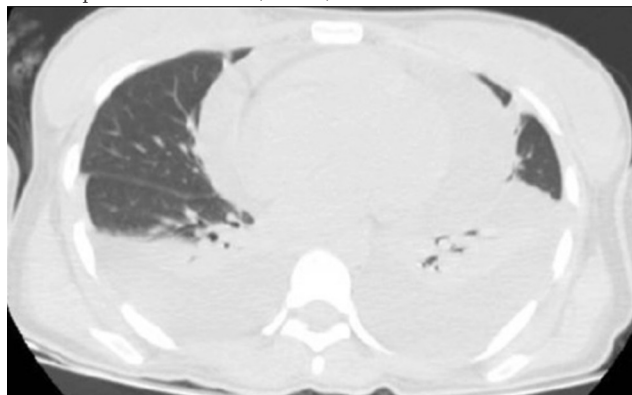
A. Hernández-Reyes, M.F. Mendoza-Rodríguez, A. Hernández-Delgado, G.A. Valero-Gaona

Hospital Juárez de México

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad del tejido conectivo que se distingue por la formación de complejos inmunitarios y anticuerpos dirigidos contra diferentes tejidos. La serositis es un síntoma relevante que forma parte de los criterios de clasificación LES del EULAR/ACR 2019; posee una prevalencia de 11% a 54% y representa parte importante de la morbilidad vinculada con la enfermedad.

Presentación del caso: Mujer de 19 años que niega comorbilidades. Inicia su padecimiento con edema periférico autolimitado, poliartralgias inflamatorias simétricas, no migratorias ni aditivas en articulaciones grandes y pequeñas de ocho meses de evolución, además de dolor precordial intermitente, progresivo y de intensidad 6/10 EVA, acompañado de disnea que avanza a pequeños esfuerzos y exacerbada antes de su ingreso hospitalario. Estudios paraclínicos: bilirrubina directa 0,18 mg/dL, bilirrubina total 0,35 mg/dL, calcio 8,2 mg/dL, cloro 107 mg/dL, potasio 4,7 mg/dL, sodio 136 mg/dL, creatinina 0,88 mg/dL, glucosa 80 mg/dL, urea 62 mg/dL, deshidrogenasa láctica 157 U/L, procalcitonina 0,24 ng/mL, colesterol 120 mg/dL, triglicéridos 227 mg/dL, ácido úrico 10,3 mg/dL, VSG 2 mm/h, PCR 11,9 mg/dL, leucocitos $3,60 \times 10^3/\text{ul}$, hemoglobina 10,6 g/dL, hematocrito 33%, plaquetas $347 \times 10^3/\text{ul}$, neutrófilos $2,73 \times 10^3/\text{ul}$, linfocitos $0,54 \times 10^3/\text{ul}$, C3 30 mg/dL, C4 7,35 mg/dL. Recolección de orina de 24 horas: depuración de creatinina 51,4 mL/min, proteínas totales negativas, microalbuminuria 31,2 mg/24 h. Panel ANA 1:10 000 en células Hep 2 con patrón nuclear homogéneo y citoplasmático reticular, anti-DSDNA ≤ 10 , anti-SM ≥ 200 , anti-SSA 75,07 U/mL, anti-SSB 4,87 U/mL, anti-B2 IgG 10,89 U/mL, anti-B2 IgM 22,75 U/mL, anticardiolipina IgG 79,22 U/mL, anticardiolipina IgM 12,37 U/mL. Anticoagulante lúpico 1,06. Coombs directo positivo. Radiografía de tórax: derrame pleural bilateral del 30%, cardiomegalia de grado IV, índice cardíaco 0,75 con silueta en forma de gota. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado, FEVI 58%, ventrículo derecho no dilatado, función sistólica conservada, TAPSE 20 mm, IT moderada, VRT 2,7 m/s, ITV 15, derrame pericárdico global máxima separación 10 mm, variabilidad ITV 19%, variabilidad transtricuspídea 27%, sin colapso de cavidades. Tomografía de cuello, tórax, abdomen y pelvis en fases simple y contrastada: áreas de condensación lobar obstructiva bilateral, de predominio izquierda, derrame pleural bilateral, derrame pericárdico extenso, y presencia de ganglios axilares bilaterales. Angiotomografía computarizada (**Figura 1**): sobrecarga de cavidades, derrame pericárdico de 31 mm, homogéneo, derrame pleural bilateral, izquierdo con máxima extensión intersticial, parénquima pulmonar normal, con adenomegalias axilares indicativas de proceso reactivo inflamatorio.

Figura 1. Tomografía de tórax en corte axial: derrame pleural bilateral y derrame pericárdico extenso. (CC038)



Discusión: La serositis es la inflamación de las membranas serosas, una manifestación clínica importante del LES; forma parte de los criterios de clasificación EULAR/ACR 2019 y representa actividad de la enfermedad en la calificación SLEDAI. La serositis es efecto de la formación de autoanticuerpos y la unión directa de los anticuerpos anti-dsDNA y complejos inmunitarios al mesotelio y las serosas que activan una respuesta inflamatoria. Con ello se encuentra una mayor prevalencia de trombocitopenia, leucocitopenia e hipocomplementemia en pacientes con serositis, que se correlacionan en el caso presentado al reunir características clínicas y bioquímicas.

Conclusiones: El reconocimiento de la serositis como manifestación lúpica es primordial, ya que representa actividad de la enfermedad y su presencia implica un efecto en la calidad de vida de los pacientes; por ello su diagnóstico y el tratamiento oportuno tienen importancia significativa en la reducción de la mortalidad y la morbilidad de LES.

Bibliografía

- Gimeno-Torres L, Carrión-Barberà I, Durán X, *et al.* Prevalence and risk factors for serositis in patients with systemic lupus erythematosus: a case-control study. *Lupus*. 2021;30(13):2095-2101.
- Zhao J, Bai W, Zhu P, *et al.* Chinese SLE treatment and research group (CSTAR) registry VII: prevalence and clinical significance of serositis in chinese patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2016;25(6):652-657.

CC039

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE CON EVOLUCIÓN A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE CASO

M.F. Mendoza-Rodríguez, G.A. Valero-Gaona, A. Hernández-Reyes, A. Hernández-Delgado, J.P. González-Castellanos

Hospital Juárez de México

Introducción: En el estudio de la trombocitopenia de causa autoinmunitaria destacan dos padecimientos de gran relevancia: el lupus eritematoso sistémico (LES) y la púrpura trombocitopénica inmunitaria (PTI). Aunque los cursos de ambos suelen ser independientes, en ocasiones pueden sobreponerse; en el LES, la trombocitopenia se relaciona de manera sólida con la presencia de anticuerpos anticardiolipina y anticoagulante lúpico, y su patogenia difiere de la PTI en relación con los anticuerpos y blancos participantes. Sin embargo, existe un porcentaje relativamente pequeño, aún poco definido, en el que la PTI puede preceder al desarrollo del LES.

Presentación del caso: Mujer de 22 años que cuenta con los siguientes datos. Antecedentes ginecoobstétricos de importancia: gestas, 2; partos, 0; abortos, 0; cesárea, 2; primera cesárea, 31/01/2020 (31 semanas de gestación por eclampsia); segunda cesárea, 15/08/24 (28,2 semanas de gestación); óbito. Se realiza cesárea por falta de progresión del trabajo de parto. Antecedentes personales patológicos: púrpura trombocitopénica inmunitaria diagnosticada en 2017 al cursar con trombocitopenia grave, en tratamiento con prednisona (5 mg/día). Padecimiento actual: inicia el día 26/08/24 con incremento de volumen de miembro pélvico derecho, acompañado de parestesias y dolor punzante, sin irradiación, con intensidad 9/10, que limita el movimiento. Acude a valoración; el ultrasonido de miembro pélvico derecho evidencia trombosis venosa profunda de vena safena y poplítea, y se indica tratamiento anticoagulante. Dos días después muestra taquicardia sinusal, sin dificultad respiratoria, e ingresa a la unidad de cuidados intensivos por alto riesgo de tromboembolia pulmonar, que se descarta por angiotomografía. Dado sus antecedentes y la evolución clínica se solicita anticuerpos para LES y síndrome de anticuerpo antifosfolípidos (SAF): BH: WBC $6,81 \times 10^3/\text{ul}$, Hb 12,0 g/dL, MCV 88,2 fL, PLT $77 \times 10^3/\text{ul}$, Neu $5,05 \times 10^3/\text{ul}$, linf $0,86 \times 10^3/\text{ul}$. Estudios de laboratorio: C3 146 mg/dL, C4 30 mg/dL, IgA 494 mg/dL, IgG 1490 mg/dL, IgM 143 mg/dL. Panel ANA: 1,000 patrón nuclear homogéneo, nuclear centromérico y citoplasmático reticular, anti-B2G1 IgG 119,26 UR/mL, anti-B2G1 IgM 85,91 UR/mL, anti-DSDNA 68,13 UI/mL, anti-Smith 68,13, anticardiolipina IgG < 2 U/mL, anticardiolipina IgM 7,97 U/mL, anticoagulante lúpico 3,6 s. Se administran tres pulsos de 250 mg de metilprednisolona, con

aumento del recuento plaquetario hasta valores normales. Se continuó tratamiento de mantenimiento con prednisona calculada a 0,5 mg/kg e hidroxilcloroquina a 200 mg/día. Se instituye tratamiento puente de anticoagulación de heparina de bajo peso molecular a acenocumarina.

Discusión: En la presentación clínica anterior, la PTI se diagnosticó siete años antes del desarrollo de manifestaciones clínicas de LES y SAF; esto, en relación con los casos notificados, concuerda con la persistencia de trombocitopenia al momento del diagnóstico. Sin embargo, aún ahora no se ha establecido un periodo de tiempo a partir del cual se esperen dichas manifestaciones, es decir, la vigilancia a partir del diagnóstico de PTI al desarrollo de LES tiene una variabilidad amplia y poco definida, ya que la sobreposición de ambas se calcula en 12% del total de casos de PTI.

Conclusiones: Si bien la PTI y el LES son dos espectros inmunitarios independientes, la exposición de casos en los que la PTI precede al LES abre nuevas líneas de investigación en el seguimiento de la evolución clínica de la PTI que permiten la identificación oportuna y a su vez la prevención de episodios clínicos característicos de LES y SAF.

Bibliografía

1. Pamuk ON, Ali SM, Hasni S. Development of systemic lupus erythematosus in patients with immune thrombocytopenic purpura: a systematic meta-analysis. *Autoimmun Rev.* 2023;22(4):103297.

CCo40

DERMATOMIOSITIS ANTI-MDA5 CON AFECCIÓN PULMONAR Y CUTÁNEA, REPORTE DE CASO

J.C. Ramírez-Sánchez¹, L.I. Hernández-Cruz², A.T. Campa-Ferrusca³

⁽¹⁾Hospital Central Ignacio Morones, SLP, ⁽²⁾Secretaría de Salud, ⁽³⁾ISSSTE

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son enfermedades del tejido conjuntivo, heterogéneas en características clínicas, patológicas y pronósticas. La dermatomiositis con anticuerpos contra la proteína 5 relacionada con diferenciación del melanoma (anti-MDA5) es un subtipo de la enfermedad que se vincula con tres fenotipos distintos: pulmonar, cutáneo-articular y vascular.

Presentación del caso: Paciente femenina de 44 años sin comorbilidades que presentó lesiones eritematosas atróficas, en cuero cabelludo y párpados, más alopecia. Reactantes inflamatorios negativos, anemia microcítica hipocrómica. Biopsia cutánea consistente con lupus discoide. Se inician hidroxilcloroquina, tacrolimus y esteroide tópicos; tres meses después sufre eritema en heliotropo y signo en V del escote, fenómeno de Raynaud y poliartritis. Anticuerpos antinucleares 1:80, moteado fino. Recibe prednisona. Seis meses después padece disnea, disfagia a líquidos, debilidad muscular de cintura escapular y pélvica, así como úlceras cutáneas en codos; anemia y linfopenia; creatina fosfocinasa, deshidrogenasa láctica y pruebas de función hepáticas normales; anticuerpos específicos para lupus eritematoso sistémico negativos; complemento normal, anticuerpo anti-MDA5 positivo; tomografía de tórax con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y electromiografía normal. Se prescriben metilprednisolona por tres días, ciclofosfamida (CFM) y rituximab (RTX). Resolución de úlceras cutáneas, sin manifestaciones sistémicas, sin citopenias. Continúa CFM; mantenimiento con metotrexato y azatioprina (AZA).

Discusión: Se desconoce la patogenia de la enfermedad. El anti-MDA5 se considera biomarcador específico de la enfermedad y favorece la producción de interferón 1 y citocinas proinflamatorias. Estos anticuerpos se presentan en 15% a 30% en MII. El diagnóstico requiere combinación de criterios de clasificación para dermatomiositis y detección de anticuerpos anti-MDA5. Las afecciones cutáneas tienen prevalencia similar a las de la dermatomiositis (eritema en heliotropo, facial, signo de V, signo del chal, pápulas de Gottron y manos de mecánico), además del fenotipo específico: pápulas palmares o laterales en dedos, sobre articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, de coloración central marfil y dolorosas, en relación con hiperqueratosis y úlceras cutáneas profundas sobre la pápula de Gottron, que afectan pulpa digital y pliegues ungueales, o sobre signo de Gottron de rodillas o codos. Son posibles gangrena y osteomielitis que llevan a la amputación. Menos frecuentes son úlceras orales, paniculitis, alopecia y eritema flagelado. Pueden preceder al menos

seis meses a los signos de daño muscular. El compromiso muscular proximal puede ser leve o nulo. La artritis en 42% a 82% simétrica no es casi nunca erosiva. La disfagia es rara y el riesgo de neoplasias < 5%. La EPI tiene prevalencia de 40% a 100%; los patrones detectables por tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) incluyen neumonía organizada, neumonía intersticial inespecífica y neumonía intersticial inespecífica organizada superpuestas. Un cambio de patrón pulmonar por TCAR es característico de EPI de rápida progresión RP-EPI, con mala respuesta al tratamiento y mortalidad a seis meses de 40%. Tratamiento: los glucocorticoides (GC) son la modalidad regular. La EPI aguda/subaguda requiere combinación de metilprednisolona con CFM, con eficacia de 50% a dos años. GC más AZA ofrecen mejoría de disnea y función pulmonar durante 12 meses. El RTX en la enfermedad refractaria demostró mejoría de la función pulmonar y el patrón TACAR después de uno a tres años; es particularmente eficaz en casos resistentes y de rápida progresión. **Conclusiones:** La DM-anti-MDA5, un subtipo raro de dermatomiositis, suele tener pronóstico adverso pulmonar, que requiere tratamiento inmunosupresor combinado.

Bibliografía

1. Wu W, Guo L, Fu Y, *et al.* Interstitial lung disease in anti-MDA5 positive dermatomyositis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2021 Apr;60(2):293-304.
2. Nombel A, Fabien N, Coutant F. Dermatomyositis with anti-MDA5 antibodies: Bioclinical features, pathogenesis and emerging therapies. *Front Immunol.* 2021 Oct 20;12:773352.
3. Schmidt J. Current classification and management of inflammatory myopathies. *J Neuromuscul Dis.* 2018;5(2):109-29.
4. Lu X, Peng Q, Wang G. Anti-MDA5 antibody-positive dermatomyositis: pathogenesis and clinical progress. *Nat Rev Rheumatol.* 2023;20(1):48-62.
5. Fujisawa T. Management of myositis-associated interstitial lung disease. *Medicina (Kaunas).* 2021 Apr 3;57(4):347.
6. Romasello R, Giordano G, Romano F, *et al.* Immune thrombocytopenia in antiphospholipid syndrome: Is it primary or secondary. *Biomedicines.* 2021 Sep 6;9(9):1170.

CCo41

ENFERMEDAD DE STILL DE INICIO EN EL ADULTO: LA IMPORTANCIA CLÍNICA DE RECONOCER SUS DIVERSAS MANIFESTACIONES

J.H. Hurtado-Díaz, M.L. Espinoza-Sánchez, M.F. Hernández-Cabrera

Hospital General Regional Número 220, Toluca, Estado de México

Introducción: La enfermedad de Still de inicio en el adulto (ESA) se presenta en individuos caucásicos de 16 a 35 años. Su causa se desconoce, pero se vincula con HLA-II, DR2, 4, 7 y Bw35. Sus síntomas tienen inicio agudo con fiebre en agujas, exantema maculopapular y eritematoso de aspecto asalmonado, evanescente y pruriginoso, artralgias, artritis con patrón poliarticular, simétrico y migratorio, mialgias y adenopatías. El 90% de los pacientes sufre anemia, leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis, elevación de transaminasas e hiperferritinemia. El factor reumatoide y los anticuerpos antinucleares son negativos. Su diagnóstico es de exclusión.

Presentación del caso: Mujer de 50 años que inició tres semanas antes de su ingreso con fiebre vespertina de 39°C intermitente, acompañada de astenia, adinamia, artralgias de rodillas y carpos, adenopatías cervicales e inguinales blandas, móviles, no dolorosas, no fijadas a planos profundos, así como lesiones maculopapulares eritematosas, pruriginosas, con huellas de rascado y descamación en mejillas, frente, tórax anterior y posterior, brazos y región extensora de codos y rodillas (**Figura 1**). A su ingreso mostró leucocitosis 18 800 K/mL a expensas de neutrófilos, hemoglobina 9,1 mg/dL, elevación de PCR 30,75 mg/L, VSG 40 mm/h y DHL1 266 U/L. Se registraron cultivos de sangre y orina sin desarrollo y serología viral para hepatitis B, C y HIV negativa. No experimentó mejoría con el ciclo antimicrobiano empírico, por lo que se descartó causa infecciosa de manera razonable. Ante la persistencia de fiebre de alto grado en relación con exantema, adenopatías y artralgias, se consideró probable una causa

neoplásica o inmunológica, por lo que se realizaron estudios complementarios. La tomografía toracoabdominopélvica identificó ganglios cervicotorácicos, axilares e inguinales, hepatomegalia y esplenomegalia (**Figura 1**). Los anticuerpos antinucleares, anti-Ro, anti-La, factor reumatoide, anti-CCP y anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos fueron negativos; con complemento C3 y C4 normal, hiperferritinemia 1 675 ng/ml E hiper-gammaglobulinemia IgG 1 769 mg/dL. La biopsia de ganglio inguinal descartó neoplasia e infecciones por micobacterias. Por último, al descartarse las causas infecciosas, neoplásicas y autoinmunitarias, se consideró el diagnóstico de enfermedad de Still, que satisfizo seis criterios de Yamaguchi (**Tabla 1**) (cuatro mayores y dos menores), así como los tres criterios de exclusión y seis criterios de Fautrel (cuatro mayores y dos menores). Se decidió iniciar glucocorticoides a dosis de 1 mg/kg/día con lo que se consiguió remisión del síndrome febril y las lesiones cutáneas en las primeras 24 horas, con disminución de reactantes de fase aguda y regresión de adenopatías y hepatoesplenomegalia. La paciente ha evolucionado de forma satisfactoria; actualmente se halla bajo tratamiento de mantenimiento con metotrexato a 15 mg/sem y dosis de reducción de glucocorticoides.

Figura 1. (A) Exantema maculopapular eritematoso en frente y mejillas. (B) Exantema con huellas de rascado y liquenificación. (C) Exantema asalmonado en la región extensora de las rodillas. (D) Tomografía simple de tórax que muestra múltiples adenopatías axilares bilaterales. (E) Tomografía simple de abdomen que revela hepatoesplenomegalia. (CC041)

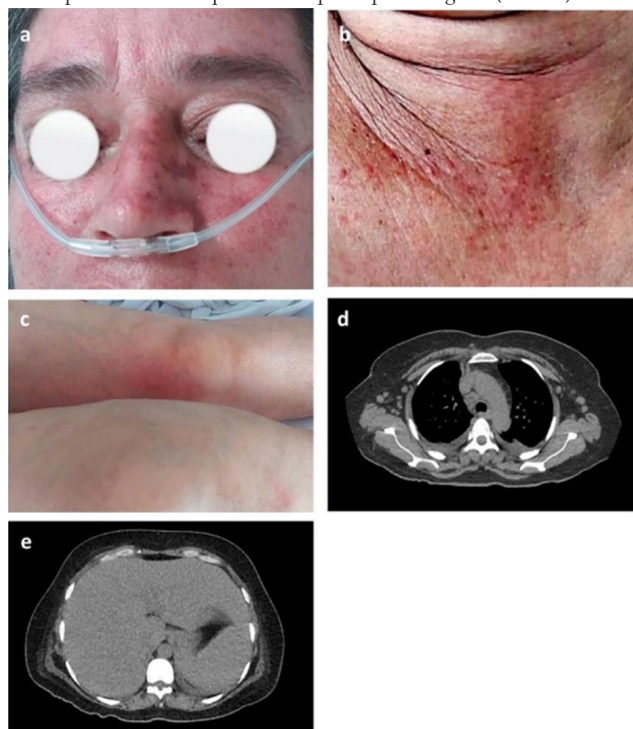


Tabla 1. Criterios diagnósticos de la enfermedad de Still del adulto (Yamaguchi). (CC041)

Criterios mayores	Criterios menores
<ul style="list-style-type: none"> Fiebre > 39°C por lo menos 1 semana Artralgias durante un mínimo de 2 semanas Erupción cutánea característica Leucocitosis (> 10 000 mL) con 80% de neutrofilia 	<ul style="list-style-type: none"> Odinofagia Adenopatías o esplenomegalia Alteraciones de la biología hepática Ausencia de anticuerpos antinucleares y factor reumatoide
Criterios de exclusión	
<ul style="list-style-type: none"> Infecciones: sepsis y mononucleosis infecciosa Neoplasias: en particular linfomas Enfermedades sistémicas 	
Se deben cumplir cinco o más criterios, dos de los cuales deben ser mayores y sin ningún criterio de exclusión.	

Discusión: El diagnóstico representó varios retos. En primer lugar, dada la presencia de fiebre, exantema, adenopatías, hepatoesplenomegalia y leucocitosis, se sospechó inicialmente proceso infeccioso. En segundo lugar, había múltiples huellas de rascado, con lesiones en fase de costra y liquenificación, de tal modo que el carácter evanescente y el color salmón rosado típicos del exantema del residente no resultaron evidentes de forma inicial. Por otro lado, la odinofagia que se describe en 70% de los casos, y que precede al resto de las manifestaciones y forma parte de los criterios de Yamaguchi, no se identificó. Por último, su grupo etario y la baja prevalencia favorecieron su baja sospecha y convirtieron este caso en un reto diagnóstico.

Conclusiones: Debe recordarse que es una enfermedad rara y de exclusión, con un espectro amplio de manifestaciones. Es fundamental su difusión para establecer el diagnóstico e instituir el tratamiento oportuno.

Bibliografía

- Giacomelli R, Ruscitti P, Shoenfeld Y. A comprehensive review on adult onset Still's disease. *J Autoimmun.* 2018 Sep;93:24-36. doi: 10.1016/j.jaut.2018.07.018. Epub 2018 Aug 1. PMID: 30077425.

CC042

CEFALEA Y FIEBRE: MÁS ALLÁ DE LA NEUROINFECCIÓN

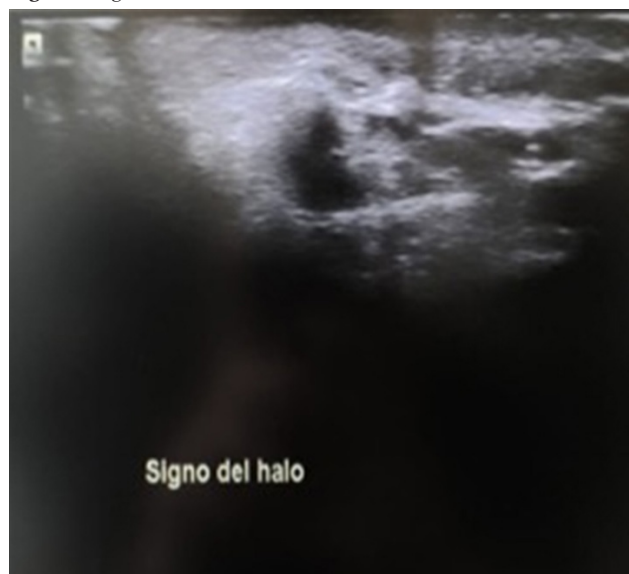
C.D. Ramos-Sarmiento, L.M. Saldarriaga-Rivera, D.A. Escobar-Paredes, E.S. Guzmán-Bedoya

Universidad Tecnológica de Pereira-UTP. Hospital Universitario San Jorge Pereira, Rda, Colombia

Introducción: La arteritis de células gigantes es la vasculitis primaria más común en pacientes mayores de 50 años; se trata de una enfermedad crónica inflamatoria granulomatosa de la que se reconocen dos fenotipos: típica con compromiso craneal y extracraneal de grandes vasos.

Presentación del caso: Paciente masculino de 57 años con cuadro consistente en fatiga, fiebre subjetiva, cefalea frontotemporal bilateral, claudicación mandibular, dolor de cintura escapular y pélvica y dolor en falanges proximales. Se descartaron causas infecciosas, pero llamaban la atención PCR y VSG francamente elevadas, con factor reumatoide negativo. Destacaban asimismo arterias temporales dilatadas con dolor a la palpación, por lo que ante la elevación de reactantes de fase aguda se consideró posible la arteritis de células gigantes (ACG); el Doppler arterial mostró el signo del halo positivo en arterias temporales (**Figuras 1**), lo que estableció el diagnóstico.

Figura 1. Signo del halo. (CC042)



Discusión: Se presenta un interesante caso de una cefalea *de novo* con banderas rojas, edad mayor de 50 años, síntomas constitucionales y fiebre. En este contexto siempre es importante una buena exploración física.

Conclusiones: Dentro del enfoque de una cefalea con fiebre es importante considerar el diagnóstico de arteritis de células gigantes después de descartar un componente infeccioso y los marcadores de inflamación elevados, además de apoyarse en el estudio de las arterias temporales y la ecografía para determinar un diagnóstico oportuno.

Bibliografía

- Guittet L, de Boysson H, Cerasuolo D, *et al.* Whole-country and regional incidences of giant cell arteritis in French continental and overseas territories: A 7-year nationwide database analysis. *ACR Open Rheumatol* [Internet]. 2022;4(9):753-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/acr2.114>
- Kudraszew E, Nowakowska-Plaza A, Wroński J, *et al.* Cranial and extracranial manifestations of giant cell arteritis: a single-center observational study. *Rheumatol Int* [Internet]. 2024;44(8):1529-34.

CC043

EL DEBUT NEUROLÓGICO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. UN RETO DIAGNÓSTICO

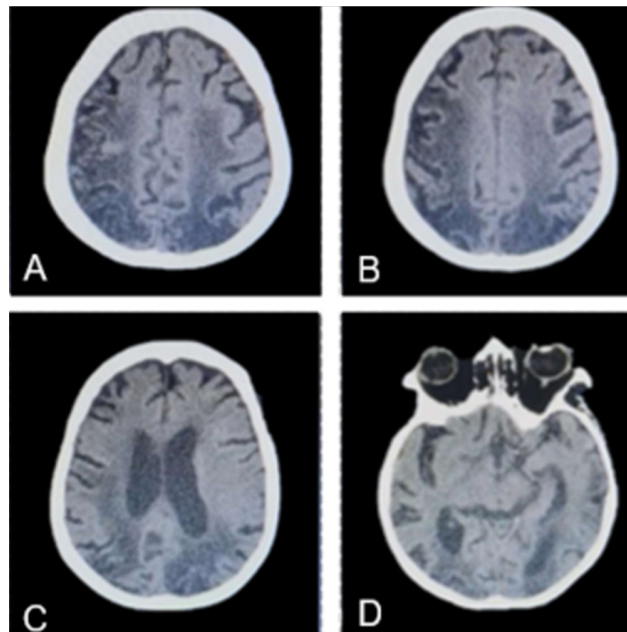
M. Valdivieso-Ruiz Guiescanda¹, R. Muñoz-Roa², V.H. García-López³, F. Cerda-Tellez¹

⁽¹⁾Hospital General Xoco, ⁽²⁾Hospital General Tecomán, ⁽³⁾Hospital General Tláhuac

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) se caracteriza por disfunción inmunológica cuyo efecto en la morbilidad y mortalidad depende de su presentación clínica heterogénea. Sus manifestaciones principales son cutáneas y renales, pero pocas veces se documentan los hallazgos neurológicos, sobre todo al inicio de la enfermedad, cuando los datos clínicos y paraclínicos dificultan su identificación temprana y por tanto la institución de un tratamiento oportuno para mejorar el pronóstico del paciente.

Presentación del caso: Paciente femenina de 53 años originaria y residente de la Ciudad de México, con antecedente de hipertensión arterial sistémica en tratamiento con ARA II, hospitalizada en mayo del 2023 por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a influenza tipo B que requirió ventilación mecánica no invasiva. A su ingreso destacan dolor poliarticular en articulaciones metacarpofalángicas distales y manos en garra, así como esclerodactilia, ictericia ++ en escleras y mucosas; se documentó hiperbilirrubinemia de 8,24 mg/dL con patrón colestásico, por lo cual se investigaron datos de obstrucción. Se identificaron esteatosis hepática grave y litiasis vesicular mediante ultrasonografía de hígado y vías biliares. Egresó a domicilio con seguimiento posterior en el que se registran anticuerpos ANA y anti-DNA positivos, además de valores de complemento C3 75,6 mg/dL, C4 14 mg/dL, anticoagulante lúpico 0,98, así como anticuerpos antinucleares con patrón nuclear homogéneo 1:280, centriolar 1:2,560, puntos nucleares múltiples 1:2,560, antimitocondriales 88,4, por lo que se inicia tratamiento con ácido ursodesoxicólico y esteroides. Reingresa en junio de 2023 por deterioro del estado de alerta de forma súbita; la exploración neurológica muestra una escala de FOUR de 9 puntos y NIHSS de 26 puntos, pupila izquierda hiporrefléctica, con fuerza muscular 3/5 de Daniels en las cuatro extremidades, REM ++/++++, reflejos de Babinski y sucedáneos ausentes, sin datos de focalización. Estudios de laboratorio relevantes: hemoglobina 9,2 g/dL, Hto 35%, VCM 97f, HBCM 33pg, plaquetas 88 x 10³/μL, albúmina 2,7 g/dL, bilirrubina total 6,7 mg/dL, bilirrubina directa 3,9 mg/dL, bilirrubina indirecta 2,8 mg/dL, AST 90 U/L, ALT 35 U/L, GGT 295 U/L, FA 206 U/L, TP 14s, TTP 46s, INR 1,2, DHL 204 U/L, PCR 29,2 mg/dL. La tomografía simple de cráneo (**Figura 1**) revela múltiples lesiones hipodensas en la región occipital derecha e izquierda, así como la región parietal cortical izquierda, con atrofia cortical generalizada y ventriculomegalia bilateral; se calcula un SLEDAI-K de 21 puntos y se inicia tratamiento con metilprednisolona, con mejoría progresiva del estado neurológico, y se administra también hidroxycloloquina con posterior ajuste a micofenolato.

Figura 1. Tomografía de cráneo simple en corte transversal en la que se observan lesiones hipodensas occipitales bilaterales con atrofia cortical (A); lesión hipodensa en la región parietal derecha (B); ventriculomegalia (C); hiperdensidad de la arteria cerebral media bilateral con hipodensidad occipital (D). (CC043)



Discusión: Se ha descrito que el LES neuropsiquiátrico es más frecuente en mujeres y forma parte de las primeras manifestaciones de la enfermedad, pese a lo cual su diagnóstico es todavía limitado por la falta de biomarcadores precisos. La enfermedad cerebrovascular, las neuropatías, los estados confusionales agudos y los trastornos convulsivos son las manifestaciones más frecuentes, por lo que la sospecha clínica con apoyo de estudios de imagen puede favorecer el tratamiento temprano y mejorar el pronóstico del paciente.

Conclusiones: En los pacientes con LES, que inician con signos neurológicos, la clínica y los estudios de imagen facilitan las decisiones para iniciar tratamiento oportuno con mejoría del pronóstico.

Bibliografía

- Sarwar S, Mohamed AS, Rogers S, *et al.* Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: a 2021 update on diagnosis, management, and current challenges. *Cureus*. 2021;13(9):e17969.
- Tani C, Elefante E, Arnaud L, *et al.* Rare clinical manifestations in systemic lupus erythematosus: a review on frequency and clinical presentation. *Clin Exp Rheumatol*. 2022;40 Suppl 134(5):93-102.

CC044

CRISIS DE AUSENCIA COMO MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA CENTRAL EXTRAGLANDULAR DE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. REPORTE DE CASO

I. Gámez-Saiz¹, L.C. Ruiz-Figueroa¹, M.B. Bernal-Enríquez², J.L. Duarte-Quintero¹, F.M. Barrera-Velarde¹

⁽¹⁾Unidad Médica de Alta Especialidad No. 2, ⁽²⁾Hospital Regional No. 1 Obregón, Sonora

Introducción: El síndrome de Sjögren primario es una enfermedad autoinmunitaria sistémica que se caracteriza por infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas. Las manifestaciones neurológicas se dividen en centrales y periféricas. Las proteínas Ro y La se encuentran en las neuronas, por

lo que la presencia de anti-Ro/La en pacientes con afectación neurológica constituye un argumento a favor de su papel en la patogenia. Las manifestaciones clínicas de causa central más frecuentes, con una prevalencia del 2%, son déficits focales y difusos, neuropatía óptica retrobulbar, afectaciones de las funciones cognitivas, meningoencefalitis, entre otras.

Presentación del caso: Hombre de 49 años con síndrome de Sjögren primario con un año de evolución y manifestaciones extraglandulares de afectación renal en TSR; diálisis peritoneal con diagnóstico de glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Comienza el padecimiento actual con dolor torácico atípico, diagnosticado con pericarditis, tratado con AINE y coluquicina. Una semana después sufre en la hospitalización crisis convulsivas de tipo ausencia, psicosis caracterizada por alucinaciones visuales y auditivas, y períodos fluctuantes de agresividad. Exploración física: neurológica: FOUR de 14 puntos, funciones cerebrales superiores no valorables por períodos de agresividad, reflejo fotomotor y consensual presente y pupilas isocóricas con respuesta a la luz. Sensibilidad sin alteraciones, fuerza de extremidades superiores e inferiores 5/5 en MRC, marcha sin alteraciones. Babinski negativo y reflejos osteotendinosos sin alteraciones. El resto de la exploración no revela anomalías ni rigidez de nuca. El abordaje diagnóstico descarta causas vasculares, infecciosas y metabólicas. Estudios de laboratorio: anti-Ro y anti-La > 200, panel inmunológico para lupus, vasculitis y artritis reumatoide negativos. Función renal alterada por la enfermedad subyacente, procalcitonina negativa y hemocultivos. Estudio citológico: líquido cefalorraquídeo transparente, glucosa 54, proteínas 24, sin células, tinta china, Gram negativo, KOH y cultivo negativo. Hemoglobina 6,7 que causa inflamatoria, leucos 8,9, neutro 7,7, linfopenia 0,5 y VSG 67. La tomografía de cráneo no revela alteraciones (**Figura 1**). Se inicia tratamiento con inmunoglobulina (2 g por kilogramo de peso) y se consigue mejoría de las manifestaciones neuropsiquiátricas-neurológicas en menos de 24 horas. El paciente egresa tras un mes de hospitalización con un ESSDAI para Sjögren de 4 puntos, con prednisona (25 mg/día), azatioprina (50 mg (8 h)) y cloroquina (150 mg/día).

Discusión: La relevancia de este caso radica en la escasa prevalencia de las manifestaciones neurológicas de tipo central de esta enfermedad. El amplio espectro posible de presentación y la demora en el tratamiento producen la aplicación de medidas médicas erróneas y secuelas neurológicas en la mayoría de los casos.

Conclusiones: El correcto diagnóstico y el tratamiento de las manifestaciones de los sistemas nerviosos central y periférico de las enfermedades

Figura 1. La tomografía no identifica sangrado intracraneal, colecciones extraaxiales, ventriculomegalia o desviación de la línea media. (CC044)



autoinmunitarias evitan desenlaces letales y comorbilidades que afectan la calidad de vida de las personas jóvenes en la mayor parte de los casos, lo que causa en muchos casos discapacidades.

Bibliografía

1. Palleti SK, Picken MM, Wadhwa A. Sjögren's syndrome overlap with lupus nephritis: a case report and literature review of a rare entity. *Cureus* [Internet]. 2023.
2. Kivity S, et al. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: pathogenesis and biomarkers. *BMC Medicine*. 2015;13(1):43.
3. Perzyńska-Mazan J, Maślińska M, Gasik R. Neurological manifestations of primary Sjögren's syndrome. *Reumatología*. 2018;56(2):99-105.

CC045

SOBREPOSICIÓN DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL Y LUPUS JUVENIL (RUPUS). REPORTE DE UN CASO

S.L. Tovar-Martínez, E. Ibarra-Gutiérrez

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

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) constituye la principal causa de enfermedad reumática en pediatría, con una incidencia de 1,6 a 23 casos por cada 100 000 niños menores de 16 años. El lupus eritematoso sistémico (LES) representa la segunda enfermedad reumática en importancia en niños con el 20% del total de casos. Ambas entidades cursan con mecanismos etiopatogénicos autoinmunitarios y comparten algunas características clínicas, en particular el compromiso articular. En pacientes adultos se conoce bien la sobreposición de artritis reumatoide con LES (rupus). Por el contrario, esta relación en el paciente pediátrico, aunque existe, no es tan reconocida dada su baja frecuencia. Se presenta un caso de esta sobreposición en una paciente pediátrica de ocho años con el objetivo de mencionar sus características clínicas y considerar que existe esta sobreposición en la población pediátrica.

Presentación del caso: Paciente femenina de ocho años con antecedente de AIJ, variedad poliarticular, con factor reumatoide negativo, desde abril de 2023, y quien se hallaba bajo tratamiento a base de metotrexato y prednisona. En la última semana de junio solicitó evaluación por un cuadro de un mes de evolución caracterizado por edema bupalpebral, de predominio matutino, y edema en miembros pélvicos, sin fiebre, dolor, malestar general, lesiones cutáneas o más síntomas. La exploración física inicial confirma el edema en los sitios mencionados y se documentó normalidad en el resto de los parámetros. Los estudios clínicos iniciales (27/6/24) documentaron BH en normalidad, química sanguínea con glucosa 110 mg/dL, urea 96,9 mg/dL, BUN 45,25 mg/dL, creatinina 0,4 mg/dL, colesterol 487,2 mg/dL, albúmina 1,2 g/dL, ALT 51 U/L, AST 169 U/L, triglicéridos 645,2 mg/dL; EGO con proteinuria de 500 mg/dL y hemoglobinuria de 250 mg/dL. Estudios del 28/6/24: valores de complemento con C3 29,4 mg/dL y C4 3,1 mg/dL. Por último, los del 1/7/24 revelan depuración de creatinina de 96,47 mL/min, volumen urinario de 400 mL, con una proteinuria en orina de 24 horas de 220 mg/día. Se la envía a esta unidad para evaluación por el servicio de nefrología ante sospecha de síndrome nefrótico relacionado y se confirma el diagnóstico de LES al demostrar serología positiva con ANA en 1:320 y anti-DNA positivo. Se constata la sospecha de la sobreposición de LES con AIJ y se inició tratamiento de inducción a remisión dirigido a la nefritis lúpica.

Discusión: La relación AIJ-LES en niños no tiene una clara definición como en los adultos y existe evidencia de que estos pacientes tienen un curso y un pronóstico diferentes respecto de los sujetos con AIJ o LES por separado. Dada su escasa frecuencia puede subdiagnosticarse. La serie más grande y reciente describió los casos de 81 pacientes en un estudio multicéntrico en 2024 y señaló que existen diferencias en relación con los adultos, por ejemplo, que la artritis es menos erosiva, más asimétrica e incluso asintomática en ocasiones. En cuanto a las manifestaciones del LES, las más comunes en niños con rupus son cutáneas, hematológicas y renales. No se conocen estudios en niños respecto del pronóstico, pero en esa serie 66% de los pacientes alcanzó remisión completa y 19% remisión parcial bajo tratamiento.

Conclusiones: El lupus no es una sobreposición descrita con frecuencia en la población pediátrica, pero existe. Se presentó un caso con dicha relación para describir las características clínicas de una paciente y considerar esta posibilidad en casos futuros.

Bibliografía

1. Long AM, Marston B. Juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Rev.* 2023;44(10):565-577.
2. Vargas Q, Rodríguez E, Gutiérrez R, *et al.* Artritis idiopática juvenil: manifestaciones clínicas y tratamiento. *Med Leg Costa Rica.* 2020;37(1):45-53.

CC046

ENTRE ARTICULACIONES Y LATIDOS: EL VÍNCULO ENTRE ARTRITIS REUMATOIDE Y CORAZÓN

E.S. Guzmán-Bedoya, L.M. Saldarriaga-Rivera, D.A. Escobar-Paredes, L.M. García-Zuluaga, C.D. Ramos-Sarmiento

Universidad Tecnológica de Pereira-UTP Hospital Universitario San Jorge Pereira, Rda, Colombia

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria que tiene mayor riesgo de enfermedades cardíacas isquémicas y no isquémicas.

Presentación del caso: Mujer de 57 años seropositiva a AR, con dolor torácico opresivo. El ecocardiograma de estrés con dobutamina es positivo para inducción de isquemia miocárdica de los segmentos basal y medial del tabique interventricular y el segmento basal de la pared inferior con función sistólica conservada del ventrículo izquierdo de 55%. La cardi resonancia muestra compromiso miocárdico, perfusión en reposo con defecto en anillo endocárdico indicativa de isquemia microvascular consistente con infarto agudo de miocardio, sin lesiones coronarias obstructivas, y pericarditis concomitante.

Discusión: En la AR, la enfermedad cardiovascular es la causa más común de muerte prematura (30%-60%).

Conclusiones: La AR eleva el riesgo de enfermedades cardiovasculares, como infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y ECV, lo que convierte al corazón en un órgano vulnerable.

Bibliografía

1. Di Matteo A, Bathon JM, Emery P. Rheumatoid arthritis. *Lancet.* 2023;402(10416):2019-33.
2. Rezuş E, Macovei LA, Burlui AM, *et al.* Ischemic heart disease and rheumatoid arthritis-two conditions, the same background. *Life.* 2021; 11(10):1042.

CC047

DERRAME PLEURAL RECURRENTE CON POBRE RESPUESTA A TRATAMIENTO EN UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO INICIAL DE LUPUS

N.N. Del Real-Aldana, L.D. Fajardo-Hermosillo, E. García-Rojas, A. Delgado-Velázquez, G. Echeverría-González

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El compromiso pleural del lupus eritematoso generalizado (LEG) se presenta en un 60%, manifestado por dolor pleurítico, con o sin derrame. Este es con frecuencia un exudado con distribución bilateral. La pleuritis lúpica responde de modo favorable a los esteroides. Ante la falta de respuesta al tratamiento, deben considerarse diagnósticos diferenciales, como tromboembolia pulmonar, síndrome nefrótico, insuficiencia cardíaca, neoplasias e infecciones, entre estas últimas la tuberculosis (TB). La TB pleural tiene una prevalencia < 5% y representa un reto diagnóstico, dado

que es posible reconocer el bacilo en el líquido o biopsias pleurales en solo < 10%, además de que los cultivos son de difícil acceso y pobre sensibilidad. En contraste, las pruebas como la adenosindeaminasa (ADA) en líquido pleural tienen un alto valor predictivo diagnóstico. Se describe un caso inicialmente diagnosticado como LEG por derrame pleural y anticuerpos antinucleares (ANA) positivos en suero, sin respuesta al tratamiento durante su evolución, y reclasificado al final como TB pleural.

Presentación del caso: Paciente femenina de 28 años, con antecedente de mielitis transversa, tratada con pulsos de esteroides y rituximab. Sufre 19 meses después derrame pleural izquierdo acompañado de dolor, tos, fiebre, pérdida de peso y eritema nodoso (EN) en piernas. Ante ANA séricos positivos se la diagnostica como LEG y se instituye tratamiento con esteroides a dosis altas e inmunosupresores durante seis meses, sin mejoría. En el reabordaje, el análisis del líquido pleural registra exudado con predominio mononuclear y el estudio de imagen establece que el derrame pleural era basal izquierdo. Se practican dos biopsias pleurales percutáneas con intervalo de dos meses cada, una con resultados poco concluyentes. Se repiten los ANA séricos que muestran patrón moteado a título 1:160, con especificidades para anticuerpos anti-Ro/La, anti-SM y anti-RNP negativos. No se encontró positividad de ANA en líquido pleural ni tampoco hipocomplementemia. Dada la sospecha de TB, se sometió a una tercera biopsia por toracotomía, que reveló granulomas sin bacilos en tinciones especiales para TB (**Figura 1**). La prueba de ADA en líquido pleural resultó positiva a altos títulos. Al final se descartó el LEG y se determinó TB pleural, con institución de tratamiento antifímico y resolución del derrame pleural izquierdo seis semanas después (se planea continuar el tratamiento por un año).

Discusión: La resistencia al tratamiento de un derrame pleural atribuido de forma inicial a la pleuritis lúpica obliga a considerar la TB pleural como diagnóstico diferencial. Aunque existen algunos elementos que ayudan a establecer el diagnóstico entre estas dos entidades, se ha notificado la positividad de ANA hasta en un 40% de pacientes con TB. Los ANA del líquido pleural poseen un alto valor predictivo negativo junto con la hipocomplementemia, además de que la ausencia de anticuerpos específicos, como anti-RNP y anti-Sm, hace improbable el diagnóstico de LEG. Por otra parte, el rendimiento diagnóstico de la biopsia pleural puede afectarse por errores de muestreo y su sensibilidad es baja para observar el bacilo de la TB. La prueba ADA, que tiene un alto valor predictivo positivo en TB pleural, llena este vacío. La EN es más prevalente en la TB. Por último, la falta de respuesta al tratamiento llevó en este caso a considerar TB.

Conclusiones: La falta de respuesta al tratamiento y la determinación de ANA y ADA en líquido pleural poseen un alto rendimiento diagnóstico para la diferenciación entre pleuritis lúpica y TB pleural.

Bibliografía

1. Mittoo S, Gelber AC, Hitchon CA, *et al.* Clinical and serologic factors associated with lupus pleuritis. *J Rheumatol.* 2010 Apr;37(4):747-53.
2. Choi BY, Yoon MJ, Shin K, *et al.* Characteristics of pleural effusions in systemic lupus erythematosus: differential diagnosis of lupus pleuritis. *Lupus.* 2015 Mar;24(3):321-6.
3. Chen DY, Huang YH, Chen YM, *et al.* ANA positivity and complement level in pleural fluid are potential diagnostic markers in discriminating lupus pleuritis from pleural effusion of other aetiologies. *Lupus Sci Med.* 2021 Nov;8(1):e000562.
4. Shaw JA, Irusen EM, Diacon AH, *et al.* Pleural tuberculosis: a concise clinical review. *Clin Respir J.* 2018 May;12(5):1779-1786.

CC048

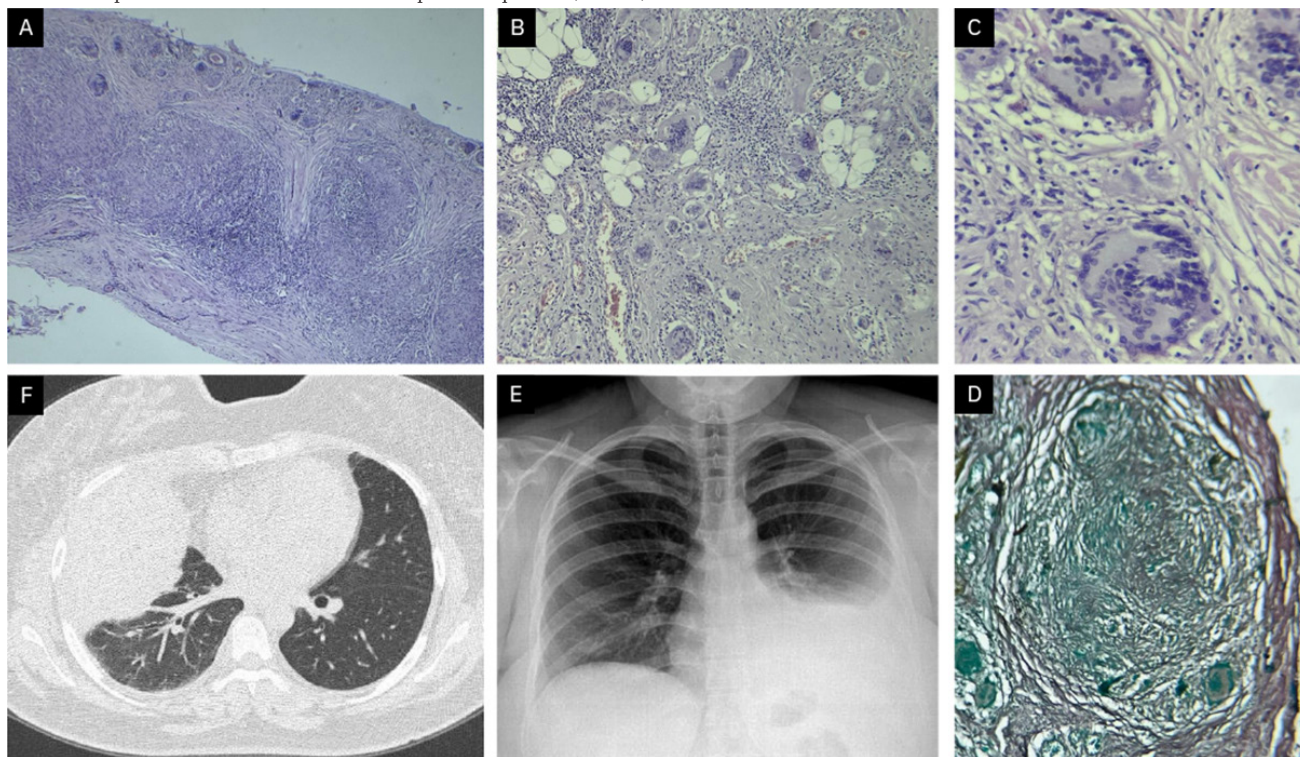
CICLOSPORINA EN SÍNDROME DE FELTY: UNA OPCIÓN POCO EXPLORADA

A.J. Pedro-Martínez, G.S. Guerra-Guerrero, M.E. Ontiveros-Osuna, A.J. Andrade-García

Hospital Juárez de México

Introducción: El síndrome de Felty representa una de las manifestaciones extraarticulares menos comunes en pacientes con AR y puede aparecer

Figura 1. A, B y C) Biopsia de pleura con tinciones H&E a 4 x 10 y 40 x, que muestran en el espesor de la pleura parietal abundantes glanulomas sin necrosis central con células gigantes multinucleadas. **D)** No se observaron bacilos en tinción de Ziehl Neelsen a 10 x. **E y F)** Radiografía y tomografía de tórax donde podemos observar el derrame basal pleural izquierdo. (CC047)



en 1% a 3% de los pacientes, con mayor frecuencia en mujeres. Si bien esta enfermedad representa para el clínico un reto para su diagnóstico y tratamiento, en la actualidad las opciones terapéuticas son todavía escasas.

Presentación del caso: Paciente femenina de 62 años con APP de AR de 25 años de evolución y mal apego al tratamiento con leflunomida (20 mg). Asistió a consulta en febrero del 2020 por dolor en hombro, carpos, articulaciones metacarpofalángicas y rodillas. Estudios de gabinete subsecuentes: FR 640 UI/mL y ACCP de 340 UI/mL. En junio de 2022 acude a consulta con astenia, adinamia y neutropenia de $1\,240 \times 10^3/\mu\text{L}$. Se reduce la dosis de leflunomida y se incrementa la de esteroides, con obtención de mejoría neutropénica. Regresa en enero de 2023 y se documenta neutropenia de $0,400 \times 10^3/\mu\text{L}$ con datos de sinusitis. Un mes después avanza a neutropenia a $0,150 \times 10^3/\mu\text{L}$. Se la valora en el servicio de hematología por sospecha de síndrome de Felty y se realiza ultrasonido abdominal que revela resultados de esplenomegalia de 13 cm. El frotis en sangre periférica identifica hallazgos de leucemia linfocítica granular. Se indica tratamiento con ciclosporina a dosis de 100 mg/día y metotrexato a 15 mg por semana. Tras seis meses de tratamiento se lograron la remisión neutropénica y la mejoría de esplenomegalia.

Discusión: A pesar de que la paciente consiguió la remisión neutropénica, aún no es seguro que un agente inmunosupresor como la ciclosporina sea en realidad una opción contundente para tratar este síndrome. Los estudios han demostrado que la remisión puede lograrse, pero esta evidencia se encuentra limitada solo a casos clínicos.

Conclusiones: En fecha reciente se han estudiado más los fármacos biológicos para tratar esta alteración, lo cual limita y desplaza a otros agentes inmunosupresores como una medida para resolver la neutropenia. Se necesitan protocolos de mayor jerarquía para determinar si los fármacos como la ciclosporina pueden ser una opción certera antes de indicar compuestos biológicos para la neutropenia en el síndrome de Felty.

Bibliografía

- Owlia MB, Newman K, Akhtari M. Felty's syndrome, insights and updates. *Open Rheumatol J.* 2014;8:129-36. doi:10.2174/1874312901408010129.

- Wegscheider C, Ferincz V, Schöls K, *et al.* Felty's syndrome. *Front Med (Lausanne).* 2023;10:1238405. doi:10.3389/fmed.2023.1238405.
- Coiffier B. Cyclosporine in Felty's syndrome. *N Engl J Med.* 1986;314(3):184. doi:10.1056/NEJM198601163140317.
- Canvin JM, Dalal BI, Baragar F, *et al.* Cyclosporine for the treatment of granulocytopenia in Felty's syndrome. *Am J Hematol.* 1991;36(3):219-20. doi:10.1002/ajh.2830360315.
- Narváez J, Domingo-Domenech E, Gómez-Vaquero C, *et al.* Biological agents in the management of Felty's syndrome: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum.* 2012;41(5):658-68. doi: 10.1016/j.semarthrit.2011.08.008.
- Proc K, Madej M, Wiland P, *et al.* Biological treatment in Felty's syndrome with profound neutropenia. *Reumatología.* 2023;61(3):213-8. doi:10.5114/reum/167472.

CC049

PRESENTACIÓN ATÍPICA ASOCIADA ENTRE HEPATITIS AUTOINMUNE Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

F.Y. Ayestarán-Figueroa, A. Pérez Bolde-Hernández

Hospital General Toluca, ISSSTE

Introducción: La coexistencia de hepatitis autoinmunitaria (HA) y lupus eritematoso sistémico (LES) se considera poco frecuente y hasta el momento se han publicado pocos informes de casos. Los criterios diagnósticos de acuerdo con el Grupo Internacional de Hepatitis Autoinmunitaria se basan en la elevación de la inmunoglobulina G (IgG), autoanticuerpos específicos y características histológicas, sin enfermedad viral. Los valores elevados de IgG y anticuerpos antinucleares (ANA) se presentan en la HA y el LES, pero no hay marcadores serológicos específicos de las dos

enfermedades. Los anticuerpos anti-ADN de doble cadena (anti-dsDNA) se vinculan principalmente con el LES como parte del diagnóstico y la actividad, aunque podrían ser positivos en la HA. Los marcadores específicos de esta son el antígeno hepático soluble (SLA), el anticuerpo de hígado-páncreas, el anticuerpo de músculo liso (MSA) y los anticuerpos microsomales de hígado y riñón (anticuerpo anti-LKM). La histopatología muestra lesiones de hepatitis en interfaz, formación de rosetas, emperipolesis, fibrosis, infiltrado portal y periportal por linfocitos, monocitos/macrófagos y células plasmáticas. Por el contrario, la histología hepática en el LES suele mostrar cambios, como degeneración grasa o hepatocitos hidrópicos, y a menudo son síntomas menos graves.

Presentación del caso: Paciente femenina de 27 años de edad sin antecedentes de importancia, que inicia en 2012 con dolor abdominal, no irradiado, distensión abdominal intermitente, astenia y adinamia, ictericia, exantema, prurito y coluria. Estudios paraclínicos iniciales (ANA): MSA, antimitocondriales positivos, inversión de la relación albúmina/globulina, aumento de aminotransferasas y patrón colestásico (**Tabla 1**); la biopsia hepática del parénquima revela expansión por infiltrado inflamatorio mononuclear que sobrepasa la placa limitante en siete de 10 espacios porta y fibrosis. Se establece el diagnóstico de HA y se inicia tratamiento con esteroides y azatioprina con obtención de remisión. En el 2022 muestra manifestaciones mucocutáneas y articulares con anticuerpos positivos (ANA, anti-DNAs, anti-Sm) y se integra el diagnóstico de LES. En enero de 2024 padece ictericia, astenia, adinamia, edema y ascitis. Ingresa al servicio de medicina interna por falla hepática aguda con elevación de transaminasas, patrón colestásico y tiempos de coagulación alargados (**Tabla 2**), sin respuesta a pulsos de esteroide, tratamiento inmunodepresor y tratamiento dirigido a la enfermedad hepática, y con evolución tórpida; el paciente fallece en mayo de 2024.

Tabla 1. Anticuerpos. (CC049)

Serología	Resultado	Valor de Referencia
Fecha 02/02/2012		
Antimitocondrial Ab	Positivo 1:80	< 1:40
ADN por IFI	Positivo 1:20	< 1:10
Ab antimúsculo liso (ASMA)	1:160	< 1:40
Anti-LKM	Negativo	< 1:40
Hepatitis A IgM e IgG	No reactivo	No reactivo
Hepatitis C Ab	No reactivo	No reactivo
Hepatitis C RNA	No reactivo	No reactivo
HIV	No reactivo	No reactivo
Anticuerpo IgG de EBV	Positivo 109	< 19
Anticuerpos heterófilos CMV	Negativo	Negativo
Fecha 24/09/2022		
ANA por IFI	Moteado grueso 1:160 Nucleolar 1:320 Filamentos intermedios 1:80	< 1:40
Antipéptido cíclico citrulinado IgG U/mL	< 0,5	< 5,0
Anticentrómero	Negativo	< 1:80
Anti-SCL-70	29,43	Negativo < 150 Positivo > 180
Anti-DNA de doble cadena en suero U/mL	99,3	Negativo < 30 Positivo > 50
Anti-Sm AAU/mL	27,74	Negativo < 150 Positivo > 180
Anti-SSB (Ro) AAU/mL	49,14	Negativo < 150 Positivo > 180
Anti-SSA (La) AAU/mL	88,96	Negativo < 150 Positivo > 180
Anti-IgG microsomas de riñón e hígado (LMK1) U	< 20,1	< 20,1
C3 mg/dL	47	68-260
C4 mg/dL	12	16-64

Tabla 2. Análisis de laboratorio. (CC049)

Análisis de laboratorio	Resultado
Leucocitos (K/ μ l)	2,2
Neutrófilos (K/mL)	2,0
Hemoglobina (g/dL)	8,3
Hematócrito (%)	19,3
Plaquetas (K/mL)	51 000
BUN (mg/dL)	13,6
Creatinina (mg/dL)	0,41
Glucosa (mg/dL)	85
Calcio (mg/dL)	7,6
Proteína total (g/dL)	5,0
Albúmina (g/dL)	2,2
AST (U/L)	56,3
ALT (U/L)	45
Fosfatasa alcalina (U/L)	94
Bilirrubina total (mg/dL)	20,5
Bilirrubina directa (mg/dL)	16,8
TP (s)	85,6
INR	7,7

Discusión: La afectación hepática en pacientes con LES está bien documentada, pero se considera rara y casi siempre autolimitada. La HA tiende a mostrar un curso progresivo y es por lo regular más lesiva; este paciente mostró síntomas clínicos y serológicos de HA y la enfermedad hepática fue la enfermedad principal; con posterioridad se determinó el diagnóstico de LES, lo que respalda la interpretación de la coexistencia de las dos afecciones.

Conclusiones: La HA y el LES se consideran enfermedades distintas que pueden vincularse como otros trastornos autoinmunitarios. El diagnóstico diferencial de las enzimas hepáticas elevadas en pacientes con LES, como la afectación hepática inespecífica o la HA, es exigente. Si bien los marcadores serológicos, como ANA, anti-dsDNA o IgG elevada pueden superponerse de forma notable en el LES y la HA, la histología es aún más esencial para distinguir la HAI en el LES de la afectación hepática inespecífica en el LES. De acuerdo con los criterios simplificados revisados de la HAI, la demostración histológica de hepatitis consistente con la HAI es el criterio diagnóstico esencial de la HA. Se sugiere considerar la HA en el diagnóstico diferencial de cualquier paciente con LES y enzimas hepáticas elevadas. Por lo tanto, la biopsia hepática es crucial en estos pacientes.

Bibliografía

1. Davigre V, Hughes M. Raynaud's phenomenon. *British Journal of Hospital Medicine*. 2019;80(11):658-664. doi:10.12968/hmed.2019.80.11.
2. Kaw R, Gota C, Bennett A, Barnes D, *et al*. Lupus-related hepatitis: complication of lupus or autoimmune association case report and review of the literature. *Digestive Diseases and Sciences* [Internet]. 1 de abril de 2006;51(4):813-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10620-006-3212-1>.

CC050

METOTREXATO EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO

A.J. Pedro-Martínez, J.A. Larios-Hernández, A. Rangel-Acosta, J.A. Ulloa-López
Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) es una afección autoinmunitaria caracterizada por la coexistencia de características clínicas de varios padecimientos autoinmunitarios. Entre los síntomas más comunes se incluyen la artritis, el fenómeno de Raynaud, la miositis

y la enfermedad pulmonar intersticial (EPI), la cual puede comprometer de manera significativa la función respiratoria y el pronóstico del paciente. **Presentación del caso:** Paciente femenina de 63 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inicia en octubre del 2022 con tos productiva, pérdida de peso no intencionada de 12 kg en tres meses, escalofrío de predominio nocturno y fenómeno de Raynaud en manos. Durante su evolución se agrega disnea progresiva que lleva a la hospitalización del 14 al 23 de enero del 2023. La tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR) revela enfermedad pulmonar intersticial y derrame pericárdico y los estudios de laboratorio fueron negativos para causas infecciosas, razón por la cual se realizó biopsia de pulmón que identifica hallazgos de neumonía intersticial no específica. Dentro del panel de autoinmunidad destacan anticuerpos anticitoplasma 1:80, anti-RNP U3 a títulos de 1253 (0-20), anti-Ro-52 positivo, con los demás ENA negativos. Además, se registra PCR de 102 por lo que se integra el diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo y se instituye tratamiento con metotrexato (17,5 mg/sem), ácido fólico (5 mg/día), hidroxicloroquina (200 mg/día), esteroide y rehabilitación pulmonar. Seis meses después los estudios de gabinete y los marcadores de inflamación señalan remisión de la enfermedad pulmonar intersticial; en la actualidad, la paciente puede realizar actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria y caminar sin ayuda más de 500 metros. **Discusión:** El metotrexato es un antagonista del folato que inhibe la dihidrofolato reductasa, una enzima crucial para la síntesis de purinas y pirimidinas, lo que inhibe la proliferación celular. En dosis bajas se indica como inmunosupresor, con reducción de la actividad de las células inflamatorias y limitación de la respuesta autoinmunitaria, que es la base del daño en enfermedades como la EMTC. Además, posee efectos antiinflamatorios y puede atenuar la inflamación pulmonar intersticial vinculada con enfermedades autoinmunitarias. **Conclusiones:** Se ha conjeturado que el metotrexato puede causar fibrosis pulmonar; sin embargo, este compuesto también se ha considerado como un fármaco de elección para las enfermedades autoinmunitarias, como en este caso, que favoreció la resolución de los síntomas y la mejoría de la afección pulmonar intersticial.

Bibliografía

- Gao Y, Moua T. Treatment of the connective tissue disease related interstitial lung diseases: a narrative review. *Mayo Clin Proc.* 2020 Mar;95(3):554-573.

CC051

DERMATOMIOSITIS ANTI-TIF1GAMMA + Y DISFAGIA: ¿NO SIEMPRE ES CÁNCER?

G. Domínguez-Gómez¹, M.A. Velázquez-Verdugo²

⁽¹⁾Hospital Regional Manuel Cárdenas de la Vega, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital General de Zona No.1, IMSS Culiacán, Sinaloa

Introducción: Se presenta el caso de un paciente con dermatomiositis anti-TIF-1γ + con disfagia y pérdida ponderal, en quien se buscó intencionadamente una relación con enfermedad maligna, con resultados negativos en los estudios y obtención de mejoría clínica con tratamiento inmunosupresor. El anticuerpo anti-TIF-1γ se ha vinculado no solo con procesos malignos, sino también con disfagia y debilidad cervical, sin que haya en todos los casos un trasfondo neoplásico, como el caso descrito a continuación.

Presentación del caso: Hombre de 62 años con antecedentes heredo-familiares negados, diabetes tipo 2 (agosto de 2023) en tratamiento con metformina y sitagliptina (850/50 mg cada 24 h); otras enfermedades, intervenciones quirúrgicas, traumatismos y transfusiones negados; tabaquismo positivo (suspendido), alcoholismo positivo (suspendido), toxicomanías negadas y exposición a biomasa negado. Inició el padecimiento en agosto de 2023 con lesiones cutáneas eritematosas pruriginosas en placas en la región posterior de tórax (signo del chal), signo de la V del escote, brazos y regiones laterales de las caderas (signo de Holster), así como pápulas eritematosas en la zona dorsal de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales (pápulas de Gottron;

Figura 1). Estas lesiones se acompañaron de debilidad en la región cervical (incapacidad para mantener el cuello erguido), miembros superiores e inferiores de evolución progresiva hasta ocasionar incapacidad laboral (**Tabla 1**). Recibió tratamiento tópico no especificado, con mejoría parcial transitoria, pero las lesiones cutáneas reaparecieron a los dos meses. Entre 12/2023 y 01/2024 mostró mayor debilidad muscular y fatiga y se agregó disfagia a sólidos con pérdida subsecuente de 8 kg en el transcurso de tres meses.

Figura 1. Pápulas de Gottron en la mano derecha (posterior al inicio del tratamiento). (CC051)



Tabla 1. Evaluación de la fuerza muscular, MMT8. (CC051)

Músculo	Mayo 2024 Izquierdo/derecho	Septiembre 2024 Izquierdo/derecho
Deltoides	1/1	10/10
Bíceps	7/7	10/10
Extensores de la muñeca	9/9	10/10
Cuádriceps	4/4	8/8
Dorsiflexores del tobillo	5/5	10/10
Flexores del cuello	7	10
Glúteo medio	6/6	8/8
Glúteo máximo	0/0 Total: 71 puntos	9/9 Total: 130 puntos

Estudios de laboratorio (25/06/2024): Glu 284 mg/dL, Cr 0,5 mg/dL, AU 3,3 mg/dL, BT 0,8 mg/dL, AST 22 U/L, ALT 43 U/L, FA 149 U/L, DHL 149 U/L, Leu 9 800 10³/UL; Hb: 12,4 mg/dL, plaquetas 301 10³/UL, VSG: 32 mm/H; anti-TIF-1γ: 27 (valores normales, 0-10).

Se inició el siguiente tratamiento: prednisona (1 mg/kg/día), metotrexato (20 mg semanal) y ácido fólico (10 mg semanal) y se reevaluó con los siguientes estudios (12/08/2024): Leu 7,700 10³/UL, Hb 11,2 g/dL, VCM 96,9 fL, HCM 31,9 pg/cel, RDW 14,8%, plaquetas 383 10³/UL, neutrófilos 5 300, linfocitos 1 600, VSG 28 mm/H, Glu 213 mg/dL, Cr 0,5 mg/dL, AU 3,2 mg/dL, Col 244 mg/dL, BT 0,40 mg/dL, AST 17,5 U/L, ALT 24 U/L, DHL 194 U/L, CPK 31 U/L. Endoscopia (26/07/2024): duodenitis crónica, pangastritis eritematoerosiva en antro gástrico. TAC de cuello, tórax y abdominopélvica simple y con contraste (10/05/2024): cuello sin evidencia de lesión estructural, cardiomegalia grado I, sin lesiones estructurales, mielolipoma adrenal derecho. El paciente experimentó mejoría progresiva de lesiones cutáneas, debilidad muscular y disfagia con el tratamiento instituido y los resultados en busca de enfermedad maligna fueron negativos.

Discusión: Aunque se conoce bien la relación con neoplasias en pacientes adultos con dermatomiositis anti-TIF-1 γ +, sobre todo si se encuentra en el contexto de disfagia con repercusión ponderal, también se ha identificado una vinculación con disfagia y debilidad en la región cervical (músculo esternocleidomastoideo) sin que exista necesariamente un nexo neoplásico. En un estudio realizado en Japón, 13 de 92 pacientes adultos con dermatomiositis mostraron disfagia y 11 (84,6%) fueron positivos a anti-TIF-1 γ . **Conclusiones:** Es preciso estar alerta ante la posibilidad de una neoplasia en un contexto similar al de este paciente, sin olvidar que hay evidencia de un perfil de relaciones no neoplásicas en pacientes con dermatomiositis y el anticuerpo anti-TIF-1 γ .

Bibliografía

1. Nakashima R. Clinical significance of myositis-specific autoantibodies. *Immunological Medicine*. 2018;41(3):03-112.
2. Mugii N, Hasegawa M, Matsushita T, et al. Oropharyngeal dysphagia in dermatomyositis: associations with clinical and laboratory features including autoantibodies. *PLoS ONE*. 2016;11(5).

CC052

ISQUEMIA INTESTINAL COMO MANIFESTACIÓN GASTROINTESTINAL INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS

G. Roque-González, M.I. González-Pérez, M.A. Barba-Aguilar, F. Irazoque-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria crónica que puede afectar a múltiples órganos y sistemas, incluido el tracto gastrointestinal. Las manifestaciones intestinales son diversas y pueden ser graves; entre las más comunes figura la enteritis lúpica, pseudoobstrucción intestinal y enteropatía perdedora de proteínas. La isquemia intestinal en el LES es una complicación poco frecuente y grave, por lo general causada por vasculitis de pequeños vasos; su presencia da lugar a complicaciones como la perforación intestinal. En este contexto se presenta el caso clínico en una niña previamente sana, que mostró manifestaciones gastrointestinales graves como parte del espectro inicial del LES y síndrome antifosfolípidos (SAF).

Presentación del caso: Paciente femenina de 17 años que inició un año previo con astenia y adinamia, efluvi y fotosensibilidad; acudió al servicio de urgencias por cuadro de una semana de evolución caracterizado por dolor abdominal súbito y difuso relacionado con emesis. Dentro de los estudios iniciales resalta la elevación de creatinina, leucocitopenia, trombocitopenia y anemia profunda. La laparotomía exploradora por abdomen agudo identificó perforación de íleon con resultado histopatológico de isquemia intestinal y peritonitis secundaria. Los estudios serológicos iniciales revelaron triple positividad para SAF (títulos altos), anemia hemolítica, anticuerpos calientes y anticuerpos antinucleares positivos 1:80. En virtud de la alta sospecha de LES y SAF secundario, coexistentes con peritonitis, se administró inmunoglobulina humana y anticoagulación; sin embargo, 48 horas después sufrió deterioro gastrointestinal que exigió reintervención

quirúrgica con hallazgos de perforación intestinal e histopatología de áreas de necrosis en intestino delgado. Se practicó resección intestinal. Se obtuvieron anticuerpos específicos para LES negativos; no obstante, ante deterioro renal y proteinuria en límites nefróticos, se realiza una biopsia renal clase IV con patrón *full house*; tras una segunda determinación de SAF con resultado de triple marcador positivo, se integró el diagnóstico de LES y SAF secundario, por lo que se inició inmunosupresión con esteroides y ciclofosfamida al remitir el proceso infeccioso.

Discusión: La evaluación del dolor abdominal agudo en pacientes con LES representa desafíos significativos, especialmente en los individuos que inician con esta enfermedad. Las publicaciones médicas han referido como causas comunes las descritas con anterioridad. Sin embargo, en esta paciente no se presentaron dichos factores, sino que se reconoció isquemia intestinal como la causa principal. Aunque no se hallaron hallazgos histopatológicos ni tomográficos que sugirieran estas alteraciones, fueron el contexto clínico y el descarte de diagnósticos diferenciales los que permitieron establecer el diagnóstico final.

Conclusiones: Se debe considerar la isquemia intestinal en pacientes con LES que sufren dolor abdominal agudo, incluso en pacientes que cursan con estudios poco concluyentes, ya que puede tener efecto en el pronóstico funcional a corto y largo plazos.

Bibliografía

1. Lee MG, Hagley K, Decuelar K. Intestinal ischemia in systemic lupus erythematosus. *J Natl Med Assoc*. 2008 Jun;100(6):721-3. doi: 10.1016/s0027-9684(15)31349-3. PMID: 18595576.
2. Chen YL, Meng J, Li C. Intestinal perforation with systemic lupus erythematosus: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Aug 4;102(31):e34415. doi: 10.1097/MD.00000000000034415. PMID: 37543816; PMCID: PMC10402941.

CC053

ASOCIACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y ACTIVIDAD NEUROPSIQUIÁTRICA

M. Pinto-Ortiz¹, F.C. Irazoque-Palazuelos²

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

Introducción: Se describe la relación del lupus eritematoso sistémico con artritis psoriásica y actividad neuropsiquiátrica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 43 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico desde el 2014 a partir de la serología (ANA 1:320, moteado fino, así como muco-cutáneo articular) y artritis psoriásica desde junio del 2018 (con placas psoriásicas y hemorragia puntiforme al desprendimiento, afectación ungueal y exacerbación de artralgiás asimétricas) (**Figura 1**). Recibió tratamiento inicial con FARME convencional, sin respuesta; esta se observa en febrero del 2019, en el protocolo de estudio, al administrar adalimumab que consigue la remisión de los síntomas articulares y dermatológicos hasta el 4 de marzo del 2024. Durante su participación en el estudio muestra datos de probable crisis de ausencia caracterizadas por pérdida de memoria a corto plazo, deterioro cognitivo leve y desorientación, según un epileptólogo privado, quien solicita electroencefalograma digital y RMN de cráneo óseo y encéfalo simple y contrastada, estudios ambos sin revelar anormalidades; sin embargo, se indicó tratamiento con levetiracetam (500 mg/12 h vía oral). Al acudir nuevamente a consulta de seguimiento se reconocen hipocomplementemia y anti-DNAs elevados, linfopenia y alteraciones hematológicas que corresponden a actividad de la enfermedad (neurolupus), por lo cual se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona (500 mg IV/24 h por 3 días) y se ajusta el tratamiento con FARME: metotrexato (tabletas de 2,5 mg, 17,5 mg cada semana), upadacitinib (15 mg diario) y ácido fólico (5 mg vía oral diario). En la consulta de seguimiento se reconoce mejoría de los síntomas neurológicos, pero se mantiene en seguimiento por la afección.

Discusión: Se trata de un paciente que muestra una vinculación del LES con artritis psoriásica y que desarrolla neurolupus con adecuada respuesta al tratamiento con pulsos de metilprednisolona y ajuste de FARME sintético y pequeña molécula. Dado que es una relación poco convencional es

Figura 1. (CC053)



importante conceder atención a las manifestaciones individuales de ambos casos y elegir la mejor opción terapéutica que favorezca la mejoría de los síntomas, dado que está disponible en la actualidad una amplia variedad de tratamientos biológicos y de pequeñas moléculas, que representan una opción terapéutica más eficaz y con una mejor respuesta.

Conclusiones: Las enfermedades del tejido conectivo y la psoriasis son enfermedades habituales, pero son pocos los casos en los que ambas enfermedades coexisten; en la bibliografía existen pocos informes de dichos casos, por lo que no hay estudios controlados de la conjunción de estas anomalías. Por estas razones es de gran interés revisar estas vinculaciones y notificar su coexistencia, así como las opciones terapéuticas para estos pacientes.

Bibliografía

1. Wielosz E, Majdan M, Zychowska I, *et al.* Coexistence of five autoimmune diseases: diagnostic and therapeutic difficulties. *Rheumatol Int.* 2008;28:919-923.
2. Dhiman P, Malhotra S. Overlap syndromes: an emerging diagnostic and therapeutic challenge. *Saudi J Gastroenterol.* 2014;20:342-349. <http://dx.doi.org/10.4103/1319-3767.145316>.

CC054

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SEROSITIS EN EL PRIMER CONTACTO: LES

B.L. Chávez-Murillo, L.R. López-Ledezma, O.I. Rosete-Paredes, A.J. Pedro-Martínez, J. Ochoa-Saaib

Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: La valoración de los derrames pleural y pericárdico en el primer contacto conlleva diversos diagnósticos diferenciales, en los que es conveniente conceder toda la atención primaria. Entre ellos, el lupus eritematoso sistémico (LES) con manifestaciones de serositis iniciales forma parte de las consideraciones diagnósticas.

Presentación del caso: Mujer de 18 años que acude a consulta el día 01/09/2024 por taquicardia de 150 lpm y afebril. Refiere además como antecedente pérdida de peso no intencionada (10 kg) desde tres meses antes, caída de cabello, astenia y adinamia; un mes después se agrega tos intermitente con secreción verdosa y hialina, junto con diaforesis nocturna; se consideran causas infecciosas o linfoproliferativas. Los estudios parclínicos destacan Hb de 10 g/dL, leucocitos de 5 400 mm³, DHL de 263 UI/L y FA de 171 UI/L. La tomografía toracoabdominal contrastada revela consolidación rodeada de vidrio hialino y broncograma aéreo en el segmento anterior del parénquima pulmonar derecho; atelectasias laminares en bases pulmonares; ganglios de aspecto inflamatorio en mediastino

y regiones axilares, además de derrame pleural bilateral. La tomografía de control a las 72 horas reconoce derrame pericárdico de 16 mm de espesor y líquido en hueso pélvico. La toracocentesis diagnóstica identifica hallazgo histopatológico de exudado crónico linfocítico en relación con hiperplasia mesotelial reactiva. Se realiza biopsia de adenopatía axilar y se obtienen resultados indicativos de origen autoinmunitario. Ante los resultados negativos para causas infecciosas (bacterias, hongos, micobacterias, PCR para virus), se solicita ANA, con títulos en 1:2,560, p-ANCA positivo (1:320), junto con hipocomplementemia en C3 (77 mg/dL) y C4 (3,74 mg/dL). Dichos hallazgos, en relación con la concentración normal de leucocitos que descarta infección y las imágenes de tomografía relacionadas con serositis y derrame pleural y pericarditis, integran el diagnóstico de LES, con lo que se solicitan prueba de antígenos nucleares extraíbles y estudios de laboratorio de control. Se indica tratamiento con pulsos de metilprednisolona por tres días, con mejoría clínica y resolución de los síntomas.

Discusión: La poliserositis orienta hacia una causa infecciosa o neoplásica; debe determinarse el diagnóstico diferencial con tuberculosis. Si se descarta, se consideran las enfermedades autoinmunitarias; dentro de estas, LES es la enfermedad reumática con mayor prevalencia de afectación pleuropericárdica (25% y 40%, respectivamente), pero la ascitis es un hallazgo menos frecuente (1%-10%). En general, la serositis autoinmunitaria representa el 12,3% de los casos; la causa más común son las neoplasias (26,3%). En un estudio retrospectivo de casos y controles de 297 pacientes con LES, 28 (9,4%) tenían serositis, pero solo el 40,7% de ellos inició con esta manifestación.

Conclusiones: El LES no debe ser el primer diagnóstico indicativo en caso de serositis, pero es importante recordar que, de los pacientes con LES, el 4% a 5% inicia con serositis antes de desarrollar otras manifestaciones. Primero deben descartarse infecciones y neoplasias antes de buscar datos de autoinmunidad.

Bibliografía

1. Stoichitoiu LE, Ionescu GD, Neatu I, *et al.* Causes of polyserositis: a systematic review. *J Pers Med.* 2023 May;13(5):834.
2. Kakar A, Pipaliya K, Gogia A. A rare combination: chylous polyserositis and autoimmune myelofibrosis as a presentation of systemic lupus erythematosus. *Int J Rheum Dis.* 2019 May;22(3):516-20.
3. Gimeno-Torres L, Carrión-Barberà I, Salman-Monte TC, *et al.* Prevalence and risk factors for serositis in patients with systemic lupus erythematosus: a case-control study. *Lupus.* 2021;30(13):2095-101.
4. Calvo AJ. Tratamiento de las manifestaciones cardiopulmonares en el lupus. In: Fernández de LIF, editor. Manual SER de diagnóstico y tratamiento de enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas. 1st ed. Madrid: Elsevier; 2014:125-9.

CC055

MENINGITIS ASÉPTICA Y CRISIS CONVULSIVAS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO. REPORTE DE UN CASO

V.A. Álvarez-Sánchez, P. Vargas-Solís, F. Irazoque-Palazuelos, L. Andrade-Ortega

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad de Still de inicio en el adulto (ESIA) es un trastorno autoinflamatorio y poligénico que afecta por lo regular a adultos jóvenes (16 a 35 años); se caracteriza por fiebre, artralgias, erupción cutánea, elevación de reactantes de fase aguda e hiperferritinemia. Las manifestaciones neurológicas son infrecuentes y se informan en 7% de los casos, lo cual hace más difícil el diagnóstico en este grupo de pacientes. Se presenta el caso de un paciente con manifestaciones neurológicas de ESIA como manifestación inicial.

Presentación del caso: Paciente femenina de 57 años sin antecedentes relevantes. Acude por cuadro de tres meses de evolución, con artralgias en interfalángicas proximales, carpos y codos de manera bilateral, ausencia de artritis, fiebre vespertina diaria hasta de 39°C, junto con escalofrío y pérdida

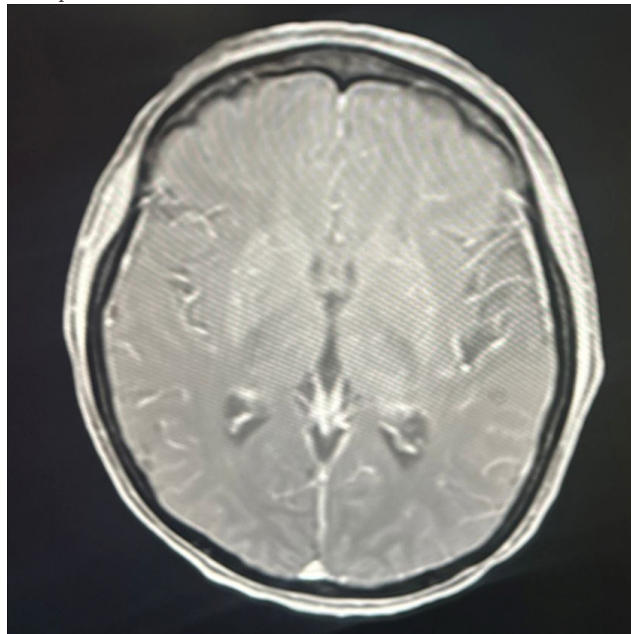
de 8 kg. Una semana antes se agrega disnea de pequeños esfuerzos y crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas. La exploración física revela faringitis, adenopatías axilares bilaterales y derrame pleural bilateral. Los resultados relevantes de los estudios paraclínicos se recogen en la **Tabla 1** y **Figura 1**. Se hospitaliza y tras protocolo integral de estudio, al cumplir con tres criterios mayores y dos menores de Yamaguchi, y tras descartar otras causas infecciosas, oncológicas y reumatológicas, se establece ESIA con meningitis aséptica y se decide iniciar esteroide a dosis altas y tocilizumab a dosis 8 mg/kg mensuales. A los tres meses, la paciente acude afebril, sin artralgias ni nuevas crisis convulsivas, con leucocitos $12,6 \times 10^3/\text{mm}^3$, neutrófilos $8,3 \times 10^3/\text{mm}^3$, VSG 48, PCR 123 y ferritina 1 182.

Tabla 1. Estudios paraclínicos. (CC055)

Estudio	Resultado
Hemoglobina	9,0 g/dL
Leucocitos	$24.9 \times 10^3/\text{mm}^3$
Neutrófilos	$21.5 \times 10^3/\text{mm}^3$ (86 %)
DHL	681 mg/dl
VSG	60 mg/dl
PCR	282 mg/dl
Ferritina	117,904 mg/dl
Inmunológicos positivos	ANA 1:80 patrón homogéneo difuso 4+, Anti-Ro 118.2
Inmunológicos negativos	ANCA PR3, ANCA MPO, Anti-SCL 70, Anti-JO 1, Anti-La, Anti-DNA, Anti-Sm, Anti-RNP, Anti-PCC, Factor Reumatoide
Líquido pleural	Citoquímico con exudado linfocítico no complicado, tinción gram y cultivo negativos
LCR	Citoquímico normal, PCR, cultivo y geneXpert negativos
Biopsia medula ósea	Hiperplasia mielóide reactiva
Biopsia ganglio axilar	Hiperplasia sinusoidal sin atipia
PET/CT	Adenopatías infra y supra diafragmáticas hipermetabólicas. Derrame pericárdico moderadamente metabólico. No se identifican lesiones hipermetabólicas que sugieran tumor primario.

Principales resultados de estudios paraclínicos del abordaje diagnóstico.

Figura 1. Resonancia magnética de encéfalo contrastada. Secuencia T1 con reforzamiento leptomeníngeo en el hemisférico izquierdo y temporooccipital derecho. (CC055)



Discusión: La ESIA es un padecimiento poco frecuente y de manifestaciones diversas que trascienden los síntomas cardinales y la epidemiología descrita. Las manifestaciones neurológicas son raras y se presentan en el 7% de los pacientes con ESIA y casi siempre en etapas avanzadas de la enfermedad, pero hasta en el 28% de los casos puede ser la manifestación inicial y también aparecer a pesar del tratamiento inmunosupresor. Esta paciente inició de modo agudo con datos constitucionales y neurológicos, sin la erupción cutánea característica. Después de descartar los trastornos más comunes se concluyó que la crisis convulsiva y la meningitis aséptica eran secundarias a ESIA, con obtención de adecuada respuesta clínica al tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones: La ESIA es un padecimiento poco frecuente y clínicamente heterogéneo que puede presentarse fuera de la epidemiología descrita y sin todas las manifestaciones cardinales. En un paciente con meningitis aséptica, en la que se descartan los trastornos más comunes, debe considerarse la ESIA como una probabilidad. De igual forma, la meningitis aséptica puede aparecer durante la evolución de los pacientes con ESIA. Debido a la falta de estudios a gran escala, no existe un tratamiento estandarizado para los pacientes con ESIA con afectación neurológica y el tratamiento debe centrarse en la enfermedad primaria.

Bibliografía

- Zhao M, Wu D, Shen M. Adult-onset Still's disease with neurological involvement: a single-centre report. *Rheumatology (Oxford)*. 2021;60(9):4152-4157.
- Santos M, Rodrigues D, Santos H, *et al.* Neurological manifestations of adult-onset Still's disease-case-based review. *Clin Rheumatol*. 2021;40(1):407-411.

CC056

CASO CLÍNICO: HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE UNA PACIENTE CON POLIANGEÍTIS MICROSCÓPICA

E.P. Hernández-Nova, A.L. Sánchez Moreno, I.A. Ocampo-Ulloa, L.G. Cano-Cruz, D.S. Reyes-Balbuena

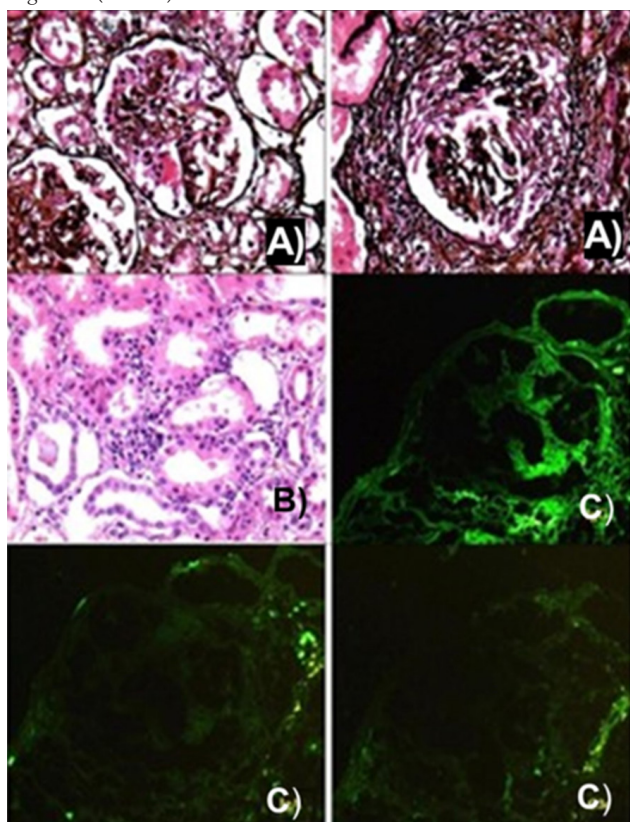
Hospital Regional de Alta Especialidad Centenario de la Revolución Mexicana, ISSSTE

Introducción: La poliangeítis microscópica (PAM), de acuerdo con la definición del 2012 por el consenso de experto de Chapel Hill, se definió como una vasculitis necrosante con pocos o ningún depósito inmunitario que afecta a pequeños y medianos vasos, en relación con anticuerpos ANCA circulantes. Se presenta sobre todo en personas de raza blanca de descendencia europea y afecta de igual forma a hombres y mujeres, con una incidencia máxima entre los 50 y 60 años. De acuerdo con la revisión realizada, se observó que la hemorragia alveolar difusa se presenta solo en el 5% de los pacientes con PAM. Se describe un caso poco frecuente en un paciente joven con poliangeítis microscópica que ingresa a hospitalización por hemoptoicos.

Presentación del caso: Mujer de 21 años sin antecedentes crónicos degenerativos. En junio refiere pérdida de peso de 6 a 7 kg, así como hemoptoicos por siete días en tres a cuatro veces por día, unos 50 a 60 cm^3 , acompañada de fiebre no cuantificada de predominio nocturno que cede sin tratamiento, además de diaforesis nocturna, artralgias y mialgias generalizadas, y posteriormente sufre disnea de grandes esfuerzos que evoluciona a disnea de medianos esfuerzos. La paciente acude con un médico particular que solicita estudios de laboratorio y en los cuales se identifica hematuria microscópica, anemia microcítica hipocrómica y anticuerpos positivos a MPO; se la refiere a este hospital. Durante la estancia intrahospitalaria se solicitan otros estudios de laboratorio y se obtienen nuevamente positividad de anticuerpos MPO y se identifica anemia microcítica hipocrómica; la TAC de alta resolución de tórax reconoce lesión renal aguda y proteinuria y se solicita depuración de proteínas de 24 h y biopsia renal para continuar con abordaje. Parámetros paraclínicos: Hb 9 g/dL, Hct 22,6%, creatinina 2,4 mg/dL. EGO: proteínas

75 mg/dL, proteínas en orina en 24 h 780 mg/día. Estudios serológicos: complemento C3 135 mg/dL (83-193 mg/dL), complemento C4 30,9 mg/dL (15-57 mg/dL), factor reumatoide < 8,6 UI/mL (0-20 UI/mL), ANCA P MPO 191,70 UR/mL (< 20 UR/mL negativo), ANCA C PR3 2,3 UR/mL (< 20 UR/mL negativo). TAC de tórax: patrón en vidrio deslustrado de predominio centrolobulillar y probable hemorragia alveolar difusa. Biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa extracapilar activa y fibrosa de tipo pauciinmunitaria con lesiones necrosantes fibrinoides y esclerosantes segmentarias (Figura 1).

Figura 1. (A) Tinción con rojo Congo negativa que muestra la ausencia de material amiloide. (B) Tinción de hematoxilina-eosina que revela áreas de fibrosis con atrofia tubular relacionada y edema intersticial con infiltrado inflamatorio conformado por linfocitos, células plasmáticas, neutrófilos y eosinófilos y extensión a paredes tubulares. (C) Estudio de inmunofluorescencia directa en tejido obtenido de la biopsia renal. IgG, IgA e IgM negativos. (CC056)



Discusión: Se presenta el caso de una paciente con poliangeítis microscópica, cuyo diagnóstico se establece de acuerdo con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2022: anticuerpos para pANCA y anti-MPO positivos más glomerulonefritis pauciinmunitaria confirmada por biopsia; se descartaron síntomas y signos clínicos de otras poliangeítis, con lo cual se registraba un total de 9 puntos y ello confirmaba el diagnóstico de PAM. Esta paciente cursó con hemoptoicos y se identificó hemorragia alveolar con tomografía; esta anomalía representa una entidad clínica de significativa relevancia por el desafío diagnóstico que supone y su potencial para afectar a múltiples órganos y sistemas.

Conclusiones: La presencia de ANCA-MPO no solo tiene un papel diagnóstico, sino también pronóstico, dado que se relaciona con mayor riesgo de recaídas y daño renal permanente, por lo que el tratamiento implica un equilibrio delicado entre la inmunosupresión eficaz para prevenir el avance de la enfermedad y la reducción al mínimo de los efectos adversos del tratamiento. Es importante tener en cuenta este diagnóstico como un diferencial, ya que puede ser un simulador de otras entidades debido a su posible presentación atípica.

Bibliografía

1. Yaseen K, Mandell BF. ANCA associated vasculitis (AAV): a review for internists. *Postgrad Med.* 2023;135(sup1):3-13.

CC057

LUPUS CUTÁNEO SUBAGUDO CON PROGRESIÓN A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN MASCULINO DE LA CUARTA DÉCADA DE LA VIDA

G.X. Cervantes-Castelán, I.M. Sánchez-Valentín
Hospital Juárez de México

Introducción: Se presenta caso de un paciente masculino de 32 años con lupus cutáneo subagudo, variedad papuloescamosa, que evoluciona a lupus eritematoso sistémico con actividad intensa de la enfermedad.

Presentación del caso: Paciente masculino de 32 años, sin alteraciones crónicas degenerativas de importancia, tabaquismo de 20 años evolución IT 1, alcoholismo ocasional, consumo de cannabis de 20 años evolución, en cantidad no especificada. El padecimiento actual aparece dos meses antes de su ingreso, con astenia, adinamia, hiperoxia, pérdida de peso involuntaria de 20 kg en dos meses, fiebre de 39°C sin predominio de horario; 10 días antes de su hospitalización muestra lesiones maculares en tórax anterior y posterior, no dolorosas ni pruriginosas, que luego avanzan a la región facial, además de lesiones ulcerativas en labios, telangiectasias ungueales, artralgias y mialgias generalizadas, que limitan la movilidad, motivo por el cual busca atención. A su ingreso se identifican lesión renal aguda no oligúrica, aumento de los valores de creatina cinasa, transaminasemia, hiperbilirrubinemia, elevación de DHL, anemia de grado I, elevación de VSG y PCR e hipocomplementemia. Se trata la anemia con reticulocitos corregidos de 4,8%, Coombs directo positivo 1:4. La recolección de orina de 24 horas muestra proteínas en orina 1,17 g/24 h, microalbuminuria 235,4 mg/24 h y sedimento con eritrocitos dismórficos. Se realiza biopsia piel que indica dermatitis de interfaz con atrofia epidérmica de anexos de predominio epidérmico, hiperqueratosis moderada con taponamiento hialino difuso de la zona de la membrana basal, edema dérmico moderado e infiltrado mononuclear perianexial y perivascular con predominio perivascular, componente vasculítico y extravasación hemática focal. Se solicitan anticuerpos y especificidades con resultado de ANA Screen 1:320, patrón nuclear granular fino, citoplasmático reticular y mitótico de puente intercelular, anti-SSa 40,32, anti-Sm 12,10, y nueva determinación cinco meses posteriores con ANA-Screen 1:1 000, patrón nuclear granular fino y citoplasmático granular fino denso y anti-Sm 170,54 (Tabla 1). Se establece diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con criterios ACR/EULAR 2019 de 30 puntos (fiebre 2 puntos, anemia hemolítica 4 puntos, lupus cutáneo subagudo 4 puntos, compromiso articular 6 puntos, proteinuria 4 puntos, hipocomplementemia C3+C4 4 puntos, anti-Sm 6 puntos).

Tabla 1. Resultados de laboratorio. (CC057)

Fecha	Resultado de laboratorio
12/03/24	Ca 6,6, Cl 96, K 4,5, Na 128, crea 1,85, BUN 33, urea 71, BT 2,71 DHL 878, Hb 10,9, VCM 85,1, HCM 29,7, Plq 367, Leu 8,09, CK 1059
14/03/24	Alb 1,9, C3 18,8, C4 7,35, VSG 75, PCR 1,81
15/03/24	Eritrocitos 50-60 PC, proteínas 1,17 g/24 h, microalb 235,4 mg/24 h
21/03/24	ANA Screen 1:320 nuclear granular fino, citoplasmático reticular y mitótico de puente intercelular, anti-DSDNA 10,33 (0-20), anti-Sm 12,1 (0-20), anti-SSa 40,32 (0-20), anti-SSb 2,2 (0-20), ANCA neg, MPO 4,17 (0-20) PR3 14,49 (0-20)
29/08/24	ANA Screen 1:1 000 nuclear granular fino, citoplasmático granular fino denso, anti-Sm 170-54 (0-20), DSDNA < 10 (0-20)

Discusión: El lupus cutáneo subagudo se presenta sobre todo en mujeres de edad reproductiva y, si bien 50% a 60% cumple criterios de enfermedad sistémica al momento de la presentación, solo 10% a 15% desarrolla la forma sistémica de la enfermedad, las más de las veces en presentación leve. Los factores de riesgo para la evolución sistémica incluyen lesiones debajo de la cabeza y cuello, telangiectasias ungueales y artritis, y bioquímicos, como

valores elevados de reactantes de fase aguda y positividad de anti-SSa, los mismos que mostró el paciente. En este caso, el sujeto cursaba con un inicio manifestado por lupus cutáneo subagudo de tipo papuloescamoso (**Figura 1**) y manifestaciones sistémicas al momento del ingreso y, a pesar de que el tiempo promedio entre el inicio de LCS y el LES es de ocho años, el paciente registró positividad de especificidades de anticuerpos cinco meses después del ingreso.

Figura 1. (1) Lesiones papuloescamosas en frente, mejillas y nariz. (2) Lesiones papuloescamosas en tórax anterior. (3) Telangiectasias ungueales. (4) Lesiones ulcerativas con costra hemática en el labio superior e inferior. (CC057)



Conclusiones: El lupus cutáneo subagudo abarca el 8% de los casos de lupus cutáneo y tiene un riesgo de avance a LES de 10% a 15%. Es recomendable la identificación de los factores de riesgo clínicos y bioquímicos que anticipen su evolución para la vigilancia estrecha periódica que permita determinar el diagnóstico oportuno y el inicio del tratamiento dirigido al control de la enfermedad.

Bibliografía

1. Zhou W, Wu H, Zhao M, *et al.* New insights into the progression from cutaneous lupus to systemic lupus erythematosus. *Expert Review of Clinical Immunology.* 2020 Aug 2;16(8):829-37.
2. O'Brien JC, Chong BF. Not just skin deep: systemic disease involvement in patients with cutaneous lupus. *J Investig Dermatol Symp Proc.* 2017;18(2):S69-74.

CC058

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTE CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

C.A. Guillén-Durán, M.E. Santiago-Manzano
Hospital General de Pachuca

Introducción: La osteogénesis imperfecta (OI) es una displasia esquelética rara, con incidencia de 1/15 000-20 000, y ocurre con igual proporción en hombres y mujeres. Entre sus características se encuentran fragilidad ósea, alta frecuencia de fracturas, deformidades óseas, deficiencia de crecimiento, dientes quebradizos, escleróticas azules, pérdida de audición, función respiratoria reducida e insuficiencia valvular. La mayoría de los pacientes con OI tiene una mutación autosómica dominante en COL1A1 y COL1A2, que codifican a las cadenas $\alpha 1$ y $\alpha 2$ del colágeno tipo I, respectivamente.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria y sistémica que se presenta en 0,1% de la población, predominantemente en mujeres (9:1) de la segunda y tercera décadas de la vida, caracterizada por autoanticuerpos contra antígenos nucleares, cuyas manifestaciones pueden ser leves, moderadas y graves. Se presenta un caso de paciente con OI y LES.

Presentación del caso: Paciente femenina de 30 años, sin antecedentes familiares relevantes, con diagnóstico de osteogénesis imperfecta en la infancia, tras protocolo de estudio de hipoacusia leve bilateral; posee informe genético de haploinsuficiencia de COL1A1, seguimiento en audiología, y requiere apoyo con auxiliar auditivo en oído izquierdo desde 2017.

Se diagnostica LES en febrero 2021 en consulta de reumatología del Hospital General de Pachuca por manifestaciones cutáneo-articulares, anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia 1:640 patrón periférico, anti-DNAs (anticuerpos-antiácido desoxirribonucleico de doble cadena) positivos, anti-Smith negativo, complemento 4 bajo, anticuerpos antifosfolípidos, todos negativos, en tratamiento con hidroxiquina (200 mg/24 h); en junio 2023 muestra actividad articular y hematológica por trombocitopenia leve y leucopenia-linfopenia y recibe tratamiento con azatioprina (50 mg/12 h), con remisión. En marzo de 2024 tiene manifestación renal con síndrome nefrótico (proteinuria de 3,5 g/24 h) y se indican pulsos de esteroide (3) y ciclofosfamida mensuales (6), así como esteroide en dosis de reducción, hasta su suspensión en junio de 2024, pero continúa con antagonista de receptores de angiotensina II, estatina y complementación con calcio. El seguimiento de nefrología incluye biopsia renal de abril de 2024 que indica nefritis lúpica clase IV. En agosto de 2024 acude a consulta de control, asintomática, y en la exploración física tiene un peso de 69 kg, talla de 1,64 m (la misma que en la primera consulta de 2021), con apoyo auditivo en oído izquierdo, escleróticas azules, y el resto sin alteración; los estudios de laboratorio generales son normales, albúmina en orina de 24 h 125 mg, complemento 3: 93 mg/dL (normal), complemento 4: 8,5 mg/dL (bajo), anti-DNAs 9,8 UI/mL (negativo), densitometría ósea de columna lumbar y cadera sin alteración. Continúa el tratamiento ya indicado, sin requerir reinicio de esteroide. Además, se instituyó seguimiento en el servicio de genética.

Discusión: La atención a las comorbilidades es importante, sobre todo en las complicaciones óseas, pulmonares y cardíacas, que pueden presentarse en el contexto de ambos padecimientos, así como el alto riesgo preconcepcional.

Conclusiones: La paciente mostró haploinsuficiencia de COL1A1, mutación que se encuentra en el brazo largo del cromosoma 17 vinculada con deficiencia cuantitativa de colágeno estructuralmente normal, por lo que representa la forma más leve de OI, caracterizada por escleróticas azules sin deformidades óseas. El LES es un padecimiento con afectación poligénica (cromosomas 6, 1, 12, 10, 2, 6, 14, 16, 20, X), ambiental, hormonal e incluso epigenética. El origen genético común en el caso no es claro, si bien ambos trastornos afectan al tejido conectivo. Su relación es excepcional, por lo que no se cuenta con información de alguna manifestación predominante en paciente con OI y LES; en esta paciente se observan manifestaciones leves a graves, sin diferencia aparente con respecto a pacientes sin OI.

Bibliografía

1. Deguchi M, Tsuji S, Katsura D, *et al.* Current overview of osteogenesis imperfecta. *Medicina.* 2021;57:464.
2. Marom R, Rabenhorst BM, Morello R. Management of endocrine disease: Osteogenesis imperfecta: an update on clinical features and therapies. *Eur J Endocrinol.* 2020;183:R95-R106.

CC059

MORFEA TARDÍA SECUNDARIA A PRÓTESIS DE TITANIO. UN CASO Y SU ABORDAJE

D.D. Bañuelos-Ramírez¹, S. Sánchez-Alonso²

⁽¹⁾Práctica privada, ⁽²⁾CER ISSSTEP/HGR 20 IMSS, Puebla

Introducción: Cuando el engrosamiento y la fibrosis, junto con los demás cambios característicos de la esclerosis sistémica progresiva (ESP), se

observan en áreas localizadas se establece la morfea. Aunque se trata de áreas pequeñas y delimitadas, a diferencia de la ESP, otras características como los cambios de coloración y datos histológicos en la biopsia forman parte de la entidad, semejante a lo que ocurre en la forma sistémica o generalizada. Las causas incluyen múltiples agentes, entre ellos sustancias contaminadas o la utilización de materiales con fines estéticos o prótesis contaminadas. En una revisión reciente de las publicaciones médicas no se identificó como agente etiológico ligado a la morfea la instalación de prótesis de titanio. De modo similar a esta situación, dada la baja incidencia de casos, hay más informes de casos que estudios comparativos. Esta misma alteración hace que el tratamiento no sea uniforme y mucho menos la respuesta terapéutica observada.

Presentación del caso: Paciente femenina de 22 años edad, estudiante universitaria, sin toxicomanías ni antecedentes hereditarios o personales de importancia. Es estudiante actual de la carrera médica. Como único antecedente de importancia se menciona el diagnóstico de osteosarcoma en el brazo derecho en edad escolar, que requirió tratamiento quirúrgico con resección hasta los bordes libres de tumor, con quimioterapia y radioterapia. El segmento óseo resecado se sustituyó con prótesis de titanio (**Figura 1**). El seguimiento hasta la edad adulta no ha mostrado recidiva y solo se documentó como secuela acortamiento de miembro torácico derecho en 2 cm, y limitación para la elevación del brazo, sin interferencia con actividades de la vida diaria, ni en otras esferas. Desde un año antes se perciben engrosamiento, discromía y prurito. Se la atiende luego de un recorrido por diversos especialistas, con realización de múltiples estudios, incluida la biopsia cutánea, pero sin mejoría. Se indica un medicamento tópico a base de antagonista selectivo de receptores S2 de serotonina desprovisto de propiedades agonistas. Se agrega un inhibidor de fosfodiesterasa 5 a dosis de 12,5 mg una vez al día, dosis vespertina. Se observa mejoría con el uso continuo, pese a no tener buen apego al tratamiento de manera inicial.

Discusión: La morfea y las enfermedades semejantes a la esclerodermia se han documentado en relación causal directa con múltiples agentes. Se han informado antes ejemplos en la bibliografía, entre los cuales figuran los síndromes por aceite tóxico, agentes modelantes y estéticos, y los mecanismos de fisiopatología que incluyen la respuesta inmunitaria ante agentes extraños. Puede experimentarse mejoría al retirarlos o no. Por lo general, diversas especialidades tratan la anomalía. La atención por reumatología casi nunca es la inicial. El titanio se ha considerado un material hipoalérgico y con casi nulas las posibilidades de rechazo por el organismo donde se implante. De ahí la relevancia de esta presentación.

Conclusiones: Aunque el diagnóstico se estableció de acuerdo con los criterios suficientes para establecer morfea en esta paciente, el tratamiento fue insuficiente y no se consideraron otras opciones terapéuticas factibles. Dentro del arsenal de la reumatología aún hay otras más que no ha sido necesario utilizar, pero que no dejan de considerarse. Es posible que las enfermedades

delimitadas y no sistémicas sean de menor atractivo terapéutico para los especialistas. El presente caso tuvo una respuesta que puede considerarse adecuada, a pesar de un apego insatisfactorio.

Bibliografía

- May GE, O'Brien SA, Liendo PC, *et al.* Metalosis por titanio. Diagnóstico diferencial de masa de compartimiento iliopsoas: caso clínico. Rev Chil Radiol [Internet]. 2002 [citado 2024 Sep 26]; 8(4):182-184. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082002000400008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082002000400008>.

CCo6o

GLOMERULONEFRITIS POR COMPLEJOS INMUNES COMO RETO DIAGNÓSTICO

A. Miguel-Álvarez, C.A. Leal-Ahumada, V. Soto-Abraham, M.L. Lored-Mendoza, A. Vargas-Guerrero

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La glomerulonefritis por complejos inmunitarios en un paciente de la octava década de la vida es un reto diagnóstico, cuyo abordaje completo es indispensable e incluye procesos infecciosos, crioglobulinemia, enfermedades reumatológicas-autoinmunitarias, neoplasias, entre otros. Este caso representa la importancia de un protocolo diagnóstico integral para establecer el tratamiento dirigido.

Presentación del caso: Mujer de 74 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica (2018), hemorragia cerebral intraparenquimatosa no traumática (2020) e infarto inferior no reperfundido (2021). Durante su seguimiento, en abril de 2022, refirió disminución de volúmenes urinarios, edema en extremidades inferiores y disnea de medianos esfuerzos. Presentó creatinina 1,32 mg/dL, BUN 21,7 mg/dL, hematuria glomerular con 58% de eritrocitos dismórficos, proteinuria 2,61 g/día, albuminuria 1,9 g/día e índice proteinuria/creatinuria (IPC) 4,37. Los estudios de imagen reconocieron un quiste paracalceal izquierdo por ultrasonido. La biopsia renal en septiembre de 2022 identifica glomerulonefritis membrano-proliferativa por complejos inmunitarios con nefritis túbulo-intersticial y microangiopatía trombótica activa (glomerular y arteriolar) (**Figura 1A-B**). Pérdida de peso de 9 kg en dos años. Dos pruebas por ELISA positivas para HIV y posteriormente descartado (**Tabla 1**). En agosto de 2023 se la valora en el servicio de reumatología, que reconoció xerostomía, xeroftalmía y artralgias en carpos y tobillos. Se detectaron telangiectasias, esclerodactilia, xerostomía y capilaroscopia con patrón temprano de esclerosis. Anti-centrómtero 481,3 UI, anti-Ro y anti-La, negativos. Se diagnosticó esclerosis sistémica, sin neoplasia por clínica o gabinete. El servicio de oftalmología la valora e identifica evidencia de conjuntivitis seca leve y aguda. En junio de 2024 se confirmó a través de biopsia de glándulas salivales el diagnóstico de síndrome de Sjögren (**Figura 1C**). Registró anti-DNAc 112 UI, creatinina 2,27 mg/dL, proteinuria 1 198 g/día, IPC 1,9, anemia grado 3 súbita con cor anémico, factor reumatoide 559 UI y C4 indetectable. Por lo anterior, se complementó con crioglobulinas elevadas 4% y se confirmó crioglobulinemia mixta sin elevación monoclonal en electroforesis de proteínas y aspirado de médula ósea sin datos de enfermedad maligna. Se inició glucocorticoide, hidroxicloquina y rituximab con adecuada respuesta; en la actualidad se halla bajo creatinina 1,6 mg/dL, proteinuria 139 mg/día y IPC 0,28.

Discusión: La glomerulonefritis por complejos inmunitarios tiene múltiples causas posibles que en ocasiones coexisten y representan un reto diagnóstico. El compromiso renal en pacientes con síndrome de Sjögren ocurre en un 5% y es infrecuente la glomerulonefritis cuando se debe a complejos inmunitarios. A su vez, otras afecciones como la esclerosis sistémica (ambas sustentadas en esta paciente) pueden adjuntarse. La hipocomplementemia y el factor reumatoide positivo alto deben alertar sobre la posibilidad de crioglobulinemia, que es más frecuente en relación con otras enfermedades inflamatorias. Dentro del estudio de estos pacientes, otros diagnósticos diferenciales posibles son los procesos infecciosos como

Figura 1. (CC059)



Tabla 1. Otros estudios relevantes durante el abordaje diagnóstico. (CC060)

	Iniciales	Abril 2024	Junio 2024
Hemoglobina (g/dL)	12,3	7,1	11,4
Plaquetas (células/microlitro)	113 000	128 000	162 000
Leucocitos (células/microlitro)	6300	6500	8900
Linfocitos (células/microlitro)	1400	1400	1900
VSG (mm/h)	38	102	77
TP (s)	11,1	11,8	11,5
TTPa (s)	41,2	36,4	39,4
INR	1,0	1,0	1,0
Anticuerpos antinucleares (patrón y dilución)	Nuclear moteado fino 1:80	Nuclear, moteado fino: 1:2 560; citoplásmico, citoplásmico 1:1 280	
Anti-ADNdc, <i>Critidia luciliae</i>	Negativo	Negativo	Negativo
Anti-ADNdc por ELISA (UI)	Negativo	112,9	15,1
C3 (mg/dL)	37,5	32,5	28,9
C4 (mg/dL)	2,52	Indetectable	Indetectable
Anti-Smith (UI)	Negativo	< 3,3	< 3,3
Anti-B2GP IgM (UI)	31,4	30,2	19,7
Anticardiolipina IgM (UI)	25,4	29,0	26,1
Anit-Ro52 (UI)	Negativo	< 2,3	-
Anti-Ro60 (UI)	Negativo	< 4,9	-
Anti-La (UI)	Negativo	< 2,3	-
Factor reumatoide (UI)	562	559	-
Agglutininas irregulares	Negativas	-	-
Crioglobulinas (%)	-	-	4%
Pruebas para virus de inmunodeficiencia humana	+ / + (ELISA) Western blot indeterminado	Carga viral < 20 copias CD4 normales	

la infección por HIV que luego se descartó en esta paciente o la infección por virus de hepatitis C.

Conclusiones: El abordaje de la glomerulonefritis por complejos inmunitarios con datos indicativos de crioglobulinemia es complejo y debe descartar enfermedades reumatológicas, infecciosas y neoplásicas. Si bien se encuentra en ocasiones evidencia de una enfermedad específica que lo justifique, los hallazgos no atribuibles a ella deben advertir sobre enfermedades coexistentes, cuya identificación y tratamiento específico pueden contribuir a una evolución satisfactoria.

Bibliografía

1. Aiyegbusi O, McGregor L, McGeoch L, *et al.* Renal disease in primary Sjögren's syndrome. *Rheumatol Ther.* 2021;8(1):63-80.

CC061

GLOMERULONEFRITIS EN RHUPUS, UN RETO DIAGNÓSTICO

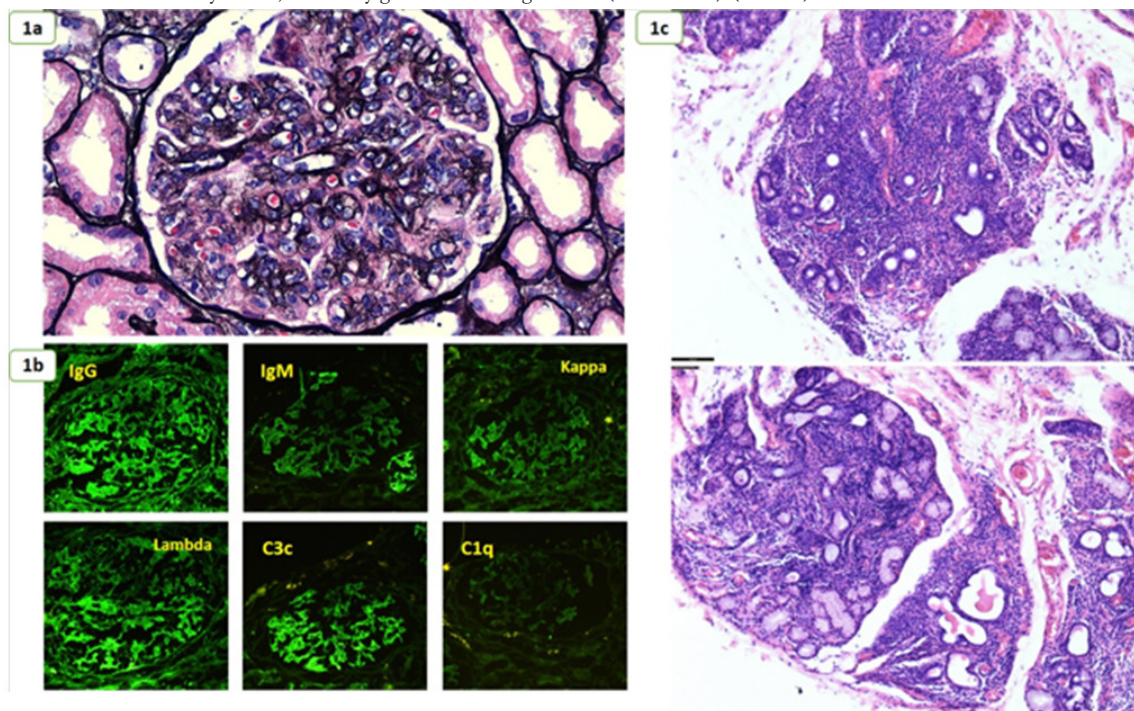
N.A. Dávila-Liaht¹, J.S. Balbuena-Álvarez¹, C. Hernández-Díaz¹, R.E. Barbosa-Cobos¹, M.V. Soto-Abraham²

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El síndrome de rhusus (SR) es una rara superposición de artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES) y para su definición deben cumplirse criterios de clasificación para ambas entidades, SLICC 2012 o ACR/EULAR 2019 (LES) y ACR/EULAR 2010 (AR). La prevalencia de SR en series de casos es de 1,3% y las mujeres son las más afectadas (84%-100%) con una edad media de 35 años; las principales manifestaciones clínicas son poliartritis simétrica erosiva (90%), anomalías hematológicas (70%), compromiso mucocutáneo (17%-41%) y afectación renal (35%) (nefropatía lúpica clase IV, la más identificada por biopsia).

Presentación del caso: Paciente masculino de 28 años con antecedente de hipotiroidismo primario por tiroiditis de Hashimoto, obesidad mórbida y

Figura 1. (A) Fotomicrografía (400x, metenamina de Jones). Se observa glomérulo con hiperlobulación del ovillo y formación de dobles contornos y proliferación mesangial con hiper celularidad endocapilar. (B) Estudio de IFD (400x). Se observa positividad granular con patrón mesangiocapilar para IgG, IgM, C3, kappa y lambda. (C) Dos fotomicrografías de glándula salival menor con tinción H-E (100x). Intenso infiltrado inflamatorio linfocitario difuso alrededor de conductos dilatados y acinos; focos muy grandes. Atrofia glandular (Chisholm 4). (CC060)



artritis reumatoide, según criterios ACR/EULAR 2010, de dos años de evolución con mal apego terapéutico y epiescleritis previa como manifestación extraarticular.

El paciente acude a consulta por astenia, adinamia, poliartralgias simétricas de pequeñas y grandes articulaciones y rigidez articular matutina de una hora. Exploración física: FC 116x', TA 130/80 mmHg, FR 20x', temp 36,4°C, peso 110 kg, talla 1,64 m, IMC 41; destacan acantosis nigricans, encuadramiento de carpos, limitación a la flexo-extensión de muñecas activa y pasiva con dolor a la palpación, segunda metacarpofalángica derecha dolorosa y rodillas con crepitación ósea. Estudios paraclínicos: VSG 33 mm/h y PCR 1,56 mg/dL. Se determinó actividad moderada de la enfermedad por DAS28-PCR 3,56 y SDAI 11,21 y se optimizaron dosis de FARMEsc con sulfasalazina (3 g/día) y leflunomida (20 mg/día).

Al seguimiento se identificó proteinuria subnefrótica con riesgo cardiovascular, la cual evolucionó con aumento progresivo y se abordaron diagnósticos diferenciales. Los estudios de laboratorio se hallan en la **Tabla 1**; ultrasonido renal: riñón derecho de 108 x 59 x 58 mm, izquierdo de 115 x 49 x 48 mm en sus tres ejes, parénquima homogéneo, aumento de la ecogenicidad y pérdida de la relación corteza médula respecto de cambios inflamatorios crónicos inespecíficos; biopsia renal: glomerulonefritis lúpica clase IV + V con índice de actividad 9/24 y cronicidad 6/12, arteriopatía moderada (**Figura 1C-D**). El paciente cumplió criterios de clasificación ACR/EULAR 2019 para LES con 21 puntos, por lo que se estableció el diagnóstico de síndrome de superposición SR. Se inició tratamiento de inducción a la remisión con esquema NIH: metilprednisolona (500 mg 3 pulsos) y ciclofosfamida (0,7 g/m² mensual), hidroxycloquina (400 mg/día) y filtro solar UVP 50+.

Tabla 1. Estudios de laboratorio. (CC061)

Laboratorio	Parámetro
Biometría hemática	
Leucocitos	6,57 10 ³ /uL
Neutrófilos	5,62 10 ³ /uL
Linfocitos	0,56 10 ³ /uL
Hemoglobina	13 g/dL
Plaquetas	322 000 uL
Bioquímica sanguínea	
Creatinina	0,59 mg/dL
Urea	28 mg/dL
GOT	17 U/L
GPT	18 U/L
DHL	178 U/L
Bilirrubina	0,48 mg/dL
Colesterol	116 mg/dL
Triglicéridos	95 mg/dL
HbA1c	5,5%
TSH	5 uU/mL
T4L	1,16 uU/mL
VSG	71 mm/h
PCR	2,21 mg/dL
Urianálisis	Densidad 1,021, sangre 25, pH 5,5, proteínas 300, nitritos negativos, leucocitos negativos, sedimento negativo
Proteínas en orina de 24 h	0,2 g/24 h (1ª determinación) 0,8 g/24 h (2ª determinación) 2,54 g/24 h (3ª determinación)
Perfil infeccioso	
HBsAg, VHB y VHC	no reactivos
VDRL	negativo
PPD	no reactivo
Inmunológicos	
ANA	1:10 000 nuclear homogéneo, citoplasmático granular fino denso
Anti-DNAc	242,31 UI/mL
Anti-Smith	4,79 UR/mL
Anti-Ro	3,32 UR/mL
Anti-La	< 2 UR/mL
ACL IgG	69,97
ACL IgM	8,38
Anti-B ₂ GP1	IgG 6,77
Anti-B ₂ GP1	IgM 17,71
Factor reumatoide	82,3 UR/mL
Anti-CCP	> 200 UR/mL
Antiperoxidasa	45 UI/mL
C3	59,8 mg/dL
C4	7,88 mg/dL

Discusión: El SR es inusual; en hombres se presenta en aproximadamente 15% y la poliartritis no es erosiva en 10%. Es importante considerar el diagnóstico diferencial de proteinuria en pacientes con artritis reumatoide. Lo anterior representa complejidad y constituye un reto diagnóstico. Se presenta un caso de SR en un paciente masculino con poliartritis no erosiva y factores de riesgo metabólicos para nefropatía.

Conclusiones: La superposición de AR con LES (síndrome de rhus) es una entidad rara; es relevante reconocer las diversas manifestaciones clínicas y serológicas, lo cual modifica el diagnóstico oportuno y evita el retraso en el tratamiento y por ende reduce al mínimo las secuelas.

Bibliografía

- Antonini L, Le Mauff B, Marcelli C, *et al.* Rhus: a systematic literature review. *Autoimmunity Reviews*. 2020 Sep;19(9):102612.
- Solís-Cartas U, Martínez-Larrarte JP, Prada-Hernández DM, *et al.* Síndrome de rhus. Una superposición infrecuente. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2017 Oct 1;24(4):23741.

CC062

EL VALS DEL LOBO Y EL GLUCÓGENO: REPORTE DE CASO

D.A. Escobar-Paredes, L.M. Saldarriaga-Rivera, E.S. Guzmán-Bedoya, C.D. Ramos-Sarmiento, M. Zárate

Universidad Tecnológica de Pereira-UTP. Hospital Universitario San Jorge Pereira, Rda, Colombia

Introducción: El LES es una alteración que no muestra una relación con enfermedades de depósito lisosomal.

Presentación del caso: Hombre de 36 años que sufre LES con compromiso cutáneo, articular, muscular y del sistema nervioso periférico, con fuerza 4/5 en las cuatro extremidades, debilidad axial (CPK, 300 mcg/L, aldolasa 20 UI/L). ANA: 1:160 patrón nuclear homogéneo, anti-DNAc 1:40, complemento C3 y C4 consumido, EMG + NC en cuatro extremidades con miopatía; se amplían estudios y se diagnostica enfermedad de Pompe por pruebas enzimáticas, moleculares y genéticas.

Discusión: Este es el primer informe vinculado con enfermedad de Pompe.

Conclusiones: Existe un abismo de conocimiento en relación con el comportamiento clínico de estas dos anomalías cuando coexisten.

Bibliografía

- Stevens D, Milani-Nejad S, Mozaffar T. Pompe disease: a clinical, diagnostic, and therapeutic overview. *Curr Treat Options Neurol*. 2022;24(11):573-588
- Labella B, Piccinelli SC, Risi B, *et al.* A comprehensive update on late-onset Pompe disease. *Biomolecules*. 2023;13(9):1279.

CC063

ANEMIA HEMOLÍTICA Y TROMBOCITOPENIA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

G.C. Cortina-Olvera, A.I. Céspedes-Cruz, A.R. Torres-Jiménez, M. Zeferino-Cruz, A. Velázquez-Cruz

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

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) se caracteriza por infiltración linfocítica y destrucción de las glándulas exocrinas (glándulas salivales y lagrimales), así como afectación extraglandular. La prevalencia calculada es de 0,1% de la población general, con una proporción mujer-hombre de 15:1.

Presentación del caso: Paciente femenina de 10 años con carga genética para artritis reumatoide; niega antecedentes alérgicos, quirúrgicos, transfusionales y traumáticos. Tiene dos hospitalizaciones por trombocitope-

nia. Inicia el padecimiento en marzo de 2022 con equimosis y petequias en piernas y brazos, gingivorragia leve, y acude a valoración con toma de estudios paraclínicos e informe de trombocitopenia grave. El servicio de hematología pediátrica indica tratamiento con esteroide y gammaglobulina (2 dosis, última en noviembre de 2022), sin adecuada respuesta. Se le envía a valoración del servicio de reumatología pediátrica en enero de 2023 por trombocitopenia, anemia hemolítica por anticuerpos calientes, titulación elevada de anticuerpos (anti-Ro y anti-LA positivos); solo se refieren úlceras en carrillos, dolorosas y ocasionales. Al interrogatorio niega hematuria, melena, disnea, alopecia, fiebre, pérdida ponderal, fenómeno de Raynaud, livedo reticular, artritis y debilidad muscular. Durante el seguimiento se encuentra con persistencia titulación elevada de anti-Ro y anti-LA en tres ocasiones, antinucleares positivos, complemento normal, ADNA y anticuerpos antifosfolípidos negativos, y cursa en clínica con petequias, cefalea, equimosis y xerostomía, por lo que se realiza biopsia de glándula salival que registra sialoadenitis linfocítica leve periductal e intersticial. Estudios de laboratorio (29/12/22): leu 4 970, neu 2 080, linf 2 340, Hb 15,2, Hto 44,7, plaq 96 000, TP 10,9, TTP 28,6, índice lúptico 1,05, anticardiolipina IGG 4,6, anticardiolipina IgM < 2, ANA X IFI 1:320 nuclear moteado grueso, anti-Sm 2,9, anti-Ro 103 (corte 20), anti-LA 74,1 (corte 20), Coombs positivo a anticuerpos calientes. (4/5/23): leu 3 800, neu 1 740, linf 1 620, Hb 13,8, Hto 38,9, plaq 37 000, C3 135, C4 40,10, anti-Ro 96,8- anti-LA 66,1. (11/7/23): leu 3 600, neu 1 600, linf 1 680, Hb 14, Hto 41,1, plaq 50 000, C3 123, C4 31,7, anti-Ro > 1 374, anti-LA > 1 550, ANA X IFI 1:320 moteado grueso. (16/8/23): leu 5 100, neu 2 800, linf 1 800 Hb 13,7, Hto 42, plaq 95 000, anti-Ro > 1 374, anti-LA 1 237, B2 glucoproteína IgG 6,70, B2 glucoproteína IgM 0,40. Biopsia de glándula salival (5/9/23): sialoadenitis linfocítica leve periductal e intersticial, sin fibrosis; clase 3 de la clasificación de Tarpley (infiltrado linfocitario difuso periductal con atrofia focal de un acino). Se integra el diagnóstico de síndrome de Sjögren con afectación hematológica (anemia hemolítica y trombocitopenia) y se inicia tratamiento con prednisona vía oral (1 mg/kg/día) y micofenolato de mofetilo, con respuesta en conteo plaquetario y cifras de hemoglobina a los dos meses.

Discusión: Las anomalías hematológicas en el síndrome de Sjögren suponen aproximadamente el 25% a 50%. Dentro de estas, la anemia normocítica y normocromática representa el 34%, la anemia hemolítica autoinmunitaria el 10% y solo 5% a 15% de los casos puede cursar con trombocitopenia. La leucopenia y anemia son las manifestaciones más comunes del sistema hematológico, pero pocos casos se complican con anemia hemolítica autoinmunitaria y trombocitopenia, los cuales se presentaron en esta paciente.

Conclusiones: El síndrome de Sjögren primario cursa con manifestaciones glandulares, aunque es importante tener en cuenta que las manifestaciones hematológicas pueden ser la expresión inicial; es probable por EULAR que los pacientes con trombocitopenia, anti-Ro y anti-LA positivos, tengan un posible diagnóstico de SS, por lo que debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales en la trombocitopenia secundaria sin respuesta al tratamiento, como el caso de esta paciente.

Bibliografía

- Pathak DR, Kumar Chaurasiya A, et al. Primary Sjogren's syndrome with bicytopenia: a case report. JNMA J Nepal Med Assoc [Internet]. 2024;62(269):49-51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31729/jnma.8406>
- Wu J, Chang X, Zhang J, et al. Clinical and laboratory features of primary Sjögren's syndrome complicated with mild to severe thrombocytopenia. Ann Transl Med [Internet]. 2022;10(6):300-300. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21037/atm-22-162>.

Tabla 1. Características clínicas y terapéuticas. (CC064)

Caso #	Edad (años)	Sexo	Diagnóstico	Tratamiento sistémico	Control microambiente	Topografía
#1	50	F	LES + SAAF	Hidroxicloroquina	Barrera impermeable con petrolato	Tobillo derecho
#2	39	F	Morfea localizada	Micofenolato de mofetilo	Mantenimiento de lecho húmedo	Falanges distales
#3	48	F	Pioderma gangrenoso	Adalimumab	Alginato de calcio y prevención del fenómeno de patergia	Caras laterales glúteos y muslos
#4	46	F	Esclerosis sistémica	Metrotrexato	Mantenimiento de humedad y control de queratinización excesiva	Maléolos externos
#5	59	M	Gota tofácea	Alopurinol	Mantenimiento de humedad	Tobillos

CC064

MANEJO DE HERIDAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE: SERIE DE CASOS Y EXPERIENCIA DE UNA CLÍNICA DE HERIDAS

L.G. Espinosa-Bañuelos, S.D. Guzmán-Ballesteros, M. Hernández-Vera
Hospital General Manuel Gea González

Introducción: El tratamiento de las heridas es un tema complejo y además existen escenarios en los que los mecanismos de reparación se encuentran alterados. Las enfermedades autoinmunitarias son contextos proinflamatorios y protrombóticos, con alteración en diferentes líneas celulares o acumulación de diferentes metabolitos, lo que supone un reto en todas las etapas de la cascada inflamatoria y la reparación de los tejidos. Se describen cinco casos de diferentes enfermedades reumatoideas en las que se observa mejoría y se muestran tratamientos diversos.

Presentación de los casos: En el abordaje de las heridas deben considerarse al menos cuatro ejes: el estado metabólico, la vascularización, el estado proinflamatorio o alteración de la respuesta inmunitaria y el microambiente de la herida. Se presenta un breve resumen de cada caso:

Caso 1: Paciente femenina con lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome antifosfolípidos, en el que el principal reto eran las alteraciones vasculares protrombóticas que dificultaban la neoformación de microcirculación. La pieza clave es el control sistémico y la anticoagulación.

Caso 2: Paciente femenina con morfea localizada y úlceras digitales. Fue posible disminuir los episodios del fenómeno de Raynaud y mantener un microambiente propicio para lograr su atenuación.

Caso 3: Paciente femenina con pioderma gangrenoso; se evitó el fenómeno de patergia y, mediante fármacos biológicos como tratamiento blanco prioritario debido a la extensión de la herida, se logró un avance rápido del cierre.

Caso 4: Paciente femenina con esclerosis sistémica que presentaba úlceras en miembros inferiores de larga evolución. La clave de la lenta recuperación fue el uso de modificadores de la enfermedad con modificación del microambiente de la herida para conservar la humedad.

Caso 5: Paciente masculino con gota tofácea, quien después del control metabólico y uso de apósitos de barrera logró el cierre de las múltiples úlceras crónicas. Véase la **Figura 1** y la **Tabla 1**.

Discusión: A pesar de que la pieza clave es el tratamiento de la enfermedad sistémica, el control avanzado se centra en diferentes ejes. Es importante considerar la fisiopatología como agravante o causa; sin embargo, las matrices acelulares, el control de la humedad o el mantenimiento de esta, la limpieza (curaciones) atraumática y el control antimicrobiano cuando esté indicado tienen una enorme importancia. Cabe destacar que la adecuada analgesia facilita las múltiples intervenciones y aumenta la calidad de vida.

Conclusiones: Comprender el panorama de las enfermedades autoinmunitarias, incluidas su fisiopatología sistémica y su conjugación con las características del microambiente de la herida, facilita el entendimiento de las múltiples modalidades avanzadas disponibles. El control interdisciplinario es imprescindible; el verdadero reto es comprender la forma de emplear distintos tratamientos en el contexto económico y sociocultural de cada paciente.

Bibliografía

- Dissemond J, Romanelli M. Inflammatory skin diseases and wounds. The British Journal of Dermatology. 2022;187(2):167-177. <https://doi.org/10.1111/bjd.21619>.

Figura 1. Evolución de la herida luego de su atención avanzada. (CC064)



CC065

DERMATOMIOSITIS ANTI-NXP2 POSTERIOR A VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

A. Lucas-Hernández¹, O. Vera-Lastra², M.A. Alfaro-Arrieta³, M.I. De la Rosa-Lara⁴, M.G. Márquez-Vargas⁵

⁽¹⁾Hospital General de Teziutlán, ⁽²⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽³⁾Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽⁴⁾Universidad Popular Autónoma de Puebla, ⁽⁵⁾Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Introducción: La dermatomiositis (DM) es una miopatía inflamatoria idiopática con una prevalencia de 1 a 6 por cada 100 000 personas. Puede manifestarse a cualquier edad y afecta de modo predominante a las mujeres (2:1). En clínica, la DM se presenta con signos como pápulas de Gottron, eritema en heliotropo, signo de la V o el signo del chal.

La inflamación muscular causa debilidad proximal, que puede aparecer de manera aguda o subaguda además de diversos grados de afectación pulmonar, articular, muscular y, en algunos casos, enfermedad maligna. La causa puede desencadenarse por factores ambientales (fármacos, infecciones, rayos ultravioletas) y contaminantes en personas genéticamente susceptibles. Se describe el caso de una paciente cuyos síntomas comenzaron tras la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla, con aparición de síntomas atípicos de DM y presencia de anticuerpos anti-NPX2.

Presentación del caso: Mujer de 28 años que un mes después de la vacunación contra la fiebre amarilla desarrolló eritema en heliotropo, debilidad muscular en la región torácica y extremidades pélvicas, artritis en las articulaciones interfalángicas proximales, disfagia progresiva y afectación del sistema nervioso central. Los estudios de laboratorio mostraron elevación de la velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva, CK (26 500 U/l), transaminasas (AST 2 000 U/L, ALT 1 500 U/L, LDH 1 500 U/l) y mioglobina (10 000 mg/dL). Tras descartar infecciones, y con alta sospecha de DM, se solicitaron estudios inmunológicos que identificaron anticuerpos antinucleares (ANA) positivos (1:80) y anticuerpos anti-NXP2 positivos (> 100, normal < 11). La electromiografía (EMG) demostró miopatía. Se inició tratamiento con metilprednisolona a dosis altas. Infortunadamente, el trastorno empeoró y fue necesario tratamiento avanzado de la vía respiratoria, nutrición parenteral total y yeyunostomía para la alimentación. El control de la paciente incluyó metotrexato, rituximab y esteroides, lo que resultó en una mejoría gradual evidenciada por la normalización de los valores de creatinina, hemoglobina, transaminasas y CK. Con rehabilitación del sistema musculoesquelético, pulmonar y foniatrico se logró una mejora progresiva de la fuerza muscular y la función orofaríngea.

Discusión: La dermatomiositis es una enfermedad autoinmunitaria con manifestaciones típicamente musculares, como la elevación de CK, a menudo 10 a 50 veces por encima de los valores normales. En el caso de esta paciente, la manifestación inicial fue debilidad muscular proximal, eritema facial y cervical, artritis en pequeñas articulaciones, disfagia progresiva y afectación del sistema nervioso central.

El diagnóstico se basa en la confirmación mediante biopsia o resonancia magnética del músculo afectado y la relación con anticuerpos específicos. Estos anticuerpos pueden ser anti-Mi2 (presentes en el 20% de los casos) y MDA5 (10%-30%). El anticuerpo anti-NXP2 está típicamente vinculado con neoplasias en el 75% de los pacientes. Es el segundo anticuerpo autoinmunitario más común en niños (22%), pero es menos frecuente en adultos (5%-20%), y se relaciona con formas graves y potencial evolución paraneoplásica, especialmente en hombres. En el caso de esta paciente, se descartaron causas neoplásicas o paraneoplásicas, y el único factor fue la exposición a la vacuna contra la fiebre amarilla. Rara vez se han vinculado las vacunas como la del sarampión, difteria, tétanos, BCG, polio e influenza, aunque no hay informes que relacionen la vacunación contra la fiebre amarilla con la dermatomiositis.

Conclusiones: La posible relación entre la vacunación contra la fiebre amarilla y el inicio de la dermatomiositis exige una mayor investigación para comprender mejor los desencadenantes en individuos genéticamente predispuestos.

Bibliografía

1. Lundberg IE, Tjærnlund A, Bottai M, *et al.* 2017 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for adult and juvenile idiopathic inflammatory myopathies and their major subgroups [published correction appears in *Ann Rheum Dis.* 2018 Sep;77(9):e64].

CCo66**MANIFESTACIONES AUTOINMUNES/INFLAMATORIAS POSTERIOR A LA EXPOSICIÓN DE BIOPOLÍMEROS Y CRITERIOS DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS SISTÉMICAS**

M.A. Yeo-Reyes, V. Ledezma-Rodríguez, R. Agredano-Jiménez, I.P. Dávalos-Rodríguez, M. Salazar-Páramo

Universidad de Guadalajara

Introducción: El síndrome ASIA, o síndrome autoinmunitario/inflamatorio inducido por adyuvantes engloba síntomas de autoinmunidad desencadenados por la exposición a adyuvantes, lo que acentúa la respuesta inmunitaria. Las manifestaciones son diversas y los síntomas inespecíficos, como fatiga, dolor, artralgias, depresión y trastornos del sueño. En las publicaciones médicas, hasta un 40% de los pacientes puede desarrollar criterios diagnósticos de enfermedades reumáticas sistémicas (ERS), como lupus eritematoso sistémico (LES) o artritis reumatoide (AR). Se describe una serie de casos con evidencia de aplicación de material inerte (biopolímeros-BP) con fines estéticos que cumplen con criterios diagnósticos de síndrome de ASIA (2023), y relacionar su evolución con la posibilidad de ERS con el fin de identificar a los pacientes que reúnan criterios para clasificar como AR (ACR 1997) o LES (EULAR 2010).

Presentación del caso: De 45 pacientes, todas mujeres, en 12 hubo evidencia de autoanticuerpos (Aas) o incremento de los reactantes de fase aguda (VSG, proteína C reactiva o dímero D). Estas pacientes se revisaron de acuerdo con su síntomas o signos predominantes y los criterios de LES o AR (Tabla 1). El sitio de aplicación predominante del BP fue la zona glútea en 75% de los casos; la expresión de anticuerpos antinucleares (ANA) estuvo presente en 22% de casos. Respecto del cumplimiento de criterios de clasificación de LES o AR se identificaron en tres pacientes (7%). Por otro lado, 26% de las personas cumplieron criterios diagnósticos de fibromialgia. El 34% de las pacientes se sometió al retiro de BP.

Discusión: La aplicación de BP no es evidencia suficiente para clasificar a las pacientes con ASIA en las dos más importantes ERS (LES y AR). A pesar de la evidencia de Aas y las manifestaciones clínicas, solo tres casos se clasificaron como AR u otra ERS. La presencia de adyuvantes puede contribuir al desarrollo de dolor crónico generalizado tipo fibromialgia.

Conclusiones: El uso de implantes y la inyección de BP con fines cosméticos en esta población no parece vincularse con el desarrollo de ERS mayores.

Bibliografía

1. Tervaert JWC, Martínez-Lavin M, Jara LJ, *et al.* Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) in 2023. *Autoimmunity Reviews.* 2023;22(5):103287.
2. Colaris MJL, de Boer M, van der Hulst RR, *et al.* (2017) Two hundred cases of ASIA syndrome following silicone implants: a comparative study of 30 years and a review of current literature. *Immunol Res.* 2017 Feb;65(1):120-128.

CCo67**DERRAME PERICÁRDICO COMO SIGNO PRECURSOR EN ESCLEROSIS SISTÉMICA. REPORTE DE CASO**

K.M. Kortright-Maldonado¹, C.A. Palomeque-Ramos², M.M. López-Ramos¹, B.E. Reyes-Torres¹, D.R. Torres-Arredondo¹

⁽¹⁾Hospital General Manuel Gea González, ⁽²⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad grave del tejido conectivo que resulta en inflamación, fibrosis de la piel y órganos internos, incluido el corazón. El compromiso cardíaco tiene una prevalencia calculada de 15% a 35% y representa la principal causa de mortalidad, cercana a 27,2%. El derrame pericárdico en la ES presenta una frecuencia calculada de 10% a 20%. Aunque suele ser asintomático y de curso leve, en algunos casos puede constituir la primera manifestación de la enfermedad y vincularse con complicaciones graves, como el taponamiento cardíaco. Este último y el derrame pericárdico grave son raros, pero pueden preceder a la afectación cutánea y acompañarse de un mal pronóstico.

Presentación del caso: Mujer de 45 años sin antecedentes de importancia quien consultó al servicio de cardiología por deterioro de la clase funcional de NYHA I a NYHA III de cuatro meses de evolución caracterizado por disnea al caminar 50 metros que cedía al reposo, sin presentar

Tabla 1. Pacientes con síndrome de ASIA: datos demográficos, clínicos y de laboratorio. (CC066)

Sexo/edad	Exposición	Síntomas	Autoanticuerpos	PCR mg/dL	VSG mm/h	Criterios ERS	Criterios fibromialgia
F37	10 años	Dolor corporal difuso /nódulos en sitio de BP	ANA, patrón MF, 1:160	0,09	0	No cumple	No cumple
F33	6 semanas	Dolor corporal difuso/alopecia	-	0,359	13	No cumple	Cumple
F51	21 años	Artralgias/tumoración en sitio de BP	ANA, patrón MF, 1:1 280	0,86	0	No cumple	No cumple
F33	6 años	Dolor corporal difuso/artralgias	ANA, patrón MF, 1:640	0,69	35	No cumple	No Cumple
F58	3 años	Artralgias/alopecia	ANA, patrón MF, 1:640	1,17	35	No cumple	Cumple
F42	20 años	Eritemas/alopecia	-	23,3	22	No cumple	Cumple
F34	8 años	Fatiga/alopecia	ANA, patrón MF, 1:160	0	5	Cumple	No cumple
F45	5 años	Fatiga/artralgias	ANA, granular, FR (66U)	0	7	Cumple	Cumple
F40	20 años	Dolor corporal difuso	-	0	12	No cumple	Cumple
F45	28 años	Debilidad muscular proximal	ANA, patrón MF, 1:640 CPK (4 196 U)	1,99	19	Cumple	No cumple
F43	15 años	Artralgias/lumbalgia	-	14,3	10	No cumple	Cumple
F44	15 años	Dolor corporal difuso	FR (160 U)	0	35	No cumple	Cumple

BP, biopolímeros; ANA, anticuerpos antinucleares; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; FR, factor reumatoide; CPK, creatina fosfoquinas; ERS, enfermedad reumática sistémica (AR, LES).

ningún otro síntoma. El electrocardiograma no identificó anomalías de la conducción eléctrica. Durante el seguimiento ambulatorio, la paciente desarrolló disnea en reposo, por lo que buscó atención médica urgente. Los valores de pro-BNP fueron de 828 pg/mL y el ecocardiograma reveló engrosamiento pericárdico con derrame grave, calculado en 1 200 mL, sin otras alteraciones estructurales ni funcionales (Figuras 1 y 2). Ante estos hallazgos se decidió su hospitalización en cardiología y se practicó una pericardiectomía subfrénica parcial, con estudio citoquímico del líquido pericárdico que descartó proceso infeccioso. Se inició tratamiento con furosemida (40 mg/8 h). Durante su estancia hospitalaria se observaron fenómeno de Raynaud, rigidez articular en manos, dactilitis y esclerosis cutánea. La serología reveló positividad para anticuerpos anti-SCL-70 y se estableció el diagnóstico de esclerosis sistémica con una puntuación de 19 puntos según los criterios ACR/EULAR. Se instituyó tratamiento con metotrexato (15 mg semanal), prednisona (10 mg diarios), ácido fólico e ibuprofeno. La paciente tuvo una evolución favorable, con resolución de la disnea, por lo que se decidió su alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio.

Figura 1. (CC067)

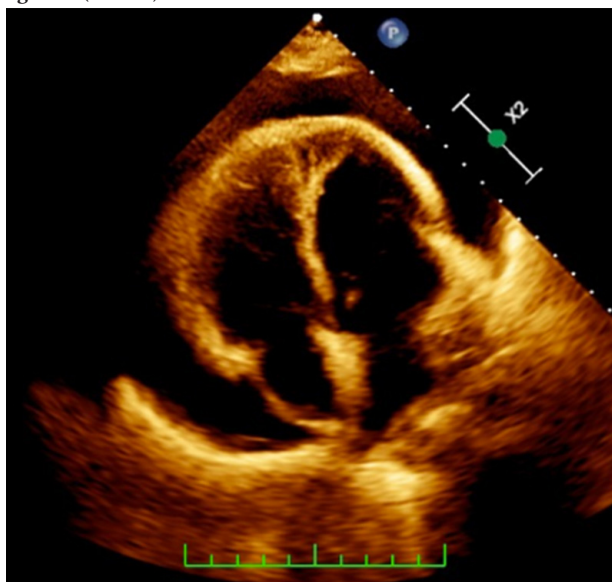
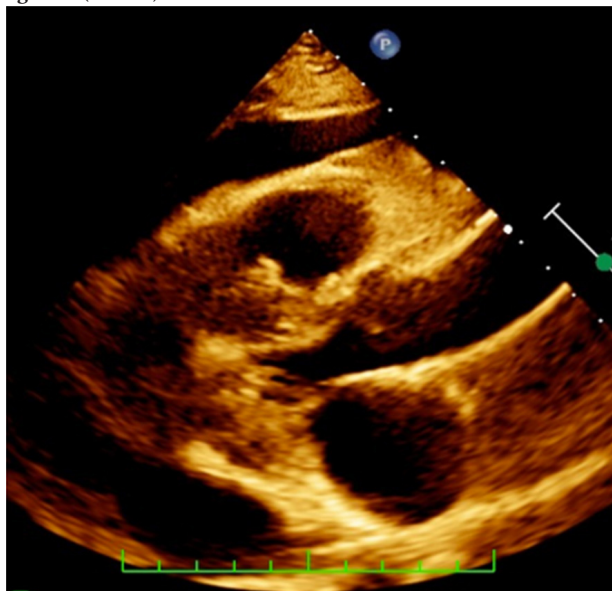


Figura 2. (CC067)



Discusión: Este caso destaca el derrame pericárdico grave como una manifestación inicial poco común pero importante en la esclerosis sistémica. Aunque suele ser leve y asintomático, en esta paciente el derrame fue significativo, lo que subraya la necesidad de un enfoque cardiovascular temprano en el control de la enfermedad. La combinación de hallazgos clínicos como fenómeno de Raynaud y anticuerpos anti-SCL-70 permitió confirmar el diagnóstico, y el tratamiento oportuno con pericardiectomía y tratamiento inmunosupresor produjo una evolución favorable. Esto refuerza la importancia de un abordaje multidisciplinario en la esclerosis sistémica con compromiso cardíaco.

Conclusiones: Dada su relevancia clínica, esta entidad debe reconocerse intencionadamente y tratarse de forma apropiada para prevenir complicaciones graves y disminuir la mortalidad. A pesar de que la frecuencia de presentación es alta, no se han establecido factores predictores de estas complicaciones por lo que la investigación futura debe centrarse en identificar biomarcadores y modalidades efectivas para mejorar el manejo, así como analizar características y comorbilidades del paciente que podrían relacionarse.

Bibliografía

- Hosoya H, Derk CT. Clinically symptomatic pericardial effusions in hospitalized systemic sclerosis patients: demographics and management. *Biomed Res Int.* 2018;2018:6812082. doi: 10.1155/2018/6812082. PMID: 29967777; PMCID: PMC6008774.
- Yoshimi R, Fujimoto M, Mimori T. The treatment of systemic sclerosis-related pericarditis. *Intern Med.* 2022;61(19):2997-2998. doi: 10.2169/internalmedicine.9471-22.

CCo68

MIOPATÍA INFLAMATORIA SERONEGATIVA: REPORTE DE CASO

A.F. Herrera-Esparza, C.A. Catalán-Zavaleta, A. Luna-Quiroz, L.G. Cano-Cruz, J.F. Cuevas-Bucio

HRAE Centenario de la Revolución Mexicana, ISSSTE

Introducción: Las miopatías inflamatorias se componen de un grupo de enfermedades autoinmunitarias que se caracterizan por afectar en particular al músculo estriado y causar debilidad muscular y elevación de enzimas musculares, así como positividad de ciertos anticuerpos. Los tipos más frecuentes son dermatomiositis, polimiositis, miopatía autoinmunitaria necrosante y miositis por cuerpos de inclusión. La incidencia anual de las miopatías inflamatorias es de 2,1 a 7,7 casos por millón. Los criterios diagnósticos de Bohan y Peter se utilizan de manera amplia para su diagnóstico. Se conocen miopatías inflamatorias sin relación con anticuerpos específicos en aproximadamente 16% de los casos. Los anticuerpos vinculados con las miopatías inflamatorias son de suma importancia, ya que ayudan a determinar el curso clínico de la enfermedad y las manifestaciones extramusculares, como la neumopatía intersticial y su vínculo con neoplasias.

Presentación del caso: Hombre de 66 años que inicia con mialgias y edema en miembros superiores, astenia y estreñimiento de 10 días de evolución. Acude a hospital privado y lo valora un neurólogo que integra el diagnóstico probable de miopatía inflamatoria, con inicio de esteroide intravenoso tipo metilprednisolona (3 g), sin aparente mejoría motivo por lo que se lo remite a esta unidad hospitalaria. A su ingreso se documenta aumento de enzimas musculares (CPK 1 600, CK MB 166) y enzimas hepáticas elevadas (DHL: 672 u/l, AST: 354 u/l, resto de parámetros normales). Con posterioridad se realiza electromiografía de miembros superiores que señala inestabilidad de membrana y denervación consistente con enfermedad propia de la fibra muscular; además, la biopsia muscular del deltoides medio derecho identifica tejido fibroconectivo vascularizado y adiposo maduro sin alteraciones histológicas. La TAC torácica muestra cambios indicativos de neumopatía intersticial. Dadas las manifestaciones clínicas ya descritas, se inicia protocolo diagnóstico ante la sospecha de polimiositis, por lo que se solicitan anticuerpos relacionados con miopatías inflamatorias. Se establece el diagnóstico de miopatía inflamatoria seronegativa y se inicia tratamiento a base de corticoesteroide tipo prednisona a

dosis de 1 mg/kg/día y metotrexato con mejoría motora, por lo que egresa. Más adelante en el seguimiento por el servicio de reumatología aparecen lesiones dermatológicas consistentes con dermatomiositis, por lo que se determina el diagnóstico de miopatía inflamatoria de acuerdo con los criterios de Bohan y Peter.

Tabla 1. Anticuerpos relacionados con miopatías inflamatorias en este paciente. ANCA, anticitoplasma de neutrófilos; TIF-1 γ , factor transcripcional intermediario 1- γ ; anti-MDA5, anticuerpo contra el gen *MDA5* relacionado con la diferenciación del melanoma; RNP, ribonucleoproteína. (CC068)

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia
C-ANCA	Negativo		Negativo
P-ANCA	Negativo		Negativo
JO-1 anticuerpo	< 20		0-19,9
PL-7 anticuerpo	Negativo		Negativo
PL-12 anticuerpo	Negativo		Negativo
EJ anticuerpo	Negativo		Negativo
OJ anticuerpo	Negativo		Negativo
SRP anticuerpo	Negativo		Negativo
Mi-2 anticuerpo	Negativo		Negativo
TIF-1 gamma	< 20	Unidades	0-19,9
MDA-5 anticuerpo	< 20	Unidades	0-19,9
Ku anticuerpo	Negativo		Negativo
U3 RNP anticuerpo	Negativo		Negativo
U2 RNP anticuerpo	Negativo		Negativo
U1 RNP anticuerpo	< 20	Unidades	0-19,9

Discusión: Se describió el caso de un paciente con cuadro clínico de miopatía inflamatoria con resultados de anticuerpos relacionados negativos. No se ha descrito el curso clínico ni el pronóstico de las miopatías inflamatorias seronegativas, por lo que es importante establecer una sospecha diagnóstica y describir estos casos porque las complicaciones frecuentes de las miopatías inflamatorias se acompañan de proceso neoplásico y neumopatía intersticial. **Conclusiones:** Es importante conocer las complicaciones de los pacientes con miopatías inflamatorias, entre ellas los procesos neoplásicos, por lo que es esencial el cribado ajustado a factores de riesgo y edad. Otras complicaciones relevantes son las neumopatías intersticiales y por tanto hay que identificar a los pacientes que exigen seguimiento con TAC y espirometría. Las miopatías inflamatorias son enfermedades raras con morbilidad elevada.

Bibliografía

- Ashton C, Paramalingam S, Stevenson B, *et al.* Idiopathic inflammatory myopathies: a review. *Int Med Jour.* 2021;51:845-852.
- Bertorini T, Meza K, Chunga N. Miopatías autoinmunes: revisión de diagnóstico y manejo. *An Fac Med.* 2019;80(3):362-7.

CC069

CICLOFOSFAMIDA PARA PERFORACIÓN CORNEAL SECUNDARIA A VASCULITIS ASOCIADA A ANCA

E. García-Rojas, J.D. Centeno-Valadez, C.E. Flores-Aceves, G. Echeverría-González

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Las vasculitis relacionadas con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos son un grupo de enfermedades sistémicas que se clasifican en tres grupos principales: poliangeitis microscópica, poliangeitis con granulomatosis y poliangeitis eosinofílica con granulomatosis. Suelen afectar a los pulmones, riñones, nervios y piel y también se ha descrito que pueden desarrollar diferentes lesiones oculares.

Presentación del caso: Mujer de 21 años con antecedentes de sinusitis crónica desde 2014, poliposis nasal desde 2015, hipertensión arterial desde diciembre 2023 y asma bronquial desde 2023. Inició a los 15 años con artralgias simétricas en los tobillos, rodillas, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales distales. Se agregó dermatosis localizada en extremidades inferiores caracterizada por lesiones eritematosas elevadas confluentes y dolorosas, las cuales se ulceraban y cicatrizaban con una mancha hipercrómica. En mayo de 2024 inició tos seca y disnea y con posterioridad hiperemia conjuntival, dolor a la movilización, disminución de la agudeza visual, fotofobia y epifora del ojo izquierdo. Se diagnosticó perforación corneal izquierda y úvea entrampada, por lo que se indicaron parche escleral, colgajo conjuntival y reformación de cámara anterior. Estudios de laboratorio: anti-MPO 50,5 CU (positivo), anti-PR3 0,5 CU (negativo). Se diagnosticó vasculitis de pequeños vasos relacionada con ANCA, con afectación ocular, cutánea, enfermedad pulmonar intersticial, sinusitis crónica y pólipos nasales. Se inició inducción a la remisión con ciclofosfamida. En última valoración destacó la rápida mejoría de la úlcera corneal luego del inicio del tratamiento inmunosupresor y hoy en día solo tiene hiperemia conjuntival y cicatriz en el polo superior del ojo izquierdo, con agudeza visual prácticamente recuperada (20/50).

Discusión: La incidencia de lesiones oculares en estos casos es del 16% y las manifestaciones más comunes son la escleritis, episcleritis, enfermedad orbitaria y uveítis y, con menor frecuencia, queratitis, neuritis óptica y desprendimiento de retina. La perforación corneal puede ser una complicación secundaria a la escleritis no tratada. Los síntomas oculares son diversos y no deben pasar inadvertidos. El tratamiento eficaz requiere inmunosupresión sistémica.

Conclusiones: La afección ocular no es la manifestación más común en esta patología, pero no debe soslayarse porque contribuye en la morbilidad y la calidad de vida. En este caso, a pesar de tener múltiples manifestaciones sistémicas, destaca la excelente respuesta ocular obtenida con el inmunosupresor, lo que limitó las complicaciones y mejoró el pronóstico visual.

Figura 1. (A) Úvea entrampada izquierda. (B) Cicatriz corneal izquierda posterior al uso del inmunosupresor. (CC069)



Bibliografía

1. Kitching AR, Anders H-J, Basu N, *et al.* ANCA-associated vasculitis. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2020;6(1):71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-020-0204-y>
2. Herrera-Darías S, Guillén-Chirinos G, Gómez-Cerquera JM. ANCA-associated vasculitis. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2023;160(10):467. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2022.12.006>
3. Junek ML, Zhao L, Garner S, *et al.* Ocular manifestations of ANCA-associated vasculitis. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2023;62(7):2517-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keac663>.

CC070**ESCLEROSIS SISTÉMICA VS. IPAF ¿UN PROBLEMA CLASIFICATORIO?**

E. García-Rojas, J.D. Centeno-Valadez, N.N. Del Real-Aldana, G. Echeverría-González

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalupe, Jalisco

Introducción: En el contexto reumatológico, la EPI confiere una carga considerable en distintas enfermedades, como esclerosis sistémica, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren y miopatías inflamatorias idiopáticas. Ciertos pacientes no cumplen con los criterios de clasificación ACR/EULAR; sin embargo, sus características clínicas, autoanticuerpos y hallazgos radiográficos sugieren un origen autoinmunitario. En 2015, la ATS/ERS acuñaron el término “neumonía intersticial con características autoinmunitarias” (IPAF).

Presentación del caso: Mujer de 80 años sin antecedente de tabaquismo ni exposición a polvos orgánicos o inorgánicos. Infección leve por SARS-CoV-2 en 2021. Hospitalizada en diciembre 2023 por neumonía y en enero 2024 se identificaron datos indicativos de fibrosis pulmonar por tomografía. Se la valoró en el servicio de reumatología que solicitó AAN 1:1 280 patrón homogéneo, 1:320 patrón reticular AMA, inmunoespecificidad de 13 determinaciones para esclerodermia con PM-Scl-75 positivo (18/10). En virtud del Quantiferon positivo recibió control para TB latente y se descartaron otras causas infecciosas. Evolucionó con disnea moderada, tos intermitente no productiva, mioartralgias, pero sin más síntomas. Exploración física: estertores en velcro en bases pulmonares y el resto sin anormalidades. Estudios de extensión: AAN 1:640 patrón homogéneo, anti-Scl-70 450,8 CU (positivo) y el resto de inmunoespecificidad negativo. Espirometría: FVC 1,45 l (77%), FEV1 1,01 l (93%), relación 121% y TCAR con múltiples áreas en vidrio despulido periféricas alternadas con fibrosis y bronquiectasias de tracción de predominio subpleural y basal, datos indicativos de neumonía intersticial inespecífica con patrón fibrótico (**Figura 1**). Se inició ácido micofenólico y prednisona.

Discusión: Los criterios de clasificación de IPAF incluyen tres dominios; después de los criterios de entrada (presencia de neumonía intersticial, exclusión de causas alternativas y falta de cumplimiento de criterios de enfermedad reumática definida) se debe observar una característica de al menos dos de estos dominios; este caso cumple con el criterio serológico y el dominio morfológico. El reto es la exclusión de alguna enfermedad reumática; por ejemplo, la esclerodermia puede manifestarse inicialmente con EPI hasta en el 14% de los pacientes, pero en este caso no se encontró algún otro hallazgo clínico.

Conclusiones: En ocasiones es complejo clasificar a los pacientes que carecen de datos clínicos objetivos, cuyo único hallazgo es la enfermedad pulmonar intersticial con anticuerpos positivos.

Bibliografía

1. Joerns EK, Adams TN, Sparks JA, *et al.* Interstitial pneumonia with autoimmune features: What the rheumatologist needs to know. *Curr Rheumatol Rep* [Internet]. 2022;24(6):213-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11926-022-01072-8>.
2. Fischer A, Antoniou KM, Brown KK, *et al.* Declaración oficial de investigación de la European Respiratory Society/American Thoracic Society:

neumonía intersticial con características autoinmunes. *Eur Respir J*. 2015;46(4):976-87.

3. Oldham JM, Adegunsoye A, Valenzi E, *et al.* Caracterización de pacientes con neumonía intersticial con características autoinmunes. *Eur Respir J*. 2016;47(6):1767-75.

Figura 1. Tomografía computarizada torácica de alta resolución que muestra múltiples áreas en vidrio despulido periféricas de predominio en las bases pulmonares bilaterales, así como zonas de fibrosis. (CC070)

**CC071****GLOMERULONEFRITIS MESANGIOPILAR POR INMUNOCOMPLEJOS COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA EN ENFERMEDAD DE SJÖGREN. REPORTE DE CASO**

J.S. Balbuena-Álvarez¹, N.A. Dávila-Liaht¹, C. Hernández-Díaz¹, M.V. Soto-Abraham²

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La enfermedad de Sjögren (SS) es un trastorno inflamatorio sistémico autoinmunitario y crónico caracterizado por infiltrado linfoplasmocitario a glándulas exocrinas, cuyas características clínicas principales son los síntomas secos; sin embargo, existen presentaciones sistémicas con afección multiorgánica. De estas, la afección renal es rara (5% de los pacientes), en particular relacionada con nefritis tubulointersticial y posee una incidencia mucho menor; se han informado casos con enfermedad glomerular difusa mesangial. Cuando el SS se presenta relacionado con crioglobulinemia, la alteración renal esperada es la glomerulonefritis (GMN) membranoproliferativa y vasculitis.

Presentación del caso: Mujer de 45 años con esclerosis sistémica limitada (ESL) tres años previos. Diagnóstico por fenómeno de Raynaud trifásico, esclerodactilia, *pitting scars*, úlceras digitales y artritis, y con tratamiento a base de MMF, nifedipina y glucocorticoide. Seis meses antes de su

valoración experimentó una reacción cutánea urticariforme vinculada con MMF por lo que se suspendió y se inició MTX, interrumpido dos meses después; el tratamiento solo conservó el glucocorticoide.

Mostró dolor precordial opresivo 7/10, poliartralgias inflamatorias de pequeñas y grandes articulaciones, artritis de rodillas, cefalea holocraneal 8/10 (acúfenos, fosfenos, náusea y mareo), HAS con mala respuesta a los antagonistas del calcio. Dos semanas antes de su valoración inicial presentó disnea súbita mMRC 2, orina espumosa, edema bimalleolar, descontrol tensional, elevación de azoados y disminución de TFG; se refirió a este hospital por probable crisis renal esclerodérmica.

En el abordaje se identificaron SV normales, T/A controlada con adecuada respuesta a IECA, y se integra el diagnóstico de síndrome de condensación en hemitórax izquierdo, sin requerir oxígeno complementario. Extremidades superiores con pulpejos con *pitting scars*, ligero engrosamiento cutáneo en dedos de ambas manos, sin borramiento de pliegues cutáneos, fenómeno de Raynaud + doloroso, REMS ++/++++. Articulaciones dolorosas: hombros y codos bilaterales. Extremidades inferiores con pulsos pedios ++/+++ bilateral, REMS ++/++++. Lesiones urticariformes en región medial de ambos muslos polimorfos de diámetros variables con bordes activos eritematosos y centro blanco. Articulaciones dolorosas: rodilla derecha. Fuerza muscular 4/5 generalizada. Puntuación de Rodnan de 2 puntos. Se inició tratamiento de inducción a la remisión con tres pulsos de metilprednisolona y CYC ajustada a función renal con 50% de dosis calculada por SCT; hay sospecha de LES + probable GMN de rápida progresión con proteinuria en límites subnefróticos. Se realizó toma de biopsia de glándula salival menor (GSM) y renal (Figura 1).

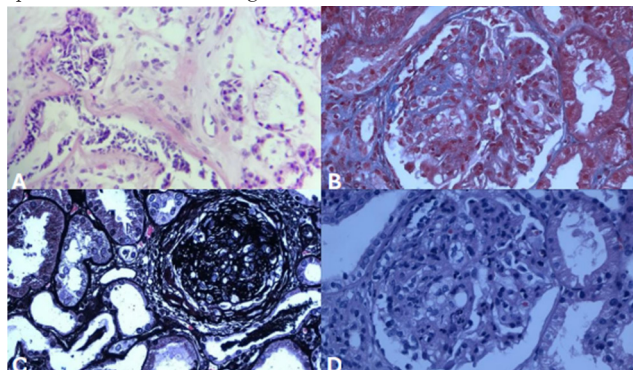
Discusión: En el SS, la afección renal glomerular es infrecuente; como parte del diagnóstico histopatológico se espera IF con positividad intensa a C3 e IgM, así como positividad leve a IgG, k y λ, en relación con nefritis tubulointersticial y trombos hialinos. Se descartó actividad por LES y Esl. Destaca la franca positividad de anti-Ro (Tabla 1) con extensa afectación multiorgánica de la enfermedad y nulo compromiso clínico glandular (síntomas secos) y hallazgos en biopsia de GSM sin relación con SS al ser inespecífica la sialoadenitis crónica no focal y registrar *Focus Score* < 1.

Conclusiones: Se observó mejoría clínica posterior al inicio de tratamiento inmunosupresor con CYC; sin embargo, en el plano renal no hubo mejoría, con persistencia de TSFR HD. Se confirmó que la afección glomerular por SS tiene el peor pronóstico renal; asimismo, se encontraron hallazgos histopatológicos relacionados con crioglobulinemia; si bien se espera un infiltrado rico en monocitos y macrófagos, lo cual no se observa en esta paciente, sí hay trombos hialinos y depósitos subestructurales, lo que confiere mayor tasa de falla al tratamiento y rápida progresión. Es fundamental la histopatología e IF como parte del diagnóstico diferencial.

Bibliografía

1. Anand A, Krishna GG, Sibley RK, et al. Sjögren syndrome and cryoglobulinemic glomerulonephritis. American Journal of Kidney Diseases. 2015;66(3):532-535. doi: 10.1053/j.ajkd.2014.11.032.

Figura 1. (A) Biopsia GSM: sialoadenitis crónica inespecífica con esclerosis fibrosa segmentaria. (B-D) Biopsia renal: GMN con patrón mesangiocapilar por complejos inmunitarios con proliferación extracapilar activa y focal. Lesión tubular aguda con cambios regenerativos moderados del epitelio. Fibrosis intersticial grado II (30%). (CC071)



2. Aiyegbusi O, McGregor L, McGeoch L, et al. Renal disease in primary Sjögren's syndrome. Rheumatol Ther. 2021;8(1):63-80. doi:10.1007/s40744-020-00264-x.

Tabla 1. Estudios paraclínicos e inmunológicos (1A). Inmunofluorescencia de biopsia renal (IB) y membrana basal tubular (MBT). (CC071)

Estudios paraclínicos con los siguientes hallazgos:

IA. Laboratorio	Parámetro		
Biometría hemática			
Leucocitos	4,95 10 ³ /uL		
Neutrófilos	3,7 10 ³ /uL		
Linfocitos	0,73 10 ³ /uL		
Hemoglobina	11 g/dL		
Plaquetas	204 000 uL		
Bioquímica sanguínea			
Creatinina	7,9 mg/dL		
Urea	184 mg/dL		
Glucosa	97 mg/dL		
Proteínas en orina de 24 h	2,84 g/24 h		
Inmunológicos			
ANA	1:1 000 nuclear homogéneo, citoplasmático reticular		
Anti-DNA(dc)	129,2 UI/mL		
Anti-Smith	> 2 UR/mL		
Anti-Ro	108,62 UR/mL		
Anti-La	4,71 UR/mL		
ACL IgG	21,21 U/mL		
ACL IgM	3,06 U/mL		
Anti-B ₂ GP1 IgG	12,27 UR/mL		
Anti-B ₂ GP1 IgM	7,9 UR/mL		
Anti-SCL-70	negativo		
Anticentrómero	negativo		
Factor reumatoide	8 UR/mL		
Anti-CCP	negativo		
P-ANCA	1:32		
Anti-MPO	negativo		
Anti-PR3	negativo		
C3	71,2 mg/dL		
C4	10,3 mg/dL		
Coombs directo	++		
IB. Inmunofluorescencia	Glomérulo	MBT	
IgG	-		+
IgA	-		+
IgM	+++		+
C1q	+++		+
C3c	+		+
C4c	-		+
Fibrinógeno	-		-
Albúmina	-		+
Kappa	++		+
Lambda	++		+

CC072

TAMPONADE CARDIACO, ALARMANTE PRESENTACIÓN ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, REPORTE DE CASO

D. Osnaya-Guzmán, J.M. García-Barboza, I.I. Silvestre-Flores, G.T. Jaimes-Piñón, E.S. Acevedo-Castañeda
Hospital General de Zona No. 50, SLP

Introducción: Las manifestaciones cardiacas son frecuentes en pacientes con lupus, hasta en el 60%; el derrame pericárdico figura entre las más habituales (27%-32%); no obstante, es infrecuente que se trate de un derrame de gran volumen y excepcional cuando produce taponamiento (1%-7%). El diagnóstico del taponamiento cardiaco es primordialmente clínico, pero es esencial la evaluación ecocardiográfica para determinar el volumen y la repercusión hemodinámica del derrame. Los glucocorticoides relacionados con antiinflamatorios e inmunosupresores son el tratamiento de elección

de la enfermedad de base; en casos de taponamiento cardiaco es necesario realizar una pericardiocentesis evacuadora o, en ocasiones, una ventana pericárdica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 22 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico desde tres años antes, en tratamiento con cloroquina, ácido micofenólico y prednisona (5 mg al día), sin apego apropiado. Acude por astenia, adinamia y disnea de pequeños esfuerzos con saturación de oxígeno de 86%, frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto y tensión arterial de 100/60 mmHg. La tomografía de tórax evidencia derrame pleural grave y pericárdico global de al menos 1 000 mL, libre, con separación mínima de 15 mm y máxima de 47 mm (Figura 1). Ante el hallazgo tomográfico, se solicita ecocardiograma transtorácico, que identifica derrame pericárdico global con predominio hacia la pared lateral y posterior del ventrículo izquierdo, con fisiología de taponamiento cardiaco y compromiso hemodinámico. Se solicita valoración del servicio de cirugía de tórax y se evalúa ventana pericárdica por localización posterior y se determina que es elegible para drenaje y biopsia pericárdica con resolución del cuadro clínico. Se envían muestras de líquido y tejido para descartar una causa secundaria de tipo infeccioso, como tuberculosis o proceso neoplásico.

Figura 1. (CC072)



Discusión: El derrame pericárdico grave en pacientes con lupus eritematoso sistémico es una presentación rara que suele tener carácter crónico y relacionarse con disminución de la supervivencia; en casos agudos puede provocar alteraciones hemodinámicas con fisiología de taponamiento. En cambio, si aparece de manera crónica, pueden acumularse hasta 2 000 mL sin efectos hemodinámicos de consideración, con pocos casos informados que requirieron ventana pericárdica en este grupo de pacientes. Es necesario realizar el abordaje del líquido pericárdico para diferenciar la actividad propia de la enfermedad de las causas secundarias, como infecciones, neoplasias, entre otras.

Conclusiones: Existe poca evidencia en las publicaciones médicas acerca del taponamiento cardiaco como una presentación clínica en este grupo de pacientes, razón por la cual se enfatiza la importancia de considerarlo en pacientes con lupus y dolor torácico acompañado de disnea, dado que produce una amplia variedad de manifestaciones propias de la afección porque es una enfermedad sistémica; el taponamiento cardiaco es una complicación potencialmente letal con altas tasas de mortalidad ante la falta de diagnóstico temprano. De ahí la relevancia de instituir un tratamiento oportuno, como en el caso presentado.

Bibliografía

1. Cervera R, Font J, Paré C, *et al.* Cardiac disease in systemic lupus erythematosus: prospective study of 70 patients. *Ann Rheum Dis.* 1992 Feb;51(2):156-9.
2. Ong ML, Veerapen K, Chambers JB, *et al.* Cardiac abnormalities in systemic lupus erythematosus: prevalence and relationship to disease activity. *Int J Cardiol.* 1992 Jan;34(1):69-74.

3. Sugiura T, Kumon Y, Kataoka H, *et al.* Asymptomatic pericardial effusion in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2009 Feb;18(2):128-32.
4. Goswami RP, Sircar G, Ghosh A, *et al.* Cardiac tamponade in systemic lupus erythematosus. *QJM.* 2018 Feb 1;111(2):83-87.
5. Weich HS, Burgess LJ, Reuter H, *et al.* Large pericardial effusions due to systemic lupus erythematosus: a report of eight cases. *Lupus.* 2005;14(6):450-7.
6. Nor MA, Ogedegbe OJ, Barbarawi A, *et al.* Systemic lupus erythematosus and cardiovascular diseases: a systematic review. *Cureus.* 2023 May 21;15(5):e39284.

CC073

VASCULITIS POR IgA CON AFECTACIÓN RENAL EN MUJER DE LA TERCERA EDAD. REPORTE DE UN CASO

C.M. Rodríguez-Frayre, C.V. Cruz-Reyes

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La vasculitis por IgA afecta a vasos de pequeño calibre y se manifiesta por púrpura no trombocitopénica, artritis, artralgiás, dolor abdominal o afectación renal. Es más frecuente en la infancia, pero el 10% de los pacientes corresponde a adultos. Estos desarrollan manifestaciones graves, a menudo renales, lo que representa peor pronóstico. Aproximadamente el 30% de los pacientes desarrolla enfermedad renal crónica 20 años después de la biopsia.

Presentación del caso: Paciente femenina de 73 años, quien en febrero 2024 cursó con cuadro respiratorio durante 15 días y dos días después inicia con dolor, ardor, aumento de tamaño en extremidades inferiores, además de lesiones eritrovioláceas, palpables y pruriginosas, que no desaparecen a la digitopresión, consistentes con vasculitis cutánea. Se inician dosis bajas de glucocorticoides. Se realiza protocolo de estudio por parte del servicio de reumatología: la depuración de proteínas en orina de 24 horas revela proteinuria nefrótica. La biopsia con inmunofluorescencia establece el diagnóstico de vasculitis por IgA con afectación cutánea y renal. Se inicia tratamiento con pulsos de ciclofosfamida de manera intermitente debido a infección de vías urinarias recurrentes y prednisona a dosis altas, además de pregabalina.

Discusión: La vasculitis por IgA, también conocida como púrpura de Schönlein-Henoch, es una vasculitis sistémica de pequeño vaso secundaria al depósito de complejos inmunitarios e inmunoglobulina A-1 en las paredes de arteriolas, vénulas y capilares; se caracteriza por su compromiso multiorgánico, que afecta por lo regular a la población pediátrica y se caracteriza por la tetrada de púrpura palpable, artritis, síntomas gastrointestinales y compromiso renal, con un pronóstico favorable. Sin embargo, en un pequeño número (incidencia anual aproximada de 0,1 a 1,8 casos/100 000 personas) se presenta en la edad adulta y se reconoce por un compromiso renal más grave, así como complicaciones gastrointestinales. Se deben identificar factores de mal pronóstico, además de individualizar el tratamiento para mejorar el pronóstico en los pacientes.

Conclusiones: A pesar de su baja frecuencia en adultos, debe sospecharse en todo sujeto que curse con estos síntomas; el compromiso cutáneo es casi siempre el primero en aparecer y el más grave, como lo notificado en estos pacientes; el riesgo de complicaciones y desenlaces letales en este grupo etario hacen de gran importancia un diagnóstico y un tratamiento oportunos. Los esteroides sistémicos son todavía la primera línea terapéutica con adecuada respuesta. Hoy en día, la paciente se encuentra bajo tratamiento de inducción a la remisión a base de ciclofosfamida en su tercera dosis con respuesta favorable.

Bibliografía

1. Gutiérrez E, Carvaca-Fontán F, Luzardo L, *et al.* A personalized update on IGA nephropathy: a new vision and new future challenges. *TheNephron Journals/Nephron Journals* [Internet]. 2020 Jan 1;144(11):555-71. Available from: <https://karger.com/nef/article/144/11/555/211720/A-Personalized-Update-on-IgA-Nephropathy-A-New>.

2. Oñate-Ortiz M, Suso A, Mon C, *et al.* Vasculitis IgA con nefritis (púrpura de Schönlein-Henoch) tras COVID-19: una serie de casos y revisión de la literatura. *Nefrología* [Internet]. 2022 Jul 1;42(4):481-9. Available from: <https://www.revistanefrologia.com/es-vasculitis-iga-con-nefritis-purpura-articulo-S0211699521001600>.

CC074

AFECTACIÓN HEPÁTICA EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

R.F. López-Suárez

Hospital Regional de Mérida

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas pueden presentar a lo largo del curso de su enfermedad elevación de enzimas hepáticas hasta en un 43%. El espectro de alteraciones hepáticas incluye desde efectos adversos del tratamiento *per se* hasta síndromes de superposición con otras enfermedades primarias del hígado que pueden ser desde asintomáticos hasta manifestarse como insuficiencia hepática fulminante. Se describen los casos de cuatro pacientes con diferentes enfermedades reumáticas y elevación de enzimas hepáticas.

Presentación de los casos:

Caso 1: Mujer de 60 años con antecedente de dermatomiositis 20 años antes tratada con glucocorticoides y azatioprina con remisión completa, por lo que se suspendieron el glucocorticoide y el inmunosupresor. Presentó cuadro de tres meses de evolución con fatiga y malestar general, además de elevación de enzimas hepáticas (AST 588 U/L, ALT 582 U/L, GGT 898 U/L) con fuerza conservada (MMT8 80/80). Se descartó hepatitis viral y se demostró positividad para anticuerpos antimúsculo liso (1:40) y enzimas musculares normales (CK 48 U/L) por lo que se concluyó hepatitis autoinmunitaria. Se inició inducción a la remisión con esteroide y azatioprina con adecuada respuesta.

Caso 2: Mujer de 19 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico tres años antes (ANA 1:1 280 patrón homogéneo, úlceras orales, alopecia, artralgias, paniculitis lúpica) con mal apego al tratamiento. Acudió a urgencias con malestar general, fiebre, úlceras orales y edema de piernas. Durante su hospitalización se documentaron síndrome nefrítico y elevación de enzimas hepáticas (ALT 123 U/L, AST 293 U/L, DHL 862 U/L, BT 3,96 mg/dL, BD 3,76 mg/dL). Se descartó hepatitis viral y seropositividad para hepatitis autoinmunitaria. Se integró el diagnóstico de nefritis y hepatitis lúpica. Se inició inducción a la remisión con pulsos de metilprednisolona y ácido micofenólico (2 g diarios) con adecuada respuesta.

Caso 3: Mujer de 40 años con diagnóstico de enfermedad de Sjögren desde 2023 (síntomas secos, ANA 1:160 patrón granular fino, anti-Ro 1 374 UI/L). Una semana antes de su última valoración mostró púrpura de miembros inferiores sin otras manifestaciones sistémicas. En los estudios de laboratorios destacaron transaminasemia (AST 390 U/L, ALT 410 U/L), hiper-IgG (2 262 mg/dL) con anticuerpos para hepatitis autoinmunitaria negativos, ultrasonido de hígado sin alteraciones y panel viral de hepatitis no reactivo. Sin embargo, dada la presencia de criterios se sospechó hepatitis autoinmunitaria y se inició inducción a la remisión con esteroide y azatioprina.

Caso 4: Mujer de 40 años con diagnóstico de artritis reumatoide seis años antes, tratada con metotrexato y leflunomida con poca respuesta, por lo que se inició tratamiento anti-TNF con pérdida de la eficacia que obligó a cambiar a anti-IL-6 y consecución de la remisión. En la última valoración presentó nueva transaminasemia hasta 10 veces el punto de corte superior. Se descartaron hepatitis viral y autoinmunitaria. El ultrasonido hepático solo demostró parénquima heterogéneo consistente con esteatosis hepática. Se disminuyó la dosis de tocilizumab a 4 mg/kg con reducción de las enzimas hepáticas hasta la última valoración.

Discusión: Los adecuados análisis de las alteraciones hepáticas de los pacientes con enfermedades reumáticas permiten establecer un diagnóstico y un tratamiento más oportunos y prevenir los efectos adversos derivados de tratamientos innecesarios o inadecuados.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedades reumáticas cursan con múltiples comorbilidades, entre ellas efectos adversos de fármacos, trastornos metabólicos y sobreposición con otras enfermedades autoinmunitarias que afectan por lo regular al hígado. El adecuado análisis de la química

hepática y la interpretación de los anticuerpos y otros marcadores de actividad de la enfermedad orientan al diagnóstico y tratamiento de estas.

Bibliografía

1. Kojima H, Uemura M, Sakurai S, *et al.* Clinical features of liver disturbance in rheumatoid diseases: clinicopathological study with special reference to the cause of liver disturbance. *J Gastroenterol.* 2002;37:617-25.

CC075

NEUMOPATÍA INTERSTICIAL FIBROSANTE ASOCIADA A VASCULITIS POR ANCA

M.A. Lizardi-Díaz, A. González-Andrade, A. Díaz-Borjón, W.E. Aparicio-Rosales

Hospital Ángeles Lomas

Introducción: La relación entre neumopatía intersticial fibrosante y vasculitis relacionada con ANCA ha aumentado en las últimas dos décadas. Las vasculitis vinculadas con ANCA son un grupo heterogéneo de vasculitis sistémicas que afectan de modo predominante a vasos pequeños, sobre todo en relación con poliangeitis microscópica; los anticuerpos antimieloperoxidasa son los más relacionados con enfermedad pulmonar intersticial. Se ha descrito mayor prevalencia en pacientes de origen asiático. El inicio de la neumopatía intersticial ocurre de forma simultánea o antes del desarrollo de vasculitis en la mayoría de los pacientes.

Presentación del caso: Paciente masculino de 73 años con antecedente de hepatitis C de 20 años de evolución, actualmente en resolución clínica. Diabetes tipo II de 18 años de evolución tratada con linagliptina (5 mg/24 h). Inicia padecimiento actual en 2019 posterior a infección por SARS-CoV-2, sin síntomas en ese lapso (un año) y bajo en seguimiento médico de neumólogo. En dicho seguimiento, la TAC de tórax de control (2020) identifica cambios fibrosantes, por lo que se inicia tratamiento con inhaladores no especificados, y se mantiene el buen control (**Figura 1**). Refiere que en 2023 experimenta pérdida de peso y mayor requerimiento de rescate farmacológico, por lo que se realiza evaluación con TEP-TC 18FDG por sospecha de enfermedad maligna y se encuentran adenomegalias mediastínicas e hiliares bilaterales y cambios fibrosantes de ambos pulmones de predominio basal, consistentes con NINE. La exploración física revela estertores bibasales de predominio derecho. Estudios de laboratorios: VSG 38, anti-MPO 182++, anti-PR3 negativos, pANCA + 1:160, antimieloperoxidasa + 105, así como espirometría indicativa de restricción, confirmada por volúmenes pulmonares y DLCO bajo. Se inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona y rituximab con mejoría clínica significativa, aún en tratamiento y seguimiento por esta anomalía.

Discusión: El objetivo de este trabajo es describir el caso de un paciente con neumopatía intersticial fibrosante como presentación inicial de vasculitis vinculada con ANCA.

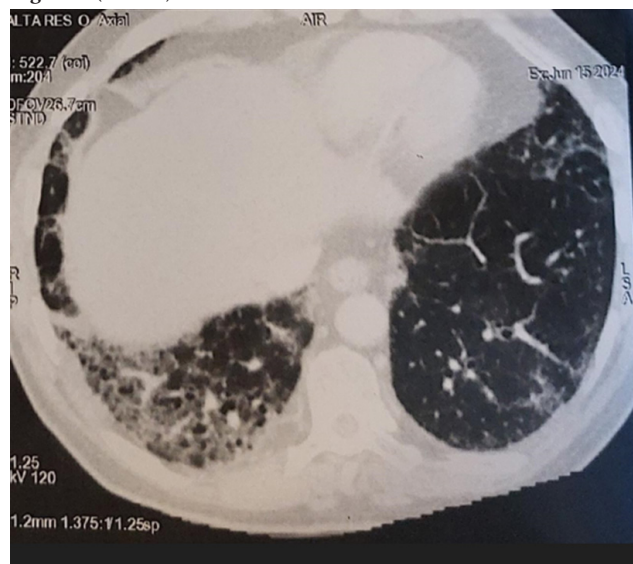
Conclusiones: Las manifestaciones pulmonares observadas en pacientes con vasculitis relacionada con ANCA como primera manifestación son inusuales; sin embargo, hoy en día se conoce que la afección pulmonar se acompaña de un peor pronóstico, especialmente cuando hay cambios fibrosantes como los observados en la TAC. La administración de inmunosupresores es de vital importancia para lograr la remisión y la evolución de la enfermedad; no obstante, existe poca evidencia sobre la atención específica de estos pacientes. Si bien este caso ha evolucionado de forma satisfactoria hasta el momento, el riesgo de avance de la enfermedad y complicaciones son motivo de seguimiento y tratamiento estrecho.

Bibliografía

1. Sebastiani M, Manfredi A, Vacchi C, *et al.* Epidemiology and management of interstitial lung disease in ANCA-associated vasculitis. *Clin Exp Rheumatol.* 2020 Mar-Apr;38 Suppl 124(2):221-231. Epub 2020 Apr 22. PMID: 32324122.
2. Almaani, Salem, *et al.* Anca-associated vasculitis: an update. *Journal of Clinical Medicine, U.S. National Library of Medicine* 1 Apr. 2021, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8037363/.

3. Karlen, et al. Enfermedad pulmonar intersticial difusa asociada a vasculitis ANCA. Revista Americana de Medicina Respiratoria, Asociación Argentina de Medicina Respiratoria, www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2016000200012. Accessed 22 Sept. 2024.

Figura 1. (CC075)



CC076

ALERGIAS ALIMENTARIAS COMO CAUSA DE PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS INFLAMATORIOS EN LA ENFERMEDAD DE STILL TRATADA CON TOCILIZUMAB (ANTI-IL-6)

A.J. Pedro-Martínez, E. Barrera-Rodríguez, D.L. Santiago-Casaos, J. Palmer-Cepeda

Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: La enfermedad de Still es una afección autoinmunitaria caracterizada por fiebre, artritis y erupción cutánea. Su tratamiento es aún empírico, pero con buena respuesta clínica con la administración de corticosteroides, metotrexato, anti-IL-1 o anti-IL-6. Se presenta un caso clínico con persistencia de los síntomas autoinflamatorios, a pesar del uso de FARME y anti-IL-6, que cursó con alergias alimentarias y experimentó mejoría clínica al instituir una dieta de exclusión.

Presentación del caso: Mujer de 33 años con cuadro clínico de tres meses de evolución con fiebre hética, exantema, poliartralgias, adenomegalias y enfermedad de Kikuchi demostrada con biopsia, en quien se descartó enfermedad infecciosa, tumoral y linfoma. Se realizó determinación de IL-6, que fue elevada hasta 75,5 pg/mL (0-5 pg/mL), elevación de PCR, leucocitosis, hipertransaminasemia, valores conservados de IL-1 y anti-TNF, anticuerpos antinucleares positivos y anti-Ro+. Con base en estos hallazgos se concluyó enfermedad de Still del adulto y se inició tratamiento con metotrexato y leflunomida sin mostrar mejoría. De manera secuencial se indicó tratamiento con tocilizumab, con mejoría de fiebre, y adenomegalias, persistencia de dolor muscular, y en el seguimiento presentaron eosinofilia de 1 500/mm³; la valoró el servicio de alergología y se confirmaron alergias alimentarias a la carne de cerdo. Tras dieta de exclusión y tocilizumab se observó mejoría significativa y se halla asintomática en la actualidad.

Discusión: Aunque se ha observado que existe una prevalencia alta de enfermedades alérgicas en los pacientes con enfermedad de Still, las alergias alimentarias vinculadas son mínimas. La importancia del caso radica en que hoy día no hay muchos casos informados sobre un posible origen alérgico que se manifieste junto con la enfermedad de Still, lo cual refleja una

variabilidad y dificultad adicional para tratar la enfermedad y la importancia de descartar otras causas ante alteraciones clínicas como la persistencia de síntomas inflamatorios.

Conclusiones: Para los pacientes que no responden a los tratamientos convencionales, este caso clínico da la oportunidad de evaluar y diferenciar los síntomas autoinmunitarios de la enfermedad de Still y los factores inmunológicos participantes en la respuesta alérgica. En el caso del paciente se reconoce, a pesar del tratamiento con anti-IL-6, la persistencia de síntomas, que llevó a extender el protocolo diagnóstico hasta la conclusión del componente alérgico por la presencia de eosinofilia, que hizo posible la exclusión del alérgeno en la dieta y un avance para mejorar la evolución y ofrecer un tratamiento individualizado e integral.

Bibliografía

1. Choy EH, DeBenedetti F, Takeuchi T, et al. Translating IL-6 biology into effective treatments. *Nat Rev Rheumatol.* 2020;16:335-345. <https://doi.org/10.1038/s41584-020-0419-z>.
2. Giacomelli R, Ruscitti P, Shoenfeld Y. A comprehensive review on adult onset Still's disease. *Journal of Autoimmunity.* 2018;93:24-36. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2018.07.018>.
3. Giovannini I, Choi Y. Adult-onset Still's disease: a review of clinical, immunological, and histological aspects. *Journal of Autoimmunity.* 2019;95:97-106. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2018.07.018>.
4. Higashida-Konishi M, Izumi K, Shimada T, et al. Allergic diseases in adult-onset Still's disease and Rheumatoid Arthritis. *Arerugi (Allergy).* 2021;70(8):965-975. <https://doi.org/10.15036/arerugi.70.965>.
5. Ramos-Casals M, Brito-Zerón P. Enfermedad de Still del adulto: revisión y actualización. *Medicina Clínica.* 2024;163(1):33-40. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2024.04.003>.
6. Rao S, Tsang LS, Zhao M, et al. Adult-onset Still's disease: a disease at the crossroad of innate immunity and autoimmunity. *Frontiers In Medicine.* 2022;9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.881431>.

CC077

TERAPÉUTICA EN ENFERMEDAD DE STILL. A PROPÓSITO DE UN CASO REFRACTARIO A TERAPIA ESTÁNDAR

M. Velasco-Quintana, P. Bulos-Rodríguez, D. Vargas-Gutiérrez
Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad de Still del adulto es un trastorno inflamatorio, sistémico infrecuente y subdiagnosticado clasificado como una afección autoinflamatoria poligénica no familiar, con una prevalencia calculada de 1 a 34 casos por millón de habitantes. Se cree que su origen incluye una disfunción en la regulación de las citocinas proinflamatorias, como IL-1, IL-6 y IL-18. Dada su complejidad puede dividirse en dos distintos fenotipos basados en el perfil de citocinas, presentación clínica y patrón articular o sistémico.

Presentación del caso: Mujer de 46 años, sin antecedentes de importancia. Inicia el padecimiento en el 2018, caracterizado por parestesias en miembros superiores, dermatosis maculopapular eritematosa, no pruriginosa, en ambos muslos, fiebre vespertina policíclica, la cual cede parcialmente al control antipirético, acompañada de escalofrío (Figuras 1 a 4). Entre 2019 y 2020 se agregan poliartralgias simétricas en hombros, codos, muñecas y tobillos, por lo que acude a un hospital donde se sospecha urticaria y se inicia tratamiento con prednisona (25 mg/día), que produce mejoría parcial del cuadro. En 2022-2023 acude a otro hospital con nuevo episodio de fiebre, malestar general y poliartralgias, y se documenta elevación de reactantes de fase aguda atribuibles a cuadro de pielonefritis, con indicación de diversos esquemas antimicrobianos y respuesta nula. Ante la evolución tórpida se decide abordar el síndrome febril crónico y se solicitan estudios inmunológicos; ante la presencia de ANA 1:320 (NuMA) se la refiere a esta unidad. Exploración física: fiebre con exantema evanescente, faringodinia, sinovitis en carpos, leucocitosis (a expensas de neutrofilia) e hiperferritinemia, por lo que se integra el diagnóstico de enfermedad de Still del adulto, de predominio articular, pero ante la falta de respuesta al

Figura 1. Abdomen antes del tratamiento con anti-TNF. (CC077)



Figura 2. Extremidad derecha antes del tratamiento con anti-TNF. (CC077)



Figura 3. Abdomen después del tratamiento con anti-TNF. (CC077)



tratamiento con metotrexato (20 mg/sem) y prednisona (20 mg/día) se inicia tratamiento con etanercept con mejoría de la respuesta clínica.

Discusión: En la última década se ha demostrado el papel central en la patogenia del ASD 2, citocinas IL-1, IL-6 y, en menor medida, TNF, lo que ha llevado a obtener nuevos acercamientos terapéuticos. En la actualidad no existe una guía internacional para el tratamiento de la enfermedad de Still del adulto. Se han realizado revisiones con el objetivo de crear algoritmos de tratamiento dirigidos a la manifestación predominante, como el caso de Jamilloux *et al.* que proponen para el fenotipo sistémico un control con inhibidores de IL-1 o 6 y, en el caso de un fenotipo articular, anti-TNF

Figura 4. Extremidad pélvica derecha luego del tratamiento con anti-TNF. (CC077)



o inhibidores de IL-6. Se consideró que, dada la similitud de los síntomas, se realizara panel genético mutacional para enfermedad monogénica autoinflamatoria, como fiebre mediterránea familiar o un síndrome autoinflamatorio relacionado con síndrome de CAPS.

Conclusiones: Es preciso resaltar los síntomas sistémicos como datos tempranos y graves de las enfermedades autoinflamatorias; estos síntomas pueden sugerir el trasfondo de desregulación inmunológica y la pauta terapéutica; en última instancia, en los pacientes resistentes al tratamiento inicial puede considerarse el tratamiento biológico.

Bibliografía

1. Petrilli G, Ashton HL, Vaglio A, *et al.* Adult-onset Still's disease in focus: clinical manifestations, diagnosis, treatment, and unmet needs in the era of targeted therapies. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2020;12:1759720X20937334. doi:10.1177/1759720X20937334.
2. Leavis HL, van Daele PLA, Mulders-Manders C, *et al.* Management of adult-onset Still's disease: evidence- and consensus-based recommendations by experts. *Rheumatology (Oxford).* 2024;63(6):165663.

CC078

HERPES ZÓSTER RELACIONADO A CICLOFOSFAMIDA EN NEFRITIS LÚPICA. ¿QUÉ HACER CON EL TRATAMIENTO?

M.F. Mejía-Ávila

Sin adscripción

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una complicación común del lupus eritematoso sistémico (LES) y un determinante de la morbilidad y mortalidad general. La estrategia actual de tratamiento para el LES se basa en el principio de *treat-to-target*; sin embargo, las infecciones son la causa más frecuente de muerte en pacientes con LES y NL, las cuales pueden estar relacionadas con la actividad de la enfermedad o el tratamiento.

Presentación del caso: Se trata de un paciente masculino de 42 años con reciente diagnóstico (abril del 2024) de lupus eritematoso sistémico, el cual inició con actividad articular, mucocutánea y renal; tiene nefritis lúpica de clase IV (A/C) + V y datos de microangiopatía trombótica activa glomerular y arteriolar, nefritis tubulointersticial activa rica en células plasmáticas, lesión tubular aguda focal con cambios regenerativos moderados del epitelio, y un índice de actividad 11/24 y cronicidad 4/12. Estudios de laboratorio e inmunológicos: anticuerpos antinucleares 1:5 120 moteado fino, anti-Sm positivos, C3, 31 mg/dL y C4, 5 mg/dL, creatinina 0,93 mg/dL, leucocitos $2,1 \times 10^3/\text{mm}^3$, Hb 6,2 g/dL albúmina 2,27 mg/dL y proteinuria de 1,8 g/24 h con un SLEDAI 2K en 17 puntos. El tratamiento indicado fue 3 dosis de 500 mg de metilprednisolona, seguida de prednisona (PDN) 0,5 mg/kg y luego ciclofosfamida (CFM). Recibió en total tres dosis, la primera el 24 de abril correspondiente a 750 mg/m² SC/1 250 mg) y luego dos dosis el 23 de mayo y 23 junio de 1 000 mg/m² SC (1 500 mg); sin embargo, durante el nadir de la tercera dosis presentó lesiones vesiculares con base exantemática diseminadas en cuello y tórax anterior (**Figura 1**) correspondientes a herpes zóster (HZ) diseminado, para lo cual requirió tratamiento intrahospitalario con aciclovir intravenoso. En virtud del riesgo de reactivación de HZ se cambió el esquema CFM/mensual a triple tratamiento con micofenolato de mofetilo (MMF; 3 g/día), tacrolimus (1 mg/12 h) y PDN (20 mg cada 24 h) el día 19 de julio. Durante su evolución, la creatinina más alta fue de 2,3 mg/dL y la proteinuria más alta de 3,4 g/24 h. Actualmente, a seis meses de inicio del tratamiento, se encuentra en remisión clínica, con última proteinuria de 0,34 g/24 h, creatinina 1,4 md/dL, C3, 49 mg/dL, C4, 11 mg/dL, leucocitos $4,8 \times 10^3/\text{mm}^3$, Hb 10,2 g/dL con SLEDAI 2K de 2 puntos.

Figura 1. (CC078)



Discusión: De acuerdo con la actualización de las guías EULAR 2023, se decidió administrar el esquema de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) debido a los factores de mal pronóstico que presentaba en la biopsia renal; el paciente no contaba con antecedente de infección por HZ ni tampoco pudo aplicarse la vacuna por motivos económicos, por lo que al tercer mes de tratamiento el paciente desarrolló infección por HZ diseminado y ello obligó a cambiar el esquema de tratamiento. Se optó por triple tratamiento con MMF, tacrolimus y PDN, con el riesgo de activación por tacrolimus; sin embargo, debido a actividad previa, se eligió triple esquema con adecuada respuesta clínica. Hoy en día se halla en remisión y sin reactivación de HZ.

Conclusiones: En la actualidad son todavía un problema las infecciones en el tratamiento de LES y NL; aun con los avances de los últimos años no siempre es posible prevenir las infecciones y estas pueden entorpecer el tratamiento médico y por ende el pronóstico de la enfermedad.

Bibliografía

- McPherson L, Plantinga LC, Howards PP, *et al.* Referral and evaluation for kidney transplantation among patients with lupus nephritis-related end-stage kidney disease. *Lupus*. 2024 Jan;33(1):48-57.
- Katarzyna PB, Wiktor S, Ewa D, *et al.* Current treatment of systemic lupus erythematosus: a clinician's perspective. *Rheumatol Int*. 2023 Aug;43(8):1395-1407.
- Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, *et al.* EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2024 Jan 2;83(1):15-29.

CC079

HIPOACUSIA AUTOINMUNE ¿QUÉ HACEMOS?

N.L. Zornoza-Ramírez¹, G. Vega-Cornejo¹, G.J. Pedroza-Valdez², B.D. Alcalá-Hernández²

⁽¹⁾CREA de Guadalajara AC, ⁽²⁾Universidad de Guadalajara

Introducción: Alrededor del 1% de los casos de hipoacusia se presenta por una causa autoinmunitaria. Al activarse por una reacción antígeno-anticuerpo existe una elevada probabilidad de que ambos oídos se afecten, la también conocida pérdida auditiva neurosensorial autoinmunitaria. En la fisiopatología se presenta depósito de complejos inmunitarios en los vasos del laberinto, activación del sistema del complemento, alteración funcional en subpoblaciones de células T y proceso inflamatorio en el oído interno. Puede ser primaria, limitada al oído o secundaria a una afección sistémica. No existe un marcador confiable para el diagnóstico; se considera la clínica y se individualiza cada caso.

Presentación del caso: Paciente femenina de 11 años originaria y residente de Guadalajara, Jalisco, con signos vitales normales, somatometría percentil 26° e inmunizaciones completas. En 2020 inicia hipoacusia profunda en el oído izquierdo, RMN normal, no se miden PCR ni VSG. Acude en 2021 con múltiples audiólogos y otorrinolaringólogos y logra recuperarse hasta 80 db; en 2022 aparece dolor articular de predominio vespertino y en mayo de 2023 muestra hipoacusia contralateral tratada con esteroides infiltrados y obtención de cierta mejoría; en junio empeora, se la trata con metilprednisolona y luego prednisolona, se solicitan estudios y en julio, debido a que hay dolor articular, se solicita ANA pmf 1:320, anti-DFS70 120 positivo, anti-KU 18 M, AACP neg, PCR neg, FR neg, sin establecer un diagnóstico específico. En diciembre de 2023 sufre cefaleas constantes. Luego de que la paciente pasó por un proceso infeccioso en febrero 2024, la hipoacusia se intensificó; en marzo de 2024 asiste a consulta en reumatología pediátrica en la que se toman paneles para enfermedad de Usher con resultado negativo; en el mes de abril se informó una disminución de C4 7,09, C3 normal, ANA pmf 1:80, PCR negativa, BH HB 15,7g/dL, leucocitos $12 \times 10^3/\text{mm}^3$, linfocitos 3,6%, monocitos 3,7%, plaquetas 460 000 mL, tiempos de coagulación, EGO y PFH normales y anti-Ku negativo, complemento respetado; se trató como hipoacusia autoinmunitaria con presencia de ANA y se administraron metotrexato y vitamina D₃, y se concertó interconsulta con el servicio de otoneurología.

Discusión: Este paciente es inusual porque son poco comunes los casos de hipoacusia autoinmunitaria, que además presenten ANA positivo y patrón moteado fino, anti-DSF 70 y anti-KU positivos; en la revisión bibliográfica no se encontró una relación entre estos resultados y esta enfermedad, pero sí con otros padecimientos autoinmunitarios con LES o esclerosis sistémica en el caso del DSF70, el cual se considera de utilidad para la exclusión de enfermedades reumáticas vinculadas con ANA.

Conclusiones: Se reconoció la complejidad de este padecimiento porque es una causa poco común de hipoacusia y representa un reto en muchos sentidos dado que debe identificarse un diagnóstico diferencial y determinar si el proceso es primario o secundario; además, es preciso conocer la fisiopatología para indicar un control adecuado y su causa no es clara aún en este caso. Con frecuencia, estos pacientes no responden de una forma adecuada al tratamiento con esteroides, o empeoran al disminuir la dosis o discontinuar el esquema; otras modalidades, como el metotrexato, no han demostrado alterar el curso de la enfermedad.

Bibliografía

- Mancini P, Atturo A, Di Mario A, *et al.* Hearing loss in autoimmune disorders: prevalence and therapeutic options. Elsevier [Internet]. 2018 [Consultado 18 Sep 2024];17(7). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2018.01.014>
- Psillas G, Dimas G, Savopoulos C, *et al.* Autoimmune hearing loss: a diagnostic challenge. Journal of Clin Med [Internet]. 2022 [Consultado 18 Sep 2024];11(15). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm11154601>
- Aragón C, González J, Posso-Osorio I, *et al.* Anticuerpos anti-DFS70: un nuevo autoanticuerpo útil en la exclusión de patologías autoinmunes. Rev Colom de Reuma [Internet]. 2018 [Consultado 18 Sep 2024];25(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2018.01.003>
- Mahler M, Andrade L, Casiano C, *et al.* Anti-DFS70 antibodies: an update on our current understanding and their clinical usefulness. Exp Rev of Clin Inmuno [Internet]. 2019 [Consultado 18 Sep 2024];1(26). Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1744666X.2019.1562903>
- Aftab S, Semaan M, Murray G, *et al.* Cochlear implantation outcomes in patients with autoimmune-mediated inner ear disease. Oncology and Neurology [Internet]. 2010 [Consultado 18 Sep 2024];31(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20729775/>.

CCo8o**RECONOCIENDO AL SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE COMO MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA SUBDIAGNOSTICADA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. SERIE DE CASOS**

K.M. Kortright-Maldonado, D.R. Torres-Arredondo, P.J.A. Rodríguez-Henríquez, J.P. Venzor-Castellanos, E.K. Tenorio-Aguirre
Hospital General Manuel Gea González

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (SEPR) es un trastorno neurológico que muestra síntomas como cefalea, alteraciones visuales y crisis epilépticas, con cambios reversibles en la resonancia magnética cerebral, especialmente en la sustancia blanca. Se calcula que alrededor del 5% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) desarrolla SEPR en algún momento de su enfermedad. Son posibles mecanismos subyacentes vinculados con estas dos entidades la inflamación, la disfunción endotelial y los cambios en la autorregulación cerebral.

Presentación de los casos:

Caso 1: Mujer de 25 años con antecedente de LES, ANA 1:160 patrón moteado fino, anti-DNAse 10,2 UI/mL y tratamiento sustitutivo renal (TSR) secundario a nefritis lúpica (NL) de clase IV. Ingresó por cefalea opresiva holotemporal de intensidad 7/10 y crisis convulsiva tónico-clónica. Se realizó RM de cráneo secuencia FLAIR que mostró edema subcortical y lesiones hiperintensas occipitales en T2 consistentes con SEPR (**Figura 1A**). Se calculó SLEDAI-2k de 16 puntos y se prescribieron metilprednisolona (1 g en 3 dosis) y micofenolato (1 g/día). Alcanzó mejoría neurológica significativa y fue egresada a su domicilio.

Caso 2: Mujer de 20 años sin antecedentes que consultó por fatiga y edema de miembros pélvicos. Se diagnosticó LES con ANA 1:1 280 patrón homogéneo y anti-DNAse 2511,9 UI/mL, SLEDAI-2k 30 puntos. La biopsia renal demostró NL clase IV + V, recibió hidroxycloquina (200 mg/día) y metilprednisolona (500 mg/día en 3 dosis). Durante la hospitalización sufrió crisis convulsivas tónico-clónicas. La RM de cráneo reveló incremento de la intensidad en sustancia blanca subyacente a la asta occipital con extensión a la región corticosubcortical consistente con SEPR (**Figura 1B**). Recibió ciclofosfamida a 0,75 g/m². Fue egresada a domicilio sin presentar nuevas crisis epilépticas.

Caso 3: Mujer de 38 años con antecedente de LES, ANA 1:320, ac. anticitoplasmáticos 1:160, tratada con azatioprina (50 mg/12 h), hidroxycloquina (200 mg/día) y prednisona (50 mg/8 h) automedicada. Consultó por cefalea intensa holocraneal y alucinaciones visuales. Se calculó SLEDAI-2k de 33 puntos, se encontró agitada, desorientada y disártrica, con punción lumbar sin evidencia de proceso infeccioso, ac. P ribosomal 26,8

U/mL. Requirió control avanzado de la vía respiratoria secundario a infección por *Pneumocystis jirovecii*. Se integró diagnóstico de síndrome hemofagocítico y recibió hidrocortisona (200 mg/día), TMP/SMX, meropenem y anfotericina B. La TAC contrastada de cráneo registró hipodensidad en región adyacente a las astas posteriores del cuerno occipital derecho (**Figura 1C**). Durante el abordaje sufrió paro cardiorrespiratorio que no respondió a 15 minutos de RCP y la llevó al fallecimiento.

Discusión: La serie de casos muestra evidencia sólida de la estrecha relación entre SEPR y LES, lo que enfatiza la relevancia de considerar el SEPR como un criterio diagnóstico crucial en el contexto del neurolupus.

Conclusiones: Según la evidencia ya notificada, el SEPR afecta a un notable porcentaje de pacientes con LES a pesar de lo cual suele ser una comorbilidad subdiagnosticada, probablemente debido a la ausencia de hallazgos característicos en la tomografía de cráneo simple. Además, vale la pena resaltar que esta relación no solo es evidente en pacientes con LES, sino también en aquellos en TSR, como se observó en dos de los casos presentados. Esta sólida conexión plantea interrogantes sobre los mecanismos subyacentes que podrían vincular al LES, la enfermedad renal crónica y la aparición de SEPR. La investigación futura debe explorar en profundidad estos mecanismos, lo que podría llevar a una mejor comprensión de las complicaciones neurológicas en pacientes con LES y, por ende, a un control clínico más efectivo de esta población.

Bibliografía

- Barrera-Vargas A, Valdez-López M, Aguirre-Aguilar E, *et al.* Posterior reversible encephalopathy syndrome: a neuropsychiatric manifestation of systemic lupus erythematosus. Autoimmun Rev. 2020;102739. doi: 10.1016/j.autrev.2020.102739.
- Karoui K, Quintrec M, Dekeyser E, *et al.* Posterior reversible encephalopathy syndrome in systemic lupus erythematosus. Nephrol Dial Transplant. 2007;23(2):757-763. doi: 10.1093/ndt/gfm811.

CCo81**ATAXIA CEREBELOSA Y SÍNDROME DE SJÖGREN: A PROPÓSITO DE UN CASO**

M.J. Baeza-Rivera, C. Silva-Álvarez, N. Castro-Lizano, G. Echeverría-González

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: No se conoce la incidencia de las manifestaciones del sistema nervioso central por el síndrome de Sjögren; la prevalencia varía desde 2,5% hasta 60%. La ataxia cerebelosa se describe rara vez y uno de los signos típicos es la atrofia. A su vez, no se ha encontrado relación en cuanto a los valores de anticuerpos, cronicidad o tratamiento previo. Hoy en día, el diagnóstico se establece por exclusión y no se cuenta con tratamiento específico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 57 años con antecedentes de hipotiroidismo por enfermedad de Hashimoto (1997), nódulo tiroideo TIRADS 2 (2020) tratado con levotiroxina, y ataxia cerebelosa (2020) en tratamiento con azatioprina.

Inició en agosto de 2020 con alteración de la coordinación y caídas recurrentes; en febrero de 2022 la valora el servicio de neurología y se descarta proceso vascular, desmielinizante, ocupativo e infeccioso; se administran pulsos de metilprednisolona con mejoría del 60%. Por antecedente de enfermedad tiroidea en descontrol (antitiroglobulina: 2 110 UI/mL, < 4,11), antiperoxidasa (15,76 UI/mL, < 5,61), T4L (0,08 ng/dL, 0,7-1,48) y TSH (39,9 µUI/mL, 0,35-4,34) y mejoría con pulsos se sospecha una causa inmunomediada y se administra gammaglobulina (1 g/kg) en dos ocasiones (noviembre de 2023) con mejoría transitoria por dos meses. Se valora en el servicio de endocrinología y se ajusta el tratamiento con determinaciones posteriores: TPO (13,7 UI/mL), T4L (1,25 ng/dL) y TSH (0,6 µUI/mL), pero persiste la ataxia a pesar de la mejoría de la función tiroidea. Se descartó proceso paraneoplásico por antecedente de nódulo tiroideo, anti-gliadina IgA (1,75 U/mL, < 12) y anti-gliadina-GAF-3 (2,03 U/mL, < 12).

Se valora en la consulta por probable síndrome de Sjögren; la RM simple de cráneo revela pérdida del volumen cerebeloso, discreta afectación emergente a nivel pontino y sutil hiperintensidad en T2 que sugiere pérdida de volumen pontino incipiente. Sensación de cuerpo extraño, secreción en ojo derecho, xerostomía, anodoncia parcial y artralgias. VSG: 30 mm/h (0-20), C3: 102 mg/dL (88-165), C4: 25,1 mg/dL (14-44), FR: 8,6 UI/MI (< 12), anti-Ro: 777 CU (< 20), anti-La: 87,6 CU (< 20), anti-Sm: 2,1 CU (< 20); la biopsia de glándula salival muestra tres lóbulos de glándulas salivales con infiltrado inflamatorio de tipo mononuclear focal, un lóbulo con lesión linfopitelial, *Focus score* de 3, sin evidencia de enfermedad maligna. Cuadro clínico y estudios auxiliares consistentes con síndrome de Sjögren, tras descartar otras causas y recibir tratamiento con corticosteroides e inmunoglobulina; se decide iniciar tratamiento con FARME de mantenimiento con azatioprina.

Discusión: La ataxia cerebelosa es una manifestación rara en el síndrome de Sjögren. Su patología podría relacionarse con vasculitis cerebral y desmielinización secundaria a la infiltración linfocítica. Aunque poco frecuente, es importante considerar el SS como diagnóstico diferencial de presentaciones neurológicas atípicas. La exclusión de causas como neoplasias o infecciones es esencial antes de iniciar un tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones: Este caso destaca la importancia de considerar diagnósticos diferenciales en ataxia, en particular con tiroiditis de Hashimoto. Los estudios son limitados; uno de 11 casos es el más grande y no revela características comunes entre los pacientes. Por ello, el diagnóstico se establece por exclusión.

Bibliografía

- Alunno A, Carubbi F, Bartoloni E, *et al.* The kaleidoscope of neurological manifestations in primary Sjögren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol.* 2019 May;37 Suppl 118(3):192-198.
- Módis LV, Aradi Z, Horváth IF, *et al.* Central nervous system involvement in primary Sjögren's syndrome: narrative review of MRI findings. *Diagnostics (Basel).* 2022;13(1):14.

CCo82

NEUMONITIS EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN: ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL O SECUNDARIA A METOTREXATO

C. Flores-Aceves¹, P.A. Carrillo-Gómez¹, D.I. Rojas-Abarca², L.D. Fajardo-Hermosillo², G. Echeverría-González²

⁽¹⁾Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El metotrexato (MTX) es el fármaco modificador de la enfermedad empleado sobre todo para el tratamiento de las enfermedades reumatológicas. Su toxicidad se presenta con mayor frecuencia en hígado, médula y mucosas del tracto digestivo y puede relacionarse con la dosis, la duración y la vía de administración empleada, con la ausencia de complementación de ácido fólico, con la insuficiencia renal o hepática y con la administración concomitante de fármacos inhibidores de la síntesis de ácido fólico. En cambio, la toxicidad pulmonar es infrecuente, manifestada como una neumonitis por hipersensibilidad con un curso agudo o subagudo, que ocurre en su mayoría en los primeros seis meses en que se introduce el MTX y se resuelve una vez que el MTX se suspende.

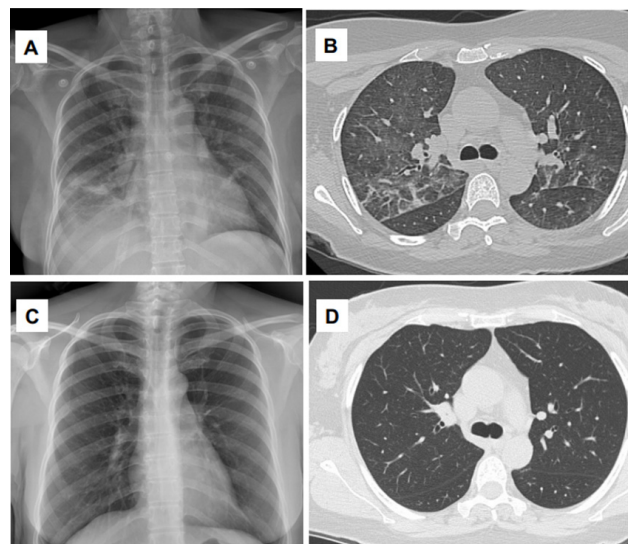
En contraste, la enfermedad pulmonar intersticial vinculada con síndrome de Sjögren (EPISS) se presenta en un 9% a 24% de los pacientes dentro de los primeros cinco años tras el inicio de los síntomas. Su curso es más crónico, relacionado con tabaquismo, mayor duración de la enfermedad, hipocomplementemia; además, requiere el uso de inmunosupresores para evitar su avance, el deterioro de la función pulmonar y el incremento de la mortalidad en estos pacientes.

Objetivos: Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de síndrome de Sjögren que a los tres meses de introducir el MTX desarrolla neumonitis, lo que representa un desafío diagnóstico con EPISS. Sin embargo, el cuadro se resuelve a los tres meses de suspender el MTX.

Presentación del caso: Paciente femenina de 53 años con diagnóstico de síndrome de Sjögren, con síntomas secos, artralgias, anticuerpos antinucleares, anti-Ro y factor reumatoide positivos, contralada con antiplásmicos. Dada la persistencia de sus síntomas articulares se prescribió metotrexato a 15 mg por semana vía oral. Tres meses después muestra una neumonía intersticial no específica con patrón espirométrico restrictivo acompañada de tos no productiva, disnea, dolor pleurítico y leve eosinofilia. El lavado bronquioalveolar descartó tuberculosis, hongos o infección bacteriana como causa de la neumonía. Se suspendió el metotrexato y se administró oxígeno complementario y esteroides a bajas dosis, lo que mejoró la disnea y el requerimiento de oxígeno en su evolución. A los cuatro meses de seguimiento permanece asintomática, sin requerimiento de oxígeno complementario y con resolución de las alteraciones tomográficas y espirométricas.

Discusión: La neumonitis por metotrexato ocurre en menos del 1%, en la mayoría de las ocasiones con presentación aguda y casi siempre se resuelve al retirar el metotrexato; además, se requiere tratamiento con oxígeno y esteroides. Se puede presentar al día, semanas o varios meses e incluso años de su administración y menos del 13% de los pacientes avanza a fibrosis. Se ha vinculado con algunos factores, como incremento de la altitud, edad mayor de 60 años, diabetes, hipoalbuminemia y eosinofilia. En cambio, la EPISS es de curso crónico, muestra en su mayoría un patrón de neumonía inespecífica o, con menor frecuencia y con mayor especificidad, una neumonía intersticial linfocítica (**Figura 1**). A diferencia de la neumonitis por metotrexato, no se resuelve sin un tratamiento intensivo inmunosupresor administrado por más de seis meses.

Figura 1. Neumonitis por metotrexato. (A y B) Radiografía y tomografía de tórax que muestran la neumonía intersticial no específica secundaria a metotrexato. (C y D) Radiografía y tomografía de tórax que señalan la resolución de la neumonía intersticial no específica a los cuatro meses de interrumpir el metotrexato. (CC082)



Conclusiones: No todos los pacientes con síndrome de Sjögren sufren una neumonitis relacionada con la propia enfermedad. Es importante considerar el diagnóstico diferencial de neumonitis por MTX que, si bien infrecuente, tiene un buen pronóstico si se detecta en fase temprana, ya que se resuelve el cuadro al suspender el MTX.

Bibliografía

- Fragoulis GE, Nikiphorou E, Larsen J, *et al.* Methotrexate-associated pneumonitis and rheumatoid arthritis-interstitial lung disease: current concepts for the diagnosis and treatment. *Frontiers in Medicine.* 2019;6:238.
- Luppi F, Sebastiani M, Silva M, *et al.* Interstitial lung disease in Sjögren's syndrome: a clinical review. *Clin Exp Rheumatol.* 2020 Jul-Aug;38 Suppl 126(4):291-300.

CCo83

SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS SIN TROMBOSIS. CLASIFICACIÓN POR CRITERIOS ACR/EULAR 2023

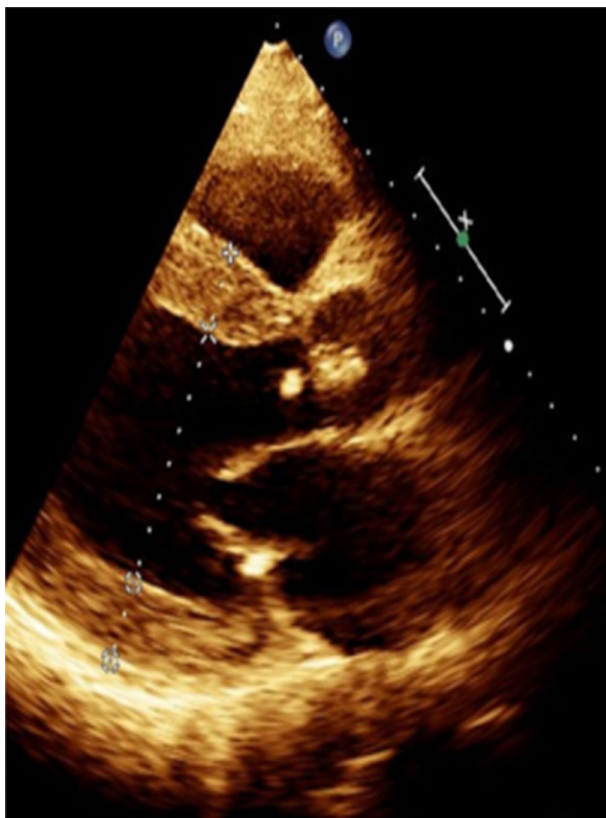
P. A. Carrillo-Gómez, C.E. Flores-Aceves, G. Cruz-López, J.D. Centeno-Valadez, G. Echeverría-González

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos es un trastorno multisistémico autoinmunitario caracterizado por trombosis tanto arterial como venosa recurrente o morbilidad en el embarazo en relación con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. En 2023 se publicaron nuevos criterios clasificatorios por ACR/EULAR divididos en dominios clínicos y serológicos. Dentro de los clínicos se incluyeron por primera vez la afectación valvular cardíaca, descrita como engrosamiento o presencia de vegetación. Esta manifestación se ha encontrado hasta en un 80% de los pacientes y afecta sobre todo a la válvula mitral y en segundo lugar la aórtica, que puede causar insuficiencia o estenosis con requerimiento de tratamiento quirúrgico en un 4% a 6%. La inclusión de la afectación hematológica caracterizada por trombocitopenia se encuentra en 16% a 46% de los casos.

Presentación del caso: Paciente masculino de 58 años con diagnóstico de anemia hemolítica por anticuerpos calientes desde 1993, epilepsia de causa no especificada desde los 20 años e hipertensión arterial sistémica desde 2009. En febrero de 2023 sufrió síncope por lo que se le realizó ECOTT que reconoció estenosis aórtica grave y se inició protocolo para tratamiento quirúrgico de valvulopatía. En mayo se agregó trombocitopenia por lo que se diagnosticó síndrome de Evans. En septiembre se realizó ECOTT de control que identificó vegetación en válvula aórtica (**Figura 1**), además de

Figura 1. Vegetación en la válvula cardíaca. El ecocardiograma muestra la vegetación aséptica de la válvula aórtica. (CC083)



insuficiencia mitral moderada con FEVI de 43%. Se hospitalizó para tratamiento y abordaje, se tomaron anticuerpos antifosfolípidos con LAC 2,38, ACL IgG 44,7 CU e IgM 14,3 CU, aB2GPI IgG 130,9 UR/mL e IgM 119,1 UR/mL, ANA 1:160 patrón nuclear fino y trombocitopenia con plaquetas de 102 000 miles/Al. En octubre se colocó válvula aórtica mecánica y se reseco la vegetación. En marzo 2024, en una nueva determinación de anticuerpos antifosfolípidos persisten positivos a títulos altos y se aplicaron los criterios ACR/EULAR 2023, incluidos afectación valvular, trombocitopenia y anticuerpos que llevaron a clasificar como síndrome de anticuerpos antifosfolípidos con perfil de alto riesgo por ausencia de episodios trombóticos.

Discusión: La afección valvular cardíaca en el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos se puede presentar hasta en 80%. La válvula más afectada es la mitral y en segundo lugar la aórtica. Para clasificar a un paciente con síndrome de antifosfolípidos es necesaria la presencia de tres puntos en el dominio clínico y tres puntos en el serológico; el paciente cumple 6 puntos en el dominio clínico y 12 puntos en el serológico.

Conclusiones: Los pacientes con síndrome de antifosfolípidos poseen una amplia gama de manifestaciones clínicas, además de trombosis arterial, venosa y morbilidad en el embarazo. Con los criterios ACR/EULAR 2023 que incluyen afectación cardíaca y hematológica es posible clasificar a pacientes que no han sufrido episodios trombóticos.

Bibliografía

1. Barbhayya M, Zuilly S, Naden R, *et al.* 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(10):1258-1270.
2. Schreiber K, Sciascia S, de Groot PG, *et al.* Antiphospholipid syndrome. *Nat Rev Dis Primers.* 2018;4:17103.

CCo84

SÍNDROME ANTISINTETASA REFRACTARIO: REPORTE DE CASO

S.M. Rosas-Noriega, Z.I. Urrutia-López, M.N. Fuentes-Hernández, J. Rojas-Mendoza

Hospital General ISSSTE Toluca

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades que comparten síntomas de debilidad, fatiga e inflamación en el tejido muscular. El síndrome antisintetasa (SAS) es infrecuente, con diversas manifestaciones como enfermedad pulmonar intersticial (EPI), miositis, artritis, fenómeno de Raynaud y manos de mecánico, en relación con anticuerpos anti-Jo1 en 20% a 30% casos. La MII refractaria es un desafío, dado que es una enfermedad que no responde al tratamiento y la presencia de algunos patrones clínicos *per se* suelen ser resistentes desde la presentación inicial.

Presentación del caso: Se presenta un caso clínico de una paciente femenina de 58 años previamente sana. En diciembre de 2021 cursó con infección moderada por COVID-19. En septiembre de 2022 se diagnosticó SAS con cuadro clínico de poliartritis, debilidad muscular proximal en cintura escapular, cintura pélvica y músculos axiales con escala MMT8 (*Muscular Manual Testing*) 40/80 puntos, manos de mecánico, disfagia a sólidos, enfermedad pulmonar intersticial (**Figura 1**), enzimas musculares elevadas (CPK 9 000 u/L, CK-MB 2 500 u/L), anticuerpos positivos: anti-JO-1: 187 +++, anti-RO-52: 171 +++, biopsia muscular con infiltrado inflamatorio linfocitario, electromiografía con patrón miopático de predominio proximal con mayor afectación de extremidades superiores de forma bilateral. Se inició tratamiento con esteroide a dosis altas (metilprednisolona, 3 g), que continuó con prednisona (50 mg/día), azatioprina (3 mg/kg/día), metotrexato (20 mg/día), durante tres meses sin mejoría clínica ni bioquímica. Se cambió a tratamiento con ciclofosfamida por seis meses con dosis acumulada de 10,2 g, y obtención de mejoría en cuanto a fuerza muscular con MMT8 de 70/80 puntos. Continuó tratamiento de mantenimiento con mofetilato de mofetilo, pero dos meses después muestra un incremento de la debilidad muscular MMT8 de 60/80 puntos y elevación de enzimas musculares (CPK 2 200 u/L, CK-MB 200 u/L). Se completa

Figura 1. Engrosamiento septal subpleural posterior con vidrio despolido bilateral y atelectasias laminares. (CC084)



protocolo con informes negativos para neoplasias sólidas y hematológicas. Se indicaron rituximab (2 g IV), tacrolimus (3 mg/día) y prednisona (15 mg/día). La paciente muestra secuelas crónicas en fuerza muscular proximal, persistencia de enzimas musculares elevadas (CPK 1 560 u/L, CK-MB 350 u/L), así como manos de mecánico, y se considera un SAS resistente.

Discusión: La definición de MII refractaria considera aspectos como la falla al tratamiento inmunosupresor inicial y refractariedad a subtipos que se reconocen como formas graves de MII como el SAS. Dada la compleja patogenia de las MII, reconocer las características clínicas y la presencia de factores de mal pronóstico como en este caso (EPI, anticuerpos anti-Jo1, retraso en el diagnóstico e inicio de tratamiento) es de suma importancia, ya que esto se vincula con refractariedad de la enfermedad.

Conclusiones: Este caso demuestra la importancia del diagnóstico oportuno de esta entidad poco frecuente dado que el tratamiento, además de mejorar la calidad de vida del paciente, también mejora el pronóstico. A pesar de que muchos pacientes responden de forma favorable al tratamiento, el riesgo de recaída y progresión a largo plazo es todavía significativo, como en el caso de esta paciente. Las opciones terapéuticas a seguir son la administración de gammaglobulina intravenosa en combinación con tratamiento biológico, además de que en casos refractarios se debe reevaluar la búsqueda de cronicidad y enfermedades relacionadas como las neoplasias.

Bibliografía

- Lundberg IE. Expert perspective: management of refractory inflammatory myopathy. *Arthritis Rheumatol* [Internet]. 2021;73(8):1394-407. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/art.41762>.
- Hallowell RW, Danoff SK. Diagnosis and management of myositis-associated lung disease. *Chest* [Internet]. 2023;163(6):1476-91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2023.01.031>.

CCo85

VASCULITIS CUTÁNEA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL EN UN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO (SSp) SERONEGATIVO, PRESENTACIÓN DE UN CASO

O.L. Gómez-Campos, L.J. Rodríguez-Aguirre, A.K. Díaz-Sandoval, I. Lepe-Álvarez, D. García-Cerda

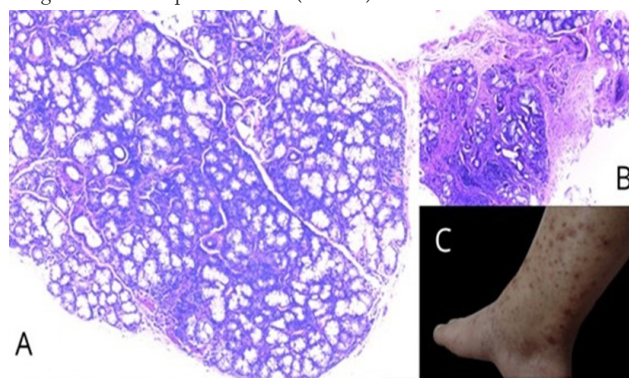
Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmunitaria sistémica crónica, la cual tiene como síntoma insignia el complejo SICCA, con disminución de actividad exocrina de glándula salival y lagrimal, aunque puede tener manifestaciones extraglandulares como la vasculitis cutánea que tiende a presentarse como inicio en pocas ocasiones. A propósito de esta revisión se presenta un caso clínico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 65 años con antecedentes crónicos y degenerativos negados que acude por lesiones puntiformes en

miembros pélvicos distales hasta la rodilla; niega prurito y al interrogatorio dirigido refiere sequedad oral y sensación de cuerpo extraño en ojo; exploración física: lesiones purpúricas ascendentes en miembros pélvicos, palpables, cavidad oral con disminución de lago salival, caries en molares y pérdidas dentales múltiples, así como disminución del lago lagrimal. Estudios de laboratorio: anticuerpos antinucleares negativos, anti-Ro y anti-El negativo, y el resto normal. Biopsia de glándula salival: dos focos de al menos 50 linfocitos, Schirmer < 5 mm (**Figura 1**); se establece síndrome de Sjögren.

Figura 1. Imágenes histológicas teñidas con hematoxilina y eosina que muestran la glándula salival mixta y los siguientes hallazgos: (A) más de 50 linfocitos en dos focos; (B) fibrosis intersticial y atrofia acinar; se identifican alteraciones morfológicas consistentes con el síndrome de Sjögren; (C) imagen de lesiones por vasculitis. (CC085)



Discusión: La vasculitis en el SSp es una manifestación poco frecuente y se presenta en 9%, en relación con mayor gravedad del complejo SICCA en la mayoría de los casos; por otra parte, el diagnóstico de SSp seronegativo puede variar entre 8% a 37%. Es importante reconocer la vasculitis como parte de las manifestaciones del síndrome de Sjögren y considerarla como diagnóstico diferencial en la vasculitis cutánea, si se toman en cuenta los casos como este en el que la seronegatividad pudo descartar la autoinmunitad sistémica; sin embargo, el interrogatorio dirigido sobre el complejo SICCA y las pruebas complementarias (en ocasiones no realizadas), como la biopsia de glándula salival menor y la prueba de Schirmer, pueden concluir un diagnóstico cuyo tratamiento mejora el pronóstico del paciente.

Conclusiones: La vasculitis cutánea es una manifestación poco frecuente en el síndrome de Sjögren vinculada con empeoramiento del complejo SICCA y peor pronóstico, por lo que debe buscarse de manera intencionada con pruebas complementarias.

Bibliografía

- Lan J, Deng C, Huang H, *et al*. Seronegative primary Sjögren's syndrome, a distinct subtype of primary Sjögren's syndrome in chinese patients. *BMC Rheumatol* [Internet]. 2024;8(1):15. <http://dx.doi.org/10.1186/s41927-024-00384-9>
- Fox RI. Extraglandular manifestations of Sjögren's syndrome (SS): dermatologic, arthritic, endocrine, pulmonary, cardiovascular, gastroenterology, renal, urology, and gynecologic manifestations. *Sjögren's Syndrome* [Internet]. 2011;285-316. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-60327-957-4_17

CCo86

COMPLEJIDADES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS EN EL MANEJO DE LA POLIAUTOINMUNIDAD: UN CASO CLÍNICO INTEGRAL

B.E. Reyes-Torres¹, P.J.A. Rodríguez-Henríquez¹, M.C. De Anda-Juárez², L. Becerril-Mendoza³, K.M. Kortright-Maldonado¹

⁽¹⁾Hospital General Manuel Gea González, ⁽²⁾Médica sur, ⁽³⁾Hospital Juárez de México

Introducción: El síndrome de poliautoinmunidad es la coexistencia de dos o más enfermedades autoinmunitarias en un mismo paciente. Estas anomalías pueden afectar a múltiples sistemas y complicar su atención clínica y pronóstico.

Este caso clínico describe a una paciente con diagnóstico de múltiples enfermedades autoinmunitarias y destaca la complejidad diagnóstica, la evolución de las afecciones y las estrategias empleadas para su tratamiento. El análisis de este caso permitirá correlacionar diferentes alteraciones autoinmunitarias y su efecto en la calidad de vida.

Presentación del caso: Mujer de 46 años de edad con antecedente de artritis reumatoide de tres años de evolución (anti-CCP, 500 UI/mL) en tratamiento con metotrexato (10 mg/sem) y ácido fólico (5 mg/72 h) con baja actividad de la enfermedad (DAS-28 de 2,8 puntos), lupus eritematoso sistémico de seis años de evolución diagnosticado en el 2021 por anticuerpos antinucleares 1:1 000 patrón homogéneo (Tabla 1) en relación con trombocitopenia, anemia hemolítica, hipocomplementemia y úlceras orales no dolorosas localizadas en paladar blando, en tratamiento con hidroxicloroquina (200 mg/24 h) y prednisona (12,5 mg/24 h) en reducción de dosis; último SLEDAI de 10 puntos.

Acude a valoración por referir debilidad muscular de inicio proximal: MRC (*medical research council*) 4/5 en las cuatro extremidades simétrica sin limitación de sus actividades diarias de cuatro semanas de evolución que progresa en un lapso de dos meses a fuerza 2/5 en miembros superiores e inferiores, sin disfagia ni debilidad central, con elevación de enzimas musculares (CK 1 177 UI/L, mioglobina 489 ng/mL, CK MB: 174 ng/mL, DLH: 338 UI/L, AST: 118 UI/L, ALT: 118 ALT); la auscultación pulmonar revela estertores crepitantes gruesos bilaterales basales, SLEDAI de 6 puntos y DAS-28 de 2,4 puntos. Se solicitaron anticuerpos antifosfolípidos, perfil de miopatías inflamatorias con resultados negativos (Tabla 1) y tomografía de tórax simple con quistes subpleurales, agrupados en regiones periféricas y basales de ambos pulmones, consistentes con enfermedad pulmonar intersticial. Se realiza biopsia muscular del vasto externo del muslo izquierdo con evidencia de infiltrados inflamatorios perivasculares de predominio linfocítico en área perimisial y atrofia perifascicular, por lo que se integra el diagnóstico de polimiositis. Se inició tratamiento con micofenolato de mofetilo (500 mg/8 h) con recuperación de la debilidad muscular 5/5 en extremidades inferiores y 4/5 en las superiores y reducción de enzimas musculares en un 50% luego de tres meses de tratamiento, sin ninguna complicación.

Tabla 1. (CC086)

Estudio de laboratorio	Resultado	Estudio de laboratorio	Resultado
Antipéptido cíclico citrulinado	500 U/mL	Anti-SSA	< 2,3 CU
Factor reumatoide	551 IU/mL	Anti-RNP	18,1 CU
Complemento C3	75,70 mg/dL	Anti-DNAc	39,6 UI/mL
Complemento C4	13,9 mg/dL	Mi-2 α	Negativo
Anticuerpos anti-SMITH	8,32 mg/dL	Mi-2 β	Negativo
Anti-DNA	1 203,74 UI/mL	TIF- γ	Negativo
Anticardiolipina IgA	2,78 APL/mL	MDA-5	Negativo
Anticardiolipina IgG	4,94 GPL/MI	NXP-2	Negativo
Anticardiolipina IgM	9,3 MPL/mL	PM-SCL 75	Negativo
Antinucleosoma	< 60 U/mL	Anti-Jo-1	Negativo

Discusión: Este caso clínico refleja la complejidad del control de pacientes con poliautoinmunidad. El curso clínico de la paciente expone el reto tanto en el diagnóstico diferencial como en la evolución de las enfermedades, en los que los factores como el tratamiento prolongado con glucocorticoides y la coexistencia de múltiples enfermedades autoinmunitarias complican la evaluación y el control terapéutico.

La toma de decisiones terapéuticas requiere individualización que considere la interacción entre las anomalías autoinmunitarias y sus tratamientos, con el fin de reducir al mínimo la toxicidad farmacológica y optimizar el control de las enfermedades.

Conclusiones: La paciente logró recuperación de la función motora a los cinco meses del tratamiento, con descenso bioquímico de enzimas musculares y continúa en seguimiento multidisciplinario.

Bibliografía

- Fidalgo M, Faria R, Carvalho C, *et al.* Multiple autoimmune syndrome: clinical, immunological and genotypic characterization. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2023;116:119-30. doi.org/10.1016/j.ejim.2023.06.020

CCo87

ABSCESO PULMONAR EN GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS

M.A. Apaza-Quispe, V.E. García-González, C.M. Fonseca-Carcache
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La granulomatosis con poliangeitis es una vasculitis necrosante granulomatosa de pequeño vaso que afecta al tracto respiratorio superior e inferior, riñones y otros órganos. Tiene una prevalencia de 9 casos por millón de habitantes. La afectación respiratoria desde el inicio de la enfermedad es hasta de 90% de los casos y puede manifestarse como granulomas, cavitaciones, enfermedad intersticial o hemorragia alveolar. Los pacientes con GPA tienen predisposición a infecciones por el tratamiento inmunosupresor y las lesiones pulmonares. Se presenta el caso de una mujer de 43 años con GPA que desarrolló absceso pulmonar por *S. aureus* de difícil diagnóstico y tratamiento.

Presentación del caso: Paciente femenina de 43 años con antecedente de granulomatosis con poliangeitis, que inició a los 35 años con lesión de vías respiratorias superiores por estenosis subglótica e hipoacusia, en tratamiento con metotrexato. Inicia padecimiento en noviembre de 2023 con tos y expectoración mucosa; acude a la unidad médica donde la tomografía de tórax revela tumoración en lóbulo inferior derecho de 74 x 42 mm y adenopatías mediastínicas y la biopsia muestra displasia de bajo grado (Figura 1). En junio de 2024 se incrementan la tos, con aumentos térmicos no cuantificados y diaforesis nocturna. Un nuevo estudio de imagen evidencia absceso pulmonar y los estudios de laboratorio señalan elevación de reactantes de fase aguda; la broncoscopia diagnóstica muestra un cultivo de secreción de *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina; se inicia tratamiento con linezolid, sin mejoría significativa, por lo que se practica una toroscopia que revela drenaje de material purulento y las biopsias identifican un proceso granulomatoso. Se completa esquema antibiótico y se observa mejoría de lesión pulmonar.

Discusión: Dentro de las manifestaciones pulmonares en la GPA, los nódulos, granulomas y cavernas pulmonares son los más frecuentes. Estas lesiones pueden infectarse o simular otras anomalías, por lo que el diagnóstico debe tener un abordaje integral. En este caso se pensó de manera inicial que la lesión pulmonar era neoplásica, pero luego se agregaron síntomas infecciosos y el estudio infectológico reconoció *S. aureus*. Esta bacteria tiene relevancia en la GPA, ya que varios informes mencionan que puede relacionarse con recaídas (los estudios experimentales ligan al gen que codifica a la deshidrogenasa 6 fosfogluconato). Los granulomas pulmonares, al confluir en una vía respiratoria y formar cavernas, se pre-

Figura 1. TAC de tórax: absceso pulmonar derecho. (CC087)



disponen a infecciones, lo que agrega la inmunosupresión que conllevan los pacientes con vasculitis. En la biopsia pulmonar efectuada posterior al drenaje del absceso se observó que la formación de la caverna era secundaria a proceso granulomatoso por vasculitis, lo que predispuso a la sobreinfección y, en virtud del tamaño de la caverna, fue difícil el control con antibioterapia, y fue necesario el drenaje quirúrgico.

Conclusiones: La granulomatosis con poliangiitis es una enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por la inflamación granulomatosa a diferentes niveles; en este caso se reconoció un granuloma pulmonar que se infectó con *S. aureus*, con pobre respuesta inicial a la antibioterapia, que requirió drenaje quirúrgico. La mejoría de los síntomas fue progresiva.

Bibliografía

- Potentas-Policewicz M, Fijolek J. Granulomatosis with polyangiitis: clinical characteristics and updates in diagnosis. *Front Med (Lausanne)*. 2024 Aug 27;11:1369233.
- Stegeman CA, Tervaert JW, Sluiter WJ, et al. Association of chronic nasal carriage of *Staphylococcus aureus* and higher relapse rates in Wegener granulomatosis. *Ann Intern Med*. 1994;120:12-7.

CCo88

ARTERITIS DE TAKAYASU CON ECTASIA CORONARIA E INFARTO AL MIOCARDIO

C.M. Fonseca-Carcache, L. Andrade-Ortega, F. Irazoque-Palazuelos, M.A. Apaza-Quispe, V.E. García-González

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis granulomatosa idiopática crónica de grandes vasos que afecta a la aorta, sus ramas principales y las arterias pulmonares. Rutter *et al.*, en una revisión sistemática, notificaron una distribución mundial heterogénea, con predominio en mujeres jóvenes de 20 a 30 años, incidencia anual de 0,4 a 3,4 por millón y una prevalencia global de 3,2 a 40 casos por millón.

Presentación del caso: Paciente femenina de 27 años, sin antecedentes relevantes. Inició en abril 2024 con malestar general, inyección conjuntival y fiebre, y dos meses después se agregó dolor precordial opresivo irradiado a miembro torácico y región mandibular izquierda (intensidad 10/10), por lo que ingresa a este hospital. La evaluación cardiovascular mostró: ecocardiograma con cardiopatía isquémica e insuficiencia tricuspídea leve. Angiografía coronaria: ectasia coronaria aneurísmica Markis tipo I (tronco de la coronaria izquierda, descendente anterior, circunfleja y coronaria derecha; **Figura 1**). La angiotomografía coronaria y de grandes vasos revela aortitis con disección de la aorta abdominal en la bifurcación de ambas ilíacas, estenosis iliaca externa derecha y femoral común derecha. Resonancia cardiaca: infarto inferoseptal y subendocárdico inferior en el territorio de coronaria derecha. El tratamiento inicial consistió en pulsos de metilprednisolona (1 g por 3 dosis), prednisona (0,5 mg/kg/día), anticoagulación oral, antiagregación plaquetaria y azatioprina (50 mg/día). Ante persistencia de actividad de la enfermedad con tomografía por emisión de positrones (TEP/TC-FDG) positiva para proceso inflamatorio se inició tratamiento biológico con adalimumab (40 mg cada 2 semanas) y se logró una evolución clínica adecuada y estabilidad coronaria.

Discusión: La ectasia coronaria es una remodelación patológica de la arteria, con una prevalencia mundial baja (0,5-5% por año), la causa suele ser de naturaleza diversa y se ha vinculado hasta en un 10% a 20% con enfermedades inflamatorias, y la arteritis de Takayasu es una de sus causas. Sin embargo, la presencia de aneurismas múltiples en la arteritis de Takayasu es excepcional.

Conclusiones: El proceso de la enfermedad en la arteritis de Takayasu produce estenosis, trombosis y formación de aneurismas en las arterias. Las lesiones vasculares estenóticas son más comunes que las lesiones aneurísmicas. Por lo tanto, esta forma de presentación se ha notificado solo en casos muy raros. Este caso destaca una manifestación poco usual de la enfermedad de Takayasu que fue la primera manifestación clínica con buena respuesta al tratamiento biológico.

Bibliografía

- Ahlman MA, Grayson PC. Advanced molecular imaging in large-vessel vasculitis: Adopting FDG-PET into a clinical workflow. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2023 Mar;37(1):101856.
- Watts RA, Hatemi G, Burns JC, et al. Epidemiología global de la vasculitis. *Nat Rev Rheumatol*. 2022;18:22-34.

Figura 1. Angiografía coronaria que muestra ectasia de arterias coronarias. (CC088)



CCo89

UN INUSUAL CASO DE LINFOMA MALT ASOCIADO A SÍNDROME DE SJÖGREN

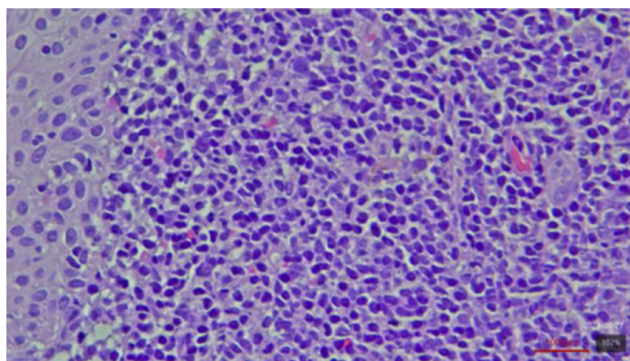
M.I. Alarcón-Jarquín, A. Gómez-Álvarez, E.S. Sánchez-Peralta, D.E. Flores-Alvarado, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El linfoma relacionado con el síndrome de Sjögren es una complicación importante que afecta a pacientes con esta enfermedad. Por lo general son linfomas no Hodgkin, en particular de tipo MALT y la identificación temprana de síntomas relacionados es crucial para un tratamiento efectivo. Las investigaciones recientes han profundizado en los mecanismos patogénicos y las estrategias terapéuticas, con énfasis en la necesidad de un enfoque multidisciplinario en la atención de estos pacientes.

Presentación del caso: Paciente masculino de 61 años, con antecedente familiar de una hija con diagnóstico de LES y otra con SpA-nr. El diagnóstico de síndrome de Sjögren se estableció en el 2017 por la presencia de fatiga, artritis y signos orales y oculares secos con ANA (+) 1:1 280 patrón moteado, anti-Ro (+) 264 UI/mL (nl < 20 UI/mL) y anti-La (+) 78 UI/mL (nl < 20 UI/mL). Inicialmente recibió tratamiento con hidroxiquina (200 mg/día) y deflazacort (6 mg/día) con buena respuesta. Acude en abril de 2022 por parotidomegalia y lesiones ulcerativas en mucosa oral y un informe de ultrasonido que concluye edema submaxilar; se indican metotrexato (15 mg/sem) y ácido fólico (5 mg/día) y se aumenta deflazacort (6 mg/12 h). Con este tratamiento mejora, sin volver a presentar un nuevo episodio, pero en agosto del 2024 se refiere al servicio de oftalmología por pterigión en conjuntiva del ojo derecho. La cirugía para resección del pterigión derecho encuentra como hallazgo incidental una lesión de coloración violácea en el párpado superior interno izquierdo

Figura 1. Las secciones histológicas muestran conjuntiva con pérdida de su configuración a expensas de infiltración por una neoplasia compuesta de linfocitos pequeños con citoplasma claro, con núcleos redondos de cromatina madura. Las células neoplásicas infiltran en un patrón difuso, se extienden a través del estroma e infiltran el epitelio conjuntival (lesión linfoepitelial). (CC089)



y se realiza biopsia de esa lesión. El resultado fue positivo para linfoma marginal extranodal de tejido linfoide relacionado con mucosa (MALT) con inmunofenotipo para células B CD20 (Figura 1), en septiembre de 2024. Estudios de laboratorio: hemograma normal, sin hiperglobulinemia, ANA AC-4 1:640, valores de C3 y C4 normales, anti-Ro: 181 U/mL, anti-La: 132 U/mL, por lo cual se solicitó seguimiento por hematología médica y administración de rituximab.

Discusión: El linfoma MALT relacionado con el síndrome de Sjögren representa una de las complicaciones más graves de esta enfermedad autoinmunitaria. La presencia de autoanticuerpos, como los anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB, se ha correlacionado con un mayor riesgo de linfoma, lo que sugiere que la autoinmunidad juega un papel crucial en su desarrollo. Los estudios recientes indican que las alteraciones en el microambiente linfoide, provocadas por la inflamación persistente, facilitan la transformación maligna de las células B en linfomas MALT. Los linfomas MALT en pacientes con síndrome de Sjögren son muy raros, y más aún en la mucosa del párpado, por lo cual se consideró de suma importancia notificar este caso clínico. El control de estos linfomas a menudo requiere un enfoque multidisciplinario y las modalidades disponibles, como el tratamiento dirigido y la inmunoterapia, han evolucionado y ofrecen ahora nuevas esperanzas para los pacientes con este diagnóstico.

Conclusiones: El linfoma relacionado con el síndrome de Sjögren es una complicación grave que surge de la inflamación crónica y disfunción inmunológica. El riesgo incrementado de linfomas no Hodgkin, en especial MALT, resalta la importancia de la detección temprana y el control adecuado para mejorar el pronóstico y la calidad de vida. Hasta el momento no existe un caso informado en las publicaciones médicas de linfoma MALT en un paciente con síndrome de Sjögren en el ojo.

Bibliografía

1. Göttsche L, et al. MALT lymphoma in Sjögren's syndrome: risk factors and management. *Lymphoma*. 2024;23(1):45-53.
2. Muramatsu H, et al. Pathogenesis of MALT lymphoma in Sjögren's syndrome: Recent insights. *Rheumatology*. 2024;63(4):673-681.

CC090

ORQUIEPIDIDIMITIS Y ABSCESO TESTICULAR POR BRUCELLA EN PACIENTE CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB

T.A. Luna-Zúñiga¹, E. Cuevas-Orta², G. Martínez-Flores³, A. Trinidad-Vanegas¹

⁽¹⁾Hospital Ángeles San Luis, ⁽²⁾Hospital Central Ignacio Morones, SLP, ⁽³⁾Hospital General de Zona 252, IMSS

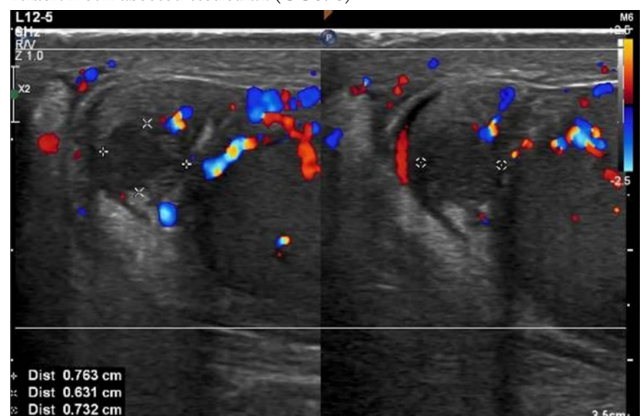
Introducción: La brucelosis es una enfermedad zoonótica causada más a menudo por *Brucella melitensis*. Dentro de las complicaciones focales de brucelosis, la afectación genitourinaria se reconoce en un 2% a 20% y la orquiepididimitis es la presentación más común, pero otras manifestaciones como el absceso testicular son muy raras.

Presentación del caso: Paciente masculino de 44 años, cocinero, que tiene como antecedente psoriasis vulgar diagnosticada en 2009 tratada de modo inicial con metotrexato, retinoides y etanercept con mejoría parcial y efectos secundarios, por lo que en abril del 2023 se decide cambiar a secukinumab con resolución de actividad cutánea en un 100%. Un año después inicia con fiebre hasta de 38,8°C, predominantemente nocturna, mialgias, artralgias, pérdida ponderal, diaforesis nocturna y dolor testicular tratado al principio con naproxeno y paracetamol, con mejoría transitoria. De los parámetros paraclínicos destaca transaminasemia, elevación de VSG y PCR, examen general de orina con hemoglobinuria y urocultivo negativo. La tomografía toracoabdominal revela adenopatías cervicales e inguinales y el ultrasonido testicular muestra orquiepididimitis (Figura 1), por lo cual se inició tratamiento empírico con levofloxacina (750 mg al día por 14 días). Cuatro semanas después aparece un nuevo episodio de orquiepididimitis que requirió drenaje de absceso testicular, con nuevos estudios paraclínicos que destacan leucocitosis 13 700, proteína C reactiva 118 mg/L, VSG 32, VDRL y VIH -, reacciones febriles con antígeno positivo a *Brucella abortus* 1:320, ac. anti-*Brucella abortus* por rosa de Bengala positivos y cultivo de tejido de epidídimo con crecimiento de bacilos gramnegativos positivo a *Brucella spp*, por lo cual se inició tratamiento con rifampicina y doxiciclina durante seis semanas con resolución completa de los síntomas. Luego de un cuadro de brucelosis, el paciente sufre poliartrosis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, además de mayor actividad cutánea de psoriasis, por lo que se indicó tratamiento con ixekizumab (80 mg cada 4 semanas), con respuesta satisfactoria.

Discusión: No existen informes de brucelosis en pacientes con artritis psoriásica bajo tratamiento con anti-IL-17. Dentro de la fisiopatología que podría contribuir a la adquisición de la infección es que las especies de *Brucella* son microorganismos intracelulares con afinidad por las células del sistema reticuloendotelial, como los macrófagos. Las sustancias liberadas por estas células infectadas dan lugar a la activación de una subclase de células T γ/δ que luego producen TNF- α , IL-17 e IL-22 e inducen la activación de células T Th1 y citotóxicas, que participan en la destrucción bacteriana directa. Por lo tanto, parece haber una competencia entre la producción de citocinas de las células T γ/δ que favorece al huésped y la supresión de estas en macrófagos que favorece al invasor. El resultado de este antagonismo puede determinar en última instancia la eliminación o cronicidad de la infección.

Conclusiones: Al no existir claramente un mayor riesgo de brucelosis en relación con el uso del agente anti-IL-17, al término del esquema antibiótico, el paciente pudo reiniciar el tratamiento con un nuevo anti-17 con buena respuesta y sin recurrencias del proceso infeccioso.

Figura 1. Ultrasonido testicular que muestra una lesión heterogénea e hipocogénica dependiente de la cabeza del epidídimo izquierdo sin vascularidad a la aplicación de Doppler a color, con medidas de 7 x 6 x 7 mm en relación con absceso testicular. (CC090)



Bibliografía

1. Yu J, Li S, Wang L, *et al.* Pathogenesis of *Brucella* epididymo-orchitis-gonorrhea of *Brucella* death. *Crit Rev Microbiol.* 2022 Feb;48(1):96-120.
2. Gowacka P, Naylor K, Niemcewicz M, *et al.* *Brucella* - virulence factors, pathogenesis and treatment. *Pol J Microbiol.* 2018 Jun 30;67(2):151-161.

CC091**ESÓFAGO NEGRO EN SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTI-FOSFOLÍPIDOS, MANIFESTACIÓN INUSUAL, REPORTE DE CASO**

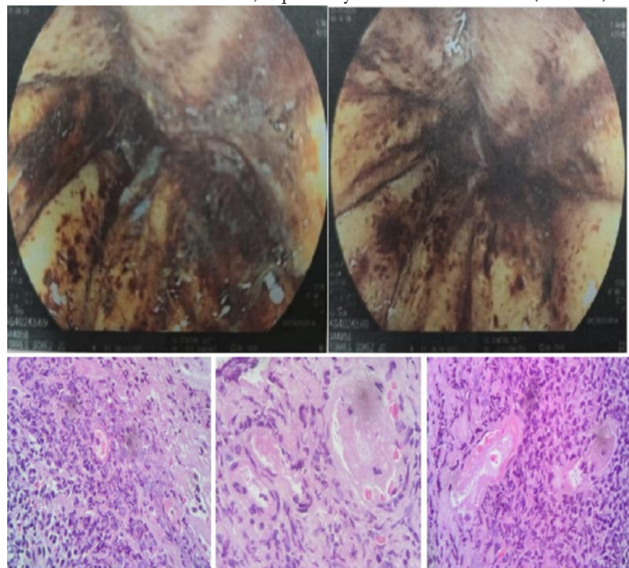
J.C. Ramírez-Sánchez, C. Abud-Mendoza, O. Johnson-Ponce, I.N. Morales-Avendaño

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF) se manifiesta por fenómenos trombóticos u obstétricos; la afección gastrointestinal grave es rara y variable y la esofágica es excepcional.

Presentación del caso: Paciente masculino de 53 años con antecedente de trombosis venosa profunda de pierna derecha y trombectomía, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica con mal control, tabaquismo y dos episodios de infartos cerebrales, bajo anticoagulación, atorvastatina y ácido acetilsalicílico sin adherencia al tratamiento; ecocardiograma normal, TAC de cráneo que revela hipodensidad extensa en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, y hemiplejía derecha como secuela (RANKIN 4), además de artropatía inflamatoria bajo tratamiento con metotrexato y prednisona. Padece hemorragia del aparato digestivo alto, con subsecuente choque hipovolémico. Exploración física: palidez generalizada de tegumentos, petequias en abdomen y piernas, abdomen sin irritación peritoneal. Estudio endoscópico: mucosa esofágica de aspecto negro, sin evidencia de varices ni hemorragia. Biopsia esofágica: mucosa con necrosis extensa, detritos celulares y evidencia de vasculitis con múltiples trombosos en mucosa (**Figura 1**). Estudios de laboratorio: leucocitos 16×10^3 , neutrófilos $13,34 \times 10^3$, linfocitos $1,09 \times 10^3$, hemoglobina 7,4 g/dL, VCM 97,3

Figura 1. Endoscopia que demuestra el tercio distal esofágico; se observan cambios de coloración en la mucosa de color negro en forma circunferencial. Biopsia de esófago: cortes histológicos teñidos con hematoxilina y eosina. Tejido subepitelial con inflamación extensa y vasculitis de pequeño, mediano y gran calibres. Se identifica necrosis fibrinoide y trombosos vasculares, además de remodelación vascular. Conclusión: reacción inflamatoria crónica intensa con vasculitis, isquemia y necrosis secundaria. (**CC091**)



fL, CMH 34,7 pg, plaquetas 112×10^3 , glucosa 197 mg/dL, creatinina 1,8 mg/dL, VSG 31 mm/h, TP 24,2 s, INR 2,32, TPT 26,2 s, albúmina 3,10 g/dL, TGO 78 U/L, TGP 24 U/L, BT 0,49. VIH, VHC y VHB negativos, VDRL-. Panel aPL con anticoagulante lúpico (AL) positivo, títulos altos para anti-B2 glucoproteína 1 (IgG-IgM) y anticardiolipina (IgG e IgM). Se establece el diagnóstico de esófago negro, relacionado con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF) primario.

Discusión: Se considera que los agentes infecciosos precipitan la formación de aPL, en relación con HLADR4 y HLADRW53. La presencia de APL requiere un segundo estímulo (ambiental, infeccioso, estrogénico, neoplásico o traumático-quirúrgico) para su manifestación. AL ocasiona esofagitis autoinmunitaria y con la disminución del grosor de la mucosa se eleva el riesgo de necrosis y ruptura. El síndrome de esófago negro, complicación rara en el SAAF, con predilección en los hombres, se acompaña de estados protrombóticos. La afección es común hacia el tercio distal en 90% de los casos y debe sospecharse ante sangrado gastrointestinal en pacientes con estado hipercoagulable, lo que obliga a una endoscopia diagnóstica y biopsia del tejido afectado. La incidencia en necropsias es de 0-0% a 2% y en endoscopias del 0,01% a 0,28% en series de casos. La tasa de mortalidad global es del 5,7% y la tasa de mortalidad relacionada con comorbilidades subyacentes es de 31,8%. Las biopsias de tejidos afectados demuestran oclusión trombótica de arterias y venas de todos los calibres, lesión endotelial aguda y crónica, e infiltrados inflamatorios. La vasculitis necrosante sugiere enfermedades del tejido conjuntivo. En pacientes con TV se recomienda la anticoagulación: heparina de bajo peso molecular (HBPM) seguida de warfarina con objetivo INR 2-3; la TV recurrente obliga a un tratamiento adicional con ácido acetilsalicílico, hidroxiclo-roquina, atorvastatina y colchicina, además de HBPM. Puede ser ineficaz intensificar el tratamiento con INR 3-4 e incrementa el riesgo de trombosos y hemorragia.

Conclusiones: El síndrome de esófago negro es raro, con una incidencia muy baja en SAAF, que pone en peligro la vida. Sin embargo, a pesar de una anticoagulación basada en el INR objetivo, se documentan episodios de recurrencia, lo cual empeora aún más el pronóstico.

Bibliografía

1. Garcia D, Erkan D. Diagnosis and management of the antiphospholipid syndrome. *N Engl J Med.* 2018 May 24;378(21):2010-2021.
2. Zou X, Fan Z, Zhao L, *et al.* Gastrointestinal symptoms as the first manifestation of antiphospholipid syndrome. *BMC Gastroenterol.* 2021 Apr 1;21(1):148.
3. Schreiber K, Sciascia S, de Groot PG, *et al.* Antiphospholipid syndrome. *Nat Rev Dis Primers.* 2018 Jan 11;4:17103.
4. Zhang J, Li C, Han X, *et al.* The digestive system involvement of antiphospholipid syndrome: pathophysiology, clinical characteristics, and treatment strategies. *Ann Med.* 2021 Dec;53(1):1328-1339.
5. Kerschen A, Schmit G, De Boosere E, *et al.* Black esophagus as an autopsy discovery: a challenging interpretation. *Egypt J Forensic Sci.* 2020;10(4).
6. Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, *et al.* Tratado de reumatología. 11a ed. Elsevier; 2022.
7. Gurvits GE. Black esophagus: acute esophageal necrosis syndrome. *World J Gastroenterol.* 2010 Jul 14;16(26):3219-25.

CC092**DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE UNA LESIÓN DE LA BANDA SAGITAL Y SUBLUXACIÓN DEL TENDÓN EXTENSOR EN UN MÚSICO: REPORTE DE CASO**

A. Espinosa-Orantes, C. Soto-Fajardo, F. Carranza-Enríquez, K. Contreras, C. Pineda-Villaseñor

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La subluxación del tendón extensor en la articulación metacarpofalángica (MCF) es una afección rara y poco frecuente en pacientes sin artritis inflamatoria. La banda sagital (BS), componente importante del

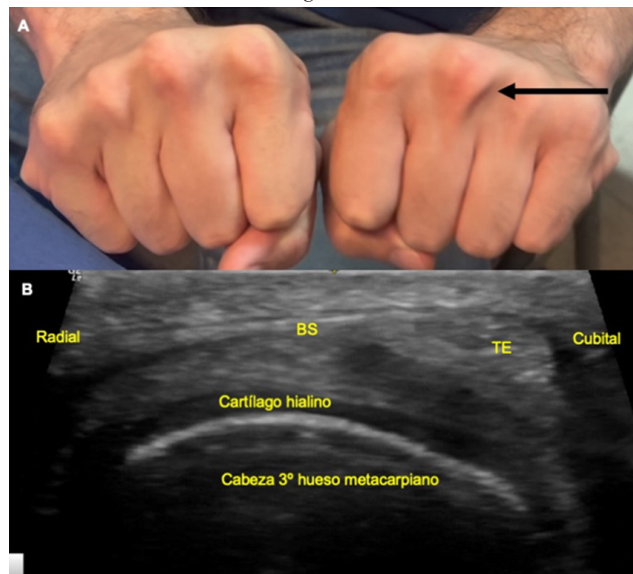
aparato extensor de los dedos, estabiliza al tendón en la articulación MCF y evita la extrusión excesiva y el efecto de “cuerda de arco” a la extensión. Los traumatismos, la laxitud, la incompetencia o ausencia congénita de la BS se traducen clínicamente en la incapacidad para mantener centralizado el tendón al movimiento, algo que es raro en músicos. El diagnóstico clínico de las lesiones tendinosas, ligamentarias y de los retináculos de la mano es un gran desafío y el ultrasonido musculoesquelético (USME) es indispensable para su diagnóstico.

Presentación del caso: Un hombre de 36 años, violinista en una orquesta sinfónica, acudió a valoración por molestia/incomodidad vinculada con debilidad en el tercer dedo de la mano izquierda que se exacerbaba con el movimiento y limitaba parcialmente la interpretación de partituras por dificultad a la extensión completa de la articulación metacarpofalángica, de unos cuatro meses de evolución. No tiene antecedentes patológicos de relevancia ni evidencia de traumatismo previo. Exploración física: subluxación del tendón extensor del tercer dedo izquierdo a nivel de la cabeza del tercer metacarpiano hacia el aspecto cubital durante la flexión activa de la articulación MCF (**Figura 1**). El USME identificó una discontinuidad hipocóica focal de la banda sagital en su aspecto radial con desplazamiento progresivo del tendón extensor hacia el aspecto cubital a las maniobras dinámicas de flexión a nivel de la MCF (puño). Con estos hallazgos se confirmó el diagnóstico de subluxación del tendón extensor del tercer dedo izquierdo por rotura focal en el aspecto radial de la banda sagital; esto exigió tratamiento quirúrgico en el departamento de cirugía de mano.

Discusión: La bibliografía muestra que las lesiones en la banda sagital, que representan en clínica luxación o subluxación del tendón extensor común de los dedos, son raras en pacientes sin artritis inflamatoria de base. Su frecuencia es alta en atletas de alto rendimiento (boxeadores o artes marciales) por el traumatismo continuo, flexión forzada de la MCF o fuerzas en varo o valgo a través de esta; sin embargo, no se considera una lesión musculoesquelética relacionada con la música como profesión; en este último caso, las lesiones más notificadas corresponden a tendinitis, tenosinovitis o paratenonitis, especialmente entre los instrumentistas de cuerda.

La BS es el estabilizador primario del tendón extensor; la lesión de su aspecto radial es más común por la presencia de fibras morfológicamente más largas y delgadas; además, la desviación cubital normal y la cabeza MCP prominente del tercer dedo predisponen a la lesión de estas. El diagnóstico clínico es poco preciso, por lo que el USME permite el diagnóstico oportuno y el pronóstico posoperatorio de estas lesiones.

Figura 1. (A) Subluxación del tendón extensor común del tercer dedo izquierdo (flecha negra). (B) Correlación clínica-ecográfica a la flexión de la MCF con discontinuidad hipocóica focal de la banda sagital en su aspecto radial con desplazamiento del tendón extensor hacia el aspecto cubital. TE, tendón extensor; BS, banda sagital. (CC092)



Conclusiones: La subluxación del tendón extensor común de los dedos es una anomalía infrecuente, sobre todo en músicos. Este hallazgo puede fácilmente pasar inadvertido en clínica, por lo que el USME es un método muy eficaz para su diagnóstico.

Bibliografía

1. Lee JH, Baek JH, Lee JS. A reconstructive stabilization technique for nontraumatic or chronic traumatic extensor tendon subluxation. *J Hand Surg Am.* 2017;42(1):61-5.
2. Mitsuzawa S, Ando M, Takeuchi H, *et al.* Functional anatomy of the sagittal bands and mechanisms of extensor tendon dislocation: a cadaveric study. *J Hand Surg Eur.* 2021;46(8):842-6.
3. McCarthy CL. Ultrasound of normal and injured ligaments and retinacula of the hand. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2020;24(2):83-100.
4. Kochevar A, Rayan G. Extensor tendon instability due to sagittal band injury in a martial arts athlete: a case report. *J Hand Surg Asian Pac.* 2017;22(1):93-6.
5. Maatallah K, Hamdi O, Miladi S, *et al.* Musculoskeletal hand disorders in musicians. *Rev Med Liege.* 2021;76(10):737-40.

CC093

POLICONDRITIS RECIDIVANTE. ESTENOSIS TRAQUEAL SU FORMA DE PRESENTACIÓN

M. Zavala-Muñoz, O. Gallegos-Hernández

Hospital General Regional 196, IMSS

Introducción: Es una enfermedad autoinmunitaria sistémica, poco frecuente, caracterizada por destrucción inflamatoria de estructuras cartilagosas de oreja, nariz y árbol traqueobronquial. Puede ser primaria o vincularse con otra alteración autoinmunitaria. Afecta a hombres y mujeres por igual entre 40 y 50 años. En su patogenia intervienen anticuerpos anticógeno tipo II. Manifestaciones clínicas: 90% presenta condritis auricular caracterizada por eritema brillante y edema. En las recurrencias causa apariencia de “coliflor”. Oculares: 20% muestra epiescleritis, escleromalacia, uveítis y queratitis ulcerativa. Nasales: rinorrea, epistaxis, nariz en silla de montar (10% casos). Respiratorias: afonía, sibilancias, estridor inspiratorio, tos y disnea. Artropatía: 70% tiene poliartritis u oligoartritis asimétrica seronegativa.

El diagnóstico es por lo general clínico. Son de utilidad los criterios de McAdam (criterios clínicos o 1 criterio clínico + biopsia positiva o 2 sitios con condritis con buena respuesta a esteroides). No existe un indicador de laboratorio que defina el catabolismo activo del cartilago. Pueden estar presentes indicadores inespecíficos de inflamación (VSG, PCR, leucocitos y trombocitosis). En la biopsia de cartilago no existen hallazgos patognomónicos.

Tratamiento: la primera elección son los AINE. Los glucocorticoides reducen la actividad y la recurrencia. FARME: metotrexato, azatioprina. Tratamiento biológico: anti-TNF alfa con mejores resultados.

Presentación del caso: Paciente masculino de 54 años, originario y residente de la Ciudad de México, católico y panadero. Antecedentes de importancia: HAS de 3 años de diagnóstico en tratamiento con telmisartán (40 mg/24 h); alérgicos, quirúrgicos y transfusionales negados.

Padecimiento actual: refiere ocho meses previos con artralgias y artritis de hombros, codos y carpos, rigidez matutina de 30 min, limitación funcional; se agrega dolor y eritema en pabellones auriculares y punta nasal en brotes, tos no productiva y sibilancias; lo valora un facultativo que diagnostica asma e indica tratamiento broncodilatador con salbutamol y esteroide inhalado con discreta mejoría. Dos meses después sufre dificultad respiratoria precipitada por IVR que requiere medidas avanzadas de la vía respiratoria; como hallazgo en su nota de egreso, se señala vía respiratoria complicada con datos indicativos de estenosis. Exploración física: condritis auricular bilateral (**Figura 1**), predominio derecho, aspecto en coliflor (**Figura 2**), condritis nasal, estridor laríngeo y sibilancias espiratorias, sinovitis aguda en hombros, codos y carpos, sin deformidades crónicas. Se extiende protocolo de estudio ante sospecha de autoinmunidad: VSG (+) 46, proteína C reactiva (+) 25, FR

Figura 1. Condritis auricular crónica. (CC093)



Figura 2. Condritis auricular con aspecto de coliflor. (CC093)



(-), anti-CCP (-), ANA (-), C-ANCA (-), p-ANCA (-). BAAR serie 3 (negativo). TAC de cuello y tórax: estenosis traqueal de 70%, sin datos de neumoapatía intersticial.

Ante este escenario clínico (condritis auricular, nasal y del tracto respiratorio, poliartritis simétrica seronegativa), el paciente cumple criterios de McAdam para policondritis recurrente y se inicia tratamiento con prednisona (0,5 mg/kg/24 h) + azatioprina (2 mg/kg/24 h) con mejoría notoria del cuadro clínico.

Discusión: La policondritis recidivante es una alteración poco frecuente, pero tiene un comportamiento clínico distintivo (condritis auricular, nasal y del tracto respiratorio); en el caso de la estenosis traqueal, sus principales diagnósticos diferenciales son las vasculitis ANCA y el traumatismo adjunto y las infecciones granulomatosas como tuberculosis; en este paciente se descartaron dichas entidades y se observó respuesta notable al tratamiento.

Conclusiones: La estenosis traqueal representa un reto diagnóstico en el cual las entidades autoinmunitarias forman parte del diagnóstico diferencial (policondritis recidivante, sarcoidosis, vasculitis ANCA); en este caso había manifestaciones blanco a nivel del cartilago auricular, nasal, traqueal y afección articular que facilitaron el diagnóstico.

Bibliografía

1. Vitale A, *et al.* Relapsing polychondritis: an update on pathogenesis, clinical features, diagnostic tools, and therapeutic perspectives. *Curr Rheumatol Rep.* 2016;18(3).

CC094

ENFERMEDAD DE GRAVES ASOCIADA CON SÍNDROME NEFRÍTICO POR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, REPORTE DE UN CASO

I.M. Sánchez-Valentín, G. Cervantes-Castelán
Hospital Juárez de México

Introducción: Se ha informado la existencia de una relación de Graves con LES. Pocos estudios se han conducido hasta el momento en términos etiológicos; se explica por predisposición genética (polimorfismos en PTPN22, IFIH1, ITPR3), inducción por fármacos antitiroideos y estrés oxidativo por tirotoxicosis. Se ha observado que los pacientes con enfermedad de Graves tienen un riesgo mayor de LES que los controles no afectados (8,81 *vs.* 2,83 por 10 000 personas-año; IC95%, 1,74-17,0).

Presentación del caso: Mujer de 40 años con antecedente de hipertiroidismo en tratamiento con tiamazol (20 mg/8 h), propranolol (20 mg/8 h) y selenio (100 mcg/24 h). Inició el padecimiento tres meses después del diagnóstico, con exacerbación de oftalmopatía caracterizada por exoftalmos, dolor ocular, fotofobia, disminución de la agudeza visual y disnea súbita mmRC III. A su ingreso se indicaron pulsos de metilprednisolona durante tres días y se continuó el tratamiento con tiamazol y propranolol. En su segunda semana de hospitalización desarrolla lesión renal aguda KDIGO 3, hematuria y proteinuria de 2,75 g en 24 horas (**Tabla 1**), por lo que se inicia abordaje diagnóstico por síndrome nefrítico y se toma biopsia renal que indica glomerulonefritis con patrón membranoproliferativo por complejos inmunitarios, proliferación extracapilar activa difusa, necrosis fibrinoide segmentaria, nefritis tubulointersticial activa, lesión tubular aguda focal con cambios regenerativos moderados del epitelio, fibrosis intersticial grado III, nefropatía lúpica clase IV. El ultrasonido renal muestra cambios inflamatorios crónicos renales de predominio derecho y se realizan anticuerpos ANA Screen 1:320 patrón moteado fino, citoplasmático 1:80, C3 34,8.

Discusión: Las enfermedades autoinmunitarias afectan a casi una de cada 10 personas; se ha reconocido un aumento de la incidencia con el tiempo; la enfermedad de Graves y el lupus eritematoso sistémico son enfermedades autoinmunitarias sistémicas que pueden afectar a múltiples sistemas, entre ellos el renal; se ha observado que los pacientes con enfermedad de Graves tienen un mayor riesgo de presentar LES, ya sea por predisposición genética (polimorfismos en PTPN22, IFIH1, ITPRE), con un riesgo de

15% (OR = 1,15; IC95% 1,05-1,27; p = 0,004), por estrés oxidativo o bien inducido por el tratamiento antitiroideo (en relación con cambios estructurales en las histonas del DNA). La importancia de reconocer la correlación entre la enfermedad de Graves y el LES tiene implicaciones en el diagnóstico temprano y tratamiento de los pacientes, ya que cada uno aumenta el riesgo del otro.

Conclusiones: Se ha reconocido una relación entre la enfermedad de Graves y el lupus eritematoso sistémico; la explicación radica en tres pilares, la predisposición genética, fármacos o tirotoxicosis y el estrés oxidativo vinculado con el hipertiroidismo; esta paciente cumple con criterios de clasificación LES EUAR/ACR 2019 de 14 puntos al presentar nefritis lúpica clase IV y proteinuria > 500 mg en 24 horas; se descartó una relación con fármacos por contar con anticuerpos antihistona negativos, por lo que se sospecha como factor de riesgo el estrés oxidativo.

Tabla 1. Evolución de los valores de creatinina durante noviembre de 2022, recolección de orina en 24 horas con evidencia de proteinuria subnefrótica y examen general de orina con evidencia de hematuria, signo característico del síndrome nefrítico. (CC094)

	Creatinina
07.11.22: creatinina inicial	1,44 mg/dL
18.11.22: toma de biopsia	1,39 mg/dL
23.11.22: de control	2,41 mg/dL
14.11.23	Recolección de orina
Proteínas totales en 24 h	2,75 g/24 h
Depuración de creatinina	16,8 mL/min
16.11.22	Examen general de orina
pH	6
Densidad	1,025
Sangre	Aprox. 200
Proteínas	100
Nitritos	Negativos
Eritrocitos por campo	20-30

Bibliografía

- Lee C, Chen S, Yang Y, *et al.* Association between Graves' disease and risk of incident systemic lupus erythematosus: a nationwide population-based cohort study. *International Journal Of Rheumatic Diseases.* 2020:240-5.

CC095

PANCITOPENIA INDUCIDA POR METOTREXATO A DOSIS BAJAS EN PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES: ESTUDIO DE CASO

M.F. Mendoza-Rodríguez, A. Hernández-Reyes, R. Ramírez-Marcial, J.C. Villa-Calderón, A.M. Alpizar-Márquez

Hospital Juárez de México

Introducción: La pancitopenia inducida por metotrexato se ha evidenciado como un efecto adverso poco común que representa alrededor del 3% de todos los efectos secundarios. Aunque la dosis acumulada del fármaco es un factor determinante, la presentación de la pancitopenia se relaciona no solo con la dosis, sino también con factores que favorecen la disminución de la eliminación ya sea por causa renal o bien vinculada con las interacciones con otros fármacos. Estas circunstancias pueden aumentar la toxicidad del metotrexato, incluso con dosis bajas, como ocurre con los inhibidores de la bomba de protones (IBP).

Presentación del caso: Mujer de 76 años que cuenta con los siguientes antecedentes personales patológicos: artritis reumatoide de 10 años de evolución sin seguimiento, en tratamiento con metotrexato (2,5 mg lunes, miércoles y viernes); ácido fólico (5 mg/24 h). Dispepsia en tratamiento con omeprazol (40 mg/12 h). El padecimiento actual inicia al sufrir epistaxis no cuantificada durante más de 60 min de duración que se acompaña de astenia y adinamia,

por lo que acude a valoración. A su ingreso muestra epistaxis posterior (que exige taponamiento instrumentado), así como mucositis a nivel de la cavidad oral (úlceras dolorosas, eritematosas y múltiples), con dificultad para la deglución. Estudios de laboratorio: bilirrubina total 0,52 mg/dL, Ca 8,0 mg/dL, Cl 108 meq/L, K 3,8 meq/L, Na 141 meq/L, P 1,6 mg/dL, crea 0,38 mg/dL, BUN 12 mg/dL, urea 26 mg/dL, albúmina 2,9 g/dL WBC 1,12 10³/ul, Hb 4,3 g/dL, Hto 13,7%, MCV 109,1 fL, PLT 98 10³/ul, neu 0,24 10³/ul, linf 0,69 10³/ul, reticulocitos 0,55%, capacidad de fijación 224 ug/dL, hierro sérico 133 mg/dL, transferrina 98,6mg/dL, ferritina 493 ng/ml, vitamina B₁₂: 1 923 pg/mL, folato 3,76 ng/ml HIV: no reactivo, VHC no reactivo, HBsAg no reactivo. Frotis de sangre periférica: celularidad insuficiente, anisocitosis generalizada con multisegmentación (+++); gránulos inmaduros y eritroblastos. Ultrasonido abdominal: hígado y bazo dentro de parámetros de normalidad. Descartadas las causas nutricionales, infecciosas y relacionadas con la artritis reumatoide (síndrome de Felty), se establece intoxicación por metotrexato y se indica tratamiento con ácido fólico durante tres días, con una mejoría de las tres líneas celulares.

Discusión: La intoxicación por metotrexato es un efecto secundario poco frecuente durante su uso. Si bien se ha establecido una clara vinculación entre la intoxicación y las dosis altas del fármaco (500 mg/m²), el caso anterior ilustra una intoxicación por metotrexato a dosis bajas que, si bien poco habitual, puede favorecerse por diversos factores precipitantes (edad > 75 años, hipoalbuminemia, dosificación errónea, interacciones farmacológicas, etc.). El uso concomitante de inhibidores de bomba de protones (IBP) es el más relevante, ya que estos retardan la eliminación del metotrexato a través de diversos mecanismos, aún poco establecidos. Cabe destacar que la intoxicación por metotrexato no se relaciona con la actividad de la enfermedad subyacente, aunque sí puede hacerlo con la presencia de mucositis. Por otro lado, la medición del metotrexato a nivel sérico no es indispensable para establecer el diagnóstico, dado que la sospecha clínica, junto con el descarte de otras causas, es suficiente para confirmar la intoxicación.

Conclusiones: La prescripción adecuada del metotrexato, tras considerar las interacciones farmacológicas, permite una vigilancia oportuna y favorece un buen curso clínico de la enfermedad, lo que contribuye a reducir las complicaciones vinculadas con la intoxicación farmacológica, incluso cuando los efectos secundarios (como la pancitopenia) se clasifican como poco frecuentes.

Bibliografía

- Jafari F, Arasteh O, Hosseini H, *et al.* A critical review of methotrexate clinical interactions: role of transporters. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology.* 2023;19(2):91-107.
- Kivity S, Zafrir Y, Loebstein R, *et al.* Clinical characteristics and risk factors for low dose methotrexate toxicity: a cohort of 28 patients. *Autoimmun Rev.* 2014 Nov;13(11):1109-13.

CC096

SÍNDROME ANTISINTETASA SIN MANIFESTACIÓN MUSCULAR. REPORTE DE 2 CASOS

M.E. Santiago-Manzano, C.A. Guillén-Durán

Hospital General de Pachuca

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) es una enfermedad autoinmunitaria sistémica, poco frecuente, que pertenece al grupo de las miopatías inflamatorias idiopáticas, las cuales aparecen en 2,4 a 33,8 casos/100 000 habitantes, y el SAS representa el 17% de estos. Es predominante en mujeres (2:1) entre 43 y 60 años. Sus principales manifestaciones son miositis (90%), artritis (50%), enfermedad pulmonar inflamatoria (30%-70%), Raynaud (40%), manos de mecánico (30%-40%), hipertensión arterial pulmonar (HAP) (25%) y fiebre (20%). Es característica la presencia de anticuerpos antisintetasa (AAS), también llamados anticuerpos específicos para miositis, en 20% a 30% de los pacientes. Se presentan dos casos de SAS sin manifestación muscular, con diferente perfil de AAS.

Presentación de los casos:

Caso 1: Femenino de 49 años, con antecedente de Raynaud en tercer dedo de mano derecha y artralgia en interfalángicas proximales desde 2020; en

julio de 2023, luego de una infección de vías respiratorias altas, presentó tos sin expectoración y disnea de esfuerzo, las cuales no remitieron tras la resolución de proceso infeccioso. En noviembre de 2023 acude a consulta de reumatología; la exploración física revela lesiones descamativas en región radial de segundo y tercer dedos de ambas manos. Biometría hemática, química sanguínea y perfil hepático normales, creatina fosfoquinasa (CPK) 12 U/L (normal), aldolasa 6,6 U/L (normal), anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia (ANA IFI) 1:160 AC (anticélula)-19 moteado denso fino, AAS negativos salvo anti-PL-7 (frente a treonil-ARNt sintetasa) 16 (positivo), anticuerpos relacionados con miositis (AAM) también negativos. Tomografía computarizada de alta resolución (TCAR): enfermedad pulmonar intersticial bilateral. Ecocardiograma es normal. Pruebas de función respiratoria (PFR) con difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO) con disminución leve (77%), espirometría indicativa de restricción pulmonar, capacidad vital forzada (CVF) 76,8%. Inició tratamiento con dosis media de esteroide y rituximab, en abril 2024, con mejoría de todas las manifestaciones.

Caso 2: Paciente femenina de 52 años con antecedente de trombocitopenia inmunitaria desde 2019, seguimiento en hematología, tratamiento con prednisona (5-50 mg/día) y romiplostim; por desabasto cambió a eltrombopag entre 2021 y 2022, con reinicio al final de 2022 del romiplostim; inicia seguimiento en reumatología en febrero 2024 por presencia de artralgia en hombros y tobillo derecho; la exploración física muestra hiperalgia en tobillos y lesión descamativa en cara interna de primero y segundo dedos de ambas manos. En marzo 2024 se agrega tos seca y disnea de esfuerzo. Estudios generales normales, salvo plaquetas 52 000, CPK 58 U/L (normal), aldolasa 3 U/L (normal), ANA IFI AC-4 moteado fino 1:640, patrón citoplasmático AC-19 moteado denso fino citoplasmático ribosomal 1:320, anti-Jo-1 (frente a histidil-ARNt sintetasa) 138 (positivo), anti-Ro-52 (antígeno A de síndrome de Sjögren contra proteína de 52 kD) positivo; el resto de AAM es negativo. TCAR: neumopatía crónica intersticial. Ecocardiograma: insuficiencia mitral mínima, probable HAP leve (44 mmHg), PFR con DLCO con disminución leve (66%), espirometría indicativa de restricción pulmonar, CVF 64%. Inició tratamiento con dosis media de esteroide y rituximab en mayo 2024, así como antifibrótico desde julio de 2024.

Discusión: El alto índice de sospecha en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial en ausencia de manifestaciones musculares es importante para su diagnóstico y tratamiento temprano.

Conclusiones: En el SAS, la ausencia de compromiso muscular es excepcional; la EPI es una manifestación pulmonar distintiva, ambas características presentadas en los casos. Anti-Jo-1 es el AAS más frecuente (20-30%), anti-PL7 y anti-PL12 (frente a alanil ARNt sintetasa) siguen en frecuencia. Los AEM son mutuamente excluyentes; en el primer caso se notificó anti-PL7 y en el segundo anti-Jo-1 y adicionalmente el AAM anti-Ro-52, el cual se relaciona con EPI más grave, tendencia observada en la segunda paciente.

Bibliografía

1. Gasparotto M, Gatto M, Saccon F, *et al.* Pulmonary involvement in antisynthetase syndrome. *Curr Opin Rheumatol.* 2019;31:603-610.
2. Opinc AH, Makowska JS. Antisynthetase syndrome-much more than just a myopathy. *Semin Arthritis Rheum.* 2020;51:72-83.

CC097

ENFERMEDAD PSORIÁSICA. PRESENTACIÓN ATÍPICA CON PSORIASIS INVERSA

J.P. Recéndiz-Flores, R.E. Barbosa-Cobos, M. Puebla-Miranda
Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad psoriásica (EP) es una alteración que se manifiesta en articulaciones axiales y periféricas, entesis, piel y uñas, y afecta por igual a hombres y mujeres entre los 40 y 50 años. El dominio articular tiene una prevalencia de 0,16% a 0,25% y el dominio de piel/anexos (psoriasis) del 2% a 4%. Existen, en orden de frecuencia, diversas presentaciones clínicas: en placas, ungueal, en gotas, eritrodérmica, pustulosa e inversa.

La psoriasis inversa (PI), también conocida como psoriasis flexural o intertriginosa, es poco frecuente y se presenta en 3% a 7% de los pacientes con psoriasis.

Presentación del caso: Mujer de 60 años con antecedente de EP manifestada en dominio articular periférico de cinco años de diagnóstico con criterios de clasificación CASPAR para artritis psoriásica; se presentó en consulta externa de reumatología con un cuadro de dos semanas de evolución caracterizado por poliartritis inflamatorias asimétricas y aditivas de pequeñas articulaciones y lesiones cutáneas y ungueales. Exploración física: sinovitis en metacarpofalángicas derechas 3, 4 y 5; interfalángicas proximales 2 y 3; afección cutánea (**Figura 1**). Estudios paraclínicos: biometría hemática, perfil renal y hepático sin alteración, PCR 1,97 mg/dL. Se concluyó EP con actividad articular moderada y actividad cutánea manifestada por PI en región inguinal y pubis con PASI de 1,6 puntos. Se inició tratamiento con el FARME, inhibidor de IL-17, (ixekizumab).

Figura 1. Dermatitis localizada en la región inguinal y pubis bilateral, caracterizada por placas de formas irregulares y superficie eritematosa, lisa y brillante. (CC097)



Discusión: La PI, presentación inusual de la EP, se distingue por lesiones en parche, eritematosas y bien delimitadas que afectan los pliegues corporales, en particular los genitales. La prevalencia de la afección genital sola ocurre en apenas 2% a 5% de los pacientes con psoriasis. Es relevante la destreza clínica para el diagnóstico temprano. Se presenta un caso clínico diagnóstico de EP con manifestaciones articulares y cutáneas, esta última expresada como PI en el área genital.

Conclusiones: En EP es infrecuente la presentación de PI como manifestación del dominio cutáneo; cuando se presenta solo en el área genital requiere un alto índice de sospecha, en especial en ausencia de otros dominios.

Bibliografía

1. Micali G, Verzi AE, Giuffrida G, *et al.* Inverse psoriasis: from diagnosis to current treatment options. *Clin Cosmet Investig Dermatol [Internet].* 2019;12:953-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/CCID.S189000>
2. Coates LC, Soriano ER, Corp N, *et al.* Group for research and assessment of psoriasis and psoriatic arthritis (GRAPPA): updated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021. *Nat Rev Rheumatol [Internet].* 2022;18(8):465-79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41584-022-00798-0>.

CC098

DESAFÍO CLÍNICO DE LA AUTOINMUNIDAD. ASOCIACIÓN DE ARTRITIS REUMATOIDE Y HEPATITIS AUTOINMUNE

C.S. Pérez-Coronado, P. López-Ávalos, G.H. Galicia-Hernández, R. Espinosa-Morales

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: Las enfermedades reumatológicas pueden tener manifestaciones hepáticas, además de efectos secundarios por el uso de fármacos hepatotóxicos (metotrexato, leflunomida, AINE, anti-TNF, entre otros), así como infecciones concomitantes por virus hepatotropos. Se ha descrito que los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen riesgo elevado de desarrollar enfermedad hepática grasa no alcohólica y hepatitis autoinmunitaria.

Presentación del caso: Paciente de 44 años con antecedentes de hiperprolactinemia tratada con bromocriptina en 2006, hipotiroidismo autoinmunitario desde los 18 años (anti-TPO 164,7 U/l). Artritis reumatoide seropositiva (FR 48, anti-CCP 406,80 U/l) diagnosticada en 2018 (**Figura 1**); en la valoración inicial tenía transaminasemia (ALT 190 U/l, AST 137 U/l), lípidos (col total 143 mg/dL, HDL 29 mg/dL, LDL 87, triglicéridos 133 mg/dL) y glucosa (97 mg/dL); serología VHB, VHC, VHA y VIH no reactiva. USG de hígado y vías biliares: esteatosis hepática grado I. Se consideró que la elevación de las transaminasas era de causa metabólica e inflamatoria y se indicaron reducción de peso (1,58 m, 88 kg), modificaciones dietéticas e inicio de tratamiento con metformina y atorvastatina; en la siguiente valoración se normalizaron las enzimas hepáticas. Se decidió iniciar tratamiento para AR con leflunomida (100 mg/sem) y sulfasalazina (1,5 g/día) con adecuada tolerancia hasta 2020 pero, debido a la actividad moderada de la enfermedad, se incrementó la dosis de sulfasalazina a 3 g/día, lo que produjo una nueva elevación de las enzimas hepáticas. Tras atribuir la elevación de transaminasas al efecto de los FARME y el antecedente de hígado graso, se realizó USG de HyVB que mostró esteatosis hepática de grado I y colecistitis crónica litiasica. Se suspendió el FARME y se inició tratamiento biológico con golimumab, que consiguió una reducción casi a cifras normales (ALT 50 U/L, AST 49 U/L). Con este esquema de tratamiento se mantuvo hasta marzo de 2024, cuando mostró de nueva cuenta transaminasemia seis veces por arriba de valor normal. Se solicitaron ANA: nuclear moteado fino 1:1 280 y patrón citoplasmático 1:1 640; se analizó el caso con el servicio de gastroenterología por sospecha de hepatitis autoinmunitaria y se obtuvieron: anti-LKM1 positivos (4,5) e IGG elevada 4 284 U/l (635-1 741). La biopsia hepática reveló hepatitis crónica con lesiones de placa limitante, actividad moderada y fibrosis en puente (grado III), estado precirrótico (hepatitis de interfaz), reacción ductular con escaso daño colestásico crónico (por reacción de citoqueratina 7), lo que confirmó el diagnóstico y se ajustó el tratamiento con azatioprina (75 mg/día) y prednisona (30 mg) con esquema de reducción semanal, hasta normalizar las enzimas hepáticas.

Discusión: El caso describe la relación entre la AR y la AIH, que es una vinculación rara, con una prevalencia calculada del 1,3%. El diagnóstico de AR + AIH es un reto, dado que los FARME pueden elevar las enzimas hepáticas, y retardar el diagnóstico, como fue el caso de esta paciente. El

diagnóstico preciso requiere medición de ANA, anticuerpos anti-LKM1 y una biopsia hepática.

En virtud de la baja incidencia de estas afecciones en conjunto se cuenta con poca información acerca del tratamiento, pero se ha registrado buena respuesta con los inmunosupresores como AZA y MMF.

Conclusiones: La determinación inicial y la vigilancia en el seguimiento de los pacientes con FARME son cruciales para la sospecha de esta relación. Siempre deben excluirse causas distintas de la AIH, hepatitis viral, antes de pensar en una enfermedad autoinmunitaria relacionada con la AR. La identificación temprana de AIH y el ajuste del tratamiento inmunosupresor son fundamentales para mejorar el pronóstico. Es importante la colaboración de reumatología y gastroenterología para el control apropiado de estos pacientes.

Bibliografía

1. Gebreselassie A, Aduli F, Howell CD. Rheumatologic diseases and the liver. *Clin Liver Dis.* 2019 May;23(2):247-261. doi: 10.1016/j.cld.2018.12.007.
2. Wang CR, Tsai HW. Autoimmune liver diseases in systemic rheumatic diseases. *World J Gastroenterol.* 2022 Jun 21;28(23):2527-2545. doi: 10.3748/wjg.v28.i23.2527.

C099

PIODERMA GANGRENOSO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE GPA Y CUCI

Y. García-Pérez, A.R. Morales-Meza, L.V. Maya-Piña, R.E. Barbosa-Cobos, M. Puebla-Miranda

Hospital Juárez de México

Introducción: El pioderma gangrenoso (PG), una dermatosis neutrofílica, puede ocurrir en relación con enfermedades inmunomediadas, en especial con EII en el 22,2% de los casos; sin embargo, se han observado lesiones semejantes en el 1,1% en el GPA. La vinculación entre granulomatosis con poliangitis (GPA) y colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) es poco frecuente y se limita a series e informes de casos, 15% en la serie de casos de vasculitis y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) más grande notificada hasta la fecha.

Presentación del caso: Paciente femenina de 44 años con antecedente personal patológico de HAS. Presentó pápula en miembro pélvico izquierdo con posterior desarrollo de úlceras cutáneas de 10 meses de evolución

Figura 1. Las radiografías muestran disminución del espacio articular y quistes en las articulaciones metacarpofalángicas. (CC098)



(Figura 1); se realizó abordaje que descartó insuficiencia arterial, venosa, infección o neoplasia. Durante el protocolo de estudio de enfermedad sistémica se diagnosticó GPA por criterios ACR/EULAR 2022 al presentar descarga nasal sanguinolenta, inflamación de senos paranasales y anticuerpos anti-PR3 positivos. Seis meses después se estableció sobreposición con CUCI y en la colonoscopia se identificaron en ciego y colon ascendente erosiones puntiformes de 1 a 2 mm de distribución heterogénea y en el recto ulceraciones focales; en la biopsia de intestino grueso se reconoció colitis crónica activa con ulceración multifocal, células de Paneth en colon transversal, descendente y sigmoides, cambios regenerativos acentuados vinculados con criptitis y microabscesos. Exploración física: miembro pélvico izquierdo con úlcera de 10 x 4 cm, de borde regular, eritematoso, con fondo limpio. Estudios de laboratorio: ANA 1:320 patrón citoplasmático reticular; anti ADN(dc) < 10 UR/mL; anti-SM < 2 UR/mL; anti-B2GPI IgG 2,0 UR/mL, IgM 2,76 UR/mL; ACL IgG 13,79 U/mL, IgM 6,93 U/mL; anti-Ro/SSA < 2 UR/mL; anti-La/SSB < 2 UR/mL; anti-PCC 1,70 UR/mL; cANCA 1:320; anticuerpos anti-PR3 166 UR/mL; anti-MPO < 2 UR/mL. Recibió tratamiento con esteroide tóxico por un mes, prednisona (30 mg por día) de forma inicial, con posterior dosis reducción y micofenolato de mofetilo (500 mg orales/8 h), con obtención de mejoría clínica.

Figura 1. (A) Pierna izquierda con úlceras de 5 mm hasta 25 x 15 cm, afectación de todas sus caras y dorso de pie, fondo sucio con fibrina y tejido de granulación eritematoso y bordes en sacabocado violáceo, úlceras que confluyen sobre piel edematosa. (B) Úlcera de 20 x 10 cm con tejido de granulación eritematoso y cicatrices atróficas. (CC099)



Discusión: La GPA y la CUCI pueden aparecer simultáneamente de forma extraordinaria; en el caso clínico presentado, la paciente cursó con PG como manifestación inicial que puede relacionarse con ambas entidades y representa un reto diagnóstico.

Conclusiones: Tener en cuenta esta vinculación es de utilidad para disminuir errores en el diagnóstico e implementar un tratamiento oportuno.

Bibliografía

- Sy A, Khalidi N, Dehghan N, *et al.* Vasculitis in patients with inflammatory bowel diseases: A study of 32 patients and systematic review of the literature. *Semin Arthritis Rheum.* 2016;45(4):475-82.
- Genovese G, Tavecchio S, Berti E, *et al.* Pyoderma gangrenosum-like ulcerations in granulomatosis with polyangiitis: two cases and literature review. *Rheumatol Int.* 2018;38(6):1139-1151.

CC100

CINCO CASOS DE ISQUEMIA PERIFÉRICA EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y CONDICIONES QUE SIMULAN ANTI-FOSFOLÍPIDOS. REVISIÓN/VIGENCIA DE MODALIDADES TERAPÉUTICAS DEL SILDENAFILO ORAL

D.D. Bañuelos-Ramírez¹, S. Sánchez-Alonso²

⁽¹⁾Reumatología privada, ⁽²⁾Reumatología ISSSTEP Puebla/HGR 20 IMSS, Puebla

Introducción: La isquemia periférica como parte de las enfermedades reumáticas autoinmunitarias se ha reconocido desde mucho tiempo atrás. El fenómeno de Raynaud (FR) es un ejemplo emblemático. Las manifestaciones oclusivas, leves o catastróficas del síndrome antifosfolípidos (SAF) constituyen otro lado de la cuestión y desde sus primeras descripciones avanzaron hasta ser parte relevante del cuadro clínico y de los criterios de clasificación, que indiscutiblemente coadyuvan al diagnóstico. A pesar del incremento del conocimiento del SAF y de diversas enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERAI), en la población médica y la población general, no son solo estas entidades las que pueden producir cuadros clínicos semejantes a los del SAF y las ERAI, sino que pueden ser propiamente enfermedades autoinmunitarias o precipitadas por episodios oclusivos. Con anterioridad se han tratado los fenómenos isquémicos periféricos graves, que no presentaban respuesta a tratamientos iniciados por otras especialidades, con sildenafil oral.

Presentación de los casos:

Caso 1: Paciente femenina de 42 años, deportista, sin antecedentes de importancia quien percibe dolor articular, en partes distales de extremidades y coloración cianótica, al principio en relación con condiciones ambientales. Se considera FR y consulta diversas especialidades, incluida la angiología, sin mejoría. Se la envía como probable LEG. Se descarta la entidad de acuerdo con criterios y se inicia tratamiento con sildenafil oral en monodosis vespertina (12,5 mg), con evaluación al mes y buena respuesta (Figura 1).

Caso 2: Paciente masculino de 22 años con diagnóstico de LEG sin positividad a SAF. Es estudiante, sin datos relevantes y con cuadro clínico de dolor tipo isquémico y cianosis en dedos de pies, eritema malar y alopecia. Se indica tratamiento combinado con esteroides y ciclofosfamida, más sildenafil, y se consigue buena respuesta (Figura 1).

Caso 3: Paciente femenina de 76 años con enfermedad vascular periférica y datos de infecciones de vías urinarias de repetición. Sin evidencia alguna de autoinmunidad demostrable. Referida por angiólogo por falla terapéutica a vasodilatadores y hemorreológicos; se había ya descartado oclusión por estudio Doppler. Se prescribe sildenafil (12,5 mg) en monodosis con buena respuesta observable en la revaloración al mes (Figura 1).

Caso 4: Paciente femenina de 45 años con esclerodermia y FR, previamente tratada por otros especialistas; debido a la pobre respuesta acude a cita y se indica tratamiento con sildenafil (12,5 mg) en monodosis, más antiagregante plaquetario y dosis mínima de deflazacort. En la revaloración de la respuesta a los dos meses se encuentra buena apreciación.

Caso 5: Paciente masculino de 67 años con diagnóstico confirmado de AR y tratamiento con metotrexato, etanercept, AINE y dosis baja de corticoide. Después de COVID-19 refiere somnolencia y se desarrolla acrocianosis, más fatiga como secuelas probables del COVID. Se prescribe sildenafil (12,5 mg) en monodosis diaria y se observa buena respuesta en somnolencia, fatiga y acrocianosis.

Discusión: El papel de los inhibidores de la fosfodiesterasa en el arsenal de la reumatología no debe escatimarse. En los primeros informes de este grupo y en la práctica habitual, cuando las manifestaciones clínicas parecen exigirlos, se han indicado sin fallas terapéuticas. Como fenómeno no esperado (serendipia), también se observó disminución en somnolencia y fatiga. Probablemente esto tenga relación con el efecto vasodilatador y el incremento de la oxigenación periférica. El bajo costo del medicamento genérico lo hace adecuado y con muy pocas restricciones para uso combinado con otros fármacos. En los pacientes tratados, en quienes concurren diagnósticos previos de diabetes mellitus e hipertensión, los tratamientos de base continuaron sin complicación alguna observable.

Figura 1. Imágenes de casos de isquemia vascular periférica en pacientes reumáticos y con otras patologías, que fueron tratados con sildenafil vía oral. En la parte superior, las fotografías corresponden a la primera valoración; en la parte inferior, la respuesta observada en los respectivos casos. Los cambios son evidentes. Continúan en tratamiento con dosis bajas de sildenafil, además del tratamiento adicional requerido. (CC100)



Conclusiones: El efecto no esperado en las investigaciones iniciales del sildenafil ofrecen una posibilidad terapéutica no prevista, pero que debe utilizarse de forma adecuada.

Bibliografía

1. Nuevos criterios de clasificación del síndrome antifosfolípido 2023 CR/EULAR. Disponible en: <https://www.antifosfolipido.es/nuevos-criterios-de-clasificacion-del-sindrome-antifosfolipido-saf-2023-acr-eular/>
2. Bañuelos-Ramírez DD, Sánchez-Alonso S, Ramírez-Palma MM. Sildenafil in severe peripheral ischemia induced by terlipressin. A case report. *Reumatol Clin.* 2011;7(1):59-60.

CC101

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO EN LES, REPORTE DE CASO

E.A. Galindo-Calvillo, M.E. Corral-Trujillo, L. Pérez-Barbosa, C.M. Skinner-Taylor, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) suelen presentar diversas comorbilidades, tanto físicas como neuropsiquiátricas, ambas ampliamente estudiadas. Poco se sabe de la prevalencia de los trastornos de la personalidad y su efecto en la actividad de la enfermedad. Estos trastornos se caracterizan por desviaciones en la cognición, el afecto, el funcionamiento interpersonal o el control de los impulsos. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5 (DSM-5) se divide en tres grupos: A (trastorno de personalidad

paranoide, esquizoide y esquizotípica), B (trastorno de personalidad límite, narcisista, antisocial e histriónica) y C (trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, de evitación y dependiente). Los individuos que los padecen como comorbilidad tienen menor esperanza de vida y tienden a abandonar sus tratamientos médicos.

Presentación del caso: Mujer de 25 años con LES y síndrome antifosfolípido (SAF) desde los 14 años, con mal apego al tratamiento y seguimiento irregular. Seis meses antes de su ingreso sufre aborto a las 6,3 SDG. Luego de esta pérdida, un médico tratante le indicó no embarazarse por nefritis lúpica activa. La paciente desoyó la indicación y abandonó la atención de su médico. Ingresó a este hospital por trombosis venosa profunda en el miembro pélvico izquierdo y cursa una segunda gestación de 10 semanas por FUM; muestra actividad cutánea, renal y articular, con proteinuria de 1,95 g en 24 horas. En la valoración inicial del servicio de psicología se determinó que satisfacía criterios diagnósticos por DSM-5 para trastorno límite de la personalidad (**Tabla 1**). Durante su embarazo, la paciente tuvo una baja adherencia a las indicaciones médicas y consultas de seguimiento, tanto de reumatología como de medicina materno-fetal, además de abandonar las valoraciones psicológicas por decisión propia. En la semana 19,6 de gestación se identificó restricción del crecimiento intrauterino tipo III, un SLEDAI 2K de 12 puntos (exantema, dolor pleurítico, complemento bajo, proteinuria y DNAdc positivos) e hipertensión. Se indicó internamiento, que la paciente rechazó. En la semana 20,6 se confirmó la muerte fetal. Después de la pérdida, la paciente abandona el seguimiento.

Discusión: El trastorno límite de la personalidad en pacientes con ERA produce mal apego al tratamiento y tiene un pobre pronóstico. En 2022, Drumaz *et al.* compararon a 64 pacientes con LES y 68 controles y encontraron que 25 del grupo de LES (39,1%) presentaban diagnóstico de trastorno de la personalidad, en comparación con ocho del grupo control (11,8%). Relacionaron los trastornos de la personalidad con una mayor duración de la

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad según DSM-5. (CC101)

Patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y los afectos e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos y que se manifiesta por cinco o más de los siguientes hechos:		
Criterios	Cumple criterios	Descripción de los criterios cumplidos
Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario	Sí	Se fue a vivir con su pareja a otra ciudad a pesar de que no contaban con un plan para vivir juntos
Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas; caracterizado por idealización y devaluación	Sí	Idealiza y devalúa a los médicos que la tratan de acuerdo con las indicaciones o restricciones que le imponen.
Alteración de la identidad: inestabilidad intensa; autoimagen y sentido del yo	Sí	A pesar de que la actividad del LES era evidente, continuamente negaba la gravedad de su alteración médica
Impulsividad en dos o más áreas potencialmente autolesivas	Sí	Abandona a su médico y tratamiento por LES y se embaraza a pesar de la contraindicación
Comportamiento, actitud, amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas	Sí	Durante las diferentes consultas, al recibir malas noticias o indicaciones que no esperaba. Durante las distintas consultas, al comunicarle malas noticias o indicaciones que no esperaba; parecía no escuchar al médico y hacía preguntas fuera del tema tratado. Por ejemplo, al hablar del RCIU-III, la paciente no parecía escuchar y exigió tener las imágenes de la ecografía
Sensación crónica de vacío	No	NA
Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo	No	NA
Enfado inapropiado e intenso, dificultad para controlar la ira	No	NA
Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves	No	NA

enfermedad, bajo nivel educativo y anticuerpos antifosfolípidos. Se observó una menor calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad, con efecto negativo en su apego al tratamiento y seguimiento médico. En contraste con lo informado, en el caso de esta paciente se describe a una mujer con grado de estudios de licenciatura. Y, de acuerdo con lo notificado, contaba con 11 años de evolución de la enfermedad y positividad para anticuerpos antifosfolípidos.

Conclusiones: El trastorno límite de la personalidad influye en las decisiones para el autocuidado del embarazo y actúa en detrimento de la adecuada relación médico-paciente. Es fundamental identificar en fase temprana datos clínicos que permitan referencia a psicología o psiquiatría en pacientes con LES y trastornos de la personalidad. El objetivo es garantizar una mejor observancia del tratamiento y seguimiento de su alteración de base para obtener mejores resultados terapéuticos y una reducción de los brotes del padecimiento.

Bibliografía

- Zhang X, Wang Z, Lin G-L, *et al.* Analysis of status and influencing factors of mental health in patients with systemic lupus erythematosus. *World J Psychiatry* [Internet]. 2024;14(6):829-37.
- Durmaz Y, Durmaz P. Evaluation of personality disorders using the structured clinical interview for DSM-5 personality disorders, quality of life, and disease activity in patients with systemic lupus erythematosus. *Arch Rheumatol* [Internet]. 2022;37(3):326-34.

CC102

ASOCIACIÓN ENTRE ESCLEROSIS SISTÉMICA VARIEDAD LIMITADA Y PSORIASIS. REPORTE DE CASO

M.E. Santiago-Manzano, C.A. Guillén-Durán

Hospital General de Pachuca

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por proliferación fibroblástica y acumulación excesiva de matriz extracelular por los fibroblastos activados en la piel afectada, así como varios órganos internos. La psoriasis se distingue por inflamación, infiltración de células mononucleares y proliferación de queratinocitos, además de que intervienen alteraciones inflamatorias angiogénicas. A pesar de que las manifestaciones cutáneas son muy comunes, la relación entre esclerosis sistémica y psoriasis se ha estudiado poco. Ambas anomalías comparten ciertas características fisiopatológicas, como las anomalías

inflamatorias de la vascularización, acroosteólisis y posiblemente alteración de los capilares ungueales. La coexistencia de psoriasis y ES es rara; los estudios previos han demostrado que la inmunidad que participa en la psoriasis es de predominio TH1, mientras que la ES es una enfermedad con inmunidad de predominio TH2. Sin embargo, la evidencia más reciente ha revelado que la psoriasis es una enfermedad TH1/TH17, y que esta última también interviene en la ES. Se presenta el caso de una relación entre ES variedad limitada y psoriasis en un paciente masculino.

Presentación del caso: Paciente masculino de 28 años, valorado por primera vez en la consulta de reumatología en junio del 2023. Inicia su padecimiento actual seis meses antes con malestar inespecífico en cintura escapular y pélvica, con artralgias y artritis de manos principalmente, además de disfagia leve a sólidos, engrosamiento cutáneo distal en manos, esclerodactilia y telangiectasias en cara y tórax, así como fenómeno de Raynaud en palmas y úlceras en la punta de los dedos; por último, refiere lesiones de larga evolución consistentes en placas eritematosas bien delimitadas, cubiertas con escamas finas de color blanco nacarado en codos, región lumbar y rodillas.

Antecedentes de importancia: trabajo manual (albañil, mecánico, lavacoches), tabaquismo positivo con índice tabáquico de 6 paquetes/año. Tiene carga genética materna para enfermedades reumatológicas (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico). Antecedente de psoriasis desde los 20 años, con informe de biopsia de entonces, sin seguimiento. Se solicitan estudios generales, todos en normalidad, HLA B27 (antígeno leucocitario humano B27) negativo, anticuerpos antinucleares (ANA) positivo patrón centromérico 1:640, y anticuerpos anticentrómero 1:640 positivos. Se realizaron estudios complementarios que descartaron manifestaciones renales, pulmonares, cardiovasculares, entre otras. Actualmente se halla en tratamiento con metotrexato (20 mg/sem) y tópico para lesiones dermatológicas, con adecuada respuesta. Continúa en vigilancia estrecha.

Discusión: Existen muy pocos casos notificados de la relación de ES y psoriasis, padecimientos que comparten algunos aspectos inmunopatogénicos.

Conclusiones: En la psoriasis, la inflamación cutánea es dominada por células T CD4+ y T CD8+, con predominio de estas últimas. En la esclerosis sistémica, las células T CD4+ median la producción de anticuerpos y las interacciones con los linfocitos Th2 a través de las citocinas IL-3, IL-4 e IL-6. Las vías del interferón también tienen un papel en ambas enfermedades.

La mayoría de los casos notificados señala una larga evolución de psoriasis antes del ES y la variedad difusa es el tipo más común desarrollado; en este paciente, los datos son hasta el momento de la variedad limitada.

La negatividad a ANA parece ejercer una función protectora e incluso se ha acompañado de un mejor pronóstico; en este caso, la positividad de anticuerpos es importante para mantener la vigilancia respecto de la

evolución y el posible compromiso. Las vías patogénicas comunes podrían mejorar en el futuro el enfoque terapéutico en estos enfermos.

Bibliografía

1. Watah A, Bragazzi NL, McGonagle D. Systemic sclerosis is linked to psoriasis and may impact on patients? Survival: a large cohort study. *J Clin Med.* 2019;8(4):521.
2. Sticherling M. Psoriasis and autoimmunity. *Autoimmunity Reviews.* 2016;15(12):1167-11.7

CC103

PARTICIPACIÓN DEL REUMATÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS DE LA PIEL: PÉNFIGO DE DIFÍCIL CONTROL

I. Romero-Vázquez, O.E. Muñoz-Monroy, T.L. Quesada-Takaki, K. Ávalos-Zavala

Hospital Central Militar

Introducción: El pénfigo es un grupo de trastornos ampollosos potencialmente letales, caracterizados por acantólisis, inducidos por la unión de autoanticuerpos IgG circulantes a moléculas de adhesión intracelular; el resultado es la formación de ampollas intraepiteliales en membranas mucosas y piel. El pénfigo vulgar es la forma más frecuente, pero su frecuencia es baja (0,1-0,5:100 000 personas/año), con predominio en adultos de 40 a 60 años.

Presentación del caso: Paciente masculino de 45 años que inició a mediados de julio de 2024 con odinofagia y faringodinia y aparición de lesiones en mucosa oral, además de lesiones en la piel cabelluda tipo vesículas diseminadas hacia tórax y extremidades, de aspecto ampollosos con contenido seroso; se administraron azoles tópicos sin mejoría. Debido a la exacerbación de las lesiones se lo hospitalizó por sospecha de viruela del mono (*monkey pox*) a cargo del servicio de infectología, que descartó el diagnóstico, y se indicó interconsulta con los servicios de reumatología y dermatología. Se inició tratamiento a base de pulsos de esteroide con

metilprednisolona IgIV (18 g IV/24 h por 2 días, 2 dosis); y dermatología indicó hidroxizina (10 mg/24 h) por 20 días, loratadina (10 mg/24 h) por 20 días y clobetasol en ungüento cada 12 horas por 14 días, y posteriormente cada 24 horas por otros 14 días; y domeboro en sobres aplicado en fomentos cada 12 horas por siete días. Egresó por mejoría clínica con los tratamientos por dermatología y con azatioprina (50 mg, 2 tabletas, 100 mg/24 h de lunes a viernes) y prednisona (10 mg/24 h). Sin embargo, el 17 de septiembre de 2024 se lo revaloró en la consulta externa de reumatología y se documentó recaída con lesiones en palmas de las manos, plantas de los pies, regiones inguinal e interglútea, así como mucosas y párpados (**Figura 1**), motivo por el que se le rehospitaliza y se instituye tratamiento con inmunoglobulina humana intravenosa de 60 g (18 sep. 2024) y nuevamente pulsos de esteroide con metilprednisolona, además de cobertura con cefalotina (1 g /8 h) durante cinco días. El 26 de septiembre del 2024 se aplicó una primera dosis de rituximab (1 000 mg IV), con mejoría clínica evidente hasta el momento.

Estudios paraclínicos:

29/08/2024: informe histopatológico de biopsia de regiones lumbar, axilar izquierda y piel de espalda: acantólisis intraepidérmica indicativa de pénfigo vulgar; estudio de inmunofluorescencia directa positivo en parches para IgG, C3c negativa, IgA negativa. Ac totales contra VHA 11,99 reactivo; ag de superficie contra VHB y anticuerpos totales contra VHC: no reactivos. ANA positivos 1:160, moteado fino nuclear. *Quantiferon tb gold* negativo.

Discusión: A partir del uso de los inmunosupresores sistémicos como parte del tratamiento de esta anomalía, la mortalidad de los pacientes con pénfigo vulgar ha disminuido de manera considerable, con adecuada respuesta tras la administración de pulsos de glucocorticoides, anti-CD20 (rituximab) e IgIV, y remisión del cuadro clínico, sin complicaciones posteriores, como en este caso clínico.

Conclusiones: El pénfigo vulgar es una alteración potencialmente letal, en la que el inicio del tratamiento a base de inmunosupresores sistémicos junto con glucocorticoides a dosis altas ha reducido la gravedad y el desenlace letal.

Iniciar un tratamiento dual, incluso en pacientes con cuadros leves, y signos de afectación de piel y mucosas, mejora el pronóstico de forma notoria. El uso de IgIV en pacientes refractarios al tratamiento es una opción favorable para los enfermos de casos graves.

Figura 1. (CC103)



Bibliografía

- Murrell DF, Peña S, Joly P. Diagnosis and management of pemphigus: Recommendations of an international panel of experts. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82:575.
- Joly P, Maho-Vaillant M, Prost-Squarcioni C, *et al.* First-line rituximab combined with short-term prednisone versus prednisone alone for the treatment of pemphigus (Ritux 3): a prospective, multicentre, parallel-group, open-label randomised trial. *Lancet.* 2017;389:2031.
- Nili A, Mahmoudi H, Heidari N, *et al.* Rituximab monotherapy in mild pemphigus. *J Dermatolog Treat.* 2022;33:1784.
- Ahmed AR, Spigelman Z, Cavacini LA, *et al.* Treatment of pemphigus vulgaris with rituximab and intravenous immune globulin. *N Engl J Med.* 2006;355:1772.

CC104

ISQUEMIA PERIFÉRICA CRÍTICA EN UN PACIENTE CON LES JUVENIL Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO SECUNDARIO

I.M. Maldonado-Castelán, C.A. Arellano-Valdez, M. Méndez-Núñez, B.G. Zazueta-Leyva, A. Aguirre-Escojido

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La isquemia periférica crítica (IPC) posee una prevalencia del 2,9% de los pacientes con LES. El espectro clínico comprende desde infartos digitales hasta gangrena, que en la mayoría de los casos resultan en la amputación de las falanges. Entre los factores de riesgo relacionados se encuentran hipertensión pulmonar, trombosis coexistente y triple positividad de anticuerpos antifosfolípidos. El espasmo vascular es el fenómeno inicial en estos pacientes. Se presenta un caso de IPC con respuesta favorable al tratamiento farmacológico.

Presentación del caso: Paciente femenino de 15 años con antecedente de fenómeno de Raynaud trifásico en extremidades superiores e inferiores de un año de evolución. Un mes antes cursó con artritis de carpos y rodillas. Inicia su padecimiento actual tras una caída de una silla, con impacto en la pierna izquierda. Ingresa a urgencias por coloración violácea e hipotermia de los dedos del pie izquierdo, dolor intenso, limitación para la deambulación, edema, eritema, áreas de equimosis y disminución de la temperatura (**Figura 1**). Se integró diagnóstico de SAF secundario a LES juvenil por SLICC 2012. El ultrasonido Doppler reveló disminución del flujo en la arteria peronea y ausencia en arterias pedia, dorsal e interdigitales de MPI. Se inician tratamiento anticoagulante y vasodilatación local con parches de nitroglicerina, con pobre respuesta. La angiografía mostró disminución del calibre desde la arteria femoral superficial izquierda hasta la región poplítea y estrechez grave en la arteria tibial posterior, sin evidencia de trombos ni oclusión extrínseca. Respondió adecuadamente a los pulsos de metilprednisolona, antipalúdico, cilostazol, pentoxifilina, nifedipina y prostaglandinas.

Discusión: La paciente presentó triple positividad de anticuerpos antifosfolípidos como único factor de riesgo descrito, en relación con IPC. Sin embargo, tenía fenómeno de Raynaud y desarrolló un inusual espasmo arterial posttraumático, sostenido y extenso, incluido el trayecto total de la extremidad, que fue un factor clave en la isquemia tisular, en ausencia de trombo. Aunque la mayoría de los casos de IPC tiene un desenlace desfavorable, con recurrencia de episodios isquémicos digitales y pérdida tisular, el vasoespasmo arterial rara vez es transitorio y reversible en los pacientes con IPC; este caso se resolvió sin secuela.

Conclusiones: No están descritos los factores de riesgo relacionados con IPC en la población pediátrica. Su reconocimiento y abordaje temprano mejoran el pronóstico.

Bibliografía

- Shobha V, Rajasekhar L, Manuel S, *et al.* Critical peripheral ischemia: higher prevalence in Indian systemic lupus erythematosus inception cohort for research (INSPIRE). *Lupus.* 2024;33(9):974-978. doi:10.1177/09612033241263232.

Figura 1. (A) Lesiones equimóticas en el pie izquierdo (hospitalización). (B) Capilaroscopia del segundo dedo de la mano izquierda. (C) FR y livedo reticular (seguimiento). (D) Lesión isquémica residual en la región distal de los dedos del pie izquierdo. (CC104)



CC105

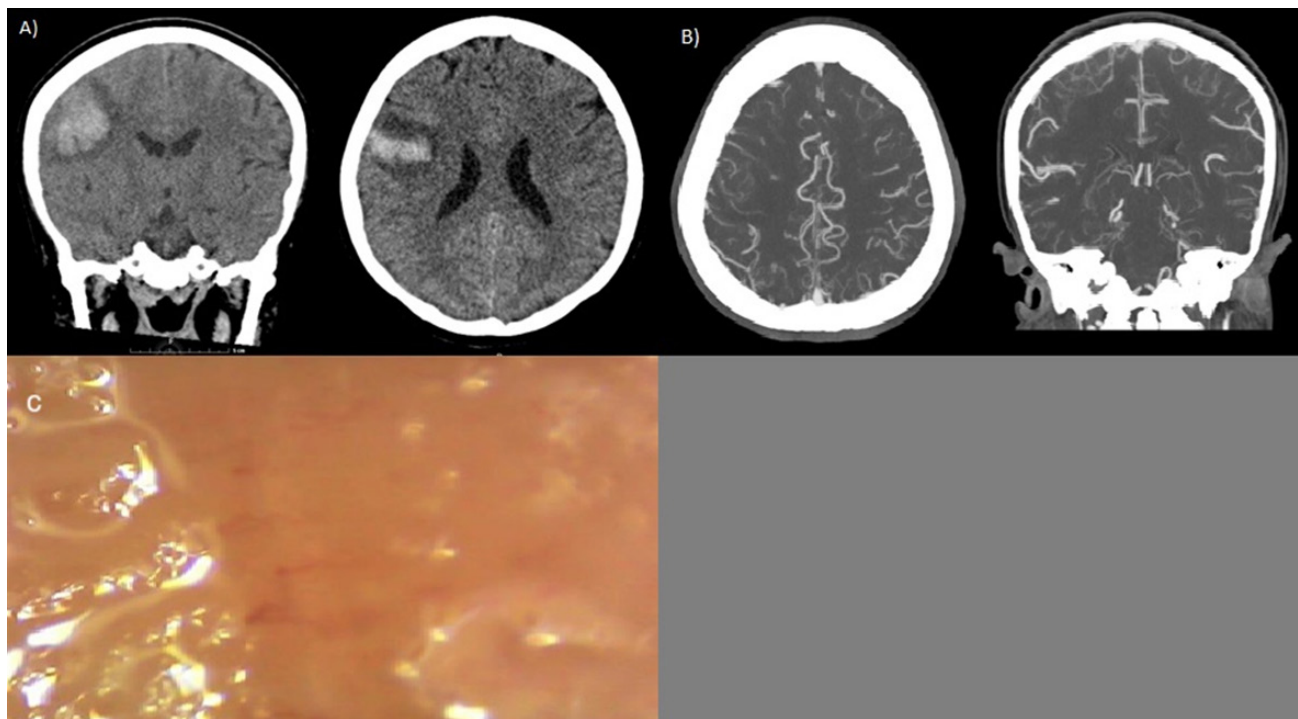
EVENTO VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO EN ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO (EMTC)

M.M. Fonseca-Hernández, E.S. Acevedo-Castañeda, D.A. Herrera-Van Oostdam, A.J.F. Nieto-Mendoza, F. Sierra-Del Ángel

Hospital General de Zona No. 1 Ignacio García Téllez

Introducción: La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) es una entidad poco frecuente que combina características de al menos dos enfermedades del tejido conectivo, como lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica, polimiositis, dermatomiositis y artritis reumatoide. Aún más inusual es su presentación con un episodio vascular cerebral de tipo hemorrágico. En los últimos años se ha reconocido esta complicación como una manifestación grave, potencialmente letal. La hemorragia cerebral es una complicación relevante en las enfermedades del colágeno, con una incidencia del 0,4% al 7% en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Presentación del caso: Paciente femenina de 39 años con antecedente de artropatía inflamatoria de 10 años de evolución, relacionada con anemia crónica grave. Recibió tratamiento con rituximab, con buena respuesta, pero perdió seguimiento en 2022. En julio de 2024 acude a urgencias por síndrome anémico y es objeto de transfusión de 4 paquetes globulares, tras lo cual recibe el alta. Con posterioridad reingresa por cefalea intensa (10/10 en la escala visual análoga), desviación de la comisura labial izquierda y hemiparesia del hemisferio izquierdo. Una tomografía simple revela hemorragia intraparenquimatosa temporoparietal derecha (3,45 x 1,83 x 1,33 cm). La angiotomografía descarta malformaciones arteriovenosas y aneurismas, pero no excluye vasculitis de pequeño vaso (**Figura 1**). Durante su estancia hospitalaria se documentan artritis, fenómeno de Raynaud, acroesclerosis y alteraciones capilares por capilaroscopia (patrón capilar tardío vinculado con esclerodermia), anticuerpos antinucleares positivo: 1:280 granular grueso. La paciente desarrolla disfagia y se inicia tratamiento con rituximab (500 mg) e hidrocortisona en dosis de estrés, con una clara mejoría clínica. Un mes después, en consulta de seguimiento, la paciente señala disminución significativa de la intensidad de la cefalea y biometría hemática sin alteraciones.

Figura 1. (A) Hemorragia intraparenquimatosa. (B) Angiotomografía sin datos de malformación arterial. (C) Capilaroscopia con patrón tardío. (CC105)

Discusión: La hemorragia intraparenquimatosa en ausencia de hipertensión plantea la necesidad de evaluar causas secundarias, incluidas las enfermedades del tejido conectivo. Aunque la hemorragia es una complicación conocida en el lupus eritematoso sistémico, la vasculitis de pequeño vaso también es una causa posible. En la EMTC, las lesiones vasculares características incluyen cambios proliferativos en los vasos sistémicos, como alteraciones de la íntima, engrosamiento de la media e infiltración inflamatoria con prominente plasmocitosis.

Conclusiones: La EMTC es un cuadro clínico infrecuente, cuya presentación inicial suele ser inespecífica debido a la superposición de síntomas con otras enfermedades reumatológicas. Puede afectar a múltiples sistemas orgánicos, incluido el sistema nervioso, con manifestaciones neurológicas hasta en el 25% de los casos, y las más comunes son la neuralgia del trigémino, la meningitis aséptica y la trombosis de senos venosos. La hemorragia intraparenquimatosa en pacientes con EMTC es rara, pero puede ser letal. Un caso descrito por Toyoda *et al.* describe un fallecimiento por hemorragia cerebral en un paciente con EMTC, sin evidencia de enfermedad hipertensiva, lo que resalta la importancia de considerar esta entidad como una posible causa de episodios hemorrágicos graves.

Bibliografía

1. Pepmueller PH. Undifferentiated connective tissue disease, mixed connective tissue disease, and overlap syndromes in rheumatology. *Mo Med.* 2016 Mar-Apr;113(2):136-40.
2. Nadeau SE. Neurologic manifestations of connective tissue disease. *Neurol Clin.* 2002 Feb;20(1):151-78.

CC106

AFECCIÓN MULTIORGÁNICA EN VASCLITIS IgA

N.B. Castán-Ibarra, C.A. Arellano-Valdez, M. Méndez-Núñez, B.G. Zazueta-Leyva, A. Aguirre-Escojido

Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS (Pediatria)

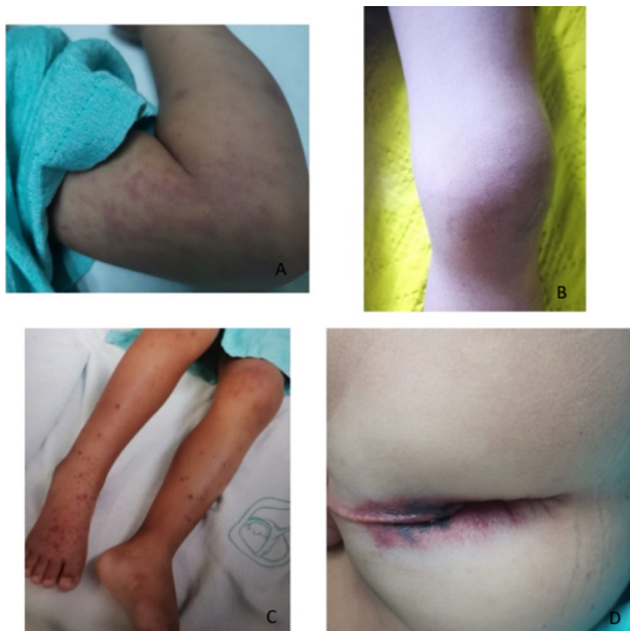
Introducción: La vasculitis por IgA (VIgA) es una vasculitis sistémica de pequeños vasos caracterizada por el depósito de inmunocomplejos. Se considera la vasculitis más común de la infancia y su espectro clínico más característico es el compromiso cutáneo, renal, articular y abdominal. Su curso se considera benigno y las complicaciones son raras; algunas de las complicaciones informadas son sangrado intestinal, invaginación intestinal, hemorragia pulmonar, afectación del sistema nervioso central y testicular. Se presenta el caso clínico de un paciente pediátrico con VIgA que cursa con invaginación intestinal e infarto testicular.

Presentación del caso: Paciente masculino de cuatro años sin antecedentes de importancia. Inicia en julio del 2024 con dolor abdominal, artritis de codo y rodilla izquierdos y tobillos. Doce horas después se agrega exantema petequeal palpable y dolor abdominal difuso tipo cólico. Se establece diagnóstico de vasculitis por IgA, al cumplir criterios EULAR/PRINTO/PRES. Presenta edema periorbitario, lesiones de vasculitis en región perianal y edema testicular de predominio izquierdo. El ultrasonido testicular revela orquiepididimitis y se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona. A las 24 horas de administrar esteroides se incrementa el dolor abdominal y se registran evacuaciones sanguinolentas en jalea de grosella; el ultrasonido abdominal delinea invaginación intestinal y se realiza reducción por taxis.

A las 96 horas de estancia se intensifica el dolor abdominal y se observa edema testicular, con informe ultrasonográfico de torsión testicular parcial. La exploración quirúrgica muestra infarto testicular y se practica orquiectomía. Desarrolla después síndrome nefrótico. Debido a la evolución tórpida y la afectación renal, se inicia ciclofosfamida con buena respuesta.

Discusión: El pronóstico habitual de los pacientes con vasculitis IgA es favorable, con un curso autolimitado. Sin embargo, el riesgo de complicaciones existe y algunas pueden ser graves. Por otra parte, la vasculitis IgA es una enfermedad con tendencia a la recurrencia y cada nuevo brote se acompaña de una nueva posibilidad de afectación orgánica. Dentro de las complicaciones descritas en los pacientes con VIgA, el compromiso testicular, del sistema nervioso y el cardiopulmonar no es el más frecuente, pero en el caso presentado se presentaron de forma concomitante complicaciones testiculares, abdominales y renales, además de otras manifestaciones inusuales como el edema periorbitario autolimitado y la afección cutánea perianal considerable (**Figura 1**). El tratamiento inicial se estableció con

Figura 1. (A) Lesiones purpúricas en la extremidad superior izquierda. (B) Artritis de la rodilla izquierda. (C) Lesiones purpúricas en las extremidades inferiores. (D) Equimosis en la zona perianal. (CC106)



esteroides a dosis altas, que exigió a continuación resolución quirúrgica de las complicaciones abdominales y testiculares. Dada la evolución tórpida con proteinuria en límites nefróticos, fue necesario el escalamiento a ciclofosfamida. Ma *et al.* presentaron en 2021 una revisión sistemática de 21 casos con afectación escrotal, 19 de ellos con alteración gastrointestinal, nueve con compromiso articular y dos con hematuria concomitante. La afectación escrotal fue diversa; el estudio de imagen mostró que 14 de ellos tenían epididimitis y una paciente orquitis; la exploración quirúrgica identificó hiperemia de epidídimo y escroto y epididimitis sin torsión en cuatro pacientes. Las afecciones no frecuentes como el daño testicular, los síntomas neurológicos o la enfermedad cardiopulmonar, además de ser factores de mal pronóstico, pueden conducir a un diagnóstico erróneo, retrasar el tratamiento dirigido y comprometer aún más el desenlace.

Conclusiones: Las complicaciones graves en la vasculitis IgA constituyen de manera individual una mayor morbilidad y mortalidad en los pacientes. La concordancia de dos o más de ellas puede comprometer de forma notable el desenlace a corto plazo, por lo que su identificación, diagnóstico diferencial y tratamiento adecuados son de vital importancia.

Bibliografía

- Trnka P. Henoch-Schönlein purpura in children. *J Paediatr Child Health.* 2013 Dec;49(12):995-1003. doi: 10.1111/jpc.12403. Epub 2013 Oct 18. PMID: 24134307.
- Ma Y, Zhang S, Chen J, *et al.* Henoch-Schönlein Purpura With Scrotal Involvement: A Case Report and Literature Review. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2021 Aug 1;43(6):211-215. doi: 10.1097/MPH.0000000000002161. PMID: 33885039; PMCID: PMC8327932.

CC107

ARTRITIS PSORIÁSICA VARIEDAD RUPIOIDE, UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

L.V. Maya-Piña¹, Y. García-Pérez¹, R.E. Barbosa-Cobos¹, X. Jiménez-Jiménez², M. Vásquez-Ramírez³

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Centro Médico Naval, ⁽³⁾Privado

Introducción: La artritis psoriásica es una enfermedad inflamatoria y el dominio cutáneo se clasifica en diferentes subtipos acorde con la apariencia morfológica de las lesiones. Existen variantes raras con hiperqueratosis excesiva, como ostrácea, elefantina, pseudocórnea y rupioide (el término rupioide se ha empleado para describir lesiones dérmicas similares a conchas de ostra y lapa). La variedad rupioide afecta de modo predominante al género masculino y se acompaña muchas veces de alteración en los dominios articular y ungueal.

Presentación del caso: Paciente masculino de 44 años, sin antecedentes personales patológicos, con cuadro clínico de cuatro meses de evolución caracterizado por artritis de rodillas, tobillos y tarso derecho; dactilitis en dedos segundo y tercero del pie derecho y onicólisis del dedo tercero ipsilateral que producen clase funcional IV (**Figura 1**). Con posterioridad presentó lesiones cutáneas localizadas en cuello, antebrazos, rodillas, plantas y dedos de ambos pies con costras concéntricas de bordes elevados, adherentes, gruesas y duras. Estudios de laboratorio: hemoglobina 10,2 mg/dL, hematocrito 33%, VCM 85,49 fL, TGP 32 u/L, TGO 18 u/L, FA 59 u/L, GGT 26,9 u/L, albúmina 3,13 g/dL, CPK 22 u/L, ferritina 883,4 ng/mL, VSG 60 mm/h, PCR 151 mg/L, anti-CCP negativo, alfafetoproteína 0,9 ng/mL, microglobulina β_2 sérica 1,5 mg/dL, CEA 1,36 ng/mL, Ca 19-9 0,7 UI/mL, HIV 1 y 2 negativos, *Western blot* negativo y VDRL negativo.

Tras realizar protocolo de estudio se integró el diagnóstico de artritis psoriásica por criterios de CASPAR con afectación articular periférica, dactilitis y psoriasis ungueal/cutánea con PASI de 14. Se indica tratamiento con MTX (15 mg/sem) con discreta mejoría y luego secukinumab con resolución completa de los dominios articular, entesial, cutáneo y ungueal.

Discusión: Las lesiones cutáneas rupioides representan un reto en el diagnóstico diferencial, ya que se han observado clínicamente en diversas enfermedades, entre ellas artritis reactiva, histoplasmosis diseminada, sarna queratósica, sífilis secundaria, HIV y artritis psoriásica.

Conclusiones: La variante rupioide en la artritis psoriásica es rara. Los informes publicados refieren afectación extensa en los dominios cutáneo (sobre todo en palmas, plantas, dedos y uñas de los pies) y articular, como en este caso. El tratamiento recomendado es sistémico con MTX y, en caso de escasa respuesta, secukinumab.

Bibliografía

- Chung HJ, Marley-Kemp D, Keller M. Rupiid psoriasis and other skin diseases with rupiid manifestations. *Cutis.* 2014;94(3):119-21.
- Steele CE, Anderson M, Miedema J, *et al.* Rupiid psoriasis and psoriatic arthritis in a patient with skin of color. *Cutis.* 2020;106(1):E2-4.

Figura 1. (A) Rodilla derecha con placa eritematosa, circular, borde elevado, y escamas gruesas, duras, concéntricas y superpuestas. (B) Tobillo derecho y talón con placas de diferentes tamaños con eritema y escama gruesa y adherente. (C) Pie derecho con hiperqueratosis de segundo a cuarto dedos y onicólisis en el tercero. (CC107)



CC108

MIOCARDITIS FULMINANTE (MF) POSTERIOR A VACUNA DE INFLUENZA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

TA Luna-Zúñiga¹, E. Cuevas-Orta¹, G. Martínez-Flores², C.D. Escobedo-Uribe³

⁽¹⁾Hospital Central Ignacio Morones, SLP, ⁽²⁾Hospital General de Zona 252, IMSS, ⁽³⁾Hospital Lomas San Luis

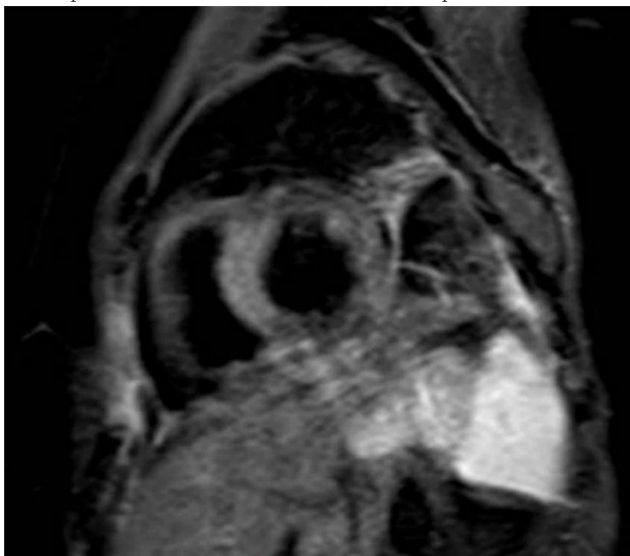
Introducción: Las guías actuales recomiendan la inmunización contra la influenza en paciente con padecimientos autoinmunitarios. La incidencia de síntomas cardíacos luego de esta vacuna es del 2,6%, pero solo existen informes de su vinculación con MF. Esta última se caracteriza por una disminución de la función cardíaca de rápida progresión con una elevada tasa de mortalidad.

Presentación del caso: Paciente femenina de 51 años, oftalmóloga, con antecedente de lupus eritematoso en control y tratamiento con plaquenil (20 mg/día) e hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Aplicación de vacuna de influenza 14 días previos. Inicia su padecimiento mientras se operaba y cae de manera súbita con paro cardiorrespiratorio; recibe apoyo vital avanzado con recuperación de la circulación pero luego sufre bradicardia con nuevo paro cardiorrespiratorio por lo que se la traslada al área de hemodinamia donde se evidencia bloqueo AV completo; se coloca marcapaso transitorio y se realiza angiografía que no revela alteraciones en las arterias coronarias; se la estabiliza y traslada después a la unidad de cuidados intensivos. Ecocardiograma: hipocinesia anteroseptal en segmento basal y medio. Estudios paraclínicos: leucocitosis leve y elevación de enzimas cardíaca con troponina 1,04 (0-0,01), CPK-MB 28 (0-16), CPK 82, y elevación de transaminasas. Estudios inmunológicos: anticuerpos antinucleares positivos 1:160 patrón NuMa, perfil viral negativo, valores de complemento C3 143 (83-193), C4 25,1 (15-57), anticuerpos anti-DNA 1,33 (< 20), anti-La 0,12 (< 1), anti-Ro 0,09 (< 1), ANCA negativo, y el resto de los estudios de biometría hemática, química sanguínea y examen de orina sin alteraciones. Resonancia magnética cardíaca: datos consistentes con miocarditis aguda caracterizados por hiperintensidad septal en el tercio medio consistentes con edema pericárdico en las secuencias T2 e inversión, con recuperación; luego de la administración de material de contraste intravenoso se observó reforzamiento tardío subepicárdico en la pared inferior y lateral en el tercio medio (**Figura 1**). Otros datos clínicos no sugieren actividad de lupus. El tratamiento se basó en apoyo hemodinámico, colocación de marcapaso definitivo y tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (1 g/kg por día durante 2 días), y glucocorticoide (1 mg/kg/día). Durante su evolución muestra buena respuesta al tratamiento indicado.

Discusión: Existe un número limitado de pacientes con complicaciones cardíacas tras la aplicación de la vacuna de la influenza. De manera adicional, la paciente tenía un diagnóstico de lupus eritematoso sistémico que, junto con la aplicación de la vacuna, pudo desencadenar un desbalance en la homeostasis inmunitaria y permitir que los autoantígenos se expusieran, con la subsecuente activación de células T citotóxicas en el miocardio y la posterior aparición de una tormenta de citocinas inflamatorias característica de la miocarditis fulminante.

Conclusiones: Es un caso raro de miocarditis fulminante posterior a la vacuna de influenza en una paciente con LES, que se trató de forma

Figura 1. Resonancia magnética en secuencia T2 que muestra hiperintensidad septal en el tercio medio indicativa de edema pericárdico. (CC108)



exitosa con apoyo hemodinámico, colocación de dispositivos cardíacos y aplicación de inmunoglobulina. Aunque la MF es una complicación rara posterior a la vacunación de influenza, los médicos deben estar atentos a los signos tempranos de manifestaciones cardíacas.

Bibliografía

1. Kim YJ, Bae JI, Ryoo SM, Kim WY. Acute fulminant myocarditis following influenza vaccination requiring extracorporeal membrane oxygenation. *Acute Crit Care*. 2019 May;34(2):165-169.
2. Hang W, Chen C, Seubert JM, Wang DW. Fulminant myocarditis: a comprehensive review from etiology to treatments and outcomes. *Signal Transduct Target Ther*. 2020 Dec 11;5(1):287.

CC109

MANIFESTACIONES GRAVES Y ATÍPICAS DE LA POLIARTRITIS NODOSA CUTÁNEA: UN CASO CLÍNICO

J. Hurtado-Díaz, M.L. Espinoza-Sánchez

Hospital General Regional Número 220, Toluca, Estado de México

Introducción: La poliarteritis nodosa cutánea (PANC) es una vasculitis necrosante de medianos y pequeños vasos de la dermis y tejidos subcutáneos, crónica y recidivante, con una prevalencia baja que afecta a mujeres de 50 a 59 años. La presentación habitual (Lindberg, 1931) consiste en pequeños nódulos dolorosos de 0,5 a 2 cm (80%), que pueden ulcerarse (49%) y se acompañan de livedo reticular (56%). Estas lesiones tienen un curso benigno y buena respuesta al tratamiento con esteroides e inmunosupresores. En 1986 se describió por primera vez una variante grave, llamada ulceronecrotica. El índice de gravedad que propuso Chen es útil para identificar a pacientes con enfermedad grave (**Tabla 1**). Desde el punto de vista anatomopatológico se clasifica como una paniculitis septal con vasculitis. Bioquímicamente presenta aumento de la VSG y PCR, leucocitosis, anemia o trombocitopenia. Es característico no hallar anomalías inmunológicas. La evolución de una PANC a PAN sistémica se presenta en menos del 20% de los casos. Los valores de creatinina sérica pueden ayudar a detectar enfermedad renal como un signo temprano de progresión.

Presentación del caso: Mujer de 46 años, sin antecedentes crónicos degenerativos conocidos. Acudió a valoración por un cuadro de astenia, hiporexia y mal estado general; a su ingreso mostró nódulos eritematovioláceos y ampollas de contenido seroso, que avanzaron a úlceras cutáneas generalizadas de aspecto necrótico de espesor total muy dolorosas y recalcitrantes (**Figura 1**). Registró leucocitosis 31 200 K/mL, hemoglobina 6,9 mg/dL, trombocitopenia 31 000 K/mL, elevación de PCR 21,46 mg/dL, con pruebas de función hepáticas y enzimas pancreáticas normales, leucoeritrocituria, proteinuria subnefrótica, elevación de azoados y necesidad de hemodiálisis por insuficiencia renal aguda. El USG renal no identificó cambios crónicos. Cultivos de sangre y orina sin desarrollo y serología viral para hepatitis B, C y VIH negativa. Anticuerpos antinucleares, anti-Ro, anti-La, anti-Smith, factor reumatoide, anti-CCP, anticuerpos anticito plasma de neutrófilos y crioglobulinas negativos, con complemento C3 y C4 normal. La tomografía del abdomen reveló hiperdensidad en tejido graso subcutáneo en tórax anterior, posterior, mamas, abdomen, glúteos, muslos, piernas e intraabdominal, sin afectación de grasa peripancreática (**Figura 1**). La biopsia cutánea informó paniculitis septal con vasculitis. Se estableció el diagnóstico de PANC al excluir causas infecciosas y neoplásicas. De modo inicial se prescribió antimicrobiano y luego se agregó glucocorticoide a dosis altas, pero tras siete días de hospitalización desarrolló sobreinfección y falleció por choque refractario.

Discusión: Se presenta el caso de una mujer con úlceras cutáneas necróticas generalizadas de espesor total con estriación grasa subcutánea e intraabdominal consistente con paniculitis septal y vasculitis como manifestación grave y atípica de PANC. La biopsia de piel fue fundamental para delimitar los diagnósticos diferenciales. La evolución clínica fue diferente a la descrita habitualmente en la PANC. Al presentar leucoeritrocituria, proteinuria, insuficiencia renal, necesidad de hemodiálisis, anemia

Figura 1. (A-D) Tomografía de tórax que muestra hiperdensidad de tejido graso subcutáneo en tórax anterior, mamas, posterior, pared abdominal e intraabdominal, glúteos, muslos y piernas. (E) Lesiones eritematovioláceas en región maleolar. (F) Ampollas de contenido seroso, eritema y livedo en la cara anterior de tórax y pliegue mamario. (G-H) Úlceras cutáneas de aspecto necrótico de espesor total de distribución generalizada. (CC109)

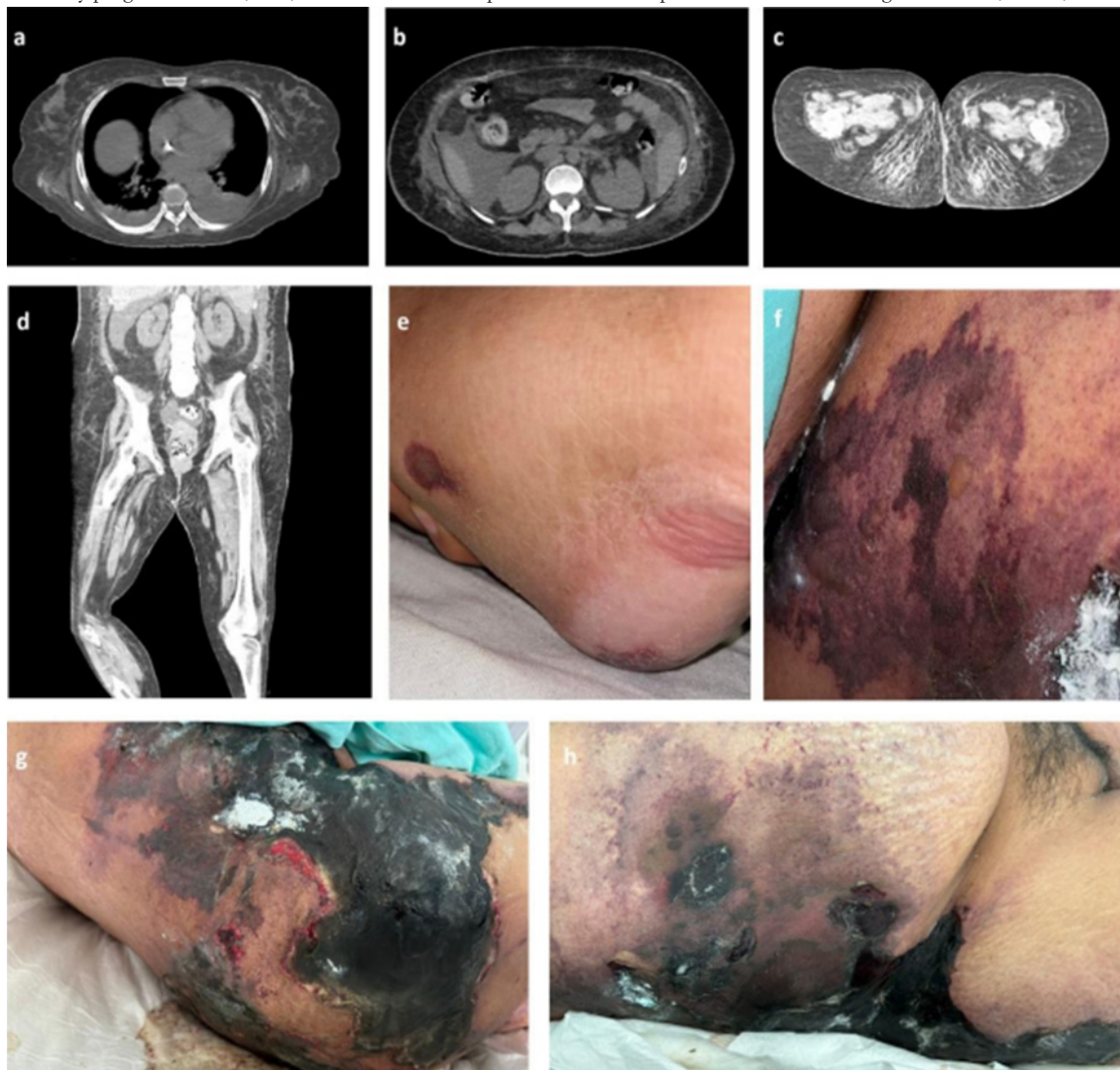


Tabla 1. Índice de gravedad de Chen de la poliarteritis nodosa cutánea. (1989). (CC109)

Clase	Manifestaciones cutáneas	Manifestaciones extracutáneas
Clase I. Forma leve	Lesiones nodulares y livedo reticular	Polineuropatía leve
Clase II. Forma grave	Lesiones nodulares muy dolorosas con ulceración	Polineuropatía, fiebre, malestar general y artralgias
Clase III. Forma progresiva	Livedo racemosa y necrosante con gangrena	Compromiso musculoesquelético, mononeuritis múltiple. Positividad de anticuerpos antinucleares y factor reumatoide Riesgo de evolución a la forma sistémica

y trombocitopenia se clasificó como categoría III o forma progresiva de acuerdo con el índice de gravedad de Chen (Tabla 1).

Conclusiones: Este caso atípico y grave de PANC se clasificó como forma progresiva (clase III) según el índice de gravedad de Chen, ya que es un diagnóstico desafiante porque no existe un marcador específico de la enfermedad; en este sentido, la biopsia cutánea resultó primordial. Se requiere correlacionar la clínica, los hallazgos histopatológicos y los estudios de laboratorio para descartar otras entidades inflamatorias, infecciosas o farmacológicas. Resulta esencial familiarizarse con las presentaciones graves y atípicas de vasculitis, incluida la PANC.

Bibliografía

- Mahmood-Rao H, Gandhi N, Ding T. Gangrenous digital infarcts in a severe case of cutaneous polyarteritis nodosa. *BMJ Case Rep.* 2017 Jun 29;2017:bcr2017220300. doi: 10.1136/bcr-2017-220300. Erratum in: *BMJ Case Rep.* 2017 Dec 22;2017:bcr-2017-220300corr1. doi: 10.1136/bcr-2017-220300corr1. PMID: 28663247; PMCID: PMC5535047.
- Abousy M, Byrd A, Succaria F, *et al.* Burn center management of severe necrotic cutaneous polyarteritis nodosa in a patient with a history of thymoma. *Cureus.* 2021 Feb 4;13(2):e13134. doi: 10.7759/cureus.13134. PMID: 33728150; PMCID: PMC7935156.

CC110

CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME AUTOINMUNE MÚLTIPLE: PRESENTACIÓN DE CASOS

M.A. Yeo-Reyes, I.P. Dávalos-Rodríguez, M. Salazar-Páramo
Universidad de Guadalajara

Introducción: La poliautoinmunidad (PA) se refiere a la presencia de una o más de las enfermedades autoinmunitarias (EA) en un mismo paciente. Por otro lado, el síndrome autoinmunitario múltiple (SAM) se define por la presencia de tres o más EA en un individuo. A diferencia de la PA, el SAM sigue una clasificación más estructurada que agrupa a las enfermedades de acuerdo con ciertos patrones comunes.

Ambos fenómenos son manifestaciones del “caleidoscopio de la autoinmunidad”, que describe la forma en que pueden coexistir o desarrollarse varias EA en un mismo sujeto, con variabilidad clínica en su presentación. Por lo tanto, establecer un diagnóstico temprano es esencial para un tratamiento óptimo y estrategias preventivas secundarias. El objetivo es describir en una serie de casos los desafíos clínicos y de laboratorio cuando se evalúa a pacientes con signos indicativos de PA o SAM. Se destacan los síntomas, diagnósticos iniciales y efectos en el tratamiento.

Presentación de los casos: Se describen cinco casos de mujeres con EA y múltiples autoanticuerpos. El primer caso (F55a) tiene ANA patrón homogéneo, anticuerpos anti-ADNn, antinucleosomas, antihistonas, anti-B2GPI y anti-ACL (IgM) y se establecen los diagnósticos de lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome antifosfolípidos y síndrome de Sjögren (SS). El segundo caso (F38a) registra anticuerpos ACPA, FR, ANA, anti-SSA (60) y anti-Ro (52), con diagnósticos de artritis reumatoide (AR) y SS. El tercer caso (F60a) posee ANA, anti-ANCA, anti-RNP/Sm, anti-SSA, anti-Ro (52), antinucleosomas y antihistonas, con diagnósticos de LES, SS y probable vasculitis. El cuarto caso (F56a) mostró FR, ANA, anti-SSA y anti-Ro (52) con SS, AR y esclerodermia. El quinto caso (F64a) tenía ANA, FR, anti-Ro (52) y diagnósticos de esclerodermia, AR y SS (Tabla 1).

Discusión: La identificación temprana de PA o SAM es crucial debido a sus implicaciones clínicas. Los pacientes con SAM suelen presentar un mayor número de autoanticuerpos y manifestaciones de mayor efecto clínico, como vasculitis y ulceraciones, lo que eleva el riesgo de complicaciones. Por otro lado, PA puede mostrar un curso menos grave con predominio de síntomas de sequedad ocular y oral, pero es aún importante reconocer y tratar de manera adecuada. Un diagnóstico diferencial claro permite realizar intervenciones terapéuticas más dirigidas, optimizar el pronóstico y mejorar la calidad de vida.

Conclusiones: Los cinco casos destacan las diferencias clave entre PA y SAM. Mientras que la PA incluye dos enfermedades autoinmunitarias coexistentes, el SAM se caracteriza por al menos tres diagnósticos autoinmunitarios, con un curso clínico más grave y complejo.

Bibliografía

- Matusiewicz A, Stróyska Byrska J, Olesiska M. Polyautoimmunity in rheumatological conditions. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2018;22(3):386-391.
- Anaya JM. The diagnosis and clinical significance of polyautoimmunity. *Autoimmunity reviews*. 2014;13(4-5):423-426.
- Hudson M, Rojas-Villarraga A, Coral-Alvarado P, et al. Polyautoimmunity and familial autoimmunity in systemic sclerosis. *Journal of Autoimmunity*. 2008;31(2):156-159.

CC111

ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO. REPORTE DE CASO EN PACIENTE MASCULINO

C.A. Guillén-Durán, M.E. Santiago-Manzano
Hospital General de Pachuca

Introducción: Sharp *et al.* definieron por primera vez 1972 la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) como una conectivopatía caracterizada por la combinación de manifestaciones propias del lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis sistémica (ES) y polimiositis (PM) en relación con la presencia de un anticuerpo entonces denominado antiánitígeno nuclear extraíble (ENA) y ahora conocido como anticuerpos antirribonucleoproteína nuclear U1 (anti-U1-RNP). Es motivo de discusión si la EMTC debe considerarse una conectivopatía concreta y no la coexistencia de varias enfermedades del tejido conectivo en un mismo paciente; sin embargo, la presencia de anticuerpos anti-U1-RNP se vincula con características clínicas distintivas. Es más frecuente en mujeres que en hombres en una relación desde 9:1 hasta 16:1. La edad de inicio, por lo general, se sitúa entre los 20 y los 40 años. Los datos en cuanto a su prevalencia son escasos. Se describe el caso de un paciente masculino con diagnóstico de esta anomalía.

Presentación del caso: Paciente masculino de 27 años valorado por primera vez en consulta de reumatología en junio del 2024. Inicia su padecimiento actual desde más de seis años atrás con datos inespecíficos caracterizados por síntomas generales; sin embargo, nueve meses antes sufre mialgias y disminución de fuerza muscular en cintura escapular y pélvica, insidiosa, con artralgias y artritis de manos, sobre todo, además de disfagia a sólidos (leve); engrosamiento cutáneo distal en manos, así como fenómenos de Raynaud en palmas y plantas. Antecedentes de importancia: trabajo manual (albañil, mecánico, lavacoche), tabaquismo positivo con índice tabáquico de 6 paquetes/año. Carga genética materna para enfermedades reumatológicas (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico) y cáncer (abuela materna con cáncer de mama). Se solicitan estudios complementarios y se identifican anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia indirecta 1:1 280 patrón homogéneo, anticuerpos

Tabla 1. Datos clínicos de los pacientes con poliautoinmunidad o síndrome autoinmunitario múltiple. (CC110)

Sexo/edad	Autoanticuerpos	Síntomas prevalentes	Diagnósticos establecidos	SAM o PA
F55	ANA: patrón homogéneo, anti-ADNn, antinucleosomas, antihistonas, anti-B2GPI, anti-ACL (IgM)	Sequedad ocular, oral y cutánea, fenómeno de Raynaud, artralgias en manos y rodillas	1. Síndrome de Sjögren 2. Síndrome antifosfolípidos 3. Lupus eritematoso sistémico	SAM
F38	Anti-ACPA, FR, ANA, anti-SSA (60 kd), anti-Ro (52)	Artralgias en manos, sequedad ocular, oral	1. Artritis reumatoide 2. Síndrome de Sjögren	PA
F60	ANA, anti-ANCA, anti-RNP/Sm, anti-SSA, anti-Ro(52kd), antinucleosomas, antihistonas	Eritemas en varios sitios, úlceras orales, artralgias, artritis, fenómeno de Raynaud	1. Lupus eritematoso sistémico 2. Síndrome de Sjögren 3. Vasculitis	SAM
F56	FR, ANA, anti-SSA, anti-Ro (52kd)	Sequedad ocular, oral, artralgias, manchas hipocrómicas en cara, brazos y piernas	1. Síndrome de Sjögren 2. Artritis reumatoide 3. Probable esclerodermia	SAM
F64	FR, ANA, anti-Ro (52 kd)	Hiperpigmentación cutánea, esclerodactilia, fenómeno de Raynaud, artralgias generalizadas, disfagia alta	1. Esclerodermia 2. Artritis reumatoide 3. Síndrome de Sjögren	SAM

ANA, anticuerpos antinucleares; FR, factor reumatoide; ACL, anticardiolipina.

antitopoisomerasas de ácido desoxirribonucleico (ADN) tipo 1 y anticentromero negativos. Se solicitan especificidades para LES que son negativas y anti-U1-RNP que es positivo. Los demás estudios revelan elevación mínima de enzimas musculares. Por lo anterior se establece el diagnóstico de probable EMTC y se inicia tratamiento basado en prednisona a dosis de reducción, metotrexato e hidroxiquina, con evolución adecuada. No se observan manifestaciones en algún otro nivel al momento. Continúa en seguimiento y vigilancia.

Discusión: Es importante la identificación temprana de la enfermedad para definir el control más adecuado, la vigilancia de las complicaciones o las manifestaciones graves y la evolución a otra enfermedad del tejido conectivo, sobre todo en los primeros cinco años desde el diagnóstico.

Conclusiones: Este paciente masculino experimentó manifestaciones musculares en relación con PM, ES y LES. De modo inicial se sospechó superposición LES-esclerodermia, con negatividad para anticuerpos específicos para estos padecimientos, con anticuerpo U1-RNP positivo en relación con EMTC. Por el momento tiene una respuesta adecuada al tratamiento establecido. Se ha visto que, según el grado de afectación orgánica, la EMTC puede tener una evolución muy variable, y la supervivencia global a los 10 a 12 años es de 72% a 84%.

Bibliografía

1. Carpintero MF, Martínez L, Fernández I, *et al.* Diagnosis and risk stratification in patients with anti-RNP autoimmunity. *Lupus*. 2015;24(10):1057-66.
2. Martínez-Barrio J, Valor L, López-Longo FJ. Facts and controversies in mixed connective tissue disease. *Med Clin (Barc)*. 2018;150(1):26-32.

CC112

COREA COMO MANIFESTACIÓN RARA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO NEUROPSIQUIÁTRICO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

R. Ortiz-Hernández, C. Abud-Mendoza

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: Las manifestaciones neuropsiquiátricas en el lupus eritematoso sistémico (LES) conllevan morbilidad elevada e incluye trastornos de movimiento como la corea, que ocurre en 1% a 2% de los casos, de modo predominante en mujeres jóvenes. La corea se relaciona con anticuerpos antifosfolípido (aPL) o el síndrome de aPL, en particular anticardiolipina IgG. El líquido cefalorraquídeo (LCR) es normal en 50% y puede acompañarse de proteinorraquia leve. La resonancia magnética nuclear (RMN), en secuencias T2 y FLAIR, puede reconocer pequeñas zonas de isquemia en ganglios basales, potencialmente relacionadas con trombosis, pero la gran mayoría de casos no muestra anomalías. La tomografía por emisión de positrones con 18-fluoro-desoxiglucosa (TEP-FDG) puede delinear áreas de hipercaptación. El tratamiento consiste en inmunosupresión de acuerdo con las guías de tratamiento del LES, en relación con fármacos antiepilépticos que han mostrado adecuados resultados en alteraciones del movimiento.

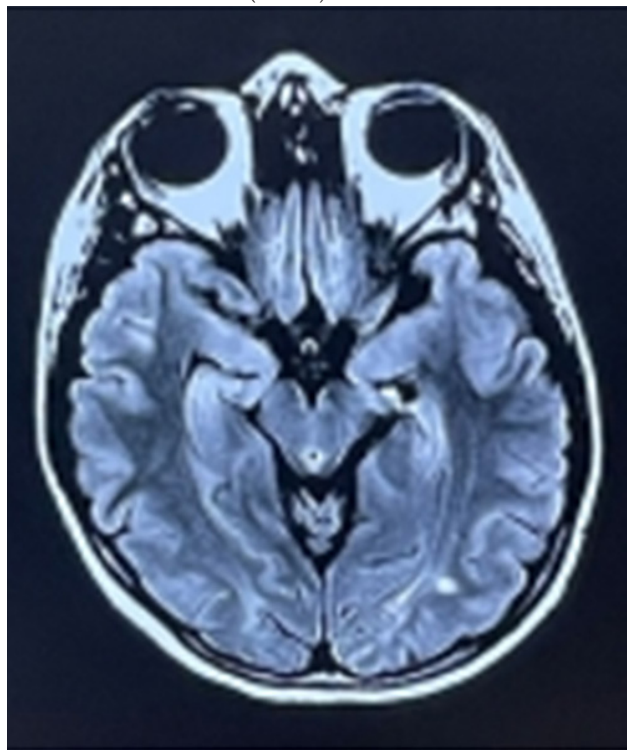
Presentación de los casos:

Caso 1: Mujer de 17 años, sin antecedentes de tabaquismo, alcoholismo u otras toxicomanías. Inició con movimientos sincrónicos distales en ambas extremidades superiores que después se generalizaron. Con posterioridad presentó movimientos sincrónicos en pie derecho y 15 días después cambios de comportamiento, hipersomnia y alucinaciones visuales. AAN 1:320 patrón nuclear homogéneo, con antifosfolípidos + (anticardiolipina IgG e IgM, anti- β 2-glicoproteína-1 IgG e IgM) y RMN que reconoció lesión vascular isquémica en la sustancia blanca en secuencia T2 (**Figura 1**). Inició carbamazepina (200 mg/12 h), así como rituximab (RTX, 500 mg), metotrexato (MTX, 15 mg/sem), ácido fólico (15 mg/sem), hidroxiquina (200 mg/día) y PDN (2,5 mg/día), con resolución completa de los síntomas en 30 días.

Caso 2: Paciente femenina de seis años, sin antecedentes de importancia, hospitalizada por dolor y flogosis en carpos, rodillas y tobillo derecho; ante

sospecha clínica de artritis idiopática juvenil inició MTX (10 mg/sem), ácido fólico (15 mg/sem), PDN (2,5 mg/día) y egresó. Al mes mostró movimientos sincrónicos en extremidades, AAN +, RMN normal e inició metilprednisolona (500 mg/día por 3 días), así como RTX (500 mg dosis única), con seguimiento por consulta externa 30 días después y desaparición de la corea, si bien persistió el deterioro neurológico global, con afasia de Broca y cambios de la conducta.

Figura 1. RMN en corte axial y secuencia T2 que muestra lesión hiperintensa en la sustancia blanca. (CC112)



Discusión: En las publicaciones médicas destacan pequeñas series de casos de pacientes con corea como manifestación de LES neuropsiquiátrico, con o sin aPL positivos. Los dos casos presentados se encuentran dentro del grupo etario más afectado y pueden correlacionarse con el perfil inmunológico de aPL, así como hallazgos en RMN (caso 1). Los fármacos antiepilépticos como la carbamazepina producen buenos resultados, añadidos a la inmunomodulación como tratamiento de la causa de esta manifestación.

Conclusiones: Si bien los trastornos de movimiento son parte de los 19 síndromes neuropsiquiátricos de LES, de acuerdo con ACR, y la corea como el más común en estos, es preciso tener en cuenta este síntoma aun cuando se encuentre aislado, como manifestación inicial de una enfermedad tan heterogénea como el LES y que, a pesar de su incidencia tan baja, puede llevar a discapacidad grave y disminución de la calidad de vida e incluso afectar la mortalidad.

Bibliografía

1. Reiner P, Galanaud D, Leroux G, *et al.* Long-term outcome of 32 patients with chorea and systemic lupus erythematosus or antiphospholipid antibodies. *Mov Disord*. 2011 Nov;26(13):2422-7.
2. Legge A, Hanly JG. Lupus and the nervous system clinical presentation, diagnosis, and treatment. Wallace DJ, Hahn BH. In: *Dubois' lupus erythematosus*, 10th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2022.
3. Baizabal-Carvallo JF, Alonso-Juárez M, Koslowski M. Chorea in systemic lupus erythematosus. *J Clin Rheumatol*. 2011 Mar;17(2):69-72.
4. Joseph FG, Lammie GA, Scolding NJ. CNS lupus: a study of 41 patients. *Neurology*. 2007;69:644-654.

- Cervera R, Asherson RA, Font J, *et al.* Chorea in the antiphospholipid syndrome: clinical, radiologic, and immunologic characteristics of 50 patients from our clinics and the recent literature. *Medicine (Baltimore)*. 1997;76:203-212.
- Harel L, Zecharia A, Straussberg R, *et al.* Successful treatment of rheumatic chorea with carbamazepine. *Pediatr Neurol*. 2000 Aug;23(2):147-51. doi: 10.1016/s0887-8994(00)00177-6.
- Krakauer M, Law I. FDG PET brain imaging in neuropsychiatric systemic lupus erythematosus with choreic symptoms. *Clin Nucl Med*. 2009 Feb;34(2):122-3. doi: 10.1097/RLU.0b013e318192c4d2.
- Cardoso F. Autoimmune choreas. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2017 May;88(5):412-417. doi: 10.1136/jnnp-2016-314475. Epub 2016 Dec 1.

CC113

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO TEMPRANO

S. F. Rodríguez-Colin, E. Mercadillo-Real, J.L. Amaya-Estrada, C.A. Sifuentes-Cantú

Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX

Introducción: El LES de inicio juvenil (LESJ) se define por su aparición antes de los 16 años (< 20% de los pacientes), con un cuadro clínico agudo y agresivo que produce una mayor mortalidad, sobre todo con mayor afectación renal y neurológica. Su aparición antes de los seis años es extraordinariamente rara y se conoce como LESJ de “inicio temprano”.

Presentación del caso: Hombre de 1,1 años con los siguientes antecedentes relevantes: madre con asma y padre con hipertensión arterial. Inició padecimiento en 2022 con Petequias localizadas en pliegues cubitales, equimosis en región malar derecha y exantema papular difuso en el miembro torácico izquierdo. Se hallaron trombocitopenia grave de grado 4 y anemia de grado II, así como leucocitosis a expensas de monocitos; en el frotis de sangre periférica se identificaron plaquetas disminuidas y escasas plaquetas grandes. Se trató con inmunoglobulina (0,8 g/kg) por púrpura inmunitaria primaria. Se continuó con bolos de metilprednisolona y prednisona en dosis reducidas, con adecuada respuesta. El aspirado de médula ósea no fue concluyente. Dos años después de este cuadro evoluciona con edema palpebral unilateral, hematuria y bromuria. Se trató con prednisona a dosis de 0,5 mg/kg, eltrombopag a razón de 1 mg/kg y azatioprina a 4 mg/kg. Se le hospitaliza y se documenta sedimento urinario con dismorfia eritrocitaria del 93%, albuminuria de 24 horas: 354 mg, ANA negativos, anti-CCP negativo, anti-DNAc: 308 UI/mL e hipocomplementemia. Se estableció el diagnóstico de LESJ.

Se cambió de azatioprina por micofenolato y se agregó hidroxiquina con adecuada respuesta y fue enviado al servicio de genética para descartar lupus monogénico.

Discusión: Este caso aporta conocimiento en el limitado subgrupo de “inicio temprano” con LESJ por la rareza de su presentación en este grupo de edad. Massias *et al.* han conducido hasta el momento la cohorte más grande que compara características clínicas y de laboratorio del LESJ y lo clasifican en tres grupos: prepúberes, peripúberes y adolescentes. Destacan diferencias importantes en cada subgrupo poblacional y reconocen que incluso su estudio se encuentra limitado por el número de pacientes debido a la rareza de su presentación en este grupo de edad.

Conclusiones: Es importante conocer la heterogénea presentación, curso de la enfermedad y gravedad. Hay que destacar la ausencia de anticuerpos ANA en el 14% de los pacientes con LESJ prepúberes, en los cuales no es posible aplicar criterios de clasificación y pueden permanecer sin diagnóstico. El conocimiento hasta el momento se basa en su mayoría en series e informes de caso.

Bibliografía

- Smith EMD, Lythgoe H, Hedrich CM. Current views on lupus in children. *Curr Opin Rheumatol*. 2023 Mar 1;35(2):68-81.
- Massias JS, Smith EMD, Al-Abadi E, *et al.* Clinical and laboratory characteristics in juvenile-onset systemic lupus erythematosus across age groups. *Lupus*. 2020 Apr;29(5):474-481.

CC114

OSTEONECROSIS EN PERSONA QUE VIVE CON VIH: DX DIFERENCIAL DE COXALGIA

E. Hernández-Núñez

IMSS HGZ 46, Tabasco

Introducción: La osteonecrosis de la cabeza femoral (ONCF) es una complicación reconocida en personas que viven con HIV y tratamiento antirretroviral. Algunos factores de riesgo relacionados son edad temprana (20 a 49 años), género masculino (5:1), consumo de antirretrovirales, dislipidemia y conteo linfocitos CD4 (< 250 cel/mm³). Se ha informado serología positiva para SAAF en algunos casos. Los datos clínicos son dolor y limitación funcional. Tienden a ser lesiones bilaterales con evolución acelerada. Se trata con artroplastia, con tasas de infección o complicación bajas (6%). **Presentación del caso:** Hombre de 44 años que vive con HIV de 10 años y tratamiento antirretroviral, etilismo social; niega HAS o DM. Se lo refiere por coxalgia y cambios en ambas cabezas femorales. Niega consumo de prednisona. Se indican estudios de extensión (AAN, FR, ACPA, ACL, AL, AB2GP1, HLA-B27, VDRL, LIPIDOS, VSG), todos negativos, con dislipidemia mixta, carga viral indetectable, pero CD4 200 cel. El estudio de imagen muestra cambios de ONCF bilateral. Se descarta afección reumática. Se establece seguimiento del caso en traumatología y trámites para reemplazo articular.

Discusión: Hay informes de casos de ONCF en HIV, descrita por primera vez en 1990, con una incidencia de 0,03 a 0,65 casos/100 personas año. El sitio más frecuente es la cadera con tendencia a la bilateralidad y es infrecuente una afectación simultánea mayor de tres localizaciones. Es resultado de la reducción de la vascularización ósea con fisiopatogenia poco conocida. Se ha sugerido el papel de los antirretrovirales por disfunción mitocondrial, acidosis láctica y dislipidemia.

Conclusiones: Se considera el diagnóstico diferencial de ONCF en el HIV con uso antirretroviral en pacientes con dolor y limitación funcional. El paciente mostró los factores de riesgo relacionados (género, edad, etilismo, dislipidemia, alteración bilateral, conteo CD4).

Bibliografía

- González-García A, Sifuentes-Giraldo WA, Vázquez-Díaz M. Osteonecrosis multifocal asociada a VIH. *Reumatol Clin*. 2012;8(6):361-364.
- Morse CG, Kovacs JA. Metabolic and skeletal complications of VIH infection: the price of success. *JAMA*. 2006;296:844-54.
- Mullan RH, Ryan PF. Multiple site osteonecrosis in HIV infection. *Rheumatology (Oxford)*. 2002;41:1200-2.
- Jacobson MC, Dezube BJ, Aboulaia DM. Thrombotic complications in patients infected with HIV in the era of highly active antirretroviral therapy: a case series. *Clin Infect Dis*. 2004;39:1214-22.

CC115

INVOLUCRO CARDIACO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL EN POLIANGITIS MICROSCÓPICA

R.I. Can-Soberanis, O. González-Enríquez

Hospital General de Especialidades Javier Buenfil Osorio

Introducción: La poliangitis microscópica caracterizada por afectación renal y pulmonar, sin inflamación granulomatosa, se relaciona con ANCA-MPO en 60% de los casos. El compromiso cardiaco es raro, con una incidencia de 3,3% al 10%, y la hipertensión arterial sistémica es la manifestación más común. Se describe el caso de un paciente con poliangitis microscópica con miocarditis aguda como manifestación inicial.

Presentación del caso: Paciente femenina de 49 años, sin enfermedades crónicas y degenerativas y antecedente quirúrgico de cesárea 26 años antes. Inició cuadro con disnea en reposo, fiebre no cuantificada y tos no expectorante, por lo que acude a esta unidad. En el abordaje inicial se identifican

taquicardia e hipertensión, con dolor torácico de tipo opresivo, EVA 8/10; el electrocardiograma registra taquicardia sinusal sin cambios en el segmento ST y troponina I en 172,9 pg/mL, lo que descarta el síndrome isquémico coronario agudo. El control de troponina I en 1 617 pg/mL y un electrocardiograma sin nuevos datos llevaron a solicitar ecocardiograma transtorácico que reveló hipertrofia ventricular izquierda, hipocinesia inferoseptal, FEVI de 66% y derrame pericárdico. Dos días después de su ingreso desarrolló hemoptisis y la tomografía delineó cambios indicativos de hemorragia alveolar difusa (**Figura 1**). Sufrió deterioro de la función renal con creatinina en 9,55 mg/dL, proteinuria y sedimento activo. Medición del último mes: 0,56 mg/dL. La creatinina de control era de 12,56 mg/dL; el USG renal mostró parénquima normal, relación corteza-medula conservada, sin lesión obstructiva, pero se confirmó una glomerulonefritis de rápida progresión. Ante la sospecha de síndrome riñón-pulmón, se midieron ANA, c-ANCA, p-ANCA y complemento, con c-ANCA/PR3 0,53 y p-ANCA/MPO 6,42, ANA negativos y complemento normal. No se realizó la cardiopunción como parte del abordaje para miocarditis; sin embargo, contó con panel viral respiratorio negativo que descartó un origen infeccioso. Por el compromiso cardiaco, el síndrome riñón-pulmón y P-ANCA/MPO positivo, se integró el diagnóstico de vasculitis relacionada con ANCA. Se inició metilprednisona en pulsos por tres dosis, lo que redujo la troponina I a 27,2 pg/mL a las 48 horas, pero la creatinina fue de 12,88 mg/dL. Se decidió la inducción a la remisión con rituximab por dos dosis y tratamiento de sustitución renal. Disminuyó la proteinuria y la creatinina en 3,17 mg/dL, mejoró el patrón respiratorio y se redujeron los infiltrados pulmonares. La actividad por *Birmingham Vasculitis Activity Score* (BVAS) fue de 31 puntos al inicio y de 12 puntos al final del esquema con rituximab. El pronóstico por *Five Factor Score* de 4 puntos tiene 54,1% de supervivencia a cinco años.

Discusión: La miocarditis secundaria a poliangeitis microscópica se reconoce en 6,8% a 17,6% de los casos y causa dolor torácico y disnea. Otros hallazgos son cambios electrofisiológicos en > 1%, compromiso pericárdico en 9,1% a 10,6% y algunos informes de afección endocárdica y arteritis coronaria. El dolor torácico obligó a descartar episodio isquémico coronario, por elevación de troponina I, pero nunca mostró cambios indicativos en electrocardiogramas seriados y, al descartar un origen infeccioso, la causa se limitaba a la respuesta inflamatoria, que días después se manifestaría como un síndrome riñón-pulmón. El BVAS incluye el compromiso cardiovascular que, junto a los MPO-ANCA positivos, es un predictor de falla al tratamiento en la poliangeitis microscópica.

Conclusiones: Considerar la vasculitis sistémica, especialmente en pacientes sin riesgo cardiovascular ni proceso infeccioso documentado, es importante en el abordaje de las miocarditis, ya que su coexistencia es fac-

tor de mal pronóstico por el incremento de recaídas y la mortalidad en 26% al primer año de diagnóstico.

Bibliografía

- Chong-Reen W, Yi-Shan T. Acute myocarditis in patients with anti-neutrophil cytoplasmic antibody-positive microscopic polyangiitis and receiving rituximab therapy. *J Rheumatol*. 2019;46:12.
- Heymans S, Van Linthout S, Mignon-Kraus S. Clinical characteristics and mechanisms of acute myocarditis. *Circulation Research*. 2024;135:397-411.

CC116

PACIENTE CON VIH Y ENFERMEDAD PSORIÁSICA

S.I. Viruete-Lerma, S. Cerpa-Cruz, D.K. García-Nuño, D. Deossa-Piedrahita, V. González-Díaz

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La enfermedad psoriásica es una alteración reumática inflamatoria crónica caracterizada por inflamación articular, entésica o axial que casi siempre acompaña a la psoriasis en placas de la piel.

Presentación del caso: Paciente masculino de 59 años sin antecedentes familiares de importancia, con índice tabáquico de 17. Niega relaciones sexuales de riesgo. Tiene diagnóstico de psoriasis de 20 años de evolución bajo tratamiento tópico con adecuada evolución y reciente diagnóstico de enfermedad psoriásica seis meses antes. Tratamiento en medio privado: celecoxib PRN, ácido fólico de 5 mg cada 24 horas y metotrexato de 10 mg cada 24 horas. Dentro del padecimiento actual refiere acudir a cita en dermatología en la que se suspende el tratamiento con metotrexato debido a que se reconoce alteración en pruebas de función hepática (AST 173, ALT 209), además de la positividad en las pruebas serológicas de VIH, VHC, VHB y antitreponema. Menciona disminución de peso de 10 kg en un mes, aumento de lesiones dérmicas, además de distrofia ungueal, artritis en muñecas, MCF, IFP e IFD y rodillas, por lo que se automedica tramadol con paracetamol con disminución de dolor de manera parcial, pero menciona exacerbación posterior del cuadro con disminución de la movilidad e imposibilidad para deambular. Exploración física: dermatosis generalizada caracterizada por placas eritematoescamosas de predominio en piel cabelluda, cara, cuello, tórax, espalda y plantas (**Figura 1**). Ojos y boca con limitación a la apertura por lesiones de psoriasis. Extremidades superiores con IFD y pérdida de la alineación de manera bilateral y distrofia ungueal generalizada. Limitación de flexión y extensión de muñecas, mano izquierda con inflamación en IFP 2°-4°. Rodillas con aumento de temperatura, signos de la ola y iceberg negativos. *Leeds enthesitis index*, 0 de 6. Estudios de laboratorio: PCR 4,1, VSG 92, leucos 10,6, neutros 4,5, linfos 4, carga viral VIH: 455653 CD4 548. Biopsia: epidermis con parakeratosis, microabscesos de neutrófilos, hipogranulosis focal, acantosis y alargamiento de procesos interpapilares. Dermis con infiltrado inflamatorio linfocitario de predominio perivascular consistente con psoriasis. Debido a las características de las lesiones se integró el diagnóstico de psoriasis rupoides. Se clasificó al paciente con enfermedad psoriásica (CASPAR 4 puntos) con DAPSA: 33 puntos actividad alta y PASI de 18,3 puntos. Luego de normalizar PFH (ALT 18, AST 26) se reinició tratamiento con metotrexato (15 mg VO/sem), ácido fólico, urea, calcipotriol/betametasona y bicitegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida con nueva revisión a los tres meses con PASI de 4 puntos y DAPSA de 10,9 baja actividad.

Discusión: La afectación de psoriasis en pacientes con VIH suele ser más grave en la presentación cutánea y articular; además, en este tipo de pacientes con psoriasis preexistente, suele haber una exacerbación de la enfermedad cuando sobreviene la infección por VIH. La psoriasis rupoides se encuentra en las presentaciones atípicas de psoriasis en pacientes con VIH. Se caracteriza por lesiones en placas, bien definidas, con forma de cono y una costra dura y gruesa con aspecto de una concha de mar. Ceccarelli *et al.* señalaron que los retrovirales se han relacionado con un cambio notable de la evolución natural de la enfermedad con mejoría considerable. La administración de inmunosupresores se vuelve un reto por el inmunocompromiso de estos pacientes.

Figura 1. (A) Tomografía con infiltrados alveolares bilaterales, 48 horas después del ingreso. (B) Tomografía al final de la inducción a la remisión. (C) Corte coronal con marcado reforzamiento del pericardio. (CC115)

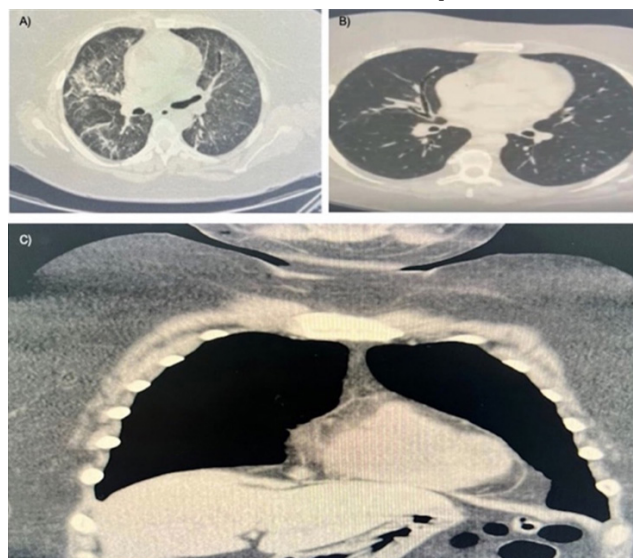


Figura 1. Fotografías del paciente con lesiones dérmicas características. Radiografías AP y oblicua de manos y AP de pelvis. Estudio histopatológico obtenido por biopsia por sacabocado. (CC116)



Conclusiones: Es necesario sospechar de infección de VIH en pacientes con psoriasis que sufren una recaída grave o tienen un patrón atípico.

Bibliografía

- Gossec L. Clinical features of psoriatic arthritis. En: Hochberg M, Gravallese E, Smolen J, *et al.* Rheumatology. 8^{va} ed. Filadelfia. Elsevier 2023;1092-1099.
- Akram B, Khan M, Humphrey M. HIV-Associated rheumatic diseases. Journal of Clinical Rheumatology. March 2024;30(2).
- Gómez L, Londoño A, Restrepo R, *et al.* Psoriasis rupioides, una variante rara de psoriasis. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2015;23:1 (Enero-Marzo), 69-72.
- Ceccarelli M, Venanzi E, Vaccaro M, *et al.* HIV-associated psoriasis: Epidemiology, pathogenesis, and management. Dermatologic Therapy. 2019;32:e12806.

CC117

APLASIA PURA DE SERIE ROJA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: REPORTE DE DOS CASOS

A. Hernández-Delgado, J.A. Vargas-Segura, T. López-Sánchez, M.F. Mendoza-Rodríguez, A. Hernández-Reyes

Hospital Juárez de México

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmunitaria sistémica crónica caracterizada por la infiltración linfocítica de las glándulas lagrimales y salivales. Las manifestaciones hematológicas en el SS primario no son infrecuentes. La aplasia pura de serie roja (APSR) está poco descrita en las publicaciones médicas. Se notifica del caso de dos mujeres jóvenes con diagnóstico final de SS primario con APSR.

Presentación de los casos:

Caso 1: Mujer de 59 años que inició en agosto de 2023 con astenia, adinamia, disnea y sangrado uterino anormal. Se la envía al servicio de ginecología por miomatosis uterina. Se practica una histerectomía radical y se la remite al servicio de hematología por persistencia de anemia grave. Se reconoce anemia por déficit de hierro y se administra este elemento de forma

intravenosa con nula respuesta. Se realiza AMO con biopsia de hueso que identifica aplasia pura de serie roja (**Figura 1**). En noviembre de 2023 se agrega xerostomía y xeroftalmía. Se registran ANA positivo 1:1 000 con anti-Ro positivo a títulos altos. La biopsia de glándula salival es indicativa de síndrome de Sjögren. Se inicia tratamiento con prednisona (1 mg/kg). Después de un mes de seguimiento la hemoglobina es de 8,4 g/dL. A los tres meses se redujo con éxito la dosis de corticosteroides.

Caso 2: Mujer de 38 años con diagnóstico de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina (100 mg/día). Inicia en noviembre del 2023 con disnea Nyha III y palidez de tegumentos. Se documenta anemia normocítica normocrómica grave con 4,4 g/dL de hemoglobina. Ingresa a hematología para protocolo. Al interrogatorio dirigido refiere xerostomía, xeroftalmía y dolor articular. Se obtienen anticuerpos ANA positivos 1:100 homogéneo en células HEp-2, anti-Ro/SSA > 200, anti-La SSB 110,59. La biopsia de hueso reconoce aplasia pura de serie roja, secundaria a síndrome de Sjögren. Se inicia tratamiento con prednisona (1 mg/kg de peso), con buena respuesta al tratamiento. Véase la **Tabla 1**.

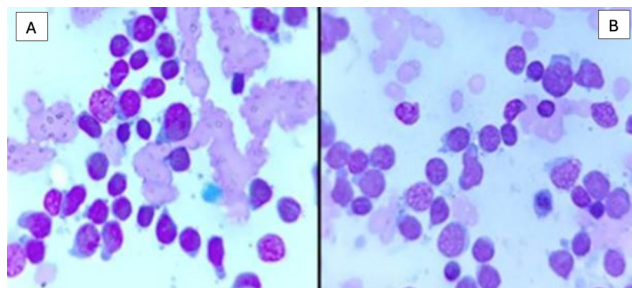
Discusión: El SS es una enfermedad autoinmunitaria multisistémica que afecta de modo predominante a las glándulas salivales y lagrimales. Es posible la afectación extraglandular, que incluye síntomas musculoesqueléticos, vasculitis, enfermedad pulmonar, renal y hepática y mayor riesgo de linfoma. Las manifestaciones hematológicas no son infrecuentes y pueden presentarse en la forma de leucopenia, que es la citopenia más común, informada en el 15% de los pacientes de SS. Las citopenias clínicamente significativas que requieren hospitalización, transfusión o inmunosupresores rara vez se han publicado. Existen informes de casos de APSR y trombocitopenia inmunomediada con SS, las cuales pueden desarrollarse antes de los síntomas secos típicos o como una característica de presentación única en el SS, lo que puede retrasar el diagnóstico de SS. De manera similar a estos informes, estos pacientes iniciaron con síndrome anémico con anemia profunda normocítica normocrómica y APSR. La trascendencia de estos casos clínicos radica en considerar el SS como un diagnóstico diferencial de aplasia pura de serie roja con el objetivo de instituir tratamiento oportuno y mejorar el pronóstico.

Conclusiones: El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por síntomas secos y puede presentar manifestaciones extraglandulares, entre ellas alteraciones hematológicas. Si bien estas anomalías se presentan con frecuencia, está muy poco descrita la APSR como manifestación inicial del síndrome, sin síntomas de sequedad predominantes. El SS debe considerarse un diagnóstico diferencial importante al evaluar citopenias graves inexplicadas.

Tabla 1. (CC117)

	Paciente 1	Paciente 2
Hemoglobina inicial g/dL	3,3	4,5
VCM/HCM	98	104,7
Reticulocitos	1,8	1,27%
Valores de vitamina B ₁₂ pg/mL	280	836
Parvovirus B ₁₉	Negativo	Negativo
Citometría de flujo	Negativo a SMD	Negativo a SMD y LLA
Cifras de folato ng/mL	15,6	12,3
Perfil de hierro	Ferritina > 1 500 Hierro sérico 6	Ferritina 794 Hierro sérico 177
VSG mm/h	82	125
PCR mg/L	46	72
Coombs	Positivo	Negativo
ANA	1/1 000 en células HEP20, patrón nucleolar fino y citoplasmático, granular fino denso	1/1 000 en células HEP20, patrón nucleolar fino y citoplasmático, granular fino denso
Anti-Ro ur/mL < 20 Anti-La ur/mL < 20	Anti-SSA 138, Anti-SSB 64,8	Anti-SSA > 200, Anti-SSB 110,59
AMO (morfológico)	Celularidad normal con disminución acentuada de la serie roja, y pequeños nidos aislados de normoblastos Figura 1	Celularidad normal, megacariocitos normales en número y morfología, normoblastos con cambios megaloblásticos y vacuolas en el citoplasma y detención en la maduración en los normoblastos
Biopsia de glándula salival menor	Sialoadenitis linfocítica de cuatro focos	Sialoadenitis linfocítica focal, agregado > 50 linfocitos, adyacente a acinos y un ducto de apariencia usual. A, hematoxilina-cosina. B, positividad de linfocitos para CD45 evaluada por inmunohistoquímica
Biopsia de hueso	Aplasia pura de serie roja	Aplasia pura de serie roja

Figura 1. Aspirado de médula ósea: láminas a y b (100x); se observa celularidad normal y precursores de las líneas mieloide y linfóide normales en número y morfología. Ausencia total de precursores de la línea roja. Aplasia eritroide. (CC117)



Bibliografía

- Demarchi J, Papisidero S, Medina MA, *et al.* Primary Sjögren's syndrome: extraglandular manifestations and hydroxychloroquine therapy. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2017;36(11):2455-60.
- Ramakrishna R, Chaudhuri K, Sturgess A, *et al.* Haematological manifestations of primary Sjögren's syndrome: a clinicopathological study. *Q J Med.* 1992;83(303):547-54.

CC118

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN ADOLESCENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS

K.B.M. Franco-Morataya, C. León-Rodríguez, H. Menchaca-Aguayo, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria crónica y multisistémica que confiere un estado procoagulante. En pacientes pediátricos, su presentación suele ser más grave, con un mayor riesgo de complicaciones. La afectación pulmonar es común en

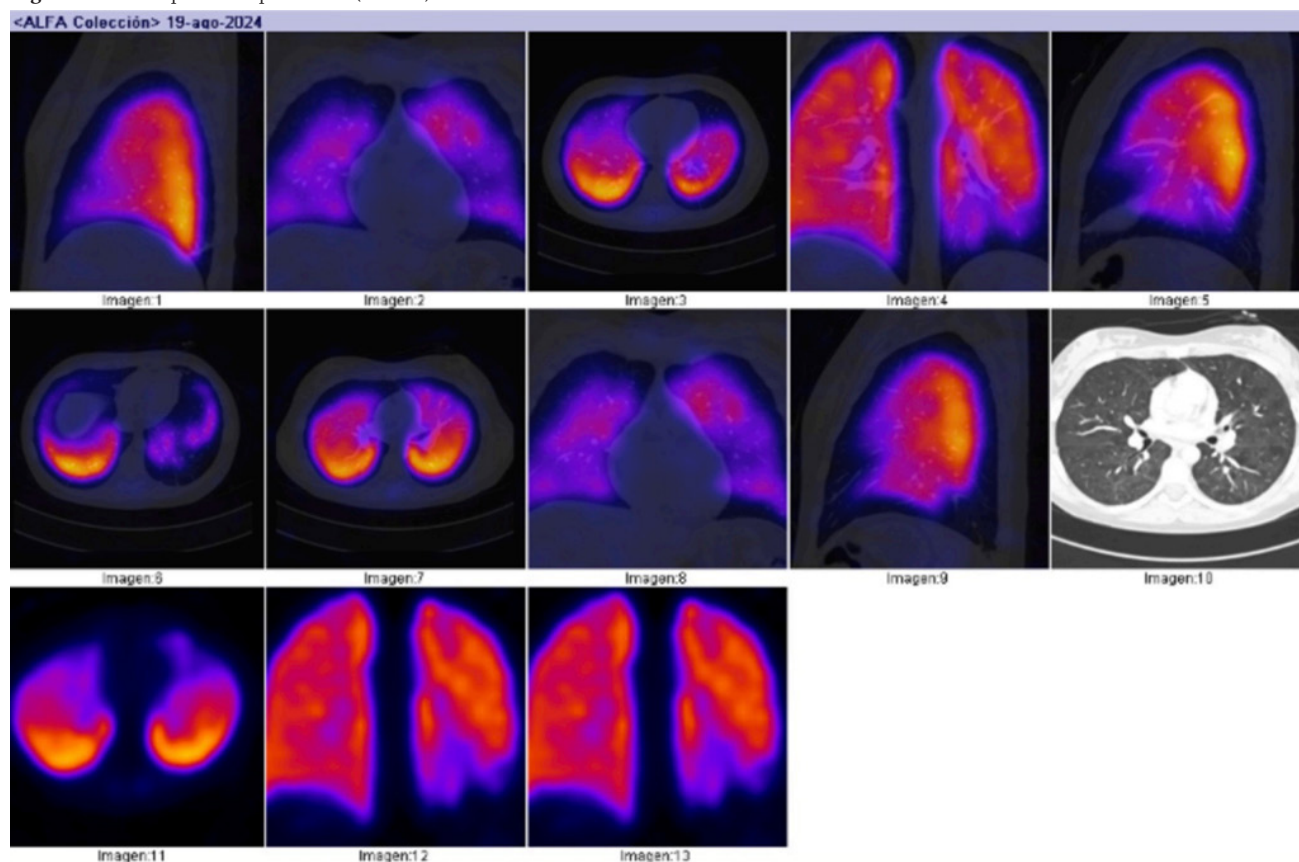
el LES y se observa en 25% a 75%. Sin embargo, el tromboembolismo pulmonar (TEP) es una manifestación rara, con una prevalencia calculada de 1% a 5%. Se caracteriza por la formación de trombos en las arterias pulmonares, lo que puede generar complicaciones graves. Además, entre 80% y 90% de los pacientes con LES pueden desarrollar el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF), una enfermedad autoinmunitaria que eleva el riesgo de trombosis venosa y arterial. Esto incrementa de manera considerable el riesgo de complicaciones trombóticas en pacientes con LES, lo que subraya la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportunos. **Objetivo:** Describir un caso de TEP en una paciente pediátrica con LES y SAAF.

Presentación del caso: Paciente femenina de 13 años con un cuadro clínico de tres años de evolución caracterizado por artralgias y fatiga, y luego hematuria una semana antes. Mostró asimismo cefalea, dolor torácico y disnea 24 horas antes de su ingreso. La exploración física reveló taquipnea, respiración superficial y edema en miembros inferiores. Los estudios mostraron trombocitopenia, función renal y hepática conservadas, así como proteinuria y hematuria en el análisis de orina. Ante la sospecha de TEP se realizó una angiotomografía de tórax que identificó trombosis en la arteria segmentaria basal lateral izquierda, confirmada por gammagrafía pulmonar con áreas de hipoperfusión en dicha arteria (**Figura 1**). Se inició anticoagulación con enoxaparina (2 mg/kg/día). Dada la presencia de TEP y los hallazgos clínicos, se solicitaron pruebas de anticuerpos para LES y SAAF, que resultaron positivas: ANA con patrón homogéneo 1:320, anti-DNA positivo, anticoagulante lúpico 1,87, anticardiolipina IgM > 120 U/mL, y anti-B2 glucoproteína IgM > 200 U/mL. La paciente recibió tratamiento con pulsos de metilprednisolona (30 mg/kg/dosis), ciclofosfamida, azatioprina y ácido acetilsalicílico, con una evolución clínica favorable.

Discusión: La tromboembolia pulmonar (TEP) es una complicación grave e infrecuente en pacientes pediátricos con LES. La presencia de SAAF en estos sujetos incrementa en grado significativo el riesgo de trombosis, debido a la acción de los anticuerpos antifosfolípidos, que interfieren con la regulación de la coagulación. Este caso resalta la complejidad del tratamiento de la TEP en pacientes con LES y SAAF, en los que es fundamental equilibrar la anticoagulación para prevenir trombos sin aumentar el riesgo de hemorragias. El uso de heparina de bajo peso molecular fue clave en el control inicial del TEP, seguido de anticoagulación a largo plazo para prevenir recurrencias.

Conclusiones: La presencia de anticuerpos antifosfolípidos en pacientes con LES eleva notablemente el riesgo de trombosis y ello complica el curso de la enfermedad. El TEP es una complicación potencialmente letal en

Figura 1. SPECT pulmonar perfusoria. (CC118)



pacientes con LES y SAAF, por lo que una detección temprana y un tratamiento intensivo son fundamentales para mejorar el pronóstico y reducir las complicaciones.

Bibliografía

1. Nabavizadeh SH, Farahbakhsh N, Fazel A, *et al.* Pulmonary embolism in an adolescent girl with negative ACLA systemic lupus erythematosus (SLE): a case report. *Electron Physician*. 2016 Feb 25;8(2):1874-9. doi: 10.19082/1874. PMID: 27053993; PMCID: PMC4821299.
2. Essouma M, Nkeck JR, Noubiap JJ. Epidemiology of thromboembolic events in children and adolescents with antiphospholipid syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Reumatol Clin*. 2024;20(2):155-161. doi:10.1016/j.reuma.2023.10.001(S2173574324000297).

CC119

POLIARTERITIS NODOSA EN PACIENTE PEDIÁTRICO, REPORTE DE CASO

C.C. León-Rodríguez, K.B.M. Franco-Morataya, H. Menchaca-Aguayo, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La poliarteritis nodosa (PAN) es una vasculitis necrosante que afecta de modo predominante a arterias de mediano y pequeño calibre, con manifestaciones multiorgánicas. Es una enfermedad rara en pediatría, caracterizada por la ausencia de glomerulonefritis y anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). El diagnóstico suele retrasarse debido a la naturaleza inespecífica de sus síntomas, que pueden simular otras

anomalías inflamatorias o infecciosas, lo que complica el inicio temprano del tratamiento.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente pediátrico con poliarteritis nodosa.

Presentación del caso: Paciente femenina de 17 años con antecedente de hermana con diagnóstico de PAN. Presenta cuadro de seis meses de evolución de livedo reticular en las extremidades inferiores, además de parestesias, mialgias y artralgias, y posterior cefalea.

La exploración física inicial muestra livedo reticular generalizado y artritis de tobillo; los estudios de laboratorio registran anticoagulante lúpico positivo en dos determinaciones, reactantes de fase aguda positivos y proteinuria en valores significativos.

La biopsia cutánea mostró vasculitis leucocitoclástica, con trombosis en vasos de pequeño y mediano calibre. La inmunofluorescencia reveló C3, C4 y C1a negativos, con depósito de fibrinógeno en las paredes de las arterias. Por hallazgos clínicos y analíticos se sospechó PAN, por lo que se solicitó arteriografía que identificó microaneurismas renales bilaterales, hipoperfusión distal en las arterias metatarsianas y digitales derechas. Recibió tratamiento a dosis plena de esteroide, micofenolato de mofetilo, rituximab, ácido acetilsalicílico y enoxaparina ante datos de trombosis y anticoagulante lúpico positivo, además de inmunomodulación con HCQ y colecalciferol, con lo cual la paciente experimentó evolución clínica favorable. Se envió al servicio de genética, con exoma pendiente.

Discusión: La poliarteritis nodosa puede tener una base genética, con mutaciones relacionadas con genes como *DADA2* y *MEFV*, los cuales predisponen a un fenotipo multifactorial. Este caso es de particular interés debido a los antecedentes familiares y la posibilidad de una alteración genética subyacente, lo que podría reclasificar el diagnóstico a una vasculopatía de origen genético.

Conclusiones: En pacientes pediátricos con fenotipo de PAN es crucial considerar la posibilidad de *DADA2*, especialmente cuando la enfermedad se presenta en edades tempranas. El diagnóstico temprano facilita el inicio

de un tratamiento más específico y dirigido, lo que mejora el pronóstico a largo plazo.

Bibliografía

1. Kasap-Cuceoglu M, Sener S, Batu ED, *et al.* Systematic review of childhood-onset polyarteritis nodosa and DADA2. *Seminars in Arthritis and Rheumatism.* 2021;51(3):559-564.
2. Kizawa T, Yoto Y, Mizukami M, *et al.* A case report of cutaneous polyarteritis nodosa in siblings. *Modern Rheumatology.* 2 November 2018;28(6):1049-1052.

CC120

PANCREATITIS AGUDA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LES

M.C. Chávez-Ávila, J.F. Toral-Sandoval, R.E. Cobos-Vargas, A.S. Vargas-Avilés, S.M.I. Mejía-Loza

Hospital Juárez de México

Introducción: La pancreatitis aguda es una expresión clínica rara pero potencialmente letal del lupus eritematoso sistémico (LES) que afecta a 0,9% a 5% de los pacientes, en el 23% como manifestación inicial en el primer año. El diagnóstico de esta afección es complejo, sobre todo en ausencia de otras manifestaciones de LES, lo cual retrasa el diagnóstico y el tratamiento.

Presentación del caso: Mujer de 34 años con padecimiento actual de un mes de evolución caracterizado por náusea, dolor abdominal tipo cólico difuso de intensidad 7/10 sin relación con la ingestión de alimentos, con posterior adición de vómito de contenido biliar en siete ocasiones, evacuaciones líquidas en cinco veces, sin moco ni sangre, y artralgiás en rodillas con rigidez matutina de 30 minutos, razón por la cual acudió a urgencias. Exploración física: alopecia no cicatrizal, abdomen globoso por distensión abdominal de 89 cm con disminución de peristalsis, doloroso a la palpación media y profunda además de rebote positivo. Estudios de laboratorio: **Tabla 1.** Estudios de gabinete: **Figura 1.** Se concluyó pancreatitis aguda de ATLANTA moderadamente grave, APACHE II de 9 puntos, BISAP de 1 punto, Marshall de 5 puntos, y se descartaron obstrucción mecánica (coledocolitiasis), causas tóxico-metabólicas (ingestión de alcohol, fármacos, hipercalcemia o hipertrigliceridemia), infección y traumatismo. Se abordó una causa autoinmunitaria: la paciente cumplió criterios de clasificación ACR/EULAR 2019 para LES (17 puntos) con anticuerpos antinucleares 1:100 000 patrón nuclear granular fino y citoplasmático granular fino denso; dominio clínico: articular (6 puntos), alopecia no cicatrizal (2 puntos); dominio inmunológico: anticardiolipina IgG 74 U/mL (2 puntos), C4 7,67 mg/dL (3 puntos), anti-DNA(dc) 275 U/mL y anti-Sm > 200 U/mL (6 puntos). La paciente presentó lesión renal aguda KDIGO III secundaria a pancreatitis aguda moderadamente grave que requirió dos sesiones de hemodiálisis, y se excluyó nefritis lúpica. Se inició tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida con respuesta favorable.

Discusión: La pancreatitis aguda puede ser letal si no se diagnostica y trata oportunamente; se presenta en 0,9% a 5% de los pacientes con predominio de sexo femenino (9:1) y edad media de 31,4 años; los síntomas principales son dolor y distensión abdominal, náusea, vómito, fiebre y diarrea en orden de frecuencia. En la mayoría de los casos coexiste con manifestaciones adicionales de LES y alta puntuación de actividad; sin embargo, puede ser la primera afectación de la enfermedad sin expresión en otros órganos y sistemas, lo que dificulta la identificación de la causa autoinmunitaria, el diagnóstico y el plan terapéutico. Se ha informado expresión grave en 30% y tasa de mortalidad del 16,34%, con sepsis y lesión renal aguda como principales causas de complicación. En LES, los pacientes con fenómeno de Raynaud, hipocomplementemia y ANCA positivos se han descrito con mayor riesgo de desarrollar complicaciones gastrointestinales. Un 3,7% de los casos con afectación gastrointestinal sufre daño acumulado vinculado con las manifestaciones, con peor pronóstico y compromiso clínico, como vasculitis, enfermedad renal y serositis. Se presenta el caso de una paciente con pancreatitis aguda de moderada gravedad como manifestación inicial

de LES, sin compromiso en otros órganos y sistemas, la cual se diagnosticó y trató a tiempo con buena respuesta terapéutica.

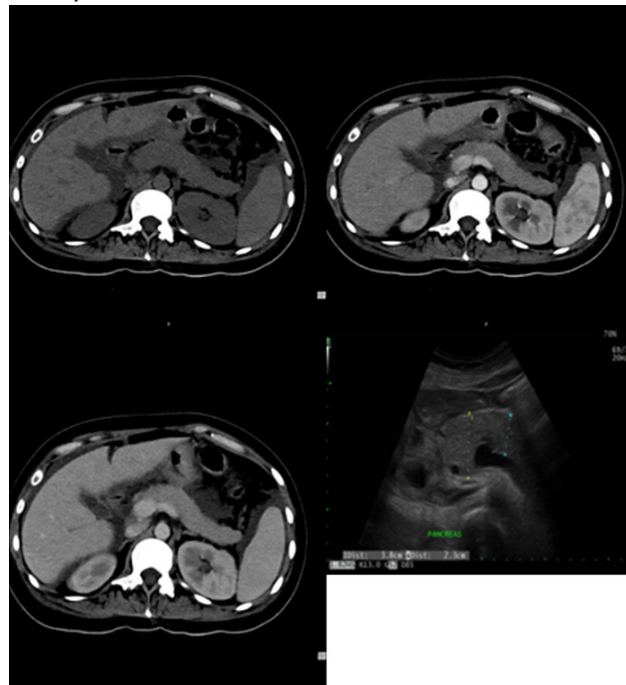
Conclusiones: La pancreatitis aguda es una afección infrecuente pero potencialmente letal de LES y puede presentarse como única manifestación inicial. Se requiere un alto índice de sospecha en ausencia de afectación de otros órganos y sistemas para el diagnóstico y el tratamiento tempranos.

Tabla 1. Estudios de laboratorio. (CC120)

Hemoglobina 11.4 g/dL	TGO 20 U/L
Hematocrito 39 %	TGP 19 U/L
Plaquetas 374 × 10 ⁹ /L	BD 0.25 mg/dL
Leucocitos 11.60 × 10 ⁹ /L	BT 0.32 mg/dL
Neutrófilos 10.10 × 10 ⁹ /L	GGT 66 UI/L
Linfocitos 0.85 × 10 ⁹ /L	FA 102 UI/L
Glucosa 103 mg/dL	Albúmina 2.7 mg/dL
Calcio 8.3 meq/L	DHL 208 U/L
Potasio 5.3 meq/L	Amilasa 1044 U/L
Sodio 136 meq/L	Lipasa 1949 U/L
Creatinina 5.63 mg/dL	Colesterol 162 mg/dL
BUN 100 mg/dL	Triglicéridos 142 mg/dL
VSG 17 mg/dl	PCR 2.5 mg/dl

Nitrógeno ureico (BUN), Examen general de orina (EGO), gamma-glutamil transferasa (GGT) Transaminasa glutámico oxalacética (TGO), Transaminasa Glutámico-Pirúvica (TGP), Deshidrogenasa láctica (DHL), FA (Fosfatasa alcalina), BD (Bilirrubina directa), BI (Bilirrubina indirecta)

Figura 1. Páncreas aumentado de volumen de forma generalizada, parénquima heterogéneo con áreas hipodensas que registran índice de atenuación de 7 UH, sin realce al paso del medio de contraste; el parénquima restante posee coeficientes de atenuación de 38 UH en fase simple, con realce homogéneo y lento, que alcanza atenuaciones de 60 UH en fase arterial y 74 UH en fase venosa. (CC120)



Bibliografía

1. Alharbi S. Gastrointestinal manifestations in patients with systemic lupus erythematosus. *Open Access Rheumatol* [Internet]. 2022;14:243-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/OARRR.S384256>.
2. Li Z, Xu D, Wang Z, *et al.* Afectación del sistema gastrointestinal en el lupus eritematoso sistémico. *Lupus.* 2017;26(11):1127-1138.

CC121

SARCOIDOSIS LARÍNGEA REFRACTARIA A ESTEROIDES. ¿CÓMO RESPONDIÓ A INMUNOGLOBULINAS?

A.K. Álvarez-Vázquez¹, G. Vega-Cornejo²⁽¹⁾Crea de Guadalajara, ⁽²⁾Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La sarcoidosis es un trastorno crónico, multisistémico y granulomatoso iniciado por secreción de interleucina 12 por macrófagos alveolares que estimulan la activación de células LTh y linfocitos B, con consecuente inflamación, formación de células epiteloides, atracción de fibroblastos, células gigantes de Langhans y liberación de IFN- γ , lo que ocasiona fibrosis y granulomas no caseosos. La presentación de sarcoidosis en pacientes pediátricos es rara, con una incidencia de 0,6-1,02/100 000 niños. Además, la presentación laríngea se reconoce solo en 1% a 5% de los casos de sarcoidosis. La causa se desconoce, pero se relaciona con influencia genética (mutaciones en HLA), infecciones (micobacterias) y algunas sustancias (berilio). La clínica es generalizada y común la afectación pulmonar; esta última y la cardíaca son las principales causas de muerte. No hay alguna prueba diagnóstica estándar; sin embargo, el diagnóstico se basa en tres criterios: clínica e imágenes radiológicas características, (linfadenopatías mediastínicas perihiliares y nódulos en los lóbulos superiores), granulomas no necrosantes y ausencia de evidencia de otras alteraciones. El tratamiento de primera línea en pacientes pediátricos se basa en la administración de glucocorticoides (prednisona). Si el paciente es resistente al tratamiento de primera línea, como segunda línea se indica metotrexato o azatioprina (inhibidores de la replicación de DNA de linfocitos T y B); el infliximab o el adalimumab constituyen el tratamiento de tercera línea. Las inmunoglobulinas en pacientes pediátricos con enfermedades reumatológicas han producido beneficio en altas dosis como tratamiento inmunomodulador y antiinflamatorio.

Presentación del caso: Debido a que se trata de una enfermedad con manifestaciones inespecíficas, es necesario conocer la presentación del trastorno en distintos pacientes y su abordaje; el objetivo de este trabajo es dar a conocer la presentación de la enfermedad y su atención para su identificación y tratamiento efectivo. Se trata de una paciente femenina de dos años, nacida por cesárea, con el antecedente de roseola el mismo año que inició su padecimiento de consulta, el cual comenzó con crup y posterior adición de fiebre y datos clínicos de infección. Acudió con un médico que, luego de descartar infección como agente causal sindromático, estableció el diagnóstico de asma; sin embargo, tras el tratamiento instituido con esteroides inhalados y sistémicos no obtuvo mejoría, por lo que se la refirió al servicio de reumatología pediátrica, en donde la radiografía de tórax, la endoscopia y la biopsia laríngea determinaron el diagnóstico de sarcoidosis laríngea. Se indicó tratamiento con inmunosupresión mediada por metotrexato a 15 mg/m²/SC semanal y gammaglobulina mensual durante seis meses a dosis de 2 g/kg de peso, acompañado de vitamina D₃ cada 24 horas.

Discusión: No se utilizó el tratamiento con esteroides debido a la refractariedad señalada con anterioridad. Después se cambió el tratamiento del inmunosupresor de segunda línea a azatioprina (50 mg/24 h, que se incrementó a 50 mg/48 h y luego a cada 72 h). Durante sus visitas médicas se observó la disminución de los reactantes de fase aguda y control de la VSG, por lo que se mantuvo el tratamiento hasta su última visita, en la que se identificó remisión de la sarcoidosis laríngea.

Conclusiones: La sarcoidosis se manifiesta con síntomas inespecíficos, por lo que su diagnóstico es de exclusión; además, el tratamiento con gammaglobulina e inmunosupresión con metotrexato y azatioprina resultó benéfico para la remisión de la sarcoidosis resistente a los corticoides.

Bibliografía

- Vega-Cornejo G, Ayala-Buenrostro P. Sarcoidosis laríngea infantil: presentación de un caso clínico. *Reumatología Clínica* [Internet]. 1 de noviembre de 2019;15(6):e102-4. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-sarcoidosis-laringea-infantil-presentacion-un-articulo-S1699258X17302383>.
- Sarcoidosis [Internet]. AMBOSS. [citado 20 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.amboss.com/us/knowledge/sarcoidosis>

- Nathan N, Sileo C, Calender A, *et al.*; French Sarcoidosis Group (GSF); Silicosis Research Group. Paediatric sarcoidosis. *Paediatr Respir Rev.* 2019 Feb;29:53-59. doi: 10.1016/j.prrv.2018.05.003. Epub 2018 May 19. PMID: 30917882.
- Hilal F, Mahdi E, Nada A. Atypical and uncommon presentation of sarcoidosis with long segment involvement of the pharynx and larynx: case report and review of literature. *Radiology Case Reports* [Internet]. 1 de agosto de 2022;17(8):2878-82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9198268/>
- Chen ES, Moller DR. Etiologies of sarcoidosis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2015;49(1):6-18. doi: 10.1007/s12016-015-8481-z
- Swigris JJ, Olson AL, Huie TJ, *et al.* Sarcoidosis-related mortality in the United States from 1988 to 2007. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;183:1524-1530.
- Sève P, Pacheco Y, Durupt F, *et al.* Sarcoidosis: a clinical overview from symptoms to diagnosis. *Cells* [Internet]. 31 de marzo de 2021;10(4):766. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33807303/>
- The role of chest X-ray in the early diagnosis and staging of sarcoidosis: Is it really should be done? [Internet]. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/en-linkresolver-the-role-chest-x-ray-in-S2173574323001491>
- Strychowsky JE, Vargas SO, Cohen E, *et al.* Laryngeal sarcoidosis: Presentation and management in the pediatric population. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* 2015;79(9):1382-1387. doi:10.1016/j.ijporl.2015.06.017
- Baughman RP, Valeyre D. ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis. *European Respiratory Journal* [Internet]. 16 de diciembre de 2021;58(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34140301/>
- Spagnolo P, Bernardinello N. Sarcoidosis. *Immunology and Allergy Clinics of North America* [Internet]. 1 de mayo de 2023;43(2):259-72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889856123000085?via%3Dihub>
- Conti F, Moratti M, Leonardi L, *et al.* Anti-inflammatory and immunomodulatory effect of high-dose immunoglobulins in children: from approved indications to off-label use. *Cells.* 2023; 2(19):2417. <https://doi.org/10.3390/cells12192417>

CC122

ARTRITIS DE LYME COMO CAUSA DE POLIARTRITIS MIGRATORIA Y FIEBRE RECIDIVANTE

A. Hernández-Miranda, M. Moreno-Ramírez

Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez

Introducción: En México se ha registrado una prevalencia de 0,3% de la enfermedad de Lyme. El 34% de los pacientes con este trastorno tiene artritis que es la principal manifestación tardía de la enfermedad. Los pacientes sufren crisis intermitentes o persistentes de dolor articular, en especial monoarticular u oligoarticular de articulaciones grandes. El diagnóstico de artritis de Lyme se establece mediante pruebas serológicas o determinación de PCR en líquido sinovial. Las modalidades terapéuticas iniciales recomendadas incluyen un ciclo de 30 días de doxiciclina o amoxicilina oral. Los pacientes con artritis de Lyme se cronifican durante meses o varios años después del tratamiento con antibióticos. El tratamiento incluye agentes antiinflamatorios y el 8% de los individuos requiere fármacos modificadores de la enfermedad.

Presentación del caso: Hombre de 31 años originario de la Ciudad de México, niega viajes previos, sin antecedentes crónicos y degenerativos. Inicia su padecimiento actual en el 2020 con fiebre de presentación intermitente cada tres meses con una duración de dos días, sin predominio de horario; dos años después se agregó poliartritis asimétrica y migratoria de carpos, rodillas y tobillo. Se hospitaliza en agosto del 2022 en el servicio de medicina interna por fiebre de origen desconocido, artritis y bicitopenia (leucopenia y trombocitopenia), reactantes de fase aguda elevados (VSG 32 mm/h, PCR 149,57 mg/dL), cultivos negativos, tomografía simple y contrastada que delinea esplenomegalia,

aspirado de médula ósea sin alteraciones significativas, citometría de flujo negativa para leucemia y linfoma. Estudios de laboratorio: C3 138 mg/dL, C4 26,4 mg/dL, ANA 1:80 moteado fino y citoplasma, anti-SSA/Ro, anti-SSB/La, anti-PR3, anti-MPO, anti-CCP, anti-Sm, anti-dsDNA, todos negativos. TORCH: positivo IgG a rubeola, positivo IgG a Epstein-Barr, IgG positivo a toxoplasma, IgG positivo a herpes, anticuerpos antirickettsia IgG e IgM negativos, anticuerpos antiborrelia IgG 14,8 positivos, anticuerpos antiborrelia IgM negativo, anticuerpos antibrucella (2 mercapto etanol) negativos. No hay evidencia clínica ni serológica de enfermedad autoinmunitaria. En octubre del 2022 se diagnostica enfermedad de Lyme y se indica tratamiento antimicrobiano con doxiciclina por un mes con remisión de todos los síntomas. En abril del 2023 muestra fiebre recidivante y oligoartritis (tobillo y rodilla) y se prescribe AINE por dos semanas con mejoría parcial de los síntomas, por lo que se decide administrar metotrexato a dosis de 10 mg/sem que produce remisión y nulas recaídas posteriores.

Discusión: La enfermedad de Lyme es una anomalía poco común en México; se ha registrado que un 34% de los pacientes puede desarrollar complicaciones musculoesqueléticas durante al menos dos meses después del tratamiento antibiótico y en el 8% de los pacientes fue necesario la indicación de FARME.

Conclusiones: En el abordaje de la poliartritis asimétrica migratoria y fiebre recidivante se debe considerar una causa infecciosa como desencadenante de la artritis inflamatoria crónica; también debe incluirse la valoración del servicio de reumatología para identificar a pacientes aptos para recibir FARME.

Bibliografía

- Gordillo G, Torres J, Solorzano F, *et al.* Serologic evidences suggesting the presence of Borrelia burgdorferi infection in Mexico. Arch Med Res. 1999 Jan-Feb;30(1):64-8. doi: 10.1016/s0188-0128(98)00015-3. PMID: 10071428.
- Grillon A, Scherlinger M, Boyer PH, *et al.* Characteristics and clinical outcomes after treatment of a national cohort of PCR-positive Lyme arthritis. Semin Arthritis Rheum. 2019 Jun;48(6):1105-1112. doi: 10.1016/j.semarthrit.2018.09.007. Epub 2018 Sep 28. PMID: 30344080.
- Long KC, Cohn KA. Lyme arthritis: an update for clinical practice. Pediatr Emerg Care. 2018 Aug;34(8):588-591. doi: 10.1097/PEC.0000000000001576. PMID: 30080791.
- Lantos PM, Rumbaugh J, Bockenstedt LK, *et al.* Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America, American Academy of Neurology, and American College of Rheumatology: 2020 Guidelines for the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Lyme Disease. Neurology. 2021 Feb 9;96(6):262-273. doi: 10.1212/WNL.00000000000011151. Epub 2020 Nov 30. Erratum in: Neurology. 2021 Feb 9;96(6):296. doi: 10.1212/WNL.00000000000011422. PMID: 33257476.
- Grillon A, Scherlinger M, Boyer PH, *et al.* Characteristics and clinical outcomes after treatment of a national cohort of PCR-positive Lyme arthritis. Semin Arthritis Rheum. 2019 Jun;48(6):1105-1112. doi: 10.1016/j.semarthrit.2018.09.007. Epub 2018 Sep 28. PMID: 30344080.

CC123

NEFRITIS TÚBULO-INTERSTICIAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

R.A. Salazar-Mendoza, A. Elizalde-García

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmunitaria con afectación principal de glándulas exocrinas, si bien son posibles manifestaciones extraglandulares durante el curso del trastorno. La afectación renal es una de ellas y se ha documentado en un 5% de los pacientes. El diagnóstico suele ser difícil ya que los datos clínicos son a menudo insidiosos y pueden preceder a los síntomas de sequedad.

Presentación del caso: Mujer de 34 años sin antecedentes de enfermedades crónicas y degenerativas que niega síntomas relacionados con síndrome seco; tiene diagnóstico de síndrome de Sjögren primario con anticuerpos

positivos: ANA 1:640 moteado grueso, anti-La 448,2, anti-Ro > 640, con consumo de complemento a expensas de C4 (33) e hipergammaglobulinemia. Posee manifestaciones extraglandulares por afectación renal y diagnóstico de nefritis tubulointerstitial establecido por biopsia renal; se reconocen nefritis tubulointerstitial activa rica en células plasmáticas, hipoperfusión glomerular crónica con esclerosis global, lesión tubular aguda focal con cambios regenerativos, fibrosis intersticial grado II (40,50%), arterioloesclerosis moderada, arteriopatía hialina leve, además de deterioro de la función renal con creatinina actual de 1,4 mg/dL estadio KDIGO 3. Se indica tratamiento con prednisona a dosis altas (1 mg/kg) y ácido micofenólico por cuatro meses. Se interrumpe el tratamiento por deseos de embarazo. No hay mejoría de la tasa de filtración glomerular. Se indica tratamiento de mantenimiento con azatioprina (1,5 mg/kg) y esteroide a dosis medias.

Discusión: La afectación renal en el síndrome de Sjögren primario suele ser infrecuente: se ha documentado en un 5% de los pacientes con esta enfermedad. Por esta razón, el diagnóstico puede volverse un reto, ya que precede en ocasiones a los síntomas secos característicos en esta anomalía. La afección renal más común es la nefritis túbulo-intersticial con una incidencia del 12% a 48% y la hipergammaglobulinemia se vincula con esta forma de presentación. Los pacientes pueden presentar de manera progresiva y lenta un deterioro de la función renal, como lo observado en este caso. Es relevante conocer que entre el 20% y el 28% de los pacientes tiene una función renal crónicamente reducida, además de que 10% a 20% de quienes padecen síndrome de Sjögren primario y enfermedad renal desarrollan enfermedad renal terminal.

Conclusiones: La afectación renal como parte del síndrome de Sjögren primario suele ser poco común, por lo que debe realizarse una evaluación periódica de la función renal debido al retraso en el diagnóstico por los síntomas inespecíficos. Es importante conocer que esta alteración puede preceder a los síntomas vinculados con el síndrome seco. Se debe establecer seguimiento estrecho, ya que algunos pacientes pueden evolucionar a la enfermedad renal terminal.

Bibliografía

- Aiyegbusi O, McGregor L, McGeoch L, *et al.* Renal disease in primary Sjögren's syndrome. Rheumatol Ther [Internet]. 2021;8(1):63-80.
- Goules A, Geetha D, Arend LJ, *et al.* Renal involvement in primary Sjögren's syndrome: natural history and treatment outcome. Clin Exp Rheumatol. 2019;37 Suppl 118(3):123-32.
- Sugitani S, Tsuji K, Yamanari T, *et al.* Tubulointerstitial nephritis and uveitis caused by Sjögren syndrome without dryness. J Clin Rheumatol [Internet]. 2021;27(8S):S759-60.

CC124

APLASIA PURA DE CÉLULAS ROJAS, UNA MANIFESTACIÓN POCO FRECUENTE DE LES

L.G. Montano-Montiel, L.V. Maya-Piña, R.E. Barbosa-Cobos, J.R. Marín-Sánchez, S.S. Coutiño-Ochoa

Hospital Juárez de México

Introducción: En el lupus eritematoso sistémico (LES), la manifestación hematológica más común es la anemia de la enfermedad crónica; otras causas menos comunes son deficiencia de hierro, hemolítica autoinmunitaria e inducida por fármacos. Una manifestación poco común es la aplasia pura de células rojas (APCR), de la cual solo se han descrito casos aislados. En un 58% se presenta en pacientes con diagnóstico previo de LES con una mediana de 81 meses tras el diagnóstico. Ante el hallazgo de este tipo de anemia deben descartarse causas infecciosas, farmacológicas, neoplasias hematológicas, tumores sólidos como timomas y enfermedades autoinmunitarias, entre ellas la artritis reumatoide (AR) y el LES.

Presentación del caso: Mujer de 38 años con antecedentes de alergia a penicilina, múltiples transfusiones sanguíneas por 5 paquetes eritrocitarios, fractura traumática de radio con tratamiento conservador y diagnóstico de LES desde cuatro años antes por manifestaciones mucocutáneas, articulares y derrame pleural, en tratamiento con cloroquina (150 mg/24 h), prednisona (5 mg/24 h) y en el último año requirió hospitalización en cinco ocasiones

por anemia grave. Actualmente hospitalizada por síndrome anémico. Exploración física: taquicárdica, palidez de tegumentos, uso de oxígeno por puntas nasales 2 lpm, y el resto sin alteraciones.

Estudios paraclínicos: ANA 1:1 000 en células HEP20, patrón nuclear granular fino y citoplasmático granular fino denso, anti-DNAc 78,7 (20), C3 98,2, C4 12,5.

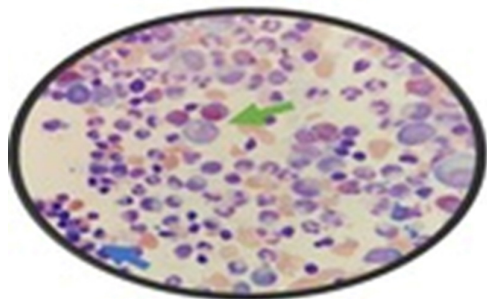
Biometría hemática: hb 5,20 g/dL, hto 16,10%, VCM 108,05 fL, plaquetas 506 000, leucocitos totales 4 800, neutrófilos 2 740, reticulocitos 0,73%. TORCH y panel viral no reactivos.

Aspirado de médula ósea: celularidad normal, disminución de serie roja; aplasia pura de células rojas (Figura 1). Biopsia de médula ósea: citomorfológico con celularidad normal en cantidad, citometría de flujo: sin evidencia fenotípica de hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN).

USG hepatoesplénico: no reconoce alteraciones estructurales. TC tórax: cambios degenerativos de columna torácica y bandas de atelectasia basales bilaterales.

Se inició tratamiento de primera línea: glucocorticoide calculado a 1 mg/kg de peso y azatioprina a 50 mg cada 24 h.

Figura 1. Aspirado de médula ósea: tinción de Wright a 1 000x en la cual se observa predominio de la serie granulocítica. Eosinófilos en diversos grados de maduración (flecha verde). Se observan escasos precursores eritroides, los cuales se encuentran en nidos (flecha azul). (CC124)



Discusión: La aplasia pura de células rojas es una rara anomalía hematológica en que la producción de glóbulos rojos en la médula ósea está gravemente disminuida o detenida. Cuando esta alteración se vincula con el contexto de enfermedad autoinmunitaria, como el LES, cobra importancia clínica significativa tanto por su rareza como por las implicaciones para el tratamiento.

Conclusiones: Los pacientes con APCR pueden sufrir síntomas de anemia grave y alterar su calidad de vida. Con frecuencia requieren transfusión de hemoderivados con riesgo de infecciones y sobrecarga de hierro, tratamiento inmunosupresor y, en algunos casos, tratamientos más específicos como los fármacos biológicos. Persiste la necesidad de investigar más sobre las mejores estrategias terapéuticas para APCR en pacientes con LES; el objetivo es mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida.

Bibliografía

- Gurnari C, Maciejewski JP. How I manage acquired pure red cell aplasia in adults. *Blood*. 2021 Apr 15;137(15):2001-2009.
- Saeed M, Sharif F, Ijaz M, et al. A case of systemic lupus erythematosus presenting as pure red cell aplasia. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res*. 2021 Apr 1;15(2):135-138.

CC125

MUTACIÓN C677T DEL GEN MTHFR. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS

R. Márquez-Sánchez, A.S. Vargas-Avilés, C. Hernández-Díaz

Hospital Juárez de México

Introducción: La enzima metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) participa en procesos necesarios para la metilación, reparación y síntesis

del DNA, además de intervenir en la reserva de folatos y metionina. Se han descrito 14 mutaciones del gen *MTHFR*, la más frecuente de las cuales es la C677T; en los portadores ocurre 50% a 70% de reducción de la actividad enzimática, lo que se traduce en incremento de los valores de homocisteína y disminución de la biodisponibilidad de grupos metil DNA. En pacientes gestantes origina disminución de la vascularización placentaria, favorece episodios trombóticos, anomalías congénitas en el producto e incremento de pérdidas fetales. La prevalencia del polimorfismo C677T del gen *MTHFR* es de 38% a 48% en la población mexicana comparada con otras poblaciones del mundo.

Presentación del caso: Paciente femenina de 41 años enviada al servicio de reumatología por probable síndrome de anticuerpos antifosfolípido por antecedente de pérdidas fetales consecutivas en las semanas 11, 8 y 16 de la gestación en los últimos dos años. En el interrogatorio dirigido no muestra otros antecedentes ni síntomas clínicos de relevancia.

Exploración física: talla 156 cm, peso 83 kg, IMC 34, TA 100/80. Paciente obesa, sin alteraciones en los planos cardíaco y pulmonar, y abdomen con abundante panículo adiposo. Estudios de laboratorio: Hb 12,9 g/dL, plaquetas 276 10³/UI, glucosa 70 mg/dL, creatinina 0,61 mg/dL, colesterol 176 mg/dL, triglicéridos 153 mg/dL, ácido úrico 5,3 mg/dL, TSH 3,1 UI/mL, T4L 0,8 ng/dL. PPD, panel viral para VIH, VHB, VHC no reactiva, perfil TORCH sin alteraciones, VDRL negativo. Inmunológicos: anticuerpos: antitiroideos, ANA, anti-DNA, anti-Sm, anti-Ro, anti-La, anticoagulante lúpico, anti-B2GPI IgG e IgM, anticardiolipinas IgG e IgM negativos. Factor V de Leiden, proteínas C y S sin alteraciones. Se amplió el abordaje con anticuerpos (no criterio para SAAF), los cuales fueron negativos. El estudio genético demostró que la paciente era portadora de la variante C677T del gen *MTHFR*, por lo que fue enviada al servicio de hematología y dada de alta.

Discusión: La pérdida gestacional recurrente definida como dos o más pérdidas consecutivas del embarazo ocurre en 1% a 4% de las mujeres gestantes. Se han identificado varios factores de riesgo: infecciosos, anatómicos, endocrinos, genéticos o autoinmunitarios. Las alteraciones genéticas son las causas menos estudiadas dentro del abordaje, pero deben tenerse en mente y no solo considerar la posibilidad de SAAF.

El análisis genético y la evidencia en la paciente de portar la variante C677T del gen *MTHFR*, aunado a factores de riesgo como la edad materna avanzada y la obesidad, fueron relevantes para excluir SAAF.

Conclusiones: El SAAF es solo una de varias causas que provocan las pérdidas fetales recurrentes. El abordaje en pacientes con tales pérdidas es más complejo y requiere excluir otras posibilidades que el médico reumatólogo debe conocer y considerar. Dentro de las causas genéticas, la mutación de *MTHFR* C677T es una de las más frecuentes en la población mexicana y se relaciona con teratogenicidad, fenómenos trombóticos y pérdidas fetales.

Bibliografía

- Rodríguez M, Torres L, Chen J. Maternal MTHFR polymorphisms and risk of spontaneous abortion. *Salud Pública Méx*. 2009 Feb;51(1):19-25.
- Sowmy S, Ayyali A, Vidya K, et al. Genetic variation of folate metabolic pathway in recurrent pregnancy loss a systemic review. *Int J Med Rev and Case Rep*. 2022;6(19):50-53.

CC126

REPORTE DE CASO. ISQUEMIA DE FALANGE DISTAL EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS

E.M. Ramos-Galeano, A.C. Muñoz-Cedeño, A.E. Santizo-Ávila, H. Menchaca-Aguayo, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmunitaria sistémica caracterizada por trombosis arterial o venosa, vinculada con títulos elevados de anticuerpos antifosfolípidos (aPL). Tiene una prevalencia de 2,5 casos por cada 100 000 niños. Puede manifestarse de

forma aislada o relacionada con enfermedades autoinmunitarias, como el lupus eritematoso sistémico (LES), que se presenta en el 80% a 90% de los pacientes con esta afección y es una de las diátesis protrombóticas más comunes. La trombosis venosa es la complicación vascular más frecuente, notificada hasta en el 60% de los niños afectados. Los sitios más comunes de trombosis venosa incluyen las venas profundas de las extremidades inferiores, venas del seno cerebral, vena porta y venas profundas de las extremidades superiores.

Presentación del caso: Paciente femenina de 16 años con antecedente de toxicomanías (amilnitrito y marihuana). Presentó un cuadro de un mes de evolución con fiebre, artralgias e hiporexia, sin mejoría con antiinflamatorios no esteroideos. Se agrega dolor súbito en la falange distal del quinto dedo de la mano izquierda y cambios de coloración, por lo que se dirige a urgencias (**Figura 1**). Exploración física: úlceras en paladar duro, dermatosis facial, bradipisia y bradipsiquia, además de isquemia en el quinto dedo izquierdo. Estudios de laboratorio: anemia, linfopenia y deterioro

Figura 1. Isquemia de la falange distal de la mano izquierda en la paciente. (CC126)



de la función renal. Tiempos de coagulación con prolongación de TTPa. Por hallazgos clínicos y analíticos se sospecha LES y SAAF, y se solicitan anticuerpos con resultados positivos: ANA 1:160 patrón homogéneo y 1:320 patrón citoplásmico, anti-DNA > 800, anti-Sm > 200, AL 2,54, aCL 30,52 y anti-B2 glucoproteína 134,78. Coombs directo positivo (IgG y C3D++). La resonancia magnética mostró lesiones desmielinizantes que se extienden desde el tallo cerebral (la mayor de ellas en el mesencéfalo parasagital izquierdo) y otras que se extienden a nivel supratentorial en la región talámica derecha y hacia la unión corticosubcortical bilateral. La ecocardiografía evidenció hipertrofia concéntrica moderada del ventrículo izquierdo, y el Doppler de la mano izquierda ausencia de vascularización en la falange distal. Se inició tratamiento con enoxaparina (2 mg/kg/día), ácido acetilsalicílico (3 mg/kg/dosis), pulsos de metilprednisolona 30 (mg/kg/dosis), ciclofosfamida y azatioprina. La biopsia renal confirmó nefritis lúpica de clase IV. Con el tratamiento la paciente experimentó evolución clínica favorable.

Discusión: El caso pone de relieve la compleja interacción entre LES y SAF, dos alteraciones autoinmunitarias que potencian el riesgo de episodios trombóticos graves. En este contexto, la isquemia digital es una manifestación rara pero relevante, que puede servir como indicio temprano de compromiso vascular sistémico. La relación de múltiples anticuerpos antifosfolipídicos incrementa considerablemente el riesgo trombótico y en pacientes pediátricos con LES es fundamental realizar una búsqueda activa de estos marcadores.

Conclusiones: El SAF vinculado con el LES en pacientes pediátricos representa un desafío diagnóstico y terapéutico significativo, debido a la gran predisposición a la trombosis y las complicaciones vasculares graves, como la isquemia digital. Este caso subraya la importancia de una evaluación exhaustiva, que incluya tanto los aspectos clínicos como los inmunológicos, para la detección temprana de complicaciones trombóticas. Un enfoque terapéutico multidisciplinario que considere la anticoagulación, los inmunosupresores y el control específico de las manifestaciones clínicas es clave para mejorar el pronóstico y prevenir secuelas mayores. La evolución favorable de la paciente en este caso

destaca la relevancia de un tratamiento oportuno e intensivo en estas situaciones complejas.

Bibliografía

- Levine JS, Branch DW, Rauch J. The antiphospholipid syndrome. *N Engl J Med.* 2002;346(10):752-63. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra00297>
- Hughes GRV. Thrombosis, abortion, cerebral disease and lupus anticoagulant. *Br Med J (Clin Res Ed).* 287:1088-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1549319/pdf/bmjcred00575-0008.pdf>
- Cáliz R, Díaz del Campo P, Galindo M, *et al.* Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre síndrome antifosfolípido primario. Parte I: Diagnóstico, evaluación y tratamiento. *Reumatol Clínica.* 2019. Disponible en: <http://www.reumatologiainformacion.org/es-recomendaciones-sociedad-espanola-reumatologia-sobre-avance-S1699258X18302547>.

CC127

PIODERMA GANGRENOSO EN ASOCIACIÓN CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SÍNDROME DE SJÖGREN

R. Márquez-Sánchez, L.V. Maya-Piña, R.E. Barbosa-Cobos

Hospital Juárez de México

Introducción: El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad rara de origen autoinflamatorio caracterizada por úlceras cutáneas dolorosas de rápido desarrollo; se presenta de forma predominante en los miembros pélvicos y se vincula con AR hasta en un 16,9%. El diagnóstico requiere alta sospecha clínica y correlación histopatológica con infiltrado neutrofílico denso y maduro dentro de la dermis o la epidermis, ya que estas lesiones se confunden a menudo con otras lesiones ulcerativas, lo cual causa retraso en el tratamiento y un peor pronóstico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 55 años con AR de ocho años de evolución en tratamiento con metotrexato a dosis óptima, quien acudió a urgencias por presentar úlceras cutáneas muy dolorosas de inicio agudo y rápida progresión, localizadas en la pierna derecha sin compromiso vascular. Exploración física: úlceras en la pierna derecha con base necrótica y bordes violáceos en sacabocados (**Figura 1**), la mayor de 15 cm, pulsos poplíteos, tibiales y pedios +++/+++, artritis de carpo izquierdo y segunda MCF izquierda. Estudios paraclínicos: leucocitos 7,09 10³/UI, hemoglobina 11,4 g/dL, plaquetas 374 10³/UI, PCR 15,7 mg/dL, glucosa 70 mg/dL, creatinina 0,56 mg/dL, ANA 1:1 000 nuclear granular fino denso, anticuerpos anti-Ro 147,55 Ur/mL, anti-La 49,9 Ur/mL, FR 78,1 UI/mL, anti-CCP 49,94 Ur/mL, ANCA -, panel viral para VIH, VHB, VHC no reactivo, cultivos -, biopsia indicativa de PG por infiltrado neutrofílico en dermis. Se integró diagnóstico de PG de acuerdo a la calificación PARACELSUS, y la paciente se trató con glucocorticoides y rituximab.

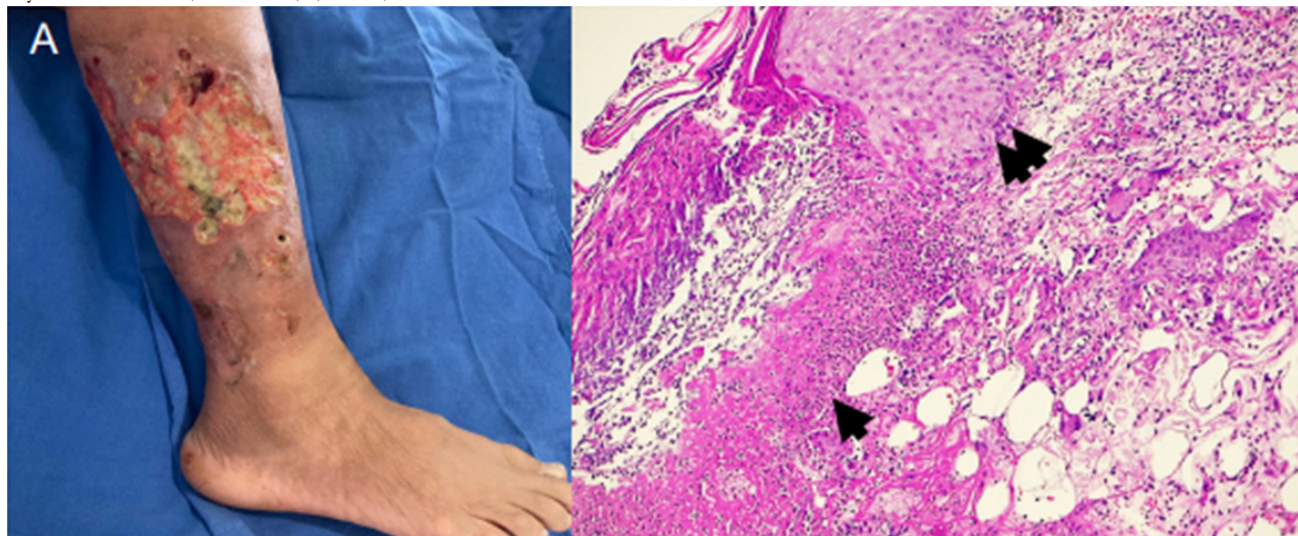
Discusión: La detección temprana y la clasificación correcta de las manifestaciones cutáneas vinculadas con AR son imperativas para un tratamiento exitoso y, en consecuencia, un mejor pronóstico. En el PG, el inicio temprano de inmunosupresión ayuda a reducir al mínimo la extensión de las úlceras y la formación de cicatrices deformantes.

Conclusiones: El PG es una manifestación cutánea específica y poco frecuente en AR que no suele reflejar el curso clínico de la enfermedad. Este caso es el de una paciente con baja actividad articular que desarrolló úlceras consistentes con esta entidad.

Bibliografía

- Skopis M, Bag-Ozbek A. Pyoderma gangrenosum: a review of updates in diagnosis, pathophysiology and management. *J.* 2021;4:367-375.
- Fischer AH, Jourabchi N, Khalifian S, *et al.* Spectrum of diseases associated with pyoderma gangrenosum and correlation with effectiveness of therapy: New insights on the diagnosis and therapy of comorbid hidradenitis suppurativa. *Wound Repair Regen.* 2022;30(3):338-344.

Figura 1. (A) Lesiones ulceradas en sacabocado, fondo sucio con fibrina y tejido de granulación eritematoso. (B) Biopsia cutánea de lesiones activas (tinción H-E): fondo de úlcera activa (flecha simple), infiltrado difuso de neutrófilos en dermis subyacente. Borde de epidermis intacta, discretamente elevada, adyacente a la úlcera (doble flecha). (CC127)



CC128

SÍNDROME POSTROMBÓTICO Y EVENTO VASCULAR CEREBRAL EN PACIENTE JOVEN, ENTIDADES CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN DE SÍNDROME DE ANTICUERPO ANTIFOSFOLÍPIDOS

V.J. Tello-Romero, O. Ek-Chable, A. Coello-López Rivera
Hospital General Agustín Oborán

Introducción: El síndrome postrombótico (SPT) es la complicación crónica más frecuente de la trombosis venosa profunda (TVP) y ocurre en el 30% a 50% de los pacientes en los dos años posteriores a la TVP proximal. Se caracteriza por síntomas como dolor, edema pretibial, induración de la piel, hiperpigmentación y ulceración venosa en los casos más graves.

Presentación del caso: Mujer de 38 años de edad con antecedente de accidente vascular cerebral en 2022; inicia padecimiento seis años antes con lesiones ulcerativas dolorosas en región maleolar y edema de miembros inferiores, con seguimiento por clínica de heridas y tratamientos antimicrobianos no especificados con mejoría parcial; una semana antes del ingreso muestra incremento de edema y número de lesiones en relación con elevación térmica no cuantificada, por lo que acude al servicio de urgencias y se inicia tratamiento con doble esquema antimicrobiano y analgesia. El ultrasonido Doppler señaló insuficiencia venosa en ambos miembros pélvicos de predominio en poplíteo y troncos tibioperoneos, formaciones varicosas en ambas pantorrillas, por lo que ingresa a piso de medicina interna. Estudios de laboratorio: leucocitos $4,6 \times 10^3 \text{ mm}^3$, neutrófilos $3,1 \times 10^3 \text{ mm}^3$, hb 10,8 g/dL, hto 31,2%, VCM 82,40 ft, plaquetas $147 \times 10^3 \text{ mm}^3$, TP 13,9 s, TTP 43,5 s, INR 1,26 s, c3 117,97 mg/dL, c4: 28,59 mg/dL, anticardiolipinas IgG 55,19 IgG-FI/mL (alto), anticardiolipina IgM < 2 igM-FI/mL, anticoagulante lúpico: 2 440 ratio (positivo), anti-Sm: < 2 UR/mL ss-b: < 2 UR/mL ssa: 2,28 UR/mL. Tomografía de abdomen simple y contrastada: trombosis venosa extensa de la vena cava inferior hasta de 61 mm desde la porción infrarrenal hasta la iliaca común, por lo que se inició anticoagulación con warfarina (7,5 mg de lunes a viernes y 5 mg sábado y domingo); se obtiene INR de 4.

Discusión: En pacientes con episodio trombótico arterial sin perfil de alto riesgo cardiovascular, cuadro clínico indicativo de episodio tromboembólico venoso y livedo racemosa en tórax, tronco, región glútea y extremidades, las instituciones de primer y segundo niveles deben sospechar síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, solicitar anticuerpos respectivos y referir al especialista en el área. Se ha demostrado que la incidencia del síndrome de anticuerpos antifosfolípidos relacionado con accidente cerebrovascular recurrente en adultos jóvenes es de 5 casos por cada 100 000 habitantes.

Conclusiones: No existe una norma de referencia para el diagnóstico del SPT; sin embargo, ante la sospecha diagnóstica, la escala de Villalta es una herramienta útil que permite definir la gravedad y el tratamiento.

De igual manera, en este país no existen estadísticas globales; se ha publicado una prevalencia de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario de 40 a 50 casos por cada 100 000 habitantes, de los cuales 1% puede desarrollar la variedad catastrófica.

Bibliografía

- Barbhaiya M, *et al.* 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criterion. *Ann Rheum Dis.* 2023;82:1258-1270. doi:10.1136/ard-2023-224609
- Mazzolai L, Aboyans V, Ageno W, *et al.* Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis a joint consensus document from the European Society of cardiology working groups of aorta and peripheral vascular diseases and pulmonary and right ventricular function. *European Heart Journal.* 2018;39:4208-4218.

CC129

COMPLICACIONES PULMONARES EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ENFOQUE EN LA HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA Y SU IMPACTO EN LA MORTALIDAD

A. Hernández-Reyes, M.F. Mendoza-Rodríguez, A. Hernández-Delgado, G.A. Valero-Gaona

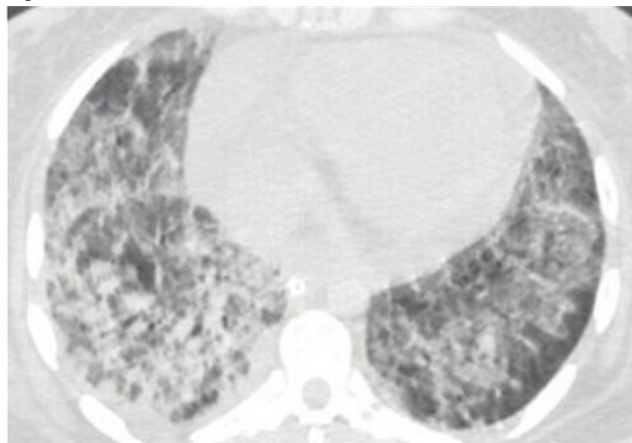
Hospital Juárez de México

Introducción: La afectación pulmonar en el lupus eritematoso sistémico ocurre en 50% a 70%, incluidas pleuritis, neumonitis aguda, enfermedad pulmonar intersticial, hemorragia alveolar difusa e hipertensión arterial pulmonar. La hemorragia alveolar difusa es una presentación grave, de rápida progresión y letal, secundaria a alteraciones en la interfaz capilar-alveolar, y posee una prevalencia de 0,5% a 5,7% y una mortalidad de 50% a 90%.

Presentación del caso: Mujer de 29 años con antecedente de transfusión de hemoderivados, con fiebre de predominio nocturno dos meses antes de su ingreso, y astenia, adinamia, ictericia, ortopnea y disnea progresiva de grandes a pequeños esfuerzos al mes siguiente. Exploración física: alopecia no cicatrizal bitemporal, ictericia conjuntival, úlcera en labio superior, disminución bilateral del murmullo vesicular, estertores crepitantes

bilaterales, aumento de vibraciones vocales y matidez subescapular. Estudios paraclínicos: bilirrubina directa 5,21 mg/dL, bilirrubina total 7,52 mg/dL, creatinina 1,15 mg/dL, urea 21 mg/dL, DHL 213 UI/L, albúmina 2,4 g/dL, TGO 59 U/L, TGP 43 U/L, fosfatasa alcalina 159 U/L, GGT 216 UI/L, procalcitonina 0,88 ng/mL, ácido úrico 9,8 mg/dL, VSG 125 mm/h, PCR 4,49 mg/dL, leucocitos 19,46 10^3 /ul, hemoglobina 7,6 g/dL, hematocrito 21,4%, plaquetas 147 10^3 /ul, neutrófilos 16,33 10^3 /ul, linfocitos 2,53 10^3 /ul, TP 16,8 s, INR 1,48, TPT 36 s, C3 22,3 mg/dL, C4 7,35 mg/dL. Recolección de orina de 24 horas: depuración de creatinina 11,9 mL/min, proteínas totales negativas, microalbuminuria 14,9 mg/24 h. ANA Screen 1:10 000 en células Hep 2 patrón nuclear granular fino y citoplasmático granular fino denso, anti-DNAs 65,5 UI/mL, anti-SM \geq 200 UR/mL, anti-SSA 3,2 Ur/mL, anti-SSB 4,3 UR/mL, anti-B2 IgG 6,35 Ur/mL, anti-B2 IgM 3 Ur/mL, anticardiolipina IgG 19,1 U/mL, anticardiolipina IgM \leq 2 U/mL. ANCA negativos, anti-MPO 2,19 UR/mL, anti-PR3 <2 UR/mL, Coombs directo positivo. Radiografía de tórax: opacidades difusas en ambos hemitórax, broncograma aéreo apical izquierdo, cardiomegalia de grado IV, índice cardíaco 0,90. Ecocardiograma: separación de hojas pericárdicas < 20 mm, variabilidad de flujo < 25% con colapso del ventrículo derecho. Tomografía de tórax: hallazgos indicativos de hemorragia alveolar difusa, consolidación apical izquierda y engrosamiento pericárdico de 23 mm (Figura 1). Pericardiocentesis con drenaje de 200 mL y líquido alveolar por broncoscopia con moderados eritrocitos, abundantes neutrófilos y macrófagos hemosiderófagos con escasas células epiteliales. Hemocultivos, cultivos de líquido pericárdico y alveolar sin desarrollo bacteriano.

Figura 1. Tomografía de tórax de fase simple en corte transversal que muestra el parénquima con pérdida de la relación bronquiovascular, engrosamiento del intersticio, opacidad alveolar difusa en ambos hemitórax, patrón tipo *crazy paving* y áreas de vidrio deslustrado en ambos segmentos superiores. (CC129)



Discusión: La hemorragia alveolar difusa es una complicación respiratoria grave desencadenada por capilaritis pulmonar inducida por inmunocomplejos, y por hemorragia blanda que conduce a daño de la membrana basal y fuga de eritrocitos al espacio alveolar. Su identificación diagnóstica se basa en la revisión clínica, radiografía y tomografía de tórax de alta resolución, así como análisis de líquido alveolar. En la actualidad existen diversos tratamientos, como metilprednisolona, ciclofosfamida, plasmáferesis, inmunoglobulina y rituximab. En el escenario descrito se presenta una hemorragia alveolar difusa como complicación crítica del lupus eritematoso sistémico que exige atención avanzada de la vía respiratoria e ingreso a la unidad de cuidados intensivos adultos, con administración de metilprednisolona, ciclofosfamida y plasmáferesis, pero tenía desfavorables escalas pronósticas de mortalidad.

Conclusiones: Se destaca en este caso clínico una compleja presentación del lupus eritematoso sistémico, en particular el compromiso pulmonar que representa la hemorragia alveolar difusa. La identificación temprana de complicaciones potencialmente letales es esencial para mejorar el pronóstico y la calidad de vida. Se ha demostrado que el tratamiento temprano puede aumentar la tasa de supervivencia.

Bibliografía

1. Al-Adhoubi NK, Bystrom J. Systemic lupus erythematosus and diffuse alveolar hemorrhage, etiology and novel treatment strategies. *Lupus*. 2020;29(4):355-363.
2. Shin JI, Lee KH, Park S, *et al.* Systemic lupus erythematosus and lung involvement: a comprehensive review. *J Clin Med*. 2022;11(22):6714. Published 2022 Nov 13.

CC130

EDEMA DE MANOS Y PIES COMO MANIFESTACIÓN DE ARTRITIS REUMATOIDE

A.S. Vargas-Avilés, C. Hernández-Díaz

Hospital Juárez de México

Introducción: El edema del dorso de manos y extremidades inferiores en pacientes con artritis reumatoide (AR), sin relación con factores como anemia, hipoalbuminemia, afección cardíaca, renal o tiroidea, es inusual. Se desconoce la patogenia pero se ha sugerido obstrucción venosa, incremento de la permeabilidad capilar por acción del factor de crecimiento endotelial (VEFG), obstrucción linfática por productos inflamatorios y la combinación de todos ellos. Con mayor frecuencia afecta a las manos y no parece existir correlación con la positividad del factor reumatoide ni la actividad clínica de AR. Existen informes de casos de linfedema crónico verdadero, con pobre respuesta a glucocorticoides y fármacos modificadores de la enfermedad, de modo predominante en mujeres con AR de larga duración.

Presentación del caso: Paciente femenino de 43 años sin antecedentes de relevancia, con cuadro clínico de 10 meses de evolución caracterizado por artralgiyas y artritis en codos, segunda a cuarta MTCTF, segunda a quinta IFP de ambas manos, rodillas y segunda a quinta MTTF de ambos pies, RAM mayor a una hora de duración. La paciente acudió con reumatólogo que estableció el diagnóstico de AR e inició metotrexato (15 mg VO semanal) y etoricoxib (90 mg VO/24 h), con mejoría parcial. Un mes después se agregó edema doloroso, persistente en manos, pies y tobillos con godete positivo. Se indicó prednisona (10 mg VO/24 h); tras dos meses, la paciente suspendió dicho fármaco ante la falta de mejoría e incremento ponderal.

Exploración física: TA 110/60 mmHg, FC 70x, peso 72 kg, talla 160 cm. Articulaciones dolorosas: segunda y tercera. IFP de manos, hombros, codos, rodilla derecha, artritis en codo y rodilla derecha, edema del dorso de ambas manos, pies, tobillos y tercio inferior de ambas piernas con godete ++++. Sin alteraciones cardíacas, pulmonares o abdominales. CDAI 18. Estudios de laboratorio: Hb 13,7 g/dL, PCR 3,1 mg/dL, Cr 0,52 mg/dL, albúmina 4,1 g/dL, depuración de creatinina 117,8 mL/min. Perfil tiroideo, hepatitis B y C, VIH y PPD sin alteraciones. Resultados inmunológicos: FR 166,3 IU/mL, anti-CCP 2 500 u/mL, anticuerpos ANA, anti-DNA, anti-Sm, anti-Ro y La negativos. Telerradiografía de tórax sin alteraciones. Ultrasonido articular (Figura 1): carpos-tejidos blandos con aumento de volumen, heterogéneo, hipoanecoico, no sinovitis ni señal Doppler. La paciente recibió dosis única de betametasona intramuscular e inició tratamiento con adalimumab (40 mg SC cada dos semanas), con mejoría clínica.

Discusión: El edema en extremidades superiores e inferiores en pacientes con artritis reumatoide implica un reto y exclusión de otras causas no reumatológicas; en esta paciente se investigó inicialmente la afectación tiroidea, tras considerar la relación común con AR, además de que no se documentaba afectación cardíaca, renal ni hipoalbuminemia. El ultrasonido articular demostró el edema de tejidos blandos. La respuesta al glucocorticoide intramuscular y el adalimumab fue inmediata, por lo que el edema se atribuyó al proceso inflamatorio articular.

Conclusiones: El edema de manos y pies con godete puede ocurrir en forma inusual en algunos pacientes con AR. En su análisis deben excluirse causas sistémicas no reumatológicas. La afectación linfática crónica y persistente puede ocurrir en algunos casos. En sujetos de mayor edad puede causar confusión con el síndrome RS3PE. El ultrasonido ayuda a diferenciar otras causas de edema de manos y pies.

Figura 1. Edema de manos y pies. Ultrasonido (A y B), corte longitudinal del carpo derecho. Tejidos blandos con aumento de volumen heterogéneo, hipoanecoico. Sin señal Doppler. (C) Imagen longitudinal del radio distal con la misma lesión. (D) Imagen transversal de la cara lateral de la segunda MTCF con pérdida redondeada de cortical, sin señal Doppler. (CC130)



Bibliografía

1. Paira S, Caliani L, Luraquiz N. Distal extremity swelling with pitting o edema in rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2001;20:76-79.
2. Breznik V, Dai K, Marovt M. Chronic peripheral edema in a patient with rheumatoid arthritis. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2018;27(1):37-39.

CC131

ESCLERODERMIA SISTÉMICA LIMITADA EN PACIENTE PE- DIÁTRICO

M. Martínez-López
Crea de Guadalajara

Introducción: La esclerodermia es una enfermedad multisistémica caracterizada por cambios inflamatorios, vasculares y escleróticos de la piel y órganos internos, particularmente pulmones, tracto gastrointestinal y corazón. Se relaciona con defectos endoteliales, de autoinmunidad, y fibroblastos desencadenados por factores genéticos, ambientales e infecciosos. Se calcula una prevalencia de 3 por cada 1 000 000 en niños, predomina en el sexo femenino y la raza caucásica y la edad media de presentación es de nueve años. La fibrosis tisular generalizada es el punto fundamental de la patogenia. La acumulación de proteínas de la matriz extracelular altera la configuración normal de los órganos afectados y causa falla orgánica. La fibrosis es la culminación de la interacción de los episodios inmunológicos, vasculares y fibrogénicos que caracterizan a la enfermedad. Diversas citocinas intervienen en este proceso: el factor de transformación del crecimiento β , el factor de crecimiento derivado de plaquetas, las interleucinas IL-1, IL4, IL-6 e IL-8, que a través de receptores de superficie celular estimulan a los fibroblastos con el consiguiente incremento de la síntesis del colágeno tipos I, III, IV, V y VI. La fibrosis cutánea causa aumento del grosor de la dermis. La piel se vuelve atrófica, con adelgazamiento de la epidermis y disminución de los capilares dérmicos. El cambio vascular más relevante es la enfermedad de Raynaud, que ocurre en el 90% de los pacientes con esclerodermia; es una anomalía de la microcirculación y dis-

minución de los vasos capilares; en casos graves puede conducir a úlceras digitales y la segunda manifestación más común es el endurecimiento cutáneo. Un médico establece el diagnóstico tras relacionar síntomas, estudio de la piel y exploración general, con estudio inmunológico y capilaroscopia. El tratamiento depende de las manifestaciones: corticoides (metotrexato, 15 mg/m/sem) y para la afectación vascular se administran los inhibidores de los canales de calcio. En los casos de rápida progresión o enfermedad refractaria se puede considerar el tratamiento biológico con tocilizumab.

Presentación del caso: Se trata de una paciente femenina de 8 años que acude con reumatólogo que determina el diagnóstico de esclerodermia e inicia tratamiento con metotrexato y ácido fólico y se envía al servicio de dermatología. Estudios de laboratorio: BH 13,1, HTO 40,8, plq 398, IIF 5,76, ANA con moteado grueso 1,320, perfil tiroideo normal, ANCA neg, EGO neg, Cr 0,35, ácido úrico 27, glo 2,8, IgG 1 188, IgA 178 y esófago con acalasia. La madre acude al servicio de reumatología pediátrica por desconocimiento de la enfermedad y por falta de mejoría. Exploración física: limitación en la amplexión y amplexación a nivel de tórax, extremidades íntegras pero con lesiones en manos, con zonas de ulceraciones y se observa también una placa en la pierna derecha que no limita los arcos de movimiento. La madre refiere una evolución de 11 meses. Se observa fenómeno de Raynaud, con diagnóstico de síndrome CREST.

Discusión: Se instituyó tratamiento con ácido micofenólico, esteroides y fármaco biológico (tocilizumab).

Conclusiones: La esclerodermia no se identifica bien y ello conduce a un retraso diagnóstico en la mayoría de los casos; por ese motivo es muy importante conocer la enfermedad para una derivación temprana de los pacientes.

Bibliografía

1. Etiopatogenia y tratamiento [Internet]. Medigraphic.com. 2013 [citado el 20 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131g.pdf>
2. What is scleroderma [Internet]. Cleveland Clinic. 2023. Available from: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/scleroderma>.
3. Esclerodermia dossier de prensa [Internet]. Available from: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/Esclerodermia.pdf>
4. National Scleroderma Foundation [Internet]. National Scleroderma Foundation. Available from: <https://scleroderma.org>

CC132

MIXOMA CARDIACO EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMA- TOIDE Y SÍNDROME DE SJÖGREN

C.D. Plácido-Cuenca, S. Gallegos-Nava, H. Menchaca-Aguayo
ISSSTE, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Los mixomas cardíacos primarios son raros, con una incidencia aproximada de 0,02%. Más del 75% son benignos y pueden afectar a cualquier cavidad cardíaca, en particular la aurícula izquierda. La presentación clínica varía de acuerdo con su localización, tamaño y movilidad. Son posibles la obstrucción mecánica de la válvula mitral, la embolización y los síntomas constitucionales que pueden simular trastornos inflamatorios y autoinmunitarios. Estos últimos se han relacionado con la activación de citocinas como la interleucina 6 (IL-6) y el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) que contribuye al crecimiento tumoral. Las principales enfermedades vinculadas son vasculitis como poliangeitis granulomatosa y síndrome antifosfolípidos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 45 años, con antecedentes de vitiligo, artritis reumatoide y síndrome de Sjögren. Presenta un síndrome constitucional de dos meses de evolución, fiebre de un mes, dolor abdominal, ictericia y coluria. Exploración física: ictericia, dolor abdominal sin irritación peritoneal, artralgias y xerostomía. Estudios de laboratorio: leucocitosis de 20 800 (linfocitosis de 14 600), pruebas hepáticas elevadas (GGT 2 047 U/L, BD 2,50 mg/dL, BI 1,25 mg/dL, BT 3,75 mg/dL, FA 1 019 IU/L, AST 373 U/L, ALT 377 U/L, DHL 1 016 U/L). Ultrasonido de hígado y vías biliares: colecistitis aguda, probable coledocolitiasis y enfermedad hepática difusa. La colecistectomía laparoscópica no identificó defectos en la vía biliar. Ante la persistencia de la fiebre y el síndrome constitucional, se con-

tinuó el protocolo diagnóstico. La panendoscopia reveló gastritis crónica y úlceras duodenales, mientras que la tomografía delineó una tumoración en la aurícula izquierda (70% de ocupación, densidad de 33 UH, realce periférico) de 39 x 23 mm, junto con hepatoesplenomegalia (Figura 1). El ecocardiograma reconoció un tumor homogéneo adherido al tabique interauricular de 41 x 38 mm, sin obstrucción valvular ni protrusión al ventrículo izquierdo. Se practicó operación con circulación extracorpórea y resección del tumor, y se confirmó mixoma en el estudio histopatológico.

Figura 1. (CC132)



Discusión: Este caso destaca la complejidad diagnóstica de los mixomas en pacientes con enfermedades autoinmunitarias como AR y SS, que tienen un perfil clínico caracterizado por manifestaciones sistémicas que pueden confundirse con los síntomas constitucionales de un mixoma. En esta mujer, la coexistencia de AR y SS complicó el diagnóstico, ya que sus síntomas iniciales, como la fiebre, las artralgias y el síndrome constitucional, pudieron atribuirse a la actividad de sus enfermedades de base. Si bien se ha puesto de manifiesto la relación de los valores plasmáticos de IL-6, producidos por las propias células tumorales, como causante de los síntomas sistémicos, esto abre un nuevo paradigma para investigar la correlación entre estos tumores y la actividad de una enfermedad reumatológica. Es esencial mantener un enfoque clínico integral en pacientes con enfermedades reumáticas que muestran síntomas sistémicos atípicos o persistentes. **Conclusiones:** El mixoma cardíaco es un reto diagnóstico, especialmente en pacientes con enfermedades autoinmunitarias, debido a la posible relación de ambas alteraciones. En este caso, el abordaje integral fue fundamental para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Bibliografía

- Mendoza CE, Rosado MF, Bernal L. The role of interleukin-6 in cases of cardiac myxoma. Clinical features, immunologic abnormalities, and a possible role in recurrence. *Tex Heart Inst J.* 2001;28(1):3-7.
- Islam AKMM. Cardiac myxomas: a narrative review. *World J Cardiol.* 2022 Apr 26;14(4):206-219. doi: 10.4330/wjc.v14.i4.206.

CC133

NEFRITIS LÚPICA Y AMILOIDOSIS ALECT2. PRESENTACIÓN DE UN CASO

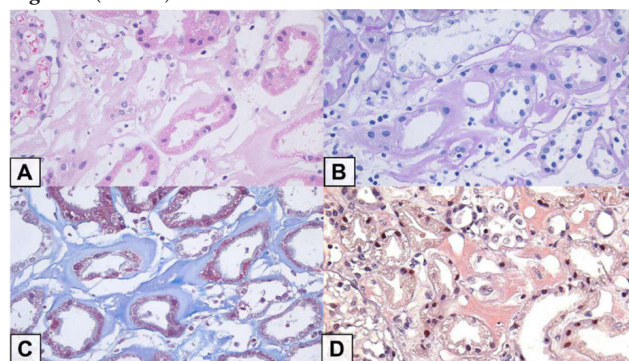
D. Díaz-Uribe¹, P. Medina-San Millán¹, M.E. Ambrosio-Sánchez¹, R.E. Barbosa-Cobos¹, M.V. Soto-Abraham²

¹Hospital Juárez de México, ²Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: En el lupus eritematoso sistémico (LES), la proteinuria es uno de los parámetros más relevantes para valorar la afectación renal de la enfermedad y evaluar el pronóstico; no obstante, deben descartarse otras causas de proteinuria independientes del trastorno subyacente, como la amiloidosis que resulta del depósito extracelular de proteínas fibrilares en diferentes órganos. La amiloidosis vinculada con la proteína del factor quimiotáctico leucocitario 2 (ALECT2) es una forma infrecuente que lesiona sobre todo al riñón e hígado y su incidencia es menor de 10% del total de los pacientes con la afección. Afecta en especial a adultos mayores de ascendencia mexicana y son habituales la enfermedad renal crónica, la proteinuria variable y el sedimento urinario blando; el síndrome nefrótico es infrecuente. Para determinar el diagnóstico es necesaria la biopsia renal con inmunohistoquímica, en la que se reconoce el depósito de amiloide positivo a rojo Congo de predominio intersticial con escaso compromiso glomerular y vascular. El pronóstico renal es pobre debido a que el 39% avanza a enfermedad renal crónica y no existe tratamiento dirigido.

Presentación del caso: Paciente femenina de 42 años con diagnóstico de LES de dos años de evolución que satisfizo criterios de clasificación ACR/EULAR 2019. ANA por IFI 1:1 000 patrón nuclear homogéneo; dominios clínicos: alopecia no cicatrizal, psicosis; dominios inmunológicos: hipocomplementemia de C3 y C4, anti-DNAc 557,6. Durante el seguimiento presentó proteinuria inicial de 2,48 g/24 h y se realizó abordaje por actividad renal, de modo inicial una correlación clínica-patológica III-IV (proteinuria, hematuria, hipocomplementemia, lesión renal aguda); recibió esquema de inducción a la remisión con 3 pulsos de 1 g de metilprednisolona y 6 dosis de 1 g de ciclofosfamida, y con posterioridad mantenimiento con micofenolato de mofetilo; esto produjo respuesta completa de la enfermedad al año con descenso de la proteinuria (< 0,5 g/24 h). Nuevamente presentó actividad renal persistente con proteinuria de 1,1 g/24 h, lo que llevó a solicitar biopsia renal por punción que indicó glomerulonefritis lúpica membranosa de clase V (ISN/RPS 2018) y amiloidosis de predominio intersticial y mínimamente glomerular, indicativa de ALECT2 (Figura 1). Se inició inducción a la remisión con micofenolato de mofetilo con mal pronóstico renal por la amiloidosis ALECT2.

Figura 1. (CC133)



Discusión: La coexistencia de LES y amiloidosis es poco frecuente; en las publicaciones médicas solo se identifican informes de caso. En la actualidad no existe tratamiento efectivo para la amiloidosis ALECT2 y ello confiere mal pronóstico renal. Se presenta un caso con nefritis lúpica de clase V y amiloidosis renal, probable ALECT2 debido a la distribución de la proteína amiloide, ausencia de síndrome nefrótico y la ascendencia mexicana de la paciente.

Conclusiones: La causa de la proteinuria en LES es variable, por lo que la biopsia renal juega un papel fundamental para determinarla. El abordaje multidisciplinario entre las especialidades de nefrología, patología y reumatología es esencial para establecer un diagnóstico certero y suministrar el mejor tratamiento disponible.

Bibliografía

- De la Cruz Jasso MA, Mejía-Vilet JM, et al. Leukocyte chemotactic factor 2 amyloidosis (ALECT2) distribution in a mexican population. *Am J Clin Pathol.* 2023 Jan 4;159(1):89-97.

2. Wang S, Yu XJ, Li DY, *et al.* Concurrence of leukocyte chemotactic factor 2-associated amyloidosis and autoimmune diseases: a case report. *Front Immunol.* 2022 Aug 19;13:966591.

CC134

PRESENTACIÓN DE LUPUS CON MANIFESTACIONES MUCOCUTÁNEAS REFRACTARIO A MÚLTIPLES TRATAMIENTOS. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M.A. Villeda-Aguilar, F.C. Irazoque-Palazuelos, L. Andrade-Ortega, C.J. Nieves-Martínez

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmunitaria de espectro clínico heterogéneo y, sin duda, las manifestaciones mucocutáneas son las más comunes, hasta en un 70% de los pacientes. Las mujeres en edad fecunda afroamericanas o hispanas son casi siempre más propensas a desarrollar la enfermedad. Las interacciones genéticas, aunadas a factores ambientales como la exposición a la luz ultravioleta, la infección por virus y los factores hormonales, propician una disregulación inmunitaria. El diagnóstico es clínico, pero debido a su heterogeneidad clínica, aún es un desafío para el reumatólogo. Debido a que el lupus afecta en varios planos, existen diferentes medicamentos que ayudan a combatirlo; sin embargo, la mayoría de estos induce efectos adversos graves o toxicidad. El belimumab es un anticuerpo monoclonal humano soluble que inhibe al factor estimulador del linfocito B; es el único fármaco biológico aprobado para el tratamiento del lupus y se emplea en manifestaciones mucocutáneas, articulares, hematológicas y serositis.

Presentación del caso: Paciente femenina de 23 años que inició con lupus eritematoso sistémico en 2017 a los 16 años con manifestaciones mucocutáneas-articulares, exantema malar y generalizado, alopecia, úlceras orales, artritis y artralgias en manos y hombros, con leucolinopenia, hipocomplementemia y ANA positivos a títulos altos. Se indicó tratamiento con 3 bolos de metilprednisolona de 1 g y doble FARME convencional. Después se agregó sulfasalazina por la persistencia articular, pero sin mejoría.

En 2019 inició con infección en el SNC (alucinaciones y desorientación), por lo que se inició micofenolato y rituximab, con mejoría parcial de los síntomas. En virtud de una recaída de la actividad neurológica, en 2020 se prescribió ciclofosfamida (5 dosis mensuales, suspendida la sexta por neutropenia), más inmunoglobulina (70 g) y rituximab. Sin embargo, continúa con actividad cutánea y articular pese al triple FARME convencional y dosis medias de esteroide. En marzo 2024 se inició belimumab (200 mg SC cada semana), que produjo mejoría notoria de la actividad cutánea y articular.

Discusión: Esta paciente ha cursado con lupus y manifestaciones a diferentes niveles, pero la afección mucocutánea articular ha sido resistente a casi todos los fármacos empleados sin lograr remisión, por lo que se considera lupus de difícil control, lo cual lleva a todas las posibles complicaciones del uso de estos fármacos y a un aumento del riesgo cardiovascular y la mortalidad. El belimumab ha mejorado en grado significativo las lesiones mucocutáneas y manifestaciones articulares, si bien no por completo; aún es temprano para valorar su efecto máximo. Por esta razón es importante conocer los tratamientos biológicos disponibles para esta enfermedad, ya que pueden modificar la calidad de vida del paciente.

Conclusiones: El belimumab ha demostrado en la práctica clínica ser una alternativa terapéutica a considerar en pacientes con LES con manifestaciones cutáneas o articulares resistentes a los inmunosupresores convencionales.

Bibliografía

1. Kaul A, Gordon C, Crow M, *et al.* Systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2.
2. Xibillé-Friedmann D, Pérez-Rodríguez M, Carrillo-Vázquez S, *et al.* Guía de práctica clínica para el manejo del lupus eritematoso sistémico propuesta por el Colegio Mexicano de Reumatología. *Reumatología Clínica.* 2019;15(1):3-20.

CC135

EVOLUCIÓN NEUROFISIOLÓGICA Y CLÍNICA DE NEUROPATÍA ASOCIADA A ENFERMEDAD AUTOINMUNE POSTRATAMIENTO INMUNOMODULADOR CON RITUXIMAB

M. Eguía-Bernal, R.A. Elizondo-Pereo, R.E. Valdez-Galván, M.E. Meza-Cano

Christus Muguerza Hospital Conchita

Introducción: Se ha propuesto el uso del tratamiento inmunomodulador con rituximab para pacientes con neuropatía relacionada con enfermedades autoinmunitarias.

Objetivos: Determinar la proporción de pacientes con neuropatía vinculada con enfermedad autoinmunitaria con buena respuesta clínica y neurofisiológica luego del tratamiento con rituximab en un hospital privado.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con neuropatía periférica de causa reumatológica tratados con rituximab (1 g IV sem 0 y 2). Se evaluaron la respuesta clínica y los parámetros neurofisiológicos antes y después del tratamiento. Se evaluaron los nervios mediano, cubital, tibial y peroneo y sural izquierdos y derechos (10 nervios). Se consideró buena respuesta un aumento $\geq 30\%$ en la amplitud de los nervios afectados o la reducción de Rankin basal al menos un punto (**Tabla 1 y Figura 1**).

Resultados: Presentaron mejoría al menos un punto en la escala de Rankin 5/6; mejoría en 10 nervios 2/6; mejoría en 4 o más nervios 2/6; en 3 nervios 1; y en ninguno 1.

Conclusiones: Los pacientes tuvieron una buena respuesta al tratamiento en términos clínicos y neurofisiológicos.

Bibliografía

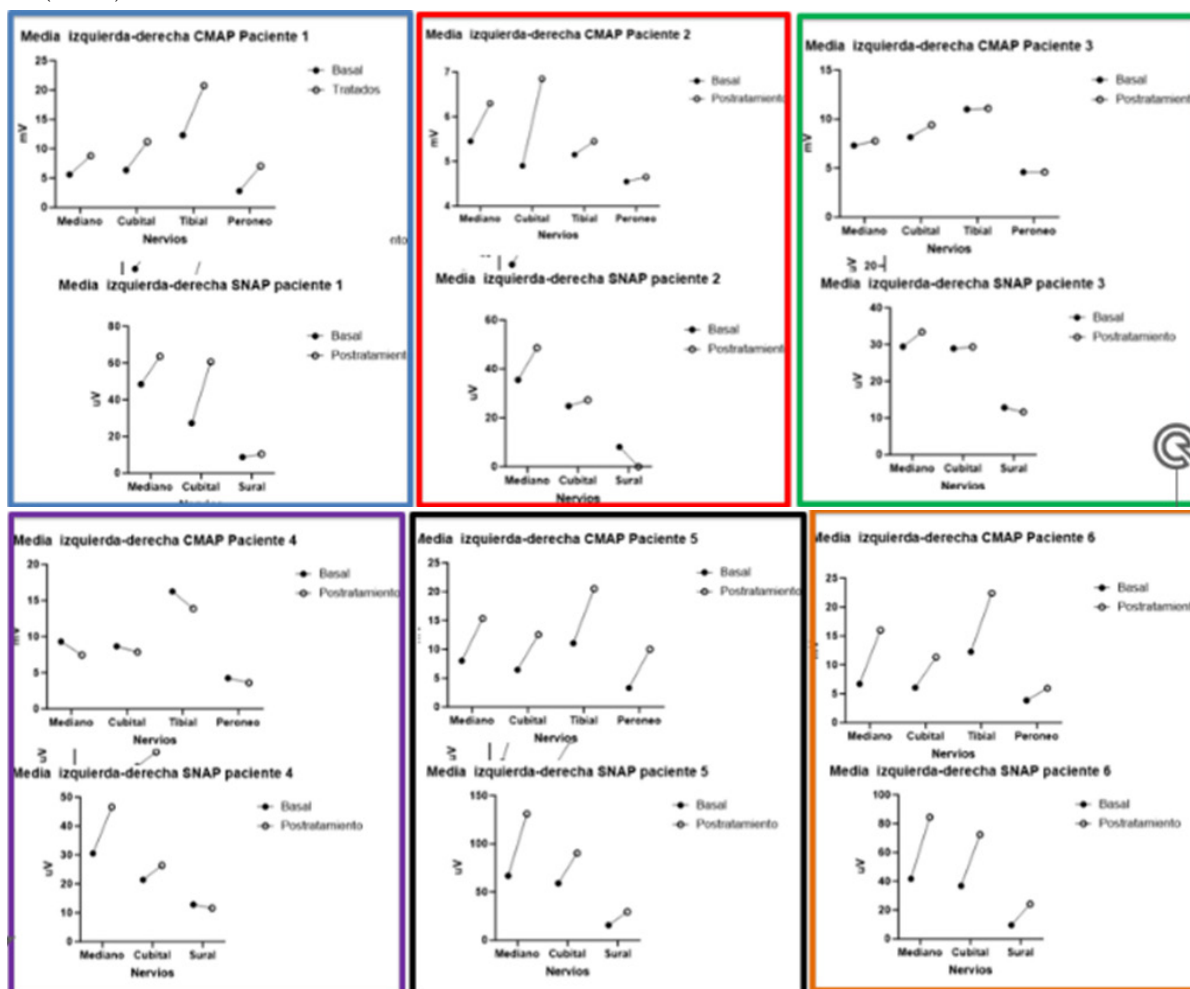
1. Pavlakis PP. Rheumatologic disorders and the nervous system. *Contin Lifelong Learn Neurol.* 2020;26(3 Neurology of Systemic Disease):591-610.
2. Gwathmey KG, Satkowiak K. Peripheral nervous system manifestations of rheumatological diseases. *J Neurol Sci [Internet].* 2021;424(January 2020):117421. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2021.117421>
3. Hum AC, Kecske EM, Tulb D, *et al.* Immunosuppressive treatment for peripheral neuropathies in Sjogrens syndrome - a systematic review. *Rom J Intern Med.* 2020;58(1):5-12.
4. Mekinian A, Ravaud P, Hatron PY, *et al.* Efficacy of rituximab in primary Sjögrens syndrome with peripheral nervous system involvement: results from the AIR registry. *Ann Rheum Dis.* 2012;71(1):84-7.

Tabla 1. (CC135)

	Resultados					
Paciente	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6
Género	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Edad	33 años	59 años	62 años	68 años	16 años	28 años
Enfermedades	AR	Sjögren	AR/ Sjögren	Sjögren	AR juvenil	LES
Evolución	2 años	3 años	5 años	5 años	1 año	5 años
Rankin antes-después	2-1	1-0	1-1	1-0	2-1	3-2

AR, artritis reumatoide; Sjögren, síndrome de Sjögren; LES, lupus eritematoso sistémico; EA, espondilitis anquilosante; evolución, tiempo de evolución con neuropatía en años; Rankin antes-después, evaluación de Rankin antes y después del tratamiento.

Figura 1. (CC135)



5. Rivière E, Cohen Aubart F, Maisonobe T, *et al.* Clinicopathological features of multiple mononeuropathy associated with systemic lupus erythematosus: a multicenter study. *J Neurol.* 2017;264(6):1218-26.
6. Roux T, Debs R, Maisonobe T, *et al.* Rituximab in chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy with associated diseases. *J Peripher Nerv Syst.* 2018;23(4):235-40.

CC136

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y TROMBOSIS DEL SENO SAGITAL SUPERIOR: DILEMAS DIAGNÓSTICOS Y PRESENTACIÓN INUSUAL

M.N. Martínez-Márquez¹, J.A. Vázquez-Vázquez¹, A.A. Pretel-Gutiérrez¹, L. Becerril-Mendoza², P.J.A. Rodríguez-Henríquez¹

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

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por la aparición de episodios trombóticos y complicaciones obstétricas, relacionado con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. En los últimos años se ha ampliado el conocimiento sobre las manifestaciones neurológicas del SAF y la enfermedad cerebrovascular es una de las manifestaciones más comunes. Estas pueden incluir accidentes cerebrovasculares isquémicos y otras formas de trombosis. Dentro de

este espectro, la trombosis venosa cerebral es una complicación rara pero importante. Aunque se ha informado una prevalencia baja del 0,7% en pacientes con SAF, este síndrome contribuye a una proporción significativa de los casos de trombosis venosa cerebral, entre 6% y 17% según diversos estudios de cohortes.

La trombosis venosa cerebral puede ser, en algunos casos, el primer síntoma de presentación del SAF, lo que resalta la importancia de identificar en fase temprana la enfermedad para un tratamiento adecuado. Los anticuerpos anticardiolipina (aCL) se encuentran presentes en 7% a 22% de los pacientes con esta complicación, lo que ayuda al diagnóstico de la enfermedad y la implementación de medidas terapéuticas dirigidas a reducir el riesgo de trombosis.

Presentación del caso: Mujer de 24 años sin antecedentes médicos relevantes, quien acudió a urgencias con un cuadro clínico de cinco días de evolución, caracterizado por cefalea intensa, de tipo pulsátil, acompañada de náusea y vómito. También refiere otalgia en el oído derecho, por lo que recibió tratamiento previo con ceftriaxona e ibuprofeno.

Luego de tres días del tratamiento sufrió debilidad en las extremidades inferiores y parestesias, lo que dificultaba la capacidad para caminar. Ante la persistencia de la cefalea y la aparición de nuevos síntomas neurológicos, se la trasladó otra vez a urgencias, donde se documentó una puntuación en la escala de Glasgow de 11 puntos, con mutismo acinético, postura de extensión en ambas extremidades inferiores y signos meníngeos positivos. La punción lumbar detectó ligera proteinorraquia, por lo que se inició tratamiento empírico con ceftriaxona, vancomicina, aciclovir y glucocorticoides intravenosos.

La resonancia magnética contrastada mostró trombosis del seno sagital superior y lesiones indicativas de trombosis en las venas profundas del cerebro (**Figura 1**). Se tomaron anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia con patrón nucleado fino y dilución 1:320. Más adelante se confirmó el diagnóstico de síndrome antifosfolípido primario, al encontrar anticuerpos anticardiolipina IgG positivos en concentraciones elevadas. Se inició tratamiento con anticoagulación plena y la paciente fue dada de alta con warfarina e hidroxicloroquina; a las 12 semanas se realizó una nueva determinación de anticuerpos que reveló persistencia de positividad de anticuerpos IgG anticardiolipina (31,7 CU).

Discusión: Este caso pone de relieve los retos diagnósticos que suponen las enfermedades raras como la trombosis venosa cerebral y el síndrome antifosfolípido. La identificación temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones graves. La intervención oportuna con anticoagulación y tratamiento inmunomodulador, como la hidroxicloroquina, es clave en el control de estos pacientes.

Conclusiones: Este caso destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades complejas relacionadas con el SAF, y también la necesidad de personalizar las estrategias terapéuticas para mejorar los resultados clínicos de largo plazo.

Bibliografía

1. Alijotas-Reig J, Esteve E, Anunciación A, *et al.* Pathogenesis, diagnosis and management of obstetric antiphospholipid syndrome: a comprehensive review. *J Clin Med.* 2022 Jan 28;11(3):675.
2. Jerez A, Mathian A, Aboab J, *et al.* Cerebral vein thrombosis in the antiphospholipid syndrome: analysis of a series of 27 patients and review of the literature. *Brain Sci.* 2021 Dec 13;11(12):1641.

CC137

ESTENOSIS SUBGLÓTICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE GPA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Y. García-Pérez, P. Medina-San Millán, R.E. Barbosa-Cobos, T.C. Cuesta-Mejía, M.G. Martínez-Ortiz

Hospital Juárez de México

Introducción: El 10% de los casos de granulomatosis con poliangitis (GPA) corresponde a localizados y en ocasiones la afección respiratoria puede ser la presentación inicial de la enfermedad o la única manifestación; hasta el 25% de los pacientes suele presentarse con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) negativos. La afectación sinusal es la forma más frecuente de presentación hasta en el 90%, seguidas de las manifestaciones oculares y otológicas. La afectación laríngea y traqueal son menos comunes y representan una causa importante de morbilidad; el estrechamiento subglótico se caracteriza por ser circunferencial y, cuando la estenosis es $\geq 80\%$, requiere traqueostomía de urgencia. Cabe destacar que, además, las formas localizadas de GPA representan un desafío diagnóstico importante para el clínico y el análisis histopatológico desempeña un papel fundamental dado que revela tejido de granulación e inflamación.

Presentación del caso: Paciente femenina de 33 años, sin antecedentes de importancia. Inició tres años antes con disfonía de lento avance, junto con sensación de cuerpo extraño laríngeo, disnea con el ejercicio, aumento de volumen cervical bilateral < 1 cm y disfagia a sólidos y líquidos. Exploración física: estridor bifásico audible a distancia e insuficiencia respiratoria con requerimiento de traqueostomía. Estudios de laboratorio: Hb 13,0 mg/dL, VCM 86,9 fl, HCM 27,3, plaquetas 341 103/ul, neutrófilos $6,17 \cdot 10^3$ /ul, linfocitos $1,43 \cdot 10^3$ /ul, DHL 148 U/L, TGP 13 u/L, TGO 22 u/L, VSG 51 mm/h, PCR 0,38 mg/L. ANCA negativo, anti-MPO 13,88 UR/mL, anti-PR3 2,31 UR/mL. Tomografía computarizada: reducción de la luz de la vía respiratoria en el 80% que afecta desde la región hioidea hasta el borde inferior de cartilago tiroideos (**Figura 1**). Sin masas laríngeas y un nódulo hipodenso de 28 UH sin paso de medio de contraste. Se realizó abordaje diagnóstico con toma de biopsia incisional de subglotis y tinciones de Grocott, Wharthin-Starry, Zhiel-Neelsen, Gram y PAS, las cuales resultaron negativas. La biopsia

Figura 1. Resonancia magnética de cráneo que muestra trombosis del seno sagital superior y lesiones indicativas de trombosis en las venas profundas del cerebro. (CC136)

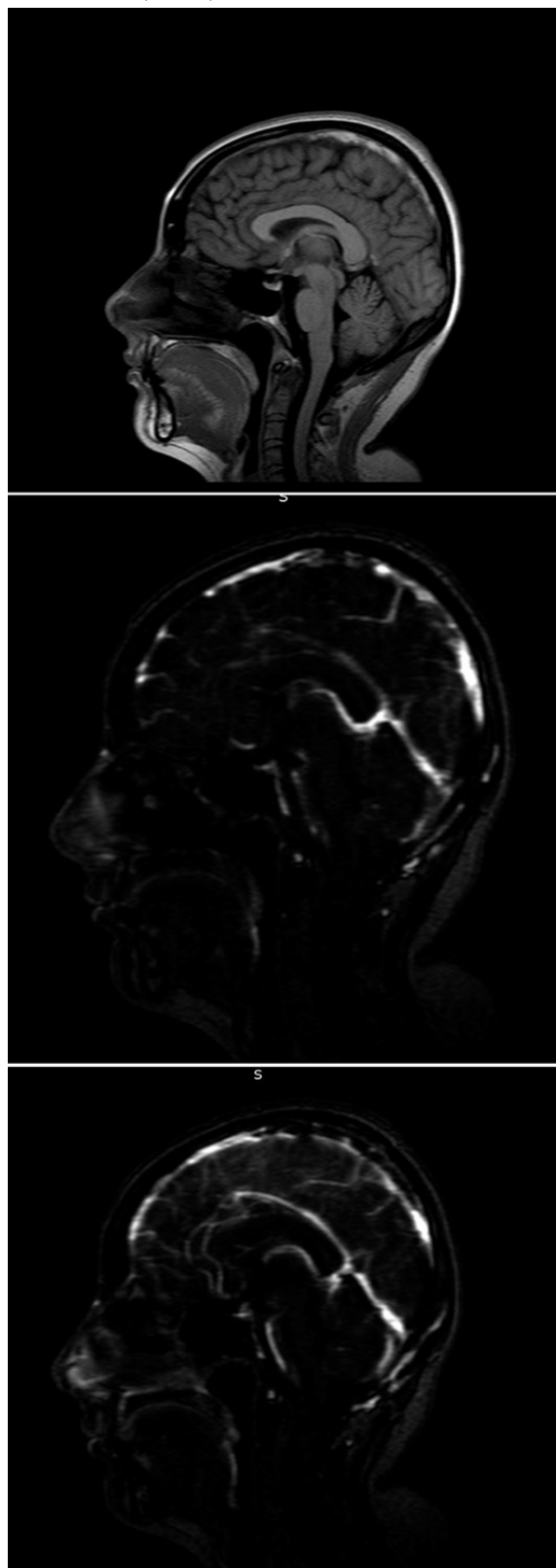
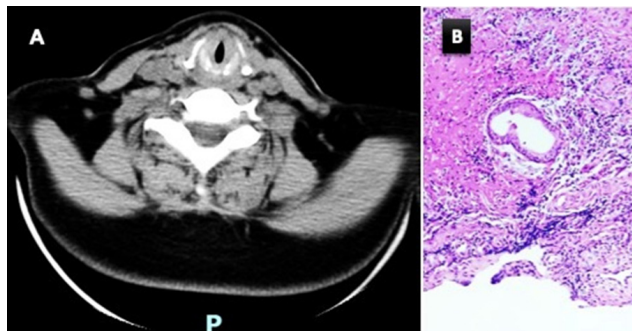


Figura 1. (A) TAC de cuello: supraglotis y glotis con engrosamiento global que causa estrechamiento de la luz. (B) Área central eosinófila constituida por necrosis y detritos celulares, rodeada de histiocitos y células inflamatorias (granuloma). (CC137)



confirma inflamación crónica granulomatosa. Se integró el diagnóstico de granulomatosis con poliangitis localizada de vías respiratorias por criterios EULAR/ACR 2022 de 6 puntos (afectación cartilaginosa, nódulos pulmonares y granulomas extravasculares).

Discusión: Se documentó un caso poco común de GPA localizada, con manifestaciones laringeas iniciales; dentro del protocolo diagnóstico resulta importante descartar otras causas, como las neoplásicas, infecciosas e inflamatorias crónicas. Con la divulgación del caso se espera advertir la relevancia de la sospecha de GPA en pacientes con síntomas respiratorios prolongados y progresivos; asimismo, se sugiere un abordaje multidisciplinario con la colaboración entre especialidades como reumatología, otorrinolaringología, neumología y endoscopia para garantizar al paciente un mejor resultado.

Conclusiones: El diagnóstico de GPA localizada es un reto, dado que los pacientes no comparten otra característica de vasculitis sistémica y en ocasiones tienen serología negativa. Por su parte, la estenosis subglótica es una manifestación infrecuente, solo documentada en el 16% de los pacientes y el diagnóstico se basa en la combinación de datos clínicos, serológicos, histológicos e imagenológicos.

Bibliografía

1. Horta-Baas G, Hernández-Cabrera MF, Catana R, *et al.* Estenosis subglótica en granulomatosis con poliangitis (granulomatosis de Wegener): presentación de 4 casos. *Reumatol Clin.* 2016;12:267-273.
2. Solans-Laqué R, Bosch-Gil JA, Canela M, *et al.* Clinical features and therapeutic management of subglottic stenosis in patients with Wegener's granulomatosis. *Lupus* [Internet]. 2008;17(9):832-6.

CC138

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS, A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M.A. Villeda-Aguilar, F.C. Irazoque-Palazuelos, V.M. Rosales-Don Pablo, C.J. Nieves-Martínez

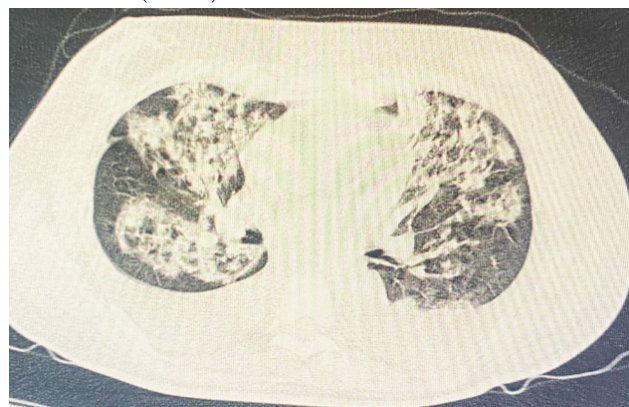
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) es una complicación poco frecuente y grave del lupus y puede observarse durante la evolución en un 1% de los pacientes y aparecer como manifestación inicial en el 11%. La HAD en pacientes con lupus suele presentarse con síntomas como tos, hemoptisis, dificultad respiratoria y fiebre. Puede ser resultado de diferentes mecanismos patológicos, incluidos vasculitis, infecciones o síntomas relacionados con la actividad de la enfermedad. No existe un consenso sobre el tratamiento; en la mayoría de las series publicadas se ha usado una combinación de esteroides en pulsos con otros tratamientos inmunosupresores, como ciclofosfamida,

plasmaféresis y rituximab en menor medida. La mortalidad varía de 30% a 80% según sean los factores, como la causa subyacente y la rapidez del tratamiento.

Presentación del caso: Paciente femenina de 46 años quien inicia en septiembre de 2023 con serología positiva para dengue vinculado con artralgias e hipertermia, tratado de manera sintomática, con posterior desarrollo de pancitopenia y síndrome hemorrágico, derrame pleural, pancreatitis aguda biliar, lesión renal aguda con proteinuria e hipocomplementemia, con serología positiva para lupus. Por lo anterior se decidió su ingreso hospitalario y se inició tratamiento a base de pulsos de metilprednisolona e inmunoglobulina humana; sin embargo, surgieron disnea, requerimiento de oxígeno complementario y descenso de 1 g de hemoglobina, por lo que se indicó tomografía de tórax de alta resolución que mostró hemorragia alveolar difusa (**Figura 1**); debido a esto se interrumpió el tratamiento con inmunoglobulina y se instituyeron sesiones de plasmaféresis. Al presentar deterioro respiratorio se prescribieron ciclofosfamida y anti-CD20, con mejoría notable. Egresó sin requerimiento de oxígeno complementario y mantenimiento con micofenolato.

Figura 1. Tomografía de tórax de alta resolución que identifica hemorragia alveolar difusa. (CC138)



Discusión: La hemorragia alveolar es una manifestación rara y grave del lupus; es importante diagnosticarla de forma temprana ya que permite una intervención médica más oportuna, con lo que puede mejorar el pronóstico. Si bien no hay un consenso para el tratamiento, identificar esta complicación puede ayudar a prevenir efectos adversos mayores, como el daño pulmonar crónico o el síndrome de dificultad respiratoria aguda.

Conclusiones: La hemorragia alveolar difusa es una manifestación poco común en el lupus; reconocerla de forma temprana ayuda a iniciar un tratamiento más temprano, por lo que podría aumentar el pronóstico de sobrevivencia de estos pacientes.

Bibliografía

1. Al-Adhoubi NK, Bystrom J. Systemic lupus erythematosus and diffuse alveolar hemorrhage, etiology and novel treatment strategies. *Lupus.* 2020 Apr;29(4):355-36.
2. Reibaldí AA, Sager L, Calvo R, *et al.* Hemorragia alveolar difusa en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Reumatología Clínica (English edition).* 2020;18(2):84-90.

CC139

HIPERPLASIA LINFOIDE ATÍPICA POLICLONAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LINFOMA CONJUNTIVAL EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN

M.A. Rodríguez-Márquez, D. Méndez-Nungaray, A.H. Peña-Ayala, R. Pichardo-Bahena, P.J. De la Parra-Colín

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: Los linfomas afectan aproximadamente al 5% de los pa-

cientes con síndrome de Sjögren. Los más comunes son los linfomas B de bajo grado, los MALT y los extranodales, los cuales tienen con frecuencia monoclonalidad B y para cadenas ligeras. El linfoma periorbital representa solo el 2% de los linfomas extraganglionares, mientras que los linfomas conjuntivales primarios constituyen entre el 25% y el 30% de todos los linfomas en esta región.

Presentación del caso: Paciente femenina de 63 años con antecedente de síndrome de Sjögren primario de 10 años de evolución, síndrome seco, hiperplasia parotídea y artralgias. Los análisis mostraron anticuerpos anti-SSA (229,4), anti-SSB (269,1) y factor reumatoide (152) positivos, junto con una biopsia de glándula salival menor que reveló sialoadenitis linfoproliferativa focal. La paciente se hallaba en tratamiento con hidroxycloquina (200 mg/día) y lágrimas artificiales; presentó parálisis facial derecha seguida de la izquierda en el mismo año. Se la trató con prednisona y electroestimulación, sin secuelas. Se realizó una resonancia magnética que descartó lesiones tumorales, y el panel viral (CMV, toxoplasma, sífilis, HIV, hepatitis B, C, herpes virus) fue negativo. Se concluyó que las parálisis faciales eran secundarias al síndrome de Sjögren y se continuó con el seguimiento.

Durante este, la paciente experimentó un aumento de los síntomas oculares secos, lo que llevó a una evaluación oftalmológica por sospecha de maculopatía por exposición a hidroxycloquina (dosis acumulada de 416 g). Se detectó queratopatía en el ojo derecho y se inició tratamiento con lubricantes oculares y dexpantenol en gel. Un mes después se observó probable hiperplasia folicular en ambos ojos. Una biopsia indicó hiperplasia linfoide atípica. La inmunohistoquímica mostró positividad para CD3, CD20, CD4, CD8 y, de modo ocasional, CD5, CD10, BCL-6, BCL-2, BCL-10, con negatividad para CD56; se concluyó respuesta policlonal con el diagnóstico de hiperplasia linfoide atípica policlonal sin enfermedad maligna. Se continuó el tratamiento con lubricantes oculares, esteroides tópicos y ciclosporina al 0,05%, con una mejoría paulatina.

Discusión: La linfoproliferación y el desarrollo de linfomas son complicaciones bien documentadas en el síndrome de Sjögren. Sin embargo, existe solo un informe previo que vincula de manera específica el síndrome de Sjögren con linfoma conjuntival, y se han documentado solo tres casos de linfoma ocular en cohortes previas.

El linfoma conjuntival afecta en especial a mujeres en la sexta y séptima décadas de la vida, como en el caso de esta paciente. Entre los factores de riesgo identificados para el desarrollo de linfoma en esta paciente se incluyen la hipertrofia parotídea, la positividad de anticuerpos y el índice ESSDAI; es importante un amplio panel de anticuerpos dentro de la inmunohistoquímica para establecer un diagnóstico correcto.

La parálisis facial provocó una queratopatía por exposición, que exacerbó los síntomas y contribuyó al hallazgo hiperplásico durante la revisión.

Conclusiones: Aún se desconoce la incidencia de linfoma conjuntival en pacientes con síndrome de Sjögren. No obstante, ante lesiones conjuntivales que alteren la anatomía normal, es esencial realizar biopsias y pruebas inmunohistoquímicas para una adecuada caracterización de las lesiones.

Bibliografía

- Nachtsheim L, Wittersheim M, Kreissl S, *et al.* Facial nerve paralysis caused by a T-cell lymphoma. *Clin Case Rep.* 2020;8:2964-2967.
- Hernández-Molina G, Kostov B, Brito-Zerón P, *et al.* Characterization and outcomes of 414 patients with primary SS who developed haematological malignancies. *Rheumatology [Internet].* 2022 Apr 6;62(1):243-55.
- Díez-Morrondo C, Lema M, Álvarez-Rivas N, *et al.* Aspectos actuales del síndrome de Sjögren: etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología [Internet].* 2010 Apr 1;11(2):70-6.

CC140

SÍNDROME RIÑÓN-PULMÓN SECUNDARIO A VASCULITIS ANCA POSITIVO. SERIE DE CASOS

A.V. Hinojosa-Pezo, J.D. Chan-Trinidad, E.M. Pinto-Carrillo, A.L. Rodríguez-Guzmán, F.J. López-Argueta

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Introducción: Las vasculitis son un grupo de trastornos heterogéneos relacionados con inflamación de la pared de los vasos sanguíneos que producen estrechez u oclusión luminal, formación de aneurismas y consecuente daño a órganos distales. Según la clasificación de Chapel Hill, las vasculitis de pequeño vaso incluyen aquellas que cursan con C-ANCA positivo: poliangeítis microscópica, granulomatosis con poliangeítis y granulomatosis eosinofílica con poliangeítis. Estos anticuerpos (C-ANCA) pueden interactuar no solo con los neutrófilos, sino con células del endotelio capilar y causar daño endotelial inmunomediado. Dentro de las manifestaciones figura la hemorragia alveolar difusa (HAD) relacionada o no con glomerulonefritis. Cuando ambas están presentes se integra el síndrome riñón-pulmón (SRP), el cual puede comprometer la integridad del paciente. El objetivo es presentar casos de pacientes con vasculitis cuya manifestación inicial fue la hemorragia alveolar vinculada con glomerulonefritis.

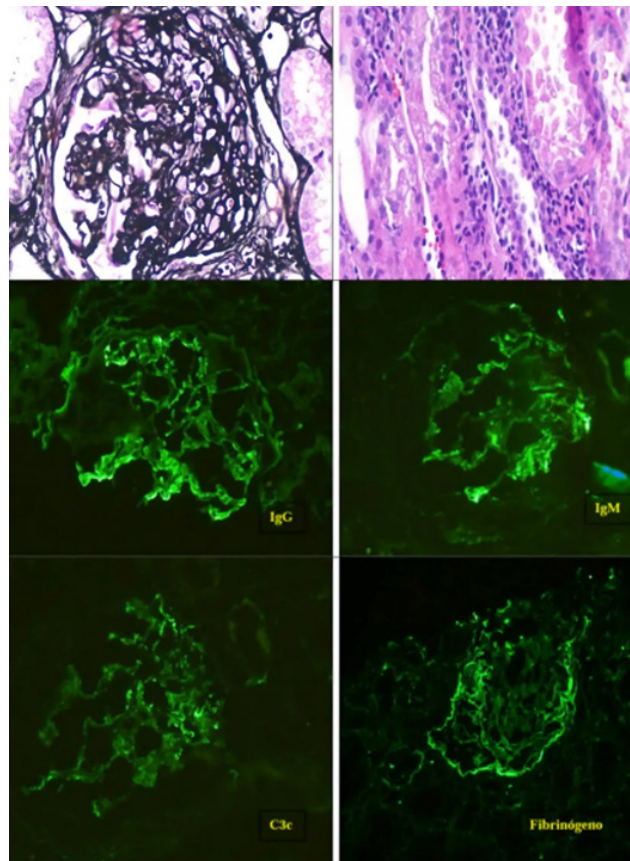
Presentación de los casos:

Caso 1: Paciente masculino de 43 años, sin alteraciones crónicas degenerativas conocidas. Inició el padecimiento con cuadro gripal, tos, y evolución una semana después con edema de miembros inferiores, poliartralgia y lesiones dérmicas.

Acude a esta unidad referido con sospecha de "glomerulonefritis de rápida progresión" (GRP) por elevación de azoados sin causa aparente. Los parámetros bioquímicos resaltan creatinina 13,9 mg/dL, urea 208 mg/dL, y datos de encefalopatía urémica que exigen hemodiálisis de urgencia. Se solicitó perfil autoinmunitario que indicó ANCA-C positivo, ANCA-P negativo, ANA 1:160. Se integró el diagnóstico de vasculitis aislada al riñón positiva a C-ANCA y se instituyó tratamiento con micofenolato de mofetilo, prednisona y hemodiálisis; el paciente egresó por mejoría.

Una semana después de su egreso comienza con tos productiva y disnea de medianos esfuerzos. Se recibió en urgencias con hemoptisis persistente. Tenía hemoglobina de 4,8 mg/dL. Requirió intubación orotraqueal y transfusión de hemoderivados. La tomografía de tórax confirmó el diagnóstico de HAD. Recibe pulsos de metilprednisolona e inmunoglobulina

Figura 1. (CC140)



humana, y se consigue la extubación. Con el egreso hospitalario al mejorar sus condiciones, se indican ciclosporina y prednisona, con cita a consulta de reumatología.

Caso 2: Hombre de 24 años, empleado en recicladora de plásticos como único antecedente. Inició dos semanas antes con síndrome anémico, hipertensión y hemoptisis. Se recibió con creatinina 7,8 mg/dL, urea 136 mg/dL, hemoglobina 5,6 g/dL, proteínas 500 mg/dL en orina, cilindros granulados y eritrocitos dismórficos. La tomografía indica HAD.

Estudios de laboratorio: IgA 496 mg/dL, IgG 2 465 mg/dL y C-ANCA+ (p-ANCA y anti-MBG negativos, ANA 1:120) y 1 762 mg/24 h de proteínas totales. La broncoscopia confirmó HAD. Se realizó biopsia renal y control empírico con metilprednisolona pulsada y hemodiálisis. La biopsia confirmó vasculitis microangiopática. Se inició tratamiento con ciclofosfamida y plasmaféresis que produjeron mejoría clínica y de la función renal; el paciente egresó.

Discusión: El síndrome riñón-pulmón se considera una de las formas más graves de las vasculitis sistémicas. Con respecto a términos de porcentajes en causas autoinmunitarias, se vincula con ANCA, anti-MBG, inmunocomplejos o medicamentos. El tratamiento inicial es el apoyo vital y luego se trata la enfermedad subyacente que, en los casos presentados, es efecto de vasculitis primaria que exige tratamiento inmunosupresor; dentro de este destacan la ciclofosfamida, los glucocorticoides y, en casos refractarios, la plasmaféresis y la inmunoglobulina.

Conclusiones: El síndrome riñón-pulmón es una emergencia médica trascendental que el médico debe reconocer al determinar un diagnóstico oportuno y dirigir un adecuado tratamiento con el fin de evitar desenlaces desfavorables.

Bibliografía

1. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody (ANCA)-Associated Vasculitis. [cited 2024 Sep 25]; Available from: www.kidney-international.org
2. Delgado-Guzmán M, Villagómez-Ortiz A, Méndez-Reyes R, et al. Síndrome pulmón riñón, reporte de caso y revisión de la literatura. 2017 [cited 2024 Sep 26]; Available from: www.medigraphic.org.mx

CC141

ATROFIA LINGUAL Y CAMBIOS ECOGRÁFICOS EN SÍNDROME DE SJÖGREN: UN CASO CLÍNICO DE MANIFESTACIONES AVANZADAS

I. Avilés-Lizárraga, C.G. Ávalos-Fernández, D. Deossa-Piedrahita, A. Landeros-Sáenz, J.F. Uribe-Martínez

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Se describe un caso clínico de particular interés debido a una manifestación clínica típica a la exploración física y un hallazgo ultrasonográfico acompañante valorado en la consulta. Se trata de una paciente referida al servicio de reumatología por un cuadro clínico de larga evolución de artralgias, xerostomía y xerofthalmia.

Presentación del caso: Paciente femenina de 86 años con xerostomía. Inició 30 años antes con aumento alternante de volumen parotídeo bilateral, seguido de xerostomía y xerofthalmia persistentes, lo que la obliga a consumir agua constantemente y despertarse por la noche por sequedad oral. Usa gotas oftálmicas lubricantes desde 20 años atrás. Refiere dolor poliarticular, sobre todo en las metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, de manera simétrica y bilateral. Exploración física: ojo seco, lengua atrófica, mucosa oral seca con pérdida del lago salival, parótidas aumentadas de tamaño, no dolorosas, de forma bilateral. No se identifica aumento de volumen articular, enrojecimiento, deformidades ni limitación de la movilidad articular. El ultrasonido parotídeo revela parénquima heterogéneo y hallazgos de nódulos hipoeoicos en ambas glándulas.

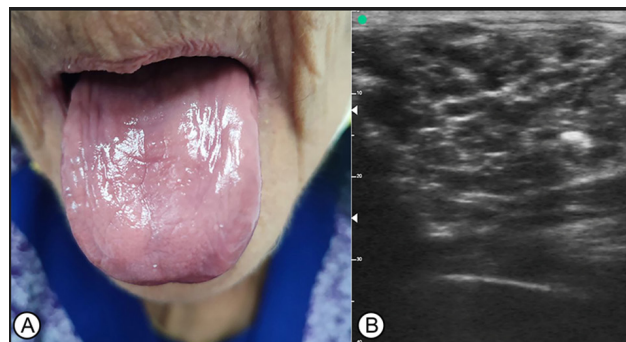
Prueba de Schirmer: OD 0 mm/1 min, OI 2 mm/1 min.

Estudios de laboratorio: ANA, anti-DNAs, anti-Ro, anti-La: negativos. FR: positivo 80.

La biopsia de glándula salival menor indica sialoadenitis linfocítica con Focus Score de 2 puntos.

Discusión: El síndrome de Sjögren se caracteriza por xerofthalmia y xerostomía de origen autoinmunitario. La atrofia lingual, manifestada en la forma de una lengua brillante, fisurada y lobulada, es un signo tardío que refleja disfunción glandular y papilar (Figura 1). Además, se acompaña del linfoma de tejido linfoide relacionado con mucosas. La ecografía de glándulas salivales en pacientes con complejo seco es una herramienta accesible que permite obtener datos que apoyan el diagnóstico del síndrome de Sjögren. Se han informado lesiones hipoeoicas en el 52% de los pacientes con SS frente al 1,8% de los controles. Se ha comparado la ecografía de las glándulas submandibulares y parotídeas con la biopsia de las glándulas labiales, y se ha publicado una sensibilidad del 92%, una especificidad del 98%, un valor predictivo positivo del 98% y un valor predictivo negativo del 93%. Si bien no reemplazan a la valoración histopatológica, añaden valor a las herramientas diagnósticas en esta afección.

Figura 1. (A) Lengua atrófica, seca, lobulada y brillante. (B) USG de parótida izquierda OMERACT grado 3, cambio grave: heterogeneidad difusa con áreas hipoeoicas que ocupan toda la superficie de la glándula. (CC141)



Conclusiones: La combinación de estos dos hallazgos (la atrofia lingual y los cambios ecográficos graves en las parótidas) subraya la naturaleza progresiva del síndrome de Sjögren y apoya el diagnóstico a pesar de ser manifestaciones que no son parte de los criterios de clasificación. Estos signos, en conjunto con la historia clínica y los resultados histopatológicos, permiten un diagnóstico claro, a pesar de la negatividad en los anticuerpos anti-Ro y anti-La.

Bibliografía

1. Zampeli E, Kalogirou E-M, Piperi E, et al. Tongue atrophy in Sjögren syndrome patients with mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma: autoimmune epithelitis beyond the epithelial cells of salivary glands J Rheumatol [Internet]. 2018;45(11):1565-71. Available from: <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.180101>
2. Lorenzon M, Spina E, Tulipano Di Franco F, et al. Salivary gland ultrasound in primary Sjögrens syndrome: Current and future perspectives. Open Access Rheumatol [Internet]. 2022;14:147-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/OARRR.S284763>

CC142

RETICULOHISTIOCITOSIS MULTICÉNTRICA: UN RETO DIAGNÓSTICO

C.G. Ávalos-Fernández, A. Landeros-Sa, P.L. Ibarra-De la Torre, S.I. Viñete-Lerma, S. Cerpa-Cruz

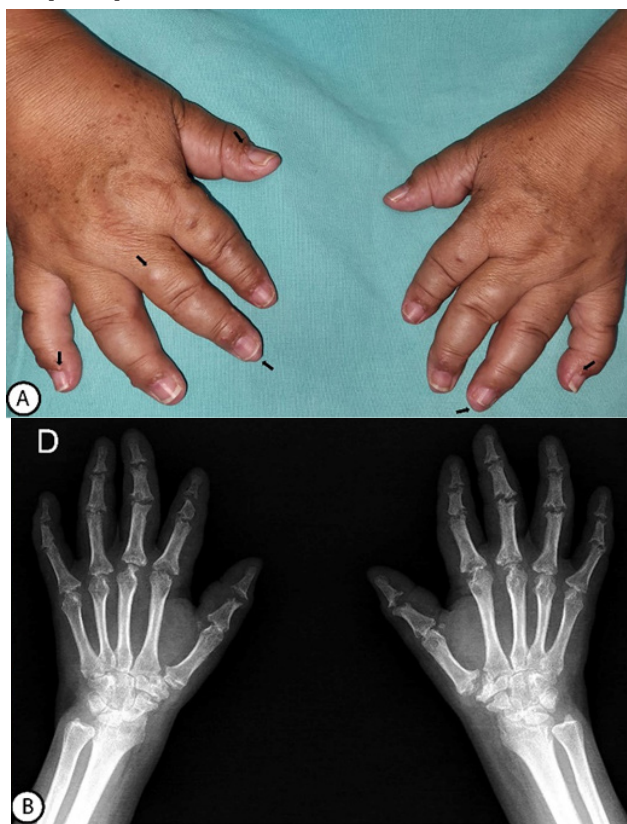
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Se describe un caso clínico de particular interés debido a su presentación atípica y los desafíos diagnósticos que planteó. Se trata de una paciente referida al servicio de reumatología por un cuadro clínico que se consideró de modo inicial como artritis reumatoide. Sin embargo, la evolución de la enfermedad y los hallazgos complementarios llevaron a

establecer un diagnóstico definitivo de reticulohistiocitosis multicéntrica (RHM).

Presentación del caso: Paciente femenina de 45 años con diagnóstico previo de artritis reumatoide seronegativa caracterizada por poliartrosis simétrica de articulaciones pequeñas en mano, incluidas las interfalángicas distales. Dos años después de su diagnóstico aparecieron pápulas aperladas de 1 a 2 mm en antehélix en orejas y dorso de las manos de predominio en área periungueal y puntas de los dedos. Exploración física: deformidad en ambas manos con dedos acortados, en telescopio, sin encontrar lesiones ungueales o placas psoriásicas en piel (**Figura 1**). La radiografía de manos mostró acroosteólisis en todas las articulaciones sin datos de osteopenia. El estudio histopatológico reveló numerosos histiocitos en dermis con citoplasma abundante, núcleo ovoide y nucleolo prominente, lo cual fue clave para establecer el diagnóstico definitivo de RHM. Se inició tratamiento con ciclofosfamida y ácido zoledrónico.

Figura 1. (A) Imagen del dorso de ambas manos en la que se observan dedos acortados, en telescopio, con lesiones papulonodulares aperladas de predominio periungueal o lesiones en “collar de perlas”. (B) Radiografía AP de manos en la cual se observa artritis mutilante; nótese la ausencia de osteoporosis periarticular u osteofitos. (CC142)



Discusión: La RMH es una enfermedad inflamatoria multisistémica rara de causa desconocida que afecta de forma predominante a mujeres en la cuarta década de la vida. La presentación clínica es variable y puede simular otras enfermedades reumáticas. El diagnóstico definitivo se basa en el hallazgo histopatológico. Se caracteriza por lesiones papulonodulares en piel y artritis erosiva simétrica. Hasta ahora solo se han notificado alrededor de 300 casos en las publicaciones médicas. Este caso señala la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica ante cuadros de artritis y manifestaciones cutáneas. El diagnóstico y el tratamiento tempranos son fundamentales para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Conclusiones: Este caso clínico ilustra la complejidad diagnóstica de la RHM y la importancia de la biopsia cutánea para confirmar el diagnóstico. El tratamiento de estos pacientes requiere un enfoque multidisciplinario y una estrecha colaboración entre el reumatólogo, el dermatólogo y el patólogo.

Bibliografía

1. Kumar B, Singh N, Rahnama-Moghadam S, *et al.* Multicentric reticulohistiocytosis: a multicenter case series and review of literature. *J Clin Rheumatol.* 2018 Jan;24(1):45-9. doi: 10.1097/RHU.0000000000000594. PMID: 29059085
2. Zou XJ, Qiao L, Li F, *et al.* Clinical characteristics of multicentric reticulohistiocytosis and distinguished features from rheumatoid arthritis: a single-center experience in China. *Orphanet J Rare Dis.* 2022 Apr 12;17(1):164. doi: 10.1186/s13023-022-02311-y. PMID: 35413870; PMCID: PMC9004099.

CC143

MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS: PSEUDOTUMOR PANCREÁTICO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

P.N. Colón-Cano, E. Sarmiento-Lizárraga, A.M.C. Rousselin Jaboulay-Cubillos, N. Mouneu-Ornelas, M.M. Virgen-Cuevas

Hospital Español de México

Introducción: La granulomatosis con poliangeitis (GPA) es una vasculitis de vasos pequeños con afectación principal del tracto respiratorio superior, pulmón y riñón. El compromiso del tracto gastrointestinal ocurre en 5% a 11% de los casos y el pancreático es aún menos frecuente con solo 16 casos publicados y de los cuales 10 se presentaron como masa pancreática.

Presentación del caso: Paciente masculino de 21 años, con cuadro de tres meses de evolución caracterizado por malestar general, cefalea frontal, rinorrea, fiebre y sinusitis de mal control. Se añade epistaxis de repetición, que requiere cauterización química. Un mes antes refiere episodio de debilidad en miembros pélvicos de predominio distal en relación con mialgias en ambos gastrocnemios que limitan la marcha; experimenta mejoría con etoricoxib. Dos semanas antes de su ingreso sufre epigastralgia intensa, hiporexia y pérdida de 7 kg. Acude a urgencias por un nuevo episodio de mialgias.

Exploración física: fiebre de 38,3°C, saturación de oxígeno 88%, hiperemia conjuntival, palidez tegumentaria, diaforesis, úlceras y costras hemáticas nasales, áreas de hipoventilación y sibilancias en campos pulmonares, y dolor a la palpación en epigastrio. Fuerza muscular 4/5 distal en las cuatro extremidades.

Los estudios de laboratorio complementarios se hallan en la **Tabla 1** y destacan anemia normocítica, elevación de reactantes de fase aguda y hematuria microscópica. El diagnóstico inicial sospechado fue pancreatitis aguda, que se descartó al encontrar valores normales de amilasa, lipasa ligeramente elevada y un ultrasonido abdominal sin alteraciones. La tomografía toracoabdominal (**Figura 1**) muestra consolidaciones bilaterales, ganglios paraaórticos y una lesión en cola de páncreas. Se solicitan anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) y se toma biopsia de páncreas (**Figura 1**).

En los controles de laboratorio (**Tabla 1**) sobresale la disminución progresiva de hemoglobina. La biopsia pulmonar identifica lesiones de aspecto blanquecino bien delimitadas con puntillito hemorrágico (**Figura 1**). En las primeras horas posoperatorias, el paciente muestra deterioro respiratorio y se solicita una radiografía de tórax que indica hemorragia alveolar por lo que ingresa a cuidados intensivos para su control. Se registran anticuerpos antiproteína 3 positivos. Se inicia tratamiento inmunosupresor con tres pulsos de metilprednisolona y después, rituximab y prednisona a dosis de 1 mg/kg con buena respuesta clínica.

Discusión: La afectación pancreática en GPA es poco frecuente y las manifestaciones gastrointestinales se vinculan con un pobre pronóstico. De los 16 casos publicados, nueve resultaron positivos a c-ANCA, dos a p-ANCA y cinco negativos a ANCA; 10 casos tuvieron masa pancreática, en la mayor parte de los casos en relación con positividad de c-ANCA y elevaciones mínimas de las enzimas pancreáticas. La aparición de un pseudotumor en el páncreas es excepcional y plantea nuevos desafíos diagnósticos, ya que el principal diagnóstico diferencial es el adenocarcinoma.

Tabla 1. Estudios de laboratorio. (CC143)

	17/09	20/09	23/09	25/09	26/09
Creatinina	0,68 mg/dL	0,63 mg/dL	NA	0,61 mg/dL	0,6 mg/dL
PCR	23,04 mg/dL	NA	NA	16,51 mg/dL	8,53 mg/dL
Bilirrubina total	0,64 mg/dL	0,37 mg/dL	NA	NA	NA
Lipasa	111 IU/L	37 IU/L	103,9 IU/L	NA	NA
AST	36,7 IU/L	12,7 IU/L	NA	NA	NA
ALT	73,3 IU/L	25 IU/L	NA	NA	NA
Fosfatasa alcalina	132,3 IU/L	80,4 IU/L	NA	NA	NA
GGT	155,5 IU/L	70,2 IU/L	NA	NA	NA
Hemoglobina	12,3 g/dL	9,9 g/dL	8,7 g/dL	8,8 g/dL	8,9 g/dL
Plaquetas	361 x 10 ³ /uL	337 x 10 ³ /uL	375 x 10 ³ /uL	427 x 10 ³ /uL	504 x 10 ³ /uL
Leucocitos	13,3 x 10 ³ /uL	9,6 x 10 ³ /uL	10,4 x 10 ³ /uL	10,4 x 10 ³ /uL	12,4 x 10 ³ /uL
LDH	130,1 IU/L	NA	NA	NA	NA
Examen general de orina	Hematuria microscópica	NA	NA	NA	NA
Anticuerpos antiproteinasa 3	NA	NA	NA	75,8 H	NA

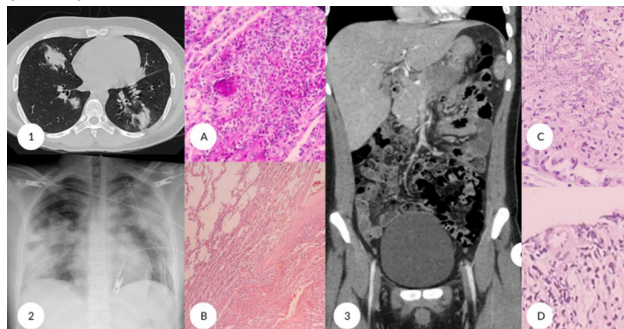
Conclusiones: Este caso resalta la importancia de considerar la vasculitis relacionada con ANCA como una posible causa de alteraciones pancreáticas en el contexto de un paciente con síntomas sistémicos, lo que permite iniciar un tratamiento adecuado en una fase temprana, sin perder de vista que el retraso en la atención aumenta potencialmente la mortalidad con una esperanza de vida promedio de cinco meses en GPA sin tratamiento. La alta sospecha clínica permite establecer un diagnóstico temprano y ofrecer tratamiento inmunosupresor oportuno, con el cual se alcanza remisión hasta en un 85% a 90% de los pacientes.

Bibliografía

- Pagnoux C, Mahr A, Cohen P, *et al.* Presentation and outcome of gastrointestinal involvement in systemic necrotizing vasculitis: analysis of 62 patients with polyarteritis nodosa, microscopic polyangiitis, Wegener granulomatosis, Churg-Strauss syndrome, or rheumatoid arthritis-associated vasculitis. *Medicine*. 2005;84:115-28.
- Hamilton L, Gaffney K, Andreou A, *et al.* Delayed presentation of Wegeners granulomatosis with pancreatic involvement. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2011;14.
- Çakar M, Yilmaz S, Çınar M. Successful treatment of PR3-ANCA positive vasculitis with pancreatitis as the first manifestation with rituximab. *International Journal of Rheumatic Diseases Blackwell Publishing*. 2017;20:220910.
- Tinazzi I, Caramaschi P, Parisi A, *et al.* Pancreatic granulomatous necrotizing vasculitis: A case report and review of the literature. *Rheumatol Int*. 2007;27(10):989-91. DOI: 10.1007/s00296-007-0314-9
- Marroun I, Delèvaux I, André M, *et al.* Les atteintes pancréatiques au cours de la granulomatose de Wegener: une localisation rare et un diagnostic difficile. *Revue de Médecine Interne*. 2006;27(2):144-7. DOI: 10.1016/j.revmed.2005.10.005
- Valerieva Y, Golemanov B, Tzolova N, *et al.* Pancreatic mass as an initial presentation of severe Wegeners granulomatosis [Internet]. *Annals of Gastroenterology*. 2013;26 [cited. Available from: www.annalsgastro.gr
- Tao JJ, Agarwal A, Cuperfain AB, *et al.* Granulomatosis with polyangiitis presenting as pancreatic disease. *BMJ Case Rep*. BMJ Publishing Group; 2021;14(3). DOI: 10.1136/bcr-2020-241033
- O'Neil KM, Jones DM, Lawson JM. Wegeners granulomatosis masquerading as pancreatic carcinoma. *Digestive Diseases and Sciences*. 1992;37.
- Kontis E, Papalexopoulou N, Zen Y, *et al.* Isolated primary pancreatic wengers granulomatosis: report of two cases [Internet]. *JOP. Journal of the Pancreas-jop Online*; 2014;15 [cited. Available from: http://www.serena.unina.it/index.php/
- Castillo M, González A, Ur Rahman A, *et al.* Pancreatic head mass: a rare manifestation of granulomatosis with polyangiitis. *ACG Case Rep J*. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2019;6(10):e00263. DOI: 10.14309/crj.0000000000000263
- Christl SU, Borchard F, Keller R, *et al.* Pankreasschwanztumor als ungewöhnliche erstmanifestation in M. Wegner. *Z Gastroenterol*. 2004;42(6):513-6. DOI: 10.1055/s-2004-813113
- Latus J, Koetter I, Fritz P, *et al.* Gastrointestinal involvement in granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis: histological features and outcome. 2013.

- Samira A, Seyedeh Y, Hashemi-Amir, *et al.* Fatal outcome of rituximab in an ANCA negative polyangiitis patient with acute pancreatitis and pancreatic mass. *Curr Rheumatol Rev. American College of Physicians*; 2021;17:23. DOI: 10.7326/0003-4819-129-5-199809010-00001
- Castillo M, González A, Ur-Rahman A, *et al.* Pancreatic head mass: a rare manifestation of granulomatosis with polyangiitis. *ACG Case Rep J*. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2019;6(10):e00263. DOI: 10.14309/crj.0000000000000263
- Gupta P, Dharamdasani S, Gupta A, *et al.* Evaluation of factors influencing outcomes in pauci-immune crescentic glomerulonephritis: Single centre experience of 51 cases. *Indian J Nephrol*. Wolters Kluwer Medknow Publications; 2021;31(6):5036. DOI: 10.4103/ijn. IJN_108_20
- Miloslavsky EM, Specks U, Merkel PA, *et al.* Clinical outcomes of remission induction therapy for severe antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis. *Arthritis Rheum*. 2013;65(9):24419. DOI: 10.1002/art.38044

Figura 1. Correlación radiopatológica. Pulmón: 1) tomografía de tórax, corte sagital: consolidaciones bilaterales de franco predominio peribroncovascular. (A) Infiltrado inflamatorio compuesto por células mononucleares y neutrófilos, 2) radiografía de tórax: opacidades heterogéneas bilaterales. (B) Hemorragia alveolar. Páncreas: 3) tomografía de abdomen, corte coronal: masa en cuerpo y cola de páncreas de 95 x 45 mm. (C) Vasculitis de pequeño vaso. (D) Necrosis relacionada con infiltrado inflamatorio. (CC143)



CC144

EXPOSICIÓN A PARAQUAT COMO PROBABLE FACTOR PRECIPITANTE DE UN PROBABLE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS CATASTRÓFICO. REPORTE DE CASO

A.V. Hinostroza-Pezo, J.D. Chan-Trinidad, E.M. Pinto-Carrillo
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Introducción: El síndrome antifosfolípidos (SAF) es un trastorno autoinmunitario caracterizado por trombosis vascular o morbilidad en el embarazo en combinación con la presencia persistente de anticuerpos antifosfolípidos circulantes.

La forma catastrófica es una entidad rara (menos de 1%) pero de alta mortalidad (alrededor del 50%). Se define por los siguientes criterios: a) compromiso ≥ 3 órganos o tejidos; b) desarrollo de manifestaciones en menos de una semana; c) confirmación histopatológica de trombosis microvascular en al menos un órgano; d) anticuerpos antifosfolípidos positivos. Se considera como probable SAF catastrófico si no cumple con todos los criterios. Dentro de los factores precipitantes se ha mencionado la exposición por herbicida y su relación con activación del SAF catastrófico.

El objetivo es presentar el caso de una paciente que inició con un probable SAF catastrófico secundario a exposición por paraquat.

Presentación del caso: Paciente femenina de la cuarta década que cuenta con antecedentes de lupus eritematoso sistémico (LES). Se refiere antecedente ginecoobstétrico de un aborto a los dos meses de gestación (desconoce la causa). Inicia cuadro clínico con astenia, adinamia, fiebre no cuantificada, además de dolor en hombro derecho y lesiones purpúricas en miembros inferiores que evoluciona hacia extremidades superiores con áreas de necrosis en nariz y dedos. Días antes refiere un familiar consumo de paraquat para quema de basura, pero desconoce en qué cantidad. A los síntomas se añade disnea de medianos esfuerzos. Se recibió en la unidad de los autores con taquicardia y taquipnea. Parámetros bioquímicos al ingreso: hemoglobina 14,8 g/dL, leucocitos 26 170/mm³, plaquetas 19 000/mm³, dímero D 88 362 ng/mL, fibrinógeno 342 mg/dL, glucosa 169 mg/dL, urea 243 mg/dL, creatinina 2,5 mg/dL. La gasometría arterial indica acidosis metabólica descompensada.

Dado el compromiso respiratorio se realiza intubación orotraqueal y luego se la traslada a cuidados intensivos. Por antecedente autoinmunitario, se solicita perfil reumatológico y se registran anticuerpos antinucleares 1:260, anticuerpos anti- $\beta 2$ glucoproteína 1 de 94 500 UR/mL, anticuerpos anticardiolipina 140 GPL/mL, anticoagulante lúpico positivo.

El servicio de reumatología la valora e inicia pulsos de metilprednisolona (1 g/24 h por 5 días) y rituximab (500 mg IV 1 dosis semanal por 4 semanas), así como inmunoglobulina intravenosa por sospecha de probable SAF catastrófico. Se solicita angiografía pulmonar que identifica defecto de llenado de la arteria pulmonar derecha indicativo de tromboembolia pulmonar; se inicia anticoagulación.

Cursó con evolución tórpida, con mayor deterioro de la función renal (se requirió hemodiálisis), y hemodinámica, la cual progresa a falla orgánica múltiple con posterior deceso.

Discusión: El SAF catastrófico cursa con múltiples manifestaciones tromboembólicas simultáneas y de corto tiempo de evolución. El 65% de los casos se relaciona con un factor predisponente, el más común de los cuales son las infecciones. Cabe resaltar que la paciente cumple con tres criterios para un probable SAF catastrófico. Se sospecha que el factor desencadenante es la exposición por herbicida, pero no hay estudios que analicen este vínculo; sin embargo, la relación entre la exposición por paraquat y la activación del SAF catastrófico es plausible debido al daño vascular y la respuesta inflamatoria sistémica causada por el herbicida, que en individuos predispuestos como el caso presentado podrían activarlo.

Conclusiones: Al ser una entidad que puede ocasionar una falla multiorgánica en un breve periodo de tiempo, es importante reconocer el factor precipitante e iniciar en fase temprana el tratamiento basado en anticoagulación y esteroides, además de plasmaféresis y anticuerpos monoclonales.

Bibliografía

- Hernández-Maurice E. Síndrome antifosfolípido catastrófico. *Med Interna*. (Caracas) 2017;33(2):72-83.
- Siniscalchi C, Basaglia M, Riva M, *et al*. Catastrophic antiphospholipid syndrome: a review. *Immunology*. 2024;4:1-13. [Internet]. 2023 Dec 25 [cited 2024 Sep 22];4(1):1-13. Available from: <https://www.mdpi.com/2673-5601/4/1/1/hmt>

CC145

HIPOACUSIA COMO DEBUT EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

F. Martínez-García¹, M. Frutis-Meléndez²

⁽¹⁾Hospital General de Zona 20 La Margarita IMSS, Puebla, ⁽²⁾IMSS-Tlaxcala

Introducción: La hipoacusia neurosensorial se caracteriza por aumento de los umbrales de conducción ósea. La causa es compleja y puede ser congénita y adquirida. En el caso de las enfermedades autoinmunitarias, el lupus eritematoso sistémico es una causa de hipoacusia y su fisiopatología puede desencadenar la activación del sistema de complemento, el bloqueo de la citotoxicidad mediada por células, el papel directo de las células T citotóxicas o el daño mediado por el complejo inmunitario.

Presentación del caso: Paciente femenina de 16 años quien inicia su padecimiento en septiembre del 2023 con hipoacusia unilateral del lado izquierdo; en octubre del 2023 se agrega hipoacusia del lado derecho, junto con cefalea frontal opresiva, EVA 10/10, fiebre sin causa de 38,5°, dos sesiones mensuales, artralgias en rodillas, tobillos, carpos y fenómeno de Raynaud (**Tabla 1**).

Tabla 1. Resultados de laboratorios (enero de 2024). (CC145)

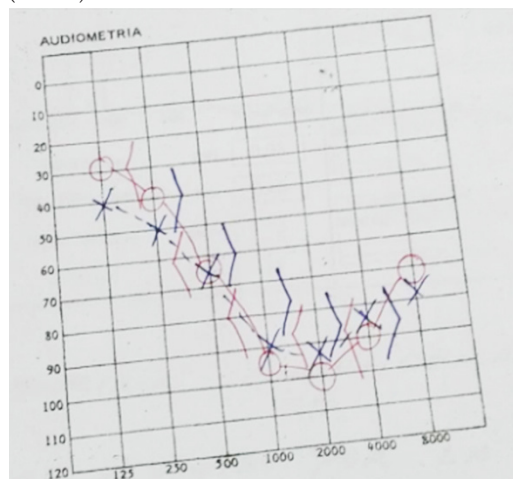
Estudios de laboratorio	Valor
ANA por IFI	Positivo 1:160
Anti-DNAc	144,85
Anticardiolipina IgG e gM	Negativo
C3	120
C4	47

Audiometría: OD: hipoacusia superficial a profunda de tipo sensorial; OI: hipoacusia media a grave de tipo sensorial (**Figura 1**).

Logoaudiometría: logra 100% a 80 Db en ambos oídos.

Timpanometría: curvas de tipo A de Jerguer bilateral OD: ausente; OI: ausente. Se establece cortopatía súbita bilateral vascular de causa probable autoinmunitaria. La IRM de cráneo y oído interno no reconoce alteraciones anatómicas.

Figura 1. Audiometría que muestra hipoacusia grave bilateral neurosensorial. (CC145)



Discusión: La pérdida auditiva en lupus es rara y se relaciona en adultos con síndrome antifosfolípidos; en niños no hay informes de hipoacusia-anacusia relacionados con LES.

Conclusiones: La pérdida auditiva en el lupus debe buscarse intencionalmente, con la finalidad de ofrecer un tratamiento adecuado y evitar la discapacidad.

Bibliografía

- Li X, Cao Z, Chen F, *et al.* Sensorineural hearing loss in autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis. *J Int Adv Otol.* 2023 Jul;19(4):277-282.
- Chawki S, Aouizerate J, Trad S, *et al.* Bilateral sudden sensorineural hearing loss as a presenting feature of systemic lupus erythematosus: case report and brief review of other published cases. *Medicine (Baltimore).* 2016 Sep;95(36):e4345.

CC146**SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN DE ARTRITIS PSORIÁSICA Y ARTRITIS REUMATOIDE EN HOMBRE DE 43 AÑOS: REPORTE DE CASO**

J.E. Molar-López, C. Abud-Mendoza, E. Cuevas-Orta, D.A. Herrera-Van Ootsdam, G. Aguilera-Barragán Pickens

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: Hasta 1950 se pensaba que la artritis inflamatoria vinculada con psoriasis era artritis reumatoide (AR); con posterioridad, Wright describió en 1959 las características clínicas de la artritis psoriásica (AP) y con Moll establecieron los criterios de clasificación en 1973. En la actualidad se informa la prevalencia de AP en AR de 3,4% y de 0,23% de AR en pacientes con psoriasis.

Presentación del caso: Hombre de 43 años de edad, sin antecedentes de relevancia, que inició en mayo de 2018 con aumento de volumen de rodilla derecha de tres meses de evolución, con paraclínicos relevantes, en particular factor reumatoide (FR) (+) y anticuerpos contra péptidos citrulinados (ACPA) en 400,8; se lo valora en el servicio de reumatología y refiere ocho meses de poliartropatía y rigidez matutina. Exploración clínica: sinovitis en carpos, interfalángicas proximales y rodilla derecha; se diagnostica AR y se trata con FARME (metotrexato). Durante el seguimiento, en diciembre de 2018 muestra aparición de placas eritematosas y descamativas consistentes con psoriasis en rodilla izquierda, así como talalgia bilateral; se integra el diagnóstico de AP y se continúa con FARME (metotrexato y sulfasalazina) y esteroide (prednisona). En 2021, al persistir el dolor articular y la rigidez matutina, se inicia control con baricitinib (2 mg). Se agrega dolor cervical y lumbar, sin mejoría con baricitinib, por lo cual en enero de 2024 se realiza cambio a secukinumab. En junio de 2024 aparecen nódulos reumatoideos en ambos codos; la exploración física muestra onicólisis, lumbalgia de tipo mixta, rotación cervical disminuida en 20° derecha y 30° izquierda, prueba de Shober de 13 cm; últimos estudios paraclínicos: ACPA > 200, FR 171,9, y las radiografías de columna muestran sacroileítis bilateral y escoliosis con convexidad derecha.

Discusión: Tanto AR como AP son enfermedades crónicas inflamatorias con sinovitis, dolor articular y manifestaciones sistémicas. La prevalencia global de AR es de 0,5% a 1% y la de AP 0,05% a 2%. Se desarrollan por combinación de factores genéticos y ambientales, con posterior respuesta inflamatoria caracterizada por producción de citocinas proinflamatorias que generan inflamación crónica; en AP actúan células T y macrófagos con producción de citocinas como IL-17, IL-23, IL-22, IL-1β, IL-6, INF-γ y TNF-α; en AR, TNF-α, IL-6, IL-1, IL-22, IL-33, ligando de quimiocina 11, etc. En la presentación clínica de AP, el antecedente familiar de psoriasis, la distrofia ungueal psoriásica y la dactilitis son clave; el compromiso articular es con frecuencia asimétrico, más común poliarticular, y puede ser oligoarticular y rara vez monoarticular; incluye articulaciones interfalángicas distales de manos y pies, grandes articulaciones de extremidades inferiores, columna y sacroilíacas (**Figura 1**). Entesitis en 35% de los casos, dactilitis en 50%, distrofia ungueal en 67% y uveítis en 7%. En AR, el compromiso articular es simétrico, poliarticular más a menudo, e incluye hombro, codo, muñeca, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, cadera, rodilla, tobillo y metatarsofalángicas; la entesitis es infrecuente, dactilitis en 5%, queratoconjuntivitis SICA en 18%. Los nódulos reumatoideos son la manifestación cutánea más común de AR en 30%. La imagen en AP destaca deformidad en forma de copa de lápiz y anquilosis, mientras en AR las erosiones óseas se hallan en los márgenes de la articulación. El FR puede

ser positivo a títulos bajos en AP. Las erosiones óseas suelen presentarse en los márgenes de la articulación.

Conclusiones: Es poco frecuente la presencia de AR y AP en un mismo paciente, el cual cumple criterios clínicos y de imagen para ambas anomalías.

Figura 1. (CC146)**Bibliografía**

- Merola JF, Espinoza LR, Fleischmann R. Distinguishing rheumatoid arthritis from psoriatic arthritis. *RMD Open.* 2018 Aug 13;4(2):e000656. doi: 10.1136/rmdopen-2018-000656.
- Simon TA, Kawabata H, Ray N, *et al.* Prevalence of co-existing autoimmune disease in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Adv Ther.* 2017 Nov;34(11):2481-2490. doi: 10.1007/s12325-017-0627-3

CC147**SEUDOTUMOR RETROBULBAR COMO UNA PRESENTACIÓN INICIAL DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS**

P. García-Espinosa, M.J. Baeza-Rivera, L.D. Fajardo-Hermosillo

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La granulomatosis con poliangeitis (GPA) es una vasculitis necrosante de vasos pequeños vinculada con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que afecta por lo general a vías respiratorias y riñones. Por otra parte, la afectación ocular y orbitaria ocurre en casi la mitad de los pacientes con una forma localizada o generalizada de la enfermedad. Sin embargo, las manifestaciones orbitales pueden incluir la glándula lagrimal, los músculos extraoculares y los tejidos blandos; estos últimos incluyen al seudotumor retrobulbar (PR). El PR representa el 23% de los casos de afectación ocular y puede ser la manifestación inicial de GPA en un 5% de la población.

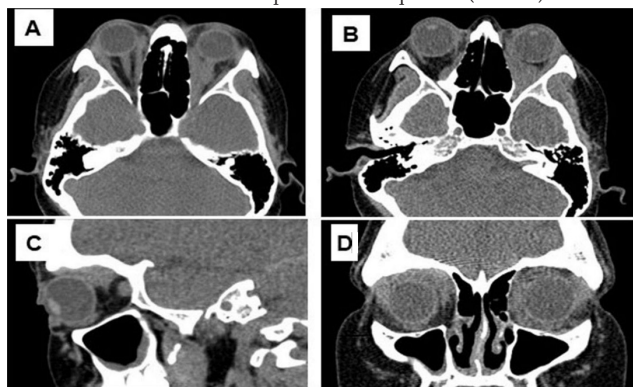
Presentación del caso: Paciente femenina de 47 años que desde nueve años antes sufre dolor y protrusión de ojo izquierdo, además de escleritis nodular bilateral y sinusitis recurrente. La tomografía orbital reveló un seudotumor retrobulbar bilateral de predominio izquierdo (**Figura 1**). También registró anticuerpos ANCA con patrón periférico y anticuerpos anti-MPO. Se prescribió azatioprina y prednisona, sin respuesta después de seis meses. Durante la evolución de la GPA no hay afectación renal, pulmonar y nerviosa. Dada la persistencia de los síntomas orbitales se indicaron bolos intravenosos de ciclofosfamida mensuales por seis meses. Al final del tratamiento experimentó remisión de la escleritis y la proptosis, así como involución de ambos seudotumores retrobulbares.

Discusión: El PR representa el 10% de los tumores de la órbita. La afectación orbital en la GPA puede presentarse como una manifestación inicial y sin afectación sistémica. Sin embargo, el diagnóstico diferencial del PR

relacionado con GPA es muy extenso, sin incluir por frecuencia primero a la enfermedad por IgG4 en órbitas, después a la histiocitosis xantomatosa (enfermedad de Erdheim-Chester) y por último a la sarcoidosis, entre otras entidades. En este caso, después de nueve años, se determinó el diagnóstico por la ponderación de las manifestaciones sinusales y escleras, así como la presencia de anticuerpos ANCA periféricos y anti-MPO. En cuanto al tratamiento, alrededor del 90% de los pacientes responde a la ciclofosfamida (CFM), con remisión completa en tres cuartas partes de los casos. Aunque el bloqueo anti-CD20 con rituximab no es inferior a la CFM y exhibe mayor seguridad, es menos accesible que la CFM.

Conclusiones: La GPA es la causa más frecuente del PR, pero se convierte en un gran desafío diagnóstico cuando es la manifestación inicial de la GPA.

Figura 1. Seudotumor retrobulbar en un paciente con proptosis ocular y granulomatosis con poliangeítis. (A y B) Vista axial tomográfica del pseudotumor retrobulbar bilateral de predominio izquierdo. (C) Corte tomográfico sagital de órbita izquierda en la que se observa el pseudotumor retrobulbar. (D) Corte tomográfico coronal que muestra ambas órbitas con pseudotumores retrobulbares de predominio izquierdo. (CC147)



Bibliografía

- Sfniadaki E, Tsiara I, Theodosiadi P, et al. Ocular manifestations of granulomatosis with polyangiitis: a review of the literature. *Ophthalmol Ther.* 2019 Jun;8(2):227-234.
- Dammacco R, Biswas J, Mohanan-Earatt A, et al. The eye is a common site of granulomatosis with polyangiitis. A collaborative study. *BMC Ophthalmol.* 2023 Jan 18;23(1):26. doi: 10.1186/s12886-022-02743-x.

CC148

ENFERMEDAD DE BEHÇET O ENFERMEDAD DE LA RUTA DE LA SEDA, A PROPÓSITO DE UN CASO

X. Jiménez-Jiménez¹, D. Acuña-González¹, L.V. Maya-Piña²

⁽¹⁾Centro Médico Naval, ⁽²⁾Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis sistémica de vaso variable, frecuente en países del Oriente. Su espectro heterogéneo de características clínicas incluye manifestaciones mucocutáneas, articulares, oculares, vasculares, neurológicas y gastrointestinales, que pueden cursar con episodios recurrentes y remitentes. Se consideran factores de mal pronóstico, inicio a edad temprana, afectación cardíaca, así como coexistencia de eritema nodoso. El diagnóstico suele ser un desafío, en virtud de la clínica inespecífica y la ausencia de pruebas patognomónicas.

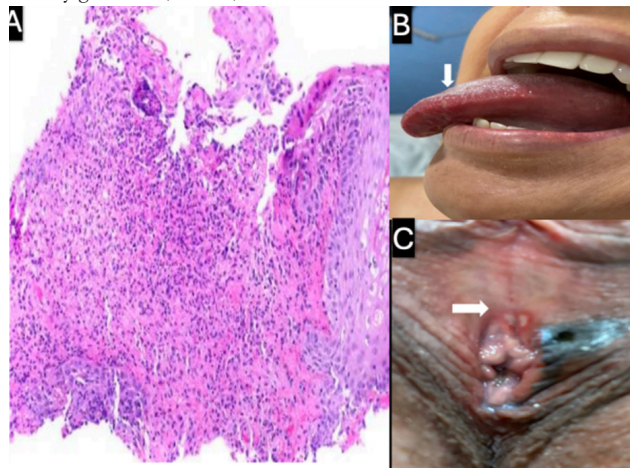
Presentación del caso: Paciente femenina de 37 años, originaria de Canadá, que inicia síntomas desde los 30 años, con episodios de úlceras dolorosas orales y recientemente en área genital. En la actualidad muestra elevaciones febriles, artralgias y artritis en codos y carpos, fatiga y pérdida de peso de 7 kg en el último mes. Exploración física: lesiones ulcerosas orales y en vulva dolorosas con membrana amarillenta en superficie eritematosa, sin evidencia de sinovitis aguda (**Figura 1B y C**). El abordaje inicial descarta proceso infeccioso como HIV (no reactivo), VDRL (-), IgM/IgG

herpes (-). VSG 54, PCR 16, leucocitos 4 700, hemoglobina 12,8 g/dL, plaquetas 215 mil, factor reumatoide (-), anti-CCP (-), ANA (-). Biopsia vulvar: infiltrado inflamatorio linfocítico y neutrofílico de predominio perivascular, con identificación de trombos en algunos vasos (**Figura 1A**). Se integra el diagnóstico de EB y se inicia tratamiento con glucocorticoide y azatioprina, con evolución satisfactoria.

Discusión: La EB es un reto diagnóstico, de baja prevalencia, que puede simular cuadros de procesos infecciosos y retrasar el diagnóstico; de ahí la relevancia de presentar este caso, para un diagnóstico y tratamiento óptimos y oportunos con la finalidad de disminuir secuelas y complicaciones.

Conclusiones: La EB es una vasculitis multisistémica, caracterizada en clínica por cuadros de exacerbación y remisión de duración y frecuencia variables. El tratamiento se enfoca en la afección: glucocorticoide, inmunosupresor, colchicina o fármacos biológicos en caso de resistencia.

Figura 1. (A) Biopsia de vulva (H-E 100x). Infiltrado perivascular linfocitario y neutrófilos, en algunos vasos se identifican trombos. (B-C) Úlceras orales y genitales. (CC148)



Bibliografía

- Fazaa A, et al. Behçet disease: epidemiology, classification criteria and treatment modalities. *Expert Review of Clinical Immunology.* 2024:1-12.
- Emmi G, et al. Behçet's syndrome. *The Lancet.* 2024:1093-1108.

CC149

ISQUEMIA MESENTÉRICA SECUNDARIA A SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO CATASTRÓFICO: REPORTE DE CASO

A. Landeros-Sáenz, C.G. Ávalos-Fernández, D. Deossa-Piedrahita, I. Avilés-Lizárraga, G.E. Martínez-Bonilla

Hospital Cívil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La variante catastrófica del síndrome antifosfolípido (SAFC) es una enfermedad autoinmunitaria relacionada con falla multiorgánica y representa menos del 1% de todos los casos de esta afección. La positividad de los anticuerpos antifosfolípidos está presente en el 14% de los pacientes con enfermedad cerebrovascular, en el 11% de los casos de infarto al miocardio y en el 10% de los casos de trombosis venosa profunda; por otro lado, las manifestaciones abdominales son raras dado que se han descrito solo en el 1,5% de los casos. A pesar de ello, se ha notificado la isquemia intestinal en el 14% a 38% de los pacientes con SAFC. La tasa de mortalidad de esta variante oscila entre el 37% y el 50%, ya que puede evolucionar con rapidez y ser difícil de distinguir de otras enfermedades, por lo que el diagnóstico y el tratamiento tempranos son cruciales para la supervivencia de estos pacientes.

Presentación del caso: Se describe el caso de un hombre de 47 años conocido con vitíligo e hipotiroidismo de larga evolución quien mostró dolor

abdominal tipo cólico difuso e intenso y náusea hasta llegar al vómito de contenido gastrobiliar en repetidas ocasiones. Se inició abordaje diagnóstico y terapéutico que descartó alteración pancreática y biliar. Exploración física: distensión abdominal y signos de irritación peritoneal, además de cambios en el hábito intestinal e intolerancia a la vía oral. Tomografía contrastada de abdomen: engrosamiento de la pared intestinal correspondiente a yeyuno, con dilatación, neumatosis y defecto de llenado endoluminal en el territorio de la arteria mesentérica superior con un gradiente de oclusión mayor de 70%. Se realizaron cuatro intervenciones quirúrgicas en las que se practicó la embolectomía de la raíz de la arteria mesentérica superior, con resección final de un total de 130 cm de intestino. La angiografía por tomografía localizó la trombosis de la vena yugular interna derecha con extensión a la vena cava superior y se solicitaron los anticuerpos antifosfolípidos, que mostraron la positividad para el anticoagulante lúpico, anticardiolipinas y anti-B2GP1 a títulos altos. De acuerdo con la evolución del paciente y los territorios vasculares afectados se clasificó con síndrome antifosfolípido en su variante catastrófica y se trató con glucocorticoides sistémicos, recambio plasmático e inmunoglobulina humana, con obtención de una respuesta favorable en relación con el pronóstico y la supervivencia del paciente.

Discusión: La mortalidad por isquemia mesentérica aguda se aproxima a 40%. Los factores pronósticos que pueden predecir la mortalidad en pacientes con SAFc son la afectación cerebral (en especial accidente cerebrovascular), la afectación cardíaca y la infección, así como su vinculación con otras entidades autoinmunitarias como el lupus eritematoso sistémico. No se han realizado estudios aleatorios para determinar el tratamiento óptimo para SAFc debido a la rareza de la enfermedad; sin embargo, el tratamiento médico regular vigente es el recambio de plasma o IVIG, junto con la combinación de anticoagulantes y glucocorticoides sistémicos. Con esta modalidad combinada se ha publicado que la tasa máxima de recuperación aumenta entre 30% y 70%.

Conclusiones: El diagnóstico de SAFc representa una morbilidad y mortalidad significativas. Por lo tanto, es imperativo intensificar el esfuerzo para determinar un diagnóstico oportuno y ofrecer medidas terapéuticas que prevengan las complicaciones adjuntas y mejoren la supervivencia a largo plazo de estos pacientes.

Bibliografía

1. Lee HA, Kim SE, Jung DW, *et al.* Small bowel necrosis associated with catastrophic antiphospholipid syndrome: a case report. *Korean J Gastroenterol.* 2021 Jun 25;77(6):294-299.
2. Rodríguez-Pintó I, *et al.* CAPS Registry Project Group. The effect of triple therapy on the mortality of catastrophic anti-phospholipid syndrome patients. *Rheumatology.* July 2018;57(7).

CC150

INFARTO ESPLÉNICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SAF. PRESENTACIÓN INUSUAL

X. Jiménez-Jiménez¹, L.V. Maya-Piña²

⁽¹⁾Centro Médico Naval, ⁽²⁾Hospital Juárez de México

Introducción: El infarto esplénico es una alteración infrecuente casi siempre relacionada con afecciones sistémicas. El síndrome de antifosfolípidos es una enfermedad autoinmunitaria que puede presentarse como dolor abdominal secundario a infarto esplénico y se ha informado en 1,1% a 1,8% de los pacientes con SAF. El dolor abdominal es el síntoma cardinal y el anticuerpo más vinculado el anticoagulante lúpico. Su diagnóstico es un desafío, dado el cuadro clínico inespecífico. El tratamiento de elección es la anticoagulación oral, no se necesita intervención quirúrgica y la esplenectomía está justificada ante complicaciones.

Presentación del caso: Paciente masculino de 28 años, sin alteraciones crónicas y degenerativas, que inicia dos días antes de su ingreso con intolerancia a la vía oral, dolor abdominal tipo cólico y EVA 10/10, motivo por el cual se hospitaliza. Exploración física: dolor a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen izquierdo. La TAC abdominal reconoce múltiples áreas hipodensas intraparenquimatosas en bazo y datos de

infarto esplénico (**Figura 1**). Se inicia abordaje y se descarta afectación cardíaca por ecocardiograma, trastornos hematológicos, infeccioso o neoplásicos por TEP/TC 18F-FDG. Estudios de laboratorio: PCR 20,14, procalcitonina (-), ANA (-), anticardiolipinas IgG, IgM, IgA (-), anti-β2 glucoproteína: IgG, IgM, IgA, (-), anticoagulante lúpico (+), PCR 20,14. Se integró el diagnóstico de SAF por criterios de clasificación ACR/EULAR 2023, y se inició tratamiento con glucocorticoide y anticoagulación oral, con adecuada respuesta.

Discusión: El infarto esplénico relacionado con SAF es infrecuente, cuya prevalencia en México se desconoce; el diagnóstico se basa en la sospecha clínica y el estudio de imagen, de ahí la importancia de presentar el caso.

Conclusiones: El infarto esplénico vinculado con SAF puede ser un indicio de un SAF catastrófico; por lo tanto, se requiere una alta presunción diagnóstica para la implementación del tratamiento óptimo y oportuno para reducir la morbilidad y mortalidad actual.

Figura 1. Tomografía abdominal (corte axial) que muestra áreas hipodensas intraparenquimatosas en bazo y la línea hipodensa que lo segmenta. (CC150)



Bibliografía

1. Cansu D. Üsküdar R, *et al.* Splenic infarction may be the first sign of granulomatosis with polyangiitis. *Central Asian Journal of Medical Hypotheses and Ethics.* 2024;5(2):93-98.
2. Hakoshima, Mariko, *et al.* Clinical, hematological, biochemical and radiological characteristics for patients with splenic infarction: case series with literature review. *Journal of Clinical Medicine Research.* 2023;15(1):38.

CC151

EXITOSA RESOLUCIÓN DE EMBARAZO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN

E.M. Escudero-Tepale¹, C.E. Rosas-Villegas²

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽²⁾Unidad Médica de Alta Especialidad 14 Adolfo Ruiz Cortines

Introducción: Las enfermedades reumáticas durante el embarazo suponen un riesgo para el binomio en el periodo prenatal y posnatal, y un desafío para el reumatólogo, ginecólogo y perinatólogo. La actividad de la enfermedad antes del embarazo representa un factor de riesgo importante para pérdida gestacional, así como la actividad durante el embarazo con incremento de parto de pretérmino, bajo peso al nacer, preeclampsia, eclampsia y muerte materna.

Presentación del caso: Mujer de 23 años con antecedente de aborto de 10 SDG. Inició en 2018 con ictericia, astenia, adinamia, prurito, pérdida de peso y alteraciones en pruebas de funcionamiento hepático; se instituye

protocolo de estudio y se concluye colangitis biliar primaria y hepatitis autoinmunitaria por biopsia hepática (hepatitis crónica, concordante con hepatitis autoinmunitaria y actividad intensa de grado III/IV, fibrosis intensa de grado III/IV). Se inició tratamiento con ácido ursodesoxicólico y azatioprina con discreta mejoría. La resonancia magnética revela Budd-Chiari crónico, hipertensión portal, esplenomegalia y mínima ascitis. En 2021, por manifestaciones hematológicas y constitucionales, anticuerpos antinucleares, anti-DNAs, anticardiolipinas IgG e IgM y anti-B2GP1 IgM positivos, se establece el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y hepatitis autoinmunitaria. Se cambió a tratamiento con prednisona a dosis medias, hidroxicloroquina, ácido micofenólico y anticoagulación con acenocumarina, si bien con persistencia de actividad hematológica. En enero de 2024 sufre amenorrea y prueba inmunológica de embarazo, y suspende el tratamiento. Se cambia a anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, azatioprina (2 mg/kg de peso), prednisona a dosis medias e hidroxicloroquina. Sin embargo, con persistencia de actividad hematológica (trombocitopenia, leucopenia) e inmunológica, así como hemorragia gastrointestinal, se decide transfusión de hemoderivados, pulsos de metilprednisolona (500 mg/24 h por 3 días consecutivos) y rituximab (1 g semana 0 y 2), con mejoría de cifras plaquetarias a más de 100×10^9 L. El 21 de septiembre inicia actividad uterina y ruptura de membranas. Se resuelve embarazo por cesárea y oclusión tubaria bilateral. Se obtiene recién nacido (mujer), peso de 1 980 g, talla de 44 cm, Apgar 8/8, Capurro 34 SDG. Egresada a domicilio.

Discusión: Este caso expone a una paciente embarazada multifaceteda, con actividad de la enfermedad antes del embarazo y durante el periodo gestacional, lo que eleva la morbimortalidad del binomio. Asimismo, se requieren seguimiento y comunicación estrecha del equipo multidisciplinario.

Conclusiones: El embarazo en la mujer reumática, específicamente en el lupus eritematoso sistémico, representa un reto para el médico. El conocimiento sobre el efecto del embarazo sobre la enfermedad, el efecto de la enfermedad sobre el embarazo, la seguridad de los medicamentos y el desenlace en los distintos escenarios, así como la participación de un grupo multidisciplinario, constituyen los pilares de una atención médica y obstétrica segura, lo que incrementa la probabilidad de un desenlace favorable para el binomio.

Bibliografía

- Pastore DEA, Costa ML, Surita FG. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: the challenge of improving antenatal care and outcomes. *Lupu*. 2019;28(12):1417-26.
- Al-Riyami N, Salman B, Al-Rashdi A, et al. Pregnancy outcomes in systemic lupus erythematosus women: a single tertiary centre experience. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2021 May;21(2):244-52.

CC152

ENTERITIS LÚPICA: UNA PRESENTACIÓN INICIAL ATÍPICA DE LES

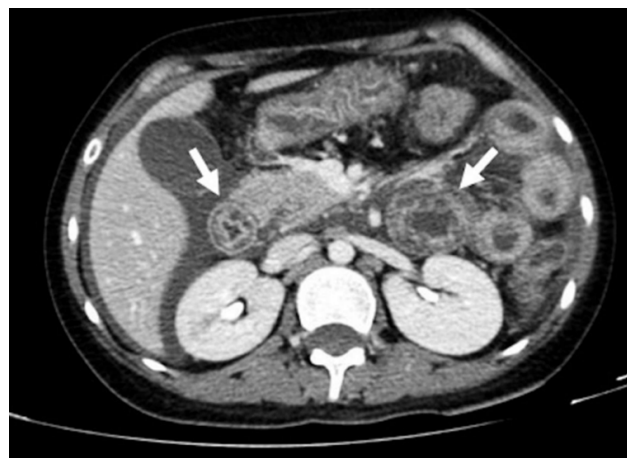
J.P. Recéndiz-Flores¹, Y. García-Pérez¹, P. Medina-San Millán¹, R.E. Barbosa-Cobos¹, A. García-Pérez²

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La prevalencia de la afectación gastrointestinal en el lupus eritematoso sistémico (LES) es del 40% e incluye esofagitis, enteropatía perdedora de proteínas, enteritis, pancreatitis, hepatitis, vasculitis mesentérica y peritonitis. La enteritis lúpica, definida como la inflamación de la pared intestinal, sobre todo en el intestino delgado, es una manifestación grave que se presenta en el 0,2% a 2% de los pacientes; se han descrito dos mecanismos fisiopatogénicos principales, el primero secundario al depósito de complejos inmunitarios en células de músculo liso y el segundo caracterizado por vasculitis que lleva a la isquemia crónica y la hipomotilidad. El cuadro clínico integra dolor abdominal (97%), vómito (42%), diarrea (32%) y fiebre (20%), y se relaciona con complicaciones como obstrucción, hemorragia intestinal y perforación. La tomografía computarizada abdominal se considera la modalidad diagnóstica de primera línea y se han mencionado tres signos radiológicos: signo de diana (edema y realce

de la pared intestinal > 3 mm), signo del peine (ingurgitación de vasos mesentéricos) y aumento de la atenuación de grasa mesentérica (**Figura 1**). **Presentación del caso:** Paciente femenina de 28 años con cuadro gastrointestinal de dos meses de evolución, caracterizado por náusea, vómito, epigastalgia y evacuaciones diarreicas intermitentes Bristol 6 (frecuencia superior a 10 evacuaciones en 24 h) acompañado de dolor abdominal generalizado intermitente con exacerbación posprandial. Presentó evolución tórpida con manifestaciones indicativas de oclusión intestinal que requirió LAPE con solo identificación de ascitis (1 500 mL, amarilla, translúcida, glucosa 105 mg/dL, LDH 549 U/L, proteínas totales 5,7 g/dL celularidad 80/mm³). Tomografía computarizada de abdomen simple y contrastada: véase la **Figura 1**. Colonoscopia y endoscopia: edema difuso y eritema del estómago; la histopatología indicó gastropatía reactiva, colon derecho e izquierdo con inflamación crónica leve focal, y no se identificó colitis microscópica. Se descartó una causa infecciosa: GDH para *Clostridium difficile*, coprocultivo, coproparasitoscópico y calprotectina negativos.

Figura 1. TAC abdominal con contraste en corte axial: engrosamiento de intestino delgado y colon, y signo de la diana (flecha). (CC152)



Como hallazgo se identificó proteinuria en límites subnefróticos, por lo que se realizó abordaje (**Tabla 1**), biopsia renal: glomerulonefritis membranosa clase V con patrón *full house*. Se integró el diagnóstico de LES por criterios de clasificación ACR/EULAR 2019 (18 puntos: nefritis lúpica clase V, hipocomplementemia, anti-DNAc) y enteritis lúpica como manifestación, no criterio; se indicó tratamiento con pulsos de metilprednisolona (500 mg 3 días) y ciclofosfamida, con respuesta completa.

Tabla 1. Estudios de laboratorio. (CC152)

Parámetro	Valor
Proteínas totales en orina de 24 h	0,77 g/24 h en 1 680 cc
ANA	1:1 000 patrón nuclear homogéneo y citoplasmático reticular
Anti-DNAc	130,76 UI/mL
Anti-Sm	< 2 UR/mL
Anticardiolipina IgG	10,9 U/mL
Anticardiolipina IgM	5,43 U/mL
Anti-B2GP IgG	4,85 UR/mL
Anti-B2GP IgM	0,07 UR/mL
Anti-SSA	12,32 UR/mL
Anti-SSB	< 2 UR/mL
Complemento C3	40,6 mg/dL
Complemento C4	8,06 mg/dL

Discusión: La enteritis lúpica es una manifestación gastrointestinal poco conocida de LES; en la mayor parte, las manifestaciones gastrointestinales son secundarias a reacciones adversas a fármacos o procesos infecciosos

virales o bacterianos, en menor porcentaje atribuibles a la enfermedad; se requiere un alto índice de sospecha por parte del reumatólogo, incluso en aquellos pacientes en los que se tiene diagnóstico previo de LES. Debido a su gran relación con complicaciones letales, resulta primordial el diagnóstico temprano e instituir un tratamiento dirigido. El caso presentado tiene como objetivo enfatizar las principales características clínicas y paraclínicas de las manifestaciones gastrointestinales en LES.

Conclusiones: La enteritis en LES como manifestación no criterio es inusual, por lo que se requiere un alto índice de sospecha. La tomografía computarizada juega un papel esencial para diagnosticarla. El abordaje multidisciplinario es determinante para establecer un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

Bibliografía

- Muñoz-Urbano M, Sangle S, D'Cruz DP. Lupus enteritis: a narrative review. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2024;63(6):1494-1501. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/kead689>
- Potera J, Palomera-Tejeda E, Arora S, et al. Lupus enteritis: an uncommon presentation of lupus flare. *Cureus* [Internet]. 2021; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.18030>

CC153

RETOS DIAGNÓSTICOS DE VASCULITIS SECUNDARIA A ENFERMEDAD SISTÉMICA. REPORTE DE CASOS

A.V. Hinostroza-Pezo, J.D. Chan-Trinidad, E.M. Pinto-Carrillo
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Introducción: Las vasculitis son un grupo de síndromes clínicos y patológicas que inflaman los vasos sanguíneos. Los vasos afectados varían en tamaño, tipo y ubicación en relación con el tipo específico de vasculitis. La vasculitis puede ocurrir como un proceso primario o secundario, la cual en esta ocasión es secundaria al lupus eritematoso sistémico (LES). Sin embargo, el retardo en el diagnóstico de este tipo de alteraciones puede resultar en un desafío mayúsculo para la comunidad médica, las cuales muchas veces pueden tener consecuencias devastadoras en el pronóstico del paciente. El objetivo es presentar serie de casos relacionados con vasculitis secundaria a enfermedad sistémica (LES).

Presentación de los casos:

Caso 1: Paciente masculino de 30 años con antecedente de infarto agudo de miocardio a los 21 años, sin identificar causa; se descartan trombofilias y otro trastorno autoinmunitario aparente. El individuo cursa con cuadro clínico de abdomen agudo y sospecha de oclusión intestinal, que exige intervención quirúrgica con realización de laparotomía exploradora, hemicolectomía derecha e ileostomía tipo Broke. Hallazgos: isquemia mesentérica en territorio de la arteria ileocólica.

Cabe destacar que tiene fenómenos vasculíticos a nivel de manos (fenómeno de Raynaud) y eritema malar. Un nuevo perfil inmunológico es positivo para anticuerpos antinucleares patrón 1:320 y granular 1:160, anticuerpos anti-Smith y anticuerpos anti-Ro; se establece LES por criterios de EULAR 2019. Responde adecuadamente a esteroides y se egresa con seguimiento por reumatología.

Caso 2: Paciente femenina de 23 años con antecedentes de enfermedad renal sin causa determinada y sin seguimiento; refiere consumo activo de metanfetaminas.

Acude por aparición de vesículas dolorosas en nariz, orejas, cuello y brazos, en relación con úlceras orales y caída de cabello, fiebre y tos productiva. Parámetros bioquímicos: pancitopenia (hemoglobina 9 g/dL, leucocitos 2 000/mm³, plaquetas 98 000/mm³), afectación renal (creatinina 1,8 mg/dL, urea 179 mg/dL), proteinuria en límites no nefróticos e hipocomplementemia. Se solicita perfil reumatológico por sospecha de autoinmunidad, y son positivos los anticuerpos antinucleares 1:360 patrón granular, anti-SM 5,38 UI/mL, anti-DNA bicatenario 68 UI/mL. Se concluye LES por criterios de EULAR. Después se indica biopsia renal que resulta consistente con nefritis lúpica clase III con nefritis tubulointersticial. Recibe pulsos de metilprednisolona y esteroide tópico con mejoría clínica y egresa con seguimiento externo.

Figura 1. (CC153)



Discusión: A menudo el diagnóstico de vasculitis tiende a retrasarse dado que las manifestaciones clínicas pueden asemejarse a las de otras afecciones. En los casos clínicos seriados se pueden constatar tanto los fenómenos vasculíticos como el compromiso de otros órganos blancos secundarios a LES. Los episodios de vasculitis en el LES tienden a ocurrir durante una reactivación con síntomas constitucionales, ya sea pérdida de peso, fiebre, fatiga, anemia, lesiones dermatológicas y perfil reumatológico positivo. Por ello es importante considerar la presencia de vasculitis en pacientes con síntomas sistémicos o constitucionales y evidencia de disfunción a órganos, además de la integración de una adecuada anamnesis, y estudios de laboratorio y gabinete.

Conclusiones: La naturaleza heterogénea del LES y sus múltiples manifestaciones orgánicas hace que su diagnóstico sea un reto para la comunidad médica. Si bien la supervivencia ha mejorado, su pronóstico depende de la afectación de órganos.

Bibliografía

- KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody (ANCA)-Associated Vasculitis [cited 2024 Sep 25]; Available from: www.kidney-international.org
- Okazaki T, Shinagawa S, Mikage H. Síndrome de vasculitis: diagnóstico y tratamiento. [cited 2024 Sep 27]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5689388/?report=classic>

CC154

VASCULITIS URTICARIANA Y ARTRITIS REUMATOIDE: UNA RARA ASOCIACIÓN

D. Díaz-Urbe, P. Medina-San Millán, R.E. Barbosa-Cobos, M.E. Ambrosio-Sánchez, A.S. Vargas-Avilés

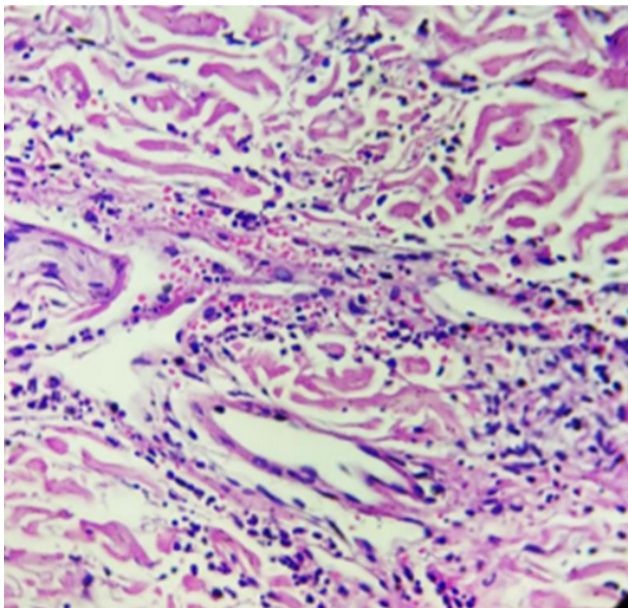
Hospital Juárez de México

Introducción: La vasculitis urticariana (VU) se caracteriza por erupciones cutáneas y hallazgos histopatológicos consistentes con vasculitis leucocitoclástica de vasos pequeños que afectan principalmente a vénulas

poscapilares. Se puede presentar desde una urticaria con vasculitis mínima hasta manifestaciones que amenazan la vida o la función de un órgano. La VU se subdivide en normocomplementémica (VUN) en el 80%, en su mayoría idiopática, e hipocomplementémica (VUH) en el 9% a 21% y puede relacionarse con enfermedades reumáticas autoinmunitarias, como lupus eritematoso sistémico (LES) y enfermedad de Sjögren (ES); la vinculación con artritis reumatoide (AR) es rara. La VUH es una entidad poco frecuente mediada por complejos inmunitarios que se caracteriza por urticaria con hipocomplementemia adquirida persistente y presencia de anticuerpos anti-C1q. Son posibles manifestaciones oculares, musculoesqueléticas, renales, pulmonares o gastrointestinales. Es una anomalía difícil de tratar y la modalidad depende de la gravedad de la afección cutánea y los síntomas sistémicos; en general, la terapéutica consta de antihistamínicos, corticosteroides y fármacos inmunosupresores, los cuales muestran resultados limitados. El rituximab ha mostrado ser eficaz en la remisión rápida y completa de la enfermedad.

Presentación del caso: Paciente femenina de 38 años con antecedente de AR de un año de diagnóstico, con factor reumatoide de 109 UI/ML, antipéptido cíclico citrulinado > 200, tratamiento con metotrexato y sulfasalazina y actividad moderada persistente. Presentó epiescleritis bilateral, además de placas migratorias, sobrelevadas, eritematosas y pruriginosas que se exacerbaban con la administración de metotrexato; el prurito fue progresivo hasta interferir con el sueño y provocar ideación suicida. Se indicó biopsia incisional de piel que reveló vasculitis neutrofílica leucocitoclástica de pequeños vasos, indicativa de VU (**Figura 1**). La valoró el servicio de alergología que descartó reactividad de tipo alérgico. Se documentó hipocomplementemia de C4 de 7,35 mg/dL y se estableció el diagnóstico de VUH vinculada con AR. Falló a tratamiento con antihistamínicos, glucocorticoides y azatioprina, y se decidió administración de rituximab, con respuesta terapéutica favorable de la AR y la VUH.

Figura 1. Biopsia de piel; en los campos se representa infiltrado inflamatorio de tipo polimorfonuclear en dermis, en su mayoría en derredor de vasos de pequeño calibre superficiales y profundos con detritos celulares, extravasación eritrocitaria, característico de un patrón de vasculitis leucocitoclástica, y además se observa edema leve en dermis superficial (H-E, 400x). (CC154)



Discusión: La VUH es una alteración poco frecuente. Las principales enfermedades reumáticas autoinmunitarias relacionadas son LES y ES; la presentación concomitante con AR es inusual. El tratamiento de VUH no se ha estandarizado, pero debe basarse en el compromiso sistémico y la gravedad de la enfermedad; la mayoría de los pacientes experimenta resistencia al tratamiento convencional y en estos pacientes el rituximab es una opción terapéutica eficaz.

Conclusiones: Es rara la relación entre AR y VUH, por lo que la biopsia cutánea de lesiones urticarianas juega un papel fundamental para determinarla. El abordaje multidisciplinario es determinante para realizar un diagnóstico preciso y ofrecer un tratamiento dirigido. El abordaje multidisciplinario entre las especialidades de nefrología, patología y reumatología es determinante para establecer un diagnóstico certero e instituir el mejor tratamiento disponible.

Bibliografía

1. Kolkhir P, Grakhova M, Bonnekoh H, *et al.* Treatment of urticarial vasculitis: a systematic review. Current perspectives J Allergy Clin Immunol. 2019;143:458-66.
2. Jara LJ, Navarro C, Medina G, *et al.* Hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome. Curr Rheumatol Rep. 2009 Dec;11(6):410-5.

CC155

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS: REPORTE DE CASO

J. Hurtado-Díaz, M.L. Espinoza-Sánchez

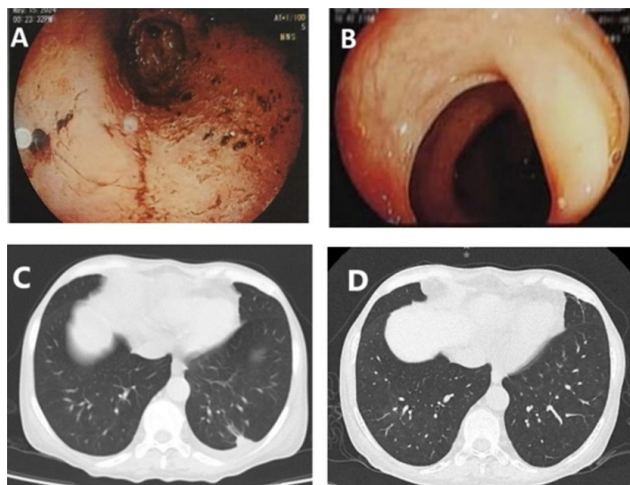
Hospital General Regional Número 220, Toluca, Estado de México

Introducción: La granulomatosis con poliangitis (GPA) es una vasculitis necrosante y granulomatosa que afecta a vasos de tamaño pequeño a mediano. El compromiso gastrointestinal (GI) se informa en 10% a 24% de los casos. Adopta la forma de hemorragia digestiva, isquemia intestinal, perforación y lesiones ulcerosas similares a las observadas en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En ocasiones se presenta como pancreatitis, colecistitis o hepatitis. Los estudios de imagen suelen ser inespecíficos. El estudio histológico muestra infiltrado inflamatorio mixto con vasculitis necrosante y granulomatosa de vasos pequeños y medianos. El intestino delgado es el sitio más afectado.

Presentación del caso: Mujer de 66 años con antecedente de mastoidectomía radical derecha por otitis media crónica cuatro años antes. Acudió por presentar mal estado general, edema de miembros pélvicos, dolor abdominal en epigastrio posprandial inmediato, diarrea, melena y hematoquecia. Se documentó leucoeritrocituria, cilindros granulosos, proteinuria subnefrótica, creatinina sérica 2,49 mg/dL, elevación de azoados, hiperpotasemia leve, Hb 7 mg/dL, VSG 24 mm/h, leucocitos de 28 000 k/mL a expensas de neutrófilos e hiperferritinemia 1 063 ng/mL. En clínica se observan mucosa nasal eritematosa, secreciones nasales amarillentas y adherentes, área pulmonar con crépitos basales bilaterales, dolor en epigastrio, peristalsis disminuida, sin visceromegalias, edema de miembros pélvicos. Dado el antecedente de otitis media crónica e hipoacusia y cuadro clínico actual se sospechó una causa autoinmunitaria. Se registraron p-ANCA y MPO positivos, y el resto de anticuerpos negativo, complemento normal. Toxinas A y B, GHD, cultivo para clostridioides negativos y panel viral para hepatitis B, C y VIH no reactivos. Se concluyó vasculitis de pequeño vaso ANCA positivo, tipo granulomatosis, con poliangitis (GPA). Sufrió también lesiones en vidrio despolido y lesión nodular pulmonar única (**Figura 1**). La endoscopia digestiva reveló gastritis hemorrágica de cuerpo y antro, duodenitis aguda y colon con mucosa hemorrágica y úlceras superficiales y pérdida del patrón vascular y haustral (**Figura 1**). De modo inicial, el patrón macroscópico sugería la posibilidad de EII con MPO positivo, pero las manifestaciones renales, óticas, rinosinuales y pulmonares permitieron descartar tal sospecha. Se decidió realizar inducción a la remisión con 3 g de metilprednisolona y continuar con rituximab (1 g los días 0 y 15). Se obtuvo mejoría de los síntomas GI, renales, pulmonares, rinosinuales y disminución de reactantes de inflamación. Cuatro meses después se realizó endoscopia de control que identificó resolución total de lesiones GI. Actualmente se halla con evolución clínica satisfactoria en tratamiento de mantenimiento con rituximab.

Discusión: Las manifestaciones GI se consideraron de forma inicial como EII y se consideró incluso la sobreposición de ambas entidades; sin embargo, con el análisis detallado del caso se descartó EII y se concluyó GPA con manifestaciones GI. De acuerdo con Pagnoux *et al.*, una serie de 62 pacientes con vasculitis ANCA y manifestaciones GI, el dolor abdominal

Figura 1. (A) Colonoscopia con lesiones hemorrágicas de mucosa gastrointestinal. (B) Colonoscopia con mucosa sin alteraciones. (C) Tomografía simple de pulmón con lesión nodular pulmonar de aspecto espiculado y derrame pleural mínimo en pulmón derecho. (D) Tomografía simple pulmonar con parénquima sin lesión nodular ni derrame pleural. (CC155)



es el síntoma más frecuente (97%); la hematoquecia y melena se presentan en 16%. La mortalidad se notifica en 44% de aquellos que sufrieron perforación intestinal y 18% para aquellos que no. El rituximab se consideró una opción válida para el tratamiento, además de que permitió evitar los FARMEsc orales por su nexo con intolerancia gastrointestinal.

Conclusiones: Dada su baja presentación, las manifestaciones GI se relacionan con retrasos en el diagnóstico y plantean un desafío diagnóstico. Se debe determinar el diagnóstico diferencial con EII. La morbimortalidad es elevada. El rituximab es una opción válida de tratamiento.

Bibliografía

1. Pagnoux C, Mahr A, Cohen P, *et al.* Presentation and outcome of gastrointestinal involvement in systemic necrotizing vasculitides: analysis of 62 patients with polyarteritis nodosa, microscopic polyangiitis, Wegener granulomatosis, Churg-Strauss syndrome, or rheumatoid arthritis-associated vasculitis. *Medicine (Baltimore)*. 2005;84:115-28.

CC156

DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN LINFADENOPATÍA CERVICAL PERSISTENTE: ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO EN PACIENTE CON ANTECEDENTES AUTOINMUNES COMPLEJOS

C.A. Trujillo-Hernández, D.A. Castro-Bernabé, A. Benítez-Cabrera, I. Bourget-Ontiveros, F.H. Bourget-Pietrasanta

Hospital de Alta Especialidad ISSSTE, Morelia

Introducción: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF), o linfadenitis necrosante histiocítica, es una alteración inflamatoria benigna y rara, con una incidencia variable según sea la región, y representa menos del 1% de las linfadenopatías cervicales en adultos. Se describió inicialmente en Japón y se ha notificado en diversos grupos raciales y países, donde el 75% de los casos se documenta en individuos blancos. Predomina en mujeres, aunque estudios recientes muestran una proporción 1:1 H:M. Su causa se relaciona con infecciones virales (Epstein-Barr, herpes simple, varicela-zóster) y enfermedades autoinmunitarias como lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome de Sjögren. En clínica se presenta con linfadenopatía cervical dolorosa, fiebre, fatiga, pérdida de peso y artralgias. El diagnóstico se confirma con biopsia de ganglios que revela patrones histológicos específicos.

Presentación del caso: Mujer de 37 años con carga genética para enfermedad cardiovascular, cáncer de laringe, riñón y germinoma maligno a

sistema nervioso. Antecedentes personales patológicos: hipertrofia congénita del píloro, prolapso congénito de válvula mitral, cuadros de migraña crónica, disautonomía neurovegetativa, neumonía atípica, colecistectomía por discinesia vesicular; durante este curso sufrió paro cardiorrespiratorio. Espondilolistesis de L5. Síndrome de anticuerpos antifosfolípido (SAF) triple positivo (anti- $\beta 2$ glucoproteína, aFL, AL); LES seronegativo. Hipertensión arterial sistémica. AGO: A1, C1 (prematureo 34 SDG, oligohidramnios grave). Muestra adenomegalias en cuello predominio derecho de ocho meses de evolución, móviles, dolorosas, sin organomegalias ni síntomas B. Estudios paraclínicos: Quantiferon TB Gold (-), serología viral para Epstein-Barr reactiva. En virtud de la alta sospecha de linfoma no Hodgkin se realizó biopsia por aspiración en ganglio cervical izquierdo, que informó imagen histológica de linfoma difuso no Hodgkin de células grandes y pequeñas. Inmunohistoquímica: CD20+ en linfocitos reactivos, CD5+ en linfocitos T reactivos, BCL2+ como patrón reactivo, enfermedad no maligna. Biopsia escisional: hiperplasia ganglionar mixta, folicular y paracortical. Linfadenitis crónica granulomatosa necrosante (EKF). Se estableció tratamiento con gammaglobulina y luego anti-CD20 (rituximab) con mejoría clínica y remisión de los síntomas.

Discusión: Paciente con antecedente de SAF y LES e infección por Epstein-Barr, que sufrió linfadenopatía cervical. Tenía sospecha de enfermedad linfoproliferativa, la cual se descartó con una segunda biopsia y estudios inmunohistoquímicos. La EKF comparte características etarias e histológicas con el lupus eritematoso sistémico. Las estructuras tubuloreticulares en linfocitos y células endoteliales de pacientes con LES son similares a las encontradas en la EKF, lo que sugiere una posible afección autoinmunitaria autolimitada. Es vital no confundir la EKF con enfermedades mieloproliferativas, dado que EKF tiene un buen pronóstico y se trata de manera conservadora, mientras que el linfoma no Hodgkin requiere un tratamiento intensivo que puede ser perjudicial si no se diagnostica correctamente.

Conclusiones: La epidemiología de EKF en América Latina, incluido México, es poco conocida, lo que destaca la importancia de documentar nuevos casos para mejorar su diagnóstico en contextos clínicos similares. En consecuencia, el EKF debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con linfadenopatía cervical y antecedentes autoinmunitarios. La inmunohistoquímica es crucial para evitar diagnósticos erróneos. El tratamiento de la EKF es de soporte, por lo que identificarla a tiempo evita tratamientos innecesarios.

Bibliografía

1. Mahajan VK, Sharma V, Sharma N, *et al.* Kikuchi-Fujimoto disease: a comprehensive review. *World J Clin Cases*. 2023;11(16):3664-3679
2. Ahmed Z, Quadir H, Hakobyan K, *et al.* Kikuchi-Fujimoto disease: a rare cause of cervical lymphadenopathy. *Cureus*. 2021;13(8):e17021.

CC157

AFTOSIS ORAL RECIDIVANTE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN REUMATOLOGÍA: REPORTE DE CASOS

J.A. Veloz-Aranda¹, V.E. Velázquez-Díaz²

⁽¹⁾Hospital Ángeles León, ⁽²⁾Unidad Médica de Alta Especialidad T1 IMSS, León, Gto.

Introducción: La aftosis oral recidivante (AOR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a la mucosa oral. Las lesiones se dividen en tres tipos: mayores, menores y herpetiformes. Las aftas mayores o "periadentitis mucosa necrótica recurrente" suelen ser de mayor tamaño (más de 10 mm), con distribución más amplia (extendidas a las encías y la faringe), son más dolorosas y pueden persistir por cuatro a seis semanas, con riesgo de dejar cicatriz. Todas las lesiones tienen efecto negativo en la calidad de vida. La prevalencia global es de 5% a 25% en la población general con una elevación etaria entre los 10 y los 19 años. La patogenia es multifactorial (con la predisposición genética como el más constante) y se reconocen diversos detonantes (lesiones locales, medicamentos, estrés). El diagnóstico es clínico, pero siempre deben descartarse causas sistémicas. Los diagnósticos diferenciales más comunes incluyen lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Behçet, granulomatosis con poliangiitis, enfermedad de Crohn,

la *aphthous-like-ulcers* (vinculada con medicamentos y otras enfermedades sistémicas), y eritema multiforme recurrente. Todos los casos requieren control local para alivio del dolor y permitir la cicatrización de las lesiones. No se conoce un agente efectivo en monoterapia; los fármacos sistémicos más estudiados y utilizados son prednisona, colchicina, talidomida, dapsona y pentoxifilina.

Presentación de los casos:

Caso 1: ERG, paciente masculino de 17 años con antecedente de aftas desde los nueve años que afectan labio inferior y carrillos. Al cumplir 16 años aumentó la frecuencia de aparición y duración de las lesiones que se extendieron a orofaringe y lengua; sin manifestaciones articulares, gastrointestinales, neurológicas ni oculares. Lo trató de modo inicial un infectólogo con colutorios, prednisona oral con dosis-reducción a razón de 1 mg/kg/día hasta 7,5 mg/día, pero con aparición de nuevas lesiones tras dicho cambio, y referido al servicio de reumatología. Se inició estudio que descarta compromiso sistémico y ausencia de autoanticuerpos. Se indicaron colchicina (1 mg/día) y pentoxifilina (400 mg BID) con mejoría de las lesiones.

Caso 2: HBV, mujer de 60 años que comenzó cinco meses antes con lesiones dolorosas en dorso de la lengua y, como parte del estudio inicial, se identificaron anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia indirecta 1:80 patrón moteado fino, motivo de la referencia a reumatología. No se documentaron ningún dato de compromiso sistémico ni presencia de otros autoanticuerpos. Se indicó prednisona (5 mg/día) y colchicina con mejoría.

Discusión: La aftosis oral recidivante (AOR) representa un reto diagnóstico y terapéutico para el reumatólogo. Los casos presentados se trataron en un principio por médicos internistas e infectólogos que descartaron de forma integral (clínica, serología viral, etc.) las principales causas infecciosas, deficiencias nutricionales o fármacos sospechosos. La relevancia de esta entidad se fundamenta en su frecuencia como diagnóstico diferencial frecuente respecto de las enfermedades sistémicas, con necesidad de pericia y conocimiento para optimizar el manejo interdisciplinario entre el estomatólogo, el dermatólogo y el médico internista.

Conclusiones: El reumatólogo debe considerar la aftosis oral recurrente como diagnóstico diferencial en casos de ausencia de manifestaciones sistémicas y como manifestación inicial de varias enfermedades autoinmunitarias sistémicas inflamatorias. Los casos presentados son una muestra de la complejidad del padecimiento.

Bibliografía

1. Sánchez J, Conejero C, Conejero R. Aftosis oral recidivante. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111:471-480.
2. Bilodeau EA, Lalla RV. Recurrent oral ulceration: etiology, classification, management, and diagnostic algorithm. *Periodontol.* 2000. 2019;80:49-60.

CC158

MONONEURITIS MÚLTIPLE Y PARÁLISIS DE PAR CRANEAL COMO MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

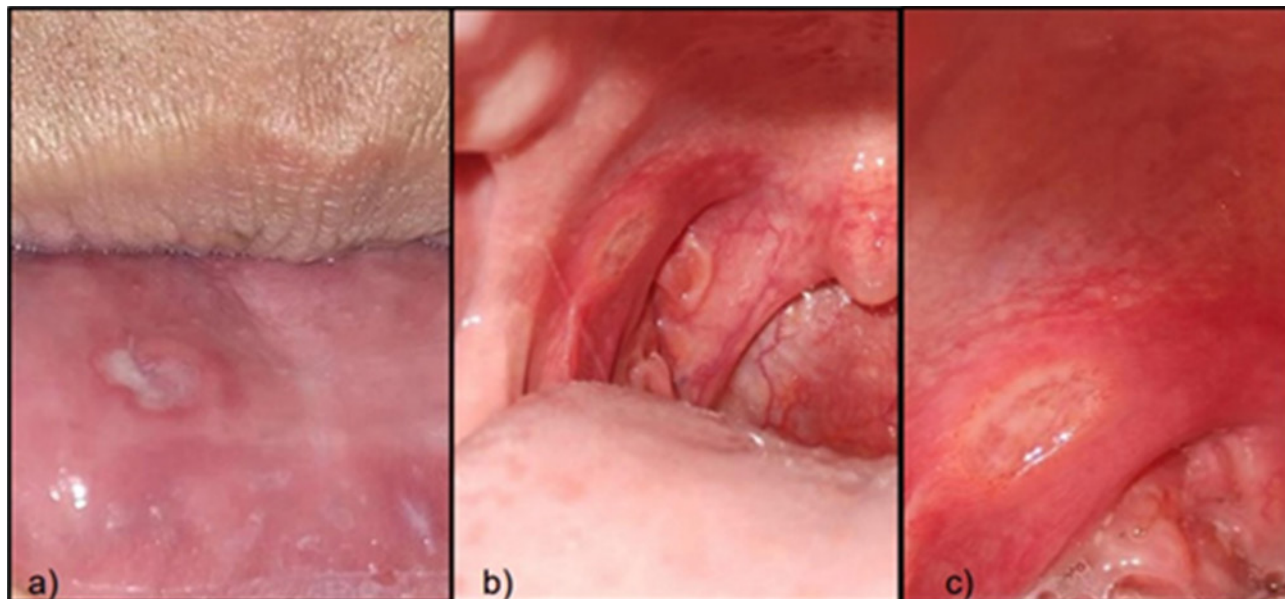
P. Lazo-Mendoza, I.E. Antonio-Victorio, D.G. Miranda-Hernández, J. Reyes-Gonzaga

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria por el sistema inmunitario, caracterizada por la producción de autoanticuerpos y formación de inmunocomplejos que puede afectar a múltiples órganos y sistemas, incluidos el nervioso central y el periférico. Las manifestaciones a sistema nervioso central (SNC) representan el 91,7% con respecto a todas las manifestaciones neuropsiquiátricas, mientras que la afectación del sistema nervioso periférico (SNP) puede observarse en el 8% de los pacientes. Al ser una manifestación poco frecuente se presenta el caso de una paciente que mostró dos manifestaciones de sistema nervioso de manera simultánea.

Presentación del caso: Paciente femenina de 26 años la cual tenía astenia, adinamia, artritis en carpos y metacarpofalángicas, eritema malar y úlceras en paladar no dolorosas. Se inició protocolo de estudio sin concluir diagnóstico y se indicaron dosis medias de esteroide con remisión parcial de los síntomas. En los seis meses posteriores sufre dolor de características urentes en región palmar, plantar, tibial y antebrazos, y se reinicia protocolo de estudio que documentó hipocomplementemia, ANAS+, y anti-SM+; al integrar los síntomas del cuadro clínico inicial se clasificó con criterios ACR/EULAR como LES. Se instituyó tratamiento con esteroide a dosis altas sin remisión de los síntomas. Un mes posterior sufre de manera súbita ptosis palpebral y diplopía izquierda y la valora el servicio de neurología, donde se diagnostica

Figura 1. Labio mucoso inferior izquierdo con úlcera superficial, redonda y recubierta de material fibrinoide, con halo eritematoso (a). Úlcera única de 1 cm, localizada en la parte posterior de la boca (b), con acercamiento de la lesión (c). (CC157)



parálisis de tercer par craneal; de igual manera, se realiza electromiografía con polineuropatía sensitivo motora asimétrica de tipo axonal de las cuatro extremidades, consistente con mononeuritis múltiple. Se prescribe tratamiento con pulsos de esteroide e inmunoglobulina (90 g) con mejoría parcial de los síntomas neurológicos. Se indicó como tratamiento de inducción a la remisión por alto riesgo de secuelas y mal pronóstico ciclofosfamida con bolos mensuales de 700 mg; luego del cuarto bolo mensual la paciente presenta remisión total de mononeuritis y parálisis de nervio craneal, sin persistencia del resto de manifestaciones articulares y cutáneas.

Discusión: En las últimas décadas, muchos estudios han evaluado las manifestaciones del SNC, mientras que solo un número limitado se centró en el SNP. Se han descrito neuropatías periféricas en cohortes de pacientes con LES en frecuencias variables. Sobre la base de los resultados de estudios a mayor escala, la frecuencia de mononeuritis atribuible al LES se ha calculado en un 1,2%. La evidencia sobre el tratamiento de las manifestaciones neurológicas del LES es limitada y su heterogeneidad patogénica y fenotípica impide el desarrollo de pautas de tratamiento uniformes.

Conclusiones: El caso engloba una serie de entidades de gran complejidad, sobre las que todavía hoy se tiene poco conocimiento profundo. Los avances en los últimos años en este ámbito son escasos y la mayoría de los tratamientos habitualmente utilizados cuentan con escasas evidencias científicas que los respalden. Dada la gravedad potencial de estas manifestaciones, se necesitan urgentemente estudios futuros para lograr una comprensión más profunda y, con ello, un mejor control de estas manifestaciones.

Bibliografía

1. Bortoluzzi A, Silvagni E, Furini F, *et al.* Peripheral nervous system involvement in systemic lupus erythematosus: a review of the evidence. *Clin Exp Rheumatology*.
2. Bertsias GK, Ioannidis JPA, Aringer M, *et al.* EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric manifestations: report of a task force of the EULAR standing committee for clinical affairs. *Ann Rheum Dis*. 2010 Dec;69(12):2074-82. doi: 10.1136/ard.2010.130476

CC159

RHUPUS Y SÍNDROME DE SJÖGREN ASOCIADO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

A. Estrada-Méndez, J.O. González-Enríquez

Hospital General de Especialidades Javier Buenfil Osorio Campeche, México

Introducción: El término rhusus describe a pacientes con coexistencia de lupus eritematoso sistémico (LES) y artritis reumatoide (AR). Es una anomalía rara y su presencia se calcula en 0,01% a 2% en el mundo, con predominio en las mujeres. Su coexistencia se notificó por primera vez en 1960 y el término se adoptó en 1971.

Se han propuesto factores de riesgo como la presencia de nódulos reumatoideos y artritis deformante. Los signos clínicos aparecen de forma secuencial y, en su mayor parte, las manifestaciones de AR preceden a las de LES en cuatro a siete años. Se lo define como una poliartritis simétrica deformante y erosiva acompañada de signos y síntomas de LES, con anticuerpos de alta especificidad diagnóstica como anti-DNA de doble cadena, ANA, anti-Smith, péptido cíclico citrulinado y factor reumatoide. Las manifestaciones del LES en los pacientes con rhusus son leves, en particular las alteraciones hematológicas, que rara vez representan daño renal grave. Sin embargo, manifiestan mayor grado de deformación y erosión en comparación con los pacientes con AR.

Presentación del caso: Mujer de 42 años sin antecedentes. Se la diagnosticó 14 años antes con AR deformante con mal respuesta a tratamiento con FARME y adalimumab. La valora el servicio de oftalmología, que identifica úlceras corneales vinculadas con síndrome de Sjögren y disminución del lago salival, prueba de Shimer positiva y síndrome seco.

Nueve años después muestra lesiones eritematosas y ampollas en la cara y brazos, con fatiga, cefalea, caída de cabello, dolor poliarticular intenso, xerostomía y xeroftalmía. Flogosis bilateral en articulaciones interfalángicas proximales segunda, tercera y cuarta, desviación cubital y síndrome de Reynaud.

Estudios de laboratorio: linfopenia, trombocitopenia, anticuerpos específicos e hipocomplementemia, antipéptido cíclico citrulinado (anti-CCP) 25,05 U/mL, complemento C3 94,18 mg/dL, complemento C4 9,99 mg/dL, anti-DNA (doble cadena) 2,42 índice, anticuerpos antinucleares 1:640.

Radiografías de manos: erosiones en articulaciones metacarpofalángicas primera y segunda de ambas manos y disminución del espacio articular simétrico. El tratamiento instituido fue rituximab (1 g), con remisión de los síntomas.

Discusión: Los pacientes con rhusus manifiestan una poliartritis simétrica deformante y erosiva acompañada de signos y síntomas de LES junto con anticuerpos de alta especificidad para ambas alteraciones; por lo regular, los síntomas de AR anteceden a los de LES en promedio cuatro a siete años; el caso presentado muestra una evolución clínica característica de rhusus. La paciente con diagnóstico de AR resistente al tratamiento muestra evolución deformante y nueve años después signos cutáneos y manifestaciones leves de LES, tal y como lo señalan las publicaciones médicas. Se corrobora la presencia de anticuerpos específicos, como anti-CCP, anti-DNAs y ANA, lo cual concuerda con criterios clínicos y confirma el diagnóstico simultáneo de ambas entidades. Como dato de importancia, la paciente desarrolla síndrome de Sjögren.

Conclusiones: El rhusus, al ser una entidad clínica muy rara y de la cual no existen criterios diagnósticos específicos, dificulta el diagnóstico y retrasa el tratamiento en grado considerable.

La presencia de síndromes de sobreposición puede ser confusa para el médico y dificultar el inicio de acciones terapéuticas, lo que modifica el pronóstico del paciente y la calidad de vida.

El reconocimiento de estas entidades permite al médico mantener una vigilancia adecuada del paciente, establecer un diagnóstico oportuno, iniciar tratamiento temprano para disminuir futuras complicaciones y prevenir el avance del daño articular que produce un tratamiento tardío.

Bibliografía

1. Antonini L, Le Mauff B, Marcelli C, *et al.* Rhusus: a systematic literature review. *Autoimmun Rev*. 2020 Sep;19(9):102612.
2. Upadhyaya S, Agarwal M, Upadhyaya A, *et al.* Rhusus syndrome: a diagnostic dilemma. *Cureus*. 2022;11;14(9):e29018.
3. Drie T, Khalayli N, Haidar G, *et al.* Rhusus syndrome. A case report of a rare combination. *Ann Med Surg*. 2023;16;86(1):535-538.
4. Tani C, D'Aniello D, Delle Sedie A, *et al.* Rhusus syndrome: assessment of its prevalence and its clinical and instrumental characteristics in a prospective cohort of 103 SLE patients. *Autoimmun Rev*. 2013;12(4):537-41.

CC160

VASCULITIS RECURRENTE ASOCIADA A LEISHMANIASIS VISCERAL Y MALACOPLAQUIA

A. Aguirre-Escojido, C.A. Arellano-Valdez, B.G. Zazueta-Leyva, I.M. Maldonado-Castelán, N.B. Castán-Ibarra

Centro Médico Nacional de Occidente IMSS (Pediatria)

Introducción: La leishmaniasis visceral (LV) es efecto de la infección de protozoos del género *Leishmania* y transmitida por flebotomos. *Leishmania donovani* es la especie más frecuente en Asia y África, *Leishmania infantum* en el Mediterráneo y *Leishmania chagasi* en Sudamérica. Las manifestaciones clínicas varían desde lesiones cutáneas benignas hasta lesiones viscerales letales, como consecuencia del daño al sistema mononuclear fagocítico. El bazo es el principal órgano afectado. El cuadro típico incluye fiebre, pancitopenia, hepatomegalia, esplenomegalia, hipergammaglobulinemia y autoanticuerpos.

La LV es una causa poco común de vasculitis cutánea acompañada de infecciones, en particular en pacientes de regiones endémicas. Las infecciones más relacionadas con vasculitis cutáneas son estreptococos, estafilococos, tuberculosis, endocarditis infecciosa, hepatitis B, hepatitis C y HIV. La malacoplaquia es una enfermedad granulomatosa crónica infrecuente, constituida por placas blandas de color marrón amarillento. Se confirma con la presencia

de los cuerpos de Michaelis-Gutmann en los macrófagos. La causa es poco conocida; representa un defecto adquirido de la función de los macrófagos y se ha vinculado principalmente con infección e inmunodepresión. El tracto urinario es el sistema más afectado, seguido por el gastrointestinal.

Presentación del caso: Paciente masculino de siete años con antecedentes de trombocitopenia al nacimiento sin causa establecida, comunicación interauricular corregida a los dos años; estenosis subglótica, múltiples hospitalizaciones por cuadros asmáticos y neumonías, con neumopatía crónica secundaria y esplenomegalia gigante detectada a los cinco años, sin enfermedad maligna. A los seis años se agregan lesiones vasculíticas en miembros pélvicos. El abordaje diagnóstico descartó enfermedad de Gaucher y Niemann-Pick AB. Por positividad de cANCA con PR3, sinusitis crónica y estenosis subglótica se sospechó granulomatosis con poliangitis (GPA); sin embargo, la panendoscopia reveló numerosas lesiones de malacoplaquia en la vía respiratoria y tubo digestivo, que eran el origen de la estrechez subglótica. Por PCR y médula ósea se confirmó leishmaniasis visceral como causa de bazo gigante, tratada con anfotericina B. No se hallaron granulomas en ningún tejido analizado. Cinco meses después recidivó vasculitis en brazos y piernas, con informe histológico de vasculitis leucocitoclástica; tuvo última recurrencia de vasculitis dos meses posteriores, en relación con cuadro infeccioso respiratorio. La morfología de las lesiones fue variable en cada presentación (**Figuras 1 a 5**).

Discusión: La vasculitis cutánea tiene numerosas causas, entre ellas las de origen infeccioso como la leishmaniasis visceral. Se ha notificado la relación de LV en pacientes con enfermedades autoinmunitarias como GPA, crioglobulinémica mixta tipo II, poliarteritis nodosa y lupus eritematoso sistémico. No hay notificaciones de malacoplaquia y leishmaniasis o de vasculitis vinculadas con malacoplaquia; sin embargo, la malacoplaquia es un trastorno que puede acompañar a infecciones crónicas, enfermedades sistémicas, inmunodepresión y neoplasias. Se ha descrito también el mimetismo molecular parasitario como causa de generación de autoanticuerpos. Casato *et al.* demostraron reactividad cruzada en pacientes con LV y vasculitis crioglobulinémica mixta tipo II. Chen *et al.* documentaron ANCA en el 80% de pacientes con LV. La positividad de ANCA y especificidades en el paciente fue transitoria, con desaparición después del tratamiento.

Conclusiones: La vasculitis leucocitoclástica tiene diversos orígenes; el diagnóstico diferencial debe sustentarse en una adecuada anamnesis y los signos y síntomas acompañantes; los anticuerpos específicos deben interpretarse en función del cuadro clínico, especialmente de aquellos anticuerpos como los ANCA, que participan en diversas anomalías no reumáticas y poseen elevada tasa de positividad por reacción cruzada.

Bibliografía

1. Casato M, de Rosa F, Pucillo L, *et al.* Mixed cryoglobulinemia secondary to visceral Leishmaniasis. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1999;42(9):2007-11. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1002/1529-0131\(199909\)42:9<2007::AID-ANR30>3.0.CO;2-X](http://dx.doi.org/10.1002/1529-0131(199909)42:9<2007::AID-ANR30>3.0.CO;2-X)
2. Chen X, Zhou Q, Liu J, *et al.* Autoimmune manifestations of visceral leishmaniasis in Chinese patients. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2021;10(12):12699-705. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21037/apm-21-3409>

Figura 1. Abdomen distendido por esplenomegalia masiva. (CC160)



Figura 2. Primera aparición de lesiones vasculíticas, limitada a miembros inferiores. (CC160)



Figura 3. Aspirado de médula ósea, con amastigotes dentro de macrófagos (parte central de la imagen). (CC160)

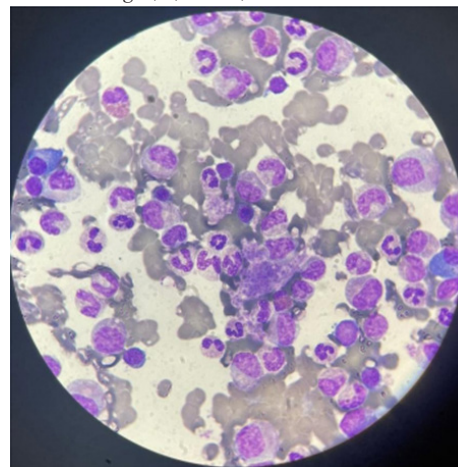


Figura 4. Cuerpos de Michaelis-Gutmann en los macrófagos (biopsia de colon). (CC160)

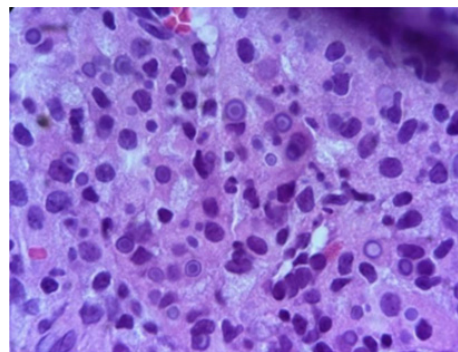


Figura 5. Reparición de lesiones vasculíticas redondeadas diseminadas en miembros torácicos, pélvicos y abdomen. (CC160)



CC161

ENTERITIS LÚPICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL INFRECUENTE Y GRAVE EN UN CASO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

J. Godina-Hernández, Z. Castro-Colín

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una compleja alteración autoinmunitaria que afecta a diversos órganos y sistemas, con un curso crónico y episodios de actividad y remisión. Sir William Osler describió en 1895 la afectación gastrointestinal por LES. La enteritis lúpica (EL) ocurre por depósito de complejos inmunitarios, inflamación o trombosis en los vasos sanguíneos intestinales.

Presentación del caso: Paciente femenina de 28 años. La madre tiene antecedente de artritis reumatoide, pero sin más alteraciones de importancia. Acudió a valoración a medio privado por cuadro doloroso abdominal, intolerancia a la vía oral y pérdida de peso no intencionada. Debido al hallazgo clínico de ascitis, se solicitó USG abdominal que notificó un aumento de volumen en el ovario derecho, con elevación de marcador Ca 125 (97,75). El 21/05/24 se la remitió al servicio de ginecología en CMN La Raza donde, por sospecha de tumor aneja, se decidió practicar laparotomía exploratoria que identificó hallazgos posquirúrgicos de ovarios sin alteraciones, serositis, ileítis terminal, ascitis (300 cm³) y apéndice congestivo. Durante su hospitalización se observó persistencia del dolor abdominal, evacuaciones diarreas y mala tolerancia a la vía oral. Los estudios paraclínicos demostraron anemia de grado II, linfopenia, trombocitosis reactiva, EGO con proteínas 150 mg/dL, hemoglobina 250, sin deterioro de la función renal. La evolución fue tórpida y cursó con fiebre > 38°C y eventración contenida de la herida que requirió reintervención con LAPE. Fue protocolizada para infección por *C. difficile* y se realizó TAC simple y contrastada de abdomen que reveló engrosamiento segmentario del ciego, colon ascendente y tercio distal del sigmoides, ectasia renal bilateral, inflamación ganglionar mesentérica, líquido libre en cavidad y derrame pleural (Figura 1). Como protocolo por ascitis, se solicitó interconsulta al servicio de reumatología para descartarla como manifestación de LES; se la valora el 07/06/24 y se reconoce mal estado general con estudios de laboratorio de deterioro de la función renal, hipoalbuminemia, hipocomplementemia C3 y C4, positividad de anti-DNA y anti-Sm, proteinuria de 1,5 g en orina de 24 h, ANA 1:320 patrón moteado grueso, hallazgos anormales en TAC contrastada de abdomen (pancolitis con pared hasta de 15 mm, engrosamiento en pared vesical, hidronefrosis), por lo que se establece el diagnóstico de LES (SLEDAI 2K de 10 puntos) con afectación por enteritis lúpica y se indica tratamiento con glucocorticoide a dosis altas; la paciente se considera elegible para tratamiento de inducción a la remisión al resolver el proceso infeccioso abdominal. A las pocas horas aparecieron inestabilidad hemodinámica que exigió vasopresor, hemorragia gastrointestinal y al final paro cardiorrespiratorio.

168 Reumatol Clin. 2025;21 Sup.1

Figura 1. TAC contrastada de abdomen en corte axial. (A) Signo del doble halo por la separación de la capa mucosa y muscular (flecha blanca). (B) Signo del peine por congestión de vasos mesentéricos (cabeza de flecha). Se identifica el engrosamiento difuso de la pared intestinal del intestino delgado y colon. Se observan cambios en el patrón de atenuación de la grasa mesentérica. (CC161)



Discusión: Las tasas de mortalidad por EL ascienden a 50%, secundarias a hemorragia digestiva, seudooclusión y perforación intestinal. La prevalencia de EL en el contexto de LES y abdomen agudo es de 50%. Cursa como un cuadro doloroso abdominal con síntomas gastrointestinales acompañado a menudo de otros datos de actividad de la enfermedad, como nefritis (54%), anemia (52%), leucocitopenia (40%), cistitis e hidronefrosis (23-35%). Puede afectar todos los segmentos intestinales y la tomografía hace posible identificar signos indicativos de engrosamiento parietal, congestión de vasos mesentéricos y atenuación de la grasa mesentérica. El tratamiento oportuno con glucocorticoides e inmunosupresores es crucial. **Conclusiones:** La EL como manifestación inicial del LES es infrecuente, pero sin tratamiento oportuno lleva a resultados adversos por las complicaciones que ocasiona. El diagnóstico debe considerarse en todo paciente con LES y abdomen agudo por el efecto que el tratamiento representa sobre el pronóstico.

Bibliografía

- Muñoz-Urbano M, Sangle S, D'Cruz DP. Lupus enteritis: a narrative review. *Rheumatology* (Oxford). 2024;63(6):1494-501.
- Ju JH, Min J-K, Jung C-K, et al. Lupus mesenteric vasculitis can cause acute abdominal pain in patients with SLE. *Nat Rev Rheumatol*. 2009;5(5):273-81.

CC162

SERIE DE CASOS: ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS EN PEDIATRÍA

A.E. Santizo-Ávila, A.C. Muñoz-Cedeño, M. Ramos-Galeano, H. Menchaca-Aguayo, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Los síndromes autoinflamatorios (SA) se caracterizan por alteraciones en la inmunidad innata y una activación excesiva de las vías inflamatorias. El diagnóstico es clínico y se basa en las características fenotípicas, aunque en algunos casos puede ser difícil diferenciar estas alteraciones de las enfermedades autoinmunitarias, lo que subraya la importancia del diagnóstico genético en casos específicos. El tratamiento con inhibidores de IL-1 y TNF- α ha demostrado ser eficaz, aunque también se emplean modalidades dirigidas a las manifestaciones clínicas, con buenos resultados.

Presentación de los casos:

Caso 1: Paciente masculino de 11 años, originario y residente del Estado de México, con fiebre periódica, pápulas eritematosas generalizadas y hematuria macroscópica de un mes de evolución. Presenta después epistaxis,

artralgias, mialgias, disnea con esfuerzos moderados y debilidad generalizada, por lo que se traslada a urgencias. Exploración física: hepatomegalia. Los estudios de laboratorio revelaron anemia, linfopenia y elevación de reactantes de fase aguda. Se realizó un abordaje para fiebre de origen desconocido sin encontrar causa infecciosa, hematológica o autoinmunitaria. Ante la sospecha de un síndrome autoinflamatorio se solicitó un panel genético que reveló mutaciones en el gen *PSTPIP1* (p.E250K y p.Arg253Gln), que confirmó el diagnóstico de síndrome de proteinemia inflamatoria relacionada con mieloides y *PSTPIP1* (PAMI). Se inicia tratamiento con prednisona (2 mg/kg/día), metotrexato (MTX) (15 mg/m²/sem) e infliximab (6 mg/kg/dosis), con obtención de una respuesta adecuada. Sin embargo, tras la segunda dosis de infliximab, el paciente sufre anafilaxia. El tratamiento se continúa con esteroides y metotrexato, con adecuada evolución.

Caso 2: Paciente masculino de seis años y seis meses, originario y residente del Estado de México. Inicia con artritis que limita la movilidad y dermatosis. Lo valora un médico particular que indica raquitismo y se lo remite al HIMFG. En septiembre de 2021 se identifican dismorfias, dermatosis, livedo reticular, artritis, desnutrición crónica agudizada, y se integra el diagnóstico de artritis idiopática juvenil poliarticular, ANA (+) FR (factor reumatoide) (-). Debido a la articulación de mal pronóstico a nivel cervical y carpos se decide inicio de etanercept (0,8 mg/kg/sem) y MTX (15 mg/m²/sem). Lo valora el servicio de genética por inicio temprano de afectación autoinmunitaria. En 2022 recae y se indica tocilizumab (162 mg/15 días) con adecuada evolución. Estudio genético: exoma (WES77): variante patogénica heterocigota en *PSMB8*:c.224C>T, p.Thr75Met; se reconoce una relación con el síndrome de Nakajo-Nishimura (SNN).

Discusión: En el primer caso, el síndrome PAMI presentó una coincidencia clínica del 91% con los hallazgos publicados y se caracterizó por afectación osteoarticular, citopenias y nefropatías heterogéneas. El tratamiento con esteroides y anti-TNF mostró una respuesta adecuada, como se ha documentado en otros pacientes con esta enfermedad.

En el segundo caso, las variantes en *PSMB8* producen el síndrome autoinflamatorio relacionado con proteasoma tipo 1, indicativo de SNN. Las manifestaciones clínicas incluyen retraso del crecimiento, contracturas articulares, pérdida de grasa subcutánea y elevación de IL-6 e IL-8, lo que explica la buena respuesta al tratamiento con tocilizumab.

Conclusiones: El diagnóstico de los síndromes autoinflamatorios puede superponerse al de enfermedades autoinmunitarias, lo que hace esencial un panel genético para confirmar el diagnóstico y guiar el tratamiento. En ambos casos presentados, el diagnóstico genético fue crucial para definir el abordaje terapéutico, lo que mejoró la calidad de vida de los pacientes y redujo las secuelas a largo plazo.

Bibliografía

- Mejbri M, Renella R, Candotti F, et al. *PSTPIP1*-associated myeloid-related proteinemia inflammatory (PAMI) syndrome: a systematic review. *Genes* (Basel). 2023 Aug 19;14(8):1655. doi: 10.3390/genes14081655. PMID: 37628706; PMCID: PMC10454568
- Agarwal AK, Xing C, DeMartino GN, et al. *PSMB8* encoding the $\beta 5i$ proteasome subunit is mutated in joint contractures, muscle atrophy, microcytic anemia, and panniculitis-induced lipodystrophy syndrome. *American Journal of Human Genetics* [Internet]. 2010 Dec 10;87(6):866-72. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002929710005471>

CC163

COMPORTAMIENTO CLÍNICO DE LA DERMATOMIOSITIS ANTI-MDA5: SERIE DE CASOS

I.E. Antonio-Victorio, P. Lazo-Mendoza, D. Miranda-Miranda, J. Reyes-Gonzaga

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La dermatomiositis anti-MDA5+ tiene un espectro clínico heterogéneo con diferentes subgrupos de pacientes que muestran resultados

muy diferentes; la enfermedad pulmonar intersticial aguda grave es el principal factor que afecta el pronóstico, por lo que se presenta esta serie de casos en la que puede verse la heterogeneidad de esta alteración.

Presentación de los casos:

Caso 1: Mujer de 62 años que inició tres meses antes con pérdida de 10 kg, edema periorbital, eritema en dorso y palma de manos, al mes o los dos meses se agregan tos, disnea y fiebre de 39°C. La TACAR muestra patrón en vidrio esmerilado de forma difusa que abarca desde ápices hasta bases pulmonares bilaterales, con patrón de *crazy paving*. Se indicaron esteroides a dosis altas y ciclofosfamida sin repuesta y con rápida progresión a falla respiratoria, sin aceptar asistencia mecánica ventilatoria por lo que fallece a los dos meses de iniciado el cuadro respiratorio.

Caso 2: Mujer de 39 años que inició dos meses antes con máculas eritematosas en dorso de nariz pruriginosas, con posterior diseminación a región malar, periorbitaria y frontal que luego se extendieron glúteos, brazos y antebrazos, cuello y espalda, y posterior disminución de la fuerza en extremidades inferiores, pérdida de peso de 7 kg en tres meses, fiebre, artralgias y artritis en carpos, hombros, codos y rodillas; a continuación se agregó disfagia a sólidos y se prescribió inmunoglobulina por cinco días, con necesidad de gastrostomía. No toleró el metotrexato ni la azatioprina; el tratamiento actual se basa en ciclosporina y prednisona.

Caso 3: Mujer de 40 años que inició dos meses antes con máculas eritematosas en cara, manos, prurito generalizado, fenómeno de Raynaud grave con amputación de falange distal, artritis en carpos, úlceras activas en metacarpofalángicas, úlceras necróticas en pulpejos de los dedos de ambas manos, disnea de grandes esfuerzos, aldolasa 20,5. La TACAR reveló enfermedad pulmonar intersticial bilateral. El tratamiento actual incluye tacrolimus y prednisona.

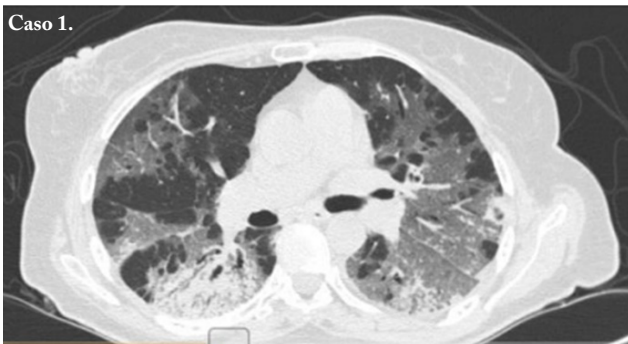
Caso 4: Mujer de 56 años que inició un año antes con eritema en heliotropo, signo V del escote, signo de Gottron en metacarpofalángicas e interfalángicas proximales y pápulas de Gottron en codos. Se realizó biopsia de piel con el siguiente informe: dermatitis de interfaz de tipo vacuolar con hialinización de la dermis papilar, congestión vascular, infiltrado inflamatorio crónico linfocítico moderado perivascular, superficial y profundo. Tratamiento: metotrexato y prednisona.

Caso 5: Hombre de 47 años que inicia cuatro meses antes con artritis, dermatosis descamativa de base eritematosa en metacarpofalángicas interfalángicas proximales, disnea y artralgias en metacarpofalángicas e interfalángicas proximales. TACAR: neumopatía intersticial por depósito, ganglios de aspecto inflamatorio en mediastino. Espirometría: patrón restrictivo pulmonar moderado. Tratamiento: ácido micofenólico y prednisona. Véase la **Figura 1**.

Figura 1. Caso 1: TACAR que muestra patrón en vidrio esmerilado de forma difusa que abarca desde ápices hasta bases pulmonares bilaterales, con patrón de *crazy paving*. Se observan manos de mecánico y pápulas de Gottron invertidas. Caso 2: Signo de V del escote, con lesiones activas, excoriaciones secundarias a rascado, y poiquilodermia en hombros. Caso 3: Enfermedad pulmonar intersticial bilateral; necrosis de quinta falange, cambios violáceos en la cuarta, cambios violáceos y úlcera que avanzó a necrosis en la tercera falange. Caso 4: Signo de Holster: lesiones eritematosas papulares en cara anterior y lateral de extremidades inferiores femoral. Caso 5: TACAR que muestra neumopatía intersticial con ganglios de aspecto inflamatorio en mediastino. (CC163)



Caso 1.



Caso 2.



Caso 5.



Discusión: El espectro de manifestaciones de la dermatomiositis anti-MDA5 es complejo y se halla en expansión; este tipo de dermatomiositis abarca diferentes grupos de pacientes con diferentes pronósticos; la EPI es el principal punto de inflexión pronóstico. Existen varios retos, entre ellos la obtención de una mejor comprensión del papel de los anticuerpos anti-MDA5 y el tratamiento más apropiado dentro y fuera del entorno de la afección pulmonar.

Conclusiones: La dermatomiositis anti-MDA5 se presenta en menos del 2%, con cuadro clínico heterogéneo casi siempre amiopático, con alta mortalidad si presenta enfermedad intersticial de rápida progresión con una TACAR, por lo que la vigilancia estrecha de estos pacientes y el tratamiento oportuno de acuerdo con las manifestaciones clínicas es primordial.

Bibliografía

1. Castro-Molina SA, Méndez-Flores S. Dermatomiositis anti-MDA5. Revisión de la literatura [Anti-MDA5 dermatomyositis. Literature review]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2023 Jan 2;61(1):99-105. (1)
2. Lu X, Peng Q, Wang G. Anti-MDA5 antibody-positive dermatomyositis: pathogenesis and clinical progress. *Nat Rev Rheumatol.* 2024;20(1):48-62. (2)

CC164

ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4. COMPROMISO PANCREÁTICO Y DE VÍA BILIAR

A. Elizalde-García, R.A. Salazar-Mendoza, C.V. Cruz-Reyes

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La enfermedad por IgG4 es una afectación autoinmunitaria fibroinflamatoria caracterizada por densos infiltrados linfoplasmáticos con un alto porcentaje de células plasmáticas portadoras de IgG4. Según sean los diferentes fenotipos, puede producir colangiopatía, nefritis, pseudotumor orbital y linfadenopatía extensa. Es una enfermedad subdiagnosticada que requiere alto grado de sospecha. En cohortes publicadas tiene una mayor incidencia en hombres de 50 a 60 años con afectación pancreática y fibrosis retroperitoneal.

Presentación del caso: Paciente masculino de 43 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e hipertiroidismo en tratamiento. Cuadro de dolor abdominal subagudo, ictericia, coluria, acolia y pérdida de peso de 20 kg en tres meses; en clínica muestra adenopatías submandibulares bilaterales. Los datos de proceso obstructivo de la vía biliar llevan a sospechar colangiocarcinoma; el estudio de imagen señala dilatación de la vía biliar, sin identificar origen ni tumoración, actividad ganglionar paratraqueal, axilar y mediastínica; la colangiorresonancia identifica lesiones hipointensas en T2 y conducto de Wirsung con engrosamiento nodular en sus paredes. Informe histopatológico: cabeza de páncreas negativa a enfermedad maligna, cepillado con escaso infiltrado inflamatorio, negativo a células neoplásicas; la biopsia de adenopatía axilar derecha revela hiperplasia linfóide mixta negativa a células neoplásicas. Una vez descartado la neoplasia pancreática y biliar se realiza determinación de factor reumatoide y anticuerpos antinucleares negativos, sin datos de síntomas secos, y se descarta síndrome de Sjögren. IgG 2 812 mg/dL, subpoblación de IgG4 158 mg/dL. Se inicia prueba terapéutica con dosis de esteroide a 40 mg/kg con lo cual hay mejoría y disminución de adenopatías. Ante afectación constitucional, compromiso pancreático biliar, entidad neoplásica descartada, elevación sérica de IgG e IgG > 1 800 mg/dL y > 135 mg/dL, respectivamente, así como respuesta positiva con esteroide a las tres semanas, se concluye diagnóstico de enfermedad de IgG4. Otros hallazgos que apoyan esta entidad son el engrosamiento nodular de las paredes del conducto (hipointensidad en T2 como se observa en la fibrosis) y el escaso infiltrado inflamatorio. Se inicia tratamiento de mantenimiento con rituximab.

Discusión: La enfermedad por IgG4 abarca un amplio espectro de afectación orgánica y la pancreática es la afectación más frecuente en el 80% de los casos, con una presentación de pancreatitis autoinmunitaria de tipo I. La segunda afectación en frecuencia (77%) es la colangitis esclerosante relacionada con IgG4, y se observa engrosamiento focal o difuso de la vía biliar con estenosis y dilatación proximal. El diagnóstico sugerido por el consenso japonés 2022 del páncreas se realiza con:

1. Hallazgos radiológicos.
2. Un marcador, sea IgG4 o histopatológico.
3. Respuesta con corticosteroides.

La primera línea de tratamiento incluye glucocorticoides durante dos a cuatro semanas, con dosis de 30 a 40 mg/día. En caso de recaída está indicado reiniciar glucocorticoides y ahorrador de esteroide. Se considera el rituximab en pacientes con tres o cuatro órganos comprometidos o que presenten IgG4 > 5 LSN.

Conclusiones: Se trata de una enfermedad inmunomediada y considerada como simuladora; es necesario sospechar esta enfermedad en pacientes con compromiso del páncreas de manera abrupta, afectación glandular u otros sistemas y hallazgos de fibrosis por imagen o histopatología. Requiere una correlación clínica, imagenológica e histopatológica. A pesar de la buena respuesta con glucocorticoides, el 30% recaerá y requiere inmunosupresores.

Bibliografía

1. Umehara H, Okazaki K, Kawa S, *et al.* The 2020 revised comprehensive diagnostic (RCD) criteria for IgG4-RD. *Mod Rheumatol.* 2021 May;31(3):529-533.

2. Wallace ZS, Naden RP, Chari S, *et al.* American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism IgG4-Related Disease Classification Criteria Working Group. The 2019 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for IgG4-Related Disease. *Arthritis Rheumatol.* 2020 Jan;72(1):7-19.

CC165

ACIDOSIS TUBULAR RENAL DISTAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE SJÖGREN PRIMARIO: REPORTE DE CASO

A. Pérez Bolde-Hernández¹, L. Salinas-Vásquez², L. Garduño-Ángeles³, O. Loaiza-Reyes⁴⁽¹⁾HGR 220 IMSS, ⁽²⁾ISSEMYM, ⁽³⁾HGT ISSSTE, ⁽⁴⁾HGT ISSSTE Toluca

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmunitaria que afecta sobre todo a las glándulas exocrinas, en particular a las glándulas salivales y lagrimales; sin embargo, también puede lesionar a otros órganos, incluidos los riñones. La acidosis tubular renal distal (ATRd) o tipo 1 es una alteración médica en la que los riñones no pueden acidificar adecuadamente la orina, lo cual se debe a defectos en los túbulos renales que se encargan de la resorción de bicarbonato y la secreción de iones de hidrógeno.

Objetivo: Describir el caso de un paciente que inicia con cuadro de ATRd sin manifestaciones de glándulas exocrinas, pero con anticuerpos positivos y biopsia consistente con SSp, una situación infrecuente.

Material y métodos: Se trata de un paciente masculino de 37 años con los siguientes antecedentes: madre portadora de hipertensión y asma, padre finado por insuficiencia hepática de causa no especificada; niega otros factores de consideración y enfermedades crónicas y degenerativas o autoinmunitarias. Antecedentes quirúrgicos: biopsia de labio. Niega fracturas personales, alergias, transfusiones y tabaquismo, con alcoholismo social. Como padecimiento actual, refiere inicio dos años antes de cuadros de debilidad en miembros pélvicos acompañados de calambres, astenia y adinamia, atendidos por un médico particular, los cuales mejoraban con sales de potasio orales; antes de su ingreso refiere un nuevo cuadro de debilidad en miembros pélvicos y torácicos, junto con astenia, adinamia y malestar general, con imposibilidad incluso para la deambulación. Por ese motivo acude al servicio de urgencias donde ingresa con potasio de 1,3 mEq, una gasometría arterial indicativa de acidosis metabólica sin desequilibrio aniónico y orina con pH de 5,7; dados los antecedentes de sus cuadros ingresa a piso de medicina interna y se inicia protocolo por parálisis hipopotasémica y probable ATR. Durante su internamiento, el USG renal y la TAC no identifican alteraciones que expliquen el padecimiento actual; el perfil tiroideo es normal y la prueba de cloruro de amonio revela pH urinario ácido, calcio urinario con hiper calciuria, potasio elevado, así como cloro y bicarbonato normales, con lo cual se integró el diagnóstico de ATRd y se inicia tratamiento de reposición de potasio y bicarbonato, con mejoría clínica. Se continúa el protocolo de estudio y se lo envía al servicio de oftalmología, que solicita tiempo de ruptura de lágrima y prueba de fluoresceína, que son normales; la biopsia de glándula salivar menor señala sialoadenitis crónica Tarpley 3, motivo por el cual se lo refiere al servicio de reumatología por probable SSp y se realizan estudios inmunológicos: ANA 1:640 moteado fino, anti-Ro 374 UI/mL (< 20), anti-La 82 (< 20) UI/mL, se establece el diagnóstico de SSp y se indica tratamiento con esteroides a dosis bajas y micofenolato de mofetil, con adecuada respuesta clínica.

Resultados: En el SSp, el compromiso tubular renal se evidencia en general hasta en el 48% a 70% de los pacientes y suele manifestarse como ATRd hasta en el 90% de los casos. La ATRd en el SSp aparece de modo inicial con mayor frecuencia como parálisis hipopotasémica. Este hallazgo es consistente con múltiples estudios que han evaluado la presentación clínica de la ATRd en pacientes con SSp.

Conclusiones: En el SSp con ATRd, la parálisis hipopotasémica es una manifestación inicial común; sin embargo, la ATRd con hipopotasemia como manifestación inicial en SSp es poco frecuente; aun así, su identificación temprana es esencial para la atención adecuada de estos pacientes.

Bibliografía

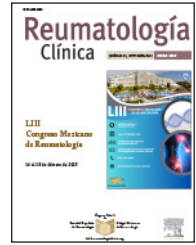
1. Sandhya P. Comprehensive analysis of clinical and laboratory features of 440 published cases of Sjögren's syndrome and renal tubular acidosis. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2023;26(2):278-285. doi:10.1111/1756-185X.14483.
2. Jain A, Srinivas BH, Emmanuel D, *et al*. Renal involvement in primary Sjögren's syndrome: a prospective cohort study. *Rheumatology International*. 2018;38(12):2251-2262. doi:10.1007/s00296-018-4118-x.
3. Mehdipour-Dalivand M, Abdolazimi R, Alikhani M. Hypokalemic quadriplegia in Sjogren's syndrome: a case report. *Clinical Case Reports*. 2024;12(8):e9227. doi:10.1002/ccr3.9227. New Research.
4. Kaeley N, Gangdev AM, Datta SS, *et al*. Quadriparesis and broad complex tachycardia secondary to severe hypokalaemia induced by distal renal tubular acidosis as the initial manifestation of Sjogren's syndrome. *Cureus*. 2023;15(5):e38984. doi:10.7759/cureus.38984.
5. Patel JK. Distal renal tubular acidosis due to primary Sjögren's syndrome: presents as hypoakalemic paralysis with hypokalemia-induced nephrogenic diabetes insipidus. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation: An Official Publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia* 2021;32(3):851-854. doi:10.4103/1319-2442.336782.
6. Chalkia A, Giannou P, Thomas K, *et al*. Distal renal tubular acidosis and nephrocalcinosis as initial manifestation of primary Sjögren's syndrome. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation: An Official Publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia* 2021;32(5):1470-1474. doi:10.4103/1319-2442.344770.



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



LIII Congreso Mexicano de Reumatología

DISCUSIÓN DE CASOS CLÍNICOS

DCC001

POLIARTERITIS NODOSA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE UN PACIENTE CON FEOCROMOCITOMA

I.N. Morales-Avendaño, C. Abud-Mendoza, D.A. Herrera-Van Oostdam
Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: La poliarteritis nodosa (PAN), una vasculitis necrosante sistémica, afecta a vasos de tamaño mediano. Los desencadenantes más comunes son los virales como la hepatitis B y, en niños, el genético, como la deficiencia de adenosina desaminasa 2.

Presentación del caso: Paciente femenino de 49 años con diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de diagnóstico e hipertensión arterial sistémica de cinco años. Inició el padecimiento dos meses antes de su ingreso con pérdida de peso de 5 a 6 kg, eritema en extremidades inferiores con flictenas y úlceras necróticas en región tibial derecha y cara interna del muslo izquierdo, livedo racemosa y púrpura retiforme, además de parestesias distales en manos y pies. Exploración física: eritema en V del cuello, eritema en codo derecho y dorso de manos; úlcera en cara medial pretibial, nódulo eritematoso doloroso y escara necrótica en cara interna del muslo izquierdo (**Figura 1**). En la hospitalización se reconoce hipertensión de difícil control, metanefrinas en orina de 24 h: 11,383 (60-757 pg). Estudios de laboratorio: serologías para hepatitis B, C y HIV negativas, VDRL (-), ANA (-), anticoagulante lúpico (-), anticardiolipina y anti-β2GPI IgG e IgM (-), ANCA negativos. La angiogramografía de abdomen revela oclusión de vasos mesentéricos, dilataciones de arteria hepática y vasos esplénicos, y tumor suprarrenal derecho de 5 cm. La biopsia de piel indica livedo racemosa con paniculitis septal y vasculitis con necrosis fibrinoide. El estudio de conducción nerviosa indicó polineuropatía desmielinizante. Se administraron pulsos de metilprednisolona por tres días, ciclofosfamida IV y metotrexato. Se realizó resección de tumor sin complicaciones.

Discusión: Existen informes de casos de tumores sólidos, algunos de testículo y colon, con presentación de vasculitis sistémica como síndrome paraneoplásico. Resulta un caso excepcional vinculado con feocromocitoma. Dada la afectación notable de vasos mesentéricos se clasificó como enfermedad grave. La guía para el tratamiento de PAN por el ACR incluye pulsos IV de metilprednisolona más ciclofosfamida, y luego como mantenimiento metotrexato o azatioprina.

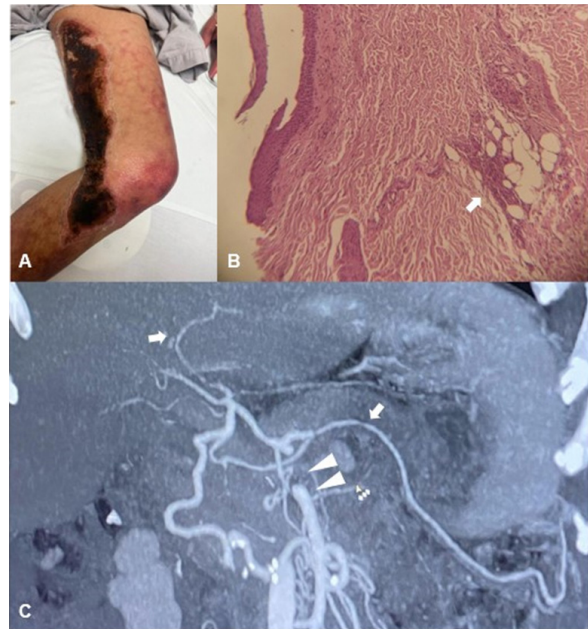
Conclusiones: La PAN puede relacionarse con diversos factores, el HBV el más reconocido. Sin embargo, muchas otras alteraciones pueden guardar relación, lo que puede representar un desafío diagnóstico.

Bibliografía

1. Puéchal X. Polyarteritis nodosa: state of the art. *Joint Bone Spine*. July 2022; vol. 89, Issue 4.
2. Wolff L, Horisberger A, Moi L, *et al*. Polyarteritis nodosa: old disease, new etiologies. *Int J Mol Sci*. 2023;24.
3. Solans-laqué R, Bosch-Gil J, Pérez-Bocanegra C, *et al*. Paraneoplastic vasculitis in patients with solid tumors: report of 15 cases. *The Journal of Rheumatology*. 2008;35:27.

4. Cengiz N, Demir S, Parmaksız G, *et al*. Polyarteritis nodosa: a case presenting with renal mass. *Eur J Pediatr*. 2012 Dec;171(12):1859-60.
5. Kermani T. Treatment guidelines in vasculitis. *Rheum Dis Clin N Am*. 2022;48:705-724. DOI: 10.1016/j.rdc.2022.03.006.
6. Chung S, Gorelik M, Langford C, *et al*. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Polyarteritis Nodosa. *Arthritis Care Res (Hoboken)*.

Figura 1. (A) Úlcera necrótica con livedo racemosa y púrpura retiforme en extremidad inferior izquierda. (B) Biopsia de piel de livedo racemosa (tinción H-E). La flecha señala paniculitis septal e infiltrado inflamatorio. (C) Angiotomografía de vasos mesentéricos: vasos hepáticos y esplénicos con arrosariamiento (flechas). Oclusión de vaso mesentérico (cabeza de flecha). (DCC001)



DCC002

ENCEFALITIS AUTOINMUNE ASOCIADA AL USO DEL INHIBIDOR PD-1 NIVOLUMAB EN MELANOMA. REPORTE DE CASO

A.J. Pedro-Martínez¹, A. Ponce-Tejeda¹, G. Parra-López², J. Ochoa-Saib², A.D. Espinoza-Cebreceros³

⁽¹⁾Centro Médico de Tijuana, ⁽²⁾Centro Médico Premier, ⁽³⁾Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: Los inhibidores de proteínas de control inmunitario, como los anti-PD-1, han revolucionado el tratamiento del melanoma al potenciar la respuesta inmunitaria contra las células tumorales y mejorar el pronóstico de los pacientes. Sin embargo, estas modalidades se acompañan de diferentes efectos adversos, algunos graves como la encefalitis autoinmunitaria, que pueden representar un desafío para su diagnóstico y tratamiento.

Presentación del caso: Hombre de 54 años diagnosticado con melanoma nasal en marzo de 2024, en tratamiento con el inhibidor de PD-1 nivolumab. En mayo de 2024 ingresa al hospital por fiebre, disnea y suboclusión intestinal. Durante su estancia sufre crisis convulsiva tónico-clónica generalizada y deterioro respiratorio que requirió ingreso a unidad de cuidados intensivos adultos. Por medio de tomografía, broncoscopia y pruebas serológicas se demostró neumonía de focos múltiples vinculada con *Aspergillus fumigatus* y se indicó tratamiento antibiótico y antimicótico, que consiguió la extubación 10 días después. Sin embargo, ya sin efectos de sedantes ni antipsicóticos, mostró hipoactividad y somnolencia. La resonancia magnética cerebral confirmó otomastoiditis bilateral y la punción lumbar reveló pleocitosis, hiperproteinorraquia e hipoglucoorraquia, sin evidencia de infección. Se inició metilfenidato y quetiapina con mejoría gradual del estado de alerta y función respiratoria del paciente; el paciente egresa del hospitalario. Una semana después reingresó por aumento de la somnolencia, hipoactividad y fiebre. Una nueva punción lumbar mostró glucosa 42 mg/dL, proteínas totales 106 mg/dL y 5 células/μl; la PCR (reacción en cadena de la polimerasa) y la serología descartaron origen infeccioso y se concluyó meningitis aséptica. Se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona con mejoría significativa, lo que llevó a sospechar un origen autoinmunitario. La serología ampliada para enfermedades autoinmunitarias fue negativa. Sin embargo, la TEP (tomografía por emisión de positrones) con 18 FDG (fluorodesoxiglucosa) reveló hipermetabolismo en la corteza temporal izquierda consistente con encefalitis autoinmunitaria, sin evidencia de enfermedad maligna. La respuesta al tratamiento inmunosupresor con micofenolato y esteroide fue favorable y actualmente se encuentra asintomático con vigilancia ambulatoria.

Discusión: Es fundamental vigilar a los pacientes en tratamiento con inhibidores de PD-1, no solo por el riesgo incrementado de infecciones sino también por la posibilidad de desarrollar manifestaciones autoinmunitarias. En este caso se destaca la sospecha clínica para diagnosticar encefalitis autoinmunitaria cuando los resultados infecciosos fueron negativos y la TEP mostró inflamación sin progresión tumoral. Se subraya también la importancia de la inmunosupresión para mejorar el pronóstico del paciente.

Conclusiones: La aparición de síntomas neurológicos graves en pacientes tratados con inhibidores de PD-1 requiere una evaluación exhaustiva para descartar infecciones y considerar trastornos autoinmunitarios. La intervención temprana con corticosteroides es clave para mejorar el pronóstico, junto con vigilancia y adaptación del tratamiento adecuados.

Bibliografía

- Vogrig A, Muñiz-Castrillo S, Farina A, *et al.* How to diagnose and manage neurological toxicities of immune checkpoint inhibitors: an update. *J Neurol.* 2022;269(3):1701-1714.

DCC003

EFICACIA A DOSIS DIFERENTE DE RITUXIMAB EN UN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

F.G. Arévalo-Martínez¹, L.I. Ochoa-Ayala², E. Reyes-Ríos³

⁽¹⁾Hospital Ángeles Metropolitano, ⁽²⁾Hospital General Fray Junípero Serra, ISSSTE, Tijuana, ⁽³⁾Hospital General Regional No. 20, IMSS, Tijuana

Introducción: El LES es una enfermedad que afecta a múltiples órganos y sistemas para la cual no existe un tratamiento definitivo y, en muchos casos, se observa falla al tratamiento convencional y el biológico. La afectación renal y del sistema nervioso central ensombrece el pronóstico. Se ha utilizado rituximab para LES en la afectación del SNC, trombocitopenia y anemia hemolítica refractaria, nefritis lúpica clase III y IV, entre otras, a dosis de 1 g IV (dos dosis), con resultados variables y, en caso de esta última, con diferentes esquemas de tratamiento, incluido el rituximab en combinación

con ciclofosfamida. Se presenta un caso de paciente con nefritis lúpica III y afectación multisistémica, con falla al tratamiento de inducción con pulsos de metilprednisolona, micofenolato de mofetilo y luego rituximab a dosis usual que mejoró con dosis mensual de 1 g de rituximab en combinación con 1 g de ciclofosfamida por seis meses.

Presentación del caso: Paciente femenina de 21 años con diagnóstico de LES en 2017 y manifestaciones mucocutáneas, articulares, serositis, leucopenia 3,000/mL, neutropenia 740/mL, linfopenia 640/mL, trombocitopenia 70/mL, antinucleares 1:640/1:40, anti-DNA de doble cadena 80 UI/mL, C3 63/88 mg/dL, C4 9/15 mg/dL, EGO con sedimento activo, VSG 35/20 mm/h, PCR 24/6 mg/dL, proteinuria de 24 h 1,192/150 más biopsia renal clase III. Tratada con hidroxiquina (200 mg/día), pulsos de metilprednisolona (1 g IV por 3 días) y MFM (2 g por día), prednisona (30 mg/día), con evolución tórpida; se prescribe tres meses después rituximab (1 g IV los días 1 y 15). Acude a urgencias un mes después con afectación multiorgánica, neutrófilos 420, linfocitos 220, plaquetas 22,000, C3 32, C4 3, proteinuria 24 h de 2,500 g, creatinina 2,3/1,1, TFG 54/90 ml/min, EGO activo. Se prescriben pulsos de metilprednisolona IV por tres días y se interconsulta con el servicio de hematología por citopenias y se sugiere iniciar ciclofosfamida (1 g IV) más rituximab (1 g IV por mes por seis meses), con buena respuesta clínica y normalización de los valores de laboratorio; en la actualidad consume 3 g de MFM y 10 mg de prednisona al día.

Discusión: No existe un tratamiento definitivo para el LES y la respuesta puede ser muy variable. La experiencia con rituximab se circunscribe al tratamiento de pacientes con enfermedad grave y refractaria. En NL III y IV resistente se han utilizado diferentes esquemas de tratamiento, incluido el rituximab en combinación con ciclofosfamida con resultados variables. Los nuevos fármacos para el LES han limitado explorar nuevos estudios mediante diferentes dosis de rituximab, como los utilizados en otras especialidades médicas, a pesar de los buenos resultados obtenidos con la dosis usual. En este caso, por indicación de hematología, este paciente tuvo una buena respuesta a la dosis mensual de ciclofosfamida más rituximab por seis meses.

Conclusiones: Se requieren estudios para valorar la respuesta al rituximab a dosis diferente de la habitual, tanto en la falla terapéutica convencional como en la falla al tratamiento de inducción, en caso de NL, tras considerar que las dosis diferentes a la utilizada en reumatología proceden de avances alcanzados en otras áreas de la medicina (p. ej., oncológica y hematología).

Bibliografía

- Atisha-Fregoso Y, Malkiel S, Harris KM, *et al.* Phase II randomized trial of rituximab plus cyclophosphamide followed by belimumab for the treatment of lupus nephritis. *Arthritis Rheumatol.* 2021;73:121-131.
- Santacruz JC, Mantilla MJ, Ballesteros JG, *et al.* Actualización de las terapias disponibles para la nefritis lúpica refractaria, *Revista Colombiana de Reumatología.* 2023;30(4):316-324.

DCC004

DESCIFRANDO LA ETIOLOGÍA DE LA MIOSITIS EN UN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO, SÍNDROME DRESS Y ANTICUERPOS ANTI-Ku+

A. Hernández-López, J. Torres-Ruiz, D. Gómez-Martín

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

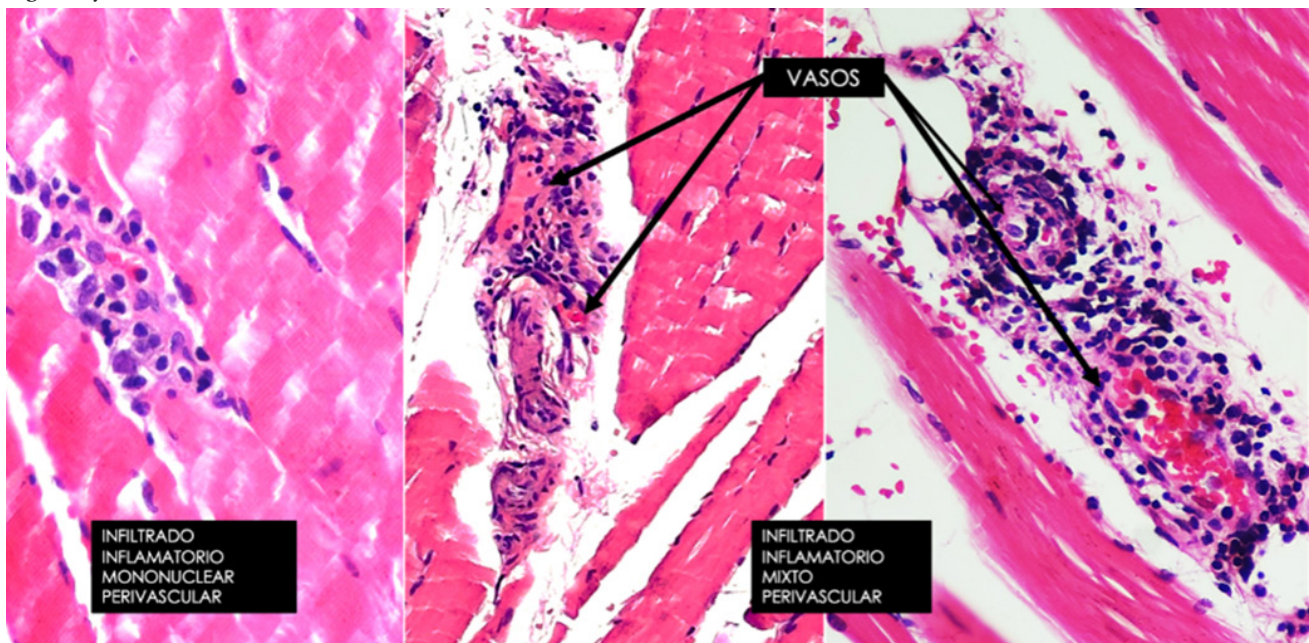
Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunitarias que afectan primordialmente al músculo esquelético, con manifestaciones extramusculares que definen fenotipos de acuerdo con el patrón histopatológico y perfil de anticuerpos específicos o asociados presentes. El lupus eritematoso generalizado y el síndrome DRESS también pueden tener manifestaciones musculares y pulmonares, aunque con baja frecuencia.

Presentación del caso: Mujer de 33 años con diagnóstico de lupus eritematoso generalizado desde el 2015 y manifestaciones constitucionales, musculoesqueléticas, mucocutáneas y hematológicas (linfopenia), además

de serología consistente con anticuerpos antinucleares con patrón moteado fino 1:320, anti-DNAc 37.8 (VR < 20) e hipocomplementemia. Antes de su ingreso se encontraba en tratamiento con ácido micofenólico (1 g/día) y prednisona (5 mg/día). Inició en abril del 2024 con evacuaciones diarreas y recibió tratamiento con ampicilina, omeprazol, metamizol y pirofosfato de tiamina. Con posterioridad agregó fiebre y adenopatías cervicales y se le indicó ceftriaxona, con exantema generalizado pruriginoso. Acudió a urgencias del instituto el 20/05/24. Exploración física: dermatosis generalizada caracterizada por pápulas eritematosas, milimétricas, algunas confluentes en placas mal delimitadas y biopsia de piel con informe indicativo de síndrome DRESS sin datos de actividad del lupus. El 26/05/24 presentó saturación y estertores crepitantes en base izquierda. TAC de tórax: zonas de vidrio esmerilado en ambos lóbulos inferiores con evolución hasta requerir intubación. Además, se observó incremento de enzimas musculares y ferritina, por lo que se sospechó miopatía inflamatoria con enfermedad pulmonar de rápida progresión y se realizó capilaroscopia que mostró patrón de alteraciones inespecíficas (Figura 1), así como anticuerpos anti-Ku con registro positivo +++. Biopsia del músculo deltoides: miopatía miopática inflamatoria con actividad leve e infiltrado endomisial y perivascular moderado multifocal en relación con infiltración adiposa (CD3++, CD20-, CD8++, CD68+) (Figura 2). Se inició tratamiento con 3 bolos de metilprednisolona y se realizó un lavado broncoalveolar, del cual no se obtuvieron aislamientos microbiológicos. Se solicitó PCR cuantitativa para VHH6 por su vinculación con síndrome DRESS, la cual resultó positiva con 150,188 copias/mL. El 02/06/24 se administró 1 g de rituximab, IgIV y luego se realizó la extubación, con egreso para continuar el abordaje por la consulta externa, donde tenía eritema en V del escote y poiquiloderma en tórax anterior, eritema rosado en chal, capilaroscopia con patrón tardío y persistió leve debilidad muscular sobre todo en músculos proximales, lo que confirmó el diagnóstico de sobreposición de lupus con miopatía anti-Ku.

Discusión: En fecha reciente se han descrito los hallazgos histopatológicos de la miopatía con anticuerpos anti-Ku, en la que predominan el infiltrado inflamatorio perivascular y las áreas de necrosis, hallazgos que difieren de otros fenotipos de MII. Asimismo, se ha descrito la relación entre la presencia de este anticuerpo y el riesgo de enfermedad pulmonar intersticial. En el lupus, si bien se han descrito las manifestaciones musculares y cutáneas, suele presentarse con características distintas; además, en la capilaroscopia, los hallazgos son inconsistentes, mientras que en el síndrome DRESS suele haber de igual forma otros hallazgos clínicos, radiológicos e histopatológicos distintos.

Figuras 1 y 2. (DCC004)



Conclusiones: La MII con anticuerpos anti-Ku+ es una entidad clínica rara, pero de gran importancia diagnóstica ya que, ante el riesgo de EPI, los pacientes requieren un seguimiento estrecho.

Bibliografía

- Oyama M, Holzer MT, Ohnuki Y, *et al.* Pathologic features of anti-ku myositis. *Neurology.* 2024 Apr 23;102(8): e209268.

DCC005

VASCULITIS POR CRIOGLOBULINAS LIMITADA A RIÑÓN, REPORTE DE CASO

L.C. Sánchez-Márquez, Y. Ramírez-Menchaca, M.A. Gallegos-Becerra, M.C. Ocampo-Torres, A. Camargo-Coronel

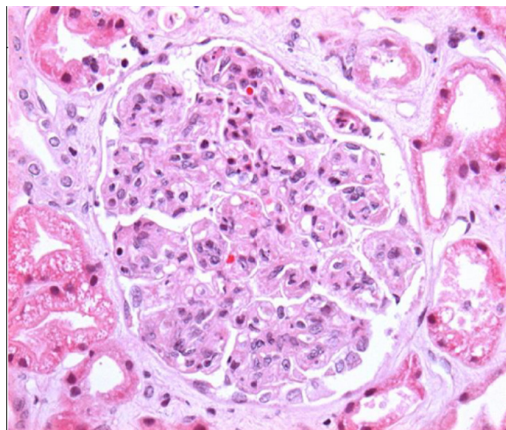
UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La crioglobulinemia tipo II o crioglobulinemia mixta, compuesta de inmunoglobulina (Ig) G policlonal con o sin IgM monoclonal y con actividad del factor reumatoide, se caracteriza por afectar a piel, hígado, riñones y nervios periféricos; la principal causa de estas infecciones es el virus de la hepatitis C, pero pocos estudios han descrito la clínica, el pronóstico y el tratamiento de su forma no infecciosa.

Presentación del caso: Paciente masculino de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2, que mostró edema periférico, parestesias en miembros inferiores y superiores, bromuria, hematuria, fatiga y descontrol hipertensivo; los hallazgos de la exploración fueron significativos por ascitis, reflejos de estiramiento muscular +++/++++ en las cuatro extremidades, edema bilateral en extremidades inferiores. Las pruebas de laboratorio revelaron aumento de urea de 203 mg/dL, creatinina 2,1 mg/dL y proteína/creatinina al azar de 1,56 g/día. Después inició con signos de retención hídrica progresiva hasta la anasarca y dificultad respiratoria con inicio de tratamiento de reemplazo renal. Los resultados de laboratorio adicionales mostraron crioglobulinas séricas de 14% (intervalo de referencia \leq 1%), factor reumatoide en 110 UI/mL (intervalo de referencia < 20 UI/mL), C3 de 41,30 mg/dL (intervalo de referencia de 90 a 180 mg/dL) y C4 < 1,72 mg/dL (intervalo de referencia

de 10 a 40 mg/dL), glucosa 168 mg/dL, urea 239 mg/dL, creatinina sérica 2,07 mg/dL, proteínas en orina de 24 horas 1,225 mg, y pruebas serológicas negativas para virus de las hepatitis B y C, virus de inmunodeficiencia humana, y el análisis de orina reveló proteinuria, hematuria y piuria. La biopsia renal reveló glomerulonefritis por complejos inmunitarios con patrón membranoproliferativo con trombos hialinos intracapilares (**Figura 1**), nefritis tubulointersticial activa, lesión tubular aguda con cambios regenerativos moderados del epitelio y microcalcificaciones intratubulares y fibrosis intersticial grado I (10%-15%). De modo inicial se trató con una combinación de metilprednisolona (1,000 mg/día por 3 días), pero persistieron la uremia y el avance a la disminución de la tasa de filtración glomerular, además de acidemia metabólica, glucosa 165 mg/dL, urea 174 mg/dL, Cr 3,16 mg/dL; su tratamiento se cambió a rituximab (1 g) y observó mejoría del estado clínico y luego recibió el alta del hospital.

Figura 1. Proliferación mesangiocapilar y trombocapilar. (DCC005)



Discusión: La vasculitis por crioglobulinas se caracteriza por crioglobulinas en sangre y puede afectar a varios órganos y sistemas; no obstante, cuando se limita a riñones, puede provocar glomerulonefritis membranoproliferativa como patrón histológico predominante en crioglobulinemia mixta, y es evidente hasta en el 20% al momento de la presentación, lo que puede ocasionar una pérdida progresiva de la función renal si no se trata de modo adecuado. La presentación más frecuente es la hematuria microscópica y proteinuria, que se observó en este caso.

Conclusiones: La paciente sufrió manifestaciones clínicas de vasculitis limitadas a riñón; sin embargo, al ser portador de enfermedad crónica y degenerativa descontrolada, se sugirió al principio que este trastorno crónico precipitó los episodios, lo que al final se descartó y se demostró mediante hallazgos serológico, urinarios, inmunológicos e histopatológicos que se trataba de vasculitis por crioglobulinas.

Bibliografía

1. Ferri C, Sebastiani M, Giuggioli D, *et al.* Mixed cryoglobulinemia: demographic, clinical, and serologic features and survival in 231 patients. *Semin Arthritis Rheum.* 2004 Jun;33(6):355-74.

2. Cacoub P, Comarmond C, Domont F, *et al.* Cryoglobulinemia vasculitis. *Am J Med.* 2015 Sep;128(9):950-5.
 3. Pérez-Alamino R, Espinoza LR. Non-infectious cryoglobulinemia vasculitis (CryoVas): update on clinical and therapeutic approach. *Curr Rheumatol Rep.* 2014 May;16(5):420.

DCC006

ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES SIN AFECTACIÓN DE ARTERIAS CRANEALES: SERIE DE CASOS

E. Aranda-Cano, I.J. Valenzuela-Ruelas, J.I. Roldán-Ortega, L.H. Silveira-Torre, A. Vargas-Guerrero

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis de grandes vasos que predomina en mujeres ≥ 50 años y afecta principalmente a arterias craneales de mediano tamaño de forma aislada o relacionada con afectación de los grandes vasos. El compromiso aislado de los grandes vasos es menos frecuente, por lo que se describe esta serie de casos.

Presentación de los casos: Se presentan los casos de cuatro pacientes ≥ 50 años con inicio reciente de síntomas, sin afectación craneal ni diferencias en tensión arterial y pulsos.

Caso 1: Hombre de 60 años con tabaquismo y alcoholismo moderados y dolor torácico opresivo. Ecocardiograma: ritmo sinusal sin supradesnivel del ST; enzimas cardíacas elevadas (dímero D 2,08 mcg/mL, pro-BNP 6,866 pg/mL, troponina T 2548 pg/mL). Se estableció el diagnóstico de infarto agudo de miocardio.

Caso 2: Mujer de 67 años con artritis reumatoide seropositiva. Tuvo malestar general, pérdida de peso $> 10\%$ en tres meses y disnea de pequeños esfuerzos. Sufrió soplo aórtico expulsivo con irradiación a carótidas y soplo mesosistólico pulmonar. Ecocardiograma: estenosis de la rama principal de la arteria pulmonar izquierda y gradiente máximo de 67 mmHg.

Caso 3: Mujer de 72 años con hipertensión arterial sistémica (HAS). Inició con dolor precordial opresivo, intensidad 10/10, irradiado a la espalda, diaforesis y fatiga. Ecocardiograma: taquicardia sinusal, sin alteraciones del ST y enzimas cardíacas normales. Sufre soplo subclavio derecho leve y tiene pulsos sin alteraciones. A los 18 meses desarrolló dilatación aneurismática de la aorta descendente con disección aórtica Stanford A, Debakey II.

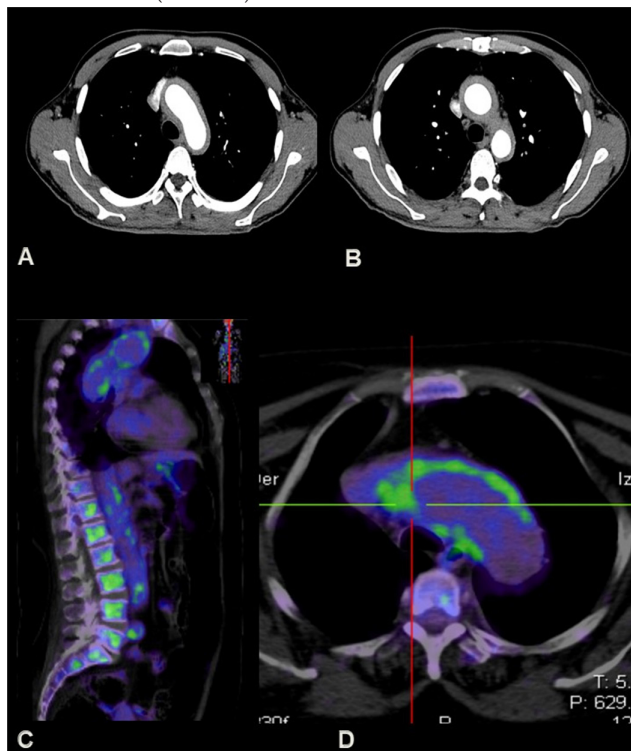
Caso 4: Mujer de 64 años con miopericarditis de repetición, HAS y enfermedad renal crónica KDIGO V. Inició con derrame pleural recurrente y miopericarditis. Exploración física: soplo supraumbilical y el resto sin alteraciones. Anticuerpos antinucleares, patrón moteado fino 1:160, con especificidades negativas; creatinina 4,4 mg/dL y NU 44,4 mg/dL. En la **Tabla 1** se describen las proteínas de fase aguda, los principales hallazgos de gabinete y el tratamiento.

Discusión: En los cuatro casos, la presentación fue inespecífica; la angiogramografía (y en los casos 3 y 4 la angiografía magnética) identificó engrosamiento concéntrico de la pared aórtica (**Figura 1**). Dentro del diagnóstico diferencial se descartaron causas infecciosas de aortitis. En la ACG, la afectación craneal limitada se informa en el 33% de los casos; la mixta (craneal y grandes vasos) en un 55% y fue la más común; el compromiso se limitó a los

Tabla 1. Proteínas de fase aguda, principales hallazgos de gabinete y tratamiento. (DCC006)

Caso	VSG mm/h	PCR mg/L	Angiotomografía	TEP con fluorodesoxiglucosa (FDG)	Tratamiento
1	52	168	Engrosamiento de la pared aórtica ascendente, arco aórtico, origen de los troncos supraaórticos, descendente (torácica y abdominal) con extensión a ilíacas comunes y 1/3 proximal de iliaca derecha (Figura 1 A y B)		Glucocorticoides Tocilizumab
2	45	49	Engrosamiento de la pared aórtica en la raíz, ascendente y cayado hasta 4,5 cm posterior a la emergencia de la arteria subclavia izquierda, tronco de la arteria pulmonar y ramas pulmonares principales	Hipermetabolismo focal en paredes del arco aórtico y tronco de la arteria pulmonar	Glucocorticoides Metotrexato Tocilizumab
3	53	19	Hematoma intramural que se extiende a través de los senos de Valsalva, hasta la arteria iliaca común derecha	Hipermetabolismo desde el arco aórtico hasta el nivel de la arteria renal derecha que está excluida (Figura 1 C y D)	Glucocorticoides Metotrexato
4	49	10	Engrosamiento mural concéntrico desde la raíz de la aorta hasta T5		Glucocorticoides Tocilizumab

Figura 1. (A y B) Angiotomografía que muestra engrosamiento de la pared de la aorta ascendente, arco aórtico y descendente torácica. (C y D) TEP (FDG) que revela hipermetabolismo desde el arco aórtico hasta la aorta abdominal. (DCC006)



grandes vasos en 12% de los casos. Se han registrado complicaciones aórticas como aneurismas o disección aórtica en 15% a 30% de los pacientes, como en uno de estos casos. Esta última complicación puede evolucionar incluso si la inflamación se ha controlado. Una de estas pacientes cursó con un hematoma intramural en su valoración inicial. Este hallazgo puede presentarse relacionado con la fase inflamatoria y en su evolución se ha descrito que puede reabsorberse o avanzar a la disección, como en esta paciente.

Conclusiones: Es necesario conocer los diferentes espectros clínicos de la ACG, sobre todo en los pacientes con afectación limitada a grandes vasos, ya que el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno pueden evitar complicaciones graves e incluso la muerte.

Bibliografía

1. Van der Geest KSM, Sandovici M, Bley TA, *et al.* Large vessel giant cell arteritis. *Lancet Rheumatol.* 2024;6:e397-408.
2. Nuenninghoff DM, Hunder GG, Christianson TJ, *et al.* Incidence and predictors of large-artery complication (aortic aneurysm, aortic dissection, and/or large-artery stenosis) in patients with giant cell arteritis: a population-based study over 50 years. *Arthritis Rheum.* 2003;48:3522-31.

DCC007

TRATAMIENTO DE ÚLCERAS DIGITALES EN ESCLEROSIS SISTÉMICA CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A: A PROPÓSITO DE UN CASO

F.Y. Ayestarán-Figueroa, S.M. Rosas-Noriega, M.N. Fuentes-Hernández
Hospital General Toluca ISSSTE

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad crónica y heterogénea caracterizada por fibrosis generalizada de la piel y órganos

internos, vasculopatía de pequeños vasos, vinculada con la producción de autoanticuerpos. Dentro de las manifestaciones clínicas visibles figuran engrosamiento progresivo de piel y fenómeno de Raynaud (FR) con diversa gravedad.

El FR es un trastorno de vasoespasma multifactorial que se distingue por una constricción transitoria, recurrente y reversible de los vasos sanguíneos periféricos. Estos cambios de color representan isquemia, desoxigenación y reperfusión tisular o hiperemia, que pueden acompañarse de dolor. Los pacientes con isquemia tisular por FR secundario pueden desarrollar un espectro de isquemia o daño tisular (úlceras) que puede ser irreversible (gangrena digital).

El tratamiento del FR y las úlceras digitales en pacientes con ES incluye el uso de vasodilatadores y los estudios recientes han mostrado los efectos benéficos de la toxina botulínica tipo A (BTX-A).

Presentación del caso: Se administró BTX-A a una mujer con FR que sufría ulceración digital resistente al tratamiento oral convencional. La paciente de 63 años tenía antecedente de ES (variedad limitada) de dos años de evolución por fenómeno de Raynaud trifásico, engrosamiento de piel de la cara, manos, reflujo gastroesofágico, anticuerpos antinucleares positivos patrón centromérico (1:1280) y anticuerpos anticentrómero, PCR 1,2 mg/L, VSG 1,0 mm/h. ECOTT con FEVI conservada (62%), probabilidad intermedia de hipertensión arterial pulmonar (PSAP 43 mmHg). En los últimos seis meses mostró FR diario y úlceras digitales en la falange distal (FD) del dedo índice de la mano derecha (**Figura 1**) y FD en el quinto dedo pie izquierdo, en tratamiento con vasodilatadores (nifedipina [7,5 mg/día VO], parche transdérmico de nitroprusiato de sodio [18 mg], sildenafil [20 mg/día]), con evolución tórpida y dolor en escala numérica 9/10, y parestesias en ambas manos. La capilaroscopia mostró patrón esclerodérmico temprano (**Figura 2**). Se inició tratamiento con BTX-A, aplicación mensual durante cuatro meses de 100 UI en cada extremidad, y se inyectó en 10 áreas (10 UI cada una) adyacentes a las arterias digitales comunes y el arco palmar y plantar (**Figura 3**), con mejoría clínica: menor dolor con escala numérica 2/10 al cuarto mes, reversibilidad de la úlcera digital, presentación de FR bifásico una vez por semana, sin cambios en capilaroscopia; como efecto adverso mostró debilidad muscular distal escala numérica 4/5 transitoria en ambas manos por cuatro días.

Discusión: El propósito de este caso clínico es valorar el inicio del tratamiento con BTX-A como forma innovadora en pacientes con úlceras digitales, con poca o nula respuesta al tratamiento convencional para evitar la discapacidad relacionada.

Conclusiones: La toxina botulínica A parece ejercer su efecto principal al bloquear la liberación de vesículas de acetilcolina en el espacio sináptico. De acuerdo con diferentes estudios, se ha planteado la hipótesis de que la toxina botulínica A produce un bloqueo neuromuscular del músculo liso de la pared de la arteria digital. En el caso presentado, la respuesta clínica fue favorable respecto del dolor y limitación de la úlcera digital. Dada la fisiopatología diversa de la ES, el uso de BTX-A como terapéutica adicional es una opción viable y de práctica útil en la consulta de reumatología.

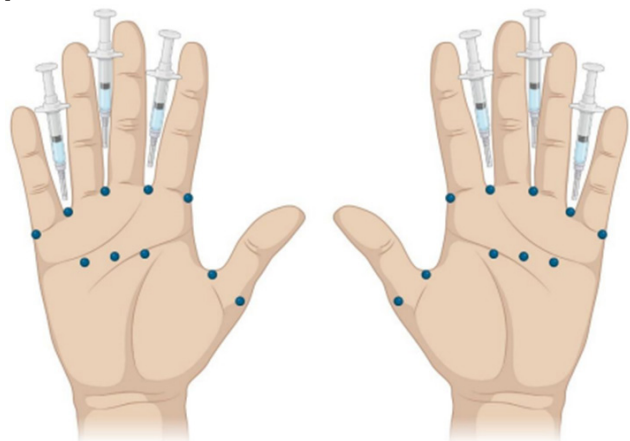
Figura 1. Manos del paciente del caso clínico. (DCC007)



Figura 2. Capilaroscopia que muestra patrón esclerodérmico temprano. (DCC007)



Figura 3. Sitios de inyección adyacente a las arterias digitales comunes y el arco palmar superficial perpendicular a la palma y profunda a la fascia palmar. (DCC007)



Bibliografía

1. Devgire V, Hughes M. Raynaud's phenomenon. *British Journal of Hospital Medicine* [Internet]. 2 de noviembre de 2019;80(11):658-64. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.80.11.658>
2. Motegi S, Uehara A, Yamada K, *et al.* Efficacy of botulinum toxin B injection for Raynaud's phenomenon and digital ulcers in patients with systemic sclerosis. *Acta Dermato Venereologica* [Internet]. 1 de enero de 2017;97(7):843-50. Disponible en: <https://doi.org/10.2340/00015555-2665>.

DCC008

ASOCIACIÓN DE DERMATOMIOSITIS Y NEURITIS ÓPTICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

I.M. Villarruel-Barajas¹, M.C. Ocampo-Torres¹, M. Portela Hernández¹, J.R. Hernández-Vásquez¹, D.P. Osorno Ramírez²

⁽¹⁾UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, ⁽²⁾HE CMN Siglo XXI

Introducción: La dermatomiositis es una miopatía autoinmunitaria inflamatoria caracterizada por debilidad muscular proximal, inflamación muscular y manifestaciones cutáneas características. No se conoce con precisión la incidencia de pérdida visual en la dermatomiositis, pero la afección ocular en esta enfermedad se ha descrito con cuadros de neuritis óptica o daño retiniano, en algunas ocasiones de forma asintomática.

Presentación del caso: Mujer de la quinta década de la vida con dermatomiositis diagnosticada en noviembre de 2023 (debilidad simétrica de cintura escapular y pélvica, elevación de enzimas musculares, hallazgos electrofisiológicos y lesiones cutáneas). Tiene anticuerpos anti-TIF-1γ +++ y antecedente de neumopatía intersticial, en tratamiento con prednisona, metotrexato e hidroxicloroquina. A mediados de febrero de 2024 sufre visión borrosa bilateral, así como diplopía y dolor ocular a la movilización. La exploración física revela diplopía, AV: 20/200 bilateral. La resonancia magnética identifica datos de neuritis óptica, lesiones hiperintensas supratentoriales, subcorticales y en cuerpo calloso en T2 y FLAIR (**Figura 1**). En virtud de la debilidad muscular, afectación visual y disfagia recibió pulsos de metilprednisolona que produjeron mejoría de fuerza y visión. En abril de 2024 aparece otro cuadro de neuritis óptica sin nuevo deterioro de la fuerza muscular, con mejoría posterior al ajuste de la dosis del glucocorticoide.

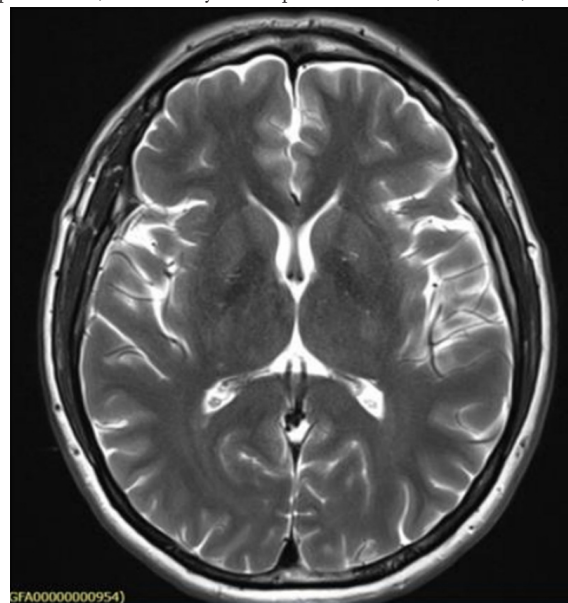
Discusión: Son pocos los casos descritos en las publicaciones médicas de pacientes con dermatomiositis y neuritis óptica; sin embargo, algunos autores han propuesto que la afección al nervio óptico y la retina podría subestimarse en estos pacientes, de tal manera que podría estar justificada una evaluación oftalmológica sistemática. Se ha postulado que la causa del daño al nervio óptico y la retina podría deberse a vasculitis con alteración endotelial y trombosis, pero hasta el momento no existe una vía que permita establecer una relación causal. En la mayoría de los casos, la pérdida visual parece ser reversible, aunque se han observado casos de pérdida visual persistente a pesar del tratamiento con glucocorticoides y otros agentes inmunosupresores.

Conclusiones: Se presenta el caso de una paciente con dermatomiositis y posterior cuadro de neuritis óptica, lo cual representa una correlación poco frecuente y con mecanismos aún no descritos. No se descarta la intervención de algunas vías que interconecten la aparición en un mismo paciente de estos dos trastornos.

Bibliografía

1. Somani AK, Swick AR, Cooper KD, *et al.* Severe dermatomyositis triggered by interferon beta-1a therapy and associated with enhanced type I interferon signaling. *Arch Dermatol.* 2008;144:1341-9.
2. Foroozan R. Visual loss from optic neuropathy in dermatomyositis. *Rheumatology.* 2004;4(3):391-393.

Figura 1. Resonancia magnética que delinea lesiones hiperintensas a nivel supratentorial, subcortical y en cuerpo calloso en T2. (DCC008)



DCC009

ARTRITIS PSORIÁSICA SINE PSORIASIS. LA IMPORTANCIA DE REVALORAR UN DIAGNÓSTICO ANTE FALLA AL TRATAMIENTO

C. Silva-Álvarez, M.J. Baeza-Rivera, G. Echeverría-González, N. Castro-Lizano

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide seronegativa y la artritis psoriásica sin psoriasis son entidades poco frecuentes que conllevan un reto diagnóstico ante la ausencia de estudios serológicos característicos de cada enfermedad, con la posibilidad de confundir ambas en algunas ocasiones. Este problema se acentúa con el uso previo de inmunosupresores y el metotrexato es uno de los más utilizados, con beneficio principal en piel. Alrededor del 11% de los pacientes se reclasifica de una artritis seronegativa a una artritis psoriásica en una evolución de 10 años.

Presentación del caso: Paciente femenino de 49 años con diagnóstico de artritis reumatoide seronegativa (2008), en control con metotrexato (10 mg/sem), prednisona (5 mg/día) e indometacina (25 mg/día). La úlcera corneal (2022) se trató con parche de cianoacrilato y colocación de colgajo. Se la valoró en consulta por probable queratoconjuntivitis seca y se identificaron contractura en flexión de ambos codos, manos con desviación cubital, dedos en *boutonniere* y pulgar en Z bilateral. VSG 35 mm/h (0-20), PCR 0,17 mg/l (< 10), ANA 1:80 patrón moteado y citoplasmático, anti-Ro 4 UR/mL (< 20), anti-La < 2 UR/mL (20), anti-SCL70 < 2 UR/mL (20), factor reumatoide 20 UI/mL (0-30), anti-CCP < 5 U/mL (20). Las radiografías mostraron manos con esclerosis de carpos, osteoporosis yuxtaarticular, erosiones de distribución asimétrica bilateral en interfalángicas distales, anquilosis de interfalángicas, acroosteólisis, deformidad de lápiz en copa y falange de marfil. TACAR de tórax: signos de neumopatía intersticial no especificada en < 10%, por lo que se estableció el diagnóstico de artritis psoriásica (Figura 1).

Discusión: La artritis psoriásica, con sus diversas manifestaciones, puede asemejarse a otro tipo de artritis inflamatorias, especialmente en su forma poliarticular, como en el caso de esta paciente, que muestra características clínicas y radiográficas indicativas de artritis reumatoide. En este abordaje destaca la limitación de pruebas de laboratorio para la clasificación, dado que son inespecíficas. Hasta un 15% de los pacientes desarrolla artritis antes de la psoriasis, por lo que el diagnóstico de artritis psoriásica a menudo se retrasa, lo que produce daño articular significativo y discapacidad a largo plazo.

Conclusiones: La relevancia de esta revisión radica en la necesidad de revalorar el diagnóstico ante la escasa mejoría y progresión de la enfermedad a pesar de un tratamiento adecuado; estas dos entidades oponen alta dificultad diagnóstica al inicio de las manifestaciones articulares. Además, es fundamental considerar los factores de confusión, signos y síntomas, como los inmunosupresores utilizados.

Bibliografía

1. LC Coates, JF Merola, SM Grieb, *et al.* The Journal of Rheumatology Supplement. June 2020;96:31-35.
2. Qian Wang, Hua Zhang, Sheng-Ming Dai. Differentiating psoriatic arthritis sine psoriasis from seronegative rheumatoid arthritis. 2022.

DCC010

ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS ANTI-NMDA EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

O. Vera-Lastra¹, A. Carus-Sánchez¹, A.L. Peralta-Amaro¹, E. González-Rodríguez¹, A. Lucas-Hernández²

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽²⁾Hospital General de Teziutlán

Figura 1. (A) Radiografía PA de manos que revela cambios correspondientes a AP, en particular anquilosis, falange de marfil y lápiz en copa. (B) Tomografía computarizada de alta resolución que muestra áreas de reticulación subpleural y vidrio despulido en bases de predominio derecho. (DCC009)



Introducción: En el lupus eritematoso sistémico (LES), las manifestaciones neuropsiquiátricas (NP) incluyen 19 síndromes, que representan un desafío diagnóstico para los médicos porque no existe una prueba diagnóstica confirmatoria. La encefalitis anti-NMDA (E-ANMDA) es una enfermedad rara caracterizada por una constelación de síntomas, en especial psiquiátricos, diagnosticados en un contexto clínico adecuado con anticuerpos anti-NMDA en el líquido cefalorraquídeo. Poco se ha estudiado la relación entre estas dos entidades; sin embargo, ambas afecciones se presentan con anticuerpos contra diferentes unidades del receptor NMDA, lo que sugiere un sustrato fisiopatológico similar, así como características clínicas similares, lo que dificulta a los médicos diferenciarlas.

Presentación del caso: Paciente femenina de 31 años con LES y manifestaciones mucocutáneas y articulares de un año de evolución, con anticuerpos anti-ADN y ANA, tratada con cloroquina y prednisona y remisión clínica a pesar de la mala adherencia al tratamiento. En febrero de 2023 se documentó proteinuria en límites no nefróticos sin deterioro de la función renal, por lo que se inició tratamiento con ácido micofenólico. Quince días después desarrolló cefalea de predominio occipital, EVA 9/10, sin respuesta a los analgésicos, que se acompañó de episodios de vértigo; debido a estos síntomas, la paciente decidió suspender el tratamiento médico y una semana después aparecieron pensamientos desorganizados, delirios de persecución, alucinaciones auditivas, trastornos del lenguaje, insomnio y agitación psicomotriz. Se estableció el diagnóstico de episodio psicótico. Se tomó muestra de líquido cefalorraquídeo con resultado normal y anticuerpos ANA positivos +++; el electroencefalograma era normal y la angiotomografía craneal reveló infarto frontotemporal izquierdo antiguo; hay hipocomplementemia y anticuerpos anti-ADN positivos, lo que lleva a concluir el episodio psicótico como manifestación neuropsiquiátrica secundaria al LES. Se la hospitalizó y recibió pulsos de metilprednisolona por cinco días, ciclofosfamida intravenosa y antipsicótico atípico, sin mejoría del episodio psicótico;

se requirió tratamiento con dexmedetomidina. Con posterioridad presentó un nuevo episodio psicótico de difícil control. Se aumentaron las dosis de antipsicóticos hasta las máximas y se iniciaron moduladores de la conducta y benzodiazepinas sin respuesta. Se realizó resonancia magnética cerebral con lesiones inespecíficas en tracto piramidal, hipocampo, giro prefrontal y sustancia negra; se determinaron anticuerpos anti-NMDA tipo 1 en líquido cefalorraquídeo con resultados positivos, lo que permitió establecer E-ANMDA. Se inició tratamiento con inmunoglobulina y plasmaféresis, y se consiguió mejoría clínica del paciente.

Discusión: Este caso resalta la complejidad diagnóstica de las manifestaciones neuropsiquiátricas del LES, en particular en la diferenciación con otras enfermedades autoinmunitarias como la E-ANMDA. La coexistencia de estos dos síndromes plantea un desafío significativo, ya que ambos poseen una constelación de síntomas neuropsiquiátricos que se superponen. El diagnóstico en este caso se basó en un enfoque clínico integral, sustentado por la identificación de anticuerpos anti-NMDA en el líquido cefalorraquídeo, lo que hizo posible diferenciar la encefalitis de las manifestaciones neuropsiquiátricas típicas del LES. El control de esta paciente también pone en relieve la necesidad de un enfoque terapéutico multimodal. A pesar del tratamiento inmunosupresor regular para LES NP, la adición de tratamientos específicos como la plasmaféresis y la inmunoglobulina fue crucial para la recuperación clínica.

Conclusiones: Esta paciente cumplió criterios para LES NP y E-ANMDA; es un ejemplo del mosaico clínico de la autoinmunidad y puede representar un cambio futuro en el paradigma del estudio de las manifestaciones neuropsiquiátricas en pacientes con LES.

Bibliografía

- Hirohata S, Tanaka K. Differential expression of antibodies to NMDA receptor in anti-NMDA receptor encephalitis and in neuropsychiatric systemic lupus erythematosus. *Lupus Sci Med*. 2019;6(1):e000359. Published 2019 Nov 13. doi:10.1136/lupus-2019-000359.

DCC011

MIASTENIA GRAVE Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ¿ES LA TIMECTOMÍA UN FACTOR DE RIESGO? REPORTE DE CASO

V.E. García-González, F. Irazoque-Palazuelos, V.M. Rosales-Don Pablo, M.A. Apaza-Quispe, C.M. Fonseca-Carcache

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) y la miastenia grave (MG) son enfermedades autoinmunitarias que comparten algunos mecanismos fisiopatológicos y ambas se presentan con mayor frecuencia en mujeres. Se han documentado factores de riesgo en las dos, que se han vinculado con el desarrollo de poliautoinmunidad, la cual se define como la presencia de dos o más enfermedades autoinmunitarias en un mismo individuo. Entre los determinantes propuestos para su superposición se encuentra la timectomía, un procedimiento realizado con la finalidad de eliminar los síntomas de la MG y que, de acuerdo con la bibliografía, puede vincularse con mecanismos patogénicos en LES, como la pérdida de autotolerancia central y una consecuente sobreproducción de anticuerpos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 32 años con diagnóstico de miastenia grave en 2008 y crisis miasténicas de repetición, por lo que se practicó timectomía y se indicó rituximab de 2010 a 2019 con buena respuesta. Dada la pérdida del servicio médico, continuó el tratamiento con azatioprina y piridostigmina, con apego irregular.

En enero de 2024 desarrolla úlceras orales, artralgias, debilidad muscular y neuropatía en miembros pélvicos y más adelante muestra cuadro de psicosis en la unidad de origen con alucinaciones; los estudios de laboratorio revelan pancitopenia. Se la traslada a este hospital para recibir atención especializada. A su ingreso se inició protocolo y se registraron ANA: 1:80, anti-RNP: 122 U (< 20: negativo), anti-Sm: 114 U (< 20 negativo), anti-DNA: 1171 UI/ml (< 200 negativo); la electromiografía de extremidades indicó polineuropatía sensitiva y motora axonal que comprometía las cuatro extremidades. Biometría hemática: leucocitos: 4,5 miles/mm³, lin-

focitos: 0,74 miles/mm³, hemoglobina: 9,4 g/dL, plaquetas: 94 000/mm³. Se establece el diagnóstico de LES, se instituye tratamiento con pulsos de metilprednisolona, y se continúa con azatioprina (100 mg/24 h) y prednisona (30 mg/24 h), con mejoría de los síntomas.

Discusión: De acuerdo con diversos informes y revisiones bibliográficas, además de la relación conocida entre MG y LES, existe una creciente evidencia para considerar a la timectomía como un factor de riesgo para el desarrollo de superposición. Este caso muestra la necesidad de indagar en los diversos mecanismos fisiopatológicos relacionados con el desarrollo de dichas anomalías, sobre todo en el contexto de factores de riesgo añadidos, como la agregación familiar, descrita en todas las EA y de las cuales la MG no es la excepción.

Conclusiones: La vinculación de LES y MG merece algo más que una mención casual. Tal y como sucede con la timectomía, las crecientes evidencias de múltiples factores de riesgo relacionados exigen el desarrollo de estudios epidemiológicos a gran escala que permitan no solo establecer los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, sino también las posibles estrategias terapéuticas eficaces y menos riesgosas.

Bibliografía

- García-Alfonso C, Bernal-Macías S, García-Pardo Y, et al. Coexistencia de lupus eritematoso sistémico y miastenia grave. Una expresión infrecuente de poliautoinmunidad. *Reumatol Clin*. 2020;16(6):502-205.
- Ali M, Riad M, Adhikari P, et al. Association between myasthenia grave and systemic lupus erythematosus as a comorbid state. *Cureus*. 2021 Apr 27;13(4):e14719.
- Igoe A, Merjanah S, Harley ITW, et al. Association between systemic lupus erythematosus and myasthenia grave: a population-based national study. *Clin Immunol*. 2024 Mar;260:109810.

DCC012

USO DE TOFACITINIB EN DISFUNCIÓN HEPÁTICA POR ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

O. Ilizaliturri-Guerra¹, A. Carrasco-Chapa², K. Silva-Luna¹, M.A. Garza-Elizondo¹

⁽¹⁾Centro Médico Hospital Zambrano Hellion, ⁽²⁾Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESA) es un trastorno autoinflamatorio caracterizado por fiebre, eritema evanescente, poliartritis y odinofagia. Debido a la producción inadecuada de citocinas como parte central de su patogenia, puede complicarse con episodios potencialmente letales, como el síndrome de activación de macrófagos y hepatitis fulminante. Por lo general se trata con esteroides e inmunosupresores convencionales como metotrexato (MTX), leflunomida o azatioprina. Sin embargo, 30% a 40% de los pacientes no responden o tienen contraindicaciones para estas modalidades.

El éxito de los inhibidores JAK en el tratamiento de otras enfermedades reumáticas ha aumentado cada vez más su indicación terapéutica. El tofacitinib es un inhibidor pan-JAK utilizado en una serie de casos de 14 pacientes con ESA refractaria en China con seguimiento desde uno hasta 24 meses: 50% logró una remisión completa, 42% una remisión parcial y 7% sufrió recaída.

Presentación del caso: Paciente femenina de 49 años sin antecedentes de importancia, que acude al servicio de urgencias tras mostrar fiebre > 38°. Al interrogatorio refiere eritema evanescente de cuatro semanas de evolución, acompañado de odinofagia, artralgias y malestar general. En la exploración física se identifican linfadenopatías. Los estudios de laboratorio señalan leucocitosis (18,6 x 10³/μL), AST elevada (76 UI/L), ALT elevada (83 UI/L), hiperferritinemia (64 000 ng/mL) y procalcitonina negativa (0,4 ng/mL). Las pruebas de autoinmunidad para factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, anti-DNAs, anti-CPP, anti-SSA/Ro, anti-SSB/La, antimusculo liso y los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo resultaron negativos. PCR para CMV y VEB también fueron negativos. El ecocardiograma transtorácico no identificó vegetaciones. La tomografía de cuello y tórax reconoció derrame pleural bilateral, derrame pericárdico y

linfadenopatías cervicales izquierdas con esplenomegalia. La paciente se diagnosticó con ESA basado en los criterios de Yamaguchi. Se inició metilprednisolona IV (500 mg/día por 3 días). Se continuó con prednisona (60 mg/día) y se inició tocilizumab (600 mg a los días 0 30), con mejoría del compromiso cutáneo, articular, seroso y de laboratorio, por lo que se decide su egreso. La paciente reingresó cuatro semanas después por disfunción hepática (Figura 1). La biopsia de médula ósea no revela datos de hemofagocitosis, por lo que se instituye tratamiento con metilprednisolona IV (1000 mg/día por 3 días) y se decide cambiar el tocilizumab por tofacitinib (5 mg/12 h). Se continúa con prednisona (60 mg/día) y suspensión hasta 10 mg/día a las cuatro semanas del inicio del tofacitinib. A la semana 11 de seguimiento, la paciente demuestra remisión completa de sus manifestaciones clínicas y mejoría de los parámetros de laboratorio (Tabla 1).

Figura 1. Representación gráfica de la evolución de los valores de AST, ALT y ferritina de la paciente. (DCC012)

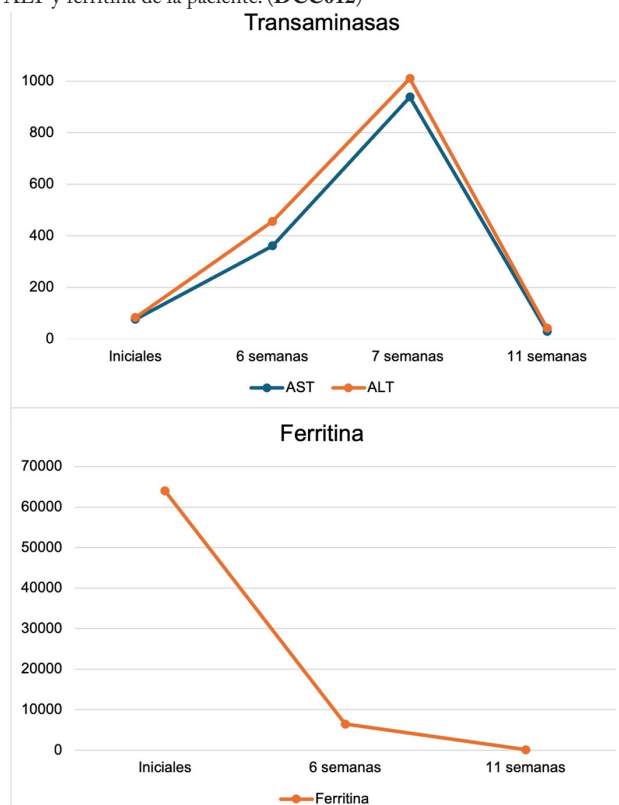


Tabla 1. Estudios de laboratorio de la evolución de la paciente. (DCC012)

	Iniciales	Semana 4	Semana 6	Semana 7	Semana 11
Hemoglobina (g/dL)	12,7	13,2			13,5
Leucocitos (103/ μ L)	18,6	9,79			7,08
Plaquetas (103/ μ L)	383	115			220
Ferritina (ng/mL)	64000	3650	6479,7		123,8
Aspartato aminotransferasa (UI/L)	76	181	361	938	29
Alanino aminotransferasa (UI/L)	83	176	456	1010	42
Bilirrubina total (mg/dL)	0,6	0,3	0,6	0,3	0,6
Fosfatasa alcalina (UI/L)	173	74	88	139	53
Deshidrogenasa láctica (UI/L)	510	834	985	1351	362
Proteína C reactiva (mg/L)	71,8	4,0	29,7		4,0
Velocidad de edimentación globular (mm/h)	59	3	7		8

Discusión: La ESA es todavía un desafío terapéutico debido a su heterogeneidad clínica y a la baja frecuencia de la enfermedad, por lo que existen solo series pequeñas de casos sobre tofacitinib. Este fármaco bloquea la acción de múltiples citocinas proinflamatorias, como IL-6, IL-10, IFN- γ , IFN- α y el GM-CSF. Además, inhibe la activación del complejo inflamatorio NLRP3 en neutrófilos, lo que reduce la producción de IL-1 β . Dado que la cascada de citocinas proinflamatorias es parte de la patogenia de la ESA, podría considerarse el uso de este inhibidor JAK como alternativa ante la falta de respuesta de los inhibidores IL-6 en pacientes con ESA y disfunción hepática. **Conclusiones:** El tofacitinib puede ser una opción terapéutica para pacientes con ESA y disfunción hepática, sobre todo en los enfermos que no responden al tratamiento regular. Se requieren estudios adicionales para definir el perfil de los pacientes que podrían beneficiarse de los inhibidores JAK.

Bibliografía

- Hu Q, Shi H, Zeng T, *et al.* Increased neutrophil extracellular traps activate NLRP3 and inflammatory macrophages in adult-onset Still's disease. *Arthritis Res Ther.* 2019;21:9.
- Furuya MY, Asano T, Sumichika Y, *et al.* Tofacitinib inhibits granulocyte-macrophage colony-stimulating factor-induced NLRP3 inflammasome activation in human neutrophils. *Arthritis Research & Therapy.* 2018(20):196.

DCC013

SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA EN UN PACIENTE CON GOTA GRAVE. REPORTE DE CASO

L. Garduño-Ángeles, M.N. Fuentes-Hernández, L. Calderón-García, H. García-Muciño

Hospital General Toluca ISSSTE

Introducción: La sinovitis villonodular pigmentada (SVNP) es una alteración benigna poco frecuente que se caracteriza por crecimiento de tejido sinovial junto con depósitos de hemosiderina; se ha postulado un origen inflamatorio o neoplásico benigno. Se debe establecer el diagnóstico diferencial con trastornos infecciosos, reumáticos y neoplasias malignas. Se presenta el caso de un paciente con antecedente familiar de gota, hiperuricemia, artritis crónica en ambas rodillas y diagnóstico de SVNP y artritis gotosa (AG) con características de gota grave (GG).

Presentación del caso: Paciente masculino de 33 años con antecedentes heredofamiliares de gota e individuales de dislipidemia mixta, hiperuricemia y litiasis renal. El padecimiento actual tiene cinco años de evolución con artritis y deformidad en ambas rodillas que limita la deambulaci3n y que se exacerba con la bipedestaci3n y el consumo de dieta rica en purinas. Recibi3 m3ltiples esquemas terap3uticos con esteroides, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y relajantes musculares, con mejoría parcial de cuadro. Lo valora el servicio de traumatología, que realiza limpieza articular y sinovectomía de rodilla derecha, con obtenci3n en biopsia de tejido membranoso de superficie nodular, de consistencia gomosa, consistente con SVNP, y esclerosis extensa y capsulotomía de rodilla izquierda; se identifican m3ltiples tumores adheridos a la cápsula articular de características granulomatosas indicativas de tofos.

El servicio de reumatología lo valora en el 2023 por persistencia de artritis en ambas rodillas, artralgias en pies y manos, dolor lumbar de tipo mecánico y registro de ácido úrico 11,53 mg/dL, VSG 15 y PCR 5,0. Se solicitan estudios de extensi3n para efectuar diagn3sticos diferenciales. La resonancia magnética (RM) de articulaciones sacroilíacas es normal; la RM de la rodilla izquierda en T1 muestra lesiones hipointensas yuxtarticulares consistentes con tofos, con erosiones óseas adyacentes a estos; en la secuencia T2 se observa hipertrofia de tejido sinovial (Figura 1). HLA B27 negativo, anticuerpos anti-SSA y SSB negativos, antipéptido cíclico citrulinado, antinucleares y factor reumatoide negativos. Se diagn3stica AG con características de GG. Se inicia tratamiento con dieta libre de purinas, alopurinol (300 mg x 2), colchicina (0,5 mg día) y AINE; se obtiene mejoría clínica.

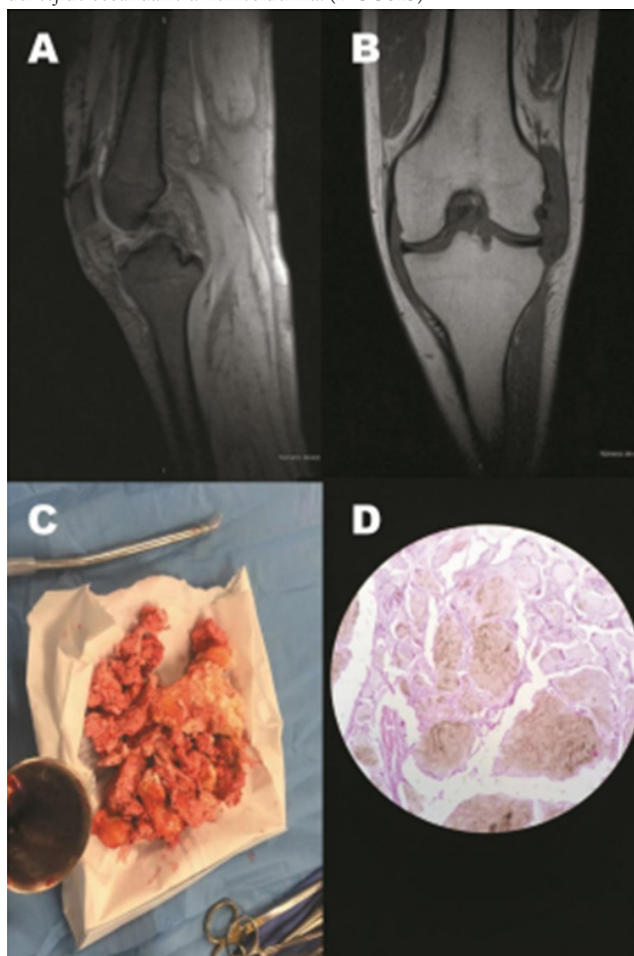
Discusi3n: La SVNP es una alteraci3n benigna con pocos informes de caso en las publicaciones médicas; se caracteriza por crecimiento de tejido sinovial en relaci3n con dep3sitos de hemosiderina. Su fisiopatología no se

conoce del todo, pero se ha vinculado con procesos infecciosos, neoplasias benignas y procesos inflamatorios con la sobreexpresión de factor estimulante de colonias 1 (CSF1), que atraen células inflamatorias, incluidos células gigantes, macrófagos y osteoclastos.

Por su parte, la AG es una enfermedad crónica reconocible por el depósito de cristales de urato monosódico en las articulaciones y, en casos graves, de forma subcutánea como tofos. De acuerdo con el Grupo de Estudio de Gota en Latinoamérica (GRESGO), los pacientes con GG tienen menor edad de inicio, más antecedentes familiares de gota y curso más agresivo y poco controlable de la enfermedad. Son escasos los informes publicados de la relación de ambas enfermedades. La SVNP es un reto diagnóstico con enfoque multidisciplinario, que siempre debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las artropatías.

Conclusiones: El tofacitinib podría ser una opción terapéutica para pacientes con ESA y disfunción hepática, sobre todo en aquellos que no responden al tratamiento habitual. Se requieren estudios adicionales para definir el perfil de los pacientes que podrían beneficiarse de los inhibidores JAK.

Figura 1. (A) Resonancia magnética de rodilla izquierda en la que se observan imágenes hipointensas con erosión yuxtaglomerular concordantes con tofos. (B) Secuencia T2 en la que se identifica engrosamiento del tejido sinovial. (C) Muestra de material obtenido en capsulotomía anterior y sinovectomía con características macroscópicas similares a tofos. (D) Corte histológico de las muestras obtenidas en el que se identifica pigmentación del tejido secundario a hemosiderina. (DCC013)



Bibliografía

1. Silva-Filho, *et al.* Sinovitis villonodular pigmentada focal como diagnóstico diferencial de monoartritis de rodilla. *Rev Colomb Reumatol.* 2014;21(1):42-45.

2. Bernthal NM, Ishmael CR, Burke ZDC. Management of pigmented villonodular synovitis (PVNS): an orthopedic surgeon's perspective. *Curr Oncol Rep.* 2020;22:63.
3. Dhaduk R, Weber S, Fallat LM. Gouty tophi in sinus tarsi of bilateral feet mimicking synovial sarcoma: a case report. *J Foot Ankle Surg.* 2019 Mar;58(2):347-351.
4. Dalbeth N, Gosling AL, Gaffo A, *et al.* Gout. *Lancet.* 2021 May 15;397(10287):1843-1855. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00569-9. Epub 2021 Mar 30. Erratum in: *Lancet.* 2021
5. Mikuls TR. Gout. *N Engl J Med.* 2022 Nov 17;387(20):1877-1887.
6. Vázquez-Mellado J, Castelar-Pinheiro G, Navarro-Zarza JE, *et al.* Gota en Latinoamérica: hombres jóvenes, con mayor gravedad, discapacidad física y menor calidad de vida y nivel socioeconómico. *Reumatol Clin.* 2023;19 Ext.1
7. Chen-Xu M, Yokose C, Rai SK, *et al.* Contemporary prevalence of gout and hyperuricemia in the United States and decadal trends: The National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2016.

DCC014

LESIONES EN TIRO AL BLANCO EN LUPUS: SÍNDROME DE ROWELL ¿ENTIDAD CLÍNICA SEPARADA O VARIEDAD DE LUPUS CUTÁNEO SUBAGUDO?

M. Jiménez-Tirado, A.E Vázquez-Hernández, M. Saeb-Lima, J. Ríos-Valencia, E. Martín-Nares

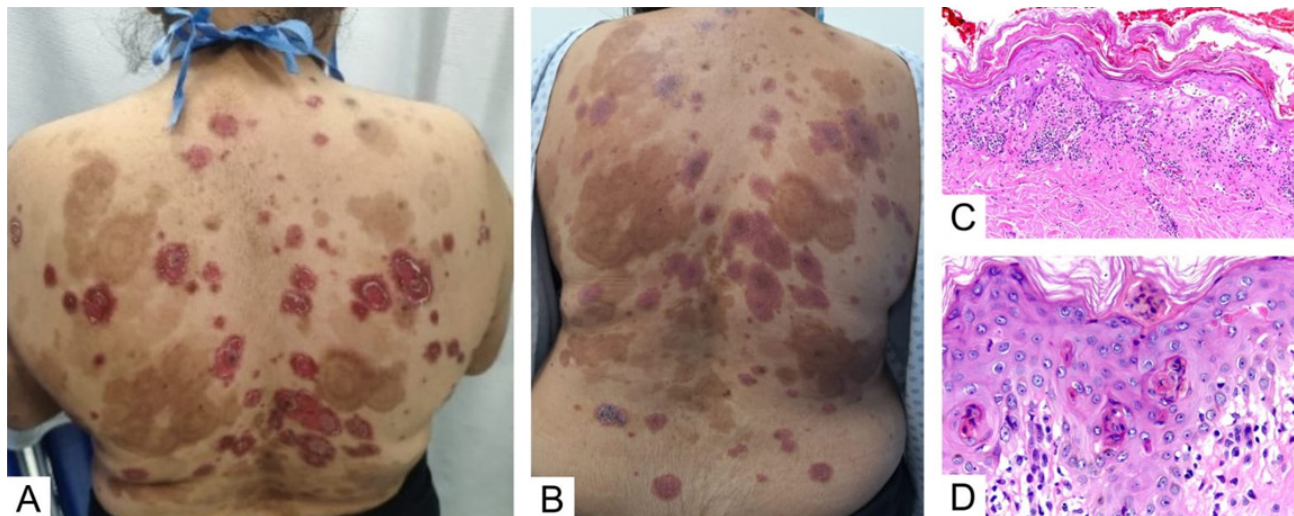
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El síndrome de Rowell se caracteriza por lesiones tipo eritema multiforme en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y positividad a anticuerpos anti-SSA/Ro; no obstante, su existencia como entidad clínica es controversial en las publicaciones médicas. A continuación, se presenta un caso de una paciente con LES y lesiones en diana típicas del eritema multiforme.

Presentación del caso: Mujer de 33 años con antecedente de lupus eritematoso sistémico con actividad mucocutánea, articular y hematológica a expensas de leucolinfopenia. Tiene el diagnóstico de síndrome de Sjögren vinculado con el antecedente de dos episodios de parotiditis aguda y determinación de anticuerpos anti-SSA/Ro en 353 UI/mL. Desde 2014 sufrió recaídas de lupus cutáneo subagudo, discoide y tumidus, además de perniois, para lo cual ha recibido tratamiento con azatioprina, metotrexato, cloroquina y prednisona con dosis hasta de 0,5 mg/kg al día, con mejoría de los síntomas, pero recurrencia de las lesiones tras la disminución de la prednisona a dosis menores de 15 a 20 mg al día. Entre 2017 y 2018 participó en un protocolo de investigación de dapirolizumab contra placebo, con el cual se documentó remisión; sin embargo, experimentó nuevos cuadros con la suspensión de fármaco/placebo. En 2023 se documentó toxicidad por antipalúdicos por lo que fue necesario suspender la cloroquina. En junio de 2024 mostró lesiones diseminadas a cabeza, tronco y cuatro extremidades caracterizadas por placas de coloración eritematosa, de forma anular, con escama laminar fina, algunas con centro atrófico pálido, las cuales eran ardorosas y aumentaron de modo progresivo en número y extensión en el periodo de una semana; se acompañaron de fiebre, adenopatías cervicales dolorosas y úlceras orales (Figura 1). La paciente negó exposición previa a nuevos fármacos, así como algún síntoma indicativo de proceso infeccioso reciente. Se reinició la prednisona (35 mg al día) y se realizó biopsia por huso y sacabocados con resultado de eritema multiforme consistente con síndrome de Rowell. Se decidió cambio de tratamiento a rituximab (1 g IV 2 dosis separadas por 15 días) con mejoría de las lesiones.

Discusión: En 1963 se acuñó el término síndrome de Rowell en cuatro pacientes con lupus discoide, perniois y lesiones de tipo eritema multiforme. Desde entonces se han documentado al menos otros 90 casos y existen hasta el momento cuatro propuestas de criterios diagnósticos de esta enfermedad. Sin embargo, algunos autores han propuesto la inexistencia de este síndrome. Al realizarse una revisión sistemática de 67 casos publicados, las características esenciales descritas por Rowell *et al.* fueron

Figura 1. Lesiones cutáneas en diana: (A) al momento de la valoración inicial; (B) luego del tratamiento con prednisona (35 mg al día). (C y D) Dermatitis de interfaz vacuolar con múltiples queratinocitos necróticos y leve infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular con cariorrexis. (DCC014)



inconstantes: lupus discoide en 33%, perniosis en 15% y positividad para anticuerpos anti-SSA/Ro en 59%. Por lo tanto, algunos autores consideran que dicho síndrome puede corresponder a una variedad de lupus cutáneo subagudo, dado que se ha notificado que hasta el 42% puede mostrar lesiones en diana o bien una coincidencia entre eritema multiforme típico y otras manifestaciones cutáneas de LES.

Conclusiones: La entidad descrita como síndrome de Rowell es infrecuente y su existencia se ha puesto en duda por la inconsistencia en los casos publicados de las características diagnósticas en los criterios propuestos. En todo caso, se ilustra aquí la posibilidad de aparición de lesiones en diana tipo eritema multiforme como manifestación cutánea de lupus.

Bibliografía

1. Gallo L, Megna M, Festa B, *et al.* Rowell syndrome: a diagnostic challenge. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2020;13(4):40-42.
2. Antiga E, Caproni M, Bonciani D, *et al.* The last word on the so-called 'Rowell's syndrome'? *Lupus.* 2012;21(6):577-85.

DCC015

EXPERIENCIA DEL USO DE INHIBIDORES JAK EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ EN 2023-2024

K. Alba-Hernández, A.C. Muñoz-Cedeño, A.E. Santizo-Ávila, E.M. Ramos-Galeano, M. Ovando-Castillo, S. Rodríguez-Aguayo, H. Menchaca-Aguayo, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Los inhibidores de la cinasa Janus (JAK) son agentes terapéuticos innovadores diseñados para modular la señalización intracelular mediada por citocinas proinflamatorias que inhiben la transcripción de genes relacionados con la inflamación. En el contexto de las enfermedades reumatológicas, estos fármacos suprimen de manera selectiva la reacción inmunitaria patológica dirigida contra tejidos específicos. Aunque su empleo en pediatría se encuentra en fases tempranas con indicaciones limitadas, la evidencia emergente sugiere resultados clínicos prometedores.

Objetivo: Describir la experiencia del uso de los inhibidores JAK en pacientes pediátricos con enfermedades reumatológicas en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cinco pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas resistentes, tratados con inhibidores JAK. Se registraron los datos clínicos y se analizó la evolución de la enfermedad a los tres y seis meses de tratamiento.

Resultados: En cuatro de los cinco pacientes presentados, los inhibidores JAK permitieron el control de la actividad de la enfermedad y el daño a órganos diana. Las anomalías incluidas en este grupo fueron: artritis idiopática juvenil (AIJ) sistémica (20%), síndrome de Blau (20%), síndrome de Aicardi-Goutières (60%). Todos los pacientes habían cursado con resistencia a los tratamientos convencionales para las enfermedades diagnosticadas con evidencia de daño a órgano blanco irreversible. Un paciente con AIJ cursaba con síndrome de activación de macrófagos recurrente y falleció por complicaciones de COVID-19 y con anterioridad había suspendido el tratamiento con inhibidores JAK por desabasto. Los pacientes requirieron incremento posológico de acuerdo con evolución clínica y bioquímica. No se registraron dislipidemias atribuibles al uso de inhibidores JAK durante el tiempo de observación, dado que se trata de una alteración preexistente vinculada con el uso prolongado de esteroides; tampoco se identificaron citopenias. Se documentó una disminución significativa de los reactantes de fase aguda (**Figuras 1 a 3 y Tabla 1**) durante el tiempo en el que se administró el baricitinib, mientras que se informó un incremento tras la interrupción del fármaco debido al desabasto hospitalario.

Tabla 1. Diagnósticos, edad y afectación a órgano blanco que llevaron a prescribir JAK y sus dosis. (DCC015)

Pacientes	Edad	Principal afectación	Complicaciones	Dosis inicial	Dosis actual
Paciente 1 AIJ sistémica	4 años	-Articular -Pulmonar -Hepático	Defunción secundaria a infección por SARS-CoV-2 no atribuible a uso de JAK	4 mg	n/a
Paciente 2 Síndrome de Blau	12 años	-Ocular	Sin complicación	4 mg	8 mg
Paciente 3 Síndrome Aicardi-Goutières	13 años	-Ocular -Articular -SNC	Elevación transaminasas Dislipidemia	6 mg	8 mg
Paciente 4 Síndrome de Aicardi-Goutières	12 años	-Ocular	Elevación transaminasas Dislipidemia	6 mg	8 mg
Paciente 5 Síndrome de Aicardi-Goutières	2 años	-SNC -Cutáneo	Elevación transaminasas	4 mg	4 mg

Figura 1. Reactantes de fase aguda antes y durante el tratamiento con JAK. (DCC015)

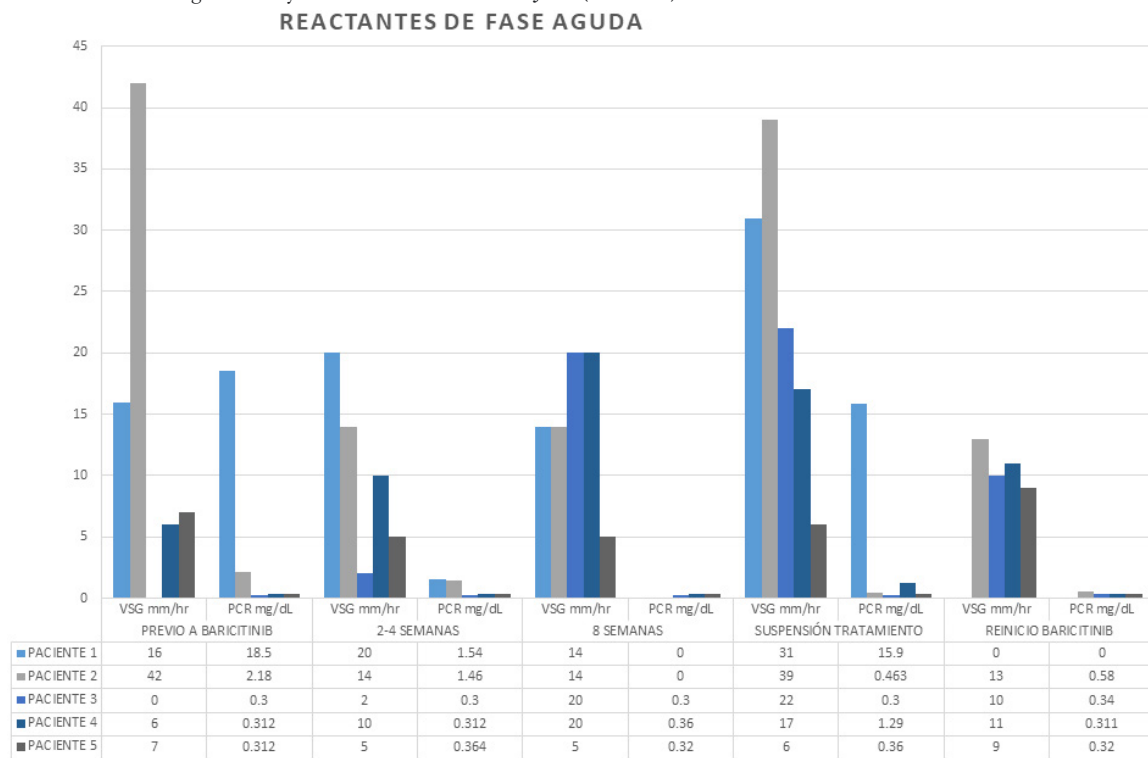
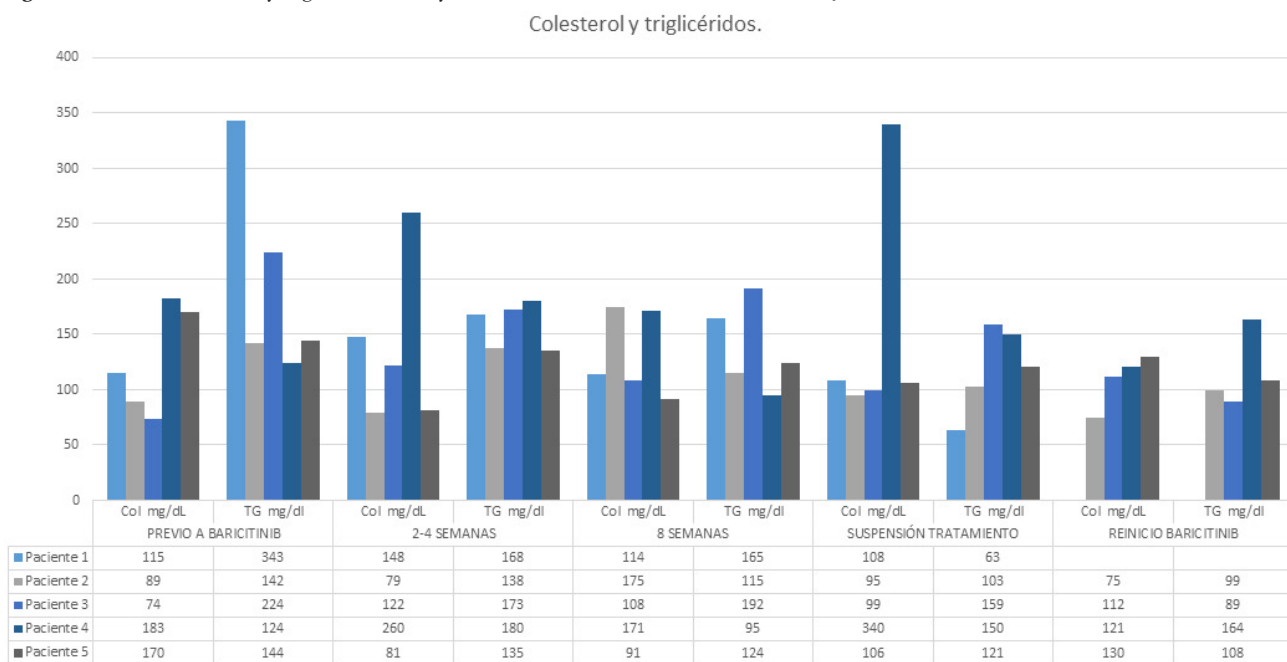


Figura 2. Valores de colesterol y triglicéridos antes y durante la administración de los inhibidores JAK. (DCC015)



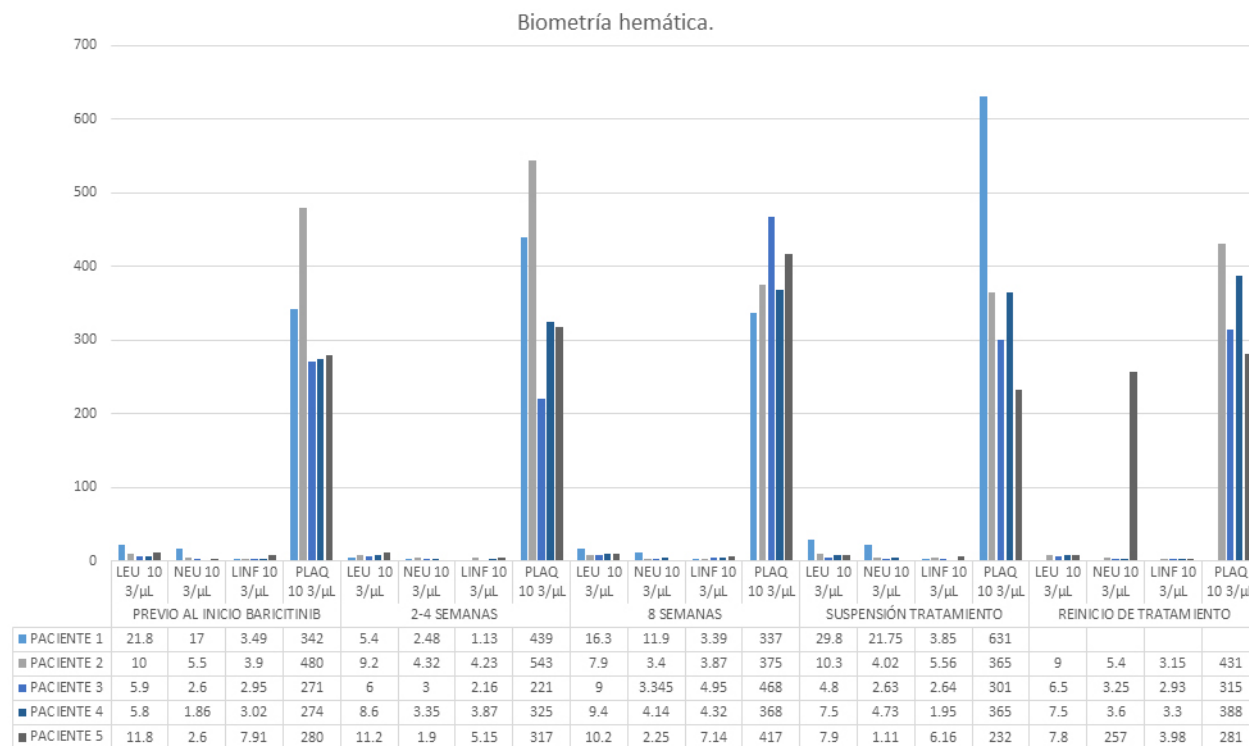
Conclusiones: La administración de inhibidores JAK en las enfermedades reumatológicas pediátricas refractarias ha mostrado un control eficaz de la enfermedad en la mayoría de los casos, con un perfil de seguridad adecuado. Aunque son una opción valiosa para pacientes que no responden a las modalidades convencionales, la interrupción del tratamiento por desabasto y un caso con evolución desfavorable resaltan la necesidad de asegurar el acceso continuo. A pesar de la experiencia

limitada en pediatría, los resultados sugieren que los inhibidores JAK son una herramienta promisoriosa en el tratamiento de estas enfermedades.

Bibliografía

1. Shawky AM, Almalki FA, Abdalla AN, *et al.* A comprehensive overview of globally approved JAK inhibitors. *Pharmaceutics*. 2022.

Figura 3. Biometría hemática antes y durante del uso de los inhibidores JAK. (DCC015)



DCC016

ARTRITIS INMUNOMEDIADA POR PEMBROLIZUMAB: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

P. Rodríguez-López, A. Vargas-Guerrero, E.E. Aguilar-Oliva
 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal anti-PD-1 (muerte celular programada 1) empleado como inmunoterapia oncológica. Actúa como inhibidor de los puntos de control inmunitario (IPCI) al bloquear las señales inhibitorias del linfocito T y aumentar la respuesta inmunitaria antitumoral. Los IPCI pueden generar efectos adversos inmunomediados, que afectan sobre todo en los planos gastrointestinal, endocrino y dermatológico, mientras que los reumatológicos ocurren en 5% a 10%. Es indispensable conocer el espectro de efectos secundarios inmunomediados que surgen de nuevos tratamientos y pueden producir manifestaciones reumatológicas, por lo que se describen dos casos de artritis inmunomediada por pembrolizumab.

Presentación de los casos:

Caso 1: Mujer de 67 años con cáncer urotelial del tracto urinario superior, quien recibió inicialmente tratamiento con nefrectomía radical, así como quimioterapia con cisplatino y gemcitabina. Cursó con un periodo libre de enfermedad por dos años cinco meses con posterior recurrencia y metástasis ósea a olécranon derecho. Se inició tratamiento con pembrolizumab (200 mg cada 3 semanas por 6 ciclos). Inició con poliartritis simétrica y subaguda en interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), carpos, codo izquierdo, rodillas y tobillos. Estudios de laboratorio: PCR 39,1 mg/dL, anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados (anti-PCC) y factor reumatoide (FR) negativos. Radiografías de manos y pies normales. Se inició metotrexato (10 mg/sem) y prednisona (5 mg/día), con mejoría notoria del proceso inflamatorio. Suspensión completa de la prednisona en cuatro meses.

Caso 2: Mujer de 31 años con cáncer de recto etapa IV por actividad tumoral en retroperitoneo. Recibió radioterapia y quimioterapia, y luego

inmunoterapia con pembrolizumab. Dos meses después inició poliartritis en interfalángicas proximales de ambas manos. La exploración reconoció además tenosinovitis del extensor común de los dedos derecho y los extensores radiales largo y corto izquierdos. Estudios de laboratorio: PCR 0,5 mg/dL, anticuerpos anti-PCC y FR negativos. Se demostró por ultrasonido poliartritis no erosiva leve a moderada, sin señal Doppler, en articulaciones MCF, IFP y radiocarpiana bilaterales. Se iniciaron hidroxicloroquina (200 mg/día) y un curso corto de antiinflamatorios no esteroideos, con mejoría clínica después de tres meses.

Discusión: La artritis inmunomediada por IPCI se presenta de forma heterogénea en gravedad, articulaciones afectadas y hallazgos imagenológicos. Suele aparecer en etapas tempranas tras el inicio del tratamiento, como en los pacientes presentados, y puede persistir luego de su suspensión. Las artralgias son el efecto adverso reumatológico más frecuente relacionado con los IPCI y hasta el 50% con una presentación clínica similar a la de la artritis reumatoide, con poliartritis simétrica de pequeñas articulaciones. Muchas veces cursa con tenosinovitis o entesitis, incluso en ausencia de artritis. La mayor parte de los casos de artritis relacionada con IPCI mejora al suspender el medicamento, y con el uso de AINE y glucocorticoides. Ante una respuesta clínica insuficiente pueden emplearse fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (FARMEsc), el más frecuente de los cuales es el metotrexato, seguido por hidroxicloroquina y sulfasalazina, como monoterapia o en combinación. En cuadros graves se han empleado inhibidores del factor de necrosis tumoral o inhibidores de interleucina 6.

Conclusiones: Las manifestaciones reumatológicas en un paciente oncológico requieren una adecuada semiología y conocimiento tanto de los síndromes paraneoplásicos como de los efectos adversos de los tratamientos oncológicos, como los IPCI. La atención multidisciplinaria, en particular entre reumatólogos y oncólogos, es indispensable para el tratamiento exitoso de acuerdo con el estado de la neoplasia y el efecto de las manifestaciones musculoesqueléticas.

Bibliografía

1. Singh N, Shahane A, Sparks J, *et al.* Immune checkpoint inhibitor-induced inflammatory arthritis current approaches to management. En:

- Weisman M, Sparks J, Dua A. Rheumatic Disease Clinics of North America. 2th ed. Philadelphia: Elsevier 2024:269-79.
2. Kostine M, Finckh A, Bingham CO, *et al.* EULAR points to consider for the diagnosis and management of rheumatic immune-related adverse events due to cancer immunotherapy with checkpoint inhibitors. *Ann Rheum Dis.* 2021;80(1):36-48.

DCC017

SARCOMA DE LA ÍNTIMA QUE SIMULA LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Enríquez-Luna, H. Delgadillo-Rodríguez, K. Del Valle-Zamora, A. Aranda-Frausto, A. Vargas-Guerrero

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El cáncer puede inducir la formación de autoanticuerpos como epifenómeno en relación con la liberación de proteínas neoantigénicas tumorales. Estos autoanticuerpos pueden aparecer muchos años antes del diagnóstico de cáncer, lo que sugiere que el proceso ocurre durante las primeras etapas de la tumorigénesis. El sarcoma de la íntima es una neoplasia maligna rara que surge de las células mesenquimales de la íntima de la pared de la arteria pulmonar y suele confundirse con tromboembolia pulmonar, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento.

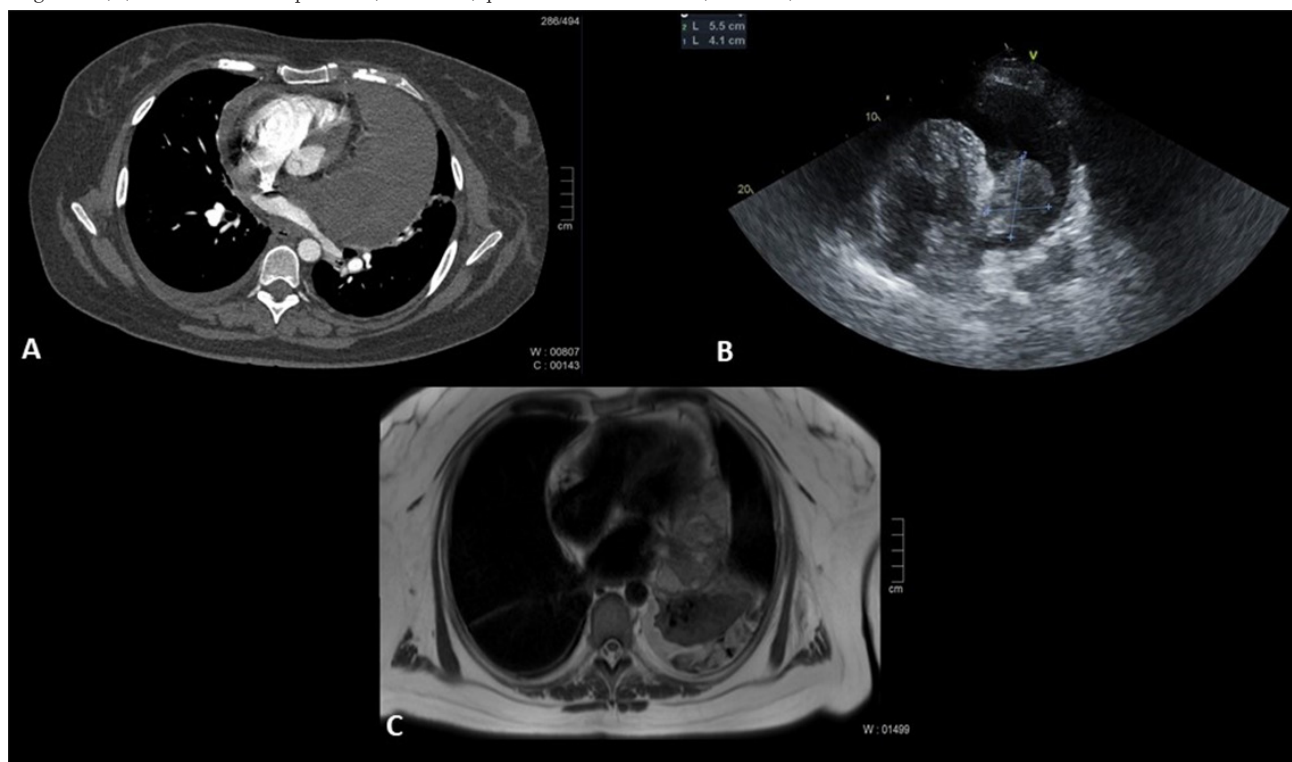
Presentación del caso: Mujer de 42 años con obesidad. Inició en mayo de 2024 con disnea de inicio súbito, por lo que se diagnosticó tromboembolia pulmonar (tronco de la arteria pulmonar derecha) y egresó con rivaroxabán. Dos semanas después ingresó a esta institución por derrame pleural bilateral y pericárdico que se trató con ventana pericárdica y sonda endopleural. Destacaban hipocomplementemia, antinucleares, anti-DNA y anticardiolipina IgG (42 UI) positivos; anticoagulante lúpico positivo, pero bajo efecto residual del rivaroxabán. Se diagnosticó lupus eritematoso

sistémico (LES) y se egresó con glucocorticoides e hidroxicloroquina. Dos meses después reingresó por disnea y dolor pleurítico. La angiogramografía reveló derrames pericárdico y pleural. El ecocardiograma indicó pseudotumor inflamatorio. La resonancia magnética reconoció pseudotumor a nivel del segmento anterior del lóbulo superior derecho de contenido heterogéneo, como se observa en la **Figura 1**. Destacan en la analítica anticuerpos anti-DNA, anticardiolipina IgG y anticoagulante lúpico negativos y complemento normal. Debido a la evolución clínica y serológica, así como los hallazgos de gabinete, se sospechó diagnóstico diferencial. Se realizó videotoracoscopía con lobectomía superior con informe histopatológico de sarcoma de la íntima de la arteria pulmonar.

Discusión: Los autoanticuerpos habitualmente se han vinculado con enfermedades reumatológicas autoinmunitarias; sin embargo, se han informado autoanticuerpos de forma transitoria en sueros de pacientes con cáncer como epifenómeno. La inmunogenicidad de las células tumorales podría inducir la producción de una variedad de autoanticuerpos como anti-DNAs, anti-Sm, anti-DNAc, anti-DNAcs, antihistona, anti-Ro, anti-La, etc. Ante un contexto clínico consistente y en presencia de autoanticuerpos positivos pueden determinarse diagnósticos erróneos de enfermedades reumatológicas; es indispensable estar alerta y reevaluar los casos ante cambios inesperados en la evolución. En este caso, una mujer en edad fértil con serositis y tromboembolia pulmonar, perfil de autoanticuerpos positivos e hipocomplementemia llevaron al diagnóstico de LES. El sarcoma de la íntima suele confundirse con tromboembolismo pulmonar y retrasar el diagnóstico, que por sí mismo tiene una media de supervivencia de 11 meses. Debe sospecharse esta alteración ante la presencia de tromboembolismo pulmonar en un paciente sin factores de riesgo cardiovascular y persistencia de síntomas respiratorios pese a un tratamiento óptimo. Hasta el momento no hay informes publicados de la presencia de autoanticuerpos en este tipo de tumor.

Conclusiones: El sarcoma de la íntima es una neoplasia maligna rara que erróneamente suele diagnosticarse como tromboembolismo pulmonar. El rápido deterioro clínico, la pobre respuesta al tratamiento y una inesperada evolución de los estudios inmunológicos deben alertar sobre el diagnóstico diferencial. Si bien en esta entidad no hay notificaciones previas del

Figura 1. (A) Angio-TAC que muestra derrame pericárdico ligeramente hiperdenso indicativo de contenido subhemático con predominio en la pared libre de la aurícula y ventrículos izquierdos. (B) Ecocardiograma transtorácico que revela lesión heterogénea hiperecoica adherida a pericardio lateral de bordes irregulares. (C) RMN de corazón perfusión, corte axial, que muestra pseudotumor. (DCC017)



conocimiento de los autores de autoanticuerpos positivos, hay múltiples evidencias de estos fenómenos en otras neoplasias malignas.

Bibliografía

1. Vlagea A, Falaganb S, Gutiérrez G, *et al.* Antinuclear antibodies and cancer: a literature review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2018;127:42-49.
2. Assi T, Kattan J, Rassy E, *et al.* A comprehensive review on the diagnosis and management of intimal sarcoma of the pulmonary artery. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2020;147:1-8.

DCC018

DISFUNCIÓN AUTÓNOMICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE VASCULITIS ANCA POSITIVA (POLIANGÉITIS MICROCÓPICA). REPORTE DE CASO

B. Vereza-Martínez, R. Morán, V.M. Rosales-Don Pablo, F. Irazoque-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La poliangeitis microscópica es una vasculitis no granulomatosa necrosante de pequeños vasos, con afectación principal de pulmones y riñones en un 60% y 80%, respectivamente. Las manifestaciones neurológicas son poco frecuentes (< 10%); la disfunción autonómica puede presentar una amplia variedad de síntomas (ortostáticos, vasomotores, secretomotores, gastrointestinales y disfunción vesical). Se presenta el caso de un hombre que inició con síntomas de disfunción autonómica como primera manifestación de vasculitis positiva a ANCA.

Presentación del caso: Hombre de 52 años, originario y residente de Oaxaca de Juárez, sin antecedentes de importancia. Inició en marzo 2024 con un primer episodio de síncope y caída de su propia altura, acompañado de disnea, diaforesis y pérdida de control de esfínteres, sin pérdida del estado de alerta; lo anterior se repitió en mayo y junio y lo valoró un médico privado quien diagnosticó epilepsia e indicó levetiracetam (500 mg/12 h). Se agregó malestar general, pérdida de peso de 5 kg en dos meses, por lo que ingresa con anemia grave, proteinuria y deterioro de la función renal (creatinina, 4 mg/dL); se realiza transfusión de 3 concentrados eritrocitarios y se instituye tratamiento de sustitución renal. Biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa extracapilar difusa pauciinmunitaria, con lesiones necrosantes fibrinoides segmentarias (glomerulonefritis relacionada con P-ANCA MPO clase crescéntica), inmunofluorescencia IgG e IgA negativos, C3c positivo con patrón granular, focal y segmentario en mesangio (**Figura 1**). Serología positiva para vasculitis ANCA. Se indicó tratamiento de inducción a la remisión con ciclofosfamida. En agosto sufre episodio de síncope y persistencia de proteinuria; se la envía a este hospital. Se realizó abordaje de manifestaciones neurológicas con TAC de cráneo, ANGIORMN y electroencefalograma normales, y se calcula una puntuación de 4 puntos en la escala de ESGSYS por antecedente de palpitations o disnea, síncope en posición supina o al esfuerzo y signos neurovegetativos durante la fase de recuperación, por lo que se integra diagnóstico de síncope vasovagal. Se suspende el tratamiento antimicrobiano, se inicia fármaco biológico con anti-CD20 y se continúa esquema de ciclofosfamida con mejoría clínica y de la función renal.

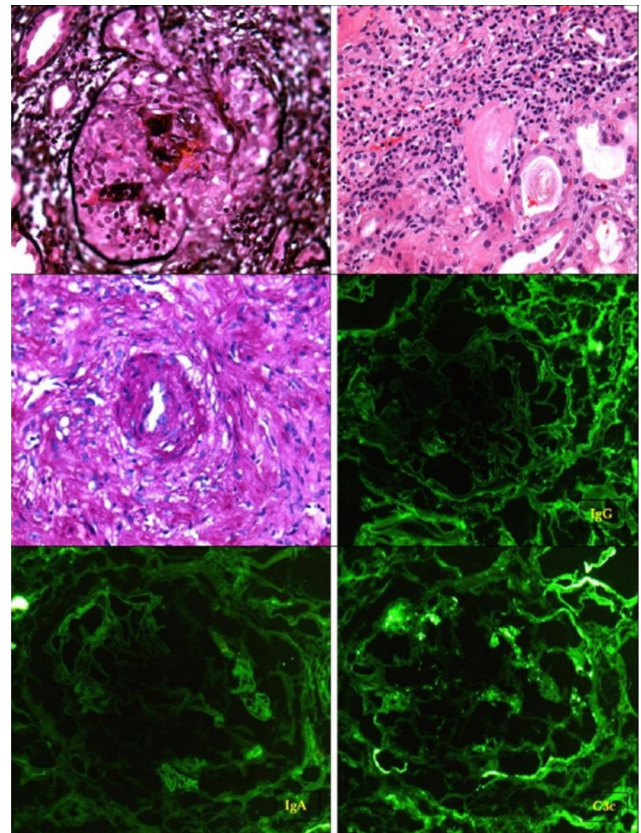
Discusión: El deterioro de la función del sistema nervioso autónomo se ha descrito en enfermedades autoinmunitarias; en las vasculitis existen informes escasos de esta afección. Dos estudios de cohorte publican una mayor frecuencia de síntomas autonómicos en pacientes con vasculitis en comparación con controles sanos. Este paciente experimentó episodios de síncope vasovagal relacionados con diaforesis, palpitations y síntomas de disfunción vesical antes de la afectación renal; esto sugiere que la disfunción autonómica puede ser una manifestación subestimada en estas enfermedades.

Conclusiones: Si bien la participación de las partes somáticas del sistema nervioso en las vasculitis sistémicas está bien descrita, se sabe poco sobre la participación de las partes autónomas del sistema nervioso. La disfunción autonómica es una manifestación importante en vasculitis sistémicas y su reconocimiento temprano es fundamental para optimizar el control clínico y prevenir complicaciones.

Bibliografía

1. Kitching AR, Anders HJ, Basu N *et al.* ANCA-associated vasculitis. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(71). <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0204-y>
2. Ross C, Makhzoum JP, Pagnoux C. Updates in ANCA-associated vasculitis. *Eur J Rheumatol*. 2022;9(3):153-166.
3. Wludarczyk A, Domagalik A, Biedron G, *et al.* Functional magnetic resonance imaging for the assessment of autonomic dysfunction in patients with antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitides. *Pol Arch Intern Med*. 2023;133(12):16533. doi:10.20452/pamw.16533.
4. Moog P, Eren O, Witt M, *et al.* Assessment of autonomic function in a cohort of patients with ANCA-associated vasculitis. *Clin Auton Res*. 2016;26:279-285. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s10286-016-0364-8>.
5. Blech B, Meyer M, Goodman B, *et al.* Vasculitis presenting as autonomic failure. *Neurologist*. 2021;26(4):117-121. Published 2021 Jul 6. doi:10.1097/NRL.0000000000000327.

Figura 1. Biopsia renal. Glomerulonefritis proliferativa extracapilar difusa de tipo pauciinmunitaria, con lesiones necrosantes fibrinoides segmentarias (glomerulonefritis relacionada con P-ANCA MPO clase crescéntica), inmunofluorescencia IgG e IgA negativo, C3c positivo con patrón granular, focal y segmentario en mesangio. (DCC018)



DCC019

ASOCIACIÓN DE LUPUS, DERMATOMIOSITIS Y NEFROPATÍA MEMBRANOSA PRIMARIA

C. Nieves-Martínez, G. Torres-González, M.A. Villeda-Aguilar, L. Andrade-Ortega, F. Irazoque-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La relación de glomerulopatía primaria y miopatía inflamatoria idiopática es poco frecuente, según lo notificado en las publicaciones médicas; si además se identifica evidencia de lupus eritematoso resulta mucho menos frecuente.

Presentación del caso: Paciente masculino de 59 años con antecedente de dermatomiositis (TIF-1 γ) en 2019 tratado con micofenolato, tacrolimus y dosis variables de prednisona con buena respuesta clínica de afectación muscular, aunque escasa cutánea.

Se lo envía a este hospital en noviembre de 2022 por persistencia de actividad dermatológica; se realizó biopsia de piel que halló dermatitis de interfaz, cambios de atrofia, inflamación perivascular escasa, consistentes con dermatomiositis. Se indica tratamiento con anti-CD20, inmunoglobulina y ciclosporina A, sin producir mejoría.

En julio de 2024 se observa disminución súbita de la agudeza visual bilateral e hipoacusia bilateral. Cursó hospitalización para protocolo de estudio con los siguientes hallazgos: neuritis óptica atípica bilateral y afectación neurosensorial por estudios de neuroimagen, potenciales evocados visuales y audiometría, respectivamente. Se reconoció deterioro de la función renal (creatinina 12,1 mg/dL), hipocomplementemia, leucolinfopenia y presencia de ANA+ (1:640 homogéneo difuso) y DNAdc+. Se realizó biopsia renal que identifica glomerulonefritis membranosa primaria C1q negativa e IgG, IgM e IgA positiva. Se instituye tratamiento con pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida, fármaco biológico con antiCD20, plasmaféresis, inmunoglobulina humana, tratamiento sustitutivo renal por criterios de urgencia dialítica, y se consigue mejoría parcial de la función renal, agudeza visual y auditiva (Figuras 1 a 4).

Figura 1. (A) Inmunofluorescencia con patrón granular positivo en pared glomerular. (B) Inmunohistoquímica global granular positiva para anti-PLA2R en membrana basal de las paredes de capilares glomerulares. Otros hallazgos: proliferación extracápsular con semilunas fibrocelulares y nefritis tubulointersticial activa. (DCC019)

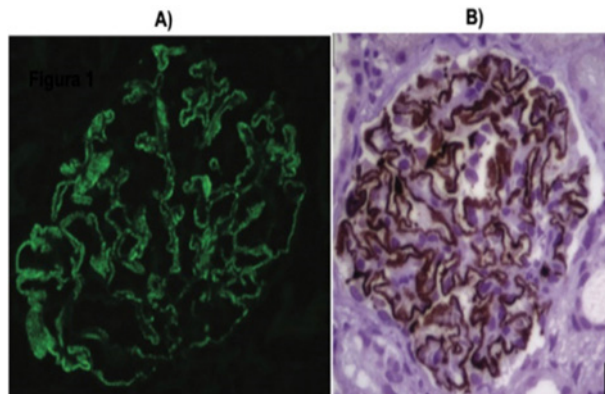


Figura 2. Neuritis óptica bilateral; hiperintensidad central en el nervio óptico bilateral en el segmento intraorbitario e intracanalicular (T2). (DCC019)

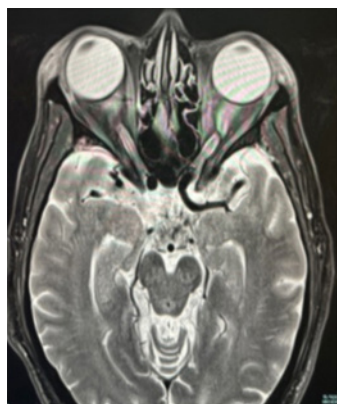


Figura 3. Disfunción grave de la vía visual de tipo axonal con predominio del lado derecho. (DCC019)

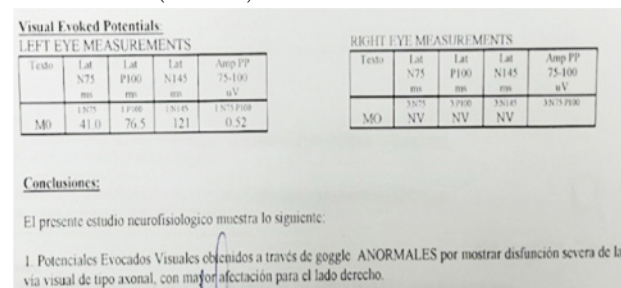
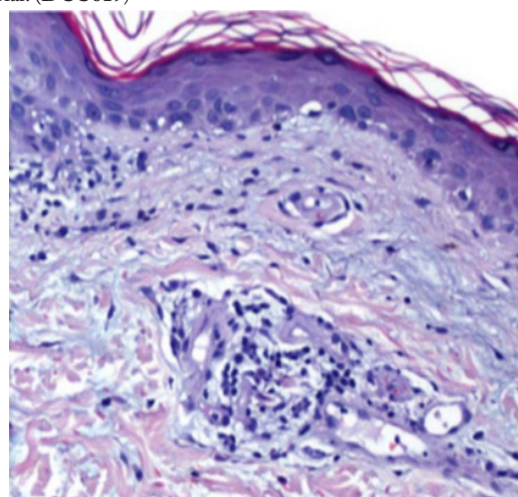


Figura 4. Adelgazamiento epidérmico e infiltrado inflamatorio vascular superficial linfocítico, así como dermatitis de interfaz con degeneración vacuolar. (DCC019)



Discusión: En fecha reciente, Couvrat-Desvergnés *et al.* realizaron un estudio retrospectivo en el que participaron 150 pacientes con miopatías inflamatorias, incluida la DM, con un periodo de seguimiento de 4,1 años, y demostraron que la afectación renal estaba presente en 35 pacientes (23,3%), categorizados en lesión renal aguda (n = 16) y enfermedad renal crónica (ERC) (n = 31); 14 de estos pacientes fueron objeto de biopsia renal, que reveló glomerulonefritis con varios patrones patológicos, incluida la glomerulonefritis mediada por complejos inmunitarios (n = 4), nefropatía membranosa (n = 2) y nefropatía por IgA (n = 2).

Los pacientes con miositis pueden desarrollar simultáneamente afectación glomerular con aparición de hematuria, proteinuria y deterioro de la filtración glomerular. La histopatología muestra una variabilidad de patrones, lo que refleja la activación de la inmunidad humoral o celular, como sucede en las biopsias musculares.

Conclusiones: En pacientes con miositis se ha descrito nefropatía membranosa proliferativa mesangial en los casos de polimiositis, mientras que los casos de dermatomiositis se vinculan con nefropatía membranosa. Esto traduce la importancia de un control cuidadoso de la función renal y proteinuria en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas, sobre todo en los casos en los que se inicia tratamiento inmunosupresor. Sin duda, si a esta relación se añade el diagnóstico de lupus eritematoso, resulta aún más difícil encontrar datos publicados.

Bibliografía

- Couvrat-Desvergnés G, Masseur A, Benveniste O, *et al.* The spectrum of renal involvement in patients with inflammatory myopathies. *Medicine* (Baltimore). 2014 Jan;93(1):33-41. doi: 10.1097/MD.0000000000000015. PMID: 24378741; PMCID: PMC4616328.
- Cucchiari D, Angelini C. Renal involvement in idiopathic inflammatory myopathies. *Clinic Rev Allerg Immunol*. 2017;52:99-107.

DCC020

NEUROPATÍA PERIFÉRICA QUE SE DUERME, SE LA LLEVA LA CORRIENTE: CASO ATÍPICO DE VASCULITIS DE CÉLULAS GIGANTES

M. Arroyo-Machiavelo, A. Díaz-Borjón

Hospital Ángeles Lomas

Introducción: La vasculitis de grandes vasos es la vasculitis idiopática sistémica más común. Es una vasculitis de grandes y medianos vasos, cuyas manifestaciones clínicas son secundarias a la inflamación vascular de arterias extracraneales y arterias de gran calibre; esto ocasiona desde cefalea hasta isquemia de extremidades o cerebral. El diagnóstico es histopatológico o imagenológico y se debe iniciar tratamiento con glucocorticoides lo antes posible para evitar complicaciones.

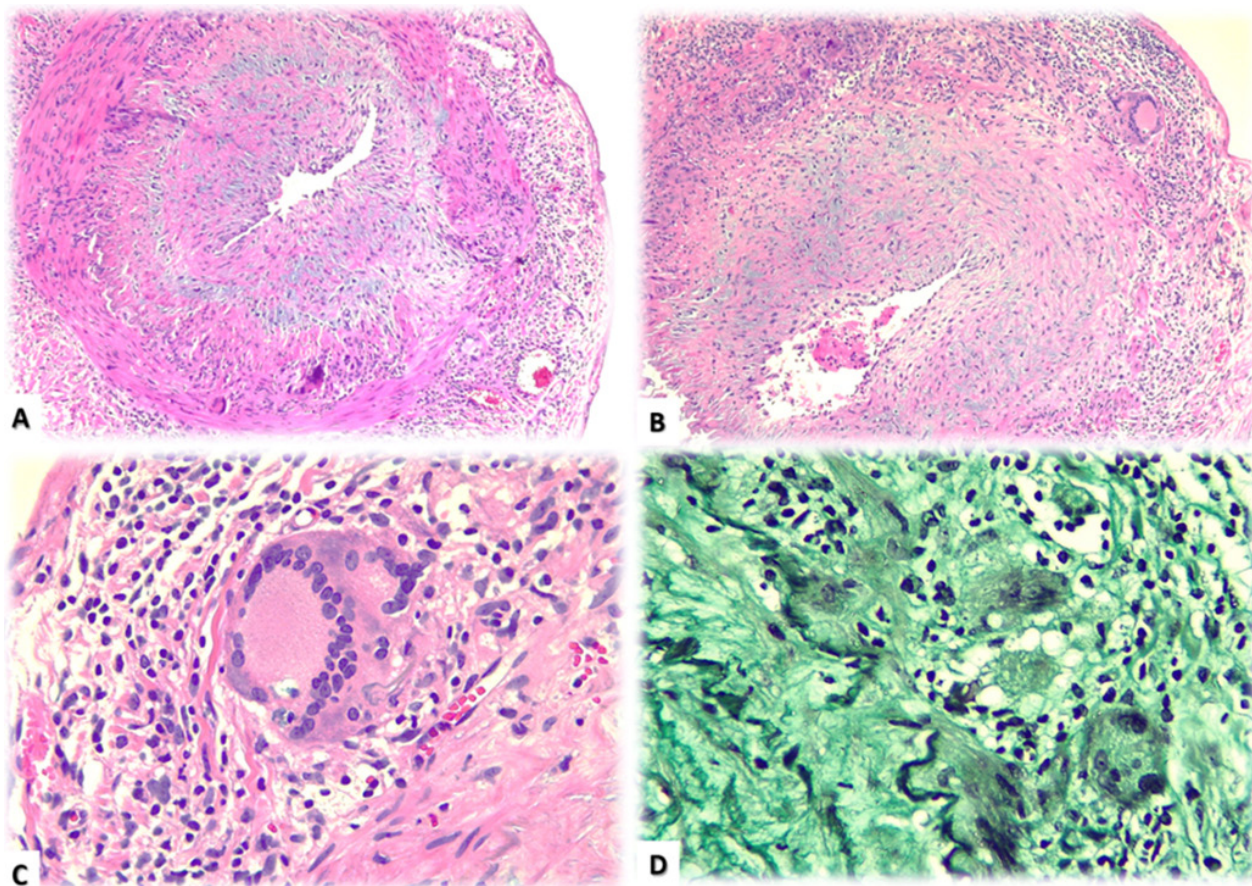
Presentación del caso: Paciente femenina de 74 años que sufre polineuropatía sensitivomotora distal en extremidades inferiores, con ligera disminución de la fuerza y alodinia. Los estudios de laboratorio indican elevación significativa de reactantes de fase aguda, anticuerpos antinucleares y ANCA negativos; y velocidades de conducción nerviosa que confirman polineuropatía sensitivo-motora asimétrica. Un mes después, la paciente tiene un abultamiento sobre la sien derecha, con ligero dolor. Se solicita USG de arteria temporal que muestra datos indicativos de arteritis de células gigantes, lo cual se confirma con biopsia. La TEP-TC no revela signos de enfermedad metastásica y sí datos de vasculitis del cayado aórtico, aorta abdominal y troncos supraaórticos. Se inició tratamiento con tocilizumab y hoy en día la paciente se encuentra en remisión.

Discusión: La vasculitis de células gigantes, antes conocida como arteritis temporal, es una vasculitis de grandes y medianos vasos. Es la vasculitis idiopática sistémica más común y 80% de los pacientes es mayor de 70 años. Sus manifestaciones clínicas principales son síndrome constitucional, cefalea, claudicación mandibular y amaurosis fugaz, mientras que 40% a 50% desarrollan polimialgia reumática de forma concomitante. Asimismo, la manifestación neurológica más frecuente es la enfermedad vascular cerebral isquémica de predominio vertebrobasilar, la cual se presenta en 1% a 7% de los pacientes. A pesar de que es la neuropatía más relacionada con vasculitis de células gigantes, en este caso se trata de una neuropatía asimétrica sensitivomotora de extremidades inferiores, lo que supone un reto diagnóstico; en consecuencia, debe sospecharse en pacientes mayores con elevación de reactantes de fase aguda. El diagnóstico es histopatológico, con infiltrado inflamatorio transmural y predominio de linfocitos y macrófagos; tan solo el 75% de los casos tiene las células gigantes, las cuales son anillos concéntricos conformados por una banda gruesa de infiltrado inflamatorio que rodea la lámina elástica externa y un infiltrado inflamatorio delgado sobre la lámina elástica interna, con integridad de la media (**Figura 1**). Se recomienda la TEP-TC 18FDG para evaluar los vasos gigantes que pueden afectarse.

El tratamiento inicial incluye prednisona a dosis altas, mientras que en los pacientes con factores de riesgo para complicaciones por uso crónico de esteroides se recomienda la adición de tocilizumab.

Conclusiones: La neuropatía periférica sensitivomotora es una manifestación muy poco frecuente de la vasculitis de células gigantes; sin embargo, debe sospecharse en enfermos con cuadro clínico indicativo, mayores de 70 años y elevación de reactantes de fase aguda. La finalidad es establecer un diagnóstico certero y temprano para evitar complicaciones incapacitantes y letales.

Figura 1. (A y B) Engrosamiento de la lámina elástica externa e interna con rotura de la lámina media. (C) Célula gigante con infiltrado inflamatorio. (D) Destrucción de la lámina media. (DCC020)



Bibliografía

1. Ciofalo A, Gulotta G, Iannella G, *et al.* Giant cell arteritis (GCA): pathogenesis, clinical aspects and treatment approaches. *Curr Rheumatol Rev.* 2019;15(4):259-268.
2. Rebello A, Joshi P. Giant-cell arteritis. *N Engl J Med.* 2022 Oct 13;387(15): c36.
3. Soulages A, Sibon I, Vallat JM, *et al.* Neurologic manifestations of giant cell arteritis. *J Neurol.* 2022 Jul;269(7):3430-3442.

DCC021**SI EL RÍO SUENA ES PORQUE AGUA LLEVA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE AxPsA**

M. Arroyo-Machiavelo, A. Díaz-Borjón

Hospital Angeles Lomas

Introducción: La artritis psoriásica es una enfermedad autoinflamatoria y con características heterogéneas, desde signos oculares hasta compromiso del esqueleto axial. Sin embargo, en cuanto a la espondiloartropatía psoriásica, el diagnóstico clínico e imagenológico se ha guiado por sugerencias de grupos internacionales. Pese a ello, no existe un consenso sobre la definición o herramientas de tamizaje. Asimismo, el tratamiento de entidades similares, como la espondilitis anquilosante, no considera características singulares de la espondiloartropatía psoriásica, lo cual plantea un desafío diagnóstico y terapéutico.

Presentación del caso: Paciente masculino de 55 años referido por dolor lumbar y periférico, oligoarticular, asimétrico y con características inflamatorias, acompañado de entesitis rotuliana y aquilea. Cuenta con antecedente de uveítis anterior, sin secuelas, y psoriasis en tratamiento con ixekimumab. Se registra antígeno HLA B27 negativo. Se solicitan estudios de imagen (**Figura 1**), los cuales demuestran características típicas de la espondiloartropatía psoriásica axial y por tanto se continuó el tratamiento con ixekimumab, con adecuada respuesta.

Figura 1. (A) Imagen de resonancia magnética y su reconstrucción (B) que muestra sindesmosifos marginales simétricos en forma de espina en la columna vertebral. (DCC021)



Discusión: La espondiloartropatía psoriásica es una enfermedad autoinflamatoria con un cuadro clínico heterogéneo. Sus manifestaciones principales son artritis periférica, entesitis y dactilitis, así como manifestaciones cutáneas, intestinales y oculares. Se ha notificado que 20% a 40% de los pacientes muestran manifestaciones axiales, reconocibles por dolor lumbar inflamatorio y cambios estructurales típicos, como sindesmosifos no marginales en forma de espina asimétricos, y afectación temprana de la columna cervical con fusión vertebral, con o sin sacroilitis. Es necesario aplicar tratamiento de espondiloartropatía psoriásica como FARME convencionales, inhibidores de TNF- α , e inhibidores de IL-17.

Conclusiones: La espondiloartropatía psoriásica axial es un reto diagnóstico y terapéutico que exige un tratamiento específico para esta enfermedad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y evitar la evolución estructural.

Bibliografía

1. Gladman D. Axial psoriatic arthritis. *Curr Rheumatol Rep.* 2021;23(6):23-35.
2. Poddubnyy D, Jadon D, Van den Bosch F, *et al.* Axial involvement in psoriatic arthritis: An update for rheumatologists. *Semin Arthritis Rheum.* 2021;51(4).

DCC022**GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS Y ARTERITIS DE TAKAYASU. ¿COEXISTENCIA O ENTIDAD ÚNICA?**

A.L. Flores-Cisneros, F. Juárez-Hernández, L.F. Flores-Suárez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Introducción: Con la finalidad de mejorar la nomenclatura, incluidos los aspectos histopatológicos y fisiopatogénicos, en 2012 el Consenso Internacional de Chapel Hill clasificó las vasculitis en aquellas de pequeños, medianos y grandes vasos. Se presentan dos casos de superposición de vasculitis de pequeños y grandes vasos.

Presentación de los casos:

Caso 1: Mujer de 45 años con soplo aórtico detectado en 2022. Inició en 2021 con síntomas rinosinuales, pulmonares y constitucionales, más disfonía en 2022. En julio de 2024 la valoró el servicio de otorrinolaringología en este centro y en agosto de 2024 la enviaron por sospecha de granulomatosis con poliangeítis (GPA), que se confirmó y cumplió los criterios ACR/EULAR 2022. En esa valoración se identificaron diferencia de tensión arterial en extremidades superiores, soplos y disminución de pulsos. Los estudios de imagen (**Figura 1A-B**) identificaron arteritis de Takayasu (AT), también con criterios del ACR/EULAR 2022 (tipo Numano V). Dado el compromiso renal grave (proteinuria y eritrocituria) debido a la GPA, se iniciaron PDN (según el estudio PEXIVAS) y ciclofosfamida (CFM).

Caso 2: Mujer de 36 años con antecedente de HAS y AT desde 2013. Inició en 2014 con síntomas oculares y deformidad nasal y no continuó el seguimiento entonces. En 2021 sufrió disnea, tos y estridor laríngeo; la TAC de tórax halló estenosis traqueal, confirmada por broncoscopia en 2022. Ingresó a urgencias de este centro. En virtud de la escleromalacia, nariz en silla de montar, perforación septal, estenosis bronquial, P-ANCA 1:320 y MPO-ANCA 195 U/mL, se diagnosticó GPA, que también satisfizo criterios de ACR/EULAR 2022, además de aquellos para AT con compromiso de la circulación cervical (**Figura 1C**) y abdominal (Numano V). Días después falleció por complicaciones de la vía respiratoria.

Discusión: Ambos casos cumplieron los más recientes criterios de clasificación para cada enfermedad. Si bien se ha descrito el compromiso de grandes vasos en pacientes con VAA en un 1% a 5%, la presentación clínica difiere de la de AT, ya que es más frecuente en hombres, sin predominio etario, simultáneo con el diagnóstico o en recaída de la VAA, con manifestaciones otorrinolaringológicas, de los sistemas nervioso central y periférico, y positividad para PR3-ANCA, lo cual contrasta con la presentación habitual en AT. Por ello se considera que los casos presentados constituyen la superposición de ambas alteraciones. En los dos hubo afectación considerable por ambas y en el segundo caso las manifestaciones de AT precedieron claramente a las de GPA, con mayor

Figura 1. Angiotomografía de los troncos supraaórticos y aorta abdominal. (A) Oclusión posterior a los segmentos proximales tanto de la arteria subclavia izquierda como de la carótida común ipsilateral, esta última con llenado del bulbo carotídeo y sus ramos principales a través de circulación colateral. (B) Angio-TC de la aorta abdominal: se observa amplio segmento suprarenal e infrarenal que muestra engrosamiento generalizado de la pared arterial que ocasiona disminución concéntrica de la luz. (C) Ecografía carotídea: carótida común izquierda con Doppler a color: hay evidente engrosamiento de la pared de la arteria carótida común. El área hipoecoica medida (1,3 mm) representa el compromiso de las capas media e íntima. (DCC022)



dificultad para discernir esto en el primero. Como tratamiento adicional a los glucocorticoides se ha descrito con mayor frecuencia el uso de ciclofosfamida, aunque el rituximab parece ser una opción de tratamiento para los dos trastornos, si bien la dominancia de alguno y las peculiaridades de cada caso dictan la decisión.

Conclusiones: El compromiso de los grandes vasos en las VAA, así como la superposición entre diferentes tipos de vasculitis, representa retos diagnósticos y terapéuticos. La coexistencia de dos enfermedades reconocidas como distintas implica la necesidad, en casos similares, de avanzar en estrategias que definan mejor si se trata de una o dos entidades, y de qué forma se benefician con los tratamientos actuales.

Bibliografía

1. Tariq E, Nishanth K, Arshid A, *et al.* Aortic involvement in antineutrophil cytoplasmic antibodies vasculitis, a coincidence or a real association? *Cureus.* 2020;12:e9690.
2. Monghal V, Puéchal X, Smets P, *et al.* Large-vessel involvement in ANCA-associated vasculitis: a multicenter case-control study. *Semin Arthritis Rheum.* 2024;67:152475.

DCC023

TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS COMO TRATAMIENTO PARA LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL REFRACTARIO. REPORTE DE UN CASO

A. Velázquez-Cruz, A.I. Céspedes-Cruz, A.R. Torres-Jiménez, M. Zeferino-Cruz, G.C. Cortina-Olvera

Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (Pediatría)

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmunitaria multisistémica; algunos pacientes suelen ser resistentes al tratamiento regular y comprometen su calidad de vida; el trasplante de células hematopoyéticas es una opción terapéutica en ellos. Algunos estudios refieren que la enfermedad está controlada cinco años después del trasplante en 50% de estos pacientes, incluso si se suspende la inmunosupresión. Aún hay mucho campo de investigación para mejorar las técnicas de trasplante y la supervivencia del paciente sometido a este procedimiento.

Presentación del caso: Paciente femenino de siete años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con afectación renal clase II, hematológica (trombocitopenia) y cutánea. Tiene antecedente de diagnóstico de

inmunodeficiencia en junio de 2019 (deficiencia de anticuerpos antineumococo, deficiencia de CD19 y NK, hipogammaglobulinemia). Inició a los dos años con fiebre intermitente, síndrome nefrótico, eritema malar y lesiones vasculíticas en manos. La valora el servicio de reumatología pediátrica en julio de 2019 y se encuentra positividad a anti-DNA, anti-Smith, anti-SSA, con consumo de complemento y una biopsia renal que indica nefritis lúpica de clase II. Se diagnostica lupus eritematoso sistémico con afectación renal y cutánea (EULAR/ACR 2019: 26 puntos) y recibe ciclofosfamida y pulsos de metilprednisolona tras el diagnóstico. Durante el seguimiento, en relación con descenso de esteroide, muestra cuadros recurrentes de lupus pernio en pabellones auriculares, mejillas, manos y pies (**Figura 1**), un episodio de trombocitopenia, consumo de complemento y persistencia de positividad de anticuerpos. Requiere diversos ajustes de tratamiento entre julio de 2019 y noviembre de 2023 con pulsos de metilprednisolona (cinco ocasiones), prednisona (1 mg/kg), ciclofosfamida (seis dosis mensuales), micofenolato, *multitarget* con micofenolato-ciclosporina, inmunoglobulina y rituximab (tres veces, la última con reacción alérgica grave). Ante resistencia al tratamiento y vinculación con inmunodeficiencia se consideró apta para trasplante de células hematopoyéticas, el cual se realizó en diciembre de 2023 de tipo alogénico (donador padre), con lo que consiguió control del lupus eritematoso sistémico, normalización de complemento, disminución y negativización de anticuerpos (**Figura 1**, gráficas A a E) y se retiró el esteroide. Actualmente se halla en tratamiento con ciclosporina (50 mg/12 h), sin complicaciones.

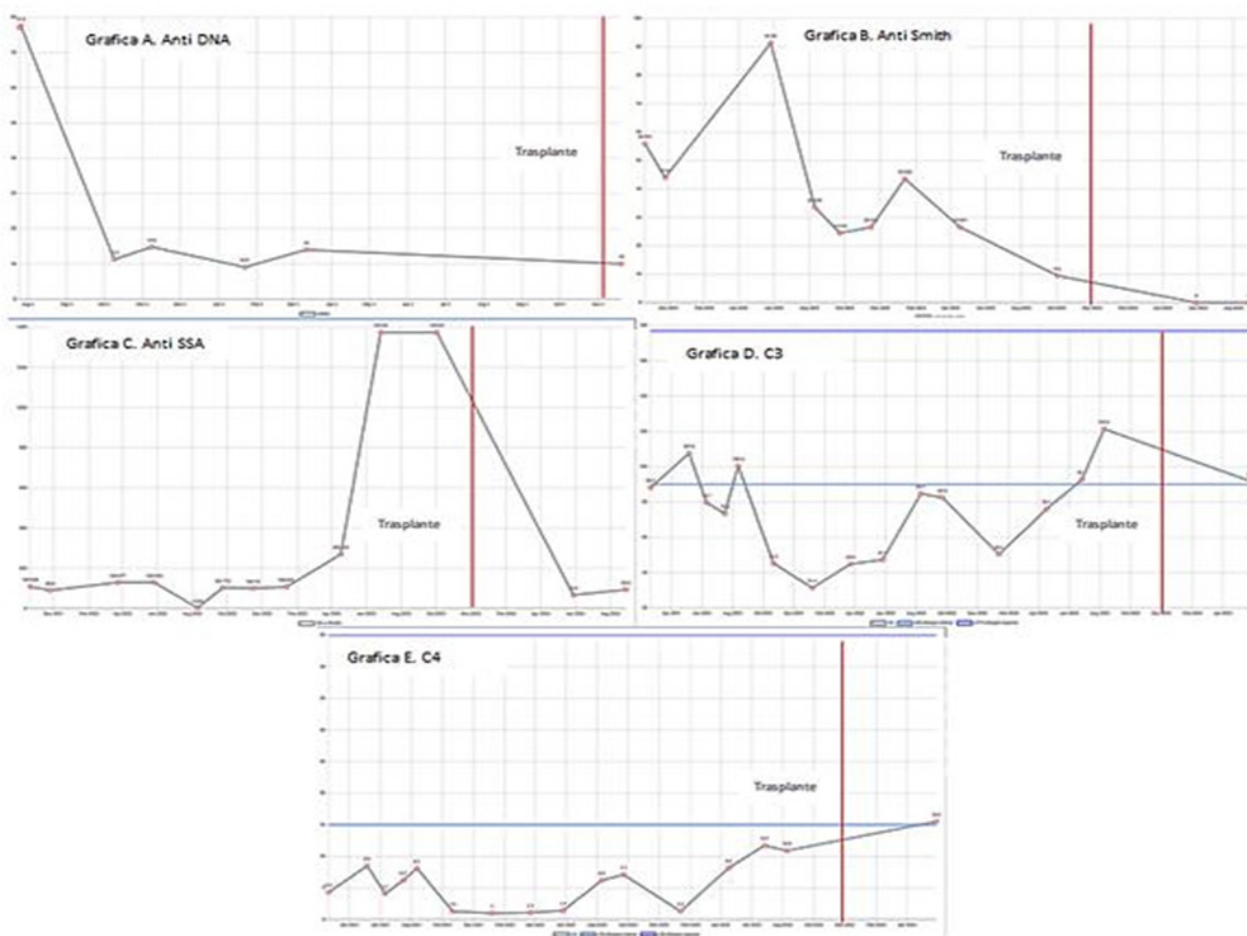
Discusión: El lupus eritematoso sistémico juvenil tiene manifestaciones clínicas graves y de difícil control, sobre todo si se acompaña de inmunodeficiencia primaria como en el caso de esta paciente, la cual opuso refractariedad a los tratamientos convencionales y se afectó su calidad de vida, por lo que se consideró elegible para el trasplante de células hematopoyéticas debido a la mala respuesta al tratamiento y, según lo informado en las publicaciones médicas, se decidió practicar el trasplante alogénico por la relación con inmunodeficiencia primaria. Luego del trasplante se logró disminuir el inmunosupresor, retirar la prednisona y un adecuado control de la enfermedad con disminución del SLEDAI, similar a lo informado en los artículos revisados. Se espera que la evolución de esta paciente sea buena, ya que se ha publicado una supervivencia a cinco años sin enfermedad activa de 50% a 81%, incluso sin uso de inmunosupresor. En la actualidad, el trasplante de células hematopoyéticas es una opción terapéutica para el control del lupus refractario, aunque aún hay un amplio campo de investigación en esta área para mejorar las técnicas de trasplante y el pronóstico de supervivencia de los pacientes.

Conclusiones: El trasplante de células hematopoyéticas es una opción de tratamiento para el lupus eritematoso sistémico juvenil refractario en pacientes seleccionados y en caso del éxito del trasplante el paciente tiene una excelente sobrevida sin actividad de la enfermedad.

Figura 1. Lesiones por lupus pernicio en manos, pies, brazo y mejilla. Gráficas antes y después del trasplante. A, anti-DNA; B, anti-Smith; C, anti-SSA; D, C3; E, C4. (DCC023)



Figura 1. Lesiones por Lupus pernicio en manos, pies, brazo y mejilla



Bibliografía

1. Leone A, Radin M, Almarzooqi AM, *et al.* Autologous hematopoietic stem cell transplantation in systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome: A systematic review. *Autoimmun Rev* [Internet]. 2017;16(5):469-77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.autrev.2017.03.008>
2. Alexander T, Arnold R, Hiepe F. Autologe hämatopoetische stammzell transplantation bei systemischem lupus erythematoses. *Z Rheumatol* [Internet]. 2016;75(8):770-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00393-016-0190-3>
3. Dao LTM, Vu TT, Nguyen QT, *et al.* Current cell therapies for sys-

- temic lupus erythematosus. *Stem Cells Transl Med* [Internet]. 2024;13(9):859-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/stcltm/szac044>
4. Chan SCW, Lau CS. Systemic lupus erythematosus and immunodeficiency. *Rheumatol Immunol Res* [Internet]. 2021;2(3):131-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2478/rii-2021-0019>
5. Wang Q, Qian S, Li J, *et al.* Combined transplantation of autologous hematopoietic stem cells and allogenic mesenchymal stem cells increases T regulatory cells in systemic lupus erythematosus with refractory lupus nephritis and leukopenia. *Lupus* [Internet]. 2015;24(11):1221-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0961203315583541>.

DCC024

COROIDOPATÍA LÚPICA. REPORTE DE CASO DE UNA ACTIVIDAD INFRECUENTE Y RARA EN PACIENTES CON LUPUS

W. Muñoz-Castañeda, A. González-Pineda, G. Medina-Montaño
Hospital Médica Sur

Introducción: El lupus eritematoso generalizado (LEG) se caracteriza por múltiples manifestaciones sistémicas; entre ellas, la afectación ocular abarca 3% a 29%. Dentro de las manifestaciones oftalmológicas se encuentran la queratoconjuntivitis seca, uveítis, retinopatía y, aunque menos descrita, la coroidopatía lúpica (CL). La CL es una enfermedad ocular inflamatoria rara vinculada con el depósito de inmunocomplejos en la coroides, y puede manifestarse con síntomas agudos o subagudos; los síntomas habituales de la CL son disminución de la agudeza visual, ojo rojo y dolor ocular. Se presenta el caso de una mujer joven con coroidopatía lúpica refractaria a múltiples tratamientos convencionales, incluido el recambio plasmático, que experimentó mejoría con un nuevo tratamiento biológico.

Presentación del caso: Mujer de 38 años con antecedente de síndrome antifosfolípidos, deficiencia de proteína C y S, síndrome de Sjögren secundario y lupus (LEG) con afectación cutánea, articular y neurológica. Inició con disminución de la agudeza visual súbita, poliartritis, eritema malar, caída de cabello y fiebre. Exploración física: campos visuales por confrontación y disminución en la región temporal de forma bilateral de predominio izquierdo, ojo rojo doloroso bilateral acompañado de epifora, eritema malar, adenopatías cervicales y poliartritis. Estudios de laboratorio: anemia linfógena e hipocomplementemia (C3 y C4); la fluoroangiografía reveló desprendimiento de retina seroso macular derecho y coroidopatía lúpica bilateral. En la hospitalización se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona (3), anti-VEGF intravítreo, recambio plasmático, inmunoglobulina IV y rituximab, con mejoría de los síntomas. Tres meses después sufrió recaída de la coroidopatía clínica e imagenológica (**Figuras 1 y 2**) y se administraron pulsos de metilprednisolona (3) e infusión de anifrolumab, con mejoría de los síntomas. Después de seis meses se encuentra con seguimiento mensual y mejoría de agudeza visual y reintegración completa a las actividades básicas de la vida diaria.

Figura 1. Ojo derecho con signos de coroidopatía. (DCC024)



Figura 2. Ojo izquierdo con datos de coroidopatía. (DCC024)



Discusión: Este caso representa una manifestación rara del LEG. Los primeros informes que incluyeron la coroides como órgano blanco se publicaron por primera vez en 1968 y desde entonces se han comunicado 46 casos de cardiopatía lúpica, de los cuales el 68% tuvo afectación bilateral; esta suele cursar con desprendimiento multifocal exudativo del epitelio pigmentario retinal y causar disminución de la agudeza visual (pérdida de la visión de 80% y neovascularización en 40%). La coroidopatía lúpica se ha descrito con mayor frecuencia en mujeres (89%) con LEG activo vinculado con nefritis, de las cuales el 50% alcanzó el control con tratamiento para la actividad lúpica. En el 80,4% de los casos se ha observado mejoría o resolución completa del desprendimiento seroso tras el tratamiento con esteroide sistémico e inmunosupresores. No obstante, un caso informó el uso de PLEX con esteroides sistémicos y regresión casi completa del desprendimiento exudativo retiniano y mejoría de la agudeza visual en un mes. Actualmente no se han publicado casos en los que se instituyera tratamiento biológico (anifrolumab) en pacientes con coroidopatía lúpica no tratada o resistente.

Conclusiones: Este caso destaca la importancia de considerar la coroidopatía lúpica como una manifestación rara y grave en pacientes con lupus. De igual forma, señala la relevancia de una evaluación oftalmológica completa en pacientes con LEG. Con este caso se demuestra que el tratamiento con anifrolumab en pacientes con coroidopatía lúpica puede considerarse una modalidad segura y relativamente efectiva.

Bibliografía

1. Gharbiya M, Bozzoni-Pantaleoni F, *et al.* Indocyanine green angiographic findings in systemic lupus erythematosus choroidopathy. *American Journal of Ophthalmology.* 2002 Aug;134(2):286-90.
2. Zhang X, Zhao L, Ji L, *et al.* Choroidopathy in systemic lupus erythematosus: Report of two cases with literature review. *Journal of Clinical Images and Medical Case Reports.* 2022 Jul 21;3(7).

DCC025

ARTERITIS DE TAKAYASU EN UNA PACIENTE LACTANTE DE SIETE MESES: UN CASO INUSUAL EN LA PRIMERA INFANCIA

S. Pablo-Franco

Universidad de las Américas, Puebla

Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis crónica e inflamatoria que afecta sobre todo a arterias de mediano y grueso calibres, en especial el cayado aórtico y sus ramas. Si bien se sospecha que esta enfermedad se origina por mecanismos inmunopatógenos, aún no se logra entender por completo su patogenia. En etapas tempranas pueden presentarse fiebre, mialgias, pérdida de peso y anorexia, e incluso identificar al final signos de insuficiencia arterial, como hipertensión por estenosis renovascular, claudicación de extremidades superiores y alteraciones neurológicas. Se describe el caso de una paciente de siete meses de edad que inicia con arteritis de Takayasu.

Presentación del caso: Se trata de una lactante femenina de siete meses de edad que se hospitaliza en noviembre del 2018 durante siete días por cuadro de deshidratación y anemia (Hb 7). Durante el internamiento se realizan transfusión de 1 concentrado eritrocitario sin complicaciones y abordaje diagnóstico. La radiografía de tórax y el ecocardiograma señalan cardiomegalia y dilatación de arterias coronarias (**Figura 1**), por lo que a las dos semanas se efectúa una angiografía y angiotomografía que indican arteritis de Takayasu de grandes vasos.

Además, sufre hipertensión arterial, por lo que se decide su reingreso con las siguientes condiciones:

Signos vitales: FC 166 lpm, FR 26 rpm, TA 104/86 mm Hg, TAM 90 mmHg, temperatura 36.3°C, saturación 94%.

Tensiones arteriales de las cuatro extremidades: superior derecha 104/86 (90), superior izquierda 123/83 (93), inferior derecha 90/54 (58), inferior izquierda 107/94 (97).

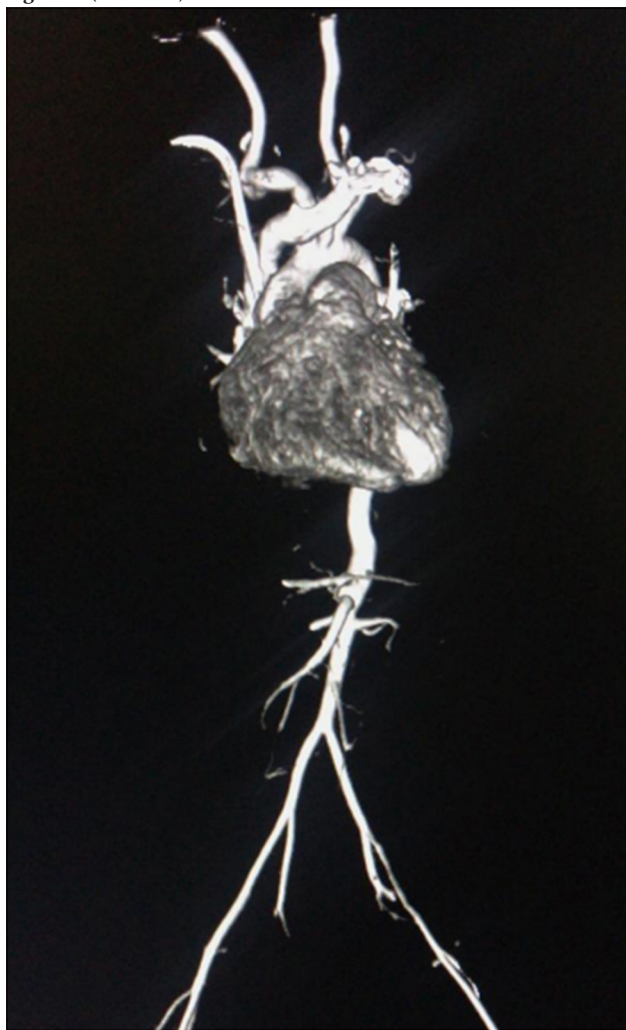
Se inicia control antihipertensivo con hidralazina y amlodipina antes de la valoración médica.

Durante su hospitalización muestra cuadros de emesis y distensión abdominal resistentes al tratamiento médico, por lo que se solicita laparotomía

exploratoria con resección de anastomosis enteroenteral. En esta se encuentra hernia interna mesentérica y malrotación intestinal 3 C, con estenosis adquirida a 20 cm del ángulo de Treitz. A continuación, la paciente ingresa a la unidad de terapia intensiva pediátrica donde pasa 38 días, con interrupción del crecimiento y pérdida de 1,6 kg.

De modo inicial se trata la vasculitis con prednisona, gammaglobulina e infliximab, este último suspendido después de la segunda dosis debido a reacción alérgica. Después se cambia a ciclos quincenales de ciclofosfamida por seis meses y al concluir el esquema se realiza una nueva angiografía que muestra lesión coronaria izquierda con dilatación y sin ectasia. Durante este periodo no sufre alteraciones en hitos del neurodesarrollo y continúa con ganancia de peso de 5,9 kg a 6,3 kg. Se inicia tocilizumab (3 dosis quincenales seguidas por 16 dosis mensuales).

Figura 1. (DCC025)



Discusión: Si bien esta afección es más prevalente en adolescentes y mujeres jóvenes, la paciente de este caso tuvo un inicio inusualmente temprano. Además, su atención fue particularmente compleja debido a la presentación de complicaciones gastrointestinales que requirieron control quirúrgico y reacción alérgica al tratamiento biológico. Por último, el tratamiento de este caso es una ejemplificación del algoritmo terapéutico de la arteritis de Takayasu de acuerdo con los criterios de EULAR 2018, en los que se sugiere el uso de ciclofosfamida en pacientes en los que fallaron otros tratamientos o no hubo tolerancia.

Conclusiones: La arteritis de Takayasu representa un desafío diagnóstico y terapéutico, en particular en pacientes pediátricos por las posibles complicaciones y morbilidades.

Bibliografía

- Almeida F, Cid R, Moreira L, *et al.* Assessment of the role of procalcitonin in the diagnosis of bacterial infections in children with fever: a systematic review. *Cureus*. 2023;15(4). doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.42667>.
- National Center for Biotechnology Information. Acute respiratory distress syndrome. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459127/>.
- Pincus T, Sokka T, Schein J, *et al.* EULAR recommendations for the role of the rheumatologist in the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2020;79(1):1-10. doi: <https://ard.bmj.com/content/79/1/19>.

DCC026

ANEURISMAS CORONARIOS GIGANTES COMO COMPLICACIÓN DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI ASOCIADA A COVID

E.D. Minguier-Falcó¹, A. Trinidad-Vanegas², T.A. Luna-Zúñiga², D. Os-naya-Guzmán³, J.E. Ignacio-Santiago¹

⁽¹⁾Hospital Central Ignacio Morones, SLP, ⁽²⁾Hospital Ángeles San Luis Potosí,

⁽³⁾Instituto Mexicano Seguro Social, San Luis Potosí

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda de pequeño y mediano calibres autolimitada de la infancia que puede complicarse con la aparición de aneurismas coronarios e infarto agudo de miocardio, con una incidencia máxima entre los 18 y 24 meses, de causa probablemente infecciosa. El diagnóstico se basa en criterios clínicos que incluyen fiebre, inyección conjuntival bilateral, cambios en la mucosa oral y labios, erupciones cutáneas en extremidades y linfadenopatía cervical no supurativa. Luego de la epidemia de COVID-19 se reconoció un aumento de la frecuencia de EK, posiblemente por afectación vascular de la cascada inflamatoria sistémica en pacientes con susceptibilidad genética.

Presentación del caso: Paciente masculino de seis meses con síntomas de un mes de evolución: dolor abdominal, fiebre, dermatosis en tórax, querilitis y descamación en manos y pies, que no responde al tratamiento con loratadina, cefaclor, betametasona, ampicilina y baños coloides, motivo por el cual se lo envía a un hospital de segundo nivel.

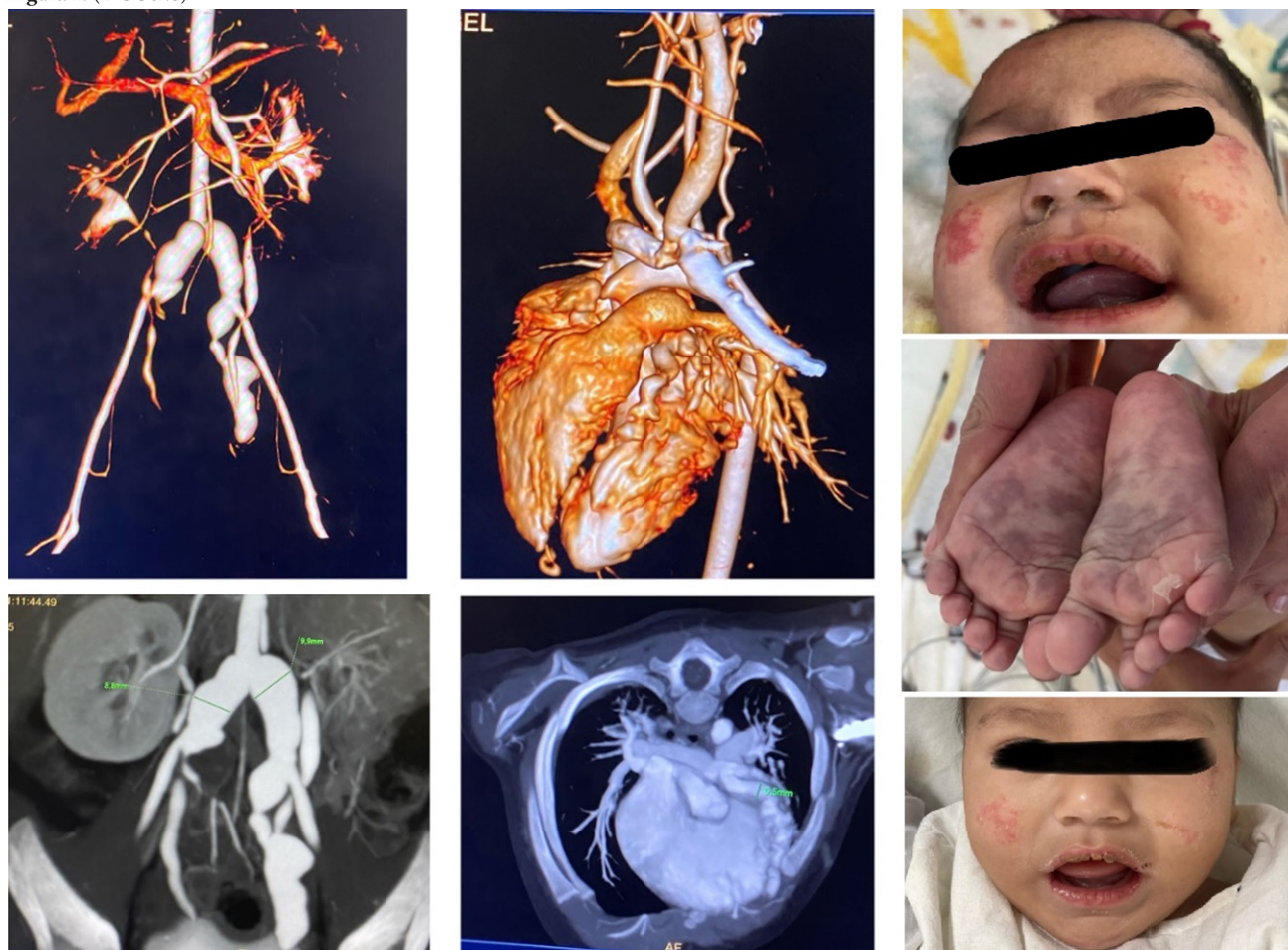
A su ingreso muestra leucocitosis de 18,500, neutrófilos 8,330 y linfocitos 7,590, albúmina 2,3, fibrinógeno 474,5, dímero D 2,931. No tiene alteraciones neurológicas, pero revela lengua en fresa, lesiones descamativas en labios superiores e inferiores sangrantes. ECG: taquicardia sinusal. Ecocardiograma transtorácico: aneurismas coronarios gigantes. Se inicia inmunoglobulina (2 g/kg), y después (metilprednisona por 3 días), prednisona (2 mg/kg/día), metotrexato (5 mg SC semanal), antiagregante plaquetario y anticoagulante. Se observa impetiginización en las lesiones de la cara, por lo que se agrega mupirocina y se solicitan anticuerpos para SARS-CoV-2, con IgG positiva y angiografía que delinea aneurismas gigantes en la coronaria izquierda, descendente anterior, y bifurcación de la aorta a iliacas bilaterales (**Figura 1**); se decide administración de tocilizumab.

El control ecocardiográfico dos semanas después señala aneurismas sin cambio respecto del tamaño, por lo cual se administra dosis adicional de tocilizumab. Evolucionó favorablemente con mejoría de lesiones dermatológicas y disminución de reactantes inflamatorios; el paciente egresa a su domicilio. Continúa con esteroide a dosis de reducción hasta la suspensión, tocilizumab mensual, antiagregante plaquetario y anticoagulante, aún con aneurismas pero con disminución notable de su tamaño.

Discusión: Identificar las características clínicas de la enfermedad de Kawasaki y su nexa con COVID permite realizar un diagnóstico temprano y aplicar las opciones terapéuticas iniciales, de segunda y tercera líneas, para evitar complicaciones que pueden repercutir de manera directa en la calidad de vida de los pacientes.

Conclusiones: Los aneurismas coronarios son secuelas graves de la enfermedad por COVID y la EK. La administración de gammaglobulina IV en la fase aguda de la enfermedad es la piedra angular del tratamiento.

Figura 1. (DCC026)



Los corticoides podrían prevenir la enfermedad grave o usarse como tratamiento de rescate si no hay respuesta a la inmunoglobulina. En los casos graves de la enfermedad, otras modalidades pueden emplearse, como ciclosporina e infliximab, si bien con mayor frecuencia de efectos secundarios. En este caso se administró tocilizumab al no contar en ese momento con infliximab y ante la aparición de la cascada inflamatoria y antecedente de infección por SARS-CoV-2; la evolución fue favorable, con adecuada respuesta al tratamiento.

En la actualidad no muestra datos de actividad de la enfermedad y ha disminuido el tamaño del aneurisma.

Bibliografía

1. Kobayashi T, Ayusawa M, Suzuki H, *et al.* Revision of diagnostic guidelines for Kawasaki disease (6th revised edition). *Pediatr Int.* 2020;62:1135-8.
2. Marchesi A, Rigante D, Cimaz R, *et al.* Revised recommendations of the Italian Society of Pediatrics about the general management of Kawasaki disease. *Ital J Pediatr.* 2021;47:1-12.
3. Kobayashi T, Saji T, Otani T, *et al.* Efficacy of immunoglobulin plus prednisolone for prevention of coronary artery abnormalities in severe Kawasaki disease (RAISE study): a randomised, open-label, blinded-endpoints trial. *Lancet.* 2012;379:1613-20.
4. Kim DS. Serum interleukin-6 in Kawasaki disease. *Yonsei Med J.* 1992 Jun;33(2):183-8. doi: 10.3349/ymj.1992.33.2.183.
5. Wu Y, Liu FF, Xu Y, *et al.* Interleukin-6 is prone to be a candidate biomarker for predicting incomplete and IVIG nonresponsive Kawasaki disease rather than coronary artery aneurysm. *Clin Exp Med.* 2019 May;19(2):173-181.

DCC027

SÍNDROME DE ANTICOAGULANTE LÚPICO-HIPOPROTROMBINEMIA: UN RETO DIAGNÓSTICO

A.P.G. Marín-Hernández, A. Velázquez-Castillo, D. Hernández-López, V. Baca-Ruiz

Centro Médico Nacional, Siglo XXI, IMSS (Pediatría)

Introducción: El sangrado es una manifestación inusual del síndrome antifosfolípido. Cuando ocurre, las más de las veces se debe a deficiencia del factor II (protrombina) o trombocitopenia. La hipoprotrombinemia aguda adquirida relacionada con el anticoagulante lúpico, denominada síndrome de anticoagulante lúpico-hipoprotrombinemia (SAL-HP), puede provocar hemorragias graves y poner en peligro la vida del paciente. Esta alteración es rara, con más de 100 casos notificados en el mundo, que se ha documentado sobre todo en niños con lupus eritematoso sistémico (LES) o niños sanos tras infecciones virales.

Presentación del caso: Mujer de 16 años sin antecedentes familiares de enfermedades autoinmunitarias o trastornos hemorrágicos, referida a esta unidad por un síndrome hemorrágico de dos meses de evolución. Los síntomas incluyen sangrado transvaginal, hematomas, gingivorragia y epistaxis intermitente. Se la ingresó en su hospital regional, donde se documentó síndrome hemorrágico y anémico con hemoglobina de 7,8 g/dL y prolongación de los tiempos de protrombina (TP) y parcial de tromboplastina activada (TTPa). A pesar de recibir transfusiones de concentrados eritrocitarios, plasma fresco congelado, crioprecipitados y vitamina K, no se logró

el control del sangrado. Se sospechó LES tras obtener resultados positivos para ANA (1:320), anti-DNA (584,62, VR < 100 µg/mL) y anti-β2 glucoproteína IgG (53, VR < 20 µg/mL), además de presentar leucopenia y linfopenia. Se administró metilprednisolona (1 g IV/24 h por 4 días) sin respuesta. El servicio de hematología inició ácido tranexámico y factor VII recombinante, junto con transfusiones adicionales de concentrados eritrocitarios, crioprecipitados, complejo protrombínico y plasma fresco congelado, sin lograr el control del síndrome hemorrágico. Por último, se envió a la paciente a valoración en este servicio. Se confirmó el diagnóstico de LES según los criterios de clasificación del SLICC y ACR/EULAR 2019 y se sospechó SAL-HP debido a la prolongación del TP (46,5/10,2 s) y TTPa (102,5/32,2 s); el TP se corrigió al agregar plasma en una proporción 1:1, mientras que el TTPa no mostró corrección. Dada la falta de respuesta al tratamiento previo, se indicaron ciclofosfamida IV (0,75 g/m²) y prednisona (1 mg/kg/día). Con posterioridad se confirmó el diagnóstico de SAL-HP por la presencia de AL positivo (índice: 18,59 S/U, VR ≤ 1,2) y deficiencia del factor II (0,7%: VR 78-133%). Los anticuerpos anticardiolipina y anti-β2-glucoproteína resultaron negativos. A las 48 horas de administrar ciclofosfamida IV, cedió el síndrome hemorrágico, se normalizaron los tiempos de coagulación (TP 13,7/10,6 s; TTP 32/28,9 s), aumentaron los valores del factor II (23,7%) y disminuyeron los de AL (índice: 1,3, VR ≤ 1,2).

Discusión: El SAL-HP debe sospecharse en pacientes con sangrado que presentan TP y TTPa prolongados siempre que, al agregar plasma normal, el TP se corrija mientras que el TTPa permanezca prolongado. Esto sugiere una deficiencia de factores de coagulación y la presencia de un inhibidor, respectivamente. Este diagnóstico se confirma mediante la detección de AL y cifras bajas de factor II. Se ha postulado que los anticuerpos no neutralizantes se unen a la protrombina, lo que lleva a la rápida eliminación de los complejos anticuerpo-protrombina de la circulación.

Conclusiones: El diagnóstico temprano del SAL-HP es crucial debido al riesgo de hemorragias potencialmente letales. Por lo general, este trastorno responde bien al tratamiento con esteroides a altas dosis; sin embargo, en algunos casos pueden ser necesarios inmunosupresores o rituximab.

Bibliografía

1. Baca V, Montiel G, Meillón L, *et al.* Diagnosis of lupus anticoagulant in the lupus anticoagulant-hypoprothrombinemia syndrome: report of two cases and review of the literature. *Am J Hematol.* 2002 Nov;71(3):200-7.
2. Chumsky J, Kahn PJ, Carroll WL, *et al.* Lupus anti-coagulant hypoprothrombinemia syndrome across different ages: a case report and review of the literature. *Clin Rheumatol.* 2023;42:2231-2236.

DCC028

RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO REFRACTARIO

A.B. Bernabé-Jiménez, K.B.M. Franco-Morataya, A.C. Muñoz-Cedeño, H.F. Menchaca-Aguayo, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAAF) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por episodios protrombóticos y proinflamatorios. Una de sus formas menos comunes es el SAAF seronegativo, en el cual los pacientes tienen anticuerpos específicos como antifosfatidilserina protrombina, pero sin los marcadores convencionales. En la población pediátrica, las manifestaciones clínicas son heterogéneas, lo que complica tanto su diagnóstico como su control. El tratamiento casi siempre incluye esteroides, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) y biológicos como el rituximab. En casos resistentes, el recambio plasmático terapéutico (RPT) puede ofrecer una alternativa terapéutica eficaz.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente pediátrico con SAAF refractario con respuesta a RPT.

Presentación del caso: Paciente femenina de cuatro años en quien se diagnosticó a los dos años trombocitopenia inmunitaria primaria (TIP). A pesar de múltiples recaídas y del tratamiento con esteroides y agonistas del

receptor de trombopoyetina (TPO), no se logró una mejoría sostenida, por lo que se la remitió al servicio de reumatología.

La paciente mostró un episodio de epistaxis que cedió con digitopresión, sin evidencias de sangrado en otros sitios. La exploración física no mostró alteraciones relevantes. En los estudios de laboratorio se observó trombocitopenia con un conteo plaquetario de 28 000 plaquetas/mm³, con el resto de la biometría hemática dentro de parámetros normales. Se sospechó de SAAF no trombótico, por lo que se solicitaron estudios de anticuerpos. Se confirmó la triple positividad: anticoagulante lúpico (AL) 1,43u (corte < 1,2), anticuerpos anticardiolipinas (AAC) IgM 27,2u (corte < 12) y anticuerpos anti-β2 glucoproteína (B2-GPI) IgM 36u (corte < 20). Además, se detectó positividad para IgM antifosfatidilserina/protrombina (anti-FTS/PT) 37,8u (corte < 19,5).

Se trató con esteroides, azatioprina e hidroxycloquina, con una mejoría parcial. No obstante, la trombocitopenia persistió con un conteo de 4 000 plaquetas/mm³, lo que llevó a la administración de pulsos de metilprednisolona (30 mg/kg/dosis), gammaglobulina (2 g/kg/dosis) y luego rituximab. Luego de tres meses de seguimiento, la trombocitopenia se mantuvo sin mejoría significativa. La serología fue positiva para IgM de citomegalovirus (CMV) y se trató con valganciclovir (7 mg/m² SC).

Debido a la refractariedad al tratamiento y la dependencia de esteroides, se inició RPT en cinco sesiones, con recuperación del conteo plaquetario hasta 108,000 plaquetas/mm³.

Discusión: Este caso destaca la complejidad del control de la TIP refractaria y su relación con SAAF no trombótico en una paciente pediátrica. A pesar de los tratamientos convencionales, incluidos los esteroides, inmunosupresores y rituximab, la paciente mostró resistencia al tratamiento y dependencia de los corticosteroides. La introducción de RPT produjo una recuperación sostenida del recuento plaquetario, lo que sugiere que esta modalidad puede ser una opción terapéutica eficaz en casos refractarios.

Conclusiones: Este caso subraya la relevancia de una evaluación temprana de SAAF en pacientes con trombocitopenia persistente, en particular cuando el tratamiento convencional no logra controlar la enfermedad, así como la necesidad de tratamientos personalizados en función de la respuesta clínica.

Bibliografía

1. Rosina S, Chighizola CB, Ravelli A, *et al.* Pediatric antiphospholipid syndrome: from pathogenesis to clinical management. 2021; Available from: <https://doi.org/10.1007/s11926-020-00976-7>
2. Nayfe R, Uthman I, Aoun J, *et al.* Seronegative antiphospholipid syndrome. *Rheumatology.* (United Kingdom). 2013;52:1358-67.
3. Madison JA, Zuo Y, Knight JS. Pediatric antiphospholipid syndrome. *Eur J Rheumatol* [Internet]. 2020 Feb 3;7(1):3-12. Available from: <https://eurjrhematol.org/en/pediatric-antiphospholipid-syndrome-133290>.

DCC029

COEXISTENCIA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ENFERMEDAD DE CASTLEMAN EN PACIENTE PEDIÁTRICA

B.R. Gallegos-Tirado, A.C. Muñoz-Cedeño, H.F. Menchaca-Aguayo, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica, autoinmunitaria y multisistémica que se caracteriza por una amplia variedad de manifestaciones clínicas. La enfermedad de Castleman (CD), por su parte, es un trastorno linfoproliferativo poco frecuente que también se presenta con síntomas sistémicos variados. La coexistencia de ambas condiciones es extremadamente rara, con muy pocos casos descritos en las publicaciones médicas.

Presentación del caso: Paciente femenina de 16 años con antecedentes de prematuridad extrema, retinopatía del prematuro, discapacidad intelectual grave y epilepsia. Presenta fiebre, pérdida de peso, debilidad muscular e incontinencia urinaria de un mes de evolución. Exploración física: fiebre, eritema malar, hepatomegalia, livedo reticular, hiporreflexia, debilidad en

miembros inferiores y adenopatías cervicales. Estudios de laboratorio: leucocitosis (4,000/uL), linfocitopenia (920/uL), hemoglobina de 10,6 g/dL y plaquetas en 285/uL, con elevación de CPK (910 U/L) y DHL (307,8 U/L). Las pruebas de coagulación, TP y TTP resultaron normales. El análisis de orina mostró proteinuria (75 mg/dL), con PCR < 0,330 mg/dL y VSG 30 mm/h. El Coombs directo fue positivo para anticuerpos mixtos. Se descartaron causas infecciosas y neoplásicas a través de serologías negativas para VEB, CMV, hepatitis A, B y C, VIH y HHV-8. El aspirado de médula ósea fue normal. Una resonancia magnética reveló múltiples imágenes heterogéneas desde el puente hasta la médula espinal. La tomografía toracoabdominal mostró nódulos tiroideos (TIRADS IV) y adenopatías supraclaviculares y cervicales. La biopsia excisional de un ganglio cervical reveló hiperplasia linfoide consistente con enfermedad de Castleman, tipo hialino vascular.

Los estudios inmunológicos revelaron ANA 1:640 homogéneo, anti-DNAs 660,98 UI/ml, antinucleosomas IgG 187,1 RU/ml, con complementos disminuidos (C3 64,5 mg/dL, C4 2,3 mg/dL). Se diagnosticó LES con base en los criterios de ACR 1997, con afectación dermatológica, hematológica, renal, inmunológica y neurológica. Más adelante, la paciente mostró un deterioro neurológico agudo que exigió intubación. El estudio de neuroimagen mostró progresión de áreas de desmielinización, por lo que se administraron inmunoglobulina IV y dosis altas de metilprednisolona. Sin embargo, la paciente no obtuvo mejoría y falleció tras recibir cuidados paliativos.

Discusión: La linfadenopatía en pacientes con LES, aunque no está incluida dentro de los criterios diagnósticos, es un hallazgo común. Por otro lado, la enfermedad de Castleman (CD) es un trastorno linfoproliferativo raro que puede presentarse en dos formas: unicéntrica y multicéntrica, con variantes histológicas de tipo hialino vascular y células plasmáticas. En este caso, la biopsia ganglionar fue fundamental para distinguir entre ambas afecciones, ya que permitió establecer el diagnóstico diferencial entre linfadenopatías benignas y malignas, como procesos tumorales, tuberculosis, sarcoidosis, enfermedad de Kikuchi-Fujimoto o infecciones que simulan los síntomas del LES.

Conclusiones: Los cambios histológicos en pacientes con LES y linfadenopatía son muy variados y es crucial diferenciar entre linfadenopatías benignas y malignas. En pacientes con LES que sufren linfadenopatía, la posibilidad de enfermedad de Castleman debe considerarse como parte del diagnóstico diferencial, lo cual puede influir en las decisiones terapéuticas.

Bibliografía

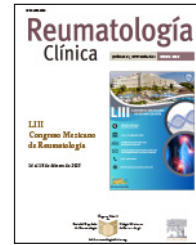
1. Gül-Demirkan F, Dogan S, Kalyoncu-Ucar A, *et al.* Systemic lupus erythematosus complicated with Castleman disease: a case-based review. *Rheumatology International*. 2020;41:475-479.
2. González-García A, Fernández-Martín J, Robles-Marhuenda A. Idiopathic multicentric Castleman disease and associated autoimmune and autoinflammatory conditions: practical guidance for diagnosis. *Rheumatology*. (Oxford) 2023;3;62(4):1426-1435.



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



LIII Congreso Mexicano de Reumatología

DISCUSIÓN DE CARTELES

DC001

MODULACIÓN DE LA REACTIVIDAD VASCULAR POR EXPOSICIÓN AL SUERO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE MARFAN EN ANILLOS AÓRTICOS MURINOS

M.E. Soto-López, L. Manzano-Pech, O. González-Marcos, V. Guarnier-Lans, R. Gamboa-Ávila, C. Huesca-Gómez, G. Fuentevilla-Álvarez, I. Pérez-Torres

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El síndrome de Marfan (SM) se relaciona con mutaciones en el gen de fibrilina (FBN1) que origina proteína de fibrilina anormal y pérdida del secuestro del complejo latente (TGF- β 1 y FBN1). La liberación de TGF- β 1 participa en la degradación proteolítica en la matriz extracelular debida a degeneración de fibras elásticas por metaloproteinasas (MMP), disfunción endotelial, acumulación de mucopolisacáridos, reducción de la contractilidad de células musculares lisas y alteración de las propiedades mecánicas de la aorta a través de la sintasa de óxido nítrico inducible (iNOS) que favorece el incremento del óxido nítrico (NO) y un estado proinflamatorio vinculado con el incremento de interleucinas (IL). **Objetivo:** Evaluar mediante estudio experimental en ratas si la reactividad vascular puede modularse por aplicación del suero de pacientes con SM y dilucidar la participación del TGF- β 1, MMP, interleucinas y NO3-/NO2-.

Material y métodos: Se obtuvieron anillos de aorta torácica de 20 ratas macho Wistar sanas con peso de 350 y 400 g para evaluar la reactividad vascular en presencia de suero de sujetos sanos (SS) o pacientes con SM con o sin TGF- β 1. Se determinaron verapamilo (VP), nitroprusiato de sodio (NS) e interleucinas mediante ELISA en el suero; la relación NO3-/NO2- se evaluó con espectrometría.

Resultados: Se registró un aumento de la vasoconstricción ($p = 0,008$) y disminución de la vasodilatación ($p = 0,01$) en presencia de TGF β 1, en aortas incubadas con suero de pacientes con MS respecto de SS. Los anillos aórticos de SS y SM incubados en presencia o ausencia o en combinación de VP, TGF β 1, NS y L-NAME mostraron una disminución de la vasoconstricción y un aumento de la vasorelajación ($p = 0,001$). La concentración de IL-6, -10 y CRP y la relación NO3-/NO2- se incrementaron en el suero de SM ($p \leq 0,03$). Las MMP y la iNOS aumentaron en TAA de SM en comparación con SS ($p = 0,03$ y $p = 0,04$, respectivamente). La fuerza de contracción mediada por norepinefrina, la relación NO3-/NO2- y la concentración de IL-6 se vincularon con el aumento del TGF- β 1 en el suero de los pacientes con SM, a través de correlaciones positivas de Spearman ($p \leq 0,01$).

Conclusiones: En tejidos aórticos de ratas sanas tratadas con suero de SM se observa un aumento de los metabolitos del NO, los cuales podrían generar peroxinitrito en presencia de especies reactivas de oxígeno y contribuir al deterioro de la función vascular y las concentraciones elevadas de MMP e IL que pueden favorecer el desacoplamiento de eNOS e incrementar la iNOS. El aumento del TGF- β 1 activo circulante participa en la vasoconstricción de tejidos aórticos en ratas sanas, lo que puede sugerir alteración

de la patogenia del aneurisma aórtico en pacientes con SM y una contribución a la modulación de la reactividad vascular por activación posterior de sus vías de señalización.

Bibliografía

- Lebrin F, Deckers M, Bertolino P, *et al*. TGF-beta receptor function in the endothelium. *Cardiovascular Research*. 2005;65(3):599-608. <https://doi.org/10.1016/j.cardiores.2004.10.036>.
- Kim KL, Yang JH, Song SH, *et al*. Positive correlation between the dysregulation of transforming growth factor- β 1 and aneurysmal pathological changes in patients with Marfan syndrome. *Circulation Journal: Official Journal of the Japanese Circulation Society* 2013;77(4):952-958. <https://doi.org/10.1253/circj.cj-12-0874>.

DC002

PERCEPCIÓN DE MALTRATO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS: EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO

V. Pascual-Ramos, I. Contreras-Yañez, L. Ledón-Llanes, G.A. Guarcha-Basáñez, A. Sánchez-Hernández, A.B. Ortiz-Haro

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El maltrato es un problema complejo que altera la calidad de vida, la morbilidad y la mortalidad de las personas. En adultos mayores se ha relacionado con el sexo femenino, la mala salud general, la depresión, el deterioro funcional y grados mayores de dependencia. Estas características están presentes en los pacientes con enfermedades reumáticas (ER).

Objetivo: Describir el fenómeno de maltrato en pacientes mexicanos con ER. De manera adicional, notificar la adaptación y validación de la Escala de Maltrato Geriátrico (EMG) en pacientes con ER.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en dos fases (junio de 2023-febrero de 2024) con uso de tres muestras, previo cálculo del tamaño de las muestras: M-1 ($n = 30$, piloto), M-2 ($n = 260$) y M-3 ($n = 372$). La fase 1 consistió en la adaptación de la EMG a los pacientes con ER (EMG-ER). Se efectuó una validez de apariencia en M-1 y una validez de contenido mediante un acuerdo de expertos; para la validez de criterio se utilizó la puntuación de Apgar familiar (≤ 3 puntos) (M-2) y para la validez de constructo se condujeron un análisis factorial exploratorio y una validez convergente (M-2). Por último, se evaluaron confiabilidad (consistencia interna y estabilidad temporal, M-2) y factibilidad (en M-1). La fase 2 consistió en la descripción de maltrato en M-3. El estudio recibió aprobación del CEI. Se usaron estadística descriptiva, χ^2 y prueba de U de Mann-Whitney.

Resultados: En las tres muestras, los pacientes incluidos en el estudio fueron en general mujeres (90%-92,7%), en la quinta década de la vida, con una mediana de 12 años de educación formal y nivel socioeconómico medio-bajo (90,9% a 96,7%). En general, tenían 10 años de duración de la enfermedad y adecuada funcionalidad (HAQ-DI $\leq 0,5$: 56,7%-60,4%)

y la mitad padecía alguna comorbilidad. La mayoría recibía tratamiento inmunosupresor (70%-84,7%) y una tercera parte glucocorticoides (26,7%-38,4%). Los pacientes presentaban ansiedad (18,8%-23,3%), estrés (14,6%-20%) y depresión (13,8%-20%), de cuando menos moderada intensidad, de acuerdo con la puntuación de DASS21. Los diagnósticos más prevalentes en las muestras fueron LEG (38%-41%), AR (20%-34%) y escleroderma (3%-19%).

Se identificó a 187 (50,3%) pacientes con maltrato de forma global, sobre todo el psicológico (75,9%), seguido de negligencia (51,3%), maltrato sexual (16%), físico (12,3%) y económico (10,7%). La mayor parte (59,4%) sufrió un tipo único de maltrato. La **Tabla 1** resume el porcentaje de pacientes que percibió que el maltrato se vinculaba con la ER y destaca que el más prevalente fue el psicológico (53,5%).

Los pacientes que seleccionaron al menos un patrón de maltrato pudieron identificar el sexo (**Figura 1A**) y la relación (**Figura 1B**) con el abusador. En general, los hombres (para negligencia, maltrato económico y sexual) y los miembros de la familia (todos los patrones de maltrato excepto el psicológico) fueron identificados con frecuencia como abusadores. El número de respuestas "No quiero responder" se incrementó

entre 21,7% y 67,7% para el sexo de los abusadores y entre 40% y el 72,9% para la relación de los abusadores con el paciente. El EMG-ER fue válido, confiable y factible.

Conclusiones: La mitad de los pacientes mexicanos con ER percibió algún tipo de maltrato, con mayor frecuencia el psicológico, que también se percibió muchas veces relacionado con la ER subyacente. Un porcentaje significativo de pacientes no quiso identificar el sexo ni la relación con el abusador.

DC003

FLUJO SALIVAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA GRAVEDAD DEL OJO SECO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

K. Palomo-Arnaud, J.C. Riega-Torres, J.F. Martínez-Delgado, G. Figueroa-Parra, F. Morales-Wong, J. Mohamed-Hamsho, V.G. Mata-Riega, A.M. Lugo-Treviño, D.A. Galarza-Delgado, K. Mohamed-Noriega
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

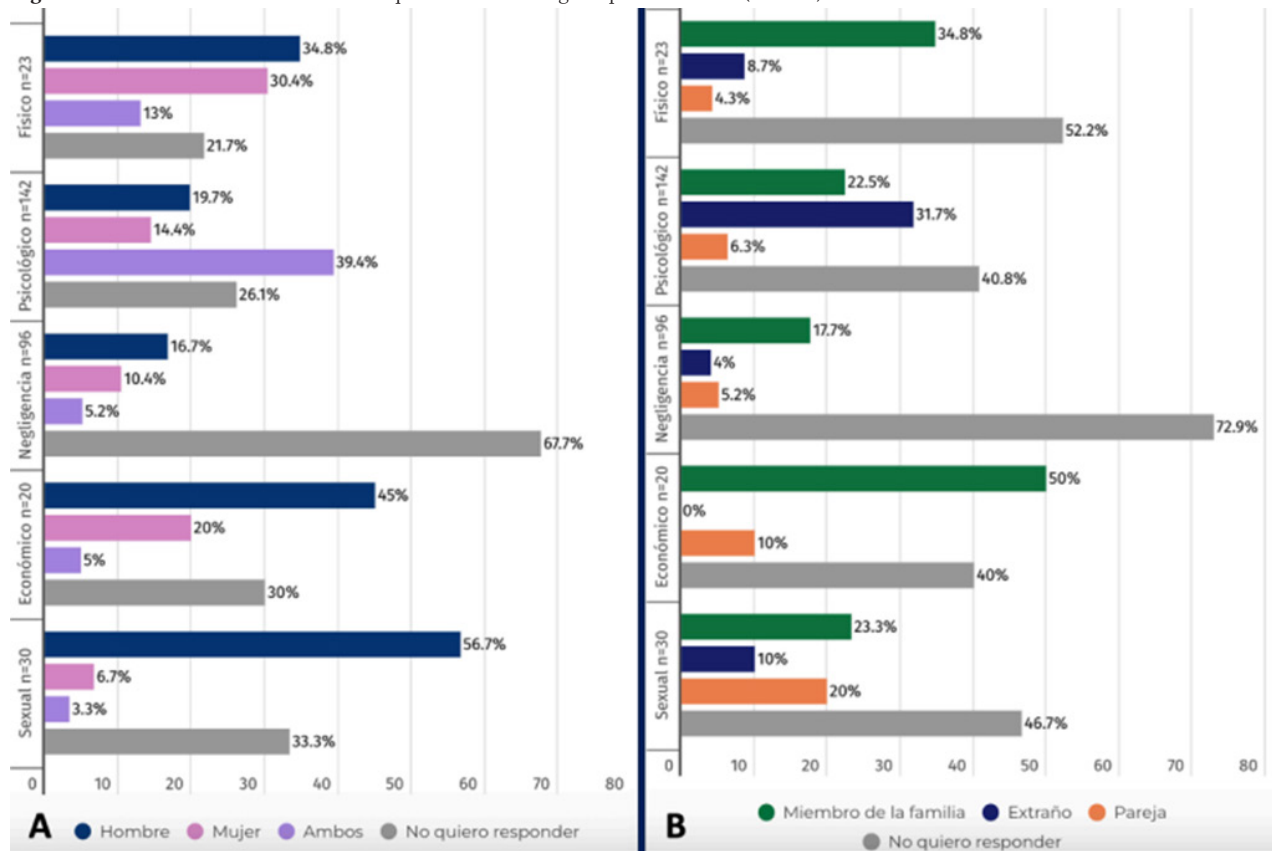
Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmunitaria multisistémica que causa una disfunción de las glándulas salivales y lagrimales, con aparición de xerostomía y xeroftalmía, entre otras manifestaciones sistémicas. La tasa de flujo salival no estimulado (FSNE) es una prueba empleada para cuantificar la producción de saliva; una disminución de esta afecta la calidad de vida de los pacientes con SS. Del mismo modo, las pruebas de ojo seco son herramientas útiles en la práctica clínica diaria para identificar daños inflamatorios en la superficie ocular. Sin embargo, la vinculación entre el FSNE y las pruebas de ojo seco se conoce poco.

Tabla 1. Percepción de maltrato por la ER. (DC002)

	Sí	No	No sé
Físico	9 (39,1)	11 (47,8)	3 (8,7)
Psicológico	76 (53,5)	43 (20,3)	23 (16,2)
Negligencia	19 (19,8)	24 (25)	53 (55,2)
Económico	7 (35)	8 (40)	5 (25)
Sexual	4 (13,3)	17 (56,7)	9 (30)

La tabla presenta el número (%) de pacientes que respondieron "Sí", "No" y "No sé" a la pregunta: "¿Usted considera que ha estado relacionado con el hecho de tener una enfermedad reumatológica y todo lo que ha implicado en su vida (y en la de su familia)?"

Figura 1. Características del maltratador en quienes refirieron algún tipo de maltrato. (DC002)



La Figura-A presenta el número (%) de pacientes con algún tipo de maltrato, que identificaron el sexo del maltratador (Hombre, Mujer, Ambos, No quiero responder). La Figura-B presenta el número (%) de pacientes con algún tipo de maltrato, que identificaron la relación con el maltratador (Familiar, Extraño, Pareja, No quiero responder).

Objetivo: Explorar la posible existencia de una relación entre la tasa de flujo salival no estimulado y la gravedad del ojo seco.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó a pacientes mayores de 18 años, con síntomas de ojo seco y SS primario (según criterios ACR/EULAR 2016) entre 2015 y 2024. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo con su FSNE en cinco minutos (grupo 1: FSNE \leq 0,5 mL/5 min; grupo 2: FSNE $>$ 0,5 mL/5 min). Los pacientes se evaluaron con biopsia de glándula salival menor, osmolaridad de la película lagrimal, metaloproteinas de matriz 9 (MMP-9), índice de enfermedad de la superficie ocular (OSDI), tiempo de ruptura lagrimal (TBUT), tinción de la superficie ocular SICCA (SICCA OSS) y prueba de lágrima de Schirmer con y sin anestesia. Se incluyó tan solo el peor ojo, que se seleccionó como el ojo con mayor puntuación SICCA OSS. Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias [%], media \pm DE, mediana [IQR]) para expresar los resultados y se comparó a los pacientes con biopsias positivas o negativas con las pruebas ji cuadrada, U de Mann-Whitney o t de Student, según correspondiera. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. La junta de revisión institucional aprobó este estudio y todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito.

Resultados: Se incluyó a 53 pacientes con SS primario, con edad media de $44,9 \pm 11,9$ años y 96,2% (51/53) de mujeres. Veintinueve (54,7%) sujetos tuvieron un FSNE \leq 0,5 mL/5 min y 24 (45,3%) un FSNE $>$ 0,5 mL/5 min. Los individuos del grupo de FSNE bajo tuvieron puntuaciones medianas de SICCA OSS más bajas (10, IQR: 0-12) en comparación con los pacientes con un FSNE $>$ 0,5 mL/5 min (mediana 4, IQR: 0-12; $p = 0,018$) (Tabla 1). Se registró una proporción numéricamente mayor de pacientes con MMP-9 positiva en el grupo FSNE \leq 0,5 mL/5 min (11/29, 37,9%) que aquellos con FSNE $>$ 0,5 mL/5 min (3/24, 12,5%) sin alcanzar significancia estadística ($p = 0,062$). Los pacientes con FSNE \leq 0,5 mL/5 min también mostraron puntuaciones OSDI numéricamente más altas ($51,0 \pm 29,7$) que los pacientes con FSNE $>$ 0,5 mL/5 min ($37 \pm 23,6$; $p = 0,080$). La prueba de Schirmer lagrimal con o sin anestesia, la osmolaridad de la película lagrimal y el tiempo de ruptura lagrimal fueron similares para los pacientes de ambos grupos (FSNE \leq 0,5 mL/5 min o $>$ 0,5 mL/5 min).

Conclusiones: En pacientes con SS primario, una tasa de flujo salival no estimulado más baja se acompañó de un mayor daño en la superficie ocular en la evaluación con SICCA OSS. Otros estudios deberán aumentar el tamaño de la muestra para confirmar estos hallazgos.

Bibliografía

- Martínez-Ceballos MA, Aguilera N, Garzón-González KC, et al. Unstimulated whole salivary flow in Sjögrens syndrome: systematic literature review and meta-analysis. Adv Rheumatol [Internet]. 2021;61(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s42358-020-00158-0>.

DC004

DISFUNCIÓN MITOCONDRIAL EN EL MODELO DE ARTRITIS REUMATOIDE EN RATONES DBA/1

R. Prieto-Carrasco, S.A. González-Chávez, C.F. Pacheco-Tena
 Universidad Autónoma de Chihuahua

Introducción: Las mitocondrias son orgánulos críticos que suministran energía y su función principal es producir ATP. Sin embargo, las mitocondrias también tienen otras tareas en la célula, como la regulación de la homeostasis del calcio, la producción de especies reactivas de oxígeno (ERO), la proliferación celular y el metabolismo. La disfunción mitocondrial es un factor crítico en el desarrollo de enfermedades autoinmunitarias, incluida la artritis reumatoide (AR). Las mitocondrias intervienen en la patogenia de la enfermedad al actuar sobre diferentes vías de señalización a través de efectos directos e indirectos. Una característica común de la AR es el aumento de la producción de ERO en relación con una respuesta inflamatoria.

Objetivo: Evaluar las alteraciones de los mecanismos que regulan la dinámica mitocondrial (fisión y fusión) y el recambio mitocondrial (biogénesis y mitofagia), identificar los cambios en la actividad de los complejos mitocondriales y evaluar el estrés oxidativo en el modelo de artritis inducida por colágeno (AIC) en ratones DBA/1.

Material y métodos: Se indujo la AIC mediante la inyección intradérmica en la base de la cola de los ratones con una emulsión de colágeno bovino tipo II y adyuvante de Freund. La artritis clínica se evaluó con una escala semicuantitativa y, una vez que se alcanzó una puntuación total de al menos ocho, los ratones se incluyeron en el estudio. Los valores de las proteínas de dinámica mitocondrial y recambio mitocondrial se evaluaron con las pruebas western blot en mitocondrias aisladas de extremidades inferiores. Las bandas de proteínas se detectaron por quimioluminiscencia y se analizaron con densitometría para evaluar la cantidad relativa de banda y se cuantificó el resultado en términos de densidad óptica. La proteína VDAC1 se utilizó como control de carga. Las actividades de los complejos I y II se determinaron a partir de la desaparición de la absorbancia del decilubiquinol a 600 nm. Por su parte, la actividad del complejo III se evaluó por el aumento de la absorbancia del citocromo C a 550 nm. Por último, la actividad del complejo IV se determinó por el consumo de oxígeno en presencia de TMPD más ascorbato. Para evaluar el estrés oxidante se determinó la expresión por western blot y las actividades de las enzimas antioxidantes: catalasa, SOD y Gpx en las muestras correspondientes. Se compararon los grupos con la prueba t de Student para muestras independientes y se consideraron valores estadísticamente significativos cuando $p \leq 0,05$.

Tabla 1. Gravedad del ojo seco según la tasa de flujo salival total no estimulado (FSNE) entre pacientes con síndrome de Sjögren. (DC003)

	Todos n = 53	FSNE \leq 0,5 mL/5 min n = 29	FSNE $>$ 0,5 mL/5 min n = 24	Valor de p*
Edad, años, media \pm DS	44,9 \pm 11,9	53,1 \pm 12,1	49,8 \pm 11,7	0,324
Sexo, n (%)				0,2
Femenino	51 (96,2)	29 (100)	22 (91,7)	
Masculino	2 (3,8)	0 (0,0)	2 (8,3)	
Biopsia glándula salival menor positiva, n (%)	43 (81,1)	24 (82,8)	19 (79,2)	0,999
MMP-9 positivo, n (%)	14 (26,4%)	11 (37,9%)	3 (12,5%)	0,062
OSDI, media \pm DS	51,6 \pm 44,9	51,0 \pm 29,7	37,6 \pm 23,6	0,080
SICCA OSS, media \pm DS	7 (0-12)	10 (0-12)	4 (0-12)	0,018
Prueba de lágrima de Schirmer sin anestesia, mediana (IQR)	7 (0-35)	7 (0-35)	7 (0-35)	0,926
Prueba de lágrima de Schirmer con anestesia, mediana (IQR)	5 (1-35)	5 (1-35)	7(1-30)	0,293
Tiempo de ruptura lagrimal, mediana (IQR)	4 (1-15)	4 (2-15)	4 (1-15)	0,450
Osmolaridad de la película lagrimal, media \pm DS	310 \pm 21	314,1 \pm 23,4	305,7 \pm 17,1	0,152

FSNE, tasa de flujo salival total no estimulado; MMP-9, metaloproteinas de matriz 9; OSDI, Índice de enfermedad de la superficie ocular; SICCA OSS, tinción de la superficie ocular SICCA. * χ^2 , pruebas U de Mann-Whitney o t de Student; comparación entre FSNE \leq 0,5 mL/5 min y FSNE $>$ 0,5 mL/5 min.

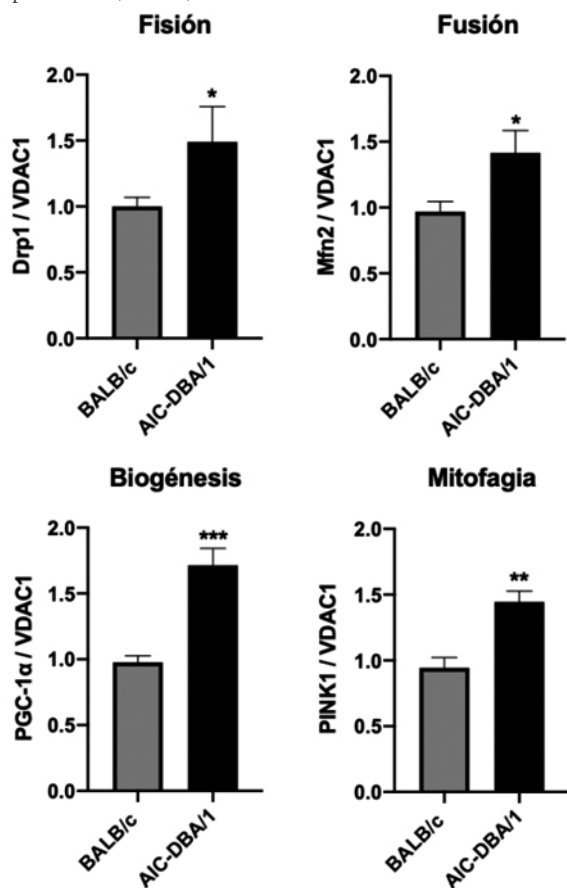
Resultados: En comparación con el grupo BALB/c, todas las proteínas analizadas fueron significativamente más altas en el grupo AIC. Los valores de la proteína Drp1, que participa en la fisión mitocondrial, fueron mayores en el grupo AIC, al igual que las cifras de la proteína reguladora de la fusión mitocondrial, Mfn2. PGC-1 α , el regulador maestro de la biogénesis mitocondrial, y la proteína de mitofagia PINK1 fueron también mayores en el grupo AIC (Figura 1). Los datos obtenidos de la evaluación de los complejos mitocondriales y la expresión y actividad de las enzimas antioxidantes se hallan en proceso de análisis.

Conclusiones: El incremento de los valores de la proteína de fisión Drp1 y la proteína de fusión Mfn2 sugiere una sobrerregulación de la dinámica mitocondrial. Este aumento de la fisión se vincula con una mayor acumulación de mitocondrias disfuncionales, lo que interfiere con el proceso de mitofagia. Asimismo, se observa una sobrerregulación del recambio mitocondrial, evidenciada por un aumento de la biogénesis mitocondrial.

Bibliografía

1. Ma C, Wang J, Hong F, *et al*. Mitochondrial dysfunction in rheumatoid arthritis. *Biomolecules*. 2022 Sep 1;12(9):1216.

Figura 1. Alteraciones en los procesos que regulan la dinámica mitocondrial (fisión y fusión) y el recambio mitocondrial (biogénesis y mitofagia) en el modelo de artritis inducida por colágeno (AIC) en ratones DBA/1. Valores de las proteínas de fisión y fusión: proteína relacionada con la dinamina 1 (Drp1) y mitofusina 2 (Mfn2), respectivamente. Valores de la proteína de biogénesis: coactivador 1 α del receptor gamma activado por proliferador de peroxisomas (PGC-1 α) y valores de la proteína de mitofagia: cinasa putativa inducida por PTEN 1 (PINK1) en mitocondrias aisladas de extremidades inferiores. La proteína del canal aniónico dependiente del voltaje 1 (VDAC1) se utilizó como control de carga. Los datos se presentan como media \pm SEM, n = 6. *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001 y ****p < 0,0001 vs. BALB/c. La prueba t de Student se usó para muestras independientes. (DC004)



DC005

INFLUENCIA DE LA MENOPAUSIA EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, O.A. Garza-Flores, R.I. De la Rosa-Vázquez, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpiri-López, D.A. Salcedo-Almanza

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) poseen un mayor riesgo cardiovascular (CV) en comparación con la población general. Se ha evidenciado que este riesgo se incrementa en mujeres durante la transición a la menopausia. Los estudios previos han mostrado que la disminución estrogénica, aunado a los síntomas vasomotores, puede acelerar el riesgo de aterosclerosis subclínica. Estos factores pueden contribuir a que las mujeres posmenopáusicas con AR sean más susceptibles a presentar episodios CV adversos. El efecto de la menopausia y su riesgo CV en este grupo de pacientes se ha estudiado poco y por tanto se desconoce en gran medida.

Objetivo: Comparar la prevalencia de la aterosclerosis subclínica en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas con AR.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a mujeres con AR de 30 a 75 años que cumplieran con los criterios de ACR/EULAR 2010, sin incluir a aquellas con enfermedad CV previa, embarazo y síndrome de sobreposición. Se realizó ultrasonido carotídeo (US) a todas las participantes. La placa carotídea (PC) se definió como un grosor difuso de la íntima-media carotídeo (GIMc) \geq 1,2 mm o un grosor focal \geq 0,8 mm. La aterosclerosis subclínica se definió como la presencia de PC o un aumento del GIMc (\geq 0,8 mm). Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad. Las comparaciones se realizaron con la prueba ji cuadrada, t de Student o U de Mann-Whitney, según correspondiera. Un valor de p \leq 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 281 pacientes con AR: 159 posmenopáusicas y 122 premenopáusicas (Tabla 1). La edad media fue de 59,9 \pm 7,7 y 50,9 \pm 9,7 años, respectivamente (p \leq 0,001). La prevalencia de hipertensión fue mayor en las posmenopáusicas (40,5% vs. 21,7%, p = 0,05). No se observaron diferencias significativas en otros factores de riesgo CV comunes ni en las características clínicas de la enfermedad. La placa carotídea fue mayor en las mujeres posmenopáusicas (56,6% vs. 39,2%, p \leq 0,001). Los resultados completos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y del ultrasonido carotídeo. (DC005)

Variables	Pacientes posmenopáusicas (n = 159)	Pacientes premenopáusicas (n = 122)	p
Edad, años, \pm DE	59 \pm 7,7	50,9 \pm 9,7	< 0,001
Factores de riesgo CV			
Diabetes, n (%)	26 (16,3)	27 (22,1)	0,22
Hipertensión, n (%)	63 (39,6)	35 (28,6)	0,05
Dislipidemia, n (%)	71 (44,6)	41 (33,6)	0,10
Tabaquismo activo, n (%)	15 (9,4)	10 (8,1)	0,06
Obesidad, n (%)	49 (30,8)	49 (40,1)	0,12
Características clínicas			
Tiempo de evolución, años, mediana (RIC)	8,0 (3,0-15,2)	7,0 (3,0-14,3)	0,59
DAS28-PCR, mediana (RIC)	3,3 (2,1-4,4)	3,3 (2,3-4,5)	0,31
DAS28-VSG, \pm DE	4,3 \pm 1,4	4,5 \pm 1,3	0,26
Tratamiento			
Metotrexato, n (%)	113 (71)	96 (78,6)	0,13
Glucocorticoides, n (%)	90 (56,6)	65 (53,2)	0,63
FARME biológicos, n (%)	25 (15,7)	17 (13,9)	0,69

Hallazgos del ultrasonido			
Placa carotídea, n (%)	92 (56,6)	48 (39,2)	< 0,001
Unilateral PC, n (%)	34 (21,3)	19 (15,5)	0,73
Bilateral PC, n (%)	58 (36,4)	29 (23,7)	0,80
Hiperplasia GIMc, n (%)	38 (23,8)	36 (28,6)	0,26
Unilateral GIMc, n (%)	26 (16,3)	22 (18)	0,61
Bilateral GIMc, n (%)	12 (7,5)	13 (10,6)	0,61

CV, cardiovascular; DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; DAS28-PCR, Índice de Actividad de la Enfermedad en 28 articulaciones con Cálculo de la Proteína C Reactiva; DAS28-VSG, Índice de Actividad de la Enfermedad en 28 articulaciones basado en la Velocidad de Sedimentación Globular; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; PC, placa carotídea; GIMc, grosor íntima-media carotídeo.

Conclusiones: Este estudio muestra diferencias significativas en la prevalencia de aterosclerosis subclínica entre mujeres posmenopáusicas y premenopáusicas con AR. Estos hallazgos sugieren que la menopausia podría relacionarse con un mayor riesgo CV en este grupo de pacientes, más allá de los factores de riesgo CV habituales. Esto resalta la importancia de una evaluación y tamizaje tempranos con ultrasonido carotídeo para un abordaje y tratamiento oportunos a fin de prevenir futuros episodios CV adversos en esta población.

Bibliografía

1. Drosos GC, Vedder D, Houben E, *et al.* EULAR recommendations for cardiovascular risk management in rheumatic and musculoskeletal diseases, including systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2022 Jun;81(6):768-79.
2. Muka T, Oliver-Williams C, Colpani V, *et al.* Association of vasomotor and other menopausal symptoms with risk of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *DeAngelis MM, editor. PLoS ONE.* 2016 Jun 17;11(6):0157417.

DC006

DESEMPEÑO DEL PUNTAJE DE RECAÍDAS DEL GRUPO DE ESTUDIO FRANCÉS DE VASCULITIS EN PACIENTES CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA

M. Sandino-Bermúdez, A.S. Mulia-Soto, J.M. Mejía-Vilet, E. Martín-Nares, A. Hinojosa-Azaola

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En fecha reciente se propuso la Puntuación de Recaídas del Grupo de Estudio Francés de Vasculitis (PRF) como modelo para predecir el riesgo de recaída en vasculitis relacionadas con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (VAA). Dicho modelo incluye la positividad para PR3-ANCA, una tasa de filtrado glomerular (TFG) \geq 30 mL/min/1,73 m² y una edad \leq 75 años al momento del diagnóstico.

Objetivo: Evaluar el desempeño del PRF en una cohorte de pacientes mexicanos con VAA.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de VAA (granulomatosis con poliangitis [GPA] o poliangitis microscópica [PAM]) con seguimiento de al menos 12 meses en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán hasta la primera recaída, muerte o última valoración. Se incluyeron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y terapéuticas. Se realizaron estadística descriptiva, análisis univariado (prueba t de Student, ji cuadrada, exacta de Fisher o U de Mann-Whitney), análisis multivariado, y curvas de supervivencia de Kaplan-Meier con prueba de *log-rank*.

Resultados: Se incluyó a 100 pacientes, 42 (42%) hombres y 58 (58%) mujeres, con mediana de edad al diagnóstico de 49 años (RIC, 34-58 años). Ochenta (80%) tenían diagnóstico de GPA y 20 (20%) de PAM. Al momento del diagnóstico, la mediana de la puntuación de actividad de BVAS/GPA fue de 6 puntos (RIC, 4-10). En una mediana de seguimiento de 25 meses (RIC, 12-54) desde el diagnóstico de VAA, 67

pacientes (67%) experimentaron una recaída de la enfermedad, mientras que 33 (33%) se mantuvieron sin recaída. Siete (7%) pacientes murieron en una mediana de tiempo de seguimiento de 49 meses (RIC, 21-106). La **Tabla 1** resume las características de los pacientes con y sin recaídas. Las variables presentes al diagnóstico independientemente relacionadas con recaídas fueron: edad (OR 1,05; IC95% 1,01-1,08; p = 0,014), positividad para PR3-ANCA (OR 3,22; IC95% 1,14-9,11; p = 0,027) y creatinina sérica (OR 1,19; IC95% 1,02-1,38; p = 0,03). El PRF se vinculó de forma independiente con recaídas (OR 2,78; IC95% 1,47-5,26; p = 0,002), en tanto que el tratamiento de mantenimiento con rituximab fue un factor protector (OR 0,14; IC95% 0,03-0,56; p = 0,005). De las recaídas, 34 (51%) fueron mayores y 34 (51%) menores. Los órganos afectados con más frecuencia durante las recaídas fueron riñón, ojos y pulmón. La distribución del PRF fue: 0 puntos (n = 2), 1 punto (n = 11), 2 puntos (n = 40) y 3 puntos (n = 47), con diferenciación entre cada puntuación y sin incluir a dos pacientes con PRF = 0 (*log-rank*, p = 0,001). El tiempo promedio sin recaídas fue: 179, 57 y 28 meses para las puntuaciones de 1, 2 y 3 puntos, respectivamente. La **Figura 1** muestra la supervivencia libre de recaídas según el PRF. El riesgo de recaídas a tres y cinco años fue de 30% y 40%, 30% y 41%, 55% y 66% para puntuaciones del PRF de 1, 2 y 3, respectivamente.

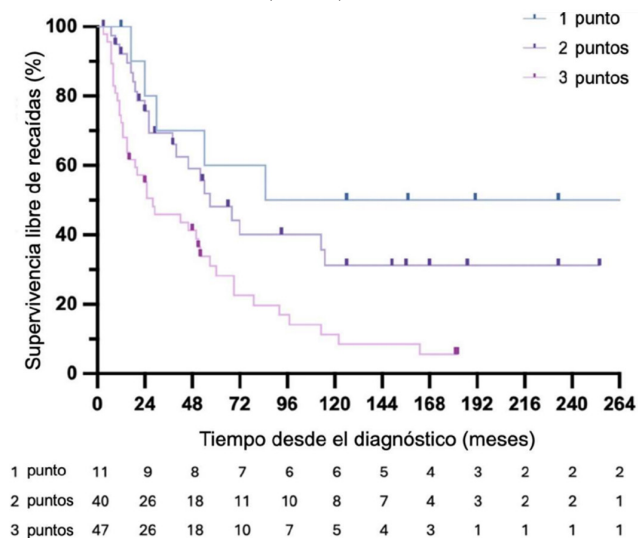
Tabla 1. Características de los pacientes con y sin recaídas (análisis univariado). (DC006)

Variable	Con recaída (n = 67)	Sin recaída (n = 33)	Valor de p
Hombre/mujer, n (%)	30/37	12/21	0,51
Edad al diagnóstico de VAA, años	45 (32-54)	55 (47-64)	0,002
Fenotipo clínico			
GPA, n (%)	59 (88)	21 (64)	0,007
PAM, n (%)	8 (12)	12 (36)	
Puntuación de clasificación ACR/EULAR al diagnóstico, puntos	8 (6-9)	6 (6-8)	0,11
PR3-ANCA positivos, n (%)	50 (75)	17 (52)	0,02
MPO-ANCA positivos, n (%)	11 (16)	17 (52)	0,001
BVAS/GPA al diagnóstico, puntos	6 (4-10)	7 (5-9)	0,62
Cr sérica al diagnóstico, mg/dL	1,2 (0,8-2,1)	1,9 (1,2-3,8)	0,01
TFG al diagnóstico, mL/min	67 (31-109)	28 (15-55)	0,004
Tratamiento de inducción, n (%)			
Glucocorticoides	66 (99)	32 (97)	1,00
Azatioprina	7 (10)	3 (9)	1,00
Rituximab	6 (9)	8 (24)	0,06
Ciclofosfamida	48 (72)	20 (61)	0,36
Metotrexato	11 (16)	3 (9)	0,37
Plasmaféresis	13 (19)	6 (18)	1,00
Tratamiento de mantenimiento, n (%)			
Glucocorticoides	64 (96)	30 (91)	0,39
Azatioprina	46 (69)	21 (64)	0,65
Rituximab	5 (7)	9 (27)	0,01
Ciclofosfamida	4 (6)	2 (6)	1,00
Metotrexato	13 (19)	4 (12)	0,41
Micofenolato de mofetilo	3 (4)	1 (3)	1,00
PRF, puntos	3 (2-3)	2 (2-2)	0,0004
Tiempo de seguimiento, meses	116 (76-169)	50 (21-168)	0,03
Muerte, n (%)	4 (6)	3 (9)	0,68

VAA, vasculitis asociada a ANCA; GPA, granulomatosis con poliangitis; PAM, poliangitis microscópica; ACR/EULAR, *American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism*; BVAS/GW, *Birmingham Vasculitis Activity Score for Granulomatosis with Polyangiitis*; Cr, creatinina; TFG, tasa de filtración glomerular; PRF, Puntuación de Recaídas del Grupo de Estudio Francés de Vasculitis.

Conclusiones: Los factores relacionados con recaídas incluyeron los componentes individuales del PRF; una puntuación mayor se acompañó de mayor riesgo de recaída a tres y cinco años.

Figura 1. Curvas de Kaplan-Meier de supervivencia sin recaídas en toda la cohorte de acuerdo al PRF. (DC006)



DC007

USO DE PREDNISONA Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

F.J. Torres-Quintanilla, E.C. Garza-González, E.A. Garza-López, J.C.L. Riega-Torres, K. Salinas-Zamora, P. Ancer-Rodríguez, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por citocinas proinflamatorias que podrían ser modificadores de la composición corporal. Uno de los fármacos usados con mayor frecuencia en el tratamiento de la AR es la prednisona y su uso prolongado se relaciona con efectos adversos, como un aumento de la masa grasa, una reducción de la masa magra y la adiposidad central. Estos cambios pueden elevar el riesgo de síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares en pacientes con AR.

Objetivo: Evaluar el efecto de la administración de prednisona en la composición corporal y la antropometría en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, comparativo y analítico de casos y controles en una clínica ambulatoria de reumatología. Se incluyó de manera consecutiva a pacientes que cumplieron con los criterios de clasificación de AR según las guías de ACR/EULAR 2010. Se excluyó a las mujeres embarazadas o sujetos con síndromes de sobreposición. Los pacientes con AR que consumían prednisona se emparejaron con pacientes con AR que no habían recibido prednisona en los últimos seis meses para comparar las diferencias en la composición corporal. Se recolectó información demográfica y terapéutica de la enfermedad. Se obtuvo información de la composición corporal de los pacientes con el monitor “InnerScan TANITA BC-533”. Las variables cualitativas se expresaron con frecuencias y porcentajes y se compararon con ji cuadrada. Las variables cuantitativas se describieron con medias y desviación estándar o mediana y percentiles 25° y 75° (p25°-p75°) y se compararon con t de Student o U de Mann-Whitney, según fuera su distribución. Se consideró un valor de p < 0,05 como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 103 pacientes con AR en tratamiento con prednisona y 99 sin administración de prednisona. Las características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. Los pacientes con

AR sin prednisona fueron en promedio más altos que aquellos que sí la consumían (1,56 vs. 1,54 m, p = 0,025). Además, el índice cintura-cadera (ICC) fue mayor en el grupo que consumía prednisona (0,895 vs. 0,857, p = 0,012). El metotrexato fue más prevalente en el grupo de tratamiento con prednisona (78 vs. 60, p = 0,021) (**Tabla 2**).

Conclusiones: Los factores vinculados con recaídas incluyeron los componentes individuales del PRF; una puntuación mayor se acompañó de mayor riesgo de recaída a tres y cinco años.

Bibliografía

1. Toussiro E. The interrelations between biological and targeted synthetic agents used in inflammatory joint diseases, and obesity or body composition. *Metabolites*. 2020;10(3):107.
2. Kerekes G, Nurmohamed MT, González-Gay MA, et al. Rheumatoid arthritis and metabolic syndrome. *Nat Rev Rheumatol*. 2014;10(11):6916.

Tabla 1. Características demográficas y fármacos. (DC007)

Variable	Grupo con prednisona (n = 103)	Grupo sin prednisona (n = 99)	p
Edad, media ± (DE)	51,96 ± 12,789	50,03 ± 13,248	NS
Sexo femenino, n (%)	92 (89,3%)	89 (89,9%)	NS
Dosis de prednisona (mg/día) mediana (p25°-p75°)	5 (2,5-10)	-	-
Metotrexato, n (%)	78 (75%)	60 (60,6%)	0,021
Leflunomida, n (%)	9 (8,7%)	11 (11,1%)	NS
Sulfasalazina, n (%)	3 (2,9%)	2 (2%)	NS
Hidroxicloroquina, n (%)	8 (7,8%)	14 (14,1%)	NS
Azatioprina, n (%)	1 (1%)	-	NS
Otro FARME	4 (3,88%)	12 (12,1%)	0,030

DE, desviación estándar; FARME, fármaco antirreumático modificador de la enfermedad; NS, no significativo.

Tabla 2. Composición corporal. (DC007)

Variable	Grupo con prednisona (n = 103)	Grupo sin prednisona (n = 99)	p
IMC, mediana (p25°-p75°)	28,46 (25,3-33,6)	28,61 (25,3-31,8)	NS
IMC anormal, n (%)	84 (81,6%)	80 (80,8%)	NS
Altura (m), mediana (p25°-p75°)	1,54 (1,48-1,58)	1,56 (1,52-1,60)	0,025
Peso (kg), media ± (DE)	71,26 ± 17,95	69,9 ± 12,75	NS
% Grasa corporal, mediana (p25°-p75°)	36,4 (29,1-43,4)	39,1 (32,2-42,5)	NS
Grasa corporal (kg) mediana (p25°-p75°)	24,1 (18,22-34,62)	27,08 (19,53-32,84)	NS
% Agua, mediana (p25°-p75°)	44,1 (40,10-48,90)	42,6 (40,6-47,0)	NS
Grasa visceral (kg), mediana (p25°-p75°)	9 (6-12)	9 (7-11)	NS
% Masa muscular, mediana (p25°-p75°)	60,69 (54,23-67,26)	58,54 (54,26-64,39)	NS
Masa muscular (kg), mediana (p25°-p75°)	41,20 (36,80-46,10)	41,20 (38-43,90)	NS
Cintura (cm), media (DE)	93,78 ± 18,80	90,97 ± 12,25	NS
Cadera (cm), mediana (p25°-p75°)	103 (94-114,5)	105 (98-111,50)	NS
ICC, mediana (p25°-p75°)	0,895 (0,833-0,949)	0,857 (0,817-0,904)	0,012
Grasa corporal alta, n (%)	60 (58,3%)	68 (68,7%)	NS
Grasa visceral alta, n (%)	20 (19,4%)	12 (12,1%)	NS

DE, desviación estándar; ICC, índice cintura-cadera; NS, no significativo.

DCoo8

PATRONES DE USO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y PEQUEÑAS MOLÉCULAS EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA: DATOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

C. Isnardi¹, P. De Abreu², V. Rivera-Terán³, I. Laurindo⁴, D. Vega-Morales⁵, I. Colunga-Pedraza⁶, M. De la Vega¹, G. Pons-Estel¹, A. Duarte⁴, M. Siqueira⁷, S. Cabrera², G. Ávila², C. Brunengo³, D. Cordovilla², D. Alpízar-Rodríguez²

⁽¹⁾Sociedad Argentina de Reumatología, ⁽²⁾Sociedad Uruguaya de Reumatología, ⁽³⁾Colegio Mexicano de Reumatología, ⁽⁴⁾Sociedad Brasileña de Reumatología, ⁽⁵⁾Clínica 17, IMSS, ⁽⁶⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL, ⁽⁷⁾Sociedad Paraguaya de Reumatología

Introducción: La disponibilidad de fármacos modificadores de la enfermedad (FARME) biológicos (-b) y sintéticos dirigidos (-sd) varía entre los países de Latinoamérica, lo cual afecta la prescripción médica. Además, en los últimos años se han introducido biosimilares y compuestos genéricos.

Objetivo: Describir los patrones de inicio de FARMÉb/sd en pacientes con artritis inflamatoria en cinco países de Latinoamérica y comparar la situación entre ellos.

Material y métodos: Se recopilaron datos de cinco registros de BIOBAD-AMÉRICA (Eventos Adversos de Terapias Dirigidas en Enfermedades Reumáticas) de Latinoamérica, que incluyeron a pacientes de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Para este análisis se incluyó a individuos con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (AP) y espondiloartritis axial (EA) que habían iniciado al menos un FARME-b o -sd hasta octubre de 2023. Se realizó un cuestionario para evaluar la fecha y el número de biosimilares y moléculas pequeñas genéricas comercializadas en cada país.

Resultados: Se incluyó a un total de 7,098 pacientes y 12,337 tratamientos: 5,448 (70,5%) de Argentina, 4,826 (38,4%) de Brasil, 1,085 (14,0%) de México, 706 (9,1%) de Paraguay y 488 (6,3%) de Uruguay. El 74,8% correspondió a mujeres, con una edad media de 50,7 años (SD, 13,3). La AR fue la enfermedad más frecuente (5458, 76,9%), seguida por AP (694, 9,8%) y EA (946, 13,3%). Los biosimilares se introdujeron en México en 2012, en Brasil en 2015 y en Argentina en 2019, incluidos biosimilares de inhibidores del TNF (iTNF) y RTX. En Paraguay y Uruguay solo se han comercializado biosimilares de inhibidores del TNF desde 2016 y 2019, respectivamente. Los genéricos de inhibidores de JAK están disponibles solo en Argentina

desde 2020. Argentina y México tienen una mayor variedad de fármacos. Los iTNF fueron los más prescritos en todos los países, especialmente como primera línea de tratamiento. El abatacept se indicó en un 8,6% de los tratamientos, los inhibidores de JAK (iJAK) original en un 7,4% e IL-6i en un 8,3%, y su frecuencia aumenta como segunda y tercera líneas de tratamiento. La frecuencia de los iTNF originales decreció gradualmente con la introducción de nuevos fármacos en cada país. El iJAK ha aumentado con el tiempo desde su lanzamiento. En Argentina se observó un claro incremento del tofacitinib genérico desde 2020, mientras que la frecuencia de nuevos regímenes con iJAK originales disminuyó (**Figura 1**).

Conclusiones: La disponibilidad de FARME-b/sd difiere entre los países de Latinoamérica. Los iTNF son los más empleados. La inclusión de nuevos fármacos, biosimilares y genéricos ha modificado el patrón terapéutico.

Bibliografía

- Misra DP, Agarwal V. Real-world evidence in rheumatic diseases: relevance and lessons learnt. *Rheumatol Int.* 2019 Mar;39(3):403-416.

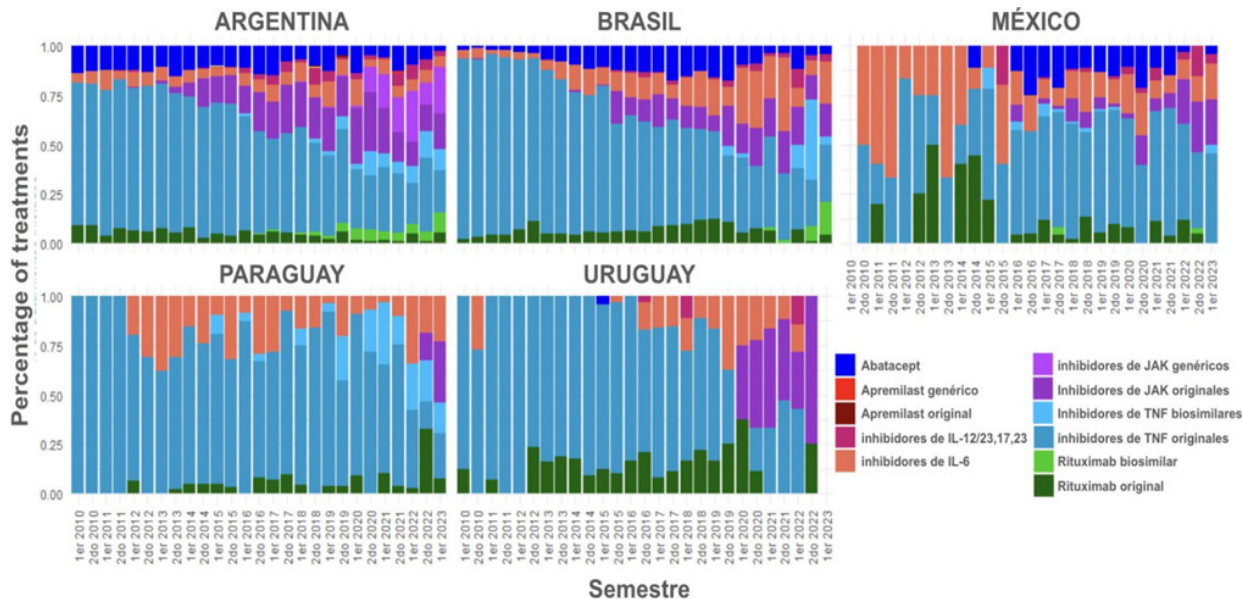
DCoo9

SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTRITIS AXIAL ABARCANDO 15,000 PACIENTES-AÑO DE DATOS DE ESTUDIOS CLÍNICOS

R. Villalobos-Torrijos¹, G.R. Burmester², S.B. Cohen³, A. Deodhar⁴, E. Mysler⁵, A. Rubbert-Roth⁶, Y. Tanaka⁷, K. Winthrop⁸, P. Nakasato⁹, D. Coombs⁸, A. Gara⁸, N. Khan⁸, B. Kovacs⁸, S. Meerwein⁸, J. Curtis⁹

⁽¹⁾MSL Reumatología Abbvie Farmacéuticos S.A de C.V., ⁽²⁾Hospital Universitario Charité, Departamento de Reumatología e Inmunología Clínica, Berlín, Alemania, ⁽³⁾Centro de Investigación Clínica Metroplex, Dallas, Estados Unidos, ⁽⁴⁾Universidad de Ciencias y Salud de Oregón, Portland, Estados Unidos, ⁽⁵⁾Organización Médica de Investigación, Reumatología, Buenos Aires, Argentina, ⁽⁶⁾Clínica Cantonal de St. Gallen, División de Reumatología, St. Gallen, Suiza, ⁽⁷⁾Universidad de Salud Ocupacional y Ambiental, Primer Departamento de Medicina Interna, Kitakyushu, Japón, ⁽⁸⁾AbbVie Inc., North Chicago, Estados Unidos, ⁽⁹⁾Universidad de Alabama en Birmingham (UAB), División de Reumatología e Inmunología Clínica, Birmingham, Estados Unidos

Figura 1. Inicio de nuevos tratamientos con fármacos modificadores de la enfermedad biológicos y sintéticos dirigidos en pacientes con artritis inflamatoria de los diferentes países de 2010 a 2023 de los registros BIOBADAMÉRICA. IL, interleucina; JAK, cinasa Janus; TNF, factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor). (DC008)



Introducción: El upadacitinib (UPA), un inhibidor de JAK oral, ha demostrado eficacia y seguridad en varias enfermedades reumáticas, incluidas la artritis reumatoide (AR), la artritis psoriásica (AP) y la espondiloartritis radiográfica (EA-r) y no radiográfica (EA-nr). La seguridad observada hasta la fecha ha resaltado la necesidad de caracterizar aún más el perfil de seguridad a largo plazo de los inhibidores de JAK individuales en diversas poblaciones de pacientes.

Objetivo: Describir el perfil de seguridad a largo plazo de UPA de 15 mg en todas las indicaciones en reumatología del programa clínico SELECT.

Material y métodos: Se recopilaron datos de seguridad de 11 estudios de fase 3 de UPA en AR (6), AP (2), EA (2; uno de fase 2/3) y EA-nr (1) para este análisis. Los efectos adversos emergentes relacionados con el tratamiento (EAET) durante o luego de la primera dosis del medicamento de estudio y ≤ 30 días después de la última dosis del fármaco de estudio para UPA de 15 mg y MTX, o ≤ 70 días para adalimumab (ADA), se codificaron mediante MedDRA versión 26.0. Los EAET se presentan como tasas de efectos ajustadas por exposición (EAER; efectos/100 pacientes-años [E/100 PA] con intervalos de confianza de 95%). Las muertes, los episodios cardiovasculares, los ETV y las perforaciones gastrointestinales fueron adjudicados por comités independientes cegados a partir de definiciones preestablecidas.

Resultados: En total, 4,998 pacientes (AR, n = 3,209; AP, n = 907; EA, n = 596; EA-nr, n = 286) recibieron ≥ 1 dosis de UPA de 15 mg, con una exposición de 15895,8 PA, la mayor parte de la exposición de los estudios de AR (Tabla 1). La tasa de efectos adversos (EA) que generaron interrupción del fármaco de estudio fue similar entre los grupos de tratamiento y enfermedades, y con UPA de 15 mg, los más frecuentemente notificados de los cuales fueron neumonía (AR; n = 22/459), COVID-19 (AP; n = 7/121), cefalea (EA; n = 3/42), empeoramiento de EA axial y embolia pulmonar (EA-nr; ambos n = 2/20). Las tasas de infección grave e infección oportunista fueron similares entre los grupos de tratamiento y enfermedades, pero mayor con UPA de 15 mg respecto de ADA en AP (Figura 1). La neumonía por COVID-19 fue la infección y el EA grave más común con UPA de 15 mg para todas las enfermedades. El herpes zóster y la elevación de la creatina fosfocinasa (CPK) se notificaron con más frecuencia en UPA de 15 mg en comparación con los comparadores activos en AR y AP. Las tasas de neoplasias malignas, sin incluir el cáncer de piel no melanómico (CPNM), MACE y ETV, fueron similares entre los grupos de tratamiento y enfermedades. Se observaron tasas más altas de CPNM con UPA de 15 mg respecto de los comparadores activos en AR y AP.

Las tasas de manifestaciones extramusculares (MEM), incluidas uveítis y enfermedad inflamatoria intestinal, fueron por lo general bajas en AP, EA y EA-nr con UPA de 15 mg. La causa más común de muerte en todas las enfermedades fue COVID-19/neumonía por COVID-19. Se necesitan datos en condiciones reales para contextualizar y confirmar aún más estos hallazgos, sobre todo para enfermedades con exposición limitada en estudios clínicos.

Conclusiones: Con excepción del herpes zóster, elevación de CPK y CPNM, las tasas de EAET fueron similares entre UPA de 15 mg y los comparadores activos en AR y AP. En AR, AP, EA y EA-nr, el UPA de 15 mg demostró un perfil de seguridad consistente, sin nuevos riesgos de seguridad identificados con el tratamiento a largo plazo, como se muestra en informes previos.

Bibliografía

1. Burmester G, *et al.* Abierto RMD. 2023;9:e002735.
2. Deodhar A, *et al.* Lancet. 2022;400:369-79.
3. Cohen SB, *et al.* Ann Rheum Dis. 2020;80:304-11.
4. Burmester GR, *et al.* Rheumatol Ther. 2022;9:521-39.

DC010

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA CON LA SATISFACCIÓN, ATENCIÓN Y MEDICACIÓN EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G. Serna-Peña, G. García-Arellano, R.I. Arvizu-Rivera, M.F. Ortiz-Nuño, H. Moreno-Dávila, J.A. Cárdenas-De la Garza, J.P. Toledo-Motta, S.S. Heredia-González, F.A. Marín-Muñoz, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por episodios de brotes y remisiones. La falta de adherencia a la medicación es todavía un problema recurrente en el LES, notificado por el 43% al 75% de los pacientes. La escasa observancia del tratamiento aumenta la actividad de la enfermedad y las hospitalizaciones. La satisfacción con la atención y la satisfacción con el tratamiento están poco estudiadas en el LES, así como su influencia en la adherencia del paciente.

Objetivo: Evaluar el efecto de la satisfacción con la atención y el tratamiento oral en la adherencia a la medicación de los pacientes en el LES.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en una consulta externa de reumatología. Se evaluó a pacientes con diagnóstico de LES según los criterios EULAR/ACR 2019, ≥ 18 años y con ≥ 2 seguimientos en el último año. Se excluyeron otras enfermedades inmunomediadas diagnosticadas, excepto los síndromes de Sjögren secundario y antifosfolípido. La adherencia al tratamiento se evaluó con la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-4). La satisfacción con la atención se midió con LupusPRO versión 1.7, y la satisfacción con el tratamiento oral con el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento de la Medicación (TSQM). La calidad de vida se evaluó con LupusQoL. Se evaluó la

Tabla 1. EAET en pacientes tratados con UPA, ADA o MTX en AR, AP, EA y EA-nr. (DC009)

E/100 PA (IC95%) ^a	AR			AP		EA	EA-nr
	UPA 15 mg QD n = 3209	ADA 40 mg EOW n = 579	MTX n = 314 PA = 860,7	UPA 15 mg QD n = 907	ADA 40 mg EOW n = 429	UPA 15 mg QD n = 596	UPA 15 mg QD n = 286 PA = 388,4
	PA = 11661,5	PA = 1787,0		PA = 2823,7	PA = 1368,0	PA = 1022,2	
Cualquier EA	202,0 (199,5, 204,6)	179,2 (173,1, 185,6)	205,6 (196,2, 215,5)	227,2 (221,7, 232,8)	207,2 (199,7, 215,0)	188,4 (180,1, 197,0)	205,2 (191,2, 220,0)
Cualquier EA grave	12,6 (11,9, 13,2)	11,7 (10,2, 13,4)	9,2 (7,3, 11,4)	10,5 (9,3, 11,7)	8,2 (6,7, 9,9)	7,9 (6,3, 9,8)	8,5 (5,8, 11,9)
Cualquier EA que produjo la interrupción del medicamento de estudio	4,6 (4,3, 5,1)	4,5 (3,6, 5,6)	5,8 (4,3, 7,7)	5,0 (4,2, 5,9)	4,4 (3,3, 5,6)	4,1 (3,0, 5,6)	5,1 (3,1, 8,0)
Todas las muertes ^b	0,9 (0,7, 1,1)	0,8 (0,5, 1,4)	0,9 (0,4, 1,8)	0,8 (0,5, 1,2)	0,4 (0,1, 0,9)	0,1 (0,0, 0,5)	0
Muertes emergentes durante el tratamiento ^c	0,6 (0,4, 0,7)	0,4 (0,2, 0,9)	0,1 (0,0, 0,6)	0,6 (0,3, 0,9)	0,2 (0,0, 0,6)	0,1 (0,0, 0,5)	0
Muertes no emergentes durante el tratamiento ^d	0,3 (0,2, 0,4)	0,4 (0,2, 0,8)	0,8 (0,3, 1,7)	0,2 (0,1, 0,5)	0,1 (0,0, 0,5)	0	0

ADA, adalimumab; EA, efecto adverso; E, efecto; EOW, cada dos semanas; PA, pacientes-años; QD, una vez al día; EAET, efecto adverso emergente durante el tratamiento; UPA, upadacitinib.

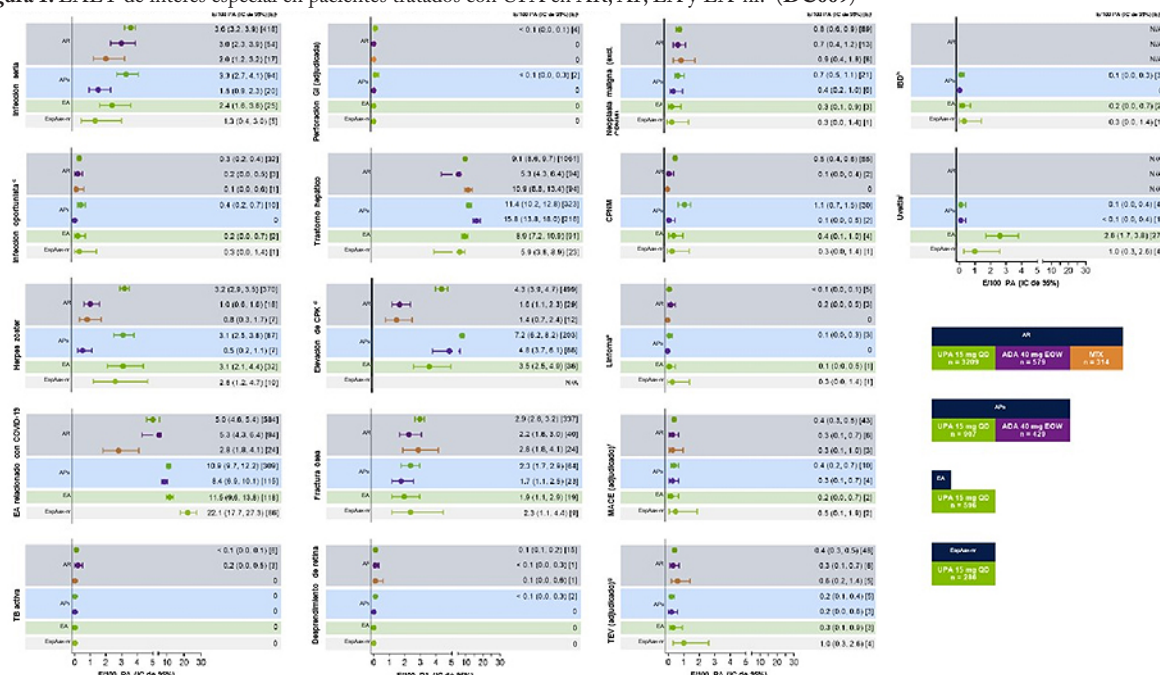
^aLos datos se presentan como EAER definidos como E/100 PA (IC95%) (número de efectos). Los datos de EAER no se censuraron.

^bCon el tratamiento de UPA de 15 mg hubo un total de 103 muertes en AR, 23 en AP, uno en EA y ninguno en EA-nr.

^cDefinido como en o después de la primera dosis del fármaco de estudio y ≤ 30 días después de la última dosis del medicamento de estudio para UPA de 15 mg y MTX o ≤ 70 días para ADA.

^dDefinido como > 30 días después de la última dosis del fármaco de estudio para UPA de 15 mg y MTX o > 70 días para ADA.

Figura 1. EAET de interés especial en pacientes tratados con UPA en AR, AP, EA y EA-nr.^a (DC009)



ADA, adalimumab; EAEI, evento adverso de interés especial; CPK, creatina fosfoquinasa; E, evento; EAET, tasa de eventos ajustada por exposición; MEM, manifestación extra-musculo-esquelética; EOW, cada dos semanas; GI, gastrointestinal; EII, enfermedad inflamatoria intestinal; CPN*, cáncer de piel no melanoma; PA, pacientes-años; CD, una vez al día; TB, tuberculosis; EAET, eventos adversos emergentes durante el tratamiento; UPA, upadacitinib.
 *RA, UPA 15 mg CD (n=3200); ADA 40 mg EOW (n=578); MTX (n=314); APs: UPA 15 mg CD (n=907); ADA 40 mg EOW (n=426); EA: UPA 15 mg CD (n=500); EspA-cr: UPA 15 mg CD (n=296). Los tamaños de muestra de UPA incluyen pacientes que cambiaron de placebo.
 *Los datos se presentan como EAET, definidos como E/100 PA (IC de 95%) [número de eventos]; los datos de EAET no fueron censurados.
 *Las infecciones oportunistas excluyen tuberculosis y herpes zóster.
 *Según el protocolo, la elevación de CPK no se midió en el estudio de EspA-cr.
 *Se incluyen casos de morfología anormal de linfocitos (upadacitinib 15 mg AR [1], APs [3], EA [1] y EspA-cr [1]), ya que este término preferido está incluido en las consultas estandarizadas de MedDRA para linfoma maligno pero no se confirmó que fueran verdaderos linfomas.
 *MACE se definió como infarto al miocardio no mortal, accidente cerebrovascular no mortal y muerte cardiovascular.
 *TEV incluye trombosis venosa profunda (TV) y embolia pulmonar (EP) (mortal y no mortal).
 *La EII incluye enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, proctitis ulcerosa y proctitis. Los datos de EII no se capturaron como un EAEI para AR.
 *La uveítis incluye uveítis, iritis e iridociclitis. Los datos de uveítis no se capturaron como un EAEI para AR.

actividad de la enfermedad en el Índice de Actividad de la Enfermedad del LES 2000 (SLEDAI-2K). Los datos sociodemográficos y clínicos se recuperaron de las historias clínicas. Los pacientes con ≥ 1 punto en MMAS-4 se definieron como no adherentes.

Resultados: Se evaluó a 42 pacientes. En su mayoría eran mujeres (97,6%), desempleados (64,3%) y sin ingresos económicos (Tabla 1). La mediana (rango intercuartílico, RIC) con la atención fue de 100 (RIC, 87,5-100) y la mediana en TSQM fue de 83,33 (RIC, 69,44-93,75). La mediana de la calidad de vida fue de 77,21 (RIC, 60,79-90,63). Los fármacos orales más utilizados fueron los antipalúdicos (92,9%), los esteroides (54,8%) y el micofenolato de mofetilo (33,3%).

De acuerdo con el MMAS-4, el 64,3% de los pacientes no se adhirió al tratamiento. Estos sujetos informaron más efectos adversos del tratamiento y puntuaciones más bajas en el dominio de efectos secundarios por TSQM, en comparación con el grupo adherente. Además, los pacientes no adherentes registraron puntuaciones más bajas en LupusQoL. No se hallaron diferencias entre las puntuaciones de satisfacción con la atención (Tabla 1).

El MMAS-4 se correlacionó negativamente con el dominio de efectos secundarios por TSQM ($\rho = -0,347$, $p = 0,009$) y con la puntuación LupusQoL ($\rho = -0,359$, $p = 0,003$). No se identificó correlación significativa entre el MMAS-4 y la satisfacción con el cuidado ($\rho = -0,045$, $p = 0,744$). Además, el MMAS-4 tuvo una correlación positiva significativa con la educación ($\rho = 0,321$, $p = 0,013$).

Conclusiones: Más de la mitad (64,3%) de los pacientes con LES de esta clínica no cumplían con la medicación según MMAS-4. La satisfacción con la atención fue similar entre los pacientes adherentes y no adherentes. Se informaron más efectos secundarios en los pacientes no adherentes. Además, la falta de observancia tuvo un efecto negativo significativo en la calidad de vida por LupusQoL. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar la falta de adherencia en el LES y los factores relacionados para un mejor tratamiento y control de la enfermedad.

Bibliografía

1. Barr AC, Clowse M, Maheswaranathan M, et al. Association of hurried communication and low patient self-efficacy with persistent

nonadherence to lupus medications. Arthritis Care Res (Hoboken). 2023;75(1):6975. doi: 10.1002/acr.25030.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y características clínicas entre pacientes adherentes y no adherentes con LES. (DC010)

	Adherente n = 15	No adherente n = 27	p
Edad, media (DE)	39,6 ($\pm 17,2$)	37,76 ($\pm 10,59$)	0,648
Género, n (%)			
Mujeres	15 (100)	26 (96,3)	1,00
Hombres	0 (0)	1 (3,7)	
Estado civil, n (%)			0,419
Soltero	8 (53,3)	10 (37)	
Casado	6 (40)	11 (40,7)	
Cohabitación	0 (0)	4 (14,8)	
Divorciado	1 (6,7)	2 (7,4)	
Ocupados, n (%)	6 (40)	9 (33,3)	0,666
Percepción económica (USD), n (%)			0,657
Sin ingresos	9 (60)	17 (63)	
Menos de 290	4 (26,7)	4 (14,8)	
290-600	2 (13,3)	3 (11,1)	
600-1,1150	0 (0)	1 (3,7)	
Más de 1,115	0 (0)	2 (7,4)	
Educación, n (%)			0,036 ¹
Sin estudios	0 (0)	3 (11,1)	
Escuela primaria	4 (26,7)	1 (3,7)	
Liceo	7 (46,7)	5 (18,5)	
Escuela secundaria	2 (13,3)	7 (25,9)	
Universidad	1 (6,7)	3 (11,1)	
Posgraduado	1 (6,7)	8 (29,6)	

Seguridad social, n (%)	5 (33,3)	4 (14,8)	0,242
Duración de la enfermedad (años), media (DE)	8,73 (± 6,48)	11,40 (± 7,44)	0,251
Comorbilidades, n (%)	9 (60)	16 (61,5)	0,963
SLEDAI-2K, mediana (RIC)	1 (0-2)	4 (0-7)	0,116
IDE ≥ 1, n (%)	4 (26,7)	4 (15,4)	0,425
Satisfacción con la atención	100 (87,5-100)	100 (87,5-100)	0,929
Efectos secundarios de los medicamentos, n (%)	3 (20)	15 (55,6)	0,026 ¹
TSQM			
Efectividad, mediana (RIC)	73,33 (25,64)	76,54 (17,52)	0,636
Conveniencia, mediana (IQR)	70,37 (23,53)	68,37 (20,59)	0,767
Efectos secundarios medianos (RIC)	100 (100-100)	65,62 (54,68-100)	0,005 ²
Satisfacción global, media (DE)	81,38 (14,43)	78,25 (17,49)	0,561
LupusQoL			
Físico, mediana (RIC)	87,5 (78,13-93,75)	78,13 (65,63-84,38)	0,054
Dolor mediano (RIC)	100 (83,33-100)	83,33 (58,33-91,67)	0,036 ²
Planificación mediana (RIC)	100 (83,33-100)	75 (58,3310-0)	0,019 ²
Relación íntima, mediana (RIC)	100 (75-100)	87,50 (50-100)	0,169
Carga para los demás, mediana (RIC)	91,67 (33,33-100)	58,33 (25-83,33)	0,083
Emocional, mediana (RIC)	83,33 (66,67-100)	79,17 (54,17-87,50)	0,055
Imagen corporal, mediana (RIC)	100 (70-100)	90 (60-100)	0,345
Fatiga mediana (RIC)	75 (62,50-100)	62,5 (43,75-81,25)	0,030 ²
Total, mediana (RIC)	81,99 (76,64-97,27)	69,51 (56,51-82,44)	0,015 ²

DS: desviación estándar, SLEDAI-2K: Índice de actividad de la enfermedad de LES 2000, RIC: rango intercuartil, SDI: Índice de daño de las Clínicas colaboradoras internacionales de lupus sistémico/Colegio Americano de Reumatología, TSQM: Cuestionario de satisfacción del tratamiento con medicación, LupusQoL: calidad de vida en pacientes con lupus

¹Prueba de Chi-cuadrado

²Prueba U de Mann-Whitney

DC011

ESTRUCTURA DE LAS MOTIVACIONES QUE DETERMINAN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: UN ANÁLISIS BIOÉTICO

V. Pascual-Ramos¹, I. Contreras-Yáñez¹, G.A. Guaracha-Basáñez¹, D.M. Padilla-Ortiz²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Reumatika, Centro de excelencia en Reumatología

Introducción: La toma de decisiones sobre el tratamiento en pacientes con enfermedades reumáticas (ER) es un proceso cognitivo complejo, dinámico, contextual e influido por numerosos factores y en el cual las condiciones para el ejercicio de los principios bioéticos tienen un papel protagónico.

Objetivo: Definir la estructura de las razones que inducen la toma de decisiones sobre el tratamiento en pacientes con ER en diferentes contextos clínicos y analizar los resultados desde una perspectiva bioética.

Material y métodos: El estudio recibió aprobación del CEI y se desarrolló en la consulta externa de reumatología de una institución de tercer nivel de atención de la Ciudad de México, a cargo de 14 reumatólogos certificados y 10 en formación (RF), entre febrero de 2023 y abril de 2024.

Se incluyó a los pacientes con una ER definida y una consulta programada. Una vez finalizada esta última, se solicitó al médico tratante completar un cuestionario (previa validez de apariencia y contenido y prueba piloto) acerca de haber indicado la primera opción de tratamiento (PO) o la segunda (SO)

y que seleccionara de una lista todas las razones que habían influido en su elección (**Tabla 1**). El médico también estableció el grado de actividad de la ER (remisión/actividad). Se definió PO cuando el médico tratante consideró que estaba por encima de otras opciones (“era la mejor”).

Se usó análisis factorial exploratorio con rotación de Varimax para identificar los factores (y las razones que los integraron) que definieron la decisión del tratamiento. El análisis se realizó para la toma de decisiones en general, para la PO y el SO, para las de los reumatólogos certificados y en formación y para pacientes en remisión y con actividad.

Tabla 1. Razones señaladas por los reumatólogos para la selección del tratamiento. (DC011)

Características sociodemográficas (edad, grado de educación, etc.)
Preferencia del paciente
Presencia de comorbilidades
Antecedente de intolerancia o efectos adversos
Desabasto en el instituto: falta de disponibilidad en la farmacia institucional
Desabasto en el instituto: falta de disponibilidad el día de la consulta
Incertidumbre sobre el futuro abasto para continuar el esquema indicado el tiempo necesario
Desabasto nacional
Acceso a través de un sistema de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.)
Acceso al sistema de gratuidad del instituto
Motivos económicos, el paciente puede costearlo
Evidencia científica sólida de la efectividad del tratamiento
Concuerda con las recomendaciones nacionales/internacionales
Tengo experiencia con este esquema

Resultados: Se analizaron 703 decisiones de tratamiento, que correspondían al mismo número de encuentros médico-paciente. En general, los pacientes fueron mujeres (n = 601, 85,5%) adultas (mediana de edad, 51 años) y con 15 años de duración de la enfermedad. Los tres diagnósticos más frecuentes fueron LEG (n = 273, 39%), AR (n = 252, 36%) y esclerosis sistémica (n = 24, 3%).

La **Figura 1** resume los factores y las razones que los integraron, la carga y el porcentaje de la varianza explicada, en los diferentes contextos. Se identificaron cuatro factores principales, con leves variaciones en su carga en los distintos contextos. El primer factor se integró con las razones de desabasto e incertidumbre ante el futuro desabasto, lo cual vulnera el principio de justicia distributiva. El segundo factor se integró con motivaciones relacionadas con aspectos sociodemográficos, clínicos y las preferencias del paciente, las cuales son una expresión del principio de autonomía. El tercer factor se integró con razones relacionadas con accesibilidad y asequibilidad a la atención médica, las cuales modifican los principios de beneficencia y justicia. El último factor se integró con razones vinculadas con la medicina basada en evidencias y la experiencia del médico; ambas afectan a los principios de beneficencia y no maleficencia. Se observaron algunas variaciones sobre la estructura propuesta en los contextos de SO, reumatólogos certificados y reumatólogos en formación.

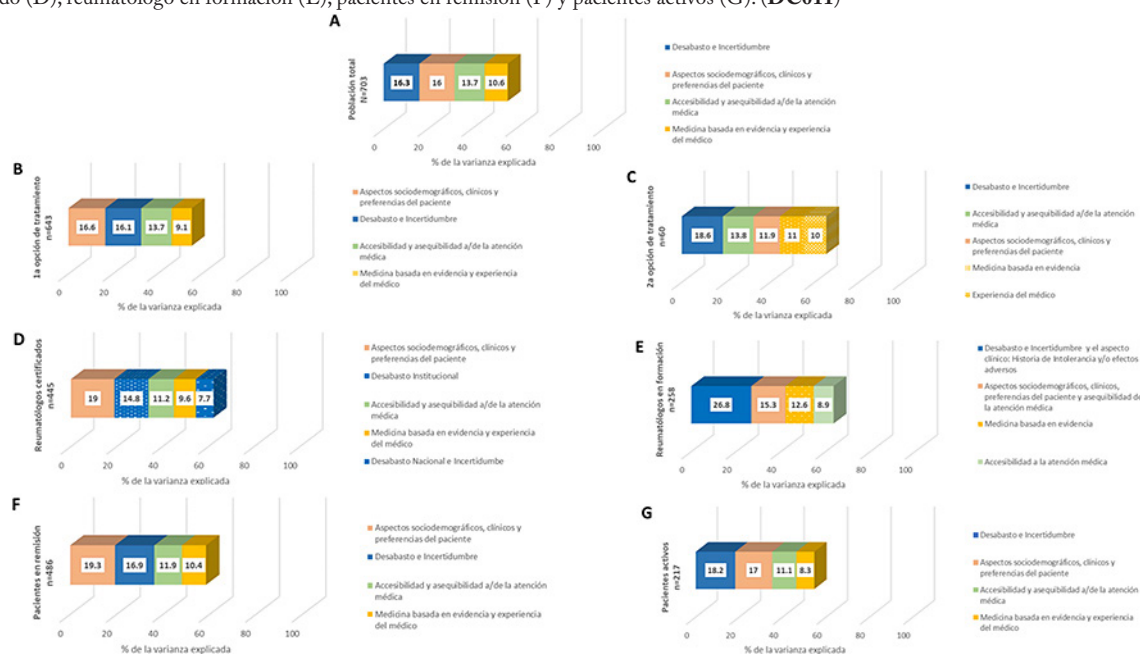
Conclusiones: La toma de decisiones sobre el tratamiento en pacientes con ER se estructura con base en factores y razones que alteran el ejercicio o la vulneración de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Destaca la vulneración del principio de justicia como un factor determinante.

DC012

ALTERACIONES CARDIACAS SUBCLÍNICAS EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON ARTRITIS REUMATOIDE: UN LLAMADO AL TAMIZAJE PRECOZ

A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, O.A. Garza-Flores, A. Domínguez-Guerra, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpiri-López, V.M. Fraga-Enríquez
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Figura 1. Estructura factorial de la toma de decisiones sobre el tratamiento en los diferentes contactos clínicos. La figura resume los factores y las razones que los integraron, la carga y el porcentaje de la varianza explicada en los diferentes contextos: decisión de tratamiento (A), PO (B), SO (C), reumatólogo certificado (D), reumatólogo en formación (E), pacientes en remisión (F) y pacientes activos (G). (DC011)



Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica relacionada con un mayor riesgo cardiovascular (CV) que afecta predominantemente a mujeres de 35 a 45 años, una edad caracterizada por la disminución estrogénica vinculada con la menopausia. Los estudios en población general han demostrado un aumento del remodelado ventricular y disfunción cardíaca subclínica en pacientes posmenopáusicas. Estos factores podrían contribuir a que las mujeres con AR en esta etapa sean más vulnerables a desarrollar insuficiencia cardíaca con fracción de expulsión preservada (ICFEP), lo que las hace más susceptibles a sufrir episodios CV mayores.

Objetivo: Determinar si las mujeres con AR posmenopáusicas tienen una mayor prevalencia de alteraciones cardíacas subclínicas en comparación con las premenopáusicas.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a mujeres con AR de 30 a 75 años que cumplieran con los criterios de ACR/EULAR 2010, excluidas aquellas con enfermedad CV previa, embarazo y síndrome de sobrepeso. Se realizó ecocardiograma transtorácico en todos los participantes. La evaluación ecocardiográfica incluyó el índice de masa del ventrículo izquierdo (IMVI), el grosor parietal relativo (GPR), la excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (ESPA) y la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI). La disfunción diastólica subclínica se definió de acuerdo con la clasificación de la American Heart Association del 2016 y la disfunción sistólica subclínica del VI como un strain longitudinal global (SLG) > -18%. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad. Las comparaciones se realizaron con las pruebas ji cuadrada, t de Student o U de Mann-Whitney, según correspondiera. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 120 pacientes con AR: 74 posmenopáusicas y 46 premenopáusicas. La edad media fue de $58 \pm 7,3$ y $48,8 \pm 9,3$ años, respectivamente ($p \leq 0,001$). Se encontraron diferencias relevantes en los factores de riesgo CV habituales (Tabla 1). El índice de masa del ventrículo izquierdo fue significativamente mayor en las posmenopáusicas (82,5 vs. 66,1, $p = 0,003$). La mayoría de las mujeres premenopáusicas tenía una función diastólica normal (60,8%, $p = 0,009$), en contraste con las posmenopáusicas, que mostraron predominantemente una función diastólica seudonormal (59,7%, $p = 0,03$). No se identificaron diferencias significativas en el remodelado ventricular ni en la disfunción sistólica subclínica.

Conclusiones: Este estudio muestra un mayor índice de masa ventricular izquierda y una prevalencia aumentada de disfunción diastólica subclínica en mujeres posmenopáusicas con AR, en comparación con las premenopáusicas.

Estos hallazgos destacan la importancia de la evaluación y tamizaje temprano con ecocardiograma transtorácico para prevenir futuros episodios CV en esta población.

Bibliografía

1. Zhao Z, Wang H, Jessup JA, *et al.* Role of estrogen in diastolic dysfunction. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology.* 2014 Mar 1;306(5):H628-40.
2. Maiello M, Cecere A, Ciccone MM, *et al.* Early diagnosis of subclinical left ventricular dysfunction in postmenopausal women with rheumatoid arthritis. *Clinical Physiology and Functional Imaging.* 2023 May 2;43(5):313-7.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y del ecocardiograma. (DC012)

Variables	Pacientes posmenopáusicas (n = 74)	Pacientes premenopáusicas (n = 46)	p
Edad, años, \pm DE	$58 \pm 7,3$	$48,8 \pm 9,3$	< 0,001
Factores de riesgo CV			
Diabetes, n (%)	14 (18,9)	7 (15,2)	0,60
Hipertensión, n (%)	30 (40,5)	10 (21,7)	0,03
Dislipidemia, n (%)	41 (55,4)	15 (32,6)	0,01
Tabaquismo activo, n (%)	2 (2,7)	5 (10,8)	0,01
Obesidad, n (%)	19 (25,6)	14 (30,4)	0,57
Características clínicas			
Tiempo de evolución, años, mediana (RIC)	5,5 (2,0-12,8)	7,9 (3,0-13,7)	0,22
DAS28-PCR, \pm DE	$3,3 \pm 2,4$	$3,7 \pm 1,2$	0,38
DAS28-VSG, \pm DE	$4,0 \pm 1,3$	$4,6 \pm 2,4$	0,03
Tratamiento			
Metotrexato, n (%)	57 (77)	38 (82,6)	0,54
Glucocorticoides, n (%)	41 (55,4)	26 (56,5)	0,90
FARME biológicos, n (%)	13 (17,5)	9 (19,5)	0,78

VI, características geométricas			
Índice de masa del VI, mediana (RIC)	82,5 (68,1-111,1)	66,1 (60,0-82,4)	0,003
GPR, mediana (RIC)	0,41 (0,35-0,47)	0,40 (0,35-0,47)	0,94
VI, clasificación de remodelado			
Normal, n (%)	48 (64,8)	24 (52,1)	0,16
Remodelado concéntrico, n (%)	19 (25,6)	19 (41,3)	0,07
Hipertrofia concéntrica, n (%)	7 (9,4)	1 (2,1)	0,12
Hipertrofia excéntrica, n (%)	2 (2,7)	1 (2,1)	0,84
Disfunción diastólica subclínica			
Normal, n (%)	27 (36,4)	28 (60,8)	0,009
Seudonormal, n (%)	39 (52,7)	15 (32,6)	0,03
PRR, n (%)	5 (6,7)	3 (6,5)	0,96
PRI, n (%)	2 (2,7)	0 (0)	0,26
Disfunción sistólica subclínica			
ESPAT, mediana (RIC)	22 (19,5-25)	22 (21-24)	0,94
FEVI, media ± DE	61,4 ± 4,8	60,6 ± 4,6	0,34
SLG, media ± DE	-20,7 ± 2,5	-20,4 (2,4)	0,45
DSS, n (%)	60 (81)	38 (82,6)	0,83

CV, cardiovascular; DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; DAS28-PCR, Índice de Actividad de la Enfermedad en 28 articulaciones con Cálculo de la Proteína C Reactiva; DAS28-VSG, Índice de Actividad de la Enfermedad en 28 articulaciones basado en la Velocidad de Sedimentación Globular; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; VI, ventrículo izquierdo; GPR, grosor parietal relativo; PRR, patrón restrictivo reversible; PRI, patrón restrictivo irreversible; ESPAT, excursión sistólica del plano anular tricuspídeo; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; SLG, strain longitudinal global; DDS, disfunción diastólica subclínica.

DC013

EFICACIA DE LA CALCULADORA PREVENT EN LA DETECCIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES INFLAMATORIAS

V. González-González, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpíri-López, R.I. Arvizu-Rivera
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR), el lupus eritematoso sistémico (LES) y la artritis psoriásica (AP) son enfermedades autoinmunitarias heterogéneas con afectación cardiovascular establecida en relación con un mayor riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca (IC). Los estudios han demostrado un mayor riesgo de IC en los pacientes reumatológicos en comparación con la población general; sin embargo, el riesgo calculado varía de acuerdo con los estudios. PREVENT es la primera calculadora de riesgo cardiovascular que prevé el riesgo de IC.

Objetivo: Evaluar el rendimiento de la novedosa calculadora de riesgo cardiovascular PREVENT para detectar IC subclínica en pacientes con enfermedades autoinmunitarias inflamatorias.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal que incluyó a pacientes con AR, LES y AP de una clínica preventiva de cardiología-reumatología en un hospital de tercer nivel. Esta cohorte agrupó a pacientes de 30 a 79 años que cumplieran los criterios de clasificación ACR/EULAR/CASPAR para el diagnóstico de AR, LES y AP, respectivamente. Los criterios de exclusión incluían un diagnóstico previo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, síndromes de sobreposición o embarazo. El riesgo de insuficiencia cardiaca se evaluó mediante la nueva calculadora PREVENT a 10 años y los pacientes se clasificaron como de alto riesgo si tenían ≥ 20%. El resultado se multiplicó por 1,5 según las recomendaciones de la EULAR 2015/2016 en los pacientes con AR. Un cardiólogo certificado realizó un ecocardiograma transtorácico a todos los participantes. La

distribución se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Los resultados se muestran como frecuencias (%) para las variables cualitativas y media ± DE o mediana (p25°-p75°) según fuera la distribución de las variables cuantitativas. Se utilizó el coeficiente kappa de Cohen para evaluar la concordancia entre el ecocardiograma transtorácico y el algoritmo PREVENT para detectar la IC subclínica.

Resultados: Se incluyó a 238 pacientes con enfermedades reumáticas, en su mayoría mujeres (n = 204, 85,7%) con una edad media de 52,8 ± 10,1 años. Las características demográficas y clínicas se muestran en la **Tabla 1**. La calculadora PREVENT clasificó a 4 (1,6%) pacientes de las tres enfermedades reumatológicas en la categoría de alto riesgo. Mediante ecocardiografía se identificó a 144 (60,5%) pacientes con IC subclínica. El análisis kappa reveló una ligera concordancia en los pacientes con AR (k = 0,033) y una escasa concordancia en los pacientes con LES (k = -0,049) entre el algoritmo PREVENT y el ecocardiograma para la clasificación de los pacientes con IC subclínica de alto riesgo. No se identificó concordancia en los pacientes con AP.

Conclusiones: Este estudio demuestra que el algoritmo de riesgo PREVENT no detectó una elevada proporción de pacientes con IC subclínica y no existe concordancia entre ambos métodos. La ecocardiografía como parte de la evaluación cardiovascular puede ayudar a reconocer a los pacientes con enfermedades reumatológicas e IC subclínica.

Bibliografía

1. Kim CH, Al-Kindi SG, Jandali B, *et al*. Incidence and risk of heart failure in systemic lupus erythematosus. *Heart*. 103(3):227-233. DOI: 10.1136/heartjnl-2016-309561.
2. Ahlers, MJ, Lowery BD, Farber-Eger E, *et al*. Heart failure risk associated with rheumatoid arthritis-related chronic inflammation. *J Am Heart Assoc*. 2020;9(10). DOI:10.1161/jaha.119.014661.
3. Verhoeven F, Prati C, Demougeot C, *et al*. Cardiovascular risk in psoriatic arthritis, a narrative review. *Joint Bone Spine*. 2020;87(5):413-418. DOI: 10.1016/j.jbspin.2019.12.004.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedades reumáticas. (DC013)

Variables	Pacientes con AR (n = 152)	Pacientes con AP (n = 41)	Pacientes con LES (n = 45)
Edad, años, ± DE	55,5 ± 9,2	52,6 ± 8,9	44,6 ± 9,2
Mujeres, n (%)	142 (93,4)	23 (56,1)	39 (86,7)
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	23 (15,1)	6 (14,6)	3 (6,7)
Hipertensión arterial, n (%)	51 (33,6)	11 (26,8)	10 (22,2)
Dislipidemia, n (%)	57 (37,5)	19 (46,3)	6 (13,3)
Tabaquismo activo, n (%)	14 (9,2)	12 (29,3)	7 (15,6)
Duración de la enfermedad, años, mediana (p25-p75)	7,0 (3,0-14,0)	7,0 (2,0-14,0)	7,0 (4,0-11,8)
DAS28-PCR, ± DE	3,2 ± 1,3	-	-
DAPSA, mediana (p25-p75)	-	13,6 (6,5-26,0)	-
SLEDAI, mediana (p25-p75)	-	-	8,0 (2,0-10,0)
PREVENTTM, %, mediana (p25°-p75°)	3,1 (1,6-7,0)	2,3 (1,1-5,4)	0,7 (0,3-2,1)
Clasificación de riesgo, n (%)	-	-	-
Riesgo bajo	99 (65,6)	29 (74,4)	36 (87,8)
Riesgo limítrofe	19 (12,6)	5 (12,8)	4 (9,8)
Riesgo intermedio	30 (19,9)	5 (12,8)	0 (0,0)
Riesgo alto	3 (2,0)	0 (0,0)	1 (2,4)
Insuficiencia cardiaca subclínica, n (%)	94 (61,8)	23 (56,1)	27 (60,0)
DD subclínica, n (%)	16 (10,5)	9 (22,0)	13 (28,9)
DD subclínica, n (%)	88 (57,9)	19 (46,3)	16 (35,6)

AR, artritis reumatoide; AP, artritis psoriásica; LES, lupus eritematoso sistémico; DE, desviación estándar; DAS28-PCR, Puntuación de actividad de la enfermedad de 28 articulaciones basada en la proteína C reactiva; DAPSA, Actividad de la enfermedad en la artritis psoriásica; SLEDAI, Índice de actividad de la enfermedad del lupus eritematoso sistémico; PREVENTTM, Predicting risk of cardiovascular disease EVENTS; DD, disfunción diastólica; SD, disfunción sistólica.

DC014

PACIENTES HISPANOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y OBESIDAD TIENEN ÍNDICES DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD MÁS BAJOS

H. Moreno-Dávila, R.I. Arvizu-Rivera, G. Serna-Peña, G. García-Arellano, M.F. Ortiz-Nuño, J.A. Cárdenas-De la Garza, J.P. Toledo-Motta, S.S. Heredia-González, F.A. Marín-Muñoz, F.X. Moreno-Acuña, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La obesidad y el sobrepeso son afecciones comunes en pacientes con enfermedades reumáticas, incluido el lupus eritematoso sistémico (LES). La obesidad incrementa la morbilidad y tiene un efecto negativo en la calidad de vida en el LES. Pocos estudios han identificado la obesidad como un factor de riesgo para los brotes de LES, pero la influencia del índice de masa corporal (IMC) en la actividad de la enfermedad del LES aún no es clara.

Objetivo: Evaluar si los pacientes con LES y obesidad o sobrepeso tienen mayor actividad de la enfermedad que los pacientes con IMC normal.

Material y métodos: Estudio transversal en una clínica ambulatoria de reumatología. Se incluyó a pacientes hispanos ≥ 18 años con diagnóstico de LES según los criterios EULAR/ACR 2019, con ≥ 2 seguimientos y un IMC ≥ 18 . No participaron aquellos con embarazo y síndromes de superposición (excepto los síndromes de Sjögren y antifosfolípidos secundarios). Los síntomas de depresión y ansiedad se evaluaron mediante la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y la fatiga autopercebida mediante la Evaluación funcional de la terapia de enfermedades crónicas (FACIT). Se evaluó la actividad de la enfermedad con el Índice de actividad de la enfermedad de LES 2000 (SLEDAI-2K) y la Evaluación global del médico (PGA). Los pacientes se dividieron en tres grupos de acuerdo con el IMC: normal (18-24,99), sobrepeso (25-29,99) y obesos (≥ 30). Las comparaciones entre grupos se evaluaron a través de las pruebas ji cuadrada, Kruskal-Wallis o ANOVA unidireccional, según fuera apropiado. Las correlaciones se realizaron mediante la prueba de Spearman. Un valor $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se evaluó a 159 pacientes, de los cuales 55 fueron elegibles para el análisis. Todos los pacientes eran mujeres, con una edad media (\pm) de 41,02 (13,87) años. Veintidós (40%) mujeres ya habían experimentado la menopausia. La mediana (rango intercuartílico, RIQ) de duración de la enfermedad fue de 6 años (RIQ, 1-12) y la mediana de SLEDAI-2K fue de 0 (RIQ, 0-2). La mayoría de los pacientes tomaba antipalúdicos ($n = 51/92,7\%$) y esteroides ($n = 35/63,6\%$). La comorbilidad más común fue la hipertensión ($n = 13 / 23,6\%$).

Según el IMC, 24 (43,6%) pacientes tenían peso normal, 14 (25,5%) sobrepeso y 17 (30,9%) obesidad. Se encontró una diferencia significativa en las puntuaciones de SLEDAI-2K y los síntomas de ansiedad entre los grupos; los pacientes con IMC normal tuvieron puntuaciones más altas en la escala SLEDAI-2K ($p = 0,010$) y más síntomas de ansiedad según la escala HADS ($p = 0,045$). La prueba de Spearman mostró correlaciones positivas significativas entre el IMC y la edad ($\rho = 0,286, p = 0,034$). Se identificaron correlaciones negativas entre el IMC con SLEDAI-2K ($\rho = -0,402, p = 0,002$), la dosis de esteroides ($\rho = -0,281, p = 0,038$) y la ansiedad ($\rho = -0,271, p = 0,045$).

Conclusiones: La mitad de los pacientes con LES de esta clínica sufría sobrepeso u obesidad. Al contrario de la hipótesis de los autores, los pacientes con mayor IMC tuvieron menor actividad de la enfermedad medida con SLEDAI-2K. Se requieren más estudios para evaluar la influencia del peso en la actividad de la enfermedad. Este estudio destaca la necesidad de un abordaje multidisciplinario en individuos con LES.

Bibliografía

- Borg A, Lindblom J, Gómez A, *et al.* Obesity is associated with pain and impaired mobility despite therapy in systemic lupus erythematosus. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1247354. doi: 10.3389/fmed.2023.1247354.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos. (DC014)

	IMC 18-24,99 (n = 24)	IMC 25-29,99 (n = 14)	IMC ≥ 30 (n = 17)	P
Edad, media (DE)	36,46 ($\pm 13,01$)	46,86 ($\pm 13,30$)	42,65 ($\pm 14,08$)	0,068
Duración de la enfermedad (años), mediana (RIC)	5(0,55-0,75)	5 (0,66-20,25)	9 (4,5-15,5)	0,248
Ocupados, n (%)	8 (33,3)	2 (14,3)	4 (23,5)	0,419
Menopausia, n (%)	8 (33,3)	8 (57,1)	6 (35,3)	0,314
Descendencia, n (%)	18 (75)	13 (92,9)	13 (76,5)	0,376
Antipalúdicos, n (%)	24 (100)	13 (92,9)	14 (82,4)	0,100
Tratamiento con esteroides, n (%)	18 (75)	9 (64,3)	8 (47,1)	0,186
Tratamiento inmunosupresor, n (%)	13 (54,2)	9 (64,3)	15 (88,2)	0,070
Estatinas, n (%)	15 (70,8)	5 (35,7)	7 (52,9)	0,108
DM2, n (%)	2 (8,3)	0 (0)	1 (5,9)	0,549
IRT, n (%)	5 (20,8)	1 (7,1)	1 (5,9)	0,282
Hipertensión, n (%)	7 (29,2)	1 (7,1)	5 (29,4)	0,243
SLEDAI-2K, mediana (RIC), n (%)	2 (0-4)	0,5 (0,0-2,50)	0 (0-0)	0,0101
PGA, mediana (IQR)	1 (0-1,5)	0 (0-1)	1 (0-1)	0,111
HADS-ansiedad, mediana (IQR)	5,5 (0-9,75)	6,5 (0-13,25)	0 (0-4)	0,0451
HADS-depresión, mediana (IQR)	0 (0-1)	0 (0-4,25)	0 (0-0)	0,272
FACIT-fatiga, mediana (IQR)	48 (38,25-52)	49 (46-52)	49 (47,5-52)	0,246

DC015

EXPRESIÓN DEL RECEPTOR IGF-1 EN LEUCOCITOS DE PACIENTES CON ESPONDILoarTRITIS

N. Romero-López¹, H.A. Romero-García¹, S. Sánchez-Pérez¹, A.M. Villaseñor-García², I.I. Ortega-Mejía³, J.L. Prieto-Chávez², J.C. Casasola-Vargas¹, C. Gómez-Ruiz⁴, M.L. Domínguez-López¹, R. Burgos-Vargas³, J.P. Romero-López⁴

⁽¹⁾Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, IPN, ⁽²⁾Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, ⁽³⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽⁴⁾FES Iztacala, UNAM

Introducción: La espondiloartritis juvenil se distingue de la espondiloartritis de inicio en adultos por la rareza de la afectación axial y la tendencia a desarrollar formas más graves de la enfermedad en pacientes con síntomas que comienzan antes de los 16 años. Si se considera que esta variante juvenil podría relacionarse con factores de crecimiento óseo propios de la infancia y adolescencia, resulta pertinente investigar el papel del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) en la respuesta inflamatoria característica de la enfermedad. La señalización del receptor IGF-1 (IGFR-1) ha demostrado contribuir a la inflamación mediada por células T en otros tipos de artritis inflamatoria, lo que facilita un cambio fenotí-

pico en las células T hacia un perfil Th17, lo que inhibe la acción antiinflamatoria de las células T reguladoras (Treg). En consecuencia, los factores de crecimiento como IGF-1 e IGFR-1 podrían estar intrínsecamente relacionados con la inflamación y la osteoproliferación características de la espondiloartritis.

Objetivo: Evaluar la expresión del receptor de IGF-1 (IGFR-1) en linfocitos T, Tgd, NK y NKT de pacientes con espondiloartritis de inicio juvenil y adulto.

Material y métodos: Se incluyó a 13 pacientes con espondiloartritis (EA), clasificados de acuerdo con los criterios de ASAS, atendidos en el Hospital General de México. Se registraron variables clínicas como edad, tiempo de evolución, ASDAS, PCR, VSG y BASDAI y además se tomaron muestras de sangre de 10 mL. A través de citometría de flujo espectral de sangre total se evaluaron las frecuencias de granulocitos, linfocitos totales, linfocitos T CD4+ y CD8+, así como la expresión del receptor del factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGFR-1) en estas poblaciones y la frecuencia de células IGFR-1+. Los resultados se compararon con muestras de sujetos sanos y correlacionaron con las variables clínicas.

Resultados: Se registraron diferencias significativas en la expresión de IGFR-1 en los linfocitos T CD4+ entre pacientes y controles ($p = 0,05$). Además, hubo un aumento significativo del porcentaje de linfocitos totales positivos para IGFR-1 ($p = 0,0175$). También se identificó una correlación positiva entre el tiempo de evolución de la enfermedad y la expresión de IGFR-1 en los linfocitos totales.

Conclusiones: Los pacientes con EA tienen una mayor expresión de IGFR-1 en los linfocitos T CD4+ y un aumento del porcentaje de linfocitos positivos para IGFR-1, lo que sugiere una posible participación de esta vía en la patogenia de la enfermedad.

Bibliografía

- DiToro D, *et al.* Insulin-like growth factors are key regulators of t helper 17-regulatory t cell balance in autoimmunity. *Immunity*. 2020;52(4):650. Available at: <https://doi.org/10.1016/J.IMMUNI.2020.03.013>.
- Romero-López JP, *et al.* Inflammatory foot involvement in spondyloarthritis: from tarsitis to ankylosing tarsitis. *Frontiers in Medicine*. 2021;8:1727. Available at: <https://doi.org/10.3389/FMED.2021.730273/BIBTEX>.

DC016

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UNA COHORTE PEDIÁTRICA CON MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDO

V. Baca-Ruiz¹, D. Hernández-López¹, M.A. Villasís-Keever², S. González-Muñiz³, M.R. Arcos-Cruz⁴

⁽¹⁾Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, ⁽²⁾Unidad de Investigación en Análisis y Síntesis de Evidencia, Centro Médico Nacional Siglo XXI, ⁽³⁾Hospital General Regional 6 Madero, Tamaulipas, ⁽⁴⁾Hospital General Naval de Alta Especialidad

Introducción: Los criterios actualizados de Sapporo para el síndrome de antifosfolípidos (SAF) incluyen trombosis, morbilidad obstétrica y títulos persistentes de anticuerpos antifosfolípidos (AAF). Sin embargo, no consideran manifestaciones clínicas “no trombóticas” como las hematológicas, neurológicas, renales, cutáneas y cardíacas. Se ha sugerido que en niños con AAF, las manifestaciones “no trombóticas”, en particular las hematológicas, son más comunes que la trombosis. Por ello se ha propuesto incluirlas en los criterios de clasificación del SAF pediátrico. No obstante, la evidencia actual es limitada para justificar su incorporación.

Objetivo: Evaluar la evolución clínica a largo plazo de una cohorte de pacientes pediátricos con manifestaciones hematológicas vinculadas con anticuerpos antifosfolípidos.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en una cohorte de pacientes pediátricos con manifestaciones hematológicas relacionadas con AAF (aCL, aβ2GPI o AL), entre abril de 1995 y agosto de 2024. La cohorte incluyó a pacientes menores de 18 años diagnosticados con trom-

bocitopenia ($< 100\ 000$), anemia hemolítica o síndrome de Evans. Todos cumplieron con los criterios de laboratorio de los criterios revisados de Sapporo. Se excluyó a aquellos con cuatro o más criterios de lupus eritematoso sistémico (LES) según los criterios del ACR. Se recopilaron prospectivamente datos demográficos, clínicos, tratamientos y datos serológicos, incluidos ANA, anti-DNA, Sm, RNP, Ro y La, así como los valores de C3 y C4. El seguimiento de pacientes que se transfirieron a reumatología de adultos a los 18 años se realizó mediante entrevistas de seguimiento o la revisión de los expedientes electrónicos. El análisis estadístico descriptivo incluyó medidas de tendencia central y dispersión y se utilizaron las pruebas ji cuadrada y t de Student para la comparación entre grupos. Se calculó el tiempo para desarrollar LES o SAF mediante curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: La cohorte consistió en 39 pacientes, de los cuales 30 (76,9%) eran mujeres. La edad promedio al inicio de la manifestación hematológica fue de $11,1 \pm 2,5$ años (intervalo, 5-16), con un tiempo de seguimiento de $9,7 \pm 7,7$ años (intervalo, 1,33-28,75). Veintisiete pacientes (69%) tuvieron trombocitopenia, 7 (18%) anemia hemolítica autoinmunitaria (AHA) y 5 (13%) síndrome de Evans. Cuatro pacientes con AHA y dos con trombocitopenia evolucionaron a síndrome de Evans. De los 39 pacientes, 9 (23%) desarrollaron LES o SAF: dos satisficieron los criterios de SAF de 2023 ACR/EULAR, cuatro los criterios de LES del ACR y dos presentaron ambos diagnósticos en un lapso promedio de $8,9 \pm 7,58$ años (intervalo, 2,7-19,6). Entre los pacientes que desarrollaron SAF, uno sufrió SAF catastrófico, tres desarrollaron trombosis venosa profunda y uno experimentó morbilidad obstétrica, aunque no cumplió con los criterios de SAF de 2023 ACR/EULAR. Este caso presentó AHA, trombocitopenia y un cuadro de “preeclampsia-eclampsia atípica” a las 16 semanas de gestación, caracterizado por hipertensión grave de reciente aparición, crisis convulsivas y oligohidramnios, que llevó a la interrupción del embarazo a las 18 semanas. Dos pacientes fallecieron, uno por SAF catastrófico y el otro por morbilidad obstétrica. El síndrome de Evans se vinculó significativamente con el desarrollo de SAF o LES (16,6% vs. 66,6%, respectivamente; $p = 0,003$).

Conclusiones: El 23% de los pacientes pediátricos con manifestaciones hematológicas desarrolló LES o SAF. El síndrome de Evans relacionado con AAF parece ser un factor de riesgo para el desarrollo de LES o SAF.

Bibliografía

- Barbhaiya M, Zuilily S, Naden R, *et al.*; ACR/EULAR APS Classification Criteria Collaborators. 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria. *Ann Rheum Dis*. 2023 Oct;82(10):1258-1270. doi: 10.1136/ard-2023-224609. Epub 2023 Aug 28. PMID: 37640450.

DC017

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN EL SÍNDROME ANTISINTETASA

D. Rivero-Gallegos, T.K. Samarjian-Karkourian, M. Mejía, E.E. Contreras-Olivares, J. Rojas-Serrano

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en el síndrome antisintetasa (SAS) es la manifestación extramuscular más frecuente y se considera un factor determinante de la mortalidad. Varios estudios han demostrado que los anticuerpos desempeñan un papel crucial en el fenotipo clínico e influyen en la supervivencia; los pacientes anti-Jo1 muestran un mejor pronóstico en comparación con los no Jo1. Se ha descrito que los pacientes con anticuerpos anti-PL7 poseen una mayor gravedad y extensión del componente fibrótico de la EPI, lo que podría contribuir a una mayor mortalidad.

Objetivo: Evaluar los factores de riesgo relacionados con mortalidad entre los pacientes con síndrome antisintetasa.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo. Se incluyeron casos incidentes y prevalentes de pacientes con EPI demostrada por tomografía de alta resolución (TACAR) y positivos solo a un anticuerpo anti-ARS (anti-Jo1, anti-PL7, anti-PL12, anti-EJ), sin incluir a aquellos con doble

positividad para anti-ARS, para ajustar al efecto de los diferentes anticuerpos con la supervivencia. Se evaluó la función pulmonar mediante espirometría y DLCO, así como el índice de Goh por TACAR, al ingreso del estudio y a los 12 meses. Se realizó un análisis de supervivencia por el método de Kaplan-Meier entre los pacientes con anticuerpos anti-PL7 positivos y el resto de anti-ARS. Las curvas de supervivencia se compararon mediante la prueba de log-rank. La fuerza de relación entre las variables independientes, como el tipo de anticuerpo y la extensión de la fibrosis con la mortalidad, se evaluaron con un HR con el método de Cox.

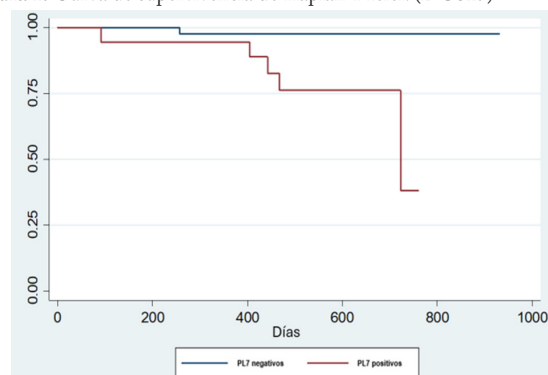
Resultados: Se incluyó a 62 pacientes. Las características de esta cohorte se describen en la **Tabla 1**. El 10% de los individuos falleció. De estos, el 83% era anti-PL7. La principal causa de muerte fue la insuficiencia respiratoria por progresión de la EPI. En contraste, el paciente con positividad para anti-Jo1 falleció por una causa no relacionada con la EPI. Los sujetos anti-PL7 tuvieron una menor supervivencia en comparación con los anti-Jo1, con una mediana de supervivencia de 579 días respecto del resto de los anti-ARS que no alcanzaron la mediana de supervivencia ($p = 0,0069$), **Figura 1**. Las variables vinculadas con mortalidad fueron positividad a PL-7 (HR, 10,7; IC95%, 1,25-92,3; $p < 0,03$) y extensión de la fibrosis por el índice de Goh (HR, 1,07; IC95%, 1,02-1,11; $p < 0,002$).

Conclusiones: Anti-PL7 se relaciona sólidamente con mayor mortalidad en pacientes con síndrome antisintetasa. La otra variable vinculada con mortalidad fue la extensión de la fibrosis pulmonar evaluada por el método de Goh: por cada unidad de cambio del índice fibrótico de Goh, el riesgo de muerte aumentó un 7%. Estos resultados sugieren que los pacientes positivos a PL7 y con un patrón fibrótico en TACAR podrían beneficiarse del inicio temprano del tratamiento antifibrosante para mejorar la supervivencia.

Bibliografía

1. Aggarwal R, Cassidy E, Fertig N, *et al.* Patients with non-Jo-1 anti-tRNA-synthetase autoantibodies have worse survival than Jo-1 positive patients. *Ann Rheum Dis.* 2014;73:227 2.
2. Rivero-Gallegos D, Mejía M, Rocha-González HI, *et al.* Association between anti-PL7 antibodies and increased fibrotic component in patients with antisynthetase syndrome and interstitial lung disease: a cross-sectional study. *Clin Rheumatol.* 2024;43:1971-1978.

Figura 1. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier. (DC017)



Curvas de supervivencia para la mortalidad por todas las causas en pacientes PL7 positivos y PL7 negativos. La diferencia entre las curvas se estimó utilizando la prueba de log-rank.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas, de laboratorio y tomográficas entre los subtipos de anticuerpos antisintetasa. (DC017)

Variable	n = 62	Jo1 n = 17	Anti-PL7 n = 18	PL12 n = 20	EJ n = 7	Valor de p*
Demográficas						
Edad en años ± SD	58 ± 11	55,1 ± 12	61,4 ± 10	61,1 ± 10	55,7 ± 7	0,224
Sexo, mujer, n (%)	47 (76%)	13 (81)	13 (72)	15 (75)	6 (86)	0,900
Exposicionales						
Tabaquismo, n (%)	17 (27%)	2 (13)	6 (35)	8 (40)	1 (14)	0,208
Biomapas, n (%)	13 (21%)	2 (13)	8 (47)	3 (16)	0 (0)	0,049
Manifestaciones clínicas						
Artritis, n (%)	14 (23%)	8 (50,0)	3 (17)	3 (16)	0 (0)	0,035
Manos de mecánico, n (%)	34 (53%)	10 (63)	8 (44)	13 (68)	3 (43)	0,247
Debilidad proximal, n (%)	14 (23%)	8 (50,0)	3 (17)	2 (11)	1 (14)	0,046
Disnea, n (%)	54 (87%)	15 (94)	15 (83)	18 (95)	6 (86)	0,323
Fiebre, n (%)	19 (31%)	9 (56)	4 (22)	5 (26)	1 (14)	0,113
Laboratorio						
CPK, IU/L, mediana [RIQ]	62 [40-106]	78 [61-130]	45 [32-63]	62 [38-90]	64 [47-106]	0,096
Patrón tomográfico						
NINE, n (%)	32 (52%)	6 (38)	9 (50)	12(60)	5(71.)	0,721
NINE/NOC, n (%)	15 (24%)	6 (38)	4(22)	3 (15)	2(29)	
NIU, n (%)	13 (21%)	3 (19)	5(28)	5 (25)	0(0)	
Patrones mixtos, n (%)	1 (2%)	1 (6)	0(0)	0 (0)	0(0)	
Tratamiento						
Rituximab, n (%)	16 (26%)	4 (24)	6 (33)	5 (25)	1 (14)	0,725
Metotrexato, n (%)	54 (87%)	16 (94)	14 (78)	17 (85)	7 (100)	0,354
Micofenolato, n (%)	32 (52%)	4 (24)	13 (72)	13 (65)	2 (29)	0,010
Leflunomida, n (%)	29 (47%)	11 (65)	5 (28)	7 (35)	6 (86)	0,017
MFM+MTX, n (%)	26 (42%)	4 (24)	10 (56)	10 (50)	2 (29)	0,188
MTX+LFM, n (%)	27 (44%)	11 (65)	5 (28)	5 (25)	6 (86)	0,005
Nintedanib, n (%)	7 (11%)	1 (6)	5 (28)	1 (5)	0 (0)	0,070
Pirfenidona, n (%)	3 (5%)	0 (0)	1 (6)	2 (10)	0 (0)	0,494

Los datos se presentan como frecuencia (porcentaje); de lo contrario se indican como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartílico). Dosis de glucocorticoides: baja 7,5 mg/día; media de 7,6 a 30 mg/día; alta > 30 mg/día.

* Se utilizó la prueba ji cuadrada para las variables nominales y categóricas.

† Se usó la prueba de ANOVA paramétrica para la comparación de más de dos grupos.

‡ De lo contrario, se empleó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. La significación se muestra en negritas y se calculó con un valor $p \leq 0,05$.

NINE, neumonía intersticial no específica; NOC, neumonía organizada; NIU, neumonía intersticial usual. EPI, enfermedad pulmonar intersticial; ASS, síndrome antisintetasa; MTX, metotrexato; LEF, leflunomida; MFM, micofenolato de mofetilo.

DC018

IMPACTO DE LA BIOPSIA POSITIVA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR EN LA ENFERMEDAD DEL OJO SECO ENTRE PACIENTES CON SS

K. Palomo-Arnaud, J.C. Riega-Torres, J.F. Martínez-Delgado, G. Figueroa-Parral, F. Morales-Wong, J. Mohamed-Hamsho, V.G. Mata-Riega, S. Moreno-Zavala, A.M. Lugo-Treviño, D.A. Galarza-Delgado, K. Mohamed-Noriega

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El ojo seco es una enfermedad multifactorial de la superficie ocular caracterizada por una pérdida de la homeostasis de la película lagrimal que se observa por lo regular en pacientes con enfermedades reumáticas, en especial entre pacientes con síndrome de Sjögren (SS). El SS es una enfermedad autoinmunitaria que afecta sobre todo a las glándulas exocrinas como las glándulas salivales y lagrimales, lo cual provoca sequedad crónica de la superficie ocular que produce una reacción inflamatoria y destrucción gradual del epitelio conjuntival. Según los criterios de clasificación ACR/EULAR del 2016, la biopsia de glándula salival menor (BGSM) positiva se considera el criterio de mayor peso, junto con la serología positiva. Sin embargo, se ha estudiado poco la relación entre la biopsia de glándula salival menor y la enfermedad del ojo seco (EOS).

Objetivo: Determinar la gravedad de la enfermedad de ojo seco entre pacientes con SS y una BGSM positiva o negativa.

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a pacientes de 18 años o más, con síntomas de EOS y SS primario (según criterios ACR/EULAR 2016), entre 2015 y 2024. Se consideraron BGSM, tasa de flujo salival total no estimulado (UWSF), osmolaridad de la película lagrimal, metaloproteína 9 de la matriz lagrimal (MMP-9), índice de enfermedad de la superficie ocular (OSDI), tiempo de ruptura de la lágrima (TBUT), tinción de la superficie ocular SICCA (SICCA OSS) y la prueba de lágrima de Schirmer con y sin anestesia (STT). Solo se incluyó el peor ojo, que se seleccionó en función de la puntuación SICCA OSS. Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias [%], media ± DE, mediana [IQR]) para presentar los resultados y se comparó a los pacientes con biopsias positivas o negativas con las pruebas ji cuadrada, U de Mann-Whitney o t de Student, según correspondiera. Un valor de p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Este estudio recibió aprobación de la junta de revisión institucional y todos los participantes concedieron su consentimiento informado por escrito.

Resultados: Se incluyó a 53 pacientes; la edad media fue de 51,6 ± 11,9 años y el 96,2% (n = 51) de los pacientes correspondió a mujeres. Cuarenta y tres pacientes (81,1%) tuvieron una BGSM positiva y 10 una biopsia negativa. Los pacientes con biopsias positivas tuvieron puntuaciones OSDI numéricamente más bajas (39,6 [IQR, 4,2-100]) que aquellos con biopsias negativas (64,6 [IQR, 14,6-79,2]) pero no fue estadísticamente significativo (p = 0,24) (Tabla 1). De manera similar, los pacientes con biopsia positiva tuvieron SICCA OSS numéricamente más altos (7,5 [IQR, 0-12] vs. 3,0 [IQR, 1,0-11]; p = 0,293) y osmolaridad de la película lagrimal (310 [IQR, 277-371] vs. 299 [IQR, 288-345]; p = 0,106). La positividad al desgarro MMP-9 (12, 27,9% vs. 2, 22,2%; p = 0,764), la STT con anestesia (5, 1-35 vs. 7,0, 2,0-10; p = 0,739) o sin anestesia (9, 0-35 vs. 7, 2-35; p = 0,943) y el TBUT (4, 1-15 vs. 4, 2-8; p = 0,794) no fueron diferentes entre pacientes con BGSM positiva o negativa.

Conclusiones: La biopsia positiva de glándula salival menor no se acompañó de una peor enfermedad de ojo seco en pacientes con SS primario. Es necesario trabajar en aumentar el tamaño de muestra para confirmar estos hallazgos.

Bibliografía

1. Bautista-Vargas M, Vivas AJ, Tobón GJ. Minor salivary gland biopsy: Its role in the classification and prognosis of Sjögrens syndrome. *Autoimmun Rev* [Internet]. 2020;19(12):102690. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.autrev.2020.102690>

Tabla 1. Enfermedad del ojo seco entre pacientes con SS y biopsia de glándula salival menor (GMS) positiva o negativa. (DC018)

	Todos n = 53	BGSM Positiva n = 43	BGSM Negativa n = 10	Valor de p*
Edad, años, media ± DS	51,6 ± 11,9	51,6 ± 12,3	52,1 ± 11,8	0,905
Femenino, n (%)	51 (96,2)	82 (95,3)	20 (100)	> 0,999
UWSF ≤ 0,5, n (%)	29 (54,7)	24 (55,8)	5 (50)	> 0,999
MMP-9 positivo (> 40 ng/ml), n (%)	14 (26,4)	12 (27,9)	2 (22,2)	0,764
OSDI, media (IQR)	40 (4-100)	39,6 (4,2-100)	64,6 (14,6-79,2)	0,240
SICCA OSS, media (IQR)	6 (0-12)	7,5 (0-12)	3,0 (1,0-11)	0,293
Prueba de Schirmer sin anestesia, media (IQR)	9,5 (0-35)	9 (0-35)	7 (2-35)	0,943
Prueba de Schirmer con anestesia, media (IQR)	6 (0-35)	5 (1-35)	7,0 (2,0-10)	0,739
Tiempo de ruptura lagrimal, media (IQR)	4 (1-15)	4 (1-15)	4 (2-8)	0,794
Osmolaridad de la película lagrimal, media (IQR)	306 (277-398)	310 (277-371)	299 (288-345)	0,106

MMP-9, metaloproteína 9 de la matriz lagrimal; BGSM, biopsia de glándula salival menor; OSDI, Índice de enfermedad de la superficie ocular; SICCA OSS, tinción de la superficie ocular SICCA; FSNE, tasa de flujo salival total no estimulado. *Pruebas χ², U de Mann-Whitney o t de Student.

DC019

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DEL CUESTIONARIO FiRST (FIBROMYALGIA RAPID SCREENING TOOL) EN EL TAMIZAJE DE PACIENTES CON FIBROMYALGIA

G.J. Horta-Baas

Hospital General Regional Número 1 Lic. Ignacio García Téllez, Mérida, Yucatán

Introducción: El cuestionario Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST) se diseñó para ser un instrumento de tamizaje del síndrome de fibromialgia (FM) en personas con dolor crónico difuso. La sensibilidad calculada del FiRST se halla en el intervalo de 73% a 92% y su especificidad de 48% a 100%. Los diferentes diagnósticos en el grupo control pueden explicar estas diferencias. Su especificidad es menor en las personas con enfermedades del tejido conectivo. Collado et al. encontraron una baja especificidad del FiRST en las poblaciones mexicana (n = 30) y española (n = 60) y concluyeron que este cuestionario debía emplearse para apoyar una sospecha diagnóstica de FM, no tanto para excluir el diagnóstico.

Objetivo: Evaluar la precisión diagnóstica del FiRST en el tamizaje de pacientes con fibromialgia en la consulta externa de reumatología.

Material y métodos: Estudio con diseño de prueba diagnóstica. Se incluyó a pacientes con dolor musculoesquelético crónico referidos a la consulta de reumatología de un hospital de segundo nivel de atención mediante un muestreo de casos consecutivos. La definición de un caso de fibromialgia se basó en el cumplimiento de los criterios de clasificación ACR 2016. Para evaluar la precisión diagnóstica se determinaron la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo, y cocientes de probabilidad positivos y negativos.

Resultados: Se incluyó a 1,176 pacientes (663 con fibromialgia, 290 sin fibromialgia y 290 con fibromialgia concomitante con una enfermedad del tejido conectivo). La sensibilidad del cuestionario FiRST fue de 80% (IC95%, 76,1%-83,6%) y su especificidad de 73,9% (IC95%, 70,5%-77,1%) (Tabla 1). Al excluir a los pacientes con FM y enfermedad del tejido conectivo adjunta, la sensibilidad de FiRST fue de 82,2% (76,8%-86,8%) y su especificidad del 74,4% (IC95%, 71%-77,6%).

Tabla 1. Precisión diagnóstica del FiRST para distinguir a pacientes con fibromialgia, con base en los criterios ACR 2016, en comparación con otras causas de dolor musculoesquelético. (DC019)

		Fibromialgia		Total
		Presente	Ausente	
FiRST	≥ 5	365	188	553
	< 5	91	532	623
	Total	456	720	1176

Prevalencia = 39% (IC95%, 36%-41,6%)
 Sensibilidad = 80% (IC95%, 76,1%-83,6%)
 Especificidad = 73,90% (IC95%: 70,5%-77,1%)
 Área bajo la curva ROC = 0,77 (IC95%, 0,74-0,79)
 Valor predictivo positivo = 66% (IC95%, 61,9%-69,9%)
 Valor predictivo negativo = 85,40% (IC95%, 82,40%-88,10%)
 Cociente de probabilidad positiva = 3,07 (IC95%, 2,69-5,67)
 Cociente de probabilidad negativa = 0,27 (IC95%, 0,22-0,32)

Conclusiones: El cuestionario FiRST es un instrumento capaz de diferenciar entre pacientes con fibromialgia y pacientes con otras entidades que cursan con dolor crónico.

Bibliografía

- Perrot S, Bouhassira D, Fermanian J. Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST). *Pain*. 2010;150(2):250-6.
- Collado A, Torres X, Messina OD, et al. The discriminatory ability of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST): an international study in Spain and four latin american countries. *Pain Med*. 2016;17(5):931-9.

DC020

SEGURIDAD DE LOS FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS: DATOS COMBINADOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

P. De Abreu¹, D. Alpízar-Rodríguez², V. Rivera-Terán¹, I. Laurindo³, A. Castillo-Ortiz⁴, F. Irazoque-Palazuelos⁵, M. Haye⁶, G. Gómez⁶, B. Stadler³, J.R. Miranda³, L. Román⁷, A. Pineda⁷, M. Soto¹, B. Acevedo¹, C. Isnardi⁶

⁽¹⁾Sociedad Uruguaya de Reumatología, ⁽²⁾Colegio Mexicano de Reumatología, ⁽³⁾Sociedad Brasileña de Reumatología, ⁽⁴⁾Hospital Regional ISSSTE Mérida, ⁽⁵⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽⁶⁾Sociedad Argentina de Reumatología, ⁽⁷⁾Sociedad Paraguaya de Reumatología

Introducción: Los fármacos biológicos y sintéticos dirigidos (FARME-b/sd) han mostrado eficacia en el tratamiento de enfermedades reumáticas (ER) con un buen perfil de seguridad en los estudios clínicos.

Objetivo: Determinar la frecuencia y gravedad de los efectos adversos (EA) en pacientes con ER bajo tratamiento con FARME-b/sd de cuatro registros BIOBADAMÉRICA de cinco países de América Latina.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con ER de los registros BIOBADAMÉRICA de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay, hasta octubre de 2023. Se usó estadística descriptiva para analizar las características demográficas y clínicas de los pacientes, así como la comparación entre países. Se recurrió a un modelo de análisis multivariado para identificar los tratamientos más relacionados con desarrollo de EA; los controles fueron los pacientes con FARME convencionales.

Resultados: Se incluyó a 12,477 pacientes, 76,5% de mujeres con una edad media de 48,2 ±15,3 años. El diagnóstico más común fue artritis reumatoide (70,7%). Se registraron 19,516 tratamientos, 14,527 (74,4%) con FARME-b/sd y 4,989 (25,6%) controles. Los FARME-b/sd más frecuentes fueron los inhibidores originales del TNF (iTNFo) con 62,5%, los de IL-6 (iIL6) con 8,3%, el rituximab original (RTXo) con 8,0% y los inhibidores originales de JAK con 6,5%. Se registraron 17,248 EA en 7,004 (35,9%) tratamientos, y los más frecuentes fueron las infecciones (19,1%), manifestaciones respiratorias (10,6%) y manifestaciones de piel y partes blandas (10,4%). Las infecciones fueron más frecuentes en los

controles y las otras dos en el grupo FARME-b/sd (p < 0,05). El 13,1% de EA en controles y 14,4% en FARME-b/sd fueron graves y 1,3% y 0,8%, respectivamente, letales (p = 0,02) (Tabla 1).

En el análisis multivariado, que tomó como referencia a los tratamientos controles, aquellos con iIL-6, belimumab, iTNFo, RTXo y abatacept se relacionaron de manera significativa con un mayor riesgo de desarrollar EA (Figura 1). El mayor tiempo de evolución de la enfermedad al inicio del tratamiento (OR, 1,1; IC95%, 1,01-1,02; p < 0,001), la hipertensión arterial (OR, 1,1; IC95%, 1,1-1,2; p < 0,001) y el hábito tabáquico (OR, 1,2; IC95%, 1,1-1,3; p < 0,001) mostraron el mismo efecto.

Conclusiones: En este estudio se describió la seguridad en la vida real con FARME-b/sd de cinco países de América Latina, que es comparable a la publicada en otras cohortes.

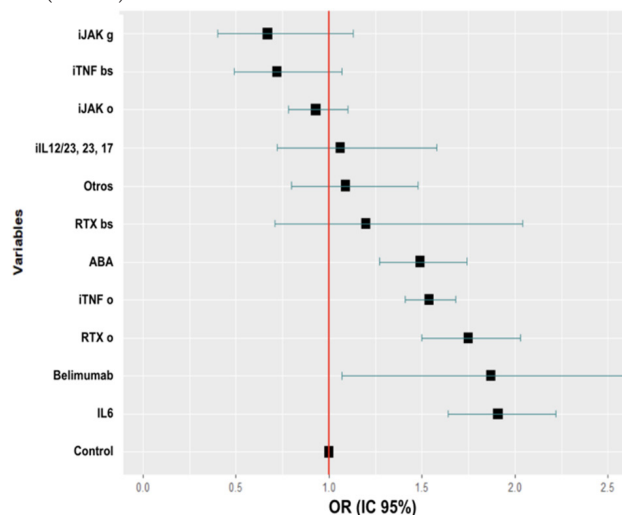
Bibliografía

- Luchetti MM, Balloni A, Gabrielli A. Biologic therapy in inflammatory and immunomediated arthritis: safety profile. *Curr Drug Saf*. 2016;11(1):22-34.

Tabla 1. (DC020)

Tipo de efecto adverso	Argentina n (%)	Brasil n (%)	México n (%)	Paraguay n (%)	Uruguay n (%)	Total n (%)
Infecciones	2441 (39,3)	208 (2,3)	77 (34,7)	586 (43,3)	87 (27,4)	3399 (19,7)
Respiratorias	192 (3,1)	1465 (16,1)	5 (2,3)	114 (8,4)	57 (18)	1833 (10,6)
Cutáneas	381 (6,1)	1220 (13,3)	28 (12,6)	113 (8,3)	47 (14,8)	1789 (10,4)
Musculoesqueléticas	211 (3,4)	887 (9,7)	4 (1,8)	29 (2,1)	6 (1,9)	1137 (6,6)
Renales	83 (1,3)	1007 (11)	8 (3,6)	22 (1,6)	9 (2,8)	1129 (6,5)
Gastrointestinales	372 (6,0)	662 (7,2)	14 (6,3)	66 (4,9)	9 (2,8)	1123 (6,5)
Metabólicas	163 (2,6)	713 (7,8)	6 (2,7)	35 (2,6)	5 (1,6)	922 (5,3)
Sistema nervioso	247 (4,0)	253 (2,8)	9 (4,1)	51 (3,8)	6 (1,9)	566 (3,3)
Otras	2123 (34,1)	2725 (29,8)	71 (31,9)	339 (25,0)	92 (28,9)	5350 (31,0)
Total	6213 (100)	9140 (100)	222 (100)	1355 (100)	318 (100)	17248 (100)

Figura 1. Probabilidad de desarrollar un EA en los diferentes tratamientos tras utilizar como referencia al grupo control. i, inhibidor; JAK, cinasa Janus; g, genérico; TNF, factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor); bs, biosimilar; IL, interleucina; RTX, rituximab; ABA, abatacept; o, original. (DC020)



DC021

AFECCIÓN AUTOINMUNE ÓRGANO ESPECÍFICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO Y FACTORES ASOCIADOS

G.A. Hernández-Molina, A. García-Torralba

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En la práctica clínica se identifica la coexistencia de varias manifestaciones autoinmunitarias específicas de órgano (AEO) en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSP).

Objetivo: Determinar la prevalencia de afección (AEO) en una cohorte de pacientes con SSP y su nexa con variables clínicas y serológicas.

Material y métodos: Se evaluaron de forma retrospectiva los expedientes de 328 pacientes con SSP, de acuerdo con los criterios ACR/EULAR, que acudieron a un centro de tercer nivel de atención. Se registraron variables demográficas, manifestaciones glandulares y extraglandulares, prueba de Schirmer-I, flujo salival no estimulado, variables serológicas, ESSDAI basal y tratamiento. También se registró la presencia de afección específica de órgano: gastrointestinal (cirrosis biliar primaria [CBP], hepatitis autoinmunitaria, enfermedad celiaca), hematológica (anemia perniciosa, anemia hemolítica, púrpura trombocitopénica idiopática), neurológica (miastenia grave [MG]), dermatológica (vitiligo, alopecia areata), renal (glomerulonefritis [GMN] membranosa) y endocrinológica (enfermedad tiroidea autoinmunitaria [ETA]) y diabetes tipo 1 (DT1). Se utilizaron estadística descriptiva, prueba t de Student, ji cuadrada y U de Mann-Whitney, según fuera la distribución de las variables. Se usó regresión logística y se registraron IC95%. Se empleó el software SPSS y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: La mayoría de los pacientes correspondió a mujeres (95,7%), con un promedio de edad de $60,5 \pm 14,7$ años y una mediana de duración de la enfermedad de 10,4 años. Se documentó afección AEO en 122 pacientes (31,1%). Su distribución fue: hipotiroidismo autoinmunitario ($n = 56$), CBP ($n = 28$), hepatitis autoinmunitaria ($n = 8$), sobreposición CBP/hepatitis autoinmunitaria ($n = 10$), enfermedad de Graves ($n = 9$), PTI ($n = 5$), vitiligo ($n = 4$), enfermedad celiaca ($n = 3$), GMN membranosa ($n = 2$), MG ($n = 1$) y DT1 ($n = 1$). Estas manifestaciones precedieron al diagnóstico de SSP en 38 pacientes (31,1%), fueron posterior al SSP en 61 (5%) y concomitantes en 23 (18,1%).

Cuando se comparó a los pacientes con ($n = 122$) y sin ($n = 206$) afección AEO, ambos grupos fueron similares en sexo, edad, frecuencia de síntomas orales y oculares, crecimiento parotídeo, prueba de Schirmer-I, FSNE y ESSDAI basal. El grupo de afección AEO tuvo menor frecuencia de anti-Ro/SSA (82,8% vs. 91,2, $p = 0,02$) y anti-La/SSB (44,3% vs. 56,1%, $p = 0,05$), pero una prevalencia similar de ANA, FR, C3 y C4 bajos. Ambos grupos tuvieron uso similar de prednisona, antipalúdicos e inmunosupresores, con excepción del metotrexato que fue menos usado en el grupo con AEO (13,1% vs. 24,3%, $p = 0,03$). En el análisis multivariado, las variables que permanecieron significativas fueron anti-Ro/SSA (RM 0,47; IC95%, 0,24-0,94; $p = 0,03$) y consumo de metotrexato (RM 0,47; IC95%, 0,26-0,90; $p = 0,01$).

Conclusiones: Un tercio de los pacientes con SSP cursa con afección AEO, y la más frecuente es la endocrinológica. La presencia de anti-Ro/SSA y el consumo de metotrexato son factores protectores para desarrollar este tipo de afección.

DC022

NIVELES DE sFAS Y sFAS-L COMO MODELO PREDICTIVO PARA ACTIVIDAD DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICOS.I. Castillo-Anaya¹, A.A. Ramírez-Pérez¹, A.K. Chávez-Rueda², P. Santana-Sánchez², M.C. Ocampo-Torres¹

⁽¹⁾UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, ⁽²⁾Centro Médico Nacional, Siglo XXI, IMSS (Pediatría)

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad que afecta en una proporción mayoritaria al sector económicamente activo. A pesar de los esfuerzos por reducir el daño permanente a órganos vitales, aún no se cuenta con un marcador serológico específico que ayude a prevenir las recaídas o manifestaciones graves de la enfermedad; en consecuencia, en este estudio se investigó la relación entre sFAS y sFAS-L para predecir la actividad del lupus eritematoso sistémico.

Objetivo: Determinar si los valores de sFAS y sFAS-L pueden predecir la actividad del lupus eritematoso sistémico.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y retrospectivo; los datos se obtuvieron de una base de datos de una investigación previa, en la cual se obtuvo la ficha de identificación, comorbilidades, tratamiento, índice de actividad del lupus eritematoso sistémico por medio de la escala SLEDAI-2K, para determinar una vinculación con los valores serológicos de sFAS y sFAS-L.

Resultados: La mayoría correspondió a mujeres (85,1%), con una mediana de sFAS de 669,7 ng/mL (492,4-1131,6) y sFAS-L de 37,9 ng/mL (20-102,7). Los pacientes con SLEDAI 2K > 4 tuvieron mayor proteinuria, 528,5 mg (250,3-795,9) contra 127 mg (84,1-241,2); menores cifras séricas de albúmina, 3,37 g/dL (+ 0,54) contra 3,9 g/dL (+ 0,36); C4, 11,6 mg/dL (+ 0,4,9) contra 15,3 mg/dL (+ 7,3); y PCR, 1,21 mg/L (0,60-3,37) contra 2,2 mg/L (1,18-5,9). Se realizaron tres modelos multivariados, en los cuales los valores bajos de albúmina fueron estadísticamente significativos (en los tres modelos).

Conclusiones: En este estudio, las cifras de sFAS y sFAS-L no se correlacionaron con la actividad de LES en esta población. Se necesitan más investigaciones para determinar si estos biomarcadores pueden ser objetivos terapéuticos valiosos en el LES.

Bibliografía

1. Carter EE, Barr SG, Clarke AE. The global burden of SLE: prevalence, health disparities and socioeconomic impact. *Nat Rev Rheumatol*. 2016 Oct 25;12(10):605-20.
2. Kewalramani R, Singh AK. Immunopathogenesis of lupus and lupus nephritis: recent insights. 2002.

DC023

HMGB1 ES LIBERADA DURANTE LA FORMACIÓN DE NETS Y CORRELACIONA CON EL ESTADIO Y LA SEVERIDAD DE LA ARM. Zapata-Zúñiga¹, J.E. Castañeda-Delgado², F.L. González-Ochoa²

⁽¹⁾Universidad Autónoma de Zacatecas, ⁽²⁾Unidad de Investigación Biomédica, IMSS Zacatecas

Introducción: La AR es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica que afecta las articulaciones sinoviales y produce destrucción del cartilago, erosión ósea y deformidad articular. Los neutrófilos infiltrados en la membrana sinovial generan NET. En este proceso se liberan patrones moleculares relacionados con daño (DAMP), como ADN, ATP y proteínas como HMGB1; esta última es una proteína nuclear vinculada con DNA e histonas. Fuera del núcleo funciona como alarmina y precipita una reacción inflamatoria.

Objetivo: Evaluar la dinámica de HMGB1 durante la formación de NET inducidas y correlacionar con varios marcadores de actividad de la enfermedad característicos del proceso inflamatorio en la AR.

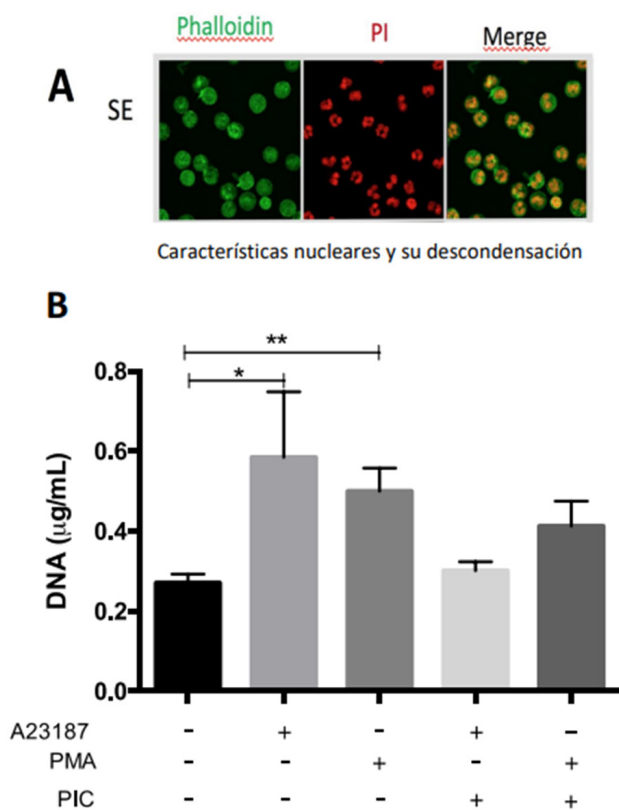
Material y métodos: El estudio recibió aprobación del comité de bioética. Todos los participantes firmaron carta de consentimiento informado. Se seleccionó a pacientes con AR, familiares y donadores sanos, todos mayores de 20 años sin antecedentes de autoinmunidad. Los sujetos con AR fueron objeto de evaluación de un reumatólogo de acuerdo con los criterios de la ACR/EULAR 2010 y se clasificaron como artritis temprana o establecida. Los familiares se clasificaron como sanos si tenían un cuestionario COPCORD y una VSG normal y ACCP negativos y los familiares con ACCP > 25 UI/mL sin antecedentes de enfermedad se clasificaron en un grupo de estadio preclínico de AR (grupo ACCP+). Se recogieron datos como edad, articulaciones inflamadas y tabaquismo, evolución de AR y síntomas. El aislamiento de PMN, viabilidad, pureza, inducción de NET,

cuantificación de DNA y visualización de la formación de NET se realizó de acuerdo con el protocolo habitual de este laboratorio. Se determinó la concentración de anticuerpos HMGB1, ACPA y anticarbamilados en pacientes y sujetos sanos mediante ELISA. Se realizaron las pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas pertinentes. Se consideró estadísticamente significativo un valor p de 0,05.

Resultados: Una de las características del proceso de NET-osis es la descondensación de la cromatina. Para observarla se necesitó microscopia confocal con Draq5a a los 30 y 180 minutos. Se observaron los neutrófilos de donantes sanos sin estimulación que conservan su núcleo multilobulado y contrastan claramente con los tratados con A23187 y PMA para descondensar la cromatina y forman mallas de ADN. Las tratadas con SPRA conservan su membrana nuclear, aunque no muestran su característica multilobulada. Por otra parte, se observó que en las células control no existen diferencias estadísticamente significativas a los 30 y 180 minutos, mientras que en las células tratadas con A23187 y PMA hay un marcado aumento del área nuclear, lo que revela diferencias. Se reconoció una pequeña cantidad de ADN libre en los neutrófilos control y se observó un aumento de la cantidad de ADN libre en las células tratadas con A23187, y más aún en las tratadas con PMA.

Conclusiones: Durante la NET-osis, las proteínas intracelulares se modifican y luego intervienen en la generación de autoanticuerpos. El gran número de neutrófilos en la sinovial demuestra el papel de los neutrófilos en la patogenia de la AR; la hipótesis señala que HMGB1 puede secretarse como un suceso temprano durante la formación de NET mediada por el entorno proinflamatorio de la AR en suero y que se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos y citocinas proinflamatorias. Se identificó que la expresión relativa de HMGB1 se correlaciona con el FR y el título ACPA. La concentración de HMGB1 en suero se correlaciona con DAS28-ESR, por lo que tanto la expresión relativa como la cuantificación de HMGB1 podrían incluirse como criterios para la evaluación de la actividad y pronóstico de la AR.

Figura 1. (A) Características nucleares y su descondensación. (B) Cuantificación de la salida de DNA durante la formación de NET evaluada por Picogreen. (DC023)



Bibliografía

- Robinson J, *et al.* Activation of neutrophil reactive-oxidant production by synovial fluid from patients with inflammatory joint disease. Soluble and insoluble immunoglobulin aggregates activate different pathways in primed and unprimed cells. *Biochem J.* 1992;286(Pt 2):345-51.
- Khandpur R, *et al.* NETs are a source of citrullinated autoantigens and stimulate inflammatory responses in rheumatoid arthritis. *Sci Transl Med.* 2013;5(178):178ra40.
- Romero V, *et al.* Immune-mediated pore-forming pathways induces cellular hypercitrullination and generate citrullinated autoantigens in rheumatoid arthritis. *Sci Transl Med.* 2013;5(209):209ra150.
- Clark SR, *et al.* Platelet TLR4 activates neutrophil extracellular traps to ensnare bacteria in septic blood. *Nature Medicine.* 2007;13(4):463-469.
- Rohrbach AS, *et al.* Activation of PAD4 in NET formation. *Front Immunol.* 2012;3:360.
- Rani M, *et al.* Damage-associated molecular patterns (DAMPs) released after burn are associated with inflammation and monocyte activation. *Burns.* 2017;43(2):297-303.
- McInnes IB, Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *N Engl J Med.* 2011;365(23):2205-19.
- Brinkmann V, *et al.* Neutrophil extracellular traps kill bacteria. *Science.* 2004;303(5663):1532-5.

DCo24

DISFUNCIÓN MITOCONDRIAL EN EL MODELO DE ESPONDILOARTRITIS EN RATONES DBA/1

R. Prieto-Carrasco, S.A. González-Chávez, C.F. Pacheco-Tena

Universidad Autónoma de Chihuahua

Introducción: La dinámica y el recambio mitocondrial mantienen la integridad y la función de las mitocondrias; la desregulación en el equilibrio entre la fisión, fusión, biogénesis y mitofagia puede causar la acumulación de mitocondrias dañadas y disfuncionales. Debido a la importancia esencial de las mitocondrias en la célula, la alteración de su función puede conducir al desarrollo de enfermedades. En este contexto, la desregulación de la función mitocondrial juega un papel clave en la fisiopatología de los trastornos reumáticos. Aunque la mayor parte de los estudios se ha centrado en analizar la disfunción mitocondrial en enfermedades, como el lupus eritematoso sistémico o la artritis reumatoide, los mecanismos que promueven la disfunción mitocondrial en las espondiloartritis (EA) se han explorado en escasa medida.

Objetivo: Evaluar las alteraciones de los mecanismos que regulan la dinámica mitocondrial (fisión y fusión) y el recambio mitocondrial (biogénesis y mitofagia), identificar los cambios en la actividad de los complejos mitocondriales y evaluar el estrés oxidativo en el modelo de artritis espontánea (AE) en ratones DBA/1.

Material y métodos: De acuerdo con lo descrito para el modelo de AE, se confinó a los ratones macho DBA/1 seis y 11 semanas. Los valores de las proteínas de dinámica mitocondrial y recambio mitocondrial se evaluaron mediante western blot en mitocondrias aisladas de extremidades inferiores. Las bandas de proteínas se detectaron por quimioluminiscencia y se analizaron con densitometría para evaluar la cantidad relativa de banda y se cuantificó el resultado en términos de densidad óptica. Las actividades de los complejos I y II se determinaron a partir de la desaparición de la absorbancia del decilubiquinol a 600 nm, mientras que la actividad del complejo III se evaluó por el aumento de la absorbancia del citocromo C a 550 nm. Por último, la actividad del complejo IV se determinó por el consumo de oxígeno en presencia de TMPD más ascorbato. Para evaluar el estrés oxidativo se determinó la expresión por western blot y las actividades de las enzimas antioxidantes: catalasa, SOD y Gpx en las muestras correspondientes. Se compararon los distintos grupos con la prueba ANOVA de una vía más prueba de Tukey y se consideraron valores estadísticamente significativos cuando $p \leq 0,05$.

Resultados: Los valores de la proteína Drp1, que interviene en la fisión mitocondrial, fueron menores en el grupo de AE de seis semanas, que se incrementó en el grupo de AE de 11 semanas. Los valores de expresión de

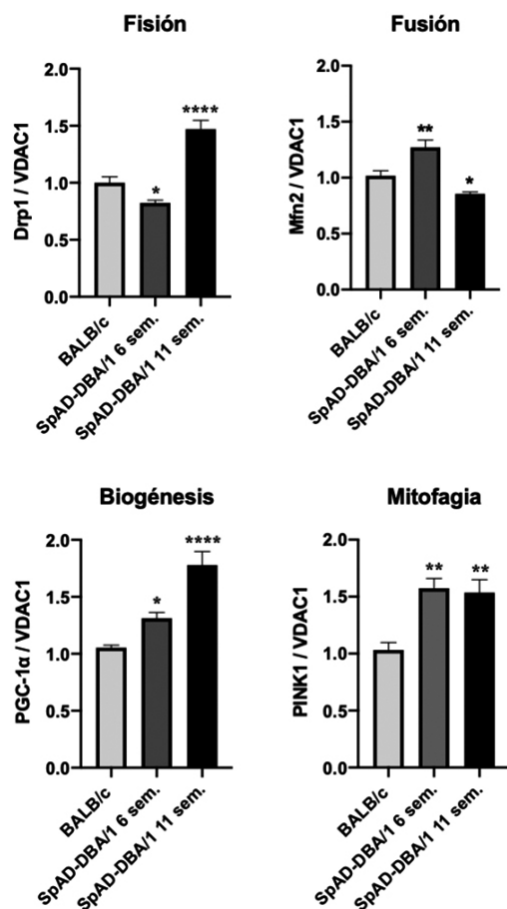
una de las proteínas reguladoras de la fusión mitocondrial, Mfn2, fueron mayores a las seis semanas y sus cifras decrecieron a las 11 semanas. Se encontró que PGC-1 α , el regulador maestro de la biogénesis mitocondrial, fue mayor en el grupo de AE de seis semanas, con regreso a los valores basales a las 11 semanas. Las cifras de la proteína PINK1 aumentan a partir de las seis semanas (Figura 1). Los datos obtenidos de la evaluación de los complejos mitocondriales y la expresión y actividad de las enzimas antioxidantes se hallan en proceso de análisis.

Conclusiones: El aumento de los valores de la proteína de fisión Drp1 y la disminución de los de la proteína de fusión Mfn2 sugieren un desplazamiento de la dinámica mitocondrial hacia el proceso de fisión. El aumento de la fisión se relaciona con el incremento de mitocondrias disfuncionales, lo cual altera el proceso de mitofagia. Además, la biogénesis mitocondrial también está desregulada, lo que impide la producción de nuevas mitocondrias funcionales.

Bibliografía

1. Becker YLC, Duvvuri B, Fortin PR, *et al.* The role of mitochondria in rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol.* 2022 Nov;18(11):621-640.

Figura 1. Alteraciones en los procesos que regulan la dinámica mitocondrial (fisión y fusión) y el recambio mitocondrial (biogénesis y mitofagia) en el modelo de artritis espontánea (AE) en ratones DBA/1. Valores de las proteínas de fisión y fusión: proteína relacionada con la dinamina-1 (Drp1) y mitofusina 2 (Mfn2), respectivamente. Valores de la proteína de biogénesis: coactivador 1 α del receptor gamma activado por proliferador de peroxisomas (PGC-1 α) y valores de la proteína de mitofagia: cinasa putativa inducida por PTEN 1 (PINK1) en mitocondrias aisladas de extremidades inferiores. La proteína del canal aniónico dependiente del voltaje 1 (VDAC1) se utilizó como control de carga. Los datos se presentan como la media \pm SEM, n = 6. *p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001 y **** p < 0,0001 vs. BALB/c. ANOVA de una vía más prueba de Tukey. (DC024)



DC025

NIVELES DE ADIPSINA Y RESISTINA EN EL SUERO DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

B. Bernal-Alferes¹, K.J. Basilio-Aguilar¹, J. Padierna-Olivos², I.I. Ortega-Mejía¹, H.A. Romero-García¹, N. Romero-López¹, J.C. Casasola-Vargas³, G. Meza-López y Olguín³, R. Burgos-Vargas³, M.L. Domínguez-López¹, J.P. Romero-López⁴

⁽¹⁾Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, Instituto Politécnico Nacional, ⁽²⁾Laboratorio de Especialidades Inmunológicas (LEI), ⁽³⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽⁴⁾FES Iztacala, UNAM

Introducción: Las espondiloartritis (EA) son un grupo de enfermedades inflamatorias caracterizadas por la formación de hueso nuevo, articulaciones y entesis. Algunos estudios han señalado que a la formación de puentes óseos puede antecederla la deposición de grasa. El tejido adiposo puede producir mediadores inflamatorios conocidos como adipocinas. Existen pruebas del aumento de los valores de adipocinas en pacientes obesos y en enfermedades inflamatorias. Se ha sugerido que estas adipocinas tienen un efecto crónico en la fisiopatología de las EA y en su respuesta al tratamiento. La adipina se secreta en respuesta a cifras elevadas de glucosa sérica y a un aumento de la secreción de insulina. Del mismo modo, la resistina se relaciona con el metabolismo de la glucosa, pero cuando se inyecta en la articulación de ratones puede provocar un estado similar a la artritis. En condiciones inflamatorias, la resistina incrementa la IL-6 y el TNF- α través de las vías del NF-B.

Objetivo: Determinar si las adipocinas están alteradas en pacientes con EA.

Material y métodos: Se incluyó a 20 pacientes mayores de 18 años sin distinción de sexo clasificados con los criterios ASAS para espondiloartritis axial, con previo consentimiento informado, que acudieron al servicio de reumatología del HGM. De los pacientes participantes se obtuvieron 10 mL de sangre periférica, escalas clinimétricas y estudios de imagen (radiografía y RMN de articulaciones sacroiliacas) de cada paciente. Por citometría de flujo se evaluó la concentración de adipina, resistina, IL-6, TNF- α y MCP-1. Se compararon estas concentraciones con un grupo control. Las adipocinas se correlacionaron con el grado de actividad de la enfermedad y con los hallazgos imagenológicos como la presencia de sacroilitis radiográfica, y con la presencia de lesiones activas o crónicas en la RMN.

Resultados: Se registraron valores elevados de adipina (p = 0,0007) y resistina (p = 0,0150) en el suero de los pacientes con EA en comparación con los controles sanos. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con su actividad ASDAS-CRP en índices de actividad moderada, alta y muy alta; sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre estos grupos.

Conclusiones: Los pacientes con EA tienen cifras séricas más altas de adipina y resistina. Los sujetos tienden a mostrar concentraciones más elevadas de IL-6 y TNF- α con una mayor actividad de la enfermedad. La actividad de la enfermedad está significativamente correlacionada con la concentración sérica de MCP-1, adiponectina y leptina.

Bibliografía

1. Chiowchanwisawakit P, Lambert RG, Conner-Spady B, *et al.* Focal fat lesions at vertebral corners on magnetic resonance imaging predict the development of new syndesmophytes in ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum.* 2011 Aug;63(8):2215-25. doi: 10.1002/art.30393. PMID: 21484769.

DC026

IDENTIFICACIÓN DE PREDICTORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

D.X. Xibillé-Friedmann¹, Y. Mujica-Faife², S.M. Carrillo-Vázquez³, E. Alcántara-Alonso³, J.E. Velasco-Espinal¹, Y. Pérez-Peñate⁴, J.L. Montiel-Hernández⁵

⁽¹⁾Hospital General de Cuernavaca, IMMS-Bienestar, ⁽²⁾Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, ⁽³⁾Hospital Regional 1 de Octubre, ISSSTE, ⁽⁴⁾Departamento de Física, CIICAp-Universidad Autónoma del Estado de Morelos, ⁽⁵⁾Facultad de Farmacia, Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se relaciona con comorbilidades, entre ellas las dislipidemias, síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo II (DM II). Este grupo de investigación obtuvo en 2021 resultados alarmantes que identificaron a un total de 66 pacientes con AR, el 42,4% de los cuales satisfizo criterios clínicos para considerar DM con una prevalencia cuatro veces superior de DM II en pacientes con AR en comparación con la población general. Con base en un nuevo sistema de subclasificación de la diabetes mellitus se sugirió que el subgrupo frecuente encontrado lo constituían los pacientes con DM relacionados con resistencia a la insulina, pero se desconoce si existen variables de laboratorio que permitan identificar a los enfermos con AR que evolucionarán a DM.

Objetivo: Identificar los parámetros basales vinculados con alteraciones del perfil glucémico y el desarrollo de DM en pacientes con diagnóstico de AR.

Material y métodos: Estudio longitudinal, ambispectivo, descriptivo y observacional. La población de estudio se integró con pacientes con artritis reumatoide, de acuerdo con los criterios del ACR/EULAR 2010, de la consulta externa que asisten al servicio de reumatología del Hospital General de Cuernavaca José G. Parres. El universo de trabajo se conformó con individuos con AR que aceptan participar en el estudio, cumplen criterios de inclusión y firman voluntariamente la carta de consentimiento informado. A partir de los criterios de selección, se identificó a los pacientes sin alteraciones del perfil glucémico (SAPG) en el diagnóstico. Con posterioridad se dividieron en dos grupos: sin APG y con APG. Se capturaron los resultados de laboratorio basales y se tomaron muestras sanguíneas para evaluar los marcadores inflamatorios. La recolección de la información demográfica y clínica se realizó al analizar los datos obtenidos en la base de datos de los pacientes con AR, desde 2017 hasta la fecha. Se evaluaron marcadores específicos y se relacionaron con la alteración metabólica e inflamatoria, como insulina, péptido C, IL-6, leptina, ACCP y adiponectina, por métodos de ELISA. La evaluación del riesgo de padecer DM y su efecto sobre la calidad de vida se efectuó con la aplicación del cuestionario establecido por ADA 2022 con la finalidad de determinar el efecto de la

enfermedad sobre la calidad de vida y cuantificar la capacidad funcional del paciente con AR, desde un punto de vista global, mediante el instrumento HAQ.

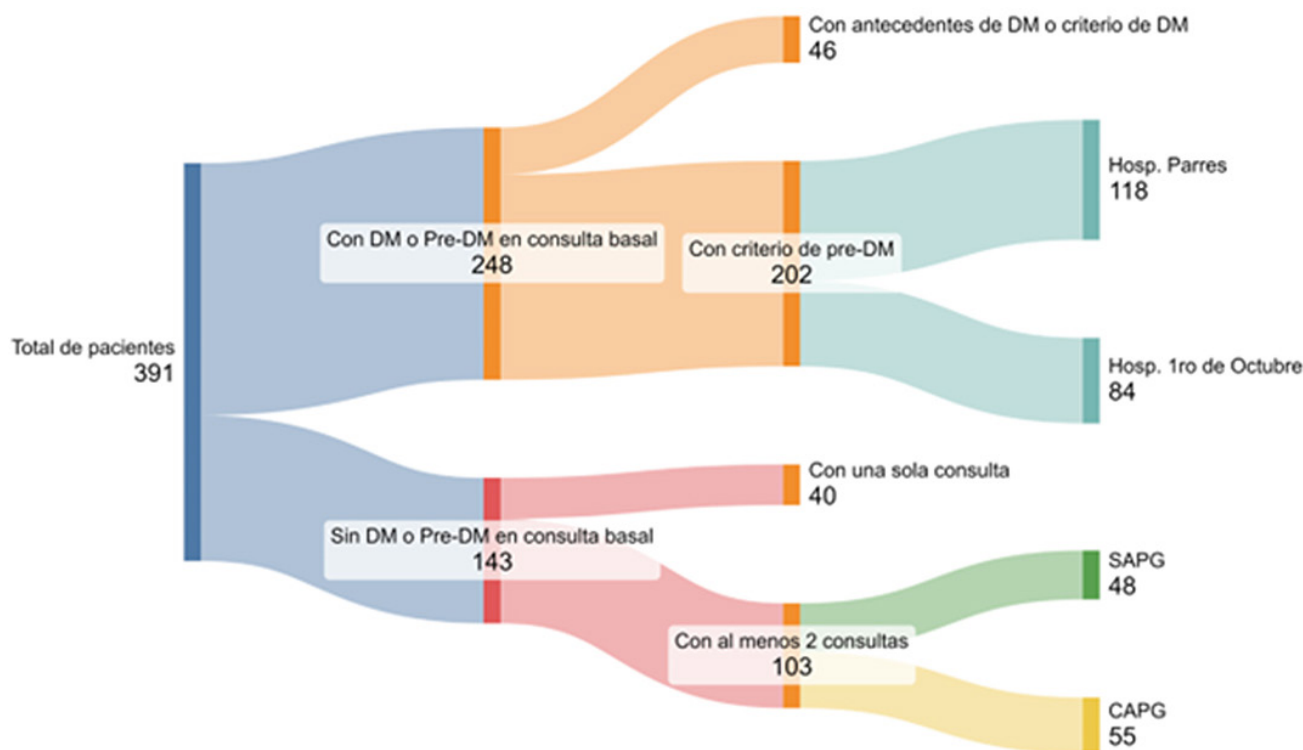
Resultados: De un total de 391 pacientes de la base, 143 sujetos no tenían alteraciones del perfil glucémico (APG) al inicio; 48 no cambiaron su estado y 55 avanzaron a prediabetes o diabetes mellitus tipo 2 (54 + 1). Al comparar las variables basales entre grupos se observó que quienes evolucionaron a APG registraron un índice de masa corporal significativamente superior y alcanzaron tendencia estadística. Tras evaluar los cambios progresivos de las variables se sugirió un desfase de algunas que podría combinarse para sugerir estrategias de predicción. Por otro lado, se realizó una comparación entre pacientes prediabéticos atendidos con fármacos antiartríticos modificadores de la enfermedad (FARME) convencionales y enfermos que recibieron FARME biológicos. Los valores de proteína C reactiva, DAS28 y HbA1C fueron superiores en los que consumieron FARME convencionales.

Conclusiones: Desde el año 2017, 55 pacientes con AR sin alteraciones del metabolismo de carbohidratos evolucionaron a prediabetes o DM2. El grupo que evolucionó con alteraciones del perfil glucémico (CAPG) mostró un IMC mayor en su consulta basal; asimismo, los factores de riesgo modificables influyen en el desarrollo de DM, al actuar como potenciales intervenciones preventivas en los pacientes con AR.

Bibliografía

1. Galarza-Delgado DA, Azpiri-López JR, Colunga-Pedraza IJ, *et al.* Prevalence of comorbidities in Mexican mestizo patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology international.* 2017 Sep;37:1507-11.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee, American Diabetes Association Professional Practice Committee: 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care.* 2022 Jan;45(Supplement_1): S17-38.
3. Ahlqvist E, Storm P, Käräjämäki A, *et al.* Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables. *The Lancet Diabetes & Endocrinology.* 2018 May 1;6(5):361-9.

Figura 1. (DC026)



DC027

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR CON LA CALCULADORA PREVENT Y LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN ARTRITIS REUMATOIDE Y PSORIÁSICA

A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, O. Uresti, R.I. De la Rosa-Vázquez, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, J.R. Azpiri-López, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La PREVENT (Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTS) de la American Heart Association es una nueva calculadora desarrollada en 2024 que determina el riesgo a 10 y 30 años de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECA) y falla cardíaca (FC). Las investigaciones previas han mostrado que los pacientes con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (AP) que desarrollan una actividad moderada o alta de la enfermedad enfrentan un riesgo cardiovascular (CV) elevado. Las herramientas previas no han sido precisas para calcular el riesgo en estos pacientes, lo cual destaca la necesidad de una determinación más exacta.

Objetivo: Evaluar la relación entre la actividad de la enfermedad y el riesgo CV en pacientes con AR y AP tras integrar la nueva calculadora PREVENT.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a pacientes con AR y AP de 40 a 60 años que cumplieran con los criterios ÁCR/EULAR 2010 y CASPAR 2006, respectivamente. Se excluyó a los individuos con enfermedad CV previa. Los pacientes con AR se dividieron en cuatro grupos de acuerdo con la actividad de la enfermedad medida con el Índice de Actividad de la Enfermedad de 28 articulaciones con Cálculo de la Proteína C Reactiva (DAS28-PCR) y los pacientes con AP se clasificaron en relación con la Actividad de la Enfermedad en Artritis Psoriásica (DAPSA). Se calculó el riesgo a 10 y 30 años de ECA y FC mediante PREVENT y luego se categorizó el riesgo CV según el algoritmo de dicha herramienta. Solo el riesgo a 10 años de ECA en AR se multiplicó por 1.5 de acuerdo con la actualización EULAR 2015/2016. Se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad. Se realizaron comparaciones con las pruebas ji cuadrada, ANOVA o Kruskal-Wallis, según correspondiera. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyó a un total de 436 pacientes: 334 con AR y 102 con AP. La mayoría de los participantes correspondió a mujeres (AR $n = 312$, 93,4%; AP $n = 60$, 55%) con una edad media similar en todos los grupos ($53,8 \pm 10,8$ años). No se encontraron diferencias en los factores de riesgo CV habituales. A pesar de la actividad de la enfermedad, la mayoría de los pacientes se clasificó como riesgo bajo para ECA y FC a 10 años. En la categoría de riesgo intermedio a 10 años para FC en pacientes con AR se reconoció una diferencia significativa entre los grupos con baja y alta actividad de la enfermedad (3,7% vs. 4,4%, $p = 0,02$), aunque esto podría deberse al tamaño pequeño de la muestra (Tabla 1). Los pacientes con AP y alta actividad de la enfermedad mostraron una mayor clasificación para bajo riesgo de ECA y FC a 10 años (85,7% y 92,8%, respectivamente) (Tabla 2). Ningún paciente se categorizó como riesgo alto para ECA o FC a 10 años. No hubo diferencias significativas entre los grupos y, aunque la gravedad de la enfermedad era menor, se calculó un mayor número de pacientes para riesgo intermedio y alto de ECA y FC a 30 años según el algoritmo PREVENT.

Conclusiones: Este estudio no encontró una relación entre la gravedad de la enfermedad y el aumento del riesgo CV mediado por PREVENT en pacientes con AR o AP. Sin embargo, es esencial controlar la actividad de la enfermedad y lograr la remisión en estos pacientes, tras integrar las características clínicas individuales, para prevenir el desarrollo de episodios CV futuros.

Bibliografía

1. Ferraz-Amaro I, Corrales A, Atienza-Mateo B, et al. Moderate and high disease activity predicts the development of carotid plaque in rheumatoid arthritis patients without classic cardiovascular risk factors: six years follow-up study. JCM. 2021 Oct 27;10(21):4975.

2. Lam SHM, Cheng IT, Li EK, et al. DAPSA, carotid plaque and cardiovascular events in psoriatic arthritis: a longitudinal study. Ann Rheum Dis. 2020 Oct;79(10):1320-6.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas en pacientes con AR. (DC027)

Variables	Remisión (n = 99)	Baja (n = 53)	Moderada (n = 137)	Alta (n = 45)	P
Edad, años, mediana (RIC)	53,0 (46,5-56,5)	52,0 (45,8-55,0)	51,0 (47,0-55,0)	49,0 (53,0-56,0)	0,19
Mujeres, n (%)	86 (86,8)	50 (93,3)	132 (96,3)	44 (97,7)	0,01
Factores de riesgo CV					
Diabetes, n (%)	8 (8,0)	10 (18,8)	16 (11,6)	9 (20)	0,11
Hipertensión, n (%)	15 (15,1)	14 (26,4)	31 (22,6)	11 (24,4)	0,32
Dislipidemia, n (%)	29 (29,2)	18 (33,9)	41 (29,9)	12 (26,6)	0,89
Tabaquismo activo, n (%)	10 (10,3)	4 (7,6)	10 (7,5)	8 (18,8)	0,35
Obesidad, n (%)	28 (28,2)	16 (30,1)	44 (32,1)	20 (44,4)	0,27
Características clínicas					
Tiempo de evolución, años, mediana (RIC)	6,1 (2,9-12,0)	7,0 (2,5-13,0)	7,1 (2,3-15,4)	5,0 (2,0-11,7)	0,57
Tratamiento					
MTX, n (%)	86 (86,8)	43 (81,9)	112 (81,7)	36 (80)	0,68
GC, n (%)	44 (44,4)	31 (58,4)	99 (72,2)	33 (73,3)	< 0,001
AINE, n (%)	24 (24,2)	23 (43,3)	46 (33,5)	21 (46,6)	0,08
FARMEb, n (%)	7 (7,07)	4 (7,5)	15 (10,9)	2 (4,4)	0,50
PREVENT					
Riesgo a 10 años de ECA					
Bajo, n (%)	83 (83,8)	41 (77,3)	115 (83,9)	35 (77,7)	0,59
Limítrofe, n (%)	11 (11,1)	8 (15,0)	12 (8,7)	6 (13,3)	0,60
Intermedio, n (%)	5 (5,0)	4 (7,5)	10 (7,2)	4 (8,8)	0,83
Alto, n (%)	-	-	-	-	-
Riesgo a 10 años de FC					
Bajo, n (%)	96 (96,9)	49 (92,4)	129 (94,1)	41 (91,1)	0,47
Limítrofe, n (%)	3 (3,0)	2 (3,7)	8 (5,8)	2 (4,4)	0,76
Intermedio, n (%)	-	2 (3,7)	-	2 (4,4)	0,02
Alto, n (%)	-	-	-	-	-
Riesgo a 30 años de ECA					
Bajo, n (%)	11 (11,1)	6 (11,3)	19 (13,8)	12 (26,6)	0,07
Limítrofe, n (%)	23 (23,2)	8 (15,0)	25 (18,2)	6 (13,3)	0,44
Intermedio, n (%)	60 (60,6)	35 (66,5)	80 (58,3)	23 (51,1)	0,50
Alto, n (%)	5 (5,0)	4 (7,5)	13 (9,4)	4 (8,8)	0,64
Riesgo a 30 años de FC					
Bajo, n (%)	10 (10,0)	7 (13,2)	11 (16,0)	9 (20,0)	0,39
Limítrofe, n (%)	12 (12,9)	10 (18,8)	19 (13,8)	8 (17,7)	0,64
Intermedio, n (%)	69 (69,6)	28 (52,8)	81 (59,1)	22 (48,8)	0,06
Alto, n (%)	8 (8,0)	8 (15,0)	15 (10,9)	6 (13,3)	0,57

CV, cardiovascular; DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; MTX, metotrexato; GC, glucocorticoides; AINE, antiinflamatorios no esteroideos; FARMEb, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; PREVENT, Predicting risk of cardiovascular disease EVENTS; ECA, enfermedad cardiovascular aterosclerótica; FC, falla cardíaca.

Tabla 2. Características demográficas y clínicas en pacientes con AP. (DC027)

Variables	Remisión (n = 24)	Baja (n = 36)	Moderada (n = 28)	Alta (n = 14)	P
Edad, años, ± DE	49,8 ± 6,7	47,6 ± 8,0	48,7 ± 7,9	46,2 ± 7,7	0,50
Mujeres, n (%)	11 (45,8)	19 (52,7)	20 (71,4)	10 (71,4)	0,17

Factores de riesgo CV					
Diabetes, n (%)	1 (4,1)	5 (13,8)	6 (21,4)	4 (28,5)	0,17
Hipertensión, n (%)	6 (25,0)	11 (30,5)	7 (25,0)	2 (14,2)	0,28
Dislipidemia, n (%)	8 (33,3)	21 (58,3)	13 (46,4)	7 (50,0)	0,08
Tabaquismo activo, n (%)	2 (8,3)	9 (25,9)	6 (21,4)	6 (42,8)	0,35
Obesidad, n (%)	4 (16,6)	14 (38,8)	10 (35,7)	7 (50,0)	0,09
Características clínicas					
Tiempo de evolución, años, mediana (RIC)	5,0 (2,0-8,0)	4,0 (3,0-10,2)	2,5 (1,0-7,2)	7,0 (2,5-11,5)	0,21
Tratamiento					
MTX, n (%)	10 (41,6)	26 (72,2)	13 (46,4)	7 (50)	0,27
GC, n (%)	1 (4,1)	10 (27,7)	3 (10,7)	1 (7,1)	0,01
AINE, n (%)	4 (16,6)	18 (50,0)	14 (50,0)	10 (71,4)	0,01
FARMEb, n (%)	6 (25,0)	12 (33,3)	8 (28,5)	5 (35,7)	0,41
PREVENT					
Riesgo a 10 años de ECA					
Bajo, n (%)	21 (87,5)	28 (77,7)	23 (82,1)	12 (85,7)	0,78
Limítrofe, n (%)	2 (8,3)	4 (11,1)	3 (10,7)	1 (7,1)	0,96
Intermedio, n (%)	1 (4,1)	4 (11,1)	2 (7,1)	1 (7,1)	0,79
Alto, n (%)	-	-	-	-	-
Riesgo a 10 años de FC					
Bajo, n (%)	21 (87,5)	27 (75,0)	23 (82,1)	13 (92,8)	0,41
Limítrofe, n (%)	2 (8,3)	4 (11,1)	2 (7,1)	-	0,62
Intermedio, n (%)	1 (4,1)	5 (13,8)	3 (10,7)	1 (7,1)	0,64
Alto, n (%)	-	-	-	-	-
Riesgo a 30 años de ECA					
Bajo, n (%)	3 (12,5)	4 (11,1)	4 (14,2)	1 (7,1)	0,92
Limítrofe, n (%)	1 (4,1)	3 (8,1)	5 (17,8)	3 (21,4)	0,26
Intermedio, n (%)	17 (70,8)	20 (55,5)	13 (46,4)	91 (64,2)	0,32
Alto, n (%)	3 (12,5)	9 (25,0)	6 (21,4)	1 (7,1)	0,40
Riesgo a 30 años de FC					
Bajo, n (%)	3 (12,5)	5 (13,8)	6 (21,4)	3 (21,4)	0,75
Limítrofe, n (%)	5 (20,8)	6 (16,6)	4 (14,2)	-	0,35
Intermedio, n (%)	12 (50)	17 (47,2)	12 (42,8)	7 (50,0)	0,95
Alto, n (%)	4 (16,6)	8 (22,2)	6 (21,4)	4 (28,5)	0,86

CV, cardiovascular; DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; MTX, metotrexato; GC, glucocorticoides; AINE, antiinflamatorios no esteroideos; FARMEb, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; PREVENT, Predicting risk of cardiovascular disease EVENTS; ECA, enfermedad cardiovascular aterosclerótica; FC, falla cardíaca.

DC028

FRECUENCIA DE CÉLULAS Tph Y Tfh EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

K.R. Félix-Murray¹, N. Espinoza-García¹, J. Velador-Mendoza¹, P. Ortiz-Lazareno², M. Marín-Rosales¹, D.C. Salazar-Camarena¹, C.A. Palafox-Sánchez¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (IICB), Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾División de Inmunología, Centro de Investigación Biomédica de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria heterogénea, crónica y multiorgánica. El LES se caracteriza por la sobreactivación de la reacción inmunitaria mediada por células B y T. En fecha reciente se ha descrito la expansión de un subconjunto de células único en pacientes con enfermedades autoinmunitarias como el LES y la artritis reumatoide, células T colaboradoras periféricas (Tph: CD4+/CXCR5-/PD1+), que pueden atraer a células B a los sitios de in-

flamación y no necesariamente a los centros germinales. A diferencia de las células T colaboradoras foliculares (Tfh: CD4+/CXCR5+/PD1+), las células Tph no se encuentran en los órganos linfoides, sino que se acumulan en los órganos inflamados. Este subconjunto celular expresa moléculas que contribuyen a la infiltración y el daño tisular que caracteriza a las complicaciones del LES, como en el caso de la nefritis lúpica.

Objetivo: Relacionar la frecuencia de las células Tph y Tfh con la actividad de la enfermedad en pacientes con LES.

Material y métodos: Con este fin se realizó un muestreo consecutivo en el Hospital General de Occidente, en Zapopan, Jalisco, en el periodo de enero a octubre de 2024, con la inclusión total de 30 pacientes con diagnóstico de LES, así como de 16 sujetos control de la misma población. La determinación de la frecuencia de subpoblaciones celulares de interés se llevó a cabo mediante la separación de células mononucleares de sangre periférica y citometría de flujo posterior.

Resultados: Del total de pacientes participantes, nueve sufrían nefritis lúpica (NL) y tenían actividad de la enfermedad grave (Mex-SLEDAI ≥ 8), cuatro tenían actividad moderada (Mex-SLEDAI 3-7) y 17 se encontraban inactivos (Mex-SLEDAI < 2). Los sujetos control presentaron 5,54%, 2,72 (mediana, IQR) de células Tfh y 10,93%, 3,55 (mediana, IQR) de células Tph; mientras que los pacientes con LES mostraron una mayor frecuencia de ambas subpoblaciones celulares ($p < 0,05$), con un 11,20%, 3,22 (mediana, IQR) de células Tfh y un 31,20%, 3,45 (mediana, IQR) de células Tph. La frecuencia de las células Tph y Tfh en los pacientes con LES no se correlacionó con la puntuación del Mex-SLEDAI (Tph: $\rho = 0,21$, $p = 0,26$; Tfh: $\rho = -0,26$, $p = 0,17$).

Conclusiones: El incremento de las células Tfh y Tph en pacientes con LES en comparación con los individuos control se ha demostrado en múltiples cohortes, aunque los mecanismos moleculares por los cuales las células T CD4+ adquieren estos aún se hallan bajo investigación.

Bibliografía

- Tsokos GC. Systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2011 Dec 1;365(22):211021. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1100359>.
- Marks KE, Rao DA. T peripheral helper cells in autoimmune diseases*. *Immunol Rev*. 2022;307(1):191202.
- Rao DA, Gurish MF, Marshall JL, et al. Pathologically expanded peripheral T helper cell subset drives B cells in rheumatoid arthritis. *Nature*. 2017;542(7639):1104.
- Bocharnikov AV, Keegan J, Wacliche VS, et al. PD-1hiCXCR5- T peripheral helper cells promote B cell responses in lupus via MAF and IL-21. *JCI Insight*. 2019;4(20).
- Sasaki T, Bracero S, Keegan J, et al. Longitudinal immune cell profiling in patients with early systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol*. 2022 Nov;74(11):180821.
- Sagrero-Fabela N, Ortiz-Lazareno PC, Salazar-Camarena DC, et al. BAFFR expression in circulating T follicular helper (CD4+CXCR5+PD-1+) and T peripheral helper (CD4+CXCR5PD-1+) cells in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2023 Aug 1;32(9):1093104.
- Zoshima T, Baba T, Tanabe Y, et al. CCR2- and CCR5-mediated macrophage infiltration contributes to glomerular endocapillary hypercellularity in antibody-induced lupus nephritis. *Rheumatology (United Kingdom)*. 2022 Jul 1;61(7):303348.
- Anders HJ, Saxena R, Zhao M, et al. Lupus nephritis. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2020;6(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-019-0141-9>
- Aringer M, Costenbader K, Daikh D, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019 Sep;78(9):11519.
- Salazar-Camarena DC, Ortiz-Lazareno PC, Cruz A, et al. Association of BAFF, APRIL serum levels, BAFF-R, TACI and BCMA expression on peripheral B-cell subsets with clinical manifestations in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2016;25(6):58292.
- Guzmán J, Cardiel MH, Arce-Salinas A, et al. Measurement of disease activity in systemic lupus erythematosus. Prospective validation of 3 clinical indices. *J Rheumatol*. 1992 Oct;19(10):15518.
- Shan Y, Nakayama S, Nawata A, et al. TGF- $\beta 3$ in differentiation and function of Tph-like cells and its relevance to disease activity in

patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology* (United Kingdom). 2023 Jul 1;62(7):246474.

DC029

CARACTERÍSTICAS DE LA VIDEOCAPILAROSCOPIA DEL LECHO UNGUEAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA

L.E. Briones-García, T.S. Rodríguez-Reyna, E. Martín-Nares, I.P. García-Herrera, G.A. Guaracha-Basáñez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La utilidad de la videocapilaroscopia del lecho ungueal (VLU) en alteraciones como la esclerosis sistémica y el fenómeno de Raynaud secundario es bien conocida. Sin embargo, no está bien establecido si los pacientes con enfermedad psoriásica (EP) revelan hallazgos específicos en la VLU.

Objetivo: Evaluar los hallazgos en la VLU en pacientes con enfermedad psoriásica y su nexa con las características clínicas.

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a pacientes con EP (psoriasis diagnosticada por un dermatólogo y artritis psoriásica [AP] según los criterios CASPAR). Como grupo control se incluyó a individuos sanos. La actividad de la enfermedad se evaluó con las puntuaciones PASI, NAPSÍ y DAPSA.

La VLU se realizó mediante una sonda óptica equipada con una lente de contacto de 200x (Optilia) conectada a un software de análisis de imágenes (Videocal, DS Medica, Milán, Italia). Se obtuvieron cuatro campos de cada dedo, del segundo al quinto dedo de cada mano y se recopilaron los siguientes parámetros de la VLU: densidad capilar, configuración general del lecho ungueal, capilares normales (forma de horquilla), variaciones morfológicas inespecíficas de los capilares (capilares tortuosos, cruzados o arborizados) y anomalías mayores, incluidos capilares dilatados, gigantes, microhemorragias, neoangiogénesis y áreas avasculares. Según los parámetros capilaroscópicos, se evaluaron los patrones de VLU: normal, inusual/atípico y patrones de esclerodermia (temprano, activo y tardío). Se utilizó estadística descriptiva para comparar los hallazgos de VLU entre los individuos sanos, pacientes con psoriasis y AP. Se realizaron correlaciones entre los hallazgos de VLU y los parámetros clínicos de actividad.

Resultados: Se incluyó a 39 pacientes con EP (29 con AP y 10 con psoriasis) y 28 controles sanos. Veinticuatro (61,5%) pacientes registraron actividad de la psoriasis según PASI y 16 (55,2%) tuvieron AP activa de acuerdo con DAPSA; 23 (58,9%) tenían psoriasis ungueal.

Los pacientes del grupo de EP sufrieron con mayor frecuencia anomalías mayores en la VLU comparados con el grupo sano (74,4% vs. 35,7%, $p = 0,002$) (Tabla 1). En el grupo de EP se registró una mayor frecuencia de configuración anormal del lecho ungueal (35,9% vs. 0%, $p < 0,001$), capilares cruzados (94,9% vs. 78,6%, $p = 0,04$), arborizados (74,4% vs. 7,1%, $p < 0,001$), dilatados (56,4% vs. 10,7%, $p < 0,001$), microhemorragias (30,8% vs. 3,6%, $p = 0,005$) y áreas avasculares (48,7% vs. 0%, $p < 0,001$) y una menor frecuencia de patrón normal (5,1% vs. 39,3%, $p < 0,001$). Nueve (23,1%) individuos con EP revelaron un patrón psoriásico, que se definió como densidad capilar limitrofe baja, capilares arborizados frecuentes con una morfología distintiva (en forma de canasta o U invertida, descrita en las placas psoriásicas) y áreas avasculares (Figura 1).

Se identificaron correlaciones moderadas negativas entre la densidad capilar promedio y la puntuación por DAPSA [CR1] ($\rho = -0,457$, $p = 0,013$) y los valores de PCR ($\rho = -0,321$, $p = 0,047$). Se identificaron correlaciones moderadas positivas entre la presencia de zonas avasculares y el número de articulaciones inflamadas ($\rho = 0,315$, $p = 0,05$) y el número de articulaciones dolorosas ($\rho = 0,312$, $p = 0,05$).

No se reconocieron diferencias en la frecuencia y los tipos de anomalías de VLU entre los pacientes con AP y psoriasis.

Conclusiones: Las anomalías mayores en la VLU son frecuentes en EP. Los pacientes con AP y psoriasis revelaron la misma frecuencia y tipos de anomalías en la VLU, independientemente del estado de actividad y la presencia de afectación ungueal. Un patrón que consiste en una den-

sidad capilar limitrofe baja, capilares arborizados distintivos frecuentes y áreas avasculares podría considerarse un “patrón psoriásico”.

Bibliografía

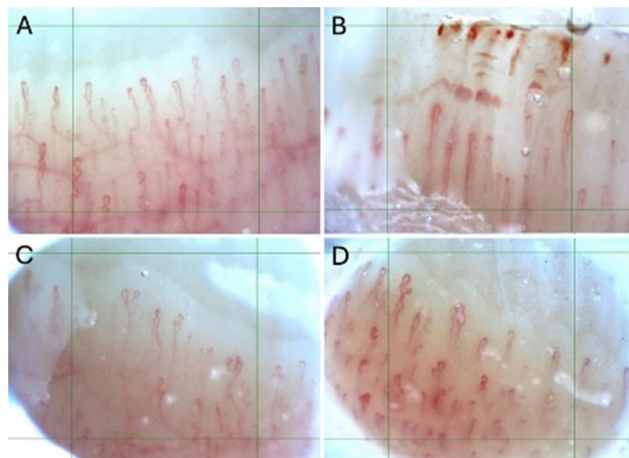
- Lazar LT, Guldberg-Møller J, Lazar BT, *et al.* Nailfold capillaroscopy as diagnostic test in patients with psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. Vol. 147, *Microvascular Research*. Academic Press Inc.; 2023.
- FitzGerald O, Ogdie A, Chandran V, *et al.* Psoriatic arthritis Vol. 7, *Nature Reviews Disease Primers*. Nature Research; 2021.

Tabla 1. Comparación de los hallazgos en la capilaroscopia del lecho ungueal de los pacientes con enfermedad psoriásica y sujetos sanos. (DC029)

Características	Enfermedad psoriásica (n = 39)	Individuos sanos (n = 28)	P
Hombres*	20 (51,3)	7 (25)	0,03
Hallazgos anormales*	29 (74,4)	10 (35,7)	0,002
Configuración anormal*	14 (35,9)	0	$\leq 0,001$
Densidad capilar media, media (DE)	8,86 \pm 0,99	8,86 \pm 0,91	0,97
Capilares cruzados*	37 (94,9)	22 (78,6)	0,04
Capilares tortuosos*	26 (66,7)	16 (57,1)	0,42
Capilares arborizados*	29 (74,4)	2 (7,1)	$\leq 0,001$
Capilares dilatados*	22 (56,4)	3 (10,7)	$\leq 0,001$
Capilares gigantes*	1 (2,6)	0	0,39
Diámetro capilar máximo, mediana (IQR)	21,7 (18,5-24,5)	18 (15-22)	0,01
Microhemorragias*	12 (30,8)	1 (3,6)	0,005
Áreas avasculares*	19 (48,7)	0	$\leq 0,001$
Neoangiogénesis*	2 (5,1)	0	0,22
Patrón normal*	2 (5,1)	11 (39,3)	$\leq 0,001$
Patrón atípico/inusual*	31 (79,5)	17 (60,7)	0,09
Patrón SSc temprano*	5 (12,8)	0	0,04
Patrón SSc activo*	0	0	NA
Patrón SSc tardío*	1 (2,6)	0	0,39
Patrón psoriásico*	9 (23,1)	0	0,006
Capilares en U invertida*	18 (46,2)	1 (3,6)	$\leq 0,001$

*Las variables se expresan en frecuencias, a menos que se indique lo contrario. NA = no aplica.

Figura 1. Imágenes representativas de los hallazgos de la VLU en pacientes con enfermedad psoriásica. Panel A: patrón normal atípico con capilares cruzados frecuentes. Panel B: múltiples microhemorragias. Paneles C y D: “patrón psoriásico”. Densidad capilar limitrofe baja, capilares arborizados frecuentes con aspecto “de forma de canasta” y áreas avasculares. (DC029)



DC030

VALIDACIÓN DE LA ESCALA aGAPSS PARA EL RIESGO DE RETROMBOSIS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS PRIMARIO

R. Morán-Contla, S. Muñoz-López, L. Andrade-Ortega, F.C. Irazoque-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La recurrencia de trombosis en los pacientes con síndrome antifosfolípidos (SAF) primario ocurre en cerca de la mitad de los pacientes a 10 años de evolución de la enfermedad. La escala de aGAPSS ha demostrado fiabilidad para determinar el riesgo de retrombosis en diferentes cohortes en EU y Europa, con un valor propuesto > 11. Por lo tanto, es necesaria su validación en la población mexicana para establecer su capacidad diferenciadora.

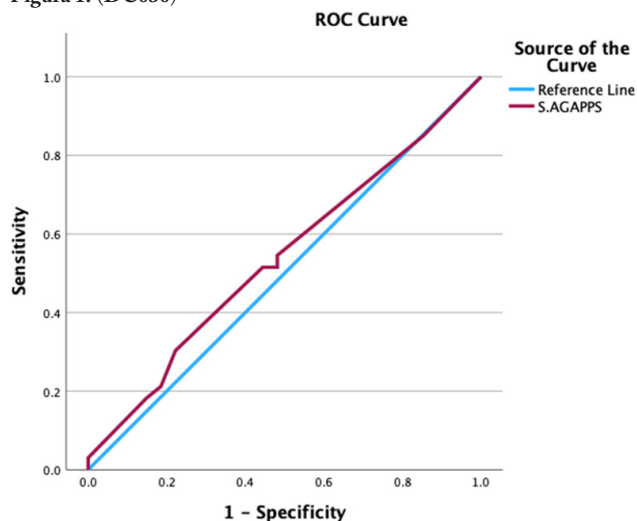
Objetivo: Validar la escala aGAPSS para el riesgo de retrombosis en pacientes con SAF primario en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio de cohorte histórica de pacientes de la consulta externa de reumatología en un hospital de tercer nivel con seguimiento de 1990 a 2024 que cumplieron con los criterios de inclusión: hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de SAF primario de acuerdo con los criterios de Sídney 2014, con antecedente de trombosis arterial o venosa.

Resultados: Se incluyó a un total de 60 pacientes, 48 mujeres (80%) y 12 hombres (20%), con edad media al diagnóstico de 36 años. La prevalencia de retrombosis fue de 45% (27 casos), a pesar de recibir anticoagulante, con mediana de evolución al episodio de retrombosis de 8,5 años. Para el punto de corte de aGAPSS > 11 para predecir retrombosis, la sensibilidad fue de 18,5%, la especificidad de 78,8%, el valor predictivo positivo de 41,7% y el valor predictivo negativo de 54,2%. El análisis de la curva ROC mostró un área bajo la curva (AUC) de 0,538 (**Figura 1**). Con base en el índice de Youden se encontró el punto de corte óptimo de aGAPSS de 6 para predecir retrombosis, con sensibilidad de 30,3%, especificidad de 77,8%, VPP de 62,5% y VPN de 47,73%. En el análisis de regresión logística, el valor de la escala aGAPSS para predecir retrombosis mostró un valor de *p* de 0,641.

Conclusiones: El instrumento aGAPSS ≥ 11 no predice de manera fiable el riesgo de retrombosis en la población mexicana con SAF primario. En esta población, el punto de corte óptimo de aGAPSS ≥ 6 fue mejor que el notificado en las publicaciones (≥ 11), pero la capacidad diferenciadora fue baja. Por lo tanto, no se cumple la validación en esta población.

Figura 1. (DC030)



Bibliografía

1. Radin M, Sciascia S, Erkan D, *et al.* The adjusted global antiphospholipid syndrome score (aGAPSS) and the risk of recurrent thrombosis:

results from the APS ACTION cohort. *Seminars in Arthritis and Rheumatism.* 2019;49(3):464-468.

2. Niznik S, Rapoport MJ, Avnery O, *et al.* Patterns of recurrent thrombosis in primary antiphospholipid syndrome-Multicenter, real-life long-term follow-up. *Frontiers in Immunology.* 2022;13:843718. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.843718>.

DC031

DISTRIBUCIÓN DE LAS SUBPOBLACIONES TPH, cTFH Y LINFOCITOS B DE MEMORIA ATÍPICA (CXCR5-CD11c+) EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

V.M. Menchaca-Tapia¹, D.C. Salazar-Camarena¹, M. Marín-Rosales², P.C. Ortiz-Nazareno³, C.A. Palafox-Sánchez¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco, ⁽³⁾Centro de Investigación Biomédica de Occidente, IMSS

Introducción: Una de las características del síndrome de Sjögren primario (SSp) es un infiltrado linfocitario crónico de las glándulas salivales. Dentro de estos infiltrados crónicos se encuentran linfocitos T con un perfil colaborador folicular (TFH, *T-follicular helper*) que expresan los marcadores CCR2 y CCR5 y además favorecen la diferenciación extrafolicular de los linfocitos B, los cuales se caracterizan por la expresión de CD11c y la ausencia de CXCR5 o CD21. Estas poblaciones también se han identificado en sangre periférica de pacientes con otras enfermedades autoinmunitarias y han mostrado valores aumentados de linfocitos T con perfil TFH, las denominadas *T peripheral helper* (TPH) y *circulant T follicular helper* (cTFH), además de poblaciones de linfocitos B diferenciados de modo extrafolicular. En la actualidad se carece de información sobre estas poblaciones en pacientes con SSp.

Objetivo: Evaluar la distribución de las subpoblaciones TPH, cTFH y linfocitos B de memoria atípica en pacientes con SSp.

Material y métodos: Se incluyó a los pacientes con SSp que cumplieran criterios de clasificación de ACR/EULAR 2016, sin consumo de fármacos biológicos, y controles sanos. Las frecuencias de subpoblaciones de linfocitos T y B de memoria atípica se midieron por citometría con las estrategias del grupo de trabajo de Palafox, con los siguientes marcadores: doble negativo CD19+CD27-IgD-(DN), naïve CD19+CD27-IgD+(NAV), *unswitched memory class* CD19+CD27+IgD-(UMC), *switched memory class* CD19+CD27+IgD+(SMC), DN tipo1 CD19+CD27-IgD-CXCR5+C-11c-(DN1), DN tipo2 CD19+CD27-IgD-CXCR5-CD11c+(DN2), NAV activadas CD19+CD27-IgD+CXCR5-CD11c+(aNAV), TPH CD3+CD4+PD1+CXCR5-, cTFH CD3+CD4+PD1+CXCR5+.

En todas las poblaciones de linfocitos B se evaluó la expresión de CD21 y CD38, y en los linfocitos T se evaluaron CCR2, CCR5 e IL21.

Resultados: Se evaluó a 29 pacientes y 15 controles, el 100% del sexo femenino; sus características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. Valores de las subpoblaciones de linfocitos T: los pacientes con SSp registraron frecuencias más elevadas de cTFH con una mediana de 7,42% (IQR, 5,9-10,7) en comparación con los controles de 4,5% (IQR, 2,82-5,4) (**Figura 1a-b**), además de una mayor frecuencia de cTFH que expresan CCR2, CCR5 e IL21. Los linfocitos TPH también se encontraron incrementados en SSp con una mediana de 21,1% (IQR, 17,5-24,2) respecto de los controles de 11,5% (IQR, 9,5-18,0), con una mayor frecuencia de TPH que expresan CCR2, CCR5 e IL21 en pacientes con SSp. Se identificó una correlación negativa entre los valores de cTFH ($r = -0,47$, $p = 0,04$) y la edad de los pacientes.

Valores de subpoblaciones de linfocitos B: se observó una mayor frecuencia de poblaciones DN2 de 4,7% (IQR, 1,4-8,6), aNAV de 0,46 (IQR, 0,26-1,07) y menor frecuencia de UMC de 1,65% (IQR, 0,94-2,63) en comparación con los controles (**Figura 1c-e**), además de una mayor frecuencia de la subpoblación DN2 CD21- de 4,6% (IQR, 1,35-8,5) en comparación con los controles, al igual que las subpoblaciones CD38+ de SMC de 2,3% (IQR, 0,26-8,3), DN de 1,52% (0,19-5,1) y DN2 de 0,44% (0,11-1,27). Se reconoció una correlación positiva entre los valores de DN1 y la edad de pacientes con SSp ($r = 0,476$, $p = 0,04$).

Relación de las subpoblaciones con la resequeidad ocular: se identificó una correlación negativa entre la secreción lagrimal medida por prueba de Schirmer y los valores de las subpoblaciones aNAV, TPH IL21+, cTFH CCR2+, DN2 CD21- y aNAV CD38+ (Figura 1f).

Conclusiones: Las subpoblaciones TPH, cTFH, aNAV y DN2 están aumentadas en pacientes con SSp respecto de los controles, mientras que las subpoblaciones aNAV, TPH IL21+, cTFH CCR2+, DN2 CD21- y aNAV CD38+ se correlacionan de forma negativa con los resultados de la prueba de Schirmer.

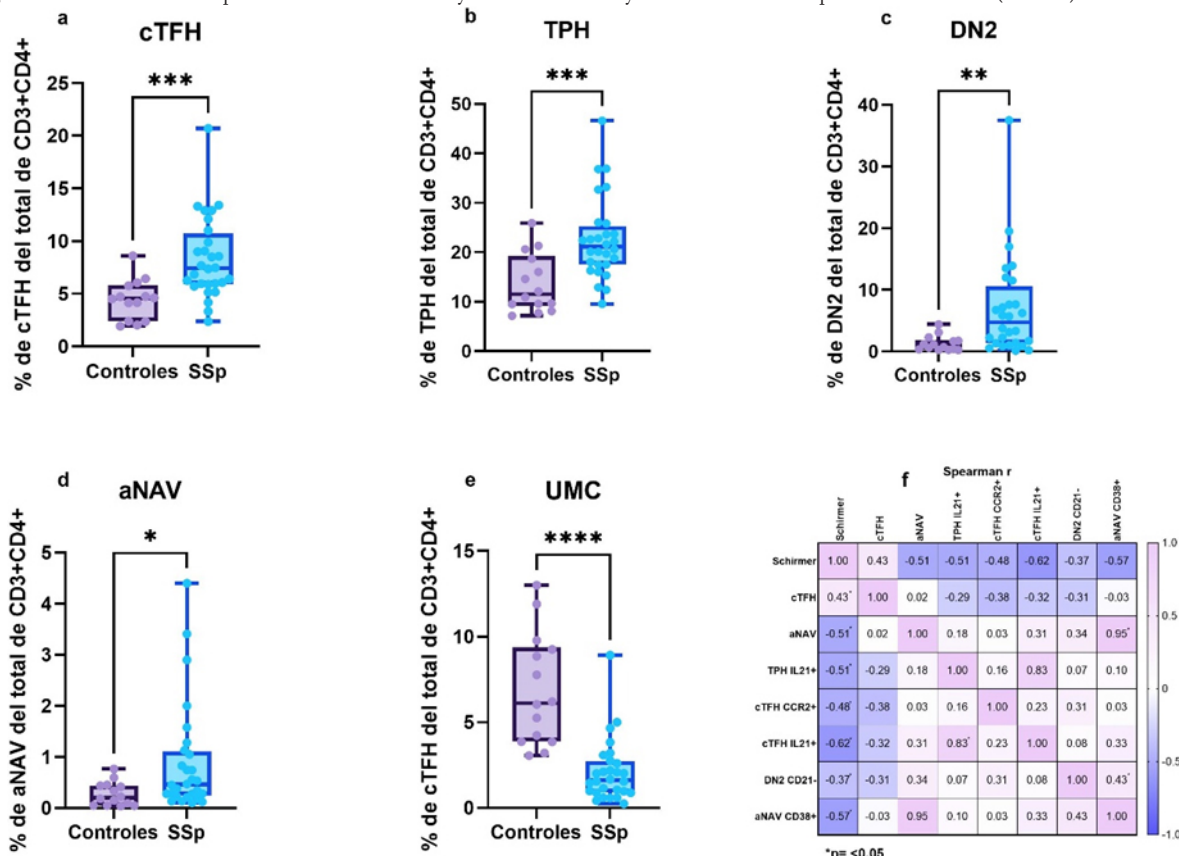
Bibliografía

- Carrillo-Ballesteros FJ, Palafox-Sánchez CA, Franco-Topete RA, *et al.* Expression of BAFF and BAFF receptors in primary Sjogren's syndrome patients with ectopic germinal center-like structures. Clin Exp Med. 2020;20(4):615-26.
- Jenks SA, Cashman KS, Woodruff MC, *et al.* Extrafollicular responses in humans and SLE. Immunol Rev. 2019;288(1):136-48.
- Álvarez-Gómez JA, Salazar-Camarena DC, Román-Fernández IV, *et al.* BAFF system expression in double negative 2, activated naïve and activated memory B cells in systemic lupus erythematosus. Front Immunol. 2023;14:1235937.
- Sagrero-Fabela N, Ortiz-Lazareno PC, Salazar-Camarena DC, *et al.* BAFFR expression in circulating T follicular helper (CD4+CXCR5+PD-1+) and T peripheral helper (CD4+CXCR5+PD-1+) cells in systemic lupus erythematosus. Lupus. 2023;32(9):1093-104.

Tabla 1. Características demográficas. (DC031)

Variable	SSp n = 29	Controles n = 14	P
Edad (media ± DE)	58,8±15,5	54 ±15,4	0,4
Sexo femenino (%)	100	100	-
Ojo seco (%)	90%	NA	-
Boca seca (%)	52%	NA	-
Sialometría actual mayor 1,5 ml (%)	60%	NA	-
Schirmer Derecho en mm (media ± DE)	6,4±6,2	13±9,2	0,005
Schirmer Izquierdo en mm (media ± DE)	5,4±4,9	15,2±10,4	0,027
Hb en g (media ± DE)	13,4±1,4	12,7±1,3	0,243
Leucocitos (media ± DE)	6280±2585	6393±1859	0,680
Linfocitos (media ± DE)	1980±587	1929±382	0,790
Plaquetas (media ± DE)	275000±137000	318000±84000	0,380
VSG (media ± DE)	21±13,2	20,2±12,8	0,775
Biopsia compatible (%)	83%	NA	-
Pacientes con RO+ (%)	40%	NA	-
ESSPRI 1	5,4±3,7	NA	-
ESSPRI 2	4,2±3,6	NA	-
ESSPRI 3	2,7±2,2	NA	-
SSDDI TOTAL	1,25±0,7	NA	-
ESSDAI TOTAL	2±1,9	NA	-

Figura 1. Distribución de subpoblaciones de linfocitos T y B extrafolliculares y su correlación con la prueba de Schirmer. (DC031)



a-e Comparación de cTFH, TPH, DN2, aNAV, UMC entre controles y pacientes. f Matriz de correlación entre Schirmer y las subpoblaciones cTFH, aNAV, TPH IL21+, cTFH CCR2+, cTFH IL21+, DN2 CD21-, aNAV CD38+ Las gráficas muestran las medianas de las frecuencias con mínimos y máximos. Para las diferencias estadísticas se utilizaron la prueba U de Mann-Whitney y el coeficiente de correlación de Spearman. TPH, T colaboradora periférica; cTFH, T colaboradora folicular circulante; aNAV, naïve activadas; UMC, unswitched memory class; DN2, doble negativo tipo 2.



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



LIII Congreso Mexicano de Reumatología

CARTELES GENERALES

CG001

EFFECTO DE LA MULTIMORBILIDAD EN LA RESPUESTA A TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: INFORMACIÓN DE BIOBADAMEX

V. Rivera-Terán¹, D. Vega-Morales², I.J. Colunga-Pedraza³, S. Sicsik-Ayala⁴, A. Castillo-Ortiz⁵, G. Guaracha-Basáñez⁶, M.A. Saavedra-Salinas⁷, F. Irazoque-Palazuelos⁸, J.C. Casasola-Vargas⁹, O. Monroy-Muñoz¹⁰, S. Carrillo-Vázquez¹¹, J. Merayo-Chalico¹², E. Torres-Valdez¹³, L. Valdés-Corona¹⁴, J. Torres-Ruiz¹⁴

⁽¹⁾Colegio Mexicano de Reumatología, ⁽²⁾Clínica 17, IMSS, ⁽³⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL, ⁽⁴⁾Hospital Regional ISSSTE Mérida, ⁽⁵⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽⁶⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽⁷⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽⁸⁾Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, ⁽⁹⁾Hospital Central Militar, ⁽¹⁰⁾Hospital Regional 1 de Octubre, ⁽¹¹⁾Reumatika, Centro de Vanguardia en Reumatología, ⁽¹²⁾Hospital General Regional Querétaro, ⁽¹³⁾Hospital Angeles Lomas, ⁽¹⁴⁾Colegio Mexicano de Reumatología

Introducción: Las comorbilidades representan un desafío para el control de las enfermedades reumáticas debido a las contraindicaciones de algunos fármacos, persistencia de la inflamación y baja adherencia al tratamiento, lo que contribuye a un estado de difícil atención y modifica la calidad de vida y las opciones terapéuticas para los pacientes.

Objetivo: Evaluar el efecto de la multimorbilidad en la eficacia de los fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FARMEb) y sintéticos (FARMEs) en pacientes con artritis reumatoide (AR) con seguimiento a dos años.

Material y métodos: En este análisis se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de AR registrados en BIOBADAMEX desde 2016 hasta abril de 2024. Los pacientes se categorizaron de acuerdo con el estado basal de comorbilidades, definido por un índice de comorbilidad de Charlson (ICC) ≥ 3 . Se utilizó estadística descriptiva para comparar las características de los grupos y un modelo de regresión lineal ajustado por edad y sexo para comparar la efectividad de acuerdo con el valor de DAS28 a lo largo de dos años después del inicio del tratamiento con FARMEb y FARMEs.

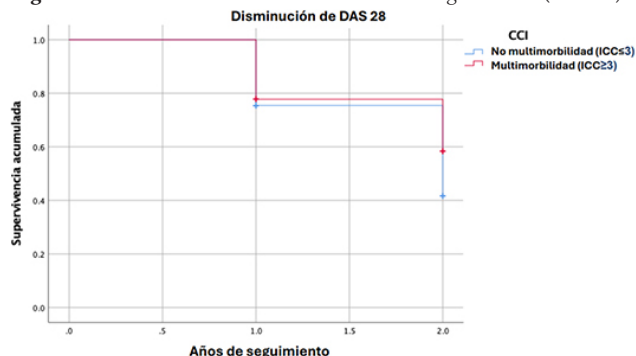
Resultados: Se incluyó a 706 pacientes con AR en el análisis (Tabla 1). El 92% correspondió al sexo femenino, con una edad media de diagnóstico de 41 (13,4) años y edad de inicio del tratamiento con FARMEb/s de 51,7 (12,6) años y una duración media de la enfermedad hasta el

Tabla 1. Características basales clasificadas por la presencia de multimorbilidad definida por el índice de Charlson (CCI). (CG001)

	Total n = 706	Multimorbilidad (CCI > 3) n = 15	Sin multimorbilidad (CCI < 3) n = 691	p
Edad al diagnóstico, media (DE)	41 (13,4)	48,9 (12,9)	40,8 (13,4)	0,02
Edad al inicio de FARMEb, media (DE)	51,7 (12,6)	62,6 (8,7)	51,5 (12,6)	0,001
Años diagnóstico, media (DE)	10,7 (9,6)	13,7 (12,3)	10,7 (9,5)	0,2
Sexo femenino, (%)	651 (92,2)	14 (93,3)	637 (92,2)	0,87
IMC, media (DE)	26,9 (6,3)			
FR positivo, (%)	511 (72,4)	12 (80)	499 (72,2)	0,39
Anti-CCP positivo, (%)	157 (22,2)	4 (26,7)	153 (22,)	0,8
DAS28 media (DE)	4,9 (1,4)	4,6 (1,8)	4,9 (1,4)	0,3
Tratamiento, (%)				0,7
- Anti-TNF	390 (55,2)	6 (40)	384 (5,6)	0,2
- Anti-CD20	55 (7,8)	1 (6,7)	54 (7,8)	0,8
- Inhibidores JAK	68 (9,6)	2 (13,3)	66 (9,6)	0,6
- Inhibidores CTLA4	98 (13,9)	3 (20)	95 (13,7)	0,4
- Inhibidores IL6	95 (13,5)	3 (20)	92 (13,3)	0,4
Uso de glucocorticoides, (%)	287 (40,7)	6 (40)	281 (40,7)	0,9
Uso de FARMEc, %	560 (79,3)	9 (60)	551 (79,7)	0,6
Uso de FARMEb previo, (%)	263 (37,3)	5 (33,3)	258 (37,3)	0,7
Suspensión de FARMEb, (%)	279 (39,5)	5 (33,3)	274 (39,6)	0,6
Motivo de suspensión, (%)				0,7
Ineficacia	131 (47)	3 (60)	128 (46,7)	
Efectos adversos	25 (9)	-	25 (9,1)	
Pérdida del paciente	29 (10,4)	1 (20)	28 (10,2)	
Remisión	20 (7,2)	-	20 (7,5)	
Otros	74 (26,4)	1 (20)	73 (26,5)	
Tabaquismo	12 (1,7)	0	12 (1,7)	0,03

inicio de FARMEb/s de 10,7 (9,6) años. Los FARMEb más indicados fueron los antagonistas de TNF- α (55%) seguidos por los inhibidores de CTLA4 (14%). Sin embargo, al comparar con los controles, no se halló significancia estadística ($p = 0,08$). Las comorbilidades más prevalentes entre los pacientes fueron diabetes mellitus no complicada (9,8%), hepatopatía leve (1,8%), tumor sólido y úlcera péptica (1,3%), respectivamente. Un total de 15 pacientes (2,12%) tuvo multimorbilidad definida por un ICC ≥ 3 . Estos pacientes tenían una mayor edad al diagnóstico (48,9 [12,9] vs. 40,8 [1,4], $p = 0,02$) y mayor edad al inicio del tratamiento con FARMEb/s (51,7 [12,6] vs. 51,5 [12,6], $p = 0,001$). La proteína C reactiva fue similar en ambos grupos (6 [8,8] vs. 6,9 [15,2], $p = 0,8$) y la actividad de la enfermedad medida por DAS28 fue ligeramente menor en el grupo con multimorbilidad (4,6 [1,8] vs. 4,9 [1,4], $p = 0,3$), aunque sin significancia estadística. Los antagonistas de TNF- α fueron el FARMEb más prescrito, si bien con menor proporción en el grupo de multimorbilidad. La administración concomitante de glucocorticoides fue similar en ambos grupos, mientras que el FARME convencional fue menor en el grupo de multimorbilidad. La proporción de los pacientes que alcanzaron remisión fue mayor en sujetos que no tenían comorbilidad al primer año (40,4% vs. 10%, $p = 0,9$) y al segundo año (44,6% vs. 25%, $p = 0,2$) de seguimiento, aunque no se identificó significancia estadística. En la evolución de los pacientes se observó que la reducción de DAS28 (Figura 1) fue similar en ambos grupos durante el primer año y mostró mayor reducción durante el segundo año en el grupo sin multimorbilidad, aunque sin significancia estadística ($p = 0,4$). **Conclusiones:** En este estudio se advirtió que la multimorbilidad parece modificar la efectividad del tratamiento con compuestos biológicos de los pacientes con AR determinada por un mayor DAS28 en un seguimiento a dos años. Contar con una muestra pequeña en el grupo de multimorbilidad pudo afectar quizá la significancia estadística de los resultados.

Figura 1. Disminución de DAS28 a dos años de seguimiento. (CG001)



Bibliografía

1. Calvo-Gutiérrez J, et al. Impact of multimorbidity on the first ts/bDMARD effectiveness and retention rate after two years of follow-up in patients with rheumatoid arthritis from the BIOBADASER registry. *Arthritis Res Ther.* 2024 Feb 23;26(1):57. doi: 10.1186/s13075-024-03287-9. PMID: 38395899; PMCID: PMC10885598.

CG002

VACUNACIÓN CONTRA EL VPH: EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO, PERCEPCIONES Y BARRERAS ENTRE MÉDICOS

V. Cantú-Martínez, H.A. Martínez-Espinosa, M. Martínez-García, A.M. Jáuregui-Espinosa, J.A. Esquivel-Valerio, D.A. Galarza-Delgado
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomiendan la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) para adolescentes y adultos jóvenes de 9 a 26 años. Esta vacuna es una herramienta clave para prevenir la infección por nuevos serotipos de VPH y reducir el riesgo de desarrollar verrugas genitales y cáncer cervicouterino.

Además, sugieren que, en circunstancias de riesgo, la vacunación puede ser eficaz para personas de 26 a 45 años. El conocimiento del personal de salud influye en la aceptación de la vacuna, por lo cual es crucial la comprensión de esta inmunización. Analizar su percepción permite identificar barreras potenciales y diseñar estrategias más efectivas para aumentar la cobertura de vacunación en la población general.

Objetivo: Evaluar el conocimiento, percepciones y barreras del personal médico sobre la vacunación contra el VPH.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal con una encuesta basada en las recomendaciones de los CDC y en las publicaciones médicas sobre las vacunas disponibles (Tabla 1). El cuestionario en Google Forms incluyó preguntas sobre conocimiento de las recomendaciones de los CDC, serotipos del VPH en las vacunas, percepción y prácticas, y barreras observadas para la vacunación. La encuesta se distribuyó entre médicos pasantes, residentes y profesores a través de WhatsApp y su llenado fue voluntario y anónimo. Los datos se analizaron en R (versión 4.4.1) y se muestran frecuencias y porcentajes para variables categóricas y mediana con rango intercuartílico (RIC) para variables continuas.

Tabla 1. Conocimiento de las recomendaciones de los CDC sobre la vacunación contra el VPH. (CG002)

Preguntas	Respuesta correcta	Aciertos, n (%)
1a. ¿A qué edad se recomienda iniciar la vacunación de rutina?	9 años	14 (37%)
1b. ¿Cuántas dosis se recomienda aplicar a esta edad?	2 dosis	22 (58%)
2a. Si una persona mayor a 14 años no se vacunó contra el VPH, ¿hasta qué edad está recomendado aplicar el esquema de rutina?	26 años	10 (26%)
2b. ¿Cuántas dosis se recomienda aplicar a mayores de 14 años?	3 dosis	26 (68%)
3. ¿Cuántas dosis se recomienda aplicar en personas inmunocomprometidas?	3 dosis	23 (61%)
4. ¿Es recomendable vacunar contra el VPH durante el embarazo?	No	19 (50%)
5. ¿Cuál es la edad máxima recomendada para aplicar la vacuna contra el VPH en aquellos mayores de 26 años?	45 años	12 (32%)

CDC, Centers for Disease Control and Prevention; VPH, virus del papiloma humano. Se muestran las preguntas realizadas al personal médico a partir de las recomendaciones de los CDC sobre la vacunación contra el VPH. Se registran la frecuencia y el porcentaje de aciertos por pregunta.

Resultados: Se obtuvieron 38 respuestas, de las cuales el 63% procedía de mujeres, con una mediana de edad de 26 años. El 63% de los encuestados se integró con médicos pasantes, el 32% con residentes y el 5% con profesores. El 47% de los participantes señaló haber recibido al menos una dosis de la vacuna contra el VPH, con un solo hombre vacunado. La mediana de edad a la que las mujeres recibieron la primera dosis fue de 13 años. El 76% identificó correctamente los serotipos en la vacuna bivalente, el 63% en la tetravalente y solo el 5% en la nonavalente. El 71% conocía los serotipos causantes de la mayor parte de los cánceres relacionados con el VPH y el 79% los vinculados con verrugas anogenitales. De los 20 participantes que atienden a pacientes de manera regular, el 85% recomendó la vacuna a la mitad de sus pacientes, aunque creen que solo 1 de cada 10 sigue la recomendación. Las principales barreras identificadas fueron el costo de la vacuna (55%) y la desinformación (25%). El 50% sugirió mejorar la accesibilidad y los costos, en tanto que el 35% resaltó la importancia de la educación. En promedio, los participantes estarían dispuestos a pagar 1,255 pesos por una dosis, pero solo el 45% se aplicaría el esquema completo de tres dosis. El 58% indicó saber dónde acudir para la vacunación.

Conclusiones: El personal médico posee un conocimiento general adecuado sobre las recomendaciones de los CDC para la vacunación contra el VPH, pero aún existen áreas críticas que requieren mejoras, especialmente en relación con las vacunas más recientes. La mayoría de los profesionales de la salud recomienda la vacunación a sus pacientes, pero las barreras clave son todavía el costo y la desinformación. Esto enfatiza la necesidad de mejorar la accesibilidad económica y desarrollar campañas educativas efectivas para aumentar la aceptación y cobertura de la vacuna.

Bibliografía

- Warner EL, Ding Q, Pappas L, *et al.* Health care providers? Knowledge of HPV vaccination, barriers, and strategies in a state with low HPV vaccine receipt: mixed-methods study. *JMIR Cancer*. 2017 Aug 11;3(2):e12.
- David E, Roy P, Belot A, *et al.* Human papilloma virus vaccination in patients with rheumatic diseases in France: a study of vaccination coverage and drivers of vaccination. *Journal of Clinical Medicine*. [Internet] 2022 Jul 16 [cited 2024 Sep 20];11(14):4137-7. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/14/4137>

CG003**INSUFICIENCIA Y DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN PACIENTES POTOSINOS CON OSTEOPOROSIS: PREVALENCIA Y RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD**

A. Sánchez-Arriaga¹, X.E. Aguilar-Vergara², V.M. Dimas-Pecina³, J.M. García-Barboza⁴, A. Telles-Gómez⁵

⁽¹⁾Hospital Ángeles San Luis Potosí, ⁽²⁾Colpos, ⁽³⁾Hospital Star Médica San Luis Potosí, ⁽⁴⁾Hospital de Especialidades No. 50, San Luis Potosí, ⁽⁵⁾Universidad Cuauhtémoc San Luis Potosí

Introducción: La osteoporosis es una de las principales enfermedades en el ser humano; se calcula que afecta alrededor de 200 millones de personas en el mundo y esta prevalencia se elevará debido al incremento de la población adulta mayor. La vitamina D, en especial su metabolito activo 25-OH-vitamina D, juega un papel importante en la homeostasis del hueso a través de diversos mecanismos, uno de los cuales es la promoción de la osteoblastogénesis; sin adecuadas cantidades podría propiciarse el desarrollo de enfermedades, entre ellas osteopenia y osteoporosis. Los valores normales de la vitamina D son > 30 ng/mL, la insuficiencia se define por cifras de 20 a 29 ng/mL y la deficiencia por valores < 20 ng/mL. La *American Association of Clinical Endocrinology* junto con el *American College of Endocrinology* (ACE) establecieron dos grupos de pacientes con osteoporosis basados en el riesgo de fractura para ofrecer un tratamiento adecuado, los cuales son los de riesgo alto y los de riesgo muy alto.

Objetivos: Conocer si existe una correlación entre los valores de vitamina D y el riesgo alto o muy alto de fractura en pacientes potosinos con osteoporosis.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes potosinos con osteoporosis de la consulta de reumatología del Hospital Ángeles de San Luis Potosí. Se registraron medias, frecuencias y correlación entre la vitamina D y la osteoporosis de riesgo alto y muy alto de fractura.

Resultados: Se analizó a 86 pacientes con osteoporosis, conformados por 95,3% de mujeres con una media de edad de 67,8 años (**Tabla 1**). La prevalencia de cifras normales de vitamina D fue de 7%, la de insuficiencia de vitamina D de 68,6% y la de deficiencia de vitamina D de 24,4%. Las distribuciones de insuficiencia de vitamina D fueron similares entre los grupos con osteoporosis de riesgo alto y riesgo muy alto (70% *vs.* 65,4%), no así entre los valores normales de vitamina D (10% *vs.* 0%) y la deficiencia de vitamina D (20% *vs.* 34,6%). A pesar de la mayor prevalencia de deficiencia de vitamina D en el grupo de riesgo muy alto de fractura no se encontró una correlación significativa (coeficiente de correlación de rho de Spearman de -0,267 con un valor de p bilateral de 0,3), probablemente por el tamaño de la muestra incluido.

Conclusiones: La prevalencia de cifras bajas de vitamina D en la población con osteoporosis de San Luis Potosí es alta (93%), por lo que requiere intervenciones a edades tempranas, por ejemplo, programas de escrutinio y complementación en poblaciones de riesgo antes de la aparición de la osteoporosis. Aunque la relación negativa entre los valores de vitamina D y la osteoporosis de alto riesgo no tuvo significancia estadística, es necesario ampliar la muestra y generar intervenciones para la población potosina.

Bibliografía

- Reginster JY, Burlet N. Osteoporosis: a still increasing prevalence. *Bone*. 2006;38(2 Suppl 1):S4-9.

- Srivastava RK, Sapra L, Mishra PK. Osteometabolism: metabolic alterations in bone pathologies. *Cells*. 2022;11(23).
- Pludowski P, Kos-Kudla B, Walczak M, *et al.* Guidelines for preventing and treating vitamin D deficiency: A 2023 Update in Poland. *Nutrients*. 2023;15(3).
- Camacho PM, Petak SM, Binkley N, *et al.* American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis- 2020 update executive summary. *Endocr Pract*. 2020;26(5):564-70.

Tabla 1. Datos demográficos de la población de 86 pacientes incluidos en el estudio. (CG003)

Datos demográficos	Media	Intervalos
Edad	67,8 años	51-91 años
Peso	60,8 kg	38,5-88 kg
Talla	1,53 m	1,38-1,74 m
Índice de masa corporal (IMC)	25,7	18,49-4,03
Datos demográficos	Pacientes (n)	Porcentaje (%)
Género		
Mujeres	82	95,3
Hombres	4	4,7

CG004**FATIGA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES**

E.A. Galindo-Calvillo, K.Y. Ramos-Reza, F. Humphrey-Escamilla, A.C. Dávila-Herrada, F.X. Moreno-Acuña, A.J. Rodríguez-Raygoza, M.D. Escobedo-Moreno, M.E. Corral-Trujillo, J.A. Cárdenas-De la Garza, I. Hernández-Galarza, M.A. Villarreal-Alarcón, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) suelen sufrir trastornos relacionados con el sueño, además de una alta prevalencia en alteraciones como la ansiedad y la depresión (90%) e índices elevados de fatiga (61%). La mala calidad de sueño es multifactorial y se modifica por factores genéticos, psicológicos, estilo de vida, cambios en el sistema nervioso, actividad de la enfermedad, comorbilidades, entre otros.

Objetivo: Describir la calidad del sueño, presencia de fatiga y síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunitarias.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional en pacientes de la consulta externa del Hospital Universitario José Eleuterio González que acudieron en el periodo de junio a agosto del 2024. Se incluyó a pacientes > 18 años con diagnóstico de ERA. Se los encuestó mediante la Escala de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), que mide la calidad del sueño y las alteraciones en el último mes mediante siete componentes (de 0 a 3 puntos), lo que suma un máximo de 21 puntos y clasifica como "buen sueño" < 5 puntos totales y "mal sueño" como > 5; la Escala de Evaluación Funcional del Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga (FACIT-T), que mide síntomas de fatiga de los últimos siete días, con puntuación de 0 a 52; no existe un punto de corte, pero en este estudio se utilizó una puntuación < 30 para evaluar la presencia de fatiga; y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), que mide los síntomas de ansiedad y depresión con siete preguntas para cada subescala con un máximo de 21 puntos (las puntuaciones \geq 8 sugieren síntomas de depresión o ansiedad y \geq 11 síntomas graves). Para el análisis y la descripción de resultados, el estudio se dividió en dos grupos: buen y mal sueño (**Tabla 1**).

Resultados: Se incluyó a un total de 32 pacientes con ERA, con edad media total de 45,31 (DE \pm 15,42), un IMC con media de 28,42 (DE \pm 5,32) y predominio del género femenino (93,73%). El diagnóstico más fre-

cuenta fue AR (33,33%). En general, el 71,87% duerme menos de 7 horas y el 30,43% de estos pacientes refiere haber tomado medicamentos para dormir tres o más veces en el último mes. En el grupo de buena calidad de sueño, 12 pacientes (37,5%) tuvieron una buena calidad, de los cuales 1 (8,33%) mostró fatiga, 1 (8,33%) depresión y 1 (8,33%) ansiedad. En comparación, 20 pacientes (62,5%) refirieron tener una mala calidad del sueño, más prevalente en pacientes con AR (35%) y en aquellos con una evolución mayor de seis años de su ERA (70%). En este grupo, 10 sujetos (50%) señalaron fatiga, 12 (60%) ansiedad y 9 (45%) depresión; el 45% cuenta con síntomas de ansiedad grave y 20% con síntomas de depresión grave.

Tabla 1. (CG004)

	< 5 puntos Buen sueño n (%) = 12 (37,5)	> 5 puntos Mal sueño n (%) = 20 (62,5)
Género		
Femenino, n (%)	10 (83,33)	20 (100)
Edad, media ± DE	38,25 (15,55)	49,55 (12,97)
IMC, media ± DE	27,28 (4,47)	29,11 (5,66)
Ocupación, n (%)		
• Empleado	6 (50)	9 (45)
• Desempleado	6 (50)	11 (55)
Escolaridad, n (%)		
• Educación básica	5 (41,66)	8 (40)
• Educación superior y media	7 (58,3)	12 (60)
Comorbilidades, n (%)		
• Obesidad	3 (25)	8 (40)
• HAS	3 (25)	7 (35)
• Diabetes mellitus	0 (0)	5 (15)
• Otras	4 (33,33)	12 (60)
Diagnóstico, n (%)		
• AR	4 (33,33)	7 (35)
• LES	4 (33,33)	5 (15)
• Esclerodermia	2 (16,66)	1 (5)
• Síndrome de Sjögren	0 (0)	4 (20)
• Miopatías inflamatorias	2 (16,7)	2 (10)
Tiempo de evolución en años, n (%)		
• < 1 año	3 (25)	3 (15)
• 1-5 años	7 (58,3)	3 (15)
• 6-9 años	1 (8,33)	7 (35)
• ≥ 10 años	1 (8,33)	7 (35)
Anticuerpos, n (%)		
• ANA +	7 (58,3)	13 (65)
• FR +	5 (41,66)	11 (55)
• Anti-CCP	1 (8,33)	7 (35)
• Anti-RO	2 (16,66)	6 (30)
• Anti-DNA	3 (25)	2 (10)
• Otros anticuerpos	6 (50)	6 (30)
FACIT-F, media de puntuaciones ± DE	36,6 (14,41)	30,6 (10,93)
HADS, media de puntuaciones ± DE		
• Ansiedad	4 (33,33)	7,1 (4,22)
• Depresión	2,25 (2,27)	10,15 (4,19)

Conclusiones: En el grupo de pacientes con mala calidad de sueño se identificó una mayor frecuencia de pacientes con síntomas de depresión (20%) y ansiedad grave (45%), con tiempo de evolución mayor de seis años, con comorbilidades y una edad media de 10 años por encima del grupo con buena calidad de sueño. Los patrones de mala calidad y salud del sueño e indicadores de insomnio deben evaluarse como parte de una atención integral en los individuos con ERA para un control integral del paciente reumático.

Bibliografía

- Torta R, Pennazio F, Ieraci V. Anxiety and depression in rheumatologic diseases: the relevance of diagnosis and management. *Reumatismo*. 2014 Jun 6;66(1):92-7.
- Pilgaard T, Hagelund L, Stallknecht SE, et al. Severity of fatigue in people with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and spondyloarthritis-Results of a cross-sectional study. Navarini L, editor. *PLoS ONE*. 2019 Jun 28;14(6).

CG005

ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA ENFERMEDAD POR MODELANTES Y SU ASOCIACIÓN CON ASIA Y CÁNCER

A. Lucas-Hernández¹, A.L. Peralta-Amaro², O. Vera-Lastra², N. Flores-Flores², D.I. Pérez-Román³, H. Anduaga-Domínguez¹, G. Valdez-Vargas¹, M.O. Molina-Chávez¹

⁽¹⁾Hospital General de Teziutlán, ⁽²⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽³⁾Hospital Velmar

Introducción: El embellecimiento y mejora del cuerpo han sido prácticas asociadas comunes en la cirugía plástica y reconstructiva. Sin embargo, muchos procedimientos se realizan por personas no capacitadas, utilizando sustancias dañinas como el aceite mineral (MO), lo que conlleva riesgos graves para la salud, incluyendo el desarrollo del síndrome inflamatorio/autoinmune inducido por aceite mineral (ASIA-MO). Este síndrome se caracteriza por una inflamación crónica que puede desencadenar enfermedades autoinmunes y, en algunos casos, contribuir al desarrollo de neoplasias. ASIA-MO puede manifestarse localmente (artralgias, mialgias y fiebre), y de forma sistémica con enfermedades como el lupus eritematoso sistémico, la esclerosis sistémica, y la artritis reumatoide. Así mismo se ha descrito previamente la asociación con algunas neoplasias debido a la inflamación crónica asociada a la aplicación de los modelantes.

Objetivo: Analizar a una cohorte retrospectiva de pacientes con aplicación de agentes modelantes y su relación con el desarrollo de enfermedad autoinmunitaria y neoplasias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y transversal en un hospital de tercer nivel que incluyó a pacientes que recibieron inyecciones de agentes modelantes (aceite mineral, aceite vegetal, etc.) entre enero de 2012 y junio de 2023. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años.

Resultados: Participaron 111 pacientes con enfermedad relacionada con agentes modelantes; el 90,1% correspondió a mujeres con una edad media de 54 ± 12 años. Del total, el 85,6% desarrolló ASIA, mientras que el 7,2% tenía antecedentes familiares de cáncer y el mismo porcentaje desarrolló cáncer. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (14,4%), diabetes mellitus (10,8%) e hipotiroidismo (8,1%) (Tabla 1). El periodo medio entre la inyección y la aparición de síntomas fue de 10 años, que fue más prolongado en los pacientes con ASIA (12 años) frente a aquellos que no lo desarrollaron (4,5 años). El MO fue la sustancia más inyectada (62,2%), seguido del silicón (16,2%). Las áreas más inyectadas fueron los glúteos (65,8%) y los senos (46,8%). No se halló una relación entre el tipo de sustancia o el número de áreas inyectadas con el desarrollo de ASIA, salvo por los casos en los que se inyectaron menos de 100 mL o en la cara, lo que se vinculó de modo significativo con no desarrollar ASIA.

Conclusiones: La frecuencia de ASIA inducida por agentes modelantes fue del 85,6% y el 7,5% de los pacientes desarrolló cánceres, los más frecuentes de los cuales fueron los linfomas, el cáncer de mama y el melanoma. El MO fue la sustancia más vinculada con el cáncer, seguido del silicón y el metacrilato. Este estudio destaca la necesidad urgente de regular el uso de sustancias modelantes debido a sus graves consecuencias para la salud, incluidos enfermedades autoinmunitarias y cáncer, lo cual destaca la importancia de informar sobre los riesgos de estas prácticas a los pacientes.

Bibliografía

- Torres Gómez B, Burgos Vargas R, Medrano Ramírez G, Priego Blancas RB (2010) Instrumento para evaluar y estadificar el daño producido por la infiltración de sustancias modelantes. *Cir Plast*. 20 (3): 105-111. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=28686>
- Vera-Lastra O, Medina G, Cruz-Domínguez MP, Ramírez GM, Blancas RBP, Amaro ALP, Martínez AV, Delgado JS, Jara LJ (2018) Autoimmune/inflammatory syndrome induced by mineral oil: a health problem. *Clin Rheumatol*. 37(6):1441-1448. doi: 10.1007/s10067-018-4078-2.

Tabla 1. Enfermedades sistémicas autoinmunitarias y neoplásicas en pacientes con ASIA por enfermedad por modelantes. (CG005)

Tipo	Modelante	Cantidad (mililitros)	Sitios	Intervalo de tiempo (años)*	Antecedente familiar oncológico
Enfermedad autoinmunitaria					
LES	Silicón	> 300	Glúteos	4	Ninguno
LES y neumopatía intersticial	Aceite mineral	> 300	Glúteos	20	Cervicouterino, piel
LES (renal y mucocutáneo)	Aceite mineral	> 300	Mamas	20	Ninguno
Esclerosis sistémica	Silicón	> 300	Glúteos	11	Ninguno
Artritis reumatoide	Aceite mineral	> 300	Mamas	12	Ninguno
Artritis reumatoide	Silicón	> 300	Glúteos	6	Ninguno
Hipertiroidismo	Aceite mineral y silicón	> 300	Mamas	8	LNH
Hipertiroidismo	Grasa bovina	> 300	Glúteos	25	Ninguno
Sarcoidosis	Carnitina	< 100	Mamas y cara	4	Ninguno
Enfermedad oncológica					
LNH de células B grandes	Metacrilato	> 300	Glúteos	6	Ninguno
Melanoma	Aceite mineral	> 300	Mamas y glúteos	6	Piel
Mama	Aceite mineral	100-300	Mamas	1	Hígado
Mama	Silicón	> 300	Mamas	3	Ninguno
Condrosarcoma	Aceite mineral	> 300	Glúteos	26	Pulmón, estómago
Adenocarcinoma intestinal	Aceite mineral	> 300	Glúteos	17	
Enfermedad autoinmunitaria y oncológica					
Esclerosis sistémica y cáncer de ovario	Aceite mineral	> 300	Glúteos y pantorrillas	7	Colon
Esclerosis sistémica y LNH angioinmunoblástico	Grasa bovina	> 300	Mamas y glúteos	7	Ninguno

CG006**EFICACIA DE RITUXIMAB EVALUADO POR TOMOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A ENFERMEDADES REUMÁTICAS**

D.G. Aldaba-Rodríguez, L. Ortiz-Treviño, Y. Mejía-Holguín, A. Peñalosa-Andrade, L.B. De la Cruz-Becerra, S.A. Vázquez-Guevara

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

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una de las principales causas de mortalidad en pacientes con enfermedades reumáticas, con una prevalencia de 6% a 72%, y es más frecuente en la esclerosis sistémica y la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC). El principal método diagnóstico es la tomografía pulmonar de alta resolución (TACAR) y, entre los patrones más frecuentes identificados, figuran la neumonía intersticial no específica (NINE) y la neumonía intersticial usual (NIU). Dentro de las opciones terapéuticas, algunos fármacos biológicos han demostrado mejoría en parámetros como las pruebas de función respiratoria, entre ellos el rituximab (RTX); sin embargo, hay pocos estudios que valoren su eficacia mediante cambios en la TACAR, por lo que obtener esta información puede guiar la toma de decisiones terapéuticas en los pacientes.

Objetivo: Valorar la eficacia del rituximab mediante tomografía de tórax en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa vinculada con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, observacional, longitudinal y analítico. Se seleccionó a pacientes con EPID relacionada con enfermedad reumática en mayores de 18 años que recibieron un mínimo de dos dosis de 1 g de rituximab y tenían una TACAR basal antes de la administración del rituximab y una de control a partir de dos meses y hasta un máximo de 18 meses posteriores a la administración del rituximab, en el periodo del 2019 al 2024. Se evaluó mediante la escala semicuantitativa para hallazgos en la tomografía axial computarizada del *Scleroderma Lung Study* antes y después del tratamiento; la diferencia entre las puntuaciones se determinó mediante la prueba t de Student.

Resultados: Del total de 20 pacientes, 17 (85%) eran mujeres, con edad media de 52 años (21-75 años); los diagnósticos más frecuentes fueron

miopatía inflamatoria en 10 pacientes (30%) y esclerosis sistémica en 6 (20%); menos frecuentes fueron la artritis reumatoide en 1 (5%), EMTC en 1 (5%), síndrome de Sjögren en 1 (5%) y vasculitis ANCA positivo en 1 (5%); y el patrón más común fue NINE en 18 (90%) y 17 (85%) se encontraban bajo tratamiento con ácido micofenólico y 14 (70%) tomaban esteroides. El tiempo promedio entre el diagnóstico de EPID por TACAR y la aplicación de RTX fue de cuatro meses (1-15 meses) y el tiempo en promedio entre la TACAR antes y después del RTX fue de 9,6 meses (3,27 meses). La media de la puntuación de actividad por TACAR antes del RTX fue de 31 puntos (IC95%, 27 a 37 puntos) y después de RTX de 29 puntos (IC95%, 24 a 35 puntos). La diferencia entre la media de la puntuación entre TACAR antes y después de RTX (-1,5 puntos) no fue estadísticamente significativa ($p = 0,40$, IC95%, -3,69 a 9,78) y 14 pacientes (70%) no registraron disminución de la puntuación en la tomografía de tórax. En los subgrupos por diagnóstico, patrón en TACAR y tiempo de TACAR de control no existió tampoco diferencia significativa.

Conclusiones: El tratamiento con RTX en pacientes con EPID vinculada con enfermedad reumática no mostró cambios significativos en la tomografía de tórax; sin embargo, gran parte de los pacientes se mantuvo estable, sin avance en el estudio de imagen.

Bibliografía

- Joy GM, Arbiv OA, Wong CK, *et al.* Prevalence, imaging patterns and risk factors of interstitial lung disease in connective tissue disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir Rev.* 2023;32(167):197-205.
- Atzeni F, Gerardi MC, Barilaro G, *et al.* Interstitial lung disease in systemic autoimmune rheumatic diseases: a comprehensive review. *Expert Rev Clin Immunol.* 2018;14(1):69-82.

CG007**EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO A OSTEOPOROSIS EN ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON ARTRITIS REUMATOIDE**

M.L. Íñiguez-Marín¹, F.A. Ávalos-Salgado², I. Calderón-Espinoza³, E.M. Contreras-Fernández¹, P. García-Pérez¹, A.M. Hernández-Atilano¹, P. López-Ontiveros¹, E.L. Amaya-Cabrera¹

⁽¹⁾Hospital Ángeles del Carmen, ⁽²⁾Departamento de Farmacología, ⁽³⁾Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) y la osteoporosis se relacionan sólidamente desde el punto de vista epidemiológico y patogénico. La AR es una artropatía inflamatoria crónica y progresiva de origen autoinmunitario que afecta al 0,5% al 1% de la población mundial. Por su parte, la osteoporosis es una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por baja masa ósea y deterioro de la microconfiguración ósea, lo que resulta en fragilidad y un mayor riesgo de fracturas. Su prevalencia en personas mayores de 50 años se aproxima al 12,6% y, aunque la forma posmenopáusicas es la más frecuente, hasta el 50% de las mujeres premenopáusicas y entre 50% y 80% de los hombres tienen causas secundarias, la AR una de las principales. Una proporción de 30% a 50% de los pacientes con AR desarrolla osteoporosis, con riesgo duplicado de fracturas. En 2017, entre la población mestiza mexicana con diagnóstico de AR, se registró una prevalencia de 19,1% de osteoporosis. Ante el envejecimiento progresivo de la población en México y la proyección de un aumento del 431% de las fracturas osteoporóticas para el año 2050, es fundamental optimizar las intervenciones tempranas y asignar los recursos de manera eficiente, enfocados en los grupos con mayor riesgo de fracturas de cadera u osteoporóticas mayores, de tal manera que se contribuya a mejorar su calidad de vida con base en el conocimiento de la prevalencia real.

Objetivo: Evaluar los principales factores de riesgo vinculados con la osteoporosis en adultos diagnosticados con artritis reumatoide.

Material y métodos: Se evaluaron los expedientes clínicos de pacientes con AR en un hospital de tercer nivel de atención. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con los criterios del *American College of Rheumatology* del 2010. Criterio adicional de inclusión: ≥ 18 años. Se excluyó a los pacientes con enfermedad renal crónica y embarazadas. Mediante un modelo de regresión logística se analizaron las principales variables de riesgo relacionadas con osteoporosis en pacientes con AR.

Resultados: Se analizaron 251 expedientes clínicos, la mayoría de los pacientes era de sexo femenino (86,9%) y la edad promedio fue de $56,6 \pm 14,8$ años. El 59,0% tenía menopausia; las principales comorbilidades fueron hipertensión arterial (16,3%) y diabetes mellitus tipo 2 (12,7%). Solo 19,1% sufría osteoporosis. Se realizó un modelo de regresión logística en el cual la variable dependiente fue la osteoporosis y las variables intervinientes fueron la edad, menopausia, sexo femenino, duración de la enfermedad de AR, consumo de glucocorticoides y comorbilidades. Se observó que la edad (aOR = 1,09; IC95%, 1,01-1,13; $p \leq 0,001$) y la menopausia (aOR = 3,79; IC95%, 1,21-11,85; $p = 0,022$) actuaron como factores de riesgo para osteoporosis.

Conclusiones: La prevalencia de osteoporosis en pacientes con AR fue de 19,1%, similar a lo previamente descrito en la población mexicana. La identificación de factores de riesgo, como la edad y la menopausia, enfatiza la importancia de realizar una evaluación integral en pacientes con AR para prevenir y disminuir el riesgo de fracturas por osteoporosis.

Bibliografía

1. Compston JE, McClung MR, Leslie WD. Osteoporosis. *Lancet*. 2019; 393:364-376.
2. Ensrud KE, Crandall CJ. Osteoporosis. *Ann Intern Med*. 2024;177: ITC1-ITC16.

CG008

IMPACTO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EL RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN POR INFECCIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

H.A. Martínez-Espinosa, P. Gámez-Siller, A.C. Bardán-Incháustegui, A.K. Garza-Elizondo, K.J. Durán-Villarreal, A.J. Osuna-Corrales, E.C. Dávila-Correa, A.A. Prado-Prado, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.E. Flores-Alvarado, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El nivel socioeconómico (NSE) está relacionado con enfermedades y peores resultados de salud, como retrasos diagnósticos y mayor gravedad de las enfermedades. Esto es en particular cierto en el caso de las infecciones, en las cuales la hospitalización indica cuán grave es la enfermedad

y limitado el acceso a los servicios de salud. Las personas con un NSE más bajo suelen tener dificultades para recibir atención médica de primer contacto, lo que retrasa el tratamiento y eleva el riesgo de complicaciones graves que pueden llevar a la hospitalización. Por lo tanto, el NSE es un factor importante que contribuye al mayor riesgo de hospitalización por infecciones.

Objetivo: Relacionar el efecto que tiene el nivel socioeconómico en las hospitalizaciones relacionadas con infecciones en pacientes con enfermedades autoinmunitarias sistémicas (EAS).

Material y métodos: Se efectuó un estudio de cohorte retrospectivo en el Hospital Universitario José Eleuterio González desde marzo de 2023 hasta mayo de 2024. Se evaluó el NSE de los pacientes hospitalizados con EAS. Se recopilaron datos sobre detalles de la hospitalización, características de la enfermedad y fármacos a partir de los expedientes médicos. Se compararon hospitalizaciones infecciosas (casos) y no infecciosas (controles) y se revisaron los factores del NSE, como ingresos mensuales y nivel educativo. Se consideró un valor $p < 0,05$ estadísticamente significativo para las diferencias.

Resultados: Un total de 249 pacientes se evaluó a través de sus expedientes médicos. No participaron los pacientes que carecieran de diagnóstico de EAS. Se hospitalizó a 66 pacientes con diagnóstico de EAS y se los refirió al servicio de reumatología. De estos pacientes, 28 (42,4%) se hospitalizaron debido a una infección. Hasta 26 (92,9%) eran mujeres y la edad media fue de $37,0 \pm 14,31$ años. Un total de 38 (57,6%) eran controles sin causa infecciosa de hospitalización y la mediana de edad fue de $37,5 \pm 14,31$ años (RIC (23,5)). La comparación sociodemográfica entre los pacientes con y sin infección se muestra en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Comparación de los factores demográficos en pacientes con infección y sin ella. (CG008)

	Infeción (n = 28)	Sin infección (n = 38)	Valor de p
Género, n (%)			
Mujeres	26 (92,8%)	30 (14,2%)	0,119
Hombres	2 (7,1%)	8 (82,1%)	
Edad	37,75 (14,3)	37,5 (23,5)	0,491
Lugar de residencia, n (%)			
Fuera del área metropolitana	4 (14,2%)	8 (21,0%)	0,720
Área metropolitana	23 (82,1%)	28 (73,6%)	
Otro estado	1 (3,6%)	2 (5,3%)	
Estado civil, n (%)			
Soltero	13 (46,4%)	14 (36,8%)	0,711
Casado	9 (32,1%)	12 (31,5%)	
Unión libre	5 (17,8%)	7 (18,4%)	
Divorciado	1 (3,6%)	4 (10,5%)	
Viudo	0 (0,0%)	1 (2,6%)	
Nivel educativo, n (%)			
Sin estudios	0 (0,0%)	1 (2,6%)	0,056
Escuela primaria	6 (21,4%)	9 (23,6%)	
Escuela secundaria	12 (42,8%)	8 (21,0%)	
Preparatoria	2 (7,1%)	13 (34,2%)	
Universidad	8 (28,5%)	7 (18,4%)	
Situación laboral, n (%)			
Ama de casa	6 (21,4%)	24 (63,1%)	< 0,001
Empleado	3 (10,7%)	6 (15,7%)	
Estudiante	1 (3,6%)	4 (10,5%)	
Desempleado	18 (64,2%)	3 (7,9%)	
Jubilado	0 (0,0%)	1 (2,6%)	
Ingreso mensual en pesos mexicanos, n (%)			
Sin ingresos	2 (7,1%)	2 (5,3%)	0,471
Menos de 5,000	8 (28,5%)	10 (26,3%)	
5,000-10,000	14 (50,0%)	16 (42,1%)	
10,000-15,000	2 (7,1%)	5 (13,1%)	
15,000-20,000	2 (7,1%)	1 (2,6%)	
Más de 20,000	0 (0,0%)	4 (10,5%)	

Conclusiones: Se encontró una relación significativa entre la situación laboral y la hospitalización por infección, lo que indica que los pacientes desempleados podían tener un mayor riesgo de hospitalización, posiblemente debido a retrasos en el diagnóstico y el tratamiento. Además, se observó una tendencia que sugiere que un nivel educativo inferior al de secundaria se vincula con un mayor riesgo de hospitalización por infecciones. En cuanto a los ingresos, el grupo de pacientes sin infección señaló mayores ingresos, pero no se encontró una relación clara con el riesgo de hospitalización. Tampoco se halló relevancia respecto del género, la edad, el lugar de residencia o el estado civil.

Bibliografía

- Gergianaki I, Bortoluzzi A, Bertsias G. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of systemic lupus erythematosus. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2018 Apr 1;32(2):188-205.
- Chandrashekar S, Shobha V, Dharmanand BG, *et al*. Influence of disease duration and socioeconomic factors on the prevalence of infection and hospitalization in rheumatoid arthritis: KRAC study. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2019 Jul;22(7):1216-25.

CG009

RESULTADO NEONATAL EN HIJOS DE MUJERES CON ENFERMEDEDES REUMÁTICAS

S.G. Rosiles-De la Garza, Y.F. Macías-Huerta, A.V. Villarreal-Treviño, F. García-Rodríguez, L. Pérez-Barbosa, C.M. Skinner-Taylor, N.E. Rubio-Pérez

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

Introducción: Las enfermedades reumatológicas representan un desafío médico importante en el contexto del embarazo y el desarrollo neonatal. Durante las últimas décadas se ha observado un aumento del conocimiento y la conciencia sobre el efecto potencial de las enfermedades reumatológicas maternas en la salud y el desarrollo de sus hijos. Las enfermedades reumatológicas son trastornos autoinmunitarios caracterizados por una reacción inmunológica anormal contra las propias células u órganos. Estas enfermedades afectan a mujeres en edad fecunda y al embarazo; las pacientes se consideran de alto riesgo porque se ha demostrado que se incrementan las posibilidades de sufrir complicaciones neonatales.

Objetivo: Realizar un análisis exhaustivo de las características demográficas basales en recién nacidos de madres con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Estudio descriptivo y longitudinal. Se integró una cohorte de recién nacidos de mujeres con enfermedades reumáticas. Se trabajó con el universo total de pacientes e hijos de mujeres con enfermedades reumáticas atendidas en la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se evaluaron las características basales de las pacientes y sus hijos, así como características clínicas, tratamiento, complicaciones perinatales al momento del nacimiento y el seguimiento del desarrollo (somatometría, exploración física, estado nutricional).

Resultados: Se evaluó a un total de 111 pacientes en el periodo de 2018 a 2024 en el servicio de pediatría del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León. El diagnóstico más frecuente de las madres fue el de artritis reumatoide con 49 pacientes (44,1%), seguido de lupus eritematoso sistémico con 22 pacientes (19,8%) y síndrome antifosfolípidos con 22 pacientes (19,8%). Dentro de los nacimientos, la vía abdominal fue la más común con 56,4% y, asimismo, el 55,1% de los nacidos vivos correspondió al sexo femenino y 25 individuos fueron prematuros (cuatro de ellos considerados prematuros extremos). Hasta 21 pacientes se clasificaron con bajo peso al nacimiento y 13 con muy bajo peso al nacimiento. El peso promedio de los recién nacidos fue de 2,571 g (690-3,920 g), la talla promedio fue de 47 cm (31-54 cm) y el perímetro cefálico promedio fue de 32 cm (24-37 cm). Un total de 9 (8,1%) pacientes falleció debido a prematuridad y complicaciones relacionadas como sepsis neonatal y síndrome de dificultad respiratoria. Tres mostraron bloqueo cardíaco al

momento del nacimiento por anticuerpos anti-Ro positivos en la madre, dos de los cuales fallecieron: uno debido a complicaciones secundarias a internamiento prolongado y el segundo durante el transoperatorio para la colocación de marcapasos definitivo. Durante el seguimiento, ningún paciente ha mostrado enfermedad reumática.

Conclusiones: Las mujeres con enfermedades reumáticas en edad fecunda y con deseo de embarazarse debe recibir atención de un equipo multidisciplinario de manera preconcepcional y durante el transcurso del embarazo. El seguimiento de estos pacientes por especialistas luego del nacimiento debe enfocarse en tratar las comorbilidades y los efectos de medicamentos de las madres; además, hay que planear un seguimiento a largo plazo para valorar el crecimiento y desarrollo. Estos resultados representan el trabajo de seis años de la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas y deben continuar a fin de conocer si los factores de riesgo materno representan un riesgo a corto y largo plazos para estos niños y abordarlos de manera temprana.

Bibliografía

- Eisfeld H, Glimm A, Burmester G, *et al*. Pregnancy outcome in women with different rheumatic diseases: a retrospective analysis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 2021 Jul 4;50(4):299-306.
- Soh MC, Nelson-Piercy C. High-risk pregnancy and the rheumatologist. *Rheumatology (Oxford)* 2015 Apr;54(4):572-87.

CG010

PERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL Y SU RELACIÓN CON ICDAS EN PACIENTES CON ENFERMEDEDES REUMATOLÓGICAS

M.I. Alarcón-Jarquín, E.S. Sánchez-Peralta, J.C.L. Riega-Torres, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La salud bucal es esencial para el bienestar general de la población, pero es un área poco abordada en reumatología. Las consultas suelen enfocarse en los problemas reumatológicos; la atención dental pasa a segundo término y puede modificar de forma negativa la calidad de vida de esta población.

Objetivo: Determinar la vinculación de las caries con la percepción de la salud bucal en pacientes con enfermedades reumatológicas.

Material y métodos: Se condujo un estudio observacional, analítico y transversal en la consulta de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a mayores de 18 años con enfermedad reumatológica. Se evaluó la percepción de la salud bucal mediante el *General Oral Health Assessment Index (GOHAI)*, un cuestionario validado al español, con un intervalo de puntuación de 0 a 60, en el cual una mayor puntuación refleja una mejor percepción bucal. Se evaluó la presencia de caries en los 32 dientes por medio del *International Caries Detection and Assessment System (ICDAS)*, un sistema de clasificación que evalúa la gravedad de las caries y la restauración dental. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, con registro de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, y medidas de tendencia central (media/mediana) y dispersión (desviación estándar/rango intercuartílico) para variables cuantitativas. Para evaluar la normalidad de la muestra se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La relación entre la percepción de la salud bucal y la puntuación de ICDAS, comparado entre dos grupos (ICDAS < y > 3), se evaluó mediante la prueba U de Mann-Whitney, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 29.

Resultados: Se incluyó a 88 pacientes, 88,6% de mujeres, con una edad media de $51,5 \pm 14,4$ años. La enfermedad reumatológica más frecuente fue la artritis reumatoide (34,1%), seguida por el lupus eritematoso sistémico (18,2%). Hasta 43,2% de los encuestados se diagnosticó en los últimos cinco años. En cuanto a la atención de la salud oral, el 46,6% de los pacientes no llevaba un control dental regular. El 79,5% de los pacientes no acude con regularidad al dentista, pero 52,3% tuvo una visita en los últimos 12 meses. El 62,5% de los pacientes desconoce la relación entre enferme-

dades reumatológicas y problemas dentales. En el 61,6% de los pacientes no se ha realizado referencia a un dentista por parte del reumatólogo. El grupo con ICDAS < 3 puntos, que incluyó a 54 pacientes (61,36%), tuvo una mediana en GOHAI de 52 (42-56) puntos (Tabla 1). Por otro lado, el grupo con un ICDAS > 3, que incluyó a 34 pacientes (38,63%), registró una mediana de GOHAI de 46 (38-51) puntos. Al comparar a ambos grupos se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en la percepción de la salud bucal ($p = 0,015$).

Tabla 1. Clasificación de ICDAS por número de dientes afectados. (CG010)

ICDAS (n = 86 participantes)					
ICDAS 1-3			ICDAS 4-6		
Número de dientes afectados	n	%	Número de dientes afectados	n	%
< 5	23	26,74	< 5	46	53,48
5 a 10	39	45,34	5 a 10	34	39,53
11 a 15	16	18,60	11 a 15	5	5,81
16 a 20	4	4,65	16 a 20	0	0,00
> 20	4	4,65	> 20	1	1,16

Total de dientes evaluados: 2,177*

*Dientes ausentes = 639.

Se consideró a un total de 2,177 dientes, sin incluir las piezas ausentes. El ICDAS se dividió en el número de pacientes con afectación de cierto número de dientes, lo cual correspondió a una puntuación ICDAS de 1-3 y 4-6.

Conclusiones: Los pacientes con un promedio en ICDAS < 3 puntos tuvieron una percepción de la salud bucal baja, en comparación con los pacientes con un ICDAS > 3. Además, la mayoría de los pacientes no mantenía un seguimiento dental regular, lo que subraya la necesidad de enfatizar la importancia de la salud bucal en las consultas reumatológicas para mejorar el control integral de estos pacientes.

Bibliografía

- Schmalz G, Patschan S, Patschan D, et al. Oral-health-related quality of life in adult patients with rheumatic diseases—a systematic review. *J Clin Med.* 2020 Apr 19;9(4):1172.
- Armas-Vega A, Parise-Vasco JM. ICDAS: una herramienta para el diagnóstico de la caries dental. *Analysis* [Internet]. 31 de diciembre de 2020;27(6):1-. Disponible en: <https://studiahumanitatis.eu/ojs/index.php/analysis/article/view/2020-armas>.

CG011

MEDICIÓN DE LA SINDEMIA DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN COMUNIDADES INDÍGENAS DE YUCATÁN

E. Motte-García¹, C. Cadena-Trejo², A. Gastelum-Strozzi³, A. Loyola-Sánchez⁴, K. Castillo-Hernández⁵, C. García-García⁶, E. Álvarez-Hernández⁵, J. Álvarez-Nemegyei⁷, M. Lahr-Maarten⁷, E. Buskens⁸, M.F. Ramírez-Flores⁹, R.D. Reyes-Hernández¹⁰, S. Montoya-Calderón⁹, P.J.M. Cruz-López⁹, I. Peláez-Ballestas⁶

⁽¹⁾Plan de Estudios Combinados en Medicina, UNAM, México; ⁽²⁾Departamento de Epidemiología, Universidad de Groningen, Países Bajos, ⁽³⁾Programa de maestría y doctorado en ciencias médicas, odontológicas y de la salud, UNAM, ⁽⁴⁾Instituto de Ciencias Aplicadas y Tecnología (ICAT), UNAM, ⁽⁵⁾Faculty of Medicine and Dentistry, University of Alberta, Canadá, ⁽⁶⁾Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Marista de Mérida, México, ⁽⁷⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽⁸⁾Departamento de Epidemiología, Universidad de Groningen, Países Bajos, ⁽⁹⁾Estudiante de doctorado. Plan de Estudios Combinados en Medicina, UNAM, México, ⁽¹⁰⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽¹⁰⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La sindemia explica la interacción generada entre dos o más enfermedades en un contexto desfavorable que exacerba los desenlaces negativos de salud en las poblaciones. La primera sindemia estadia-

da se integró con HIV, violencia y consumo de drogas intravenosas; sin embargo, se ha observado un avance al estudio de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que, de forma conjunta con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERM), producen sindemia en poblaciones vulnerables, como las comunidades indígenas de Yucatán. Por consiguiente, es relevante crear una métrica para determinar la sindemia con uso de estrategias científicas de datos que incluyan variables biológicas, económicas y sociales.

Objetivo: Medir la sindemia de ERM/ECNT a través de un índice sindémico en tres comunidades indígenas de Yucatán desarrollado con técnicas de ciencias de datos.

Material y métodos: Estudio transversal anidado en una cohorte comunitaria. A través de un censo comunitario con la metodología COPCORD se obtuvieron los datos para modelar el índice y se identificó a personas con ERM/ECNT. Se utilizaron cuestionarios validados en maya y español para medir la calidad de la vivienda, uso de servicios de salud, efectos económicos, calidad de vida (EuroQol), funcionalidad (HAQ-DI), detección de ECNT, dolor musculoesquelético y ERM. Se determinaron las razones de momios (RM) de cada variable para seleccionar las significativas para mayor riesgo para padecer ERM. El análisis de redes determinó las conexiones de las variables seleccionadas y los grados de similitud entre los pacientes; con posterioridad se realizó una visualización gráfica para identificar los grupos formados en la población y evaluar las similitudes y los factores poblacionales que estuvieran vinculados con el aumento de la sindemia. Los coeficientes de similitud obtenidos en el análisis de redes se combinaron para obtener un número que representa a un sujeto, al grupo o a la comunidad. De esta manera se conformó el índice de sindemia que conjunta variables de distinta naturaleza. Un valor más alto indica mayor sindemia y peores desenlaces de salud. El análisis estadístico se efectuó en R y Python, y las redes se graficaron en Gephi.

Resultados: Participaron 572 personas, con 68% de mujeres; las medias de edad, peso y talla fueron de 48,88 años, 89 kg y 1,46 m, y la glucosa capilar media fue de 152,19 mg/dL. Presión sistólica y diastólica media: 122,90 mmHg y 75,95 mmHg con ERM. Las enfermedades más prevalentes fueron diabetes (19,23%), hipertensión (20,97%) y ERM (7,16%). La puntuación promedio del HAQ-DI fue de 0,22, la jornada laboral media de 8,26 horas al día y el sueldo semanal de 478,81 MXN. La **Tabla 1** describe las RM de las variables que conforman al índice de sindemia. La red muestra la formación de grupos con ERM y peor calidad de vida comparado con aquellos sin ERM; también se observa la formación de subgrupos mediados por las similitudes de otras características que causan la sindemia (**Figura 1**). Se observó una diferencia significativa ($p = 0,002$) en el índice de sindemia entre personas con ERM (0,51) y aquellas sin ERM (0,33).

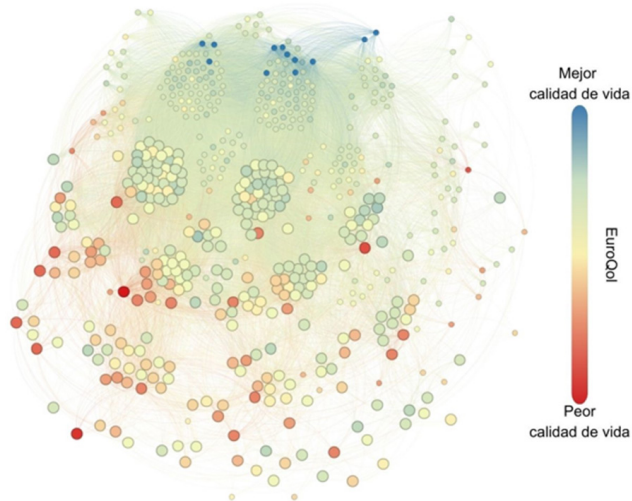
Tabla 1. Razones de momios de las variables incluidas en el modelado del índice de sindemia y análisis de redes. (CG011)

Escolaridad	0,843 (0,752-0,936)	0,002
Presión sistólica	1,015 (1,000-1,033)	0,056
Calidad de vida (EuroQol)	1,245 (1,037-1,495)	0,017
Antecedente familiar de ERM	3,030 (1,315-6,878)	0,008
Presencia de dolor en los últimos 7 días	2,955 (1,299-6,801)	0,009
Presencia de dolor histórico	7,090 (3,054-18,347)	< 0,001
Fármacos utilizados	0,731 (0,477-1,066)	0,126
Electrodomésticos en el hogar	3,003 (1,340-7,123)	0,009
Presencia de cualquier otra comorbilidad	1,946 (0,864-4,609)	0,116

RM, razón de momios; IC95%, intervalo de confianza; p, valor de p; ERM, enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas.

Conclusiones: Las ERM producen mayor sindemia en poblaciones indígenas de Yucatán y peores desenlaces de salud. El índice de sindemia permite determinar los efectos multidimensionales en la salud ocasionados por las ERM. El índice se propone como una métrica compuesta junto con el análisis de redes a través de ciencias de datos; esto hace posible identificar factores estructurales que aumentan la sindemia y diseñar intervenciones basadas en las necesidades y condiciones de cada población.

Figura 1. Representación gráfica del análisis de redes que utilizó los coeficientes de las RM de las variables incluidas en el índice de sindemia. Cada círculo representa a un sujeto y los círculos grandes son personas con comorbilidad; cada línea representa la conexión de similitud de las variables entre sujetos. En el termómetro se representa la calidad de vida (EuroQol) de los individuos. (CG011)



Bibliografía

1. Singer M, Bulled N, Ostrach B, *et al.* Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet.* 2017;389(10072):941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X).
2. Ramírez-Flores MF, Cadena-Trejo C, Motte-García E, *et al.* A mixed-methods systematic review on syndemics in rheumatology. *J Clin Rheumatol.* 2023 Apr 1;29(3):113-1.

CG012

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA VARIABLE COMÚN Y CUANTIFICACIÓN DE LINFOCITOS T Y B REGULADORES

O. Vera-Lastra¹, E.M. Garrido-Cortez¹, A.K. Alaniz-Flores¹, G. Medina², M.P. Cruz-Domínguez¹, L.A. Montiel-Cervantes¹, A. Lucas-Hernández²

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽²⁾Hospital General de Teziutlán

Introducción: La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es la inmunodeficiencia primaria clínicamente significativa más común en la edad adulta, que posee un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que a menudo incluyen complicaciones no infecciosas además de una mayor susceptibilidad a las infecciones. La autoinmunidad ocurre hasta en un 30% de los pacientes con IDCV y es una causa importante de morbimortalidad en este tipo de pacientes que en varios casos no se reconocen ni se tratan de modo adecuado. Se ha demostrado una disminución de los linfocitos T reguladores en pacientes con IDCV.

Objetivo: Identificar la prevalencia de enfermedades autoinmunitarias (EA) en pacientes con IVC y cuantificar los linfocitos T y B reguladores.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de IDCV en un hospital de tercer nivel. Se realizó un cuestionario para evaluar manifestaciones clínicas y se determinaron autoanticuerpos para identificar EA: reumáticas, endocrinas, hematológicas, dermatológicas y gastroenterológicas. Se cuantificaron los linfocitos (CD3, CD4, CD8, NK, NKT) con citometría de flujo en tres grupos de pacientes: con IDCV y enfermedades autoinmunitarias (IDCV-EA), pacientes con IDCV sin enfermedades autoinmunitarias (IDCV-sin EA) y un grupo de control. Se realizaron estadísticas descriptivas; las variables categóricas se compararon

mediante la prueba ji cuadrada y las variables cuantitativas con distribución normal mediante la prueba t de Student.

Resultados: Se identificó a 31 pacientes con IDCV (15 mujeres, edad promedio de 40,06 ± 5 años; y 16 hombres, edades promedio 35,21 ± 7 años). La prevalencia de EA en pacientes con IDCV fue del 58%. Las EA más frecuentes fueron los trastornos endocrinos (29%) y de éstos los tiroideos: 9 (siete tiroiditis de Hashimoto y dos enfermedad de Graves); las afecciones reumatológicas (25%) con lupus eritematoso sistémico en cuatro, artritis reumatoide en dos y síndrome de Sjögren en dos; y las anomalías gastrointestinales (enfermedad celiaca en uno). Las cifras de linfocitos CD3 en IDCV (736 *vs.* control: 1634; p = 0,03); CD4 en IDCV (230 *vs.* control: 851; p = 0,002); CD8 en IDCV (183 *vs.* control: 326; p = 0,03); NK en IDCV (66 *vs.* control 115; p = 0,012); NKT (45 *vs.* 102; p = 0,021). Los recuentos de linfocitos fueron estadísticamente significativos más bajos en los pacientes con IDCV respecto de los controles, sin diferencias significativas entre aquellos con y sin enfermedades autoinmunitarias.

Conclusiones: La prevalencia de EA en IDCV fue del 58% y las enfermedades autoinmunitarias endocrinas y reumáticas fueron las más frecuentes. Los recuentos de linfocitos en pacientes con IDCV fueron menores en comparación con los controles, sin diferencias significativas entre los pacientes con IDCV con y sin EA. El reconocimiento temprano y el tratamiento de estas EA son fundamentales para garantizar una mejor calidad de vida y la reducción de las complicaciones vinculadas con la IDCV.

Bibliografía

1. Padem N, Wright H, Fuleihan R, *et al.* Rheumatologic diseases in patients with inborn errors of immunity in the USIDNET registry. *Clin Rheumatol.* 2022;41(7):2197-2203.
2. Gutierrez MJ, Sullivan KE, Fuleihan R; USIDNET Consortium; Bingham CO 3rd. Phenotypic characterization of patients with rheumatologic manifestations of common variable immunodeficiency. *Semin Arthritis Rheum.* 2018;48(2):318-326.

CG013

EFECTO DE LA TIBOLONA SOBRE EL HUESO CORTICAL Y TRABECULAR EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS COMPARADO CON TERAPIA ESTROGÉNICA

G. A. Cruz-Priego, P. Clark, M.A. Guagnelli, L. Humbert, S. Ortiz-Santiago, L. Castejón-Delgado, M.A. Sánchez-Rodríguez

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Con la menopausia se observa una disminución de la densidad mineral ósea (DMO) debido en parte a la reducción de los estrógenos. La tibolona es un esteroide sintético que estimula a los receptores de estrógenos en hueso, de tal manera que aumenta la DMO, pero con menos efectos adversos.

Objetivo: Evaluar el efecto del tratamiento con 2,5 mg/día de tibolona en comparación con 0,625 mg/día de estrógenos y placebo sobre el hueso cortical y trabecular en mujeres posmenopáusicas, a los seis y 12 meses de tratamiento.

Material y métodos: Estudio clínico controlado y aleatorizado en mujeres posmenopáusicas de la Ciudad de México. Se conformaron tres grupos: a) tibolona de 2,5 mg/día; b) estrógenos conjugados de 0,625 mg/día + 5 mg/10 día de medroxiprogesterona; c) placebo. Se cuantificó la DMO en cadera a los seis y 12 meses. Para las mediciones del hueso cortical y trabecular se realizó el modelado tridimensional basado en DXA (3D-SHAPER v2.10.1, Galgo Medical, España). Las mediciones corticales 3D-DXA incluyeron vBMD cortical, espesor cortical y su producto DMO de la superficie cortical, así como la vBMD trabecular. Se realizaron comparaciones entre grupos en las diferentes mediciones.

Resultados: En el grupo de tibolona se incluyó a 22 pacientes, a 27 en el de estrógenos y a 22 en el grupo placebo. Se registraron cambios en la aDMO de la cadera con incrementos de 0,34% para el grupo de tibolona y una disminución de 0,47% y 0,31% para los grupos de estrógenos y placebo, respectivamente, a los seis meses de intervención. La integral vBMD

se incrementó en el grupo de tibolona y estrógenos (0,77% y 0,11%, respectivamente), mientras que decreció 1,04% en el grupo de control. La trabecular vBMD aumentó en el grupo de tibolona y estrógenos (1,51% y 0,65%, respectivamente), pero disminuyó 1,5% en el grupo de placebo. El grosor cortical se elevó 1,69% en el grupo que recibió tibolona, el grupo de estrógenos disminuyó 2,17% y el placebo decreció 2,75%.

Conclusiones: El tratamiento con 2,5 mg/día de tibolona muestra una tendencia al crecimiento en los diferentes parámetros y alcanza aumentos de ~2% en el seguimiento a los seis meses, por lo que puede esperarse que a los 12 meses este aumento sea más evidente.

Bibliografía

1. Castrejón-Delgado L, Castelán-Martínez OD, Clark P, et al. Effect of tibolone on bone mineral density in postmenopausal women: systematic review and meta-analysis. *Biology*. 2021;10(3).
2. Rizzoli R. Postmenopausal osteoporosis: assessment and management. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2018;32(5):739-57.

CG014

NÚMERO DE MEDICAMENTOS Y SU IMPACTO EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON ENFERMEADES REUMATOLÓGICAS

M.I. Alarcón-Jarquín, E.S. Sánchez-Peralta, D.E. Flores-Alvarado, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades reumatológicas es fundamental para su control eficaz. Sin embargo, debido a la naturaleza crónica de estas enfermedades y la aparición de otras comorbilidades que también requieren atención, el resultado es una polifarmacia que puede alterar la adherencia al tratamiento, lo que propicia una remisión solo temporal y discontinua en muchos pacientes. Por ello es esencial conocer la forma en que la polifarmacia modifica la adherencia al tratamiento en individuos con enfermedades reumatológicas.

Objetivo: Determinar el efecto de la cantidad de fármacos en la adherencia al tratamiento en individuos con enfermedades reumatológicas.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional y transversal en la consulta de reumatología del hospital universitario José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con enfermedad reumatológica, en los cuales se utilizó un cuestionario validado (Morisky-Green) para evaluar la observancia del tratamiento reumatológico, tras considerar como buena adherencia una puntuación < 3 y una mala una puntuación < 3 (Tabla 1). Se recolectaron datos sobre factores sociodemográficos y número de medicamentos tomados y la polifarmacia se consideró el consumo de ≥ 5 fármacos. Se utilizó un análisis estadístico descriptivo, con registro de frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central (media/mediana) y dispersión (desviación estándar/rango intercuartílico). Para la estadística inferencial se evaluó la distribución de la muestra con los instrumentos de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. La relación entre el número de medicamentos y la adherencia se evaluó con la prueba U de

Tabla 1. Resultados obtenidos con la prueba de Morisky-Green (n = 116). (CG014)

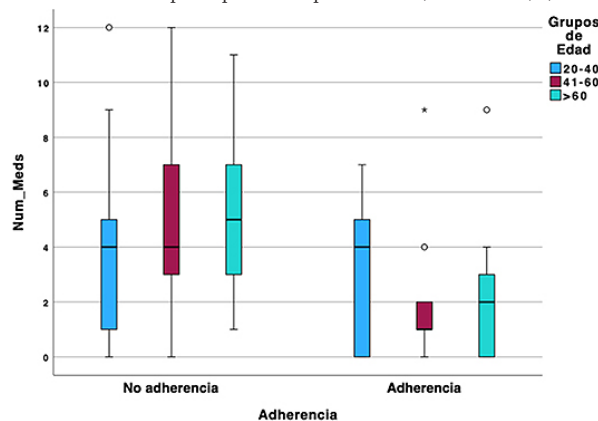
Reactivos	Sí	No
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	49,13%	50,86%
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	80,17%	19,82%
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	37,93%	62,06%
Si alguna vez se sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	34,48%	65,51%

Se evaluó a 116 pacientes con la prueba de Morisky-Green, un cuestionario de cuatro reactivos que mide la adherencia al tratamiento. Se obtiene un punto si se contesta "no" en las preguntas 1, 3 y 4, y un punto si contesta "sí" en la pregunta 2.

Mann-Whitney, luego de considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 26.

Resultados: Se incluyó a un total de 116 pacientes, de los cuales 102 fueron mujeres (87,93%) y 14 hombres (12,06%). La mediana de edad fue de 52 (39-62). Las enfermedades más frecuentes fueron artritis reumatoide (43,96%), lupus eritematoso sistémico (10,34%), fibromialgia (10,24%), síndrome de Sjögren (8,62%) y osteoartritis (6,03%). En el grupo de 20 a 40 años, que incluyó a 30 pacientes (25,86%), se registró una mediana en número de fármacos de 4 (1-5), con 48,57% de medicamentos reumatológicos y polifarmacia en 11 sujetos (36,7%), sin diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la adherencia, en comparación con el número de fármacos consumidos ($p = 0,787$). El grupo de 40 a 60 años incluyó a 56 pacientes (48,27%), con una mediana en número de medicamentos de 4 (2-6), con 43,34% de fármacos reumatológicos y polifarmacia en 22 pacientes (40%). El grupo > 60 años incluyó a 30 pacientes (25,86%), con una mediana en número de medicamentos de 4 (2-6), y con 40,60% de fármacos reumatológicos y polifarmacia en 14 pacientes (45,2%). En cuanto a la adherencia al tratamiento, ambos grupos (40-60 y > 60 años) mostraron una adherencia significativamente menor en aquellos con polifarmacia, en comparación con enfermos sin polifarmacia ($p = 0,002$, $p = 0,006$, respectivamente; **Figura 1**).

Figura 1. Diagrama de caja dividido en grupo de edades; se muestra una menor adherencia en los participantes con polifarmacia (≥ 5 fármacos). (CG014)



Conclusiones: En pacientes mayores de 40 años, el consumo de más medicamentos se vincula con una disminución de la adherencia al tratamiento, en contraste con los pacientes menores de 40 años. Los pacientes mayores de 60 años mostraron una adherencia al tratamiento aún menor en relación con la polifarmacia. Uno de los factores determinantes es la enfermedad reumatológica y su cronicidad; sin embargo, la presencia de otras comorbilidades que requieren tratamiento puede atenuar la adherencia en esta población.

Bibliografía

1. Gillespie CW, Morin PE, Tucker JM, et al. Medication adherence, health care utilization, and spending among privately insured adults with chronic conditions in the United States, 2010-2016. *Am J Med*. 2020 Jun;133(6):690-704.e19.
2. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm Internet*. 2018 Sep 14;59(3):163-72.

CG015

EVALUACIÓN DE LA RETINOPATÍA ASOCIADA A HIDROXICLOROQUINA Y CLOROQUINA EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEADES REUMÁTICAS

K. Palomo-Arnaud, J.C. Riega-Torres, G. Figueroa-Parra, F. Morales-Wong, J.H. González-Cortés, J. Mohamed-Hamsho, J.A. Esquivel-Valerio, D.A. Galarza-Delgado, K. Mohamed-Noriega

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los antipalúdicos como la hidroxicloroquina (HCQ) y la cloroquina (CQ) se encuentran entre los fármacos más prescritos en reumatología. La toxicidad de la retina es un efecto secundario no deseado tanto de la HCQ como de la CQ, que en la mayoría de los casos graves podría provocar una reducción de la visión o incluso la ceguera. Sin embargo, la retinopatía por HCQ o CQ en pacientes mexicanos, su prevalencia y sus patrones se conocen poco.

Objetivo: Describir la prevalencia y las características de la retinopatía por HCQ y CQ en una cohorte mexicana de pacientes con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se condujo un estudio de cohorte observacional ambispectivo entre 2014 y 2019 en una clínica académica de reumatología. Se incluyó a pacientes con un diagnóstico clínico de artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren u otras enfermedades reumáticas, que consumían HCQ o CQ y tenían una evaluación de detección estandarizada para la toxicidad retiniana antipalúdica. Las pruebas de detección estandarizadas fueron una tomografía de coherencia óptica macular y una prueba de campo visual con perimetría automatizada estándar (10-2). Se documentaron los datos demográficos, la medicación antipalúdica (HCQ o CQ), la duración del tratamiento en años y la dosis diaria. Se registraron los resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se evaluó a 544 pacientes, con una edad media de 49,9 (DE, 15,6) años y el 94,7% (515/544) correspondió al sexo femenino; las enfermedades reumáticas más frecuentes fueron artritis reumatoide (41,9%, 228/544), lupus eritematoso sistémico (32,7%, 178/544) y síndrome de Sjögren (9%, 49/544). Casi dos tercios de los pacientes consumía HCQ (65,3%, 404/544) (Tabla 1). La duración del uso fue mayor en el momento del diagnóstico de retinopatía para los pacientes que recibieron CQ (9,04; DE, 4,3 años) respecto de los que recibieron HCQ (5,1; DE, 3,3 años). La proporción de pacientes a quienes se administraron dosis más altas que las recomendadas también fue mayor entre los pacientes que consumieron CQ (67,9%, 95/140) en comparación con aquellos que recibieron HCQ (11,4%, 46/404). En general, 34 (6,3%) pacientes tenían retinopatía antipalúdica. Entre los sujetos con enfermedades reumáticas que consumían HCQ, el 2,0% (8/404) tenía toxicidad retiniana, lo cual fue mayor entre los consumidores de CQ, en quienes el 18,6% (26/140) sufría toxicidad retiniana. Según la clasificación óptica por estadificación de la gravedad de los pacientes con toxicidad retiniana por antipalúdicos, la retinopatía fue leve en el 16,64% (6/34), moderada en el 23,5% (8/34) y grave en el 58,8% (20/34) (Tabla 1).

Tabla 1. Características generales de pacientes con enfermedades reumáticas que consumen antipalúdicos, hidroxicloroquina o cloroquina. (CG015)

	Todos n = 544	Hidroxicloroquina n = 404	Cloroquina n = 140
Edad, años, media ± DS	49,9 ± 15,6	49,51 ± 15,8	47,85 ± 15,8
Mujeres, n (%)	515 (94,7)	385 (95,2)	130 (92,8)
Enfermedades reumáticas, n (%)			
Artritis reumatoide	228 (41,9)	--	--
Lupus eritematoso sistémico	178 (32,7)	--	--
Síndrome de Sjögren	49 (9,0)	--	--
Otros	89 (16,4)		
Duración de uso de antipalúdicos, años, media ± DS	8,1 ± 4,4	5,1 ± 3,3	9,0 ± 4,3
Dosis diaria, mg/kg, media ± DS	--	4,4 ± 15,7	2,7 ± 0,9
Dosis mayor que la recomendada, n (%)	141 (25,9)	46 (11,4)	95 (67,9)
Toxicidad en retina, n (%)	34 (6,3)	8 (2,0)	26 (18,6)
Gravedad de retinopatía, n/N (%)			
Leve	6/34 (17,7)	3/8 (37,5)	3/26 (11,5)
Moderada	8/34 (23,5)	2/8 (25)	6/26 (23,1)
Grave	20/34 (58,8)	3/8 (37,5)	17/26 (65,4)

DS, desviación estándar.

Conclusiones: En pacientes hispanos con enfermedades reumáticas, la toxicidad retiniana antipalúdica fue más frecuente entre los pacientes con CQ y menos entre los pacientes con HCQ. La estadificación de la retinopatía fue grave en más de la mitad de los individuos.

Bibliografía

1. Yusuf IH, Sharma S, Luqmani R, *et al.* Hydroxychloroquine retinopathy. EYE [Internet]. 2017 [cited 2024 Sep 12];31(6):828-45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28282061/>.
2. Marmor MF, Kellner U, Lai TYY, *et al.* Recommendations on screening for chloroquine and hydroxychloroquine retinopathy (2016 revision). Ophthalmology [Internet]. 2016 [cited 2024 Sep 12];123(6):1386-94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26992838/>.

CG016

IMPACTO DE LA INTENCIÓN DE EMBARAZO EN LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES

M.A. Ponce Santillán, A.M. Ortiz-Ríos, E. Domínguez-Chapa, M. Rivera-Long, K.J. Durán-Villarreal, D. Sánchez-Romero, R.M. González-Colina, M.E. Corral-Trujillo, J.A. Cárdenas-De la Garza, L. Pérez-Barbosa, C.M. Skinner-Taylor, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La intención y planeación de un embarazo son de vital importancia en mujeres con condiciones médicas que dificultan el embarazo, entre ellas las enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA). La depresión perinatal se define como un trastorno del ánimo que puede aparecer en el embarazo o a partir de las cuatro semanas posteriores al parto. La relación entre la intención y la planeación de un embarazo y su efecto en el desarrollo de los trastornos del ánimo perinatales en mujeres con ERA no se ha estudiado bien.

Objetivo: Evaluar la relación entre la intención de embarazo y la depresión posparto en mujeres con ERA.

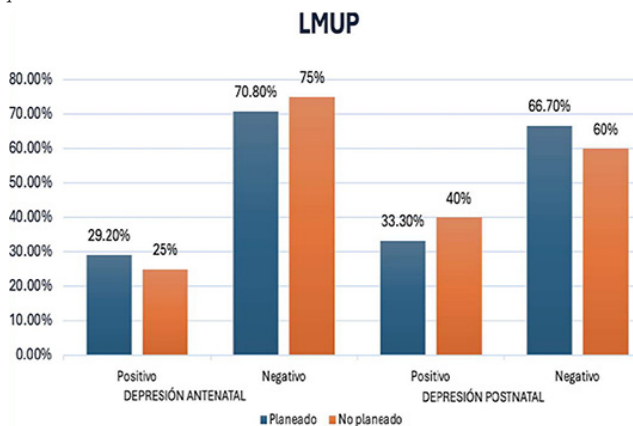
Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de cohorte en mujeres posparto con diagnóstico de alguna ERA, pertenecientes a la clínica de reproducción, embarazo y enfermedades reumáticas del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León. Se les aplicó el cuestionario *London measure of unplanned pregnancy* (LMUP) que evalúa la prevalencia de embarazos no planeados mediante seis preguntas acerca de lo siguiente: uso de anticonceptivos, planificación del embarazo, intención, deseo de embarazarse, conversación con la pareja y preparación anterior a la concepción. La puntuación mínima es de 0 puntos y la máxima de 12 y se clasifica en planeado (10-12), ambivalente (4-9) y no planeado (0-3). Para evaluar la depresión durante el embarazo y el posparto se empleó la encuesta validada *The Edinburgh Postnatal Depression* (EPDS) que consta de 10 preguntas, con una máxima puntuación de 30; un resultado ≥ 10 se clasificó positiva para depresión posparto. Las características sociodemográficas se expresan como frecuencias y porcentajes para variables categóricas, con media y desviación estándar para variables continuas. Se usó la prueba ji cuadrada para las relaciones.

Resultados: Se incluyó a un total de 44 mujeres posparto con ERA con una media de edad de 30 (DE, 7,43). Las características sociodemográficas se muestran en la **Tabla 1**. Un total de 12 (27,3%) mujeres sufrieron depresión antenatal y de ellas 7 (58,3%) planearon su embarazo contra 5 (41%) que no lo planearon; en comparación, 32 (72,7%) mujeres no tuvieron depresión antenatal y de ellas 17 (53,1%) planearon su embarazo contra 15 (46,9%) que no lo planearon (p = 0,757). En total, 16 (36,4%) mujeres padecieron depresión posparto, 8 (50%) planearon su embarazo contra 8 (50%) que no; en comparación, de 28 (63,6%) mujeres sin depresión posparto, 16 (57,1%) tuvieron un embarazo planeado y 12 (42,9%) no (p = 0,647). El 40% de las pacientes que tuvieron un embarazo no planeado sufrió depresión posparto. Se observó una tendencia mayor a la depresión antenatal en las mujeres que planearon su embarazo (29,2%) respecto de aquellas que no lo planearon (25%). Los resultados se presentan en la **Figura 1**.

Tabla 1. Características sociodemográficas y del embarazo. (CG016)

		n (%) n = 44
Edad, años, media ± DE		30,5 ± 7,43
Diagnóstico, n (%)		
	Artritis reumatoide	18 (40,9)
	Lupus eritematoso sistémico	8 (18,2)
	Síndrome antifosfolípido	9 (20,5)
	Pérdidas recurrentes	2 (4,5)
	Otros	7 (15,9)
Educación, n (%)		
	Primaria	2 (4,5)
	Secundaria	16 (36,4)
	Preparatoria	12 (27,3)
	Universidad o más	14 (31,8)
Ocupación, n (%)		
	Empleada	16 (36,4)
	Desempleada	28 (63,6)
Estado civil, n (%)		
	Casada	24 (54,5)
	Unión libre	15 (34,1)
	Soltera	5 (11,4)
	Divorciada	0 (0)
	Viuda	0 (0)
Residencia, n (%)		
	Urbana	37 (84,1)
	Rural	7 (15,9)
Comorbilidades, n (%)		
	Sí	9 (20,4)
	No	35 (79,6)
Nivel socioeconómico, n (%)		
	Bajo	21 (47,7)
	Medio	16 (36,4)
	Alto	7 (15,9)
Intención de embarazo, n (%)		
	No planeado (0-9 puntos)	20 (45,5)
	Planeado (10-12 puntos)	24 (54,5)
Depresión posparto, n (%)		
	Negativo	28 (63,6)
	Positivo	16 (36,4)
Depresión antenatal, n (%)		
	Negativo	32 (72,7)
	Positivo	12 (27,3)

Figura 1. Resumen de la distribución de la escala EPDS de las mujeres embarazadas de acuerdo con la intención y la de su embarazo. LMUP, *London Measure of Unplanned Pregnancy*; EPDS, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. (CG016)



Conclusiones: Hasta el 45,5% de estas pacientes no tiene intención ni planeación de su embarazo y el 40% sufrió depresión perinatal, lo que indica que es un factor de riesgo para su desarrollo. Sin embargo, el 54,5% de las mujeres tenía la intención y planeación de su embarazo, con una mayor tendencia a la depresión antenatal (29,2%) en comparación con las que no lo planearon. Estos hallazgos resaltan que las mujeres con ERA se sienten personalmente preparadas para concebir, sin tomar en cuenta las dificultades que pueden enfrentar durante el embarazo debido a su enfermedad y para las que médicamente no se encuentran preparadas.

Bibliografía

1. Pryor KP, Albert B, Desai S, *et al.* Pregnancy intention screening in patients with systemic rheumatic diseases: pilot testing a standardized assessment tool. *ACR Open Rheumatology*. 2022;4(8):682-8.
2. Alshafiq IK, Ablady EH, Magliah SF, *et al.* Unplanned pregnancy and risk of peripartum depression: a prospective cohort study in Saudi pregnant women attending antenatal care clinic. *Annals of Medicine & Surgery*. 2024;86(2):666-77.

CG017

SEGURIDAD DE TRES DIFERENTES MARCAS DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS: EXPERIENCIA DEL INCMNSZ

K. Santana-De Anda, M. Rull-Gabayet, J. Torres-Ruiz, N. Mejía-Domínguez, D. Gómez-Martín

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El desarrollo de fármacos biológicos ha transformado el tratamiento de numerosas enfermedades reumatológicas; sin embargo, el acceso a estas modalidades puede ser limitado. Un biosimilar se define como un tratamiento biológico semejante a un producto de referencia aprobado en términos de calidad, eficacia y seguridad; es muy similar, pero no idéntico al producto de referencia. Por el contrario, los productos que no cumplen con los criterios estrictos para ser biosimilares se refieren usualmente como intentos de copia o compuestos biológicos no comparables o productos biofarmacéuticos copia. Pueden existir diferencias en la formulación, dosis, eficacia o seguridad entre intentos de copia y el producto de referencia y representar un potencial riesgo de seguridad para los pacientes. La aparición de reacciones relacionadas con la infusión (RRI) es una de las principales preocupaciones del rituximab, especialmente durante la primera infusión, casi siempre reacciones leves a moderadas que surgen en el 10% de los pacientes; sin embargo, se han notificado desenlaces letales en el 0,04% al 0,06%.

Objetivo: Identificar las reacciones relacionadas con la infusión y comparar si existen diferencias entre los diferentes tipos de rituximab disponibles en el instituto.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico reumatológico que recibieron al menos una infusión de rituximab en el INCMNSZ del 1 de septiembre de 2023 al 28 de febrero de 2024. Se compararon las RRI entre los distintos tipos de rituximab disponibles mediante prueba G. Se documentó el agotamiento de linfocitos B posterior a la infusión del fármaco.

Resultados: Se identificaron 195 infusiones de rituximab en 175 pacientes. Los diagnósticos más identificados fueron lupus eritematoso generalizado en 38,8%, vasculitis sistémicas en 25,7% y miopatías inflamatorias en 13,1%. Se utilizaron tres diferentes tipos de rituximab: Mabthera, Arasamila y Maball, los cuales correspondieron al 3%, 41,2% y 55,8% de las infusiones, respectivamente. Se identificó un total 11 RRI, que se clasificaron de leves a moderadas; 7 (63,6%) se relacionaron con Maball, 3 (27,2%) con Arasamila y 1 (9%) con Mabthera, sin diferencia estadística (p = 0,43). Ningún paciente requirió la suspensión del medicamento. Se documentó el objetivo de agotamiento biológico de linfocitos CD19+ en el 100% de los pacientes en quienes se realizó inmunofenotipo (n = 100).

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas con respecto a las RRI al comparar tres diferentes marcas de rituximab, pese a lo cual es

deseable que todos los medicamentos biológicos disponibles en este país cumplan con los estándares propuestos por COFEPRIS.

Bibliografía

- Greenwald M, Tesser J, Sewell KL. Biosimilars have arrived: rituximab. *Arthritis*. 2018;2018:3762864.
- Wadhwa M, Kang HN, Thorpe R, Knezevic I, following participants of the WHOicorogoeosbp, et al. WHO informal consultation on revision of guidelines on evaluation of similar biotherapeutic products, virtual meeting, 30 June–2 July 2021. *Biologicals*. 2022;76:1–9.
- Mysler E, Pineda C, Horiuchi T, et al. Clinical and regulatory perspectives on biosimilar therapies and intended copies of biologics in rheumatology. *Rheumatol Int*. 2016;36(5):613–25.
- Paul F, Cartron G. Infusion-related reactions to rituximab: frequency, mechanisms and predictors. *Expert Rev Clin Immunol*. 2019;15(4):383–9.

CG018

TASA DE VACUNACIÓN E INFECCIÓN POR HERPES ZÓSTER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y LUPUS SEGÚN CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO

V. Cantú-Martínez, P. Siller-Gámez, A.C. Bardán-Incháustegui, A.K. Garza-Elizondo, J.A. Cárdenas-De la Garza, J. Esquivel-Valerio, N. Valdez-Benavides, D.J. Gauna-Leal, A.A. Prado-Prado, D. Morales-Espronceda, N.A. González-Ontiveros, A.J. Osuna-Corrales, K.J. Durán-Villarreal, E.C. Dávila-Correa, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El herpes zóster (HZ), también conocido como culebrilla, es una enfermedad causada por la reactivación de la infección primaria latente del virus de la varicela zóster. Se caracteriza por una erupción vesicular dolorosa que sigue un patrón dermatómico. La complicación más documentada es el dolor persistente > 90 días después de la erupción, la denominada neuralgia posherpética (NPH). La NPH afecta gravemente la calidad de vida de los pacientes por su naturaleza persistente y difícil control. Esta enfermedad es común en adultos mayores y pacientes inmunocomprometidos, con una incidencia en la población general de 1,2 a 4,9 casos por 1,000 personas al año. Sin embargo, la incidencia se multiplica en pacientes con enfermedades autoinmunitarias como el lupus eritematoso sistémico (LES). Algunos estudios han demostrado que la incidencia de HZ varía entre 6,4 y 37,7 casos por 1,000 personas al año. A pesar de la disponibilidad de vacunas efectivas contra el HZ, las tasas de vacunación en pacientes con enfermedades autoinmunitarias son todavía bajas.

Objetivo: Determinar el riesgo de infección por herpes zóster en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunitarias, de acuerdo con el tratamiento modificador de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio transversal realizado en la clínica de reumatología ambulatoria de un hospital universitario. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años que cumplían con los criterios ACR/EULAR 2019 para LES o los criterios ACR/EULAR 2010 para AR. Se excluyó a los pacientes sin AR y LES y aquellos que se negaron a participar. Se recolectó información de marzo de 2023 a mayo de 2024: datos demográficos, historia médica y diagnóstico de enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA). Se aplicó un cuestionario en papel y se revisaron los expedientes médicos para identificar efectos de HZ en pacientes con ERA, incluidos datos demográficos, inicio, recurrencia, estado de vacunación y tratamiento modificador de la enfermedad. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para la normalidad de las variables cuantitativas, la prueba ji cuadrada para comparar variables categóricas y la prueba U de Mann-Whitney para las variables continuas no paramétricas. Se consideró un valor de p < 0,05 para diferencias estadísticamente significativas.

Resultados: Se incluyó a 172 pacientes que se evaluaron para HZ. Se excluyó a 48 pacientes que no cumplían con los criterios o que se negaron a participar. Se integró una muestra de 136 pacientes. Un total de 125 (91,9%) correspondió a mujeres, con una edad promedio de 27 años. De

estos pacientes, 108 (79%) tenían diagnóstico de AR y 28 (20,58%) de LES. Se confirmó el diagnóstico de HZ en 18 pacientes (16,7%) con AR y en 9 (32,1%) con LES, con una significancia estadística mayor para los pacientes con LES (p = 0,016). El tratamiento en el momento de la infección se presenta en la **Tabla 1**. Solo dos pacientes estaban vacunados contra HZ y todos negaron neuralgia posherpética.

Tabla 1. Infección por herpes zóster en la enfermedad reumática autoinmunitaria y su tratamiento. (CG018)

	AR n = 108 n (%)	LES n = 28 n (%)	Valor p
Género			
Mujer	99 (91,7%)	26 (92,9%)	0,837 †
Hombre	9 (8,3%)	2 (7,1%)	
Edad, mediana RIQ años			
	62 (16)	36 (35)	0,007*
Diagnóstico confirmado herpes zóster			
No	90 (83,3%)	19 (67,9%)	0,067†
Sí	18 (16,7%)	9 (32,1%)	
Vacunación herpes zóster			
No	108 (100%)	26 (92,9%)	0,005†
Sí	0 (0,0%)	2 (7,1%)	
Tiempo de infección desde ERA			
Actualmente	0	2	0,016†
1-5 años	3	2	
6-10 años	3	4	
> 10 años	13	1	
Hospitalización por herpes zóster			
No	108 (100%)	26 (92,9%)	0,005†
Sí	0 (0,0%)	2 (7,1%)	
Tratamiento antiviral			
No	90 (83,3%)	19 (67,9%)	0,067†
Sí	18 (16,7%)	9 (32,1%)	
Neuralgia posherpética			
No	108 (100%)	28 (100%)	N/A
Sí	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Fármaco modificado de la enfermedad al momento de la infección			
Sin tratamiento	6 (31,6%)	4 (44,4%)	0,293†
Prednisona	5 (26,3%)	2 (22,2%)	
Hidroxicloroquina	2 (10,5%)	3 (33,3%)	
Metotrexato	3 (15,8%)	0 (0,0%)	
Otros	3 (15,8%)	0 (0,0%)	
Informe de herpes zóster			
Nada	89 (82,4%)	19 (67,9%)	
Durante la consulta	0 (0,0%)	2 (7,1%)	
En el cuestionario	19 (17,6%)	7 (25,0%)	

AR, artritis reumatoide; LES, lupus eritematoso sistémico; N/A, no aplica; *, U de Mann-Whitney; †, ji cuadrada.

Conclusiones: La prevalencia de HZ fue mayor en pacientes con LES, a pesar de que eran más jóvenes que los enfermos con AR. Los bajos índices de vacunación revelan una importante área de mejora en la prevención de esta grave complicación en pacientes inmunocomprometidos. Estos hallazgos subrayan la urgencia de implementar campañas de vacunación robustas y dirigidas en pacientes reumáticos. La integración de la vacunación contra HZ en las estrategias de atención de pacientes reumáticos podría no solo reducir la incidencia de infecciones, sino también mejorar sustancialmente su calidad de vida.

Bibliografía

- Kwan A, Rayes HA, Lazova T, et al. Herpes zoster in SLE: prevalence, incidence and risk factors. *Lupus Science & Medicine*. 2022 Jan 1;9(1):e000574.
- Guthridge JM, Cogman AR, Merrill JT, et al. Herpes zoster vaccination in SLE: a pilot study of immunogenicity. *J Rheumatol*. 2013 Nov;40(11):1875–80.

CG019

DISEÑO DE UN MODELO DE ATENCIÓN PARA REDUCCIÓN DE SINDEMIA DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS EN POBLACIÓN MAYA-YUCATECA. ESTUDIO MIXTO

C. Cadena-Trejo¹, E. Motte-García², A. Gastelum-Strozzi³, A. Loyola-Sánchez⁴, N. Facio-Escalona⁵, M.V. Fernández-García⁶, J.F. Moctezuma-Ríos⁷, A.C. Lozada-Navarro⁸, D. Flores-Aguilar⁹, K.N. López-Herrera¹⁰, P. Loza-Magaña¹¹, H. Laviada-Molina¹², I. Peláez-Ballestas⁷

⁽¹⁾Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina, UNAM, ⁽²⁾Plan de Estudios Combinados en Medicina, Facultad de Medicina, UNAM. Universidad de Groningen, ⁽³⁾Instituto de Ciencias Aplicadas y Tecnología, UNAM, ⁽⁴⁾División de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Alberta, ⁽⁵⁾Centro Médico ABC, ⁽⁶⁾Unidad de Investigación, Facultad de Enfermería y Obstetricia, UNAM, ⁽⁷⁾Servicio de Reumatología, Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽⁸⁾Hospital Faro del Mayab Grupo Christus Muguerza, ⁽⁹⁾Independiente, ⁽¹⁰⁾Residente del Municipio de Chankom, Yucatán, ⁽¹¹⁾Medicina de Rehabilitación, Ciencias del Deporte, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽¹²⁾Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Marista de Mérida

Introducción: Se ha informado que las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERM) en la población maya yucateca producen sindemia al interactuar con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) más frecuentes, como diabetes, hipertensión y obesidad, lo que acentúa la discapacidad, empeora los desenlaces de salud y genera mayor inequidad en salud. El modelo de atención sindémico (MÁS) es una intervención para la atención de ERM/ECNT y aspectos estructurales que impiden una adecuada atención de la salud de poblaciones marginadas; este modelo emplea la metodología de la investigación participativa basada en la comunidad (IPBC), en la que se crean vínculos colectivos entre investigadores, población y autoridades para la atención de las necesidades de salud particulares de las comunidades.

Objetivo: Diseñar con la comunidad el programa MAS para la atención de las necesidades de salud relacionadas con ERM/ECNT a través de la IPBC en tres comunidades mayas yucatecas (Xkalakdzonot, Xcopteil y Yaxunah).

Material y métodos: Estudio mixto paralelo y convergente que sigue las fases de la IPBC en tres comunidades mayas yucatecas. El brazo cuantitativo fue un estudio transversal y el cualitativo uno etnográfico. Fase 1: análisis situacional: censo acorde a la metodología COPCORD para la identificación de ERM/ECNT, medición de funcionalidad (HAQ-Di), calidad de vida (EuroQoL) y cuestionario de utilización de servicios, todos validados en maya y español; y entrevistas semiestructuradas a pacientes y profesionales de salud, registros etnográficos y notas de campo. Fase 2: identificación y priorización de necesidades de salud mediante grupos focales a líderes comunitarios, pacientes y familiares. Fase 3: implementación del MAS. Se realizó análisis exploratorio de las variables y se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas; frecuencias absolutas y relativas para categóricas. Se utilizó RStudio 4.4.1 para Windows. Para el análisis cualitativo se transcribieron los audios de grupos focales y entrevistas. Se realizó codificación inductiva en Atlas.ti. Se empleó análisis temático para la conformación de categorías. El proyecto recibió aprobación del comité de ética e investigación del Hospital General de México (DI/23/404-B/05/22).

Resultados: Participaron 581 personas en el censo, 395 mujeres y 186 hombres, con edad promedio de 48 años. El 42% de participantes correspondió a Xkalakdzonot, 33% a Xcopteil y el resto a Yaxunah. El 7% de la población se diagnosticó con alguna ERM. El 53% de los participantes refirió ser ama de casa. Se entrevistaron a 11 pacientes con ERM y a seis profesionales de la salud. Se realizaron dos grupos focales, uno con coordinadoras de campo de cada comunidad y otro con líderes comunitarios y pacientes. Se llevaron a cabo asambleas comunitarias, reuniones con autoridades de salud y municipales con el fin de establecer vínculos de colaboración. Una vez identificadas y priorizadas las necesidades de salud (Tabla 1), se conformaron los elementos del MAS: conexión con el sistema de salud local y regional para la atención de ECNT; colaboración con el gobierno municipal para la dotación de medicamentos y transporte; atención de ERM mediante consultas reumatológicas y de rehabilitación en cada comunidad y seguimiento por telemedicina, y estrategia de educación para la atención de complicaciones de ECNT (Figura 1).

Conclusiones: El MAS es un modelo participativo basado en las necesidades de salud priorizadas por las comunidades mayas yucatecas. Los principales elementos del MAS fueron la conexión con el sistema de salud local y regional, así como municipal; la atención médica especializada de reumatología en la comunidad, el seguimiento por telemedicina y la sensibilidad cultural en dicha atención.

Tabla 1. Categorías y subcategorías identificadas en la primera fase del brazo cualitativo y que fueron base para la creación del Modelo de Atención Sindémico. (CG019)

Categoría 1. Barreras		
	Pacientes	Profesionales de la salud
Lenguaje	"...Yo comprendo en español un poco... ya nos entendemos con los doctores. Es importante porque hay personas que no lo saben en español, entonces el doctor no te entiende ni tú lo entiendes..." (Hombre con AR)	"Yo no hablo Maya, pero sí es un limitante. [...] A veces pedimos ayuda de las personas que están en espera para que nos apoyen con la traducción..." (Médico)
Geográficas/transporte	"...pues está un poquito lejitos, pero se me hace más difícil cuando estaba yo en Huhí. Porque en Huhí me puse de alta en el seguro, pero se me hace más difícil porque es un camino angosto, es un camino con curvas y todo. Y no había tráfico [transporte], para ir tengo que ir a moto y si no tengo que fletar. En cambio, para ir a Izamal, puedo salir acá a Pisté, el autobús y de Kantunil a Izamal hay taxis. Es más tráfico [transporte] que estar yendo aquí por Huhí..." (Hombre con AR)	"...es muy difícil llegar [...] yo dos veces vine sin carro y saliendo desde las 6 de la mañana de Valladolid [...] el taxi hasta que no se llene no sale y si tú quieres que te lleve hasta acá, cobra un flete [...] te anda cobrando entre \$500 y \$400 [...] entonces tienes que esperar que se llene el taxi [...] te cobra como \$50 o \$40" (Médico)
Atención	"...Acá no lo atienden bien, es que no hay medicamento... Ayer fue a consultar y para el dolor no le dieron nada que solo para su azúcar..." (Hija de hombre con AR)	"...Son cositas, yo creo que administrativas... en comunidades ponen a un médico para atender a cierta población, pero si se les satura con estas cosas, obviamente no puede atender todo..." (Médico)
Categoría 2. Facilitadores		
Red de apoyo familiar	"...Cuando se enfermó pues sí la apoyaron demasiado sus hijos, igual sus nietos... como son varios se intercalan en venir a visitar a su mamá, a veces se fue uno, al día siguiente viene el otro, así vienen a visitar a su mamá en sus descansos, no todos descansan el mismo día, por eso lo vienen a visitar constante..." (Mujer con AR)	"...Si noto que hay muchas personas que a veces no reconocen porque nunca vienen, pero es porque siento que no tienen el apoyo de sus familiares para traerlas o darles seguimiento..." (Médico)
Categoría 3. Necesidades		
Prevención y atención de complicaciones por enfermedades crónicas no transmisibles	"...En el caso de las complicaciones, por ejemplo, quieren saber cómo limpiar una herida de una persona diabética, cómo detectar de que esa herida ya rebasó los límites de que tienen que verlo un médico. Porque nosotros no somos los expertos... de que ya necesita con urgencia el medicamento o cosas más fuertes o limpiezas más profundas..." (Coordinadora de campo)	"...La verdad, a mí sí me interesa saber sobre las heridas, ahorita tenemos 2 pacientitos que tienen colostomía y uno con pie diabético que no quiere ir al hospital y por lo menos a mí, sí me gustaría saber cómo poder ayudarlos..." (Enfermero)

AR, artritis reumatoide

Figura 1. Modelo de atención sindémico. Cada peldaño contiene los elementos que conforman el modelo. Los apartados ubicados a la izquierda son las categorías y los peldaños de la derecha incluyen las acciones realizadas derivadas de la colaboración entre población, lideresas comunitarias, coordinadoras de campo, tomadores de decisiones y equipo de investigación. (CG019)



Bibliografía

1. Singer M, Bulled N, Ostrach B, *et al.* Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet.* 2017;389(10072):941-950.
2. Ramírez-Flores MF, Cadena-Trejo C, Motte-García E, *et al.* A mixed-methods systematic review on syndemics in rheumatology. *J Clin Rheumatol.* 2023 Apr 1;29(3):113-1.

CG020

CONSECUENCIAS DEL SWITCH DE TERAPIA BIOLÓGICA ORIGINAL POR SUS BIOSIMILARES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS

B. García-Arellano¹, M.M. Castañeda-Martínez¹, D.X. Xibillé-Friedmann², G. Carmona-Lara¹, A. Reyes-Salinas¹, G. De Hoyos-Rodríguez¹, E. Vega-Chávez¹, C. Montiel-Castañeda¹, S.M. Carrillo-Vázquez¹

⁽¹⁾Hospital Regional 1º de Octubre, ⁽²⁾Servicios de Salud del Estado de Morelos

Introducción: Las enfermedades reumáticas son un problema de salud global significativo debido a su gran discapacidad. Los tratamientos biológicos se han desarrollado para tratar estas anomalías y su objetivo es lograr una enfermedad inactiva o de baja actividad. Sin embargo, estos tratamientos son costosos. La pérdida de patente ha permitido el desarrollo de biosimilares, que prometen reducir los costos sin sacrificar eficacia y seguridad. **Objetivo:** En el Hospital Regional 1º de Octubre se utilizan tanto biológicos originales como biosimilares, pero la falta de disponibilidad continua provoca la alternancia entre ambos tipos de fármacos en el mismo paciente. Esto plantea la necesidad de evaluar las consecuencias de esta alternancia en términos de eficacia y seguridad, con uso de escalas clínicas para eficacia y vigilancia de los efectos adversos para seguridad. Conocer los efectos del tratamiento alternado entre biológicos originales y sus biosimilares en términos de eficacia y seguridad en pacientes con enfermedades autoinmunitarias reumatológicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio longitudinal, observacional y analítico que incluyó a 93 pacientes con enfermedades reumatológicas,

tratados con adalimumab, rituximab o etanercept originales y sus biosimilares, entre agosto de 2023 y junio 2024. Se realizaron mediciones iniciales y a los tres meses para evaluar eficacia y seguridad. Se realizó estadística descriptiva; para las relaciones se utilizó ji cuadrada, la distribución de las variables no fue normal y para la diferencia de media se empleó U de Mann-Whitney.

Resultados: Características demográficas: participaron 93 pacientes, de los cuales 87 eran mujeres (93,5%). Los diagnósticos principales fueron artritis reumatoide (78,5%), espondilitis anquilosante (6,5%) y artritis psoriásica (6,8%). Los tratamientos incluyeron adalimumab (61,3%), rituximab (28%) y etanercept (10,8%). Efectos adversos: el 38% de los pacientes (36 individuos) experimentó efectos adversos, como fallas en dispositivos de autoinyección (adalimumab), aumento de articulaciones dolorosas e inflamadas, infecciones y reacciones alérgicas, incluidas la aparición de vasculitis leucocitoclástica causada por el rituximab. En total se registraron 50 efectos adversos (**Tabla 1**). Cambios de tratamiento: 22,5% de los pacientes cambió de modalidad debido a la reactivación de la enfermedad o efectos adversos (**Tabla 2**). Las alternativas más comunes fueron golimumab, certolizumab, baricitinib, secukinumab, etanercept y tocilizumab. Evaluación de la actividad de la enfermedad: artritis reumatoide (AR): de 73 pacientes con AR, 33,3% se hallaba en remisión al inicio y 37,5% al seguimiento de tres meses. El 29,3% experimentó empeoramiento y el 50% mantuvo la misma actividad de la enfermedad. Espondilitis anquilosante (EA): de seis pacientes, 83,3% estaba inactivo al inicio, pero el 33% empeoró en la segunda visita. Artritis psoriásica (AP): de cinco pacientes, 40% se hallaba en remisión en ambas visitas, mientras que el 40% empeoró. **Conclusiones:** Los biosimilares son una alternativa menos costosa para los fármacos biológicos originales, con eficacia y seguridad comparables. No obstante, en la práctica clínica real, los biosimilares pueden relacionarse con un mayor porcentaje de empeoramiento de la enfermedad y efectos adversos, especialmente debido a problemas con dispositivos de autoinyección, como en el caso del adalimumab biosimilar. Estos problemas pueden afectar la adherencia al tratamiento y la actividad de la enfermedad. El estudio destaca la importancia de una vigilancia continua y una evaluación exhaustiva para garantizar la seguridad y eficacia de estas modalidades. Aunque el estudio tiene limitaciones, como la falta de aleatorización, proporciona información valiosa sobre el comportamiento de los biosimilares

en contextos no controlados y subraya la necesidad de continuar la investigación para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 1. Efectos adversos. (CG020)

Efecto adverso	Total (n = 50)	%
Falla en dispositivo autoinyector	18	36%
Aumento en número de articulaciones dolorosas e inflamadas	13	26%
Infecciones totales	8	16%
Infección de vía respiratoria superior	4	
Infección gastrointestinal	1	
Infección de vía urinaria	2	
Herpes zóster	1	
Reacción alérgica	5	10%
Otros	6	12%

Tabla 2. Motivos del cambio de tratamiento biológico. (CG020)

Cambio de tratamiento biológico Total, n = 21/93 (22,5%)			p
Tx biológico basal	Efectos adversos n (%)	13 (61,9)	0,014*
	Reactivación de la enfermedad, n (%)	13 (61,9)	0,000*
Adalimumab	Falla del autoinyector, n (%)	10 (47,6)	0,001*
Rituximab	Reacción alérgica, n (%)	2 (9,5)	0,315

Bibliografía

- Kuek A, Hazleman BL, Ostör AJ. Immune-mediated inflammatory diseases (IMIDs) and biologic therapy: a medical revolution. *Postgrad Med J.* 2007 Apr;83(978):251-60. doi: 10.1136/pgmj.2006.052688. PMID: 17403952; PMCID: PMC2600039.
- Uhlig T, Goll GL. Reviewing the evidence for biosimilars: key insights, lessons learned and future horizons. *Rheumatology (Oxford).* 2017 Aug 1;56(suppl_4): iv49-iv62. doi: 10.1093/rheumatology/kex276. PMID: 28903542; PMCID: PMC5850213.
- Jørgensen KK, Olsen IC, Goll GL, et al.; NOR-SWITCH study group. Switching from originator infliximab to biosimilar CT-P13 compared with maintained treatment with originator infliximab (NOR-SWITCH): a 52-week, randomised, double-blind, non-inferiority trial. *Lancet.* 2017 Jun 10;389(10086):2304-2316. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30068-5. Epub 2017 May 11. Erratum in: *Lancet.* 2017 Jun 10;389(10086):2286. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31423-X. PMID: 28502609.

Tabla 1. Características demográficas y composición corporal en pacientes con AR según su categoría de IMC. (CG021)

Variable	Peso bajo (n = 18)	Peso normal (n = 109)	Sobrepeso (n = 196)	Obesidad (n = 254)
Edad, mediana (p25°-p75°)	24 (20-54)	56 (45-67,5)	51,66 ± 0,85	50 (45-56)
Género femenino, n (%)	14 (77,8%)	98 (89,9%)	177 (90,3%)	236 (92,9%)
IMC, mediana (p25°-p75°)	16,46 ± 0,30	22,75 (21,19-24,07)	27,33	33,91 (31,79-37,41)
Talla (m), mediana (p25°-p75°)	1,57 (1,54-1,65)	1,56 (1,52-1,6)	1,56 (1,52-1,60)	1,54 (1,50-1,58)
Peso (kg), promedio ± DE	42,19 ± 1,25	55,32 ± 0,71	68,21 ± 0,53	82,60 (76,77-91,3)
Consumo de kcal/día, mediana (p25°-p75°)	1743 (1664,5-2131,5)	1859,5 (1772,2-1983,7)	2034 (1910-2152,5)	2282 (2158,75-2463,75)
% Grasa corporal, mediana (p25°-p75°)	8,05 (5-18,27)	29,80 (24,40-33,4)	36,5 (33,12-38,67)	42,9 (40,37-45,12)
Grasa corporal (kg), promedio ± DE	3,29 (1,77-8,37)	16,10 ± 0,477	24,01 ± 0,34	34,9 (31,18-40,63)
% Agua, mediana (p25°-p75°)	60,12 ± 1,85	47,70 (46-50,7)	44 (42-46)	40,45 (38,67-42)
Grasa visceral (kg), mediana (p25°-p75°)	1 (1-3,25)	6 (5-7)	8 (7-9)	11 (10-13)
% Masa muscular, mediana (p25°-p75°)	86,04 (77,46-90,06)	67,26 (64,29-72,40)	60,22 (58,05-63,52)	54,14 (51,88-56,61)
Masa muscular (kg), mediana (p25°-p75°)	34,95 (31,65-36,40)	36,90 (35,65-38,75)	39,95 (38,15-42,70)	44,30 (42,47-48,12)
Cintura (cm), mediana (p25°-75°)	67,75 (60-70,25)	79 (73-84)	89,5 (86-95)	102 (96-110)
Cadera (cm), promedio ± DE	84,75 (82,62-88,25)	94,51 ± 0,62	104 (100-109)	116 (109-123)
ICC, mediana (p25°-p75°)	0,795 ± 0,018	0,834 (0,792-0,897)	0,868 ± 0,005	0,889 (0,837-0,945)
Grasa corporal alta, n (%)	1 (5,6%)	17 (15,6%)	126 (64,3%)	240 (94,5%)
Grasa visceral alta, n (%)	-	2 (1,8%)	7 (3,6%)	76 (29,9%)
Masa magra baja, n (%)	1 (5,6%)	70 (64,2%)	175 (89,3%)	248 (97,6%)
Bajo % agua, n (%)	2 (11,1%)	17 (15,6%)	126 (64,3%)	243 (95,7%)
Obesidad sarcopénica, n (%)	-	-	-	240 (94,5%)

AR, artritis reumatoide; IMC, índice de masa corporal; ICC, índice cintura-cadera; p25°, percentil 25°; p75°, percentil 75°; DE, desviación estándar.

CG021

COMPOSICIÓN CORPORAL Y CONSUMO DE CALORÍAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

F.J. Torres-Quintanilla, E.A. Garza-López, E.C. Garza-González, J.C.L. Riega-Torres, A.K. Garza-Elizondo, K. Salinas-Zamora, P. Ancer-Rodríguez, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se relaciona con alteraciones de la composición corporal, como la disminución de la masa magra y el aumento de la grasa visceral. Además, los cambios en la ingestión calórica y la composición corporal pueden influir en el estado nutricional y el control de la AR. La identificación de estos factores es fundamental para optimizar las intervenciones terapéuticas, promover hábitos nutricionales adecuados y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Describir la composición corporal y el consumo de calorías en pacientes con AR según su categoría de IMC.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y analítico en una clínica de atención ambulatoria de reumatología. Se incluyó de forma consecutiva a pacientes que cumplieron con los criterios de clasificación de AR según las guías de ACR/EULAR 2010. Se excluyó a las pacientes embarazadas o con síndromes de sobreposición. Se realizó una historia clínica y se obtuvo información de la composición corporal de los pacientes con el monitor InnerScan TANITA BC-533. Se agrupó a los individuos de acuerdo con su categoría de IMC (peso bajo, normal, sobrepeso y obesidad). Las variables cualitativas se expresaron con frecuencias y porcentajes; las variables cuantitativas se describieron con medias y desviación estándar o mediana y percentiles 25° y 75° (p25°-p75°).

Resultados: Se incluyó a un total de 577 pacientes con AR, 18 con peso bajo, 109 con peso normal, 199 con sobrepeso y 254 con obesidad. El consumo de kcal aumentó escalonadamente, desde 1,743 (1664,5-2131,5) en el grupo de peso bajo hasta 2282 (2158,75-2463,75) en los pacientes con obesidad. Los pacientes con bajo peso (42,19 kg ± 1,25 kg) fueron más jóvenes (24 años, 20-54), tuvieron una alta masa muscular (86,04%, 77,46-90,06), baja prevalencia de grasa visceral (1 kg, 13,25), bajo porcentaje de grasa corporal (8,05%, 5-18,27); y un porcentaje elevado de agua corporal (60,12% ± 1,85). En los pacientes con sobrepeso se reconoció un porcentaje alto de grasa corporal (36,5%, 33,12-38,67) y visceral (8 kg, 7-9), bajo porcentaje de agua (44%, 42-46) y masa muscular reducida (60,22%,

58,05-63,52). Los pacientes con un IMC en obesidad tienen los valores más altos de grasa corporal (42,9%, 40,37-45,12) y visceral (11 kg, 10-13), y la mayoría padece obesidad sarcopénica (94,5%).

Conclusiones: La composición corporal en pacientes con AR varía según el IMC y la ingestión calórica. Los pacientes con bajo peso son más jóvenes, tienen mayor masa muscular y menor grasa visceral, mientras que los pacientes con sobrepeso y obesidad poseen mayor grasa corporal y visceral, con una alta prevalencia de obesidad sarcopénica. Estos hallazgos resaltan la necesidad de realizar intervenciones nutricionales personalizadas para mejorar el control clínico y el pronóstico de los pacientes con AR.

Bibliografía

1. Letarouilly JG, Flipo RM, Cortet B, *et al.* Body composition in patients with rheumatoid arthritis: a narrative literature review. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease.* 2021;13, 1759720X2110150. <https://doi.org/10.1177/1759720x211015006>
2. Son KM, Kang SH, Seo YI *et al.* Association of body composition with disease activity and disability in rheumatoid arthritis. *The Korean Journal of Internal Medicine.* 2021;36(1):214-222. <https://doi.org/10.3904/kjim.2019.006>

CG022

LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS NO SE ASOCIAN A UN MAYOR NÚMERO DE INFECCIONES: ESTUDIO DE COHORTE EN EL MUNDO REAL

C.V. Montiel-Castañeda¹, D. Xibillé-Friedmann², G.A. Carmona-Lara¹, M.G. Olvera-Soto¹, S.M. Carrillo-Vázquez¹

⁽¹⁾Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital General José G. Parres, Cuernavaca

Introducción: Los tratamientos biológicos son esenciales para tratar enfermedades autoinmunitarias y mejorar su control. Sin embargo, su uso se vincula con un mayor riesgo de infecciones graves, lo que requiere un análisis más profundo en situaciones de la vida real. Aunque son eficaces y seguros según los estudios clínicos, estos suelen tener limitaciones, ya que no siempre reflejan la práctica clínica diaria. Además, existe poca investigación sobre su efecto en infecciones además de la artritis reumatoide, lo que genera variabilidad en los resultados de los estudios.

Objetivo: Evaluar la incidencia de infecciones en estos pacientes, caracterizar clínicamente a aquellos que sufren infecciones, e identificar los efectos adversos y recaídas vinculadas con diferentes tratamientos biológicos.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en el que se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnósticos específicos de enfermedades reumáticas que no tenían infecciones previas. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de tipo intencional para la selección de participantes y, una vez identificados y aceptados los pacientes para el estudio, se recopilaron datos demográficos y clínicos relevantes y se entregó un cuadernillo autoaplicable para registrar las infecciones. Los datos clínicos y demográficos se recolectaron y se efectuó un seguimiento para detectar infecciones y ajustar el tratamiento según fuera necesario. Los datos se analizaron con SPSS y se emplearon análisis descriptivos, tablas cruzadas, ji cuadrada y razón de momios para evaluar relaciones y riesgos.

Resultados: Durante el periodo de estudio se integró a 137 pacientes, en su mayoría mujeres (86%), con una edad media de 57,7 años. La artritis reumatoide fue la enfermedad más prevalente (70%). El 31% de los pacientes tenía comorbilidades y el 44% se hallaba bajo tratamiento con modalidades biológicas durante más de cinco años. El golimumab fue el fármaco biológico más administrado (27%), seguido por el tocilizumab (17,5%) y el biosimilar de rituximab (17%). El 33,8% de los pacientes experimentó nuevos episodios infecciosos durante el seguimiento a tres meses. Las infecciones más comunes fueron las de las vías respiratorias superiores (46,1%). La incidencia de infecciones graves fue de 3,64 por cada 100 pacientes y las neumonías fueron las más frecuentes (1,45 por cada 100 pacientes): un fallecimiento relacionado con neumonía. De los pacientes con infecciones, 24 (70,6%) informaron una disminución de la frecuencia de infecciones desde el inicio del tratamiento biológico. En contraste, 5 (14,7%) señalaron un incremento de los efectos infecciosos, y otros cinco no notaron cambios en la frecuencia. Los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa y aquellos en tratamiento con glucocorticoides mostraron un riesgo significativamente mayor de nuevas infecciones. No se hallaron diferencias significativas entre los distintos tratamientos biológicos en términos de incidencia de infecciones.

Conclusiones: El estudio subraya el riesgo disminuido (mundo real) de infecciones en pacientes con enfermedades reumáticas que reciben tratamientos biológicos, en particular en presencia de comorbilidades y uso de glucocorticoides. Aunque algunos sujetos identificaron una reducción de la frecuencia de infecciones, otros experimentaron un aumento, lo que indica la necesidad de un enfoque personalizado en la atención de estos enfermos. Se requiere más investigación para identificar perfiles de riesgo y desarrollar estrategias terapéuticas más seguras y efectivas.

Tabla 1. Relación entre los tipos de tratamiento, las comorbilidades y la aparición de episodios infecciosos. (CG022)

Variables	Total (n = 137)	Infección (n = 34)	Sin infección (n = 103)	OR (IC95%)	p
FARME biológico					
ADA BS	11 (8%)	2 (5,9%)	9 (8,7%)	0,653 (0,134-3,18)	0,595
TCZ	24 (17,5%)	6 (17,6%)	18 (17,5%)	1,012 (0,366-2,80)	0,982
ETN	4 (2,9%)	1 (2,9%)	3 (2,9%)	1,010 (0,102-10,1)	0,993
RTX BS	23 (16,8%)	8 (23,4%)	15 (14,6%)	1,805 (0,689-4,729)	0,225
GOL	38 (27,7%)	9 (26,5%)	29 (28,2%)	0,919 (0,383-2,203)	0,849
CZP	20 (14,6%)	4 (11,8%)	16 (15,5%)	0,72 (0,225-2,34)	0,589
ABT	7 (5,1%)	3 (8,8%)	4 (3,9%)	2,392 (0,508-11,2)	0,257
SEC	4 (2,9%)	1 (2,9%)	3 (2,9%)	1,010 (0,102-10,04)	0,993
FARME convencional					
MTX	52 (37,95%)	16 (30,7%)	36 (69,2%)	1,654 (0,754-3,63)	0,207
LFN	13 (9,5%)	2 (15,3%)	11 (84,6%)	0,522 (0,110-2,48)	0,408
AZA	3 (2,2%)	1 (33,3%)	2 (66,6%)	1,53 (0,134-17,45)	0,730
SSZ	5 (3,64%)	2 (40%)	3 (60%)	2,083 (0,333-13,02)	0,423
MMF	6 (4,4%)	2 (33,3%)	4 (66,6%)	1,547 (0,271-8,84)	0,621
Comorbilidades					
Hipertensión arterial	14 (10,21%)	4 (28,5%)	10 (71,1%)	1,24 (0,362-4,24)	0,73
DT2	16 (11,67%)	6 (37,5%)	10 (62,5%)	1,99 (0,661-5,96)	0,21
EPID	8 (5,83%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)	5,71 (1,295-25,49)	0,11
Hipotiroidismo	4 (2,91%)	1 (25%)	3 (75%)	1,01 (0,102-10,04)	0,93
Uso de esteroides					
Si	68 (49,6%)	23 (67,6%)	45 (66,2%)	2,695 (1,19-6,102)	0,15

ADA BS, adalimumab biosimilar; TCZ, tocilizumab; ETN, etanercept; RTX BS, rituximab biosimilar; GOL, golimumab; CZP, certolizumab; ABT, abatacept; SEC, secukinumab; MTX, metotrexato; LFN, leflunomida; AZA, azatioprina; SSZ, sulfasalazina; MMF, ácido micofenólico.

Bibliografía

1. Drosos AA, Pelechas E, Kaltsonoudis E, *et al.* Biologic therapies and autoimmune phenomena. *Mediterr J Rheumatol* [Internet]. 2021;32(2):96.
2. Abbas AK, Lichtman AH, Pillai S. Cellular and molecular immunology. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier-Health Sciences Division; 2021.
3. Pisetsky DS. Pathogenesis of autoimmune disease. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 13];19(8):509-24.
4. Listing J, Gerhold K, Zink A. The risk of infections associated with rheumatoid arthritis, with its comorbidity and treatment. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(1):53-61.
5. Dao KH, Herbert M, Habal N, *et al.* Nonserious infections: should there be cause for serious concerns? *Rheum Dis Clin North Am*. 2012;38(4):707-25.
6. Bechman K, Halai K, Yates M, *et al.* Nonserious infections in patients with rheumatoid arthritis: results from the British Society for Rheumatology biologics register for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2021;73(10):1800-9.

CG023

NIVELES DE GAMMAGLUTAMIL TRANSFERASA Y GROSOR DE LA ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS AUTOINMUNES

A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, O. Uresti, R.I. De la Rosa-Vázquez, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpiri-López, D.A. Salcedo-Almanza
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La gammaglutamil transferasa (GGT) es una enzima sintetizada en las células epiteliales de los conductos intrahepáticos que se relaciona principalmente con el sistema hepatobiliar. Diversos estudios vinculan la GGT con daño endotelial debido al estrés oxidativo e inflamación; además, muestran una correlación entre valores elevados de esta enzima y factores de riesgo cardiovascular (CV), incluidas aterosclerosis carotídea y enfermedad arterial coronaria (EAC). Los pacientes con artropatías inflamatorias autoinmunitarias tienen un mayor riesgo CV en comparación con la población general; sin embargo, las publicaciones médicas sobre las cifras de GGT como biomarcador para explorar la prevalencia de factores de riesgo CV en este grupo de pacientes aún son limitadas.

Objetivos: Comparar la prevalencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con artropatías inflamatorias autoinmunitarias con valores altos y bajos de GGT.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a pacientes con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (AP) de 40 a 75 años que cumplieran los criterios ACR/EULAR 2010 y CASPAR 2006, respectivamente. Se excluyó a los pacientes con enfermedad CV previa, hepática o renal. Se realizó un ultrasonido carotídeo (US) a todos los participantes. La placa carotídea (PC) se definió como un grosor difuso de la íntima-media carotídea (GIMc) $\geq 1,2$ mm o un grosor focal $\geq 0,8$ mm. La aterosclerosis subclínica se definió como la presencia de PC o un aumento del GIMc ($\geq 0,8$ mm). Los pacientes se dividieron en dos grupos según los valores de GGT, tras considerar ≥ 28 U/L como alto. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad. Las comparaciones se realizaron con las pruebas ji cuadrada, T de Student o U de Mann-Whitney, según correspondiera. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 56 pacientes: 28 con AR y 28 con AP. Estos se clasificaron a su vez en dos grupos: 24 pacientes con valores altos de GGT y 32 con bajos. La edad media fue de $54,6 \pm 7,6$ y $53,2 \pm 12,3$ años, respectivamente (Tabla 1). La mayoría correspondió a mujeres ($n = 43, 76,7\%$), sin diferencias significativas entre los factores de riesgo CV habituales ni en el grosor de la íntima-media carotídea entre los grupos. No obstante, se observó un ligero aumento de la prevalencia de placa carotídea en el grupo con cifras altas de GGT (54% vs. 46,8%, $p = 0,58$).

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y de ultrasonido carotídeo. (CG023)

Variables	Pacientes con GGT alta (n = 24)	Pacientes con GGT baja (n = 32)	p
Edad, años, \pm DE	54,6 \pm 7,6	53,2 \pm 12,3	0,63
Mujeres, n (%)	18 (75)	25 (78)	0,78
Factores de riesgo CV			
Diabetes, n (%)	4 (16,6)	8 (25)	0,45
Hipertensión, n (%)	5 (20)	11 (34,3)	0,30
Dislipidemia, n (%)	15 (62,5)	17 (53,3)	0,48
Tabaquismo activo, n (%)	3 (12,5)	5 (15,6)	0,51
Obesidad, n (%)	9 (37,5)	6 (18,7)	0,11
Características clínicas			
Tiempo de evolución, años, mediana (RIC)	6,5 (1,0-11,2)	5,0 (1,0-17,2)	0,85
DAS28-PCR, \pm DE	3,6 \pm 1,2	3,3 \pm 1,4	0,47
DAS28-VSG, \pm DE	4,3 \pm 1,4	3,9 \pm 1,5	0,40
Tratamiento			
Metotrexato, n (%)	11 (45,8)	14 (43,7)	0,87
Glucocorticoides, n (%)	8 (33,3)	12 (37,5)	0,68
FARME biológicos, n (%)	3 (12,5)	7 (21,8)	0,36
Hallazgos de ultrasonido			
Placa carotídea, n (%)	13 (54,1)	15 (46,8)	0,58
Unilateral PC, n (%)	6 (25)	9 (28,1)	0,79
Bilateral PC, n (%)	7 (29,1)	6 (18,7)	0,36
Hiperplasia GIMc, n (%)	5 (20,8)	6 (18,7)	0,84
Unilateral GIMc, n (%)	3 (12,5)	2 (6,2)	0,41
Bilateral GIMc, n (%)	2 (8,3)	4 (12,5)	0,61
Aterosclerosis subclínica, n (%)	16 (66,6)	19 (59,3)	0,40

GGT, gammaglutamil transferasa; CV, cardiovascular; DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; DAS28-CRP, Índice de Actividad de la Enfermedad 28-articulaciones con Cálculo de la Proteína C reactiva; DAS28-VSG, Índice de Actividad de la Enfermedad en 28-articulaciones basado en la Velocidad de Sedimentación Globular; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; PC, placa carotídea, GIMc, grosor íntima-media carotídeo.

Conclusiones: Este estudio no reveló diferencias significativas en la prevalencia de aterosclerosis subclínica entre pacientes con artropatías inflamatorias autoinmunitarias con valores altos y bajos de GGT. Estos hallazgos cuestionan los estudios previos que vinculan cifras elevadas de GGT con un mayor riesgo CV. Sin embargo, esta discrepancia podría deberse al componente autoinmunitario de la población estudiada. Se requieren estudios prospectivos con muestras más amplias para validar la utilidad de la GGT como biomarcador para la detección temprana de factores de riesgo CV en este grupo de pacientes.

Bibliografía

1. Kim YG, Park GM, Lee SB, *et al.* Association of gamma-glutamyl transferase with subclinical coronary atherosclerosis and cardiac outcomes in non-alcoholics. *Sci Rep*. 2020;10:17994. Disponible en doi:10.1038/s41598-020-75078-6.
2. Ndrepepa G, Colleran R, Kastrati A, *et al.* Gamma-glutamyl transferase and the risk of atherosclerosis and coronary heart disease. *Clin Chim Acta*. 2018;476:130-138. Disponible en doi: 10.1016/j.cca.2017.11.026.

CG024

LOGRO Y MANTENIMIENTO DE REMISIÓN CON UPADACITINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE DE MODERADA A SEVERA EN CONDICIONES REALES: UPHOLD 1 AÑO

R. Villalobos-Torrijos¹, A. Östör², E. Feist³, P. Sidiropoulos⁴, J. Avouac⁵, M. Rebella⁶, R. Namas⁷, E. Mcdearmon-Blondell⁸, T. Gao⁹, N. Khan¹⁰, S. Strengholt⁸, S. Attar¹⁰

⁽¹⁾AbbVie Farmacéuticos S.A. de C.V., ⁽²⁾Universidad de Monash e Investigación Emeritus, Melbourne, Victoria, Australia, ⁽³⁾Departamento de Reumatología e Inmunología Clínica Helios, Vogelsang-Gommern, Alemania, ⁽⁴⁾Facultad de

Medicina, Universidad de Creta, Heraklion, Grecia, ⁽⁵⁾Service de Rhumatologie, Hôpital Cochin, AP-HP, Centre-Universidad de la Ciudad de París, París, Francia, ⁽⁶⁾Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, ⁽⁷⁾Instituto de Subespecialidades Médicas, División de Reumatología, Cleveland Clinic Abu Dhabi, Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos, ⁽⁸⁾AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, Estados Unidos, ⁽⁹⁾AbbVie B.V., Mijdrecht, Utrecht, Países Bajos, ⁽¹⁰⁾Universidad King Abdulaziz, Jeddah, Arabia Saudita

Introducción: El upadacitinib (UPA) es un inhibidor JAK oral reversible con eficacia y seguridad aceptables en pacientes con artritis reumatoide (AR) moderada a grave en los estudios clínicos SELECT. Sin embargo, los datos del UPA en condiciones reales (CR), que pueden diferir respecto de los estudios clínicos, son limitados.

Objetivo: Evaluar los objetivos coprimarios para alcanzar remisión con UPA a los seis meses y su mantenimiento a los 12 meses de tratamiento en pacientes con AR de moderada a grave en CR.

Material y métodos: UPHOLD (NCT04497597) es un estudio observacional conducido en pacientes con AR de moderada a grave, sin UPA previo, que recibieron UPA de 15 mg. Los criterios de valoración fueron: a) porcentaje de pacientes con UPA que lograron remisión DAS28(PCR) (< 2,6) a los seis meses y, de éstos, b) porcentaje de pacientes que mantuvieron remisión (o tuvieron un aumento $\leq 0,6$ puntos en DAS28[PCR]) a los 12 meses (imputación de no respondedor modificada [mNRI] y según lo observado [SO]). mFAS1 incluyó a todos los pacientes que recibieron ≥ 1 dosis de UPA (FAS) que completaron seis meses de tratamiento con datos de DAS28(PCR) y pacientes que interrumpieron antes de los seis meses; mFAS2 incluyó a todos los pacientes que lograron remisión dentro de mFAS1 y completaron 12 meses de tratamiento con datos de DAS28(PCR), y pacientes que interrumpieron entre seis y 12 meses. Los criterios de eficacia adicionales incluyeron: porcentaje de pacientes con baja actividad de la enfermedad (LDA DAS28[PCR] $\leq 3,2$) a los seis meses que mantuvieron a los 12 meses y porcentaje de pacientes con remisión CDAI/SDAI ($\leq 2,8 / < 3,3$) a los 12 meses. Los efectos adversos relacionados con el tratamiento (EART) en el FAS se informan como tasas de efectos ajustadas por exposición (EAER; efectos por 100 pacientes-años [E/100PA]).

Resultados: De 1719 participantes, 1701 conformaron el FAS. Una proporción de 48,4% inició UPA como monoterapia y 51,6% en combinación con FARME convencional sintético. De 1523 pacientes que recibieron tratamiento previo, 64,3% recibió ≥ 1 FARME biológico y 18,1% ≥ 1 FARME sintético dirigido. De 1074 pacientes en mFAS1, 46,5% (mNRI) y 55,3% (SO) se hallaban en remisión a los seis meses. De 340 pacientes en mFAS2, 79,1% (mNRI) y 84,9% (SO) mantuvieron remisión a los 12 meses (Figura 1A), con una tendencia similar en aquellos que lograron LDA DAS28(PCR) a los seis meses y mantuvieron a los 12 meses (Figura 1B). El por-

centaje de pacientes que lograron remisión DAS28(PCR), CDAI ($\leq 2,8$) y SDAI ($\leq 3,3$) a los 12 meses fue de 59,8%, 28,0% y 28,3%, respectivamente (FAS; SO). De los pacientes que iniciaron UPA basal como monoterapia o en combinación que lograron remisión DAS28(PCR) a los seis meses, 80,5% (136/169) y 79,4% (104/131), respectivamente, mantuvieron remisión a los 12 meses (mNRI). Hubo 2436 EAET (101,45 E/100 PA), con EAER para herpes zóster, infección grave y trastorno hepático de 3,12, 2,62 y 2,46 E/100 PA, respectivamente (Tabla 1). Las EAER para MACE, enfermedad maligna y episodios trombóticos fueron bajas y consistentes con las informadas en los estudios clínicos a largo plazo de UPA.

Conclusiones: El UPA de 15 mg es eficaz como tratamiento de AR de moderada a grave en la práctica CR: se ha informado > 79% de pacientes con remisión DAS28(PCR) a los seis meses sostenida hasta los 12 meses.

Figura 1. (A) Logro de remisión DAS28(PCR) a los seis meses y mantenimiento de la remisión a los 12 meses (criterios de valoración coprimarios). (B) Consecución de LDA DAS28(PCR) a los seis meses y mantenimiento de LDA a los 12 meses entre pacientes con AR tratados con upadacitinib de 15 mg (mNRI y SO). (CG024)

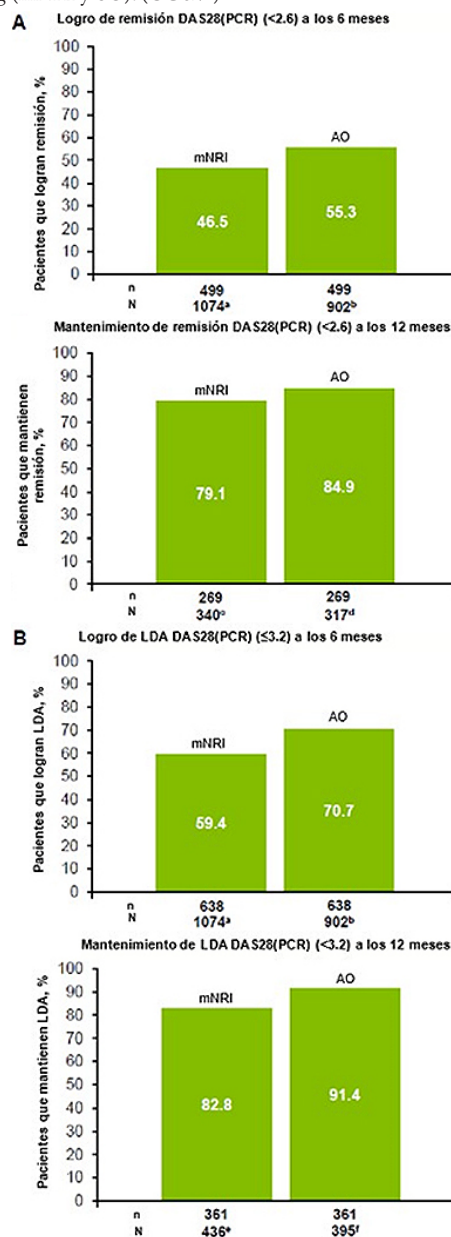


Tabla 1. Seguridad evaluada hasta el corte de datos^a en pacientes con AR tratados con upadacitinib de 15 mg. (CG024)

EAET	EAER. E (E/100 PA) (PA = 2401,1)
Todos los EAET	2436 (101,45)
EAET graves	22 (9,20)
EAET que produjeron interrupción del fármaco	263 (10,95)
EAET que causaron la muerte	14 (0,58)
EAET de interés seleccionados	
Herpes zóster	75 (3,12)
Infección grave	63 (2,62)
Trastorno hepático	59 (2,46)
Neoplasia maligna, salvo CPNM	20 (0,83)
CPNM	9 (0,37)
MACE ^b	6 (0,25)
Episodios trombóticos ^c	15 (0,62)

^aLa seguridad se evaluó mediante la evaluación de todos los EAET que ocurrieron en el FAS hasta la fecha de corte de datos del 10 de agosto de 2023.

^bDefinido como muerte cardiovascular, infarto del miocardio no letal y accidente cerebrovascular no letal.

^cDefinido como TEV, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, otras trombosis venosas y episodios tromboembólicos arteriales.

E, efecto; EAER, tasa de efectos ajustada por exposición; FAS, conjunto de análisis completo; CPNM, cáncer de piel no melanómico; PA, pacientes-años; EAET, efecto adverso emergente durante el tratamiento.

La relación beneficio-riesgo de UPA es todavía favorable en la práctica CR y es consistente con los datos de los estudios clínicos de fase 3.

Bibliografía

1. Conaghan PG, *et al.* Drug Saf. 2021;44:515-30.
2. Östör A, *et al.* ACR. 2023;pos 0424.
3. Burmester GR, *et al.* RMD Open. 2023;e002735.

CG025

CAMBIO DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO POR INDICACIÓN NO MÉDICA Y RETORNO A TERAPIA PREVIA

D.X. Xibillé-Friedmann¹, A.X. Hinojosa-Enciso², G.A. Carmona-Lara², M.G. Olvera-Soto², S.M. Carrillo-Vázquez²

⁽¹⁾Hospital General de Cuernavaca, IMSS-Bienestar, Morelos, ⁽²⁾Hospital Regional 1 de octubre, ISSSTE

Introducción: El cambio de tratamiento no médico (CNM) implica el acto de modificar el tratamiento con fármacos moduladores de la enfermedad biológicos (FARMEb) de un paciente que se encontraba estable con su tratamiento actual debido a motivos no médicos (por lo regular razones administrativas o desabasto). En este caso, en virtud de la discontinuidad observada en el ISSSTE en el suministro del golimumab, muchos pacientes debieron cambiar a otras modalidades elegidas por el reumatólogo a cargo de su atención.

Objetivo: Describir la incidencia de pacientes con enfermedades reumáticas que regresaron al tratamiento biológico previo (golimumab) tras someterse al CNM.

Material y métodos: Estudio descriptivo longitudinal y retrospectivo de pacientes diagnosticados con enfermedades reumáticas sometidos al CNM. Se obtuvo la información de los expedientes clínicos físicos y electrónicos de la plataforma SIMEF y se realizaron estadística descriptiva y un análisis univariado con proporciones para los datos cualitativos y con medidas de tendencia central para los datos cuantitativos, y un análisis bivariado con pruebas de relación estadística.

Resultados: Se analizó la información de 112 pacientes, 87% de mujeres, con edad promedio de 60,3 años (34-81), la mayoría de las cuales tenía artritis reumatoide (AR) (83%; 10% sufría espondiloartritis y 7% se hallaba bajo tratamiento para otras enfermedades reumáticas). La mediana de tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad fue de 15 años (2-49). Hasta 52% de los pacientes recibió metotrexato o leflunomida de forma concomitante a su tratamiento y 37% consumía glucocorticoides. Aunque 30% de los pacientes con golimumab pudo mantenerse con este fármaco tras el CNM, 28% cambió a adalimumab y 28% a certolizumab pegol, 5% a secukinumab y, de manera interesante, 7% continuó su tratamiento con etanercept, 5% con abatacept y el 4% restante con otros FARMEb. Tras el reabastecimiento del golimumab, 52% de quienes sufrieron el CNM a otro fármaco regresaron al golimumab pero, de modo notable, 8% perdió su seguimiento. Durante el CNM, más de la mitad de los pacientes (54%) que cambiaron la modalidad se consideró como falla al tratamiento. La mediana de tiempo transcurrido antes del reabastecimiento del golimumab fue de 180 días (40-571). Un total de 44 pacientes (39,2%) no regresó al golimumab.

Conclusiones: El CNM tiene consecuencias importantes para los pacientes y reumatólogos, en particular la pérdida de la eficacia, el abandono en el seguimiento y los posibles efectos adversos secundarios a esta práctica.

CG026

EL IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA FUNCIONALIDAD DE EXTREMIDAD SUPERIOR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS INFLAMATORIAS Y NO INFLAMATORIAS

E. Domínguez-Chapa, I.C. Reynosa-Silva, V. Carrillo-Torres, G. García-Arellano, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La obesidad es un estado de inflamación crónica de bajo grado que se ha relacionado con peores desenlaces tanto en enfermedades reumatológicas inflamatorias como no inflamatorias. Los estudios que han explorado la presencia de obesidad en enfermedades reumatológicas no hacen énfasis en la funcionalidad del paciente. Es importante conocer el efecto de esta alteración sobre la funcionalidad de la extremidad superior en pacientes con enfermedades reumatológicas, ya que implica un riesgo en diferentes esferas de la vida del paciente, como la funcional, la socioeconómica y la emocional. El objetivo es desarrollar intervenciones oportunas y mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

Objetivos: Determinar la relación entre la obesidad y el grado de funcionalidad de la extremidad superior en pacientes con enfermedades reumatológicas inflamatorias y no inflamatorias.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se inscribió de forma consecutiva a pacientes de la consulta 12 de reumatología del Hospital José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias (como artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico) y no inflamatorias (como fibromialgia y osteoartritis) y se les aplicó la encuesta DASH (*Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*): un cuestionario de 30 reactivos para determinar la función física y los síntomas relacionados con enfermedades musculoesqueléticas de extremidad superior. Se tomó una puntuación > 40 puntos como discapacidad grave. Se realizó un análisis de las características demográficas de la población y se utilizaron ji cuadrada y U de Mann-Whitney para analizar las variables categóricas y continuas, respectivamente. Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para determinar la correlación entre el índice de masa corporal (IMC) y la puntuación de DASH.

Resultados: Se incluyó a un total de 149 pacientes, con una mediana de edad de 53 (RIC, 45,5-63) años, IMC 28,1 (RIC, 25,3-32,4) kg/m², puntuación de DASH 21,6 (RIC, 6,2-34,1) puntos. Hasta 142 pacientes (95,3%) fueron mujeres y 118 pacientes sufrían una enfermedad reumática inflamatoria (79,2%), la más prevalente de las cuales fue la artritis reumatoide (n = 79, 53%). La enfermedad más prevalente en los pacientes con enfermedades reumatológicas no inflamatorias fue la osteoartritis (n = 10, 6,7%). Entre los individuos con enfermedad reumatológica y obesidad se registró una mayor puntuación de DASH y mayor proporción de pacientes con discapacidad grave; sin embargo, esto no fue significativo (**Tabla 1**). No se reconoció una correlación estadísticamente significativa entre IMC y la puntuación de DASH (r = 0,132, p = 0,108).

Tabla 1. Características demográficas de acuerdo con la presencia o la ausencia de obesidad en pacientes con enfermedades reumáticas. (CG026)

	Obesidad n = 59	Sin obesidad n = 90	p*
Edad, años, mediana (RIC)	55 (50-62,7)	53 (45-63)	0,614
Género femenino (n, %)	56 (94,9)	86 (95,5)	0,574
Peso, kg, mediana (RIC)	79,2 (73,8-92,8)	60,5 (56,1-66,7)	< 0,001
Presión sistólica, mmHg, mediana (RIC)	120 (110-127,7)	116 (105,5-126,5)	0,143
Presión diastólica, mmHg, mediana (RIC)	76,5 (70-80,75)	70 (67-78,5)	0,106
Glucosa, mg/dL, mediana (RIC)	96 (90,2-110)	90 (83-99)	0,002
VSG, mm/H, mediana (RIC)	25 (10,2-36,2)	20 (7,5-33)	0,639
Ocupación hogar (n, %)	33 (55,9)	61 (67,7)	0,098
Enfermedad reumática inflamatoria (n, %)	46 (77,9)	72 (80)	0,460
Artritis reumatoide (n, %)	32 (54,2)	49 (54,4)	0,557
Osteoartritis (n, %)	8 (13,5)	10 (11,1)	0,419
Puntuación cuestionario DASH, mediana (RIC)	25,8 (12,5-35)	15 (2,9-30,8)	0,196
Discapacidad grave por DASH > 40 puntos (n, %)	9 (15,2)	15 (12)	0,504

RIC, rango intercuartílico; DASH, *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*.

Conclusiones: No se encontró una relación significativa entre el IMC y el grado de funcionalidad en la extremidad superior en pacientes con enfermedades reumatológicas inflamatorias y no inflamatorias. Este ha-

llazgo contrasta con los resultados de estudios previos, lo que sugiere que la relación entre funcionalidad e IMC en esta población es más compleja. Esto resalta la importancia de conceder una atención integral al paciente, incluidos los factores clínicos, psicológicos y sociales, entre otros, para lograr su pronta rehabilitación.

Bibliografía

- Mohajer B, Kwee RM, Guerhazi A, *et al.* Metabolic syndrome and osteoarthritis distribution in the hand joints: A propensity score matching analysis from the osteoarthritis initiative. *The Journal of Rheumatology*. 2021 Jun 15;48(10):1608-15.
- Cruz M, Rodrigues AM, Dias S, *et al.* Obesity and diabetes are associated with disability in women with hand osteoarthritis. Results from the Epi-ReumaPt nationwide study. *Acta Reumatol Port*. 2021;46(3):208-17.

CG027

MONITORIZACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON LEFLUNOMIDA EN AR USANDO LA MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE TERIFLUNOMIDA CIRCULANTE

H. Jacobo-Cuevas, L. González-López, F.A. Ávalos-Salgado, N.S. Fajardo-Robledo, A.M. Saldaña-Cruz, J.M. Ponce-Guarneros, M.B. Ornelas-Fajardo, E.E. Gómez-Ramírez, L.R. Rodríguez-Santillán, E.M. Campechano-Valdez, A.J.L. Brambila-Tapia, J.I. Gámez-Nava

Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La leflunomida se emplea como una opción terapéutica de otros fármacos inductores de remisión sintéticos en alrededor de 20% de los pacientes con artritis reumatoide (AR). Los principales efectos de este fármaco como inductor de remisión están mediados a través de la inhibición de la enzima dihidroorotato deshidrogenasa, una inhibición que tiene mediación principal de su metabolito activo: teriflunomida. Sin embargo, para esta inhibición se requieren adecuados valores circulantes de este componente. Uno de los problemas para obtener una adecuada respuesta terapéutica es la falta de adherencia a los fármacos en los pacientes con artritis reumatoide. Uno de los métodos más precisos para determinar la adherencia es la medición de los metabolitos del fármaco circulante. Pocos estudios han relacionado la determinación de los valores de teriflunomida en la AR.

Objetivo: Identificar la adherencia terapéutica a la prescripción de leflunomida, determinada con base en las cifras de teriflunomida en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Se incluyó a 115 pacientes adultos con AR en quienes se administró leflunomida (20 mg diarios por un mínimo de tres meses) como parte del tratamiento de AR. A todos se los interrogó acerca de la adherencia al tratamiento con leflunomida a través de un cuestionario. Todos los pacientes incluidos contestaron ser adherentes en el cuestionario. Para confirmarlo se determinaron los valores de teriflunomida circulantes mediante un método de cromatografía de líquidos de alta resolución (CLAR) validado y desarrollado para este fin. Para la extracción de la teriflunomida de la muestra de sangre del paciente se utilizaron cartuchos de extracción sólido-líquido.

Resultados: Se consideró adherentes a aquellos pacientes con valores de teriflunomida $\geq 10,0$ $\mu\text{g/mL}$, adherentes bajos a los sujetos con cifras de $> 1,24$ $\mu\text{g/mL}$ a $< 10,0$ $\mu\text{g/mL}$ y adherentes nulos a los individuos en quienes no se detectó el metabolito. El 27,8% ($n = 32$) mostró falta absoluta de adherencia, 20% ($n = 23$) tenía baja adherencia y solo el 52,2% ($n = 60$) registró apego adecuado a la leflunomida. En el análisis estadístico se identificó una relación significativa con el apego completo al tratamiento con menor número de articulaciones inflamadas ($p < 0,001$) y una mejor percepción de control de la actividad de la enfermedad ($p < 0,001$). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: A pesar de que en la encuesta los pacientes resultaron adherentes a la leflunomida, los resultados obtenidos mediante la cuantificación de la teriflunomida en muestras que solo el 52,2% observa el tratamiento por medición de la teriflunomida. Por ello deben establecerse

estrategias para garantizar el apego al tratamiento para mejorar la probabilidad de respuesta al tratamiento en pacientes con AR.

Tabla 1. Características de los pacientes. (CG027)

Variable	n = 115
Edad (años), media \pm DE	60 \pm 11
Duración de la enfermedad (años), media \pm DE	16 \pm 11
Características clínicas	
- Articulaciones inflamadas, media \pm DE	3,1 \pm 3,4
- No respondedores (DAS28-PCR $> 3,2$), n (%)	76 (66,1)
- Respondedores (DAS28-PCR $\leq 3,2$), n (%)	39 (33,9)
Tratamiento	
- Leflunomida, n (%)	115 (100)
- Leflunomida como monoterapia, n (%)	54 (47,0)
- Leflunomida combinada con otros FARME, n (%)	61 (53,0)
- AINE, n (%)	107 (93)
- Corticosteroides, n (%)	85 (73)
Variables de laboratorio	
- PCR, (mg/L), media \pm DE	18 \pm 23
- VSG, (mm/h), media \pm DE	28 \pm 12
- Valores de teriflunomida ($\mu\text{g/mL}$), media \pm DE	21,0 \pm 28,6

DE, desviación estándar; VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva.

Bibliografía

- Ensom MH, Davis GA, Cropp CD, *et al.* Clinical pharmacokinetics in the 21st century. Does the evidence support definitive outcomes? *Clin Pharmacokinet*. 1998;34(4):265-79.
- Cardiel MH, Díaz-Borjón A, Vázquez del Mercado-Espinosa M, *et al.* Mexican College of Rheumatology. Update of the Mexican College of Rheumatology guidelines for the pharmacologic treatment of rheumatoid arthritis. *Reumatol Clin*. 2014 Jul-Aug;10(4):227-40.

CG028

NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

P. García-Espinosa, J.D. Centeno-Valadez, M.C. Espinel-Bermúdez

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) tiene una prevalencia mundial aproximada de 1% y una de las manifestaciones extraarticulares más graves es la enfermedad pulmonar intersticial (EPI); la deficiencia sérica de vitamina D se vincula con la actividad de la enfermedad.

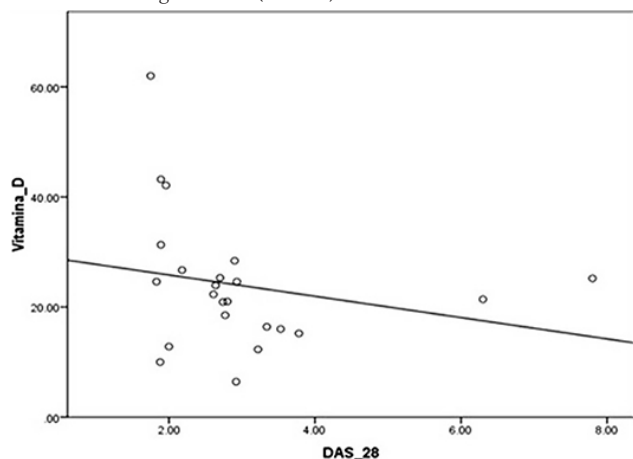
Objetivo: Comparar las concentraciones séricas de vitamina D en pacientes con AR con y sin EPI, identificar el valor sérico de vitamina D en pacientes con actividad de la AR con y sin EPI, y determinar el tipo de EPI en pacientes con AR.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y analítico en pacientes con diagnóstico de AR con y sin EPI, mayores de 18 años. Se excluyó a los pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica, síndrome de Sjögren primario, lupus eritematoso sistémico y miopatías inflamatorias, así como otras causas de EPI, sea por agentes orgánicos o químicos, consumo de medicamentos o afecciones que alteraran las concentraciones séricas de vitamina D. La muestra se conformó mediante muestreo no probabilístico por casos consecutivos.

Resultados: La mayoría de los participantes correspondió a mujeres con el 91% y el 8,69% a hombres. La edad media de los pacientes fue de 62,4 años. Actividad de la enfermedad por DAS28: 34,8% en remisión y 65,2% en actividad; de estos últimos, 60% mostró un grado bajo de actividad, 26,7% un grado moderado y 13,3% un grado alto. De los 23 pacientes totales, 9 tenían EPI y 14 no; en cuanto al patrón de EPI,

11,1% registró el patrón linfocitario, el 66,7% NINE y el 22,2% NIU. De acuerdo con las concentraciones de vitamina D, el 17,39% se encontraba en suficiencia, el 78,26% en insuficiencia y el 4,35% en deficiencia. La media de vitamina D fue de 23,9 ng/mL y, al analizar los subgrupos, se identificaron los valores más altos en pacientes sin EPI (26,1 ng/mL) en comparación con los pacientes con EPI (20,5 ng/mL; $p > 0,05$). En relación con la vitamina D y la actividad de la enfermedad, en la **Figura 1** se observa que el 34,8% estaba en remisión y el 65,2% en actividad; las cifras de vitamina D en estos grupos fueron de 31,5 y 19,8 ng/mL, respectivamente, con una correlación inversa y moderada que indica que cuando el DAS 28 aumenta, la vitamina D disminuye, lo que representa una correlación significativa: $p < 0,05$. En el subgrupo sin EPI, el 50% estaba en remisión, el 42,86% en actividad baja y el 7,14% en actividad moderada, con valores de vitamina D de 32,2, 20,6 y 16 ng/mL respectivamente ($p > 0,05$). En el grupo con EPI, el 11,11% se encontraba en remisión, el 33,33% en actividad baja, el 33,33% en actividad moderada y 22,22% en actividad alta, con cifras de vitamina D de 26,7, 22,5, 14,6 y 23,3 ng/mL respectivamente ($p > 0,05$).

Figura 1. Correlación entre DAS28 y el valor de vitamina D en AR ($r = -0,416$, $p = 0,049$). Una correlación inversa y moderada indica que, cuando el DAS28 aumenta, la vitamina D tiende a disminuir, lo que representa una correlación significativa. (CG028)



Conclusiones: La deficiencia de vitamina D es muy frecuente en los pacientes con AR, por lo que existe una relación inversa entre la actividad de la enfermedad y las concentraciones séricas. Se ha observado que si disminuye el valor sérico de dicha vitamina, aumenta la actividad de la enfermedad, lo que es estadísticamente significativo, como en el estudio de Deng *et al.*, por lo que se investigó si esto se relacionaba con la presentación de la EPI; sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar esa relación, ya que este estudio fue unicéntrico y con un tamaño de muestra limitado.

Bibliografía

1. Sparks JA. Rheumatoid arthritis. *Ann Intern Med.* 2019 Jan 1;170(1):ITC1.
2. Deng M, Tang L, Huang D, *et al.* Vitamin D deficiency in connective tissue disease-associated interstitial lung disease Vitamin D deficiency in CTD-ILD/M. *Clin Exp Rheumatol.* 2018 Nov-Dec;36(6):1049-1055.

CG029

ANÁLISIS DE COSTO-EFICACIA DE UPADACITINIB VERSUS ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA ARTRITIS REUMATOIDE CON RESPUESTA INADECUADA A iTNF

K. Gómez-García¹, P.C. Taylor², A. Kadakia³, Y. Song⁴, S. Strengholt⁵, M. Fillbrunn⁵, A. Jiang⁴, M.H. Buch⁵

⁽¹⁾AbbVie Farmacéuticos, ⁽²⁾Universidad de Oxford, Departamento de Ortopedia de Nuffield, Oxford, Reino Unido, ⁽³⁾AbbVie Inc., North Chicago, Estados Unidos,

⁽⁴⁾Analysis Group, Inc., Boston, Estados Unidos, ⁽⁵⁾Universidad de Manchester y Centro de Investigación Biomédica del NIHR de Manchester, Manchester, Reino Unido

Introducción: El tratamiento de la AR tiene como objetivo la remisión, pero la baja actividad de la enfermedad (LDA) es un objetivo alternativo si la remisión es inalcanzable. Los metaanálisis previos y las evaluaciones económicas encontraron que el cambio de un tratamiento avanzado por un MoA diferente puede ser más efectivo y menos costoso que repetir ciclos de los iTNF en pacientes con AR. El upadacitinib (UPA) es un inhibidor JAK recientemente aprobado y su relación costo-eficacia como tratamiento avanzado de 2L después de interrumpir un iTNF, en comparación con otras modalidades terapéuticas, aún no se ha informado.

Objetivo: Determinar la relación costo-eficacia del UPA 2L en comparación con otras formas de tratamiento, incluidos el ciclo de iTNF o el cambio a otras modalidades avanzadas para AR, entre pacientes con AR activa que tuvieron una falla terapéutica con un iTNF.

Material y métodos: Se definieron cuatro estados por DAS28-PCR: remisión, LDA, actividad de la enfermedad moderada/alta y muerte. Después del iTNF de 1L, el modelo evaluó una gama de estrategias de tratamiento. Cada una comenzó con un tratamiento de interés (UPA, iTNF, BAR, TOF, TCZ, ABT y FLG) y fue seguida por TCZ RTX y mejores cuidados paliativos. Para la secuencia de TCZ se utilizó ABA como primer tratamiento de seguimiento. Los pacientes avanzaron al siguiente tratamiento después de entrar en el estado de actividad de la enfermedad moderada/alta en el tratamiento actual. Se calcularon los costos de adquisición y administración del medicamento, efectos adversos (EA), vigilancia y hospitalización. Las utilidades de los estados de salud se calcularon a partir de las puntuaciones del cuestionario de evaluación de la salud (HAQ). Se calculó el costo médico directo anual total, tras ponderar los costos del tratamiento basados en las cuotas de mercado actuales y multiplicarlos por un cálculo del número de pacientes en 2L con AR activa.

Resultados: La secuencia de tratamiento con UPA 2L fue efectiva en términos del costo respecto de las secuencias con ciclos de iTNF, BAR, TOF y FLG en un umbral de £30,000/AVAC, y dominante en comparación con las secuencias de TCZ y ABT (**Tabla 1** y **Figura 1**). En el análisis de sensibilidad, el UPA conservó una buena relación costo-eficacia respecto de todos los comparadores. Las ganancias de AVAC de la secuencia de tratamiento con UPA fueron impulsadas por el tiempo extendido en remisión al ser tratado con UPA (3,16 años *vs.* 0,72-2,16 años para el tratamiento con ciclos de iTNF u otras estrategias terapéuticas). Los costos de adquisición más altos para UPA impulsados principalmente por un tiempo más largo de tratamiento (£60,388 para UPA *vs.* £49 003-£59 184 para ciclos de iTNF y otras modalidades de tratamiento) fueron parcialmente compensados por los costos de administración más bajos (£3 849 para UPA *vs.* £4 772-£11 247 para ciclos de iTNF y otros tratamientos) y costos más bajos de EA, vigilancia y hospitalización debido a un tiempo más largo en remisión con UPA. Los costos anuales totales para el tratamiento 2L de AR en el Reino Unido fueron de £756 millones.

Conclusiones: En esta evaluación económica, cambiar a UPA después del iTNF 1L se acompañó de un AVAC más alto en comparación con los ciclos de iTNF y otras estrategias terapéuticas, y se encontró que tenía una buena relación costo-eficacia en comparación con otros tratamientos con base en un umbral típico de disposición a pagar de £30 000/AVAC en el Reino Unido.

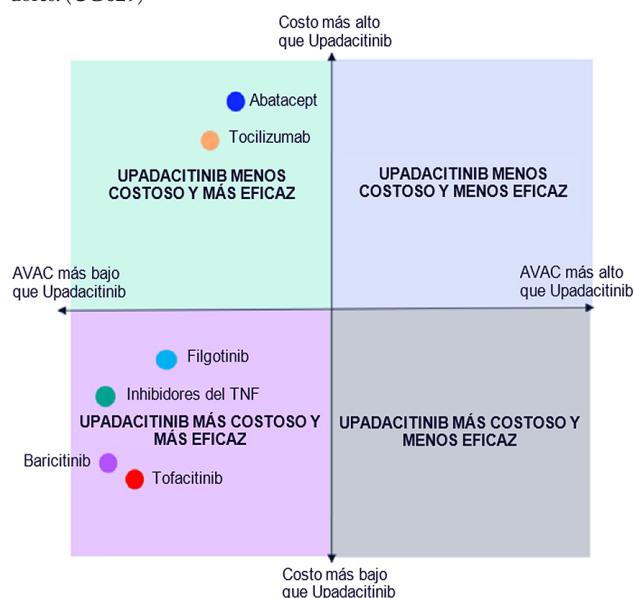
Bibliografía

1. Nikiphorou E. *Rheumatology.* (Oxford) 2020;59(6):127280.
2. Smolen JS. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(1):318.
3. Instituto para la Revisión Clínica y Económica. 2017.
4. Datos de archivo de AbbVie. SELECT-CHOICE.
5. Radner H. *J Rheumatol.* 2015;42(7):1099104.
6. Bansback N. *Eur J Health Econ.* 2004;5(2):1889.
7. Soliman MM. *Arthritis Care Res.* (Hoboken) 2012;64(8):110815.
8. D'Angelo S. *J Clin Med.* 2022;11(14).
9. Emery P. *Ann Rheum Dis.* 2008;67(11):151623.
10. Burmester GR. *Lancet.* 2013;381(9865):45160.

Tabla 1. Resultados de la relación costo-eficacia. (CG029)

Secuencia de tratamiento	Secuencia UPA	Secuencia TNF	Secuencia BAR	Secuencia TOF	Secuencia FLG	Secuencia TCZ	Secuencia ABT
Costos totales (GBP 2021)	£82559	£75085	£74550	£72894	£77667	£87046	£89046
AVAC totales	4,68	4,19	4,21	4,31	4,37	4,44	4,45
Costos incrementales por AVAC ganado		£15417	£17053	£26383	£16169	UPA es dominante	UPA es dominante

Figura 1. Plano de costo-eficacia incremental: upadacitinib vs. comparadores. (CG029)



de Narváez *et al.*, ≥ 5 puntos, y se solicitó tomografía pulmonar de alta resolución en búsqueda de EPID.

Resultados: Del 01/03/2024 al 13/09/2024 se identificó a 557 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, de los cuales 27 se clasificaron con riesgo para EPID según los criterios de Narváez: 19 calificados con riesgo medio y ocho con riesgo alto. Al momento se han realizado 14 TAC de alto resolución e identificado 5 (35%) de ellos con patrón tomográfico consistente a EPID: dos con patrón NINE, dos con patrón NIU y uno con patrón inespecífico. La edad promedio fue de 63,3 años, 25 sujetos eran mujeres y el tiempo de evolución de la AR fue de 17,6 años en promedio.

Tabla 1. Criterios de cribado para el riesgo alto de desarrollar EPI de Narváez *et al.* (CG030)

Criterios	Puntuación
Edad > 60 años	2 puntos
Varón	1 punto
AR > 5 años de diagnóstico	1 punto
Actividad moderada-alta (DAS28-VSG > 3,2) persistente con menos de 12 meses de diagnóstico o por lo menos 6 meses continuos	1 punto
AHF de enfermedad pulmonar intersticial	1 punto
FR positivo > 3 veces su LSN	1 punto
APCC positivo ≤ 3 veces su LSN	2 puntos
APCC positivo > 3 veces su LSN	3 puntos
IT ≤ 20 paquetes/año	2 puntos
IT > 20 paquetes/año	3 puntos

4 o menos puntos: bajo riesgo de EPID AR.
 5 a 6 puntos: riesgo intermedio de EPID AR.
 7 o más puntos: riesgo alto de EPID AR.

AHF, antecedente heredo-familiar; APCC, antipéptido cíclico citrulinado; AR, artritis reumatoide; FR, factor reumatoide; IT, índice tabáquico; LSN, límite superior normal.

Conclusiones: Se identificó que 35% de los pacientes con AR tenía alto riesgo de EPID, según los criterios de Narváez, en los resultados preliminares, por lo que se considera útil buscar de manera intencionada a pacientes con AR y factores de riesgo para desarrollar EPID con el fin de modificar el tratamiento de forma temprana y con ello disminuir la evolución a EPID fibrosante.

Bibliografía

- Narváez J, Aburto M, Seoane-Mato D, *et al.* Criterios de cribado de la enfermedad pulmonar intersticial difusa asociada a la artritis reumatoide: propuesta de expertos basada en metodología Delphi. *Reumatol Clin.* 2023;19(2):74-81. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2021.12.006>.
- Qiu M, Jiang J, Nian X, *et al.* Factors associated with mortality in rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: a systematic review and meta-analysis. *Respiratory Research.* 2021;22(1):264. <https://doi.org/10.1186/s12931-021-01856-z>.

CG031

ANTICUERPOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

K. Chacón-Abril, N. Ruiz-Gómez, V. Lira-Boussart, A. Muñoz-Suárez, M. Mejía-Ávila, E. Ramos-Martínez, J. Rojas-Serrano

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

CG030

DETECCIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M.A. Gallegos-Becerra, M. Pérez-Cristóbal, M. Portela-Hernández
 UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica y sistémica que puede causar afectación pulmonar, la denominada enfermedad pulmonar intersticial (EPID). Esta afecta la calidad de vida e incrementa la mortalidad y es actualmente la segunda causa de muerte en pacientes con AR, por lo que es de relevancia identificar al paciente con alto riesgo de desarrollarla. La EPID tiene un diagnóstico difícil en etapas iniciales; la prueba diagnóstica más adecuada es la tomografía de alta resolución (TACAR). Se han propuesto escalas de riesgo con la finalidad de justificar la realización de la TACAR para identificar EPID. Se realizó un estudio transversal analítico en el departamento de reumatología mediante una escala de riesgo descrita por Narváez *et al.*, quienes propusieron una serie de criterios para evaluar el riesgo de desarrollar EPID.

Objetivo: Detectar en fase temprana enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con artritis reumatoide asintomáticos, en el plano respiratorio, con factores de riesgo alto para desarrollar EPID.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes mayores de 18 años que cumplieron criterios de clasificación para artritis reumatoide de la ACR 2010 y sin diagnóstico previo de enfermedad pulmonar intersticial o afectación pulmonar de cualquier otro tipo que estuvieran en seguimiento de la consulta externa del servicio de reumatología del Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez del CMN Siglo XXI. Se identificó por cuestionario durante la entrevista a aquellos pacientes con una puntuación de alto de riesgo para enfermedad pulmonar intersticial, según los criterios

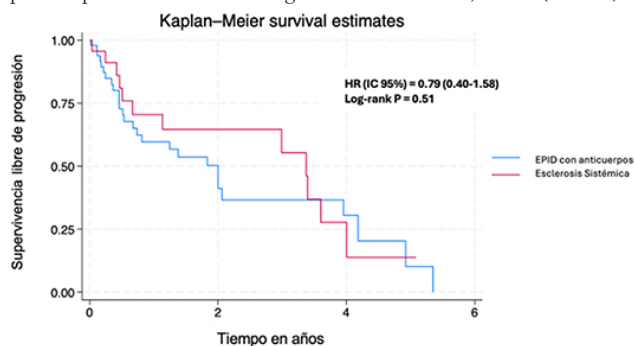
Introducción: Todo paciente con enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) debe evaluarse para enfermedad autoinmunitaria, ya que esto tiene implicaciones en el pronóstico y el tratamiento. Sin embargo, un número considerable de pacientes con EPID y datos de autoinmunidad no cumple criterios de clasificación para una enfermedad autoinmunitaria bien definida. Por otra parte, ahora es factible valorar anticuerpos de esclerosis sistémica (ES), como anti-Th/To, antifibrilina, anti-Nor90 y anti-RNA polimerasa III.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas y pulmonares, además de determinar la mortalidad e incidencia de la enfermedad pulmonar fibrosante progresiva (EPFP), en una cohorte de sujetos con EPID y positivos a anticuerpos de ES.

Material y métodos: Estudio de cohorte en la que se incluyó a individuos con EPID diagnosticada por TACAR o biopsia, y positivos a algún anticuerpo de ES (antitopoisomerasa I, anticentrómero, anti-RNA polimerasa III, anti-Nor90, anti-Th/To, antifibrilina, anti-Pm/Scl, anti-Ku y anti-Ro52, inmunoblot, intensidad ≥ 15). Un equipo multidisciplinario conformado por neumólogos y reumatólogos atendió a los pacientes. Todos fueron objeto de dos pruebas de función respiratoria por año (espirometría y DLCO) o según fuera su evolución clínica. Se evaluó la extensión de la fibrosis e inflamación en la TACAR basal con la puntuación de Goh. Los pacientes recibieron tratamiento de acuerdo con el criterio del médico a cargo con inmunosupresores o antifibrosantes. Para el análisis de supervivencia se usó un desenlace compuesto: muerte o progresión (caída de la FVC5% o DLCO >10%). El estudio recibió aprobación del comité de ética local (C07-23).

Resultados: Se incluyó a 80 sujetos, el 76% de mujeres con edad media de $62,8 \pm 11,5$ años. El patrón tomográfico más frecuente fue la neumonía intersticial no específica (NINE). Solo el 32,5% cumplió con criterios de clasificación para ES ACR/EULAR 2013; la mayoría (43,2%) cumplió criterios de IPAF ATS/ERS 2015. El 55% tuvo un comportamiento de enfermedad pulmonar fibrosante progresiva (EPFP). Si bien existieron claras diferencias en las manifestaciones clínicas de los individuos que cumplieron criterios de clasificación para ES respecto de los que no (Tabla 1), las manifestaciones pulmonares fueron las mismas en ambos grupos, tanto en el patrón tomográfico, la extensión del vidrio despolido y la fibrosis, la prevalencia de la dilatación esofágica y las pruebas de función respiratoria (Tabla 1). Ambos grupos tuvieron el mismo riesgo de desarrollar EPFP (HR [IC95%] = 0,79 [0,40-1,58] log-rank; p = 0,51) (Figura 1).

Figura 1. Curva de Kaplan-Meier: tiempo hasta la progresión definido como muerte o comportamiento fibrosante progresivo (pérdida absoluta $\geq 5\%$ FVC del predicho o $\geq 10\%$ DLCO del predicho) en pacientes que cumplen criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 o EPID con anticuerpos para ES positivos. Mediana de seguimiento de 283 días, n = 72. (CG031)



Conclusiones: Los pacientes con EPID positivos a anticuerpos de ES tienen las mismas manifestaciones pulmonares y el mismo pronóstico al margen de que cumplan o no criterios de clasificación para ES ACR/EULAR 2013. La presencia de anticuerpos de ES en el contexto de IPAF debe considerarse como un estrato similar a ES.

Bibliografía

- Navaratnam V, Ali N, Smith CJP, et al. Does the presence of connective tissue disease modify survival in patients with pulmonary fibrosis? *Respir Med.* 2011 Dec;105(12):1925-30.
- Perelas A, Silver RM, Arrossi AV, et al. Systemic sclerosis-associated interstitial lung disease. *Lancet Respir Med.* 2020 Mar;8(3):304-20.

Tabla 1. Descripción de los pacientes incluidos en la cohorte de acuerdo con los criterios de clasificación para esclerosis sistémica ACR/EULAR 2013. (CG031)

Variable	Esclerosis sistémica n = 26	Anticuerpos para esclerosis sistémica positivos n = 54	p
Mujeres	20 (76,92)	41 (75,93)	0,92
Edad (media \pm DS)	59,61 (10,06)	64,35 (11,97)	0,08
Anticuerpos positivos dentro de la cohorte (%)			
ANA	23 (88,46)	36 (66,67)	0,038
Antitopoisomerasa I	8 (30,77)	3 (5,56)	0,002
Anticentrómero A	4 (15,38)	7 (12,96)	0,76
Anticentrómero B	5 (19,23)	6 (11,11)	0,32
Anti-ARN pol III-11 kDa	3 (11,54)	13 (24,07)	0,18
Anti-ARN pol III-155 kDa	4 (15,38)	16 (29,63)	0,16
Anti-PM/SCL75	1 (3,85)	6 (11,11)	0,28
Anti-PM/SCL100	1 (3,85)	3 (5,56)	0,74
Anti-U3RNP	2 (7,69)	5 (9,26)	0,81
Anti-Nor 90	5 (19,23)	9 (16,67)	0,77
Anti Th/To	5 (19,23)	16 (29,63)	0,32
Anti-Ro52	6 (23,08)	9 (16,67)	0,49
Anti-Ku	3 (11,54)	9 (16,67)	0,54
Patrón tomográfico			
Neumonía intersticial no específica	24 (92,31)	45 (83,33)	0,27
Neumonía intersticial común	2 (7,69)	9 (16,67)	
Puntuación de Goh por TACAR, %			
Extensión de la enfermedad pulmonar (media \pm DS)	62,42 \pm 25,35	70,03 \pm 18,45	0,13
Extensión del vidrio despolido (media \pm DS)	56,87 \pm 20,35	59,33 \pm 14,30	0,53
Extensión de la fibrosis (media \pm DS)	16,14 \pm 12,51	15,18 \pm 10,13	0,71
Dilatación del esófago	19 (73,08)	40 (74,07)	0,92
Diámetro mayor del esófago, mm (media \pm DS)	19,72 \pm 9,05	14,30 \pm 6,7	0,01
Dilatación de la arteria pulmonar	12 (46,15)	18 (33,33)	0,26
Relación aorta/pulmonar (media \pm DS)	1,17 \pm 0,12	1,15 \pm 0,15	0,70
Pruebas de función respiratoria			
% Capacidad vital forzada esperada (media \pm DS)	65,87 \pm 18,87	64,54 \pm 25,27	0,72
% Difusión monóxido de carbono esperada (media \pm DS)	44,06 \pm 6,09	48,90 \pm 25,60	0,32
Antecedentes y manifestaciones clínicas			
Tabaquismo	10 (38,36)	16 (29,63)	0,62
Disnea	21 (80,77)	43 (79,63)	0,90
Tos	20 (76,92)	41 (75,93)	0,92
Fenómeno de Raynaud	20 (76,92)	5 (9,26)	< 0,05
Artritis	6 (23,08)	12 (22,22)	0,93
Edema de dedos	8 (30,77)	2 (3,70)	0,001
Esclerodactilia	15 (57,69)	2 (3,70)	< 0,05
Telangiectasias	20 (76,92)	28 (51,85)	0,03
Úlceras digitales	5 (19,23)	1 (1,89)	0,006
Síndrome seco (xerostomía/xeroftalmía)	20 (76,92)	33 (61,11)	0,16
Reflujo gastroesofágico	9 (34,62)	18 (33,33)	0,91
Acropaquias	12 (46,15)	21 (38,89)	0,53

CG032

ASOCIACIÓN DEL PATRÓN CAPILAROSCÓPICO DEL PLIEGUE UNGUEAL AL RIESGO DE PRESENTAR ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

L.D. Fajardo-Hermosillo, M.K.L. López-Ramírez
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una entidad compleja caracterizada por autoinmunidad, fibrosis, inflamación y microangiopatía. Esta última característica se ha evaluado en fecha reciente por videocapilaroscopia del pliegue ungueal (VCPU). La VCPU es un método no invasivo que valora la microcirculación de las arteriolas digitales en pacientes con ES y es útil para diagnosticar y valorar la afección orgánica. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una de las causas de mayor mortalidad y discapacidad en pacientes con ES. La disminución de los capilares y su deformidad se han encontrado como características vinculadas con la EPI en diversos estudios. Cutolo *et al.* han descrito tres patrones capilaroscópicos: temprano (pCT), activo (pCA) y tardío (pCT), según sean el grado de disminución y la deformidad de capilares, así como la presencia de hemorragias. El pCA y pCT se han informado más relacionados con EPI en la población europea. En contraste, en la población argentina con ES, el pCT se ha observado más vinculado con EPI. Existe un vacío de información en la población mexicana. Debido a la gran variabilidad de las manifestaciones de ES por grupo étnico y situación geográfica, ¿podría existir una variación en esta población de estas relaciones?

Objetivo: Determinar el riesgo de relación de los patrones capilaroscópicos del pliegue ungueal con la EPI en población mexicana con ES.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyó a pacientes que reunieron criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 para ES > 18 años de enero del 2020 a junio del 2024. La VCPU se realizó con el videocapilaroscopia MEDL4N5, Dino-lite 500 x. Los patrones capilaroscópicos se clasificaron según Cutolo en pCT, pCA y pCT. La EPI se definió por síntomas clínicos, capacidad vital forzada (CVF) < 70% y > 10% de área pulmonar afectada en tomografía. Se exploró la vinculación de variables demográficas, clínicas como el índice de actividad EUSTAR (*European scleroderma Trial and Research*) y anticuerpos con los patrones capilaroscópicos. Se analizó la distribución de las variables en el análisis univariado. En el análisis bivariado se compararon las variables en los grupos de estudio con pruebas de ji cuadrada y se calcularon riesgos por razón de momios (RM) e intervalos de confianza al 95% (IC95%). Posteriormente se llevó a cabo un análisis de regresión logística múltiple (ARLM) ajustado. Todas las pruebas estadísticas se condujeron a un nivel < 5% de significancia.

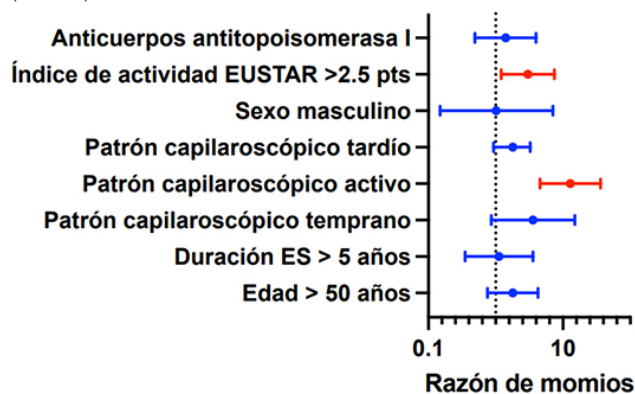
Resultados: De 180 pacientes con ES, 55 (30,6%) registraron un pCT, 60 (33,3%) pCA y 65 (36,1%) pCT; 71 pacientes (39,4%) tenían EPI. El pCT se relacionó con la variedad sin esclerodermia ($p \leq 0,003$) y el pCT se observó más comúnmente con la variedad limitada ($p \leq 0,002$). En cambio, el pCA mostró una vinculación más frecuente con la variedad difusa, la actividad de ES, la presencia los anticuerpos antitopoisomerasa I y EPI ($p \leq 0,010$). En el ARLM, después de ajustar por edad, género, duración, variedad, anticuerpos y actividad de ES, solo el patrón capilaroscópico activo con RM de 12,87 (IC95%, 4,55-36,4) y la actividad de la enfermedad con RM de 3,01 (IC95%, 1,21-7,44) persistieron significativamente relacionados con la EPI (**Figura 1**).

Conclusiones: El pCA se vincula con actividad de ES y un mayor riesgo de EPI en la población mexicana. Estos hallazgos deben confirmarse en estudios longitudinales y con una metodología VCPU cuantitativa.

Bibliografía

- Volkman ER, Andréasson K, Smith V. Systemic sclerosis. *Lancet*. 2023 Jan 28;401(10373):304-318.
- Smith V, Vanhaecke A, Guerra MG, *et al.* May capillaroscopy be a candidate tool in future algorithms for SSC-ILD: Are we looking for the holy grail A systematic review. *Autoimmun Rev*. 2020 Sep;19(9):102619.
- Mismetti V, Si-Mohamed S, Cottin V. Interstitial lung disease associated with systemic sclerosis. *Semin Respir Crit Care Med*. 2024 Jun;45(3):342-364.
- Smith V, Decuman S, Sulli A, *et al.* Do worsening scleroderma capillaroscopic patterns predict future severe organ involvement? A pilot study. *Ann Rheum Dis*. 2012 Oct;71(10):1636-9.
- Cutolo M, Sulli A, Pizzorni C, *et al.* Nailfold videocapillaroscopy assessment of microvascular damage in systemic sclerosis. *J Rheumatol*. 2000 Jan;27(1):155-60.
- Marino CL, Knobel E, Takashima L, *et al.* Organ involvement in Argentinian systemic sclerosis patients with "late" pattern as compared to patients with "early/active" pattern by nailfold capillaroscopy. *Clin Rheumatol*. 2013 Jun;32(6):839-43.

Figura 1. Gráfica de bosque que muestra la razón de momios de los patrones capilaroscópicos (activo, temprano y tardío) en relación con la enfermedad pulmonar intersticial en la esclerosis sistémica en el análisis de regresión logística múltiple ajustado por edad, género, duración, anticuerpos y actividad de la enfermedad. ES, esclerosis sistémica; EUSTAR, *European Scleroderma Trial and Research*; R² de Nagelkerke, 0,528. (CG032)



CG033

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-P RIBOSOMAL EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO DE PACIENTES CON LUPUS NEUROPSIQUIÁTRICO DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

M. Sandino-Bermúdez, E. Cimé-Aké, J. Campos-Guzmán, E. Briones-García, E. Godínez-Lazarini, C. Núñez-Álvarez, H. Frago-Loyola
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El lupus neuropsiquiátrico (LESNP) representa un reto diagnóstico.

Objetivo: Evaluar la utilidad diagnóstica de los anticuerpos anti-P ribosomal en líquido cefalorraquídeo (LCR) para el diagnóstico de LESNP con manifestaciones difusas del sistema nervioso central (SNC).

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado entre 2017 y 2024 que incluyó a pacientes con manifestaciones centrales difusas del SNC, que tuvieron determinación de valores de anticuerpos anti-P ribosomal en LCR. De acuerdo con el diagnóstico final, se clasificaron en tres grupos: LESNP (grupo 1), LES sin manifestaciones neuropsiquiátricas LESnoNP (grupo 2) y pacientes con enfermedad neuropsiquiátrica no autoinmunitaria (grupo 3). Los pacientes con lupus cumplieron criterios de clasificación ACR/EULAR 2019 y las manifestaciones NP en el grupo LESNP se clasificaron de acuerdo con la nomenclatura ACR 1999. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y serológicas. La actividad de la enfermedad y el daño acumulado en pacientes con LES se evaluó con SLEDAI-2K y SLICC/DI. Los anticuerpos anti-P ribosomal en suero y LCR se cuantificaron por ELISA. El punto de corte óptimo de anticuerpos para el diagnóstico de LESNP se determinó según el índice de Youden (**Tabla 1**).

Resultados: Se incluyó a 69 pacientes (grupo 1 = 17, grupo 2 = 30, grupo 3 = 22). El grupo 1 incluyó seis crisis epilépticas, tres estados confusionales agudos, tres psicosis, tres mielopatías y dos cefaleas. El grupo 1 registró una puntuación SLEDAI-2K significativamente mayor en comparación con el grupo 2 (16 vs. 4, $p < 0,001$). En suero, los pacientes del grupo 1 tuvieron cifras de anti-DNAc y anti-P ribosomal más elevadas, en comparación con los otros grupos (anti-DNAc 448 IU/mL vs. 51,70 IU/mL vs. 3,70 IU/mL, $p = 0,001$) y anti-P ribosomal (186,6 U/mL vs. 5,5 U/mL vs. 5,45 U/mL, $p = 0,028$), respectivamente. Además, el grupo 1 mostró valores más bajos de complemento (C3 50 mg/dL vs. 82 mg/dL vs. 130 mg/dL, $p < 0,001$; C4 10 mg/dL vs. 12 mg/dL vs. 32 mg/dL, $p = 0,002$). En LCR, los pacientes del grupo 1 tuvieron cifras más

elevadas de anti-DNAc (561 IU/mL vs. 13,5 IU/mL vs. 6,7 IU/mL, $p = 0,013$) y anti-P ribosomal (7,1 U/mL vs. 5,45 U/mL vs. 4,90 U/mL, $p = 0,008$) en comparación con los otros grupos. El anti-P ribosomal en LCR > 6,4 U/ml (AUC = 0,702, sensibilidad = 71,4%, especificidad = 76,6%, IY = 0,413), así como la relación LCR/suero de anti-P ribosomal > 1,1 (AUC = 0,375, sensibilidad = 50%, especificidad = 100%, IY = 0,500) fueron útiles para el diagnóstico de LESNP con manifestaciones difusas (Tabla 1).

Conclusiones: Los valores en LCR de anti-P ribosomal y la relación LCR/suero de anti-P ribosomal podrán ser útiles para identificar LESNP con manifestaciones difusas del SNC.

Tabla 1. Rendimiento diagnóstico de los anticuerpos anti-P ribosomal en LCR para el diagnóstico de LESNP con manifestaciones difusas de SNC. (CG033)

Variable	Anticuerpos anti-P ribosomales en LCR > 6,4 U/mL	Relación LCR/suero de anticuerpos anti-P ribosomales > 1,1
Sensibilidad	71,4 (42,0-87,4)	50,0 (26,2-73,8)
Especificidad	76,6 (56,5-96,7)	100,0 (100-100)
VPP	50,0 (26,2-73,8)	33,3 (10,9-55,7)
VPN	85,7 (69,1-102,3)	85,7 (69,1-102,3)
Índice Youden	0,413	0,500
LR+	2,76	NA
LR-	0,46	0,5

CG034

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

G. Medina-García¹, J.M. Hernández-Morales¹, R. Peña-Rivas², I.A. Bencourt-Reyes³, N.F. Fernández-Figueroa¹, L.V. Mayor-Villeda³

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽²⁾Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (Pediatria), ⁽³⁾Conduit Life

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) se caracteriza por episodios tromboticos recurrentes en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos. El tromboembolismo pulmonar, con incidencia del 14,1%, es una de sus manifestaciones más comunes. La detección temprana de alteraciones en las pruebas de función pulmonar (PFP) puede servir como indicador de afectación pulmonar.

Objetivo: Describir las características de las pruebas de función pulmonar (PFP) y alteraciones radiológicas en pacientes con síndrome antifosfolípido.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo en pacientes con diagnóstico de SAF en un centro de tercer nivel. Se llevaron a cabo pruebas de función pulmonar que incluyeron espirometría, pletismografía y medición de la capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO), además de la evaluación de telerradiografías de tórax, interpretadas por una neumóloga experta. Para el análisis de los datos se emplearon métodos de estadística descriptiva.

Resultados: Se analizó a 46 pacientes, 73,9% de mujeres y 26,1% de hombres. La media de edad fue de 52,61 años \pm 12,07 años, con un intervalo de 24 a 77 años. La media del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 18,73 años \pm 8,5 años. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (30,4%), seguida del hipotiroidismo (28,3%) y sobrepeso/obesidad (23,9%). En cuanto a antecedentes pulmonares, el 32,6% había experimentado tromboembolia pulmonar (TEP), con dos pacientes que sufrieron dos episodios y uno que experimentó cinco episodios de TEP. El 13% tenía diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar y el 2,2% de hiperreactividad bronquial. El 26,1% tenía antecedente de tabaquismo y el 4,3% se había expuesto al humo de leña. Respecto del patrón radiográfico, se identificó un patrón intersticial en el 21,7% de los pacientes y el resto normal. El 37% no pudo realizar la prueba DLCO por dificultad técnica

de los pacientes, el 47,8% registró un patrón normal y el 15,2% mostró una capacidad de difusión de monóxido de carbono disminuida. En la pletismografía, el 56,5% tuvo un patrón normal, el 34,8% patrón restrictivo leve y el 8,7% patrón restrictivo moderado. La espirometría reveló un patrón normal en 91,3% de los pacientes y uno restrictivo en 8,7%. En términos globales, el 48,9% de los pacientes mostró al menos una prueba de función pulmonar alterada.

Conclusiones: En este estudio, la prueba que registró mayor alteración fue la pletismografía en una tercera parte de los pacientes, con un patrón restrictivo leve. Aunque las alteraciones de la función pulmonar tienen una frecuencia moderada, la mayoría se presenta en pacientes asintomáticos pulmonares. Por lo tanto, se recomienda realizar estas pruebas de manera periódica como parte del seguimiento clínico para identificar y tratar oportunamente cualquier afectación pulmonar.

Bibliografía

- Stojanovich L. Pulmonary manifestations in antiphospholipid syndrome. *Autoimmun Rev* [Internet]. 2006;5(5):344-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1568997206000206>.
- Shi M, Gao W, Jin Y, *et al.* Antiphospholipid syndrome-related pulmonary embolism: Clinical characteristics and early recognition. *Front Cardiovasc Med* [Internet]. 2022;9: 872523. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fcvm.2022.872523>.
- Espinosa G, Cervera R, Font J. The lung in the antiphospholipid syndrome. *Annals of Rheumatic Diseases* [Internet]. 2002; (61):195-198. Disponible en: <https://ard.bmj.com/content/61/3/195>.
- Pazarli AC, Yakar Hi, Inonu K, *et al.* Evaluation of pulmonary involvement in systemic rheumatic diseases with high resolution computed tomography and pulmonary function test: A single-center experience. *Tuberk Toraks* [Internet]. 2021;69(2):125-132. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34256502/>.

CG035

ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO CON ACTIVIDAD DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES MEXICANOS

E.J. Arzola-Rentería, L. Andrade-Ortega, F. Irazoque-Palazuelos, A. Kammar-García

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por una respuesta inmunitaria anómala, con una extensa gama de manifestaciones clínicas. Con respecto a las causas, existe una vinculación entre factores genéticos, ambientales y hormonales y una evolución diferente de acuerdo con el grupo étnico. Las publicaciones internacionales han demostrado que el índice neutrófilo/linfocito (INL) puede utilizarse para evaluar la actividad, gravedad y pronóstico en los pacientes con LES. Sin embargo, los individuos latinos tienen un comportamiento clínico diferente y nunca se ha evaluado el uso de este índice en población mexicana.

Objetivo: Determinar la relación del INL con actividad de LES en una cohorte de pacientes mexicanos.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal ambileectivo; la muestra se obtuvo de todos los expedientes clínicos de pacientes con LES atendidos en la consulta de reumatología de un hospital de tercer nivel. Se definió actividad mediante un SLEDAI > 4 en tres momentos (basal, 52 y 104 semanas) con cálculo del INL en cada momento. Para la comparación del INL en las tres mediciones se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis; para la comparación del INL entre pacientes con y sin actividad se aplicó la prueba ANOVA de dos vías (actividad y tiempo) y prueba de Bonferroni para identificar las diferencias. Se calcularon curvas ROC del INL y su AUC (área bajo la curva) para conocer la relación con actividad; se obtuvieron puntos de corte óptimos sugeridos por la curva ROC (sensibilidad > 0,7). Por último, para determinar el grado de relación, se efectuó análisis de regresión logística univariada, con resultados presentados como coeficiente

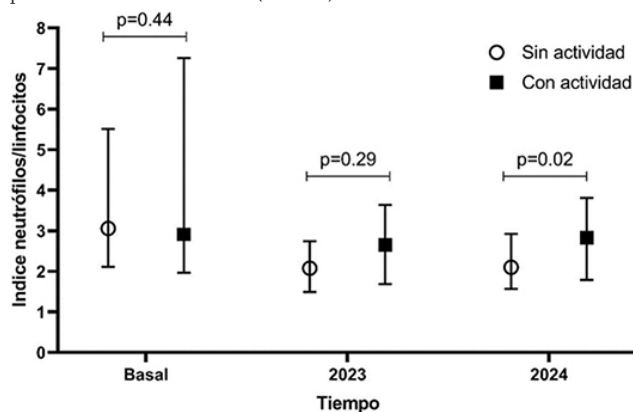
B, OR IC95% y valor de p. Las variables cuantitativas se presentaron como mediana y rango intercuartílico, con prueba U de Mann-Whitney para su comparación; las cualitativas, como frecuencia y porcentaje, comparadas mediante ji cuadrada o prueba exacta de Fisher. Todos los análisis se realizaron en el software SPSS v21.

Resultados: Se incluyó a 290 pacientes, 259 (89,3%) mujeres con edad media de 51; el tiempo de evolución promedio fue de 2,9 años. A la medición basal, 147 pacientes (50,6%) se encontraban activos, su INL fue de 2,91 y 3,06 en pacientes inactivos, y el AUC fue de 0,52 (IC 0,44-0,59, $p = 0,83$). A las 52 semanas, 121 de estos pacientes continuaban activos, con un INL de 2,65 y 2,08 en inactivos, y el AUC fue de 0,64 (IC 0,48-0,80, $p = 0,13$). Finalmente, el INL en 124 pacientes activos a las 104 semanas fue de 2,83 respecto de los inactivos en 2,1 con un AUC de 0,71 (IC 0,53-0,68, $p = 0,008$) (Tabla 1). El coeficiente B del INL a las 104 semanas fue de 0,17 para determinar actividad con un OR 1,18 (1,03-1,35, $p = 0,02$) (Figura 1).

Tabla 1. Valores del AUC y el punto de corte recomendado por la curva ROC. (CG035)

	Actividad de la enfermedad				
	AUC (IC95%)	p	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
INL inicial	0,52 (0,44-0,59)	0,62	2,00	0,71	0,77
INL 52 sem	0,64 (0,48-0,80)	0,13	2,00	0,73	0,53
INL 104 sem	0,71 (0,53-0,68)	0,008	1,90	0,71	0,60

Figura 1. Distribución del INL inicial y a las 52 y 104 semanas entre pacientes activos e inactivos. (CG035)



Conclusiones: En este estudio, el AUC del INL inicial y a las 52 semanas no alcanzaron el punto de corte establecido para discernir actividad, a diferencia de la medición a las 104 semanas en la que pudo establecerse un INL de 1,9 como punto de corte, con sensibilidad de 0,71 y especificidad de 0,6 (IC 0,53-0,68, $p = 0,008$). Este valor es similar al encontrado en otros estudios (1,8 a 2,4). Pese a este último hallazgo, y a diferencia de lo notificado en otros trabajos, en esta población el uso del INL no tuvo buen rendimiento diagnóstico para valorar la actividad.

Bibliografía

- Lisnevskaja L, Murphy G. Systemic lupus erythematosus. *Lancet*. 2014;384:1878-88.
- González LA, Toloza SMA, McGwin G, *et al*. Ethnicity in systemic lupus erythematosus (SLE): its influence on susceptibility and outcomes. *Lupus*. 2013;22:1214-1224.
- Jianlin Y, Tingting Z. Neutrophil-to-lymphocyte ratio and neutrophil-to-lymphocyte ratio were associated with disease activity in patients with systemic lupus erythematosus. *J Clin Lab Anal*. 2019 Jan;33(1).
- Zahorec R. Neutrophil-to-lymphocyte ratio, past, present and future perspectives. *Bratisl Lek Listy*. 2021;122(7):474-488.
- Buonacera A, Stancanelli B, Colaci M, *et al*. Neutrophil to lymphocyte ratio: an emerging marker of the relationships between the immune system and diseases. *Int J Mol Sci*. 2022 Mar 26;23(7):3636.

CG036

EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO INCREMENTA EL RIESGO DE PÉRDIDA FETAL TEMPRANA EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

M.A. Saavedra-Salinas, A.A. Sánchez-Cruz, D. Miranda-Hernández, A. Sánchez-González, M. Arrucha-Cozaya, J.M. Hernández-Morales

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Las complicaciones obstétricas son una característica distintiva de las pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) y el lupus eritematoso sistémico (LES) relacionado puede modificar su desenlace y respuesta al tratamiento.

Objetivo: Comparar la evolución maternofoetal/neonatal en pacientes con SAF primario frente a aquellas con SAF vinculado con LES e identificar posibles factores de riesgo para las complicaciones obstétricas encontradas.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles que incluyó a pacientes embarazadas con SAF (criterios de Sidney 2006) y SAF relacionado con LES (criterios ACR 1997) atendidas en un centro médico nacional de referencia desde 2009 hasta 2022. Se registraron los resultados adversos maternofoetales/neonatales convencionales de acuerdo con definiciones internacionalmente aceptadas. Se analizaron variables demográficas, clínicas, serológicas e inmunológicas potencialmente vinculadas con estas complicaciones. Además, se registraron los tratamientos utilizados al momento de la concepción y durante el embarazo. Se realizó estadística descriptiva, bivariada y análisis de regresión logística binaria pertinente de acuerdo con el comportamiento de las variables de interés.

Resultados: Se incluyeron 117 embarazos, 62 afectados por SAF primario y 55 por SAF vinculado con LES. Las pacientes de ambos grupos tenían características clínicas y demográficas basales similares (Tabla 1). De las pacientes con SAF primario, 19 (30,1%) tenían manifestaciones distintas de los criterios (trombocitopenia). De las pacientes con LES, 30,9% tenía nefritis lúpica y 11,3% manifestaba actividad de la enfermedad antes del embarazo. En los desenlaces fetales/neonatales estudiados se observó una mayor tasa de pérdidas fetales tempranas (≤ 10 SDG) en las pacientes con SAF en relación con LES en comparación con aquellas con SAF primario (20% vs. 1,6%, $p = 0,001$) (Tabla 1). No se observaron diferencias en los desenlaces maternos adversos, excepto un mayor número de cesáreas en pacientes con SAF primario. Las pacientes con SAF relacionado con LES tuvieron una mayor frecuencia de aCL IgM, anticuerpos anti-DNA, anti-Ro e hipocomplementemia respecto de las mujeres con SAF primario. De igual manera, una mayor proporción de ellas utilizó prednisona (61,8% vs. 21%, $p < 0,001$), antipalúdicos (78,2% vs. 24,2%, $p < 0,001$) y azatioprina durante la gestación (54,5% vs. 8,1%, $p < 0,001$). La mayoría de las pacientes se trató con ácido acetilsalicílico (85,5% vs. 78,2%, $p = 0,304$) o heparina (87,1% vs. 78,2%, $p = 0,201$) durante el embarazo. La comparación de los embarazos que terminaron en pérdida fetal temprana con aquellos que no mostró una mayor frecuencia de SAF trombótico (91,7% vs. 53,3%, $p = 0,01$), trombosis múltiple (41,7% vs. 14,3%, $p = 0,01$), trombosis venosa (83,3% vs. 44,8%, $p = 0,01$), LES (91,7% vs. 41,9%, $p = 0,001$), uso de antipalúdico en el embarazo (91,7% vs. 44,8%, $p = 0,02$) y AL positivo (100% vs. 72,4%, $p = 0,03$). El análisis multivariado mostró que el LES (OR 17,3, IC95% 1,22-246,0) permaneció como el único factor de riesgo independiente para pérdida fetal temprana. Las limitaciones de este estudio incluyen el tamaño de la muestra y determinación incompleta de anticuerpos anti- $\beta 2$ GP-1 en todas las pacientes.

Conclusiones: El LES es un factor de riesgo independiente para pérdida fetal temprana en pacientes con SAF. El tratamiento convencional no parece ser suficiente para prevenir esta complicación por lo que nuevas opciones deben explorarse.

Bibliografía

- D'Ippolito S, Barbaro G, Paciullo C, *et al*. Antiphospholipid syndrome in pregnancy: New and old pathogenetic mechanisms. *Int J Mol Sci*. 2023;24:3195. doi: 10.3390/ijms24043195.

2. Cervera R, Serrano R, Pons-Estel GJ, *et al.*, Euro-Phospholipid Project Group. (European Forum on Antiphospholipid Antibodies). Morbidity and mortality in the antiphospholipid syndrome during a 10-year period: a multicentre prospective study of 1000 patients. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:1011-8. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204838.

Tabla 1. Comparación de las características clínicas, demográficas, inmunológicas y desenlaces materno-fetales/neonatales en ambos grupos. (CG036)

	SAF primario (n = 62)	SAF + LES (n = 55)	p
Edad, μ (DE)	29,1 ± 4,7	28,6 ± 5,3	0,626
Tiempo de evolución, μ (DE)	72,6 ± 54	87,3 ± 60,7	0,171
Primigesta, n (%)	6 (9,7)	11 (20)	0,114
Embarazos previos, mediana (RIQ)	2 (1-3)	2 (1-3)	0,267
SAF obstétrico, n (%)	44 (71)	33 (60)	0,212
SAF trombótico, n (%)	33 (52,7)	34 (61,8)	0,348
SAF ambos, n (%)	16 (25,8)	12 (21,8)	0,614
Trombosis arterial, n (%)	8 (12,9)	5 (9,1)	0,513
Trombosis venosa, n (%)	27 (43,5)	30 (54,5)	0,235
Número de trombosis, mediana (RIQ)	1 (1-2)	1 (1-2)	0,804
Trombosis recurrente (> 1), n (%)	11 (17,7)	9 (16,4)	0,843
ACL IgG/IgM, n (%)	50 (80,6)	46 (83,6)	0,674
ACL IgG, n (%)	43 (69,4)	27 (49,1)	0,026
ACL IgM, n (%)	21 (33,9)	35 (63,6)	0,001
AL, n (%)	46 (74,2)	42 (46,4)	0,786
Anti-β2 IgG/IgM, n (%)	20/21 (95,2)	11/12 (91,7)	0,679
β2 IgG, n (%)	14/18 (77,8)	8/10 (80)	0,891
β2 IgM, n (%)	6/18 (33,3)	3/10 (70)	0,856
ACL+ AL, n (%)	25 (43,9)	22 (40)	0,679
ACL+ β2, n (%)	4/19 (21,1)	2/11 (18,1)	0,850
AL+ β2, n (%)	1/19 (5,3%)	0/11 (0)	0,599
1 AFL, n (%)	21 (33,9)	22 (40)	0,493
2 AFL, n (%)	30 (48,4)	25 (45,5)	0,751
3 AFL, n (%)	12/23 (52,2)	9/12 (75)	0,191
DNA, n (%)	2/44 (4,5)	16/49 (32,7)	0,001
C3, μ (DE)	113,3 ± 30	92,4 ± 25,6	0,001
C4, μ (DE)	18,6 ± 7,4	13,2 ± 8,3	0,003
Hipocomplementemia, n (%)	11/37 (29,7)	30/46 (65,2)	0,001
C3 bajo, n (%)	2 (5,4)	13 (28,3)	0,007
C4 bajo, n (%)	10 (27)	30 (66,7)	< 0,001
Ro/La, n (%)	3/41 (7,3)	16/51 (31,4)	0,005
Complicación fetal, n (%)	43 (69,4)	41 (74,5)	0,533
Nacidos vivos, n (%)	45 (72,6)	33 (60)	0,150
Malformación, n (%)	1 (1,9)	2 (5,7)	0,324
Pérdida < 10 SDG, n (%)	1 (1,6)	11 (20)	0,001
Pérdida > 10 SDG, n (%)	16 (25,8)	12 (21,8)	0,614
Prematuro < 37, n (%)	22 (47,8)	16 (48,5)	0,954
Prematuro < 34, n (%)	8 (17,8)	7 (21,2)	0,704
Oligohidramnios, n (%)	2 (4,4)	2 (6,1)	0,749
RCIU, n (%)	6 (13,3)	4 (12,1)	0,874
Peso (g), μ (DE)	2454,2 ± 728,6	2205,4 ± 906,1	0,189
SDG, μ (DE)	35,9 ± 3,5	35,1 ± 4,4	0,377
Apgar 1 minuto, n (%)	8 (8-8)	8 (7-8)	0,058
Apgar 5 minutos, n (%)	9 (9-9)	9 (8-9)	0,362
Bajo peso, n (%)	16 (36,4)	14 (42,4)	0,589
UCIN, n (%)	9 (20,5)	6 (18,2)	0,803
Muerte neonatal, n (%)	2 (4,4)	4 (12,1)	0,209
Complicación materna, n (%)	24 (39,3)	15 (37,3)	0,169
Cesárea, n (%)	42 (68,9)	27 (50)	0,039
RPM, n (%)	5 (8,2)	3 (6,3)	0,699

HAS gestacional, n (%)	3 (4,9)	3 (6,3)	0,762
Preeclampsia, n (%)	11 (18)	6 (12,5)	0,429
Eclampsia, n (%)	1 (1,6)	0 (0)	0,373
HELLP, n (%)	6 (9,8)	1 (2,1)	0,101
Trombosis gestacional, n (%)	8 (13,1)	2 (3,8)	0,084
Recada, n (%)	-----	10 (18,2)	-----
Muerte materna, n (%)	0 (0)	1 (1,8)	0,290

IMC, índice de masa corporal; ACL, anticuerpos anticardiolipinas; AL, anticoagulante lúpico; AFL, anticuerpos antifosfolípidos; SAF, síndrome antifosfolípido; RCIU, restricción del crecimiento intrauterino; UCIN, unidad de cuidados intensivos neonatales; RPM, ruptura prematura de membranas; HELLP, hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, trombocitopenia.

CG037

MIOCARDITIS LÚPICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HALLAZGOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA Y DESENLACES

M.C. Zamora-Medina¹, E. Cimé-Aké², E. Godínez-Lazarini², R.A. Muñoz Castañeda-Wallace³, G. Medina-Montaño³, H. Frago-Loyo²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Perinatología, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽³⁾Hospital Médica Sur

Introducción: Las complicaciones obstétricas son una característica distintiva de las pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) y el lupus eritematoso sistémico (LES) relacionado puede modificar su desenlace y respuesta al tratamiento.

Objetivo: Comparar las características clínicas, de imagen y desenlaces en pacientes con ML, enfermos con lupus activo sin miocarditis e individuos con miocarditis aguda sin enfermedad autoinmunitaria.

Material y métodos: Diseño: cohorte retrospectiva. Casos (ML): se incluyó a pacientes con diagnóstico de LES según criterios EULAR/ACR 2019 con sospecha clínica de miocarditis aguda y resonancia magnética cardiaca (RMC) consistente entre los años 2005 y 2021 sin antecedente de enfermedad cardiaca preexistente. Controles: grupo 1: pacientes con LES activo moderado/grave sin antecedente de miocarditis, pareados 1:1 con los casos según edad, sexo y duración de la enfermedad (LES-No-ML); grupo 2: pacientes con diagnóstico de miocarditis aguda y RMC consistente, sin diagnóstico de enfermedad autoinmunitaria (MA-No-AI). Los pacientes con ML y MA-No-AI tenían una RMC consistente con miocarditis (criterios de Lake Louise). Seguimiento: dos años. Se compararon las características demográficas, clínicas, de laboratorio y desenlaces entre los grupos estudiados. Se comparó la actividad de la enfermedad (SLEDAI-2K) y el daño acumulado (SLICC/DI) al momento de la inclusión y durante el seguimiento en los pacientes con ML y el grupo LES-No-ML. Se compararon los hallazgos ecocardiográficos y de RMC entre los grupos ML y MA-No-AI.

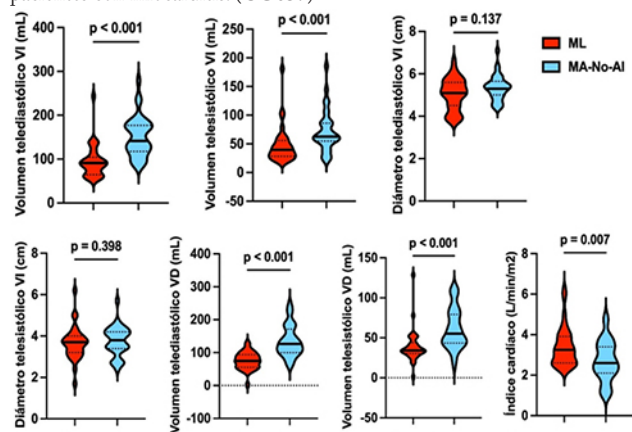
Resultados: Se incluyó a 96 pacientes, 32 en cada grupo. En el grupo ML, 31 eran mujeres, con una mediana de edad de 29 años (RIC 22,0-38,1 años). No se hallaron diferencias significativas en la edad (p = 0,3) ni en la actividad de la enfermedad entre los grupos con LES. El daño acumulado fue mayor en el grupo ML comparado con el grupo LES-No-ML [1 [RIC 0-2] vs. 0 [0-1], p = 0,008]. No se identificaron diferencias en la presentación clínica de la miocarditis ni en los hallazgos electrocardiográficos entre los pacientes con ML y MA-No-AI. Resultados del ECOTT: diferencias significativas en el grupo ML en comparación con el grupo MA-No-AI en la reducción de la FEVI < 50% (56,3% vs. 18,8%, p = 0,002), las anomalías del movimiento de la pared (71,9% vs. 25,0%, p < 0,001) y la elevación de la presión arterial sistólica pulmonar ≥ 30 mmHg (37,5% vs. 3,1%, p < 0,001), respectivamente. En los hallazgos de la RMC se reconoció un incremento en el derrame pericárdico (56,3% vs. 5,6%, p < 0,001), el engrosamiento pericárdico (68,8% vs. 21,9%, p < 0,001), las anomalías valvulares (87,5% vs. 3,1%, p < 0,001), el realce tardío con gadolinio (RTG) (65,5 vs. 37,5, p = 0,02), así como el descenso de otros parámetros volumétricos en el grupo ML en comparación con MA-No-AI (Tabla 1 y Figura 1). Desenlaces: el ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la ventilación mecánica

Tabla 1. Hallazgos ecocardiográficos y de resonancia magnética cardiaca en miocarditis lúpica y miocarditis aguda sin enfermedad autoinmunitaria. (CG037)

Variable	ML n = 32 (%)	MA-No-AI n = 32 (%)	P
<i>Ecocardiografía transtorácica</i>			
Anomalías del movimiento de pared	23 (71,9)	8 (25,0)	< 0,001*
FEVI < 50%	18 (56,3)	6 (18,8)	0,002*
FEVI (porcentaje)	49,5 (40,0-62,2)	63,5 (51,2-69,7)	0,007*
Dilatación del ventrículo izquierdo	2 (6,3)	4 (12,5)	0,672
Dilatación del ventrículo derecho	4 (12,5)	0 (0)	0,113
Derrame pericárdico	12 (37,5)	2 (6,3)	0,005*
Hipertensión arterial pulmonar	12 (37,5)	1 (3,1)	0,001*
PSAP (mmHg)	35,0 (26,2-48,7)	24,5 (22,0-27,0)	< 0,001*
Anormalidades valvulares	21 (65,6)	1 (3,1)	< 0,001*
Insuficiencia mitral	15 (46,9)	7 (21,9)	0,035*
Insuficiencia tricuspídea	13 (40,6)	6 (18,8)	0,055
Insuficiencia aórtica	6 (18,8)	0 (0)	0,024*
<i>Resonancia magnética cardiaca</i>			
Incremento de intensidad de T2 (T2w)	19 (59,4)	16 (50)	0,451
Realce temprano de gadolinio	13 (40,6)	19 (59,4)	0,134
Realce tardío de gadolinio	21 (65,6)	12 (37,5)	0,024*
FEVI < 50%	13 (40,6)	8 (25,0)	0,287
Derrame pericárdico	18 (56,3)	5 (5,6)	< 0,001*
Anormalidades valvulares	28 (87,5)	1 (3,1)	< 0,001*
Insuficiencia mitral	14 (43,8)	0 (0)	< 0,001*
Insuficiencia tricuspídea	8 (25,0)	1 (3,1)	0,026*
Insuficiencia aórtica	2 (6,3)	0 (0)	0,492
Engrosamiento pericárdico	22 (68,8)	7 (21,9)	< 0,001*
Inflamación pericárdica	21 (65,6)	9 (28,1)	0,003*

Los datos se expresan en proporciones (porcentaje) o medianas (rango intercuartílico). Análisis estadístico: ji cuadrada, prueba exacta de Fisher, suma de rangos de Wilcoxon. ML, miocarditis lúpica; MA-No-AI, miocarditis aguda no autoinmunitaria; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; PSAP, presión sistólica de la arteria pulmonar. *Estadísticamente significativo.

Figura 1. Principales hallazgos de la resonancia magnética cardiaca en los pacientes con miocarditis. (CG037)



Comparación de parámetros de cardioresonancia magnética de acuerdo a los diferentes tipos de miocarditis. Análisis estadístico: suma de rangos de Wilcoxon. ML: miocarditis lúpica; MA-No-AI: miocarditis aguda no autoinmune; VI: ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho.

invasiva (VMI) fueron más frecuentes en el grupo ML en comparación con ambos grupos control (28,1% vs. 3,1% vs. 6,3%, p = 0,004 y 25,0% vs. 3,1%

vs. 6,3%, p = 0,012, respectivamente). No se observaron diferencias en la mortalidad a los dos años de seguimiento (15,6% vs. 0 vs. 6,3%, p = 0,054). **Conclusiones:** El deterioro de la FEVI, las anomalías del movimiento de la pared, la afectación pericárdica, el RTG y la insuficiencia valvular cardiaca son los principales hallazgos de imagen en la ML. Esta es una manifestación grave en los pacientes con LES vinculada con un aumento de ingreso en la UCI y uso de VMI.

CG038

PREVALENCIA DE FATIGA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y FACTORES ASOCIADOS

G. Medina-García, M.I. Luján-Rojo, J. Reyes-Gonzaga, A. Montiel-Rivera, M.P. Cruz-Domínguez, M.A. Saavedra-Salinas

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria y multisistémica con gran heterogeneidad en su presentación clínica. La fatiga es uno de los síntomas más frecuentes en consulta en la población general y en pacientes con LES afecta a 67% a 90% de los casos. Los factores relacionados son variables.

Objetivo: Investigar la prevalencia de fatiga en pacientes con lupus eritematoso sistémico y sus factores vinculados.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo, observacional y prospectivo en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (SLICC ACR), atendidos en los servicios de medicina interna y reumatología, en un hospital de tercer nivel. Se recabaron datos demográficos y clínicos, como tipo de afección, SLEDAI y SLICC, y se aplicaron los cuestionarios FACIT-F (fatiga) y HADS (ansiedad/depresión). No se incluyó a los pacientes con diagnóstico previo de fibromialgia o embarazadas. Análisis estadístico: estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se aplicaron pruebas de normalidad y medidas de tendencia central, análisis bivariado con prueba de ji cuadrada y correlación de Spearman.

Resultados: Se estudió a 100 pacientes con LES, con una mediana de edad de 32,5 años (26-41) y tiempo de seguimiento de cinco años (2-10). El 74% de pacientes mostró manifestaciones mucocutáneas articulares, 59% renales, 33% hematológicas, 7% neuropsiquiátricas y 11% tenía síndrome antifosfolípido relacionado (SAF). Solo 14 pacientes no tuvieron algún grado de fatiga, 33% nivel bajo de fatiga, 25% moderado, 25% elevado y 3% muy elevado. En cuanto a la prevalencia de depresión y ansiedad, 38% de pacientes registró algún grado de depresión y 64% sufría ansiedad y 35% ansiedad y depresión. Se encontró correlación inversa entre la puntuación de FACIT F y HADS depresión (r = -0,584 p = 0,0001) y FACIT F y HADS ansiedad (r = -0,603, p = 0,0001). No se encontró correlación entre la fatiga y la actividad del LES medida por SLEDAI 2K o daño crónico por SLICC. En el análisis bivariado, padecer depresión se vinculó con la fatiga (p = 0,010) y la ansiedad (p = 0,0001). Al ajustar la relación con fatiga por ansiedad o depresión moderada o grave, dichas variables permanecieron estadísticamente significativas; se observó que sufrir ansiedad confiere un riesgo de 1,95 (IC 1,59-2,4 p = 0,0001) y que la depresión confiere un riesgo de 1,3 (IC 1,17-1,49 p = 0,037). El resto de las variables, como anemia, actividad o cronicidad de la enfermedad y tipo de afección, no se relacionaron con la presencia de fatiga.

Conclusiones: La prevalencia de fatiga en algún grado en pacientes con LES es muy elevada y se vincula con la ansiedad y la depresión. Se requiere atención conjunta de las comorbilidades psiquiátricas en estos pacientes.

Bibliografía

- Azizoddin DR, Gandhi N, Weinberg S, *et al.* Fatigue in systemic lupus: the role of disease activity and its correlates. Lupus [Internet]. 2019;28(2):163-73.
- Arnaud L, Gavand PE, Voll R, *et al.* Predictors of fatigue and severe fatigue in a large international cohort of patients with systemic lupus erythematosus and a systematic review of the literature. Rheumatology (Oxford) [Internet]. 2019;58(6):987-96.

CG039

DETERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL Y SUS REPERCUSIONES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

N.A. García-Cal y Mayor, A.C. Kolster-Otaola, E. Álvarez-Hernández
Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El LES es una enfermedad autoinmunitaria, sistémica, compleja y grave con manifestaciones clínicas sumamente diversas. Los pacientes con LES sufren deterioro de la salud física, lo que puede generar discapacidad laboral, con aumento de los costos personales y sociales. La discapacidad laboral incluye el ausentismo (número de horas laborales perdidas debido a la enfermedad) y el presentismo (disminución de la productividad mientras se trabaja debido a la enfermedad). En un estudio que incluyó a 167 pacientes con LES se notificó ausentismo en 10,4%, presentismo en 76,6%, discapacidad laboral general en 80,8% y limitación de las funciones de la vida diaria en 85% correlacionadas con SLEDAI-2k, actividad renal y hematológica.

Objetivo: Determinar la frecuencia de la incapacidad laboral en pacientes con LES y su nexa con daño, actividad de la enfermedad y capacidad funcional.

Material y métodos: De todos los pacientes se obtuvieron datos socio-demográficos y se les aplicaron los cuestionarios *Work Productivity and Activity Impairment* para lupus (WPAI LES V2), calidad de vida (EuroQoL5d), capacidad funcional (HAQ-DI), depresión (BDI) y adherencia terapéutica (TAQRDis). Se midieron índices de actividad (BILAG, Mex-SLEDAI) y de daño (SDI).

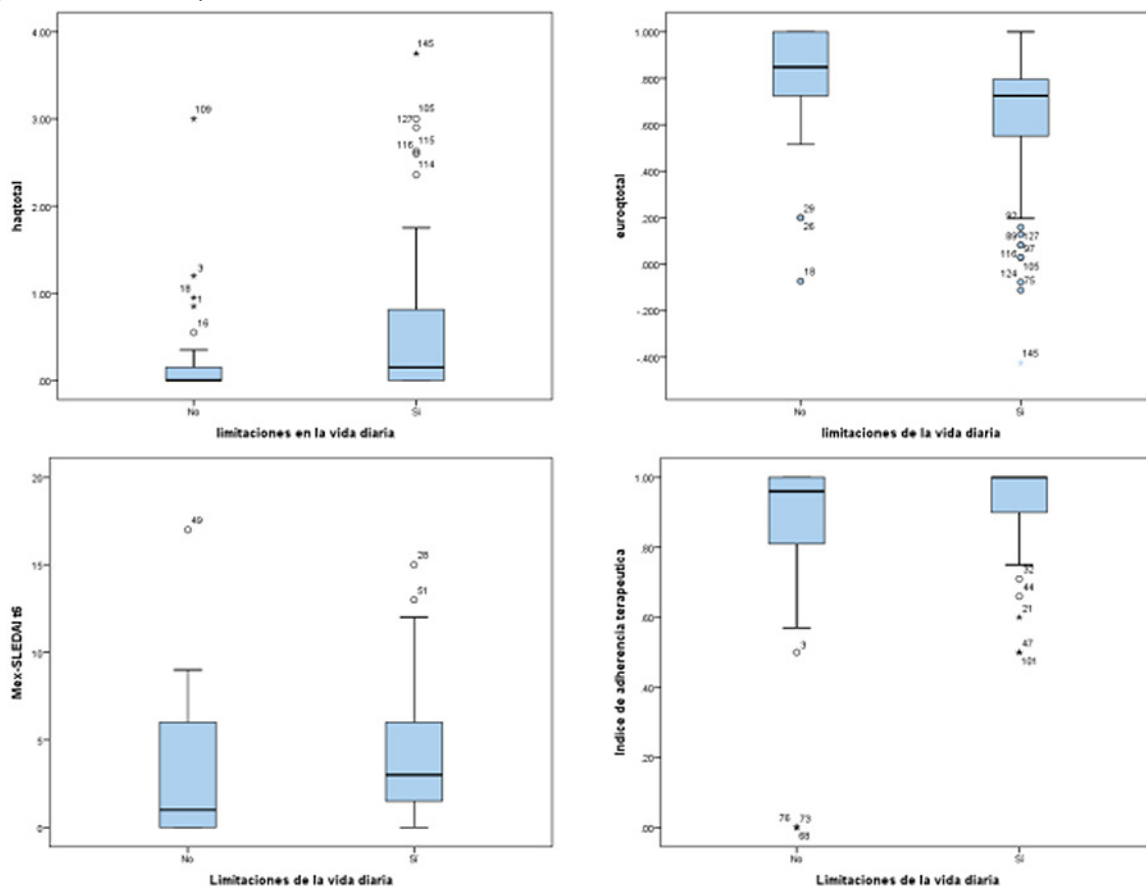
Resultados: Se incluyó a 101 pacientes, 91 (90,1%) del sexo femenino, con edad de $40,6 \pm 12$ años, y escolaridad media de $10,17 \pm 3,36$ años. Hasta 53 (52,5%) era de nivel socioeconómico medio y 48 (47,5%) de nivel bajo. Solo 39 (38%) tenía un trabajo remunerado. El porcentaje de discapacidad en actividades de la vida diaria fue de 31,88%. Entre los pacientes que tenían un sueldo remunerado se observó presentismo en 27 (69,2%) y ausentismo en 15 (38,5%) (Tabla 1). Los pacientes que incurrieron en ausentismo tuvieron un HAQ mayor ($0,58 \pm 0,79$) en comparación con los que no lo tuvieron ($0,14 \pm 0,28$, $p = 0,015$), mientras que en el presentismo no se halló ninguna relación. Los pacientes que mostraron limitaciones en la vida diaria fueron 63 (62,38%) y se relacionaron con menor edad, mayor HAQ, menor calidad de vida, y mayor actividad a los seis meses (Mex-SLEDAI). Se correlacionó con HAQ ($r = 0,45$, $p = 0,000$), BILAG basal ($r = 0,22$, $p = 0,031$), Mex SLEDAI basal ($r = 0,25$, $p = 0,011$) y Mex SLEDAI a los seis meses ($r = 0,23$, $p = 0,021$). Véase la Figura 1. Hubo mayor tendencia al ausentismo en personas con manifestaciones musculoesqueléticas, cardiopulmonares y renales (sin significancia estadística). En cuanto al presentismo no se registraron diferencias significativas. En la Tabla 2 se muestran las diferencias de variables sociodemográficas y clínicas entre pacientes con trabajo remunerado y no remunerado; solo fue significativo el género femenino.

Conclusiones: La discapacidad laboral y la pérdida de la productividad son altas en los pacientes con LES. Es necesario un estudio a mayor escala y de forma prospectiva.

Bibliografía

1. Utset TO, Baskaran A, Segal BM, Trupin L, et al. Work disability, lost productivity and associated risk factors in patients diagnosed with systemic lupus erythematosus. *Lupus Sci Med.* 2015 Jan 20;2(1):e000058. doi: 10.1136/lupus-2014-000058.

Figura 1. Comparación de la capacidad funcional (HAQ), calidad de vida (EuroQoL), actividad de la enfermedad (Mex-SLEDAI) y adherencia terapéutica en pacientes con LES, con y sin limitaciones en actividades de la vida diaria. (CG39)



2. Abu Bakar F, Sazliyah Shaharir S, Mohd R, *et al.* Burden of systemic lupus erythematosus on work productivity and daily living activity: a cross-sectional study among Malaysian multi-ethnic cohort. *Arch Rheumatol.* 2020;35(2):205-213.

Tabla 1. Discapacidad laboral en pacientes con LES medida con el cuestionario *Work Productivity and Activity Impairment (WPAI)*. (CG039)

WPAI LES 2.0	n	
Trabajo remunerado	39	38%
Horas de trabajo perdidas por enfermedad, X (DE)	39	4,49 (8,81)
Horas de trabajo perdidas por otra causa, X (DE)	39	4,54 (10,28)
Horas trabajadas realmente, X (DE)	39	37,79 (23,6)
Limitación de la productividad por la enfermedad (0-10), X (DE)	101	3,54 (3,33)
Limitaciones en actividades de la vida diaria	101	2,87 (2,98) h
Porcentaje de tiempo laboral perdido por enfermedad	39	14,82%
Porcentaje de discapacidad en actividades de la vida diaria	101	31,88%
Porcentaje de la limitación de la productividad	39	35,38%

X, media; DE, desviación estándar.

Tabla 2. Comparación de variables sociodemográficas y clínicas en pacientes con LES con trabajo remunerado y no remunerado. (CG039)

Variable	Con trabajo remunerado (n = 39)	Sin trabajo remunerado (n = 62)	p
Edad, X (DE)	38,89 (11,26)	41,66 (12,64)	0,273
Escolaridad, X (DE)	10,77 (3,40)	9,79 (3,3)	0,982
Género femenino, n (%)	32 (35,2)	59 (64,8)	0,037
IT, X (DE)	0,91 (0,19)	0,89 (0,21)	0,802
EQoL5D, X (DE)	0,66 (0,35)	0,68 (0,29)	0,767
HAQ, X (DE)	0,31 (0,57)	0,57 (0,91)	0,073
BDI, X (DE)	11,56 (8,9)	14,77 (10,67)	0,191
Mex-SLEDAI basal, X (DE)	6,85 (5,35)	6,16 (4,51)	0,491
Mex-SLEDAI 12 m, X (DE)	2,97 (3,59)	3,74 (3,75)	0,315

X, media; DE, desviación estándar; IT, índice terapéutico; BDI, inventario de depresión de Beck.

CG040

FACTORES RELACIONADOS CON COMPLICACIONES MATERNO-FETALES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

M.J. Baeza-Rivera, G. Echeverría-González, N. Castro-Lizano

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmunitaria que afecta a múltiples órganos y se caracteriza por episodios de remisión y recaída, sobre todo en mujeres de edad reproductiva. Durante el embarazo, el sistema inmunológico experimenta cambios que, en pacientes con LES, pueden ocasionar complicaciones graves. Estas incluyen aumento de la actividad de la enfermedad, preeclampsia, parto prematuro y pérdida fetal. Los factores como hipertensión preexistente, nefritis lúpica y anticuerpos antifosfolípidos elevan el riesgo de complicaciones maternas y fetales. El seguimiento y el control durante el embarazo son claves para mejorar los resultados; algunos estudios revelan que la hidroxycloquina ayuda a reducir los brotes y las complicaciones. En el plano mundial, diversos estudios han resaltado las complicaciones relacionadas con el LES en el embarazo, entre ellas problemas como el parto prematuro, nefritis lúpica y complicaciones fetales. En México, los estudios han señalado complicaciones similares, con una alta incidencia

de partos de pretérmino y cesáreas, además de la influencia de factores inmunológicos en el pronóstico materno y fetal.

Objetivo: Analizar los factores relacionados con complicaciones materno-fetales en pacientes con lupus eritematoso sistémico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal analítico con información retrospectiva a través de los datos del expediente clínico. Se incluyó a pacientes mujeres mayores de 18 años, con antecedente de embarazo y que fueron referidas al HE CMNO por diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, durante el periodo del 2014 a mayo del 2024. Se empleó estadística descriptiva y análisis de datos con el programa estadístico SPSS.

Resultados: El estudio revisó 215 expedientes de pacientes con LES y embarazo, y se seleccionaron 54 casos para análisis. El 84,8% correspondió a primigestas y el 59% de las pacientes tenía alguna comorbilidad. Del total de casos, el 59,3% sufrió complicaciones materno-fetales, las más frecuentes en los primeros y segundos embarazos (43,8% y 31,2%, respectivamente). Debido al tamaño de la muestra se agruparon los factores de riesgo como clínicos, serológicos y farmacológicos. No se encontró una relación estadística significativa entre las complicaciones previas y las actuales, ni entre los factores serológicos y las complicaciones materno-fetales. Aunque algunos análisis mostraron una tendencia hacia un mayor riesgo de complicaciones en ciertos grupos, los valores p y los intervalos de confianza no respaldaron una relación concluyente. El uso de fármacos como cloroquina y azatioprina no mostró una relación significativa, aunque se observó una posible tendencia a reducir complicaciones maternas. Los anticoagulantes y los esteroides tampoco se relacionaron significativamente con complicaciones en el embarazo.

Conclusiones: El actual seguimiento no muestra una relación estadísticamente significativa entre las complicaciones materno-fetales y diversos factores clínicos, farmacológicos o serológicos. Aunque se identifica una tendencia hacia un mayor riesgo de complicaciones en ciertos grupos, como las primigestas y aquellas con antecedentes de complicaciones principalmente fetales, los resultados no sustentan una vinculación concluyente. Los análisis de los fármacos, como la cloroquina y la azatioprina, no se comportaron como un factor protector para el desarrollo de complicaciones materno-fetales. De manera similar, el uso de anticoagulantes y esteroides no parece relacionarse con un aumento de las complicaciones. Esto sugiere que, si bien algunos factores clínicos y farmacológicos pueden influir en los resultados materno-fetales, no hay evidencia suficiente en esta muestra para considerar dichas relaciones como estadísticamente relevantes.

Bibliografía

1. Stuh-López D, Santoyo Haro S, Lara Barragán I. Lupus eritematoso sistémico en el embarazo. *Acta Méd Grupo Ángeles [Internet].* 2018 Dic [citado 2023 Abr 30];16(4):331-338.
2. Farfán-Labonne B, Luis-Vázquez I, Ávila-Carrasco A, *et al.* Resultados perinatales en mujeres mexicanas con lupus eritematoso sistémico. *Perinatol Reprod Hum [Internet].* 2017;31(1):3-9.

CG041

ÍNDICE ATEROGÉNICO DEL PLASMA Y ATEROESCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

F.J. Torres-Quintanilla, E.A. Garza-López, E.C. Garza-González, J.R. Azpiri-López, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, O.A. Garza-Flores, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) sufren un riesgo cardiovascular incrementado en comparación con personas sanas. El aumento del grosor de la carótida íntima media (GIMC) y la presencia de placa carotídea, indicadores de aterosclerosis subclínica por ultrasonido (US), se relacionan con un mayor riesgo cardiovascular (RCV) en la población general. El índice aterogénico del plasma (IAP) es la trans-

formación logarítmica de la relación de triglicéridos y colesterol de alta densidad (HDL-C) y permite predecir el RCV a 10 años en la población general.

Objetivo: Determinar si existe una vinculación entre el IAP y la aterosclerosis subclínica en pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio transversal y ambispectivo, comparativo, analítico, de casos y controles. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años que cumplieron con criterios ACR/EULAR 2019 o SLICC 2012 para LES. Los pacientes con LES se parearon con controles por edad y sexo. Se excluyó a los individuos con síndromes de sobreposición y embarazadas. Se realizaron historia clínica, perfil de lípidos y US carotídeo en cada paciente. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de las variables cuantitativas. Se emplearon las pruebas t de Student o Wilcoxon para las variables normales y no normales, respectivamente. Se realizaron las pruebas de Pearson y Spearman para las correlaciones. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo. Se analizó la información con el programa SPSS versión 25 IBM.

Resultados: Se incluyó a un total de 77 pacientes con LES y 69 controles. Las variables demográficas y las características de la enfermedad se muestran en la **Tabla 1**. Hubo una mayor prevalencia de tabaquismo en el grupo de LES (7,8% vs. 0%, $p = 0,029$). No se identificaron diferencias en el IAP ($0,41 \pm 0,32$ vs. $0,36 \pm 0,23$), pero sí una mayor prevalencia de GIMC elevado (16,8% vs. 2,9%, $p = 0,006$) en el grupo de LES respecto de los controles. No se reconoció diferencia en la presencia de placa carotídea (15,9% vs. 5,8%, $p = 0,1$) ni una correlación entre el IAP y el GIMC en ninguno de los grupos (**Tabla 2**).

Tabla 1. Características demográficas y patológicas. (CG041)

	LES (n = 77)	Controles (n = 69)	p
Edad, mediana (p25°-p75°)	30 (25-39,5)	30 (25-39,5)	NS
Género femenino, n (%)	72 (93,5%)	66 (95,7%)	NS
IMC, mediana (p25°-p75°)	25,4 (22,10-28,65)	25,80 (23,60-29,15)	NS
Sobrepeso/obesidad, n (%)	38 (49,4%)	43 (62,3%)	NS
Tabaquismo positivo, n (%)	6 (7,8%)	0 (0%)	NS
Hipertensión arterial, n (%)	2 (2,6%)	2 (2,9%)	NS
Diabetes mellitus, n (%)	3 (3,9%)	1 (1,4%)	NS
Dislipidemia, n (%)	37 (46,8%)	40 (57,9%)	NS
Edad al diagnóstico, mediana (p25°-p75°)	25 (21-30)	-	-
Duración de la enfermedad en años, mediana (p25°-p75°)	5 (2-10)	-	-

LES, lupus eritematoso sistémico; p25°, percentil 25°; p75°, percentil 75°; IMC, índice de masa corporal; NS, no significativo.

Tabla 2. Correlación de IAP y GIMC. (CG041)

LES	r/p	p
Correlación IAP-GIMC CCI (Pearson)	-0,047	0,688
Correlación IAP-GIMC CCD (Spearman)	-0,1	0,383
Controles	r	p
Correlación IAP-GIMC CCI	-0,033	0,78
Correlación IAP-GIMC CCD	0,068	0,57

IAP, índice aterogénico del plasma; GIMC, grosor íntima-media carotídeo; CCI, carótida común izquierda; CCD, carótida común derecha.

Conclusiones: Existe una mayor prevalencia de GIMC elevado en el grupo de pacientes con LES en comparación con los controles. Sin embargo, no existió una correlación entre el IAP y el GIMC en ninguno de los grupos. El IAP no es una herramienta fiable para detectar aterosclerosis subclínica en este grupo de pacientes, por lo que se necesita más investigación acerca de las herramientas que permitan predecir el riesgo cardiovascular de manera más precisa en estos pacientes.

Bibliografía

1. Sillesen H, Sartori S, Sandholt B, *et al.* Carotid plaque thickness and carotid plaque burden predict future cardiovascular events in asymptomatic adult Americans. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging.* 2018;19:1042-1050.

2. Hammam N, Abdel-Wahab N, Gheita TA. Atherogenic index of plasma in women with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus: a 10-year potential predictor of cardiovascular disease. *Curr Rheumatol Rev.* 2021;17:122-130.

CG042

FRECUENCIA DE REMISIÓN, BAJA ACTIVIDAD Y RECAÍDAS DURANTE EL PRIMER AÑO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

E. Álvarez-Hernández, N.A. García-Cal y Mayor, A.C. Kolster-Otaola

Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica y autoinmunitaria con un amplio número de manifestaciones clínicas. Es frecuente que curse con periodos de remisión y recaídas. La remisión completa en LES se considera rara y por lo general no sostenida. En la cohorte de GLADEL se notificó remisión en el 21,7% y baja actividad en el 34,8% de los pacientes. Los factores relacionados fueron la ausencia de manifestaciones cutáneas, renales y hematológicas y un SLE-DAI basal bajo. En la cohorte de lupus de Hopkins se informó remisión en límites de 3% a 42% de acuerdo con el grado de actividad y la intensidad de tratamiento. Sin embargo, la duración promedio de la remisión fue de tres meses.

Objetivo: Determinar la frecuencia de remisión, baja actividad y recaídas y factores relacionados durante el primer año de seguimiento de pacientes con LES.

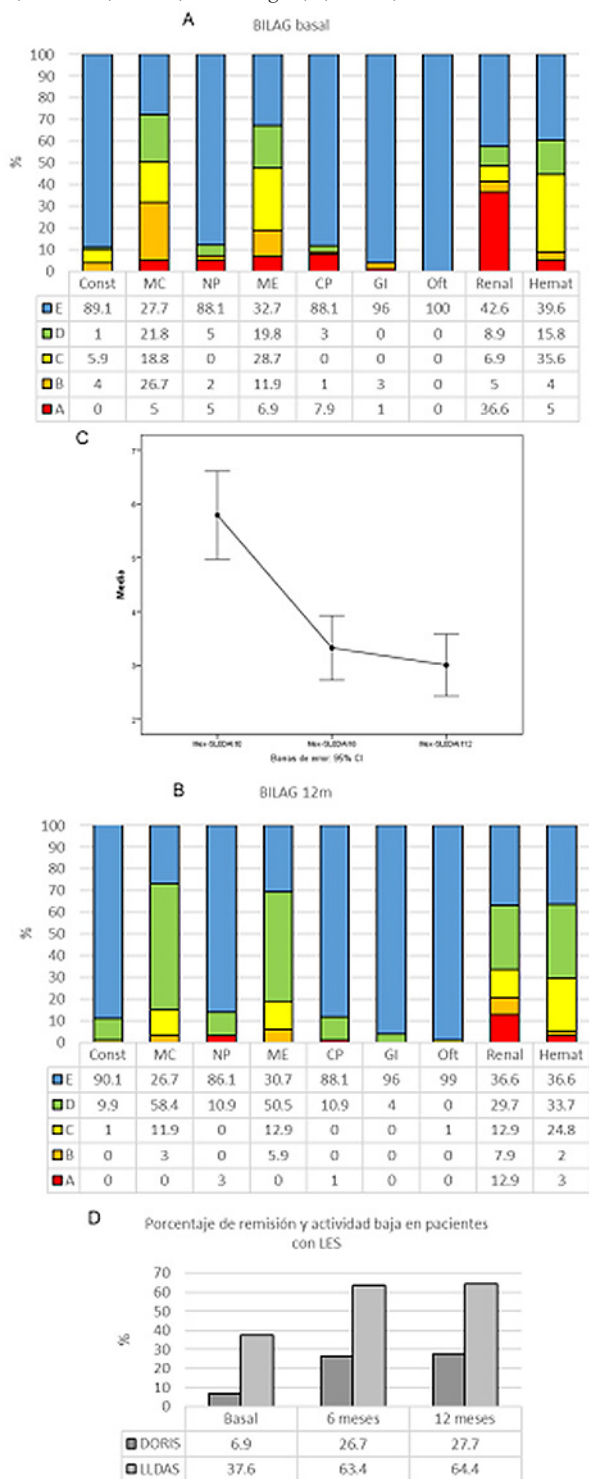
Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico definido de LES que tuvieran por lo menos un año de seguimiento. Se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos, y de tratamiento y adherencia. Se midió la capacidad funcional (HAQ-DI), calidad de vida (EuroQoL-5D), daño acumulado (SDI) y actividad de la enfermedad (BILAG y Mex-SLEDAI) en las visitas basal y a seis y 12 meses. Se aplicaron las definiciones de remisión (DORIS: *Definitions Of Remission In SLE*) y de baja actividad de la enfermedad (LLDA: *Lupus low disease activity state*). En lugar de usar el SLEDAI clínico se utilizó Mex-SLEDAI, que por definición no incluye determinación de DNA o complemento.

Resultados: Se incluyó a 101 pacientes, 91 (90,1%) del género femenino, con $40,6 \pm 12,14$ años y escolaridad de $10,17 \pm 3,36$ años. El tratamiento utilizado se observa en **Tabla 1**. La adherencia fue $> 80\%$ en 86 (85,1%). SLICC 1 ± 1 , HAQ-DI $0,47 \pm 0,8$, EuroQoL-5D $0,68 \pm 0,32$. En la **Figura 1** se observa la actividad de la enfermedad por componentes de BILAG en la visita basal (A) y a los 12 meses (B), la disminución de la actividad medida por Mex-SLEDAI (C) y la frecuencia de remisión y baja actividad por visita (D). La recaída se experimentó en un paciente a los seis meses y en 8 (7,92%) a los 12. Tanto la remisión como la baja actividad de la enfermedad solo se vincularon con Mex-SLEDAI bajo en la visita basal, con OR para remisión de 3,29 (IC95%, 1,47-7,34) y para LLDA de 1,56 (IC95%, 1,12-2,17).

Tabla 1. Administración de fármacos en las visitas basal y a los seis y 12 meses de pacientes con LES. (CG042)

Fármaco	Basal n (%)	6 meses n (%)	12 meses n (%)
Antipalúdicos	83 (82,18)	63 (62,34)	64 (63,37)
Azatioprina	26 (25,7)	28 (27,7)	31 (30,7)
Leflunomida	1 (1,0)	2 (2,0)	2 (2,0)
Ciclofosfamida	14 (13,9)	10 (9,9)	6 (5,9)
Metotrexato	17 (16,8)	13 (12,9)	9 (8,9)
Micofenolato de mofetilo	17 (16,8)	12 (11,9)	16 (15,8)
Prednisona	61 (60,4)	47 (46,5)	47 (46,5)
Metilprednisolona IV	16 (22,5)	6 (8,5)	0 (0)
Biológicos	0 (0)	0 (0)	1 (1,0)

Figura 1. (A) Actividad de la enfermedad por componentes de BILAG en la visita basal. (B) Actividad de la enfermedad por componentes de BILAG a los 12 meses. (C) Disminución de la actividad de la enfermedad por Mex-SLEDAI durante el seguimiento. (D) Frecuencia de remisión (DORIS) y baja actividad (LLDA) durante el seguimiento de pacientes con LES. Const, constitucional; MC, mucocutáneo; NP, neuropsiquiátrico; ME, musculoesquelético; CP, cardiopulmonar; GI, gastrointestinal; Oft, oftálmico; Hemat, hematológico). (CG042)



Conclusiones: La remisión se consiguió en la cuarta parte de los pacientes y la baja actividad en más del 60%, que se encuentran en límites similares a los publicados con anterioridad. La disminución de la actividad fue significativa en la mayoría de los pacientes. Los sistemas con mayor persistencia de actividad fueron el renal, el hematológico y el neuropsiquiátrico.

Bibliografía

- Ugarte-Gil MF, Wojdyla D, Pons-Estel GJ, et al. Predictors of remission and low disease activity state in systemic lupus erythematosus: data from a multiethnic, multinational Latin American cohort. *J Rheumatol.* 2019;46(10):1299-1308.
- Wilhelm TR, Magder LS, Petri M. Remission in systemic lupus erythematosus: durable remission is rare. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(3):547-553.

CG043

ANÁLISIS DE EXPRESIÓN DE MOLÉCULAS REGULADORAS DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN DE IL-21, STAT3, EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

N. Espinoza-García¹, J.A. Ramírez-De Arellano¹, D.C. Salazar-Camarena¹, K.R. Félix-Murray¹, M. Marín-Rosales², J.F. Muñoz-Valle¹, C.A. Palafox-Sánchez³

⁽¹⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México, ⁽²⁾Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco, Guadalajara, Jalisco, México, ⁽³⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, CUCS, UDG

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria crónica caracterizada por la producción de autoanticuerpos dirigidos contra diversos antígenos nucleares, lo que resulta en inflamación sistémica y daño a múltiples órganos. La IL-21 es una citocina producida principalmente por linfocitos citotóxicos T (Tfh), linfocitos citotóxicos T 17 (Th17) y linfocitos T colaboradores (Tph). En el contexto del LES, la IL-21 está elevada y se ha demostrado que contribuye a la patogénesis de la enfermedad mediante la activación y diferenciación de células B autorreactivas. La IL-21 señala a través de STAT3, cuya actividad se ha observado incrementada en pacientes con LES, relacionada con disminución de moléculas reguladoras de la vía de señalización. Por otro lado, se ha identificado un incremento de la expresión de reguladores postranscripcionales como miRNA-155 y miRNA-21.

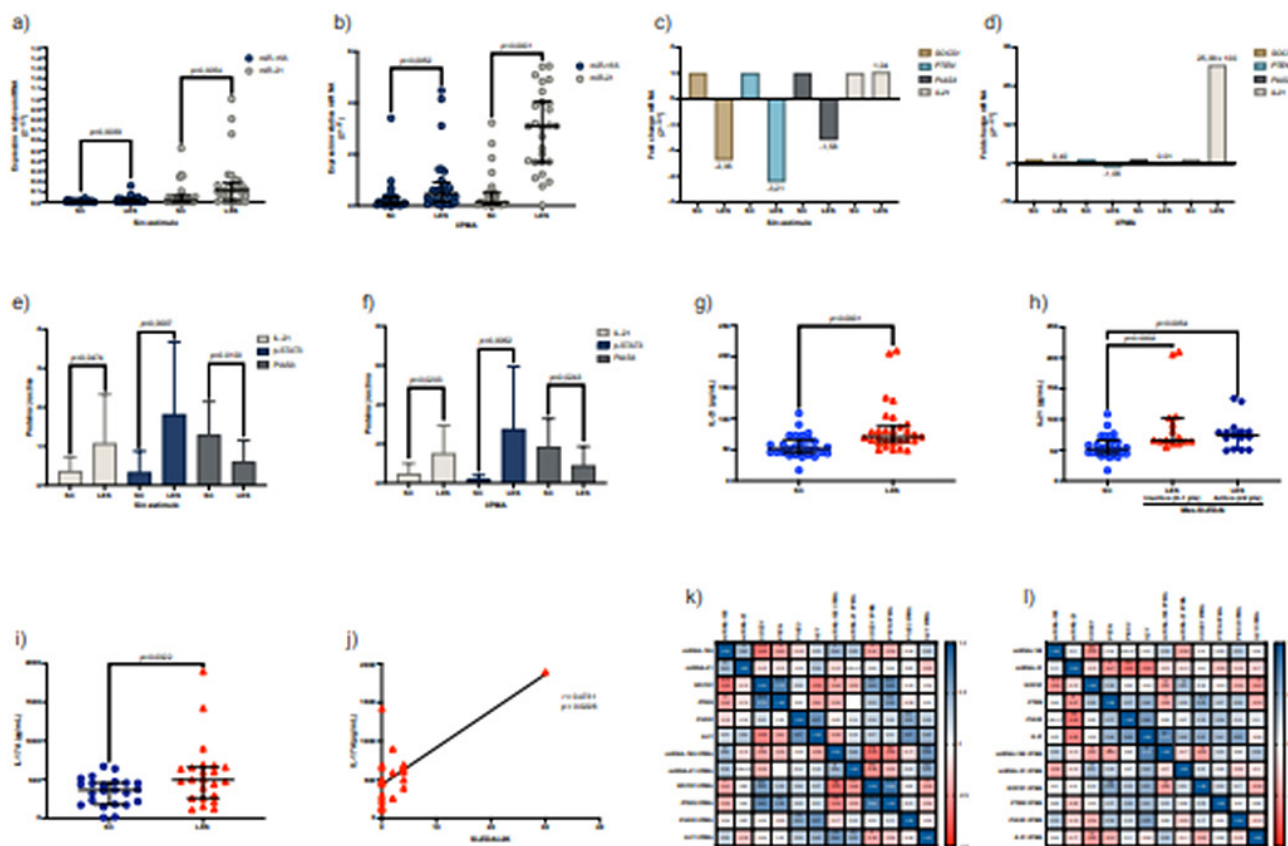
Objetivo: Evaluar la expresión de los miRNA-155 y miRNA-21 y su nexa con las moléculas reguladoras (SOCS1, PTEN y PIAS3) de la vía de señalización de IL-21, STAT3 en PBMC de pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Material y métodos: Se incluyó a 28 sujetos control (SC) y 30 pacientes con LES procedentes del Hospital General de Occidente, Guadalajara, México (Tabla 1). Las PBMC se estimularon con 2,5 ug/mL de forbol 12-miristato-13-acetato (PMA) y 0,5 ug/mL de ionomicina para evaluar la expresión génica (3 h) y proteica (24 h). El RNA total se extrajo con TRIzol y la expresión de miRNAs y mRNA se midió mediante RT-qPCR, con uso de miRNA-320a y GAPDH como genes de referencia (Figura 1). Los valores de IL-21 e IL-17A se cuantificaron por ELISA. Las proteínas totales se extrajeron con tampón RIPA 1X y se analizaron mediante Western blot y anticuerpos específicos (IL-21, p-STAT3, PIAS3), con β-actina como control.

Resultados: La expresión de los miRNA-155 y miRNA-21 se encontró incrementada en pacientes con LES respecto de los SC (p < 0,05). Además, la expresión de los reguladores de STAT3: SOCS1, PTEN y PIAS3 estaba disminuida en pacientes con LES (p < 0,05) en comparación con los SC. Se reconoció una mayor expresión de IL-21 en pacientes con LES respecto de SC (p < 0,05). p-STAT3 se hallaba incrementado en estos pacientes con LES (p < 0,05), mientras que los valores de IL-21 e IL-17A estaban elevados en pacientes con LES respecto de los SC (p ≤ 0,05, respectivamente).

Conclusiones: El incremento de los miRNA-155 y miRNA-21 se vincula con una disminución de las moléculas reguladoras de STAT3: SOCS1,

Figura 1. Moléculas reguladoras de la vía de señalización de IL-21. (A) Expresión génica de miRNA-155 y miR-21 en CCS y LES sin estímulo. (B) Expresión génica de miR-155 y miRNA-21 en SC y LES tras el estímulo con I/PMA. (C) Expresión génica de las moléculas reguladoras: *SOCS1*, *PTEN* y *PIAS3* e *IL21* en SC y LES con estímulo. (D) Expresión génica de las moléculas reguladoras: *SOCS1*, *PTEN* y *PIAS3* e *IL21* en SC y LES con estímulo. (E) Expresión proteica de IL-21, p-STAT3 y PIAS3 en SC y LES sin estímulo. (F) Expresión proteica de IL-21, p-STAT3 y PIAS3 en SC y LES con estímulo. (G) Valores plasmáticos de IL-21 en SC y pacientes con LES. (H) Valores plasmáticos de IL-21 de acuerdo con el índice de actividad Mex-SLEDAI en paciente con LES. (I) Valores de IL-17 en sobrenadante de cultivo celular en SC y pacientes con LES. (J) Valores de IL-17 en sobrenadante de cultivo celular de acuerdo con el índice de actividad SLEDAI-2K en pacientes con LES. (K) Correlación de los miR-155 y miR-21 con las moléculas reguladoras: *SOCS1*, *PTEN* y *PIAS3* e *IL21* sin estímulo y tras el estímulo en SC. (L) Correlación de los miR-155 y miR-21 con las moléculas reguladoras: *SOCS1*, *PTEN* y *PIAS3* e *IL21* sin estímulo y tras el estímulo en pacientes con LES. SC, sujeto control; LES, lupus eritematoso sistémico; I/PMA, ionomicina/forbol-12-miristato 13-acetato; pg/mL, picogramos/mililitro. Prueba U de Mann-Whitney, la significancia estadística se determinó a partir de un $p \leq 0,05$. (CG043)



PTEN y PIAS3, activación constante de STAT3 e incremento de los valores de IL-21, en pacientes con LES.

Bibliografía

1. Tsokos GC. Mechanisms of disease systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med.* 2011;22.
2. Liu SM, King C. IL-21-producing Th cells in immunity and autoimmunity. *J Immunol.* 2013 Oct 1;191(7):3501-6.
3. Spolski R, Leonard WJ. Interleukin-21: a double-edged sword with therapeutic potential [Internet]. *Nature Reviews Drug Discovery.* Nature Publishing Group; 2014; [cited 2020 Mar 11];13:379-95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24751819>
4. Rao DA, Gurish MF, Marshall JL, et al. Pathologically expanded peripheral T helper cell subset drives B cells in rheumatoid arthritis. *Nat.* 2017 5427639 [Internet]. 2017 Feb 2 [cited 2022 Jul 2];542(7639):110-4. Available from: <https://www.nature.com/articles/nature20810>.
5. Kiriakidou M, Ching CL. In the clinic® systemic lupus erythematosus. *Ann Intern Med.* 2020;172(11):ITC82-96.
6. Rahman A, Isenberg DA. Mechanisms of disease: systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med.* 2008;358(9):929-39.
7. Rasmussen TK, Andersen T, Bak RO, et al. Overexpression of microRNA-155 increases IL-21 mediated STAT3 signaling and IL-21

production in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Res Ther.* [Internet] 2015 Jun 9 [cited 2020 Nov 25];17(1):154. Available from: <http://arthritis-research.com/content/17/1/154>.

8. Croker BA, Kiu H, Nicholson SE. SOCS regulation of the JAK/STAT signalling pathway. *Semin Cell Dev Biol.* [Internet] 2008 [cited 2022 Jul 5];19(4):414-22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18708154/>.
9. Qiu LJ, Xu K, Liang Y, et al. Decreased SOCS1 mRNA expression levels in peripheral blood mononuclear cells from patients with systemic lupus erythematosus in a Chinese population. *Clin Exp Med.* [Internet] 2015 Aug 3 [cited 2022 Jul 5];15(3):261-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25330931/>.
10. Shrestha S, Yang K, Guy C, et al. Treg cells require the phosphatase PTEN to restrain TH1 and TFH cell responses. *Nat Immunol.* [Internet] 2015 Jan 16 [cited 2022 Jul 5];16(2):178-87. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2559258/>.
11. Kluge A, Dabir S, Vlassenbroeck I, et al. Protein inhibitor of activated STAT3 expression in lung cancer. *Mol Oncol.* [Internet] 2011 [cited 2022 Jun 14];5(3):256-64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21497567/>.
12. Wu XN, Ye YX, Niu JW, et al. Systemic lupus erythematosus: defective PTEN regulation contributes to B cell hyperresponsiveness in systemic lupus erythematosus. *Sci Transl Med.* 2014;6(246).

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con LES. (CG043)

Variable	LES (n = 30)
Edad, años	40,87 (20-71)
Género femenino, n (%)	30 (100)
Evolución de la enfermedad, años	10,86 (0,25-31)
Antecedente familiar de enfermedad reumática, n (%)	13/30 (43,3)
Mex-SLEDAI	2,38 (0-14)
Inactivo, n (%)	15/30 (50,0)
Activo, n (%)	15/30 (50,0)
SLEDAI-2K	1 (0-30)
REM/LDA, n (%)	27/30 (90,0)
HDA, n (%)	3/30 (10,0)
Índice de daño SLICC	0,18 (0-2)
Sin daño, n (%)	26/30 (86,7)
Con daño, n (%)	4/30 (13,3)
Perfil de autoanticuerpos	
Anticuerpos antinucleares (ANA), n (%)	30/30 (100)
Anti-dsDNA+, n (%)	8/30 (26,7)
Anti-RNP+, n (%)	5/30 (16,7)
Anti-Ro+, n (%)	2/30 (6,7)
Anti-Sm+, n (%)	2/30 (6,7)
Dominios clínicos	
Mucocutáneo ^a , n (%)	10/30 (33,3)
Hematológico ^b , n (%)	5/30 (16,7)
Renal ^c , n (%)	4/30 (13,3)
Musculosquelético ^d , n (%)	3/30 (10,0)
Variables de laboratorio	
Biometría hemática	
Hemoglobina	12,8 (8,3-15,4)
Hematócrito	39,7 (26,2-46,7)
Leucocitos	5,5 (2,0-10,0)
Linfocitos	1,5 (1,0-3,0)
Neutrófilos	3,3 (1,0-7,0)
Plaquetas	248,0 (44-416)
VSG (mm/h)	30,6 (6,0-62,0)
Tratamiento	
Sin tratamiento, n (%)	2/30 (6,7)
Uso de prednisona, n (%)	15/30 (50,0)
Dosis de prednisona	5,9 (0,0-75,0)
Antipalúdico, n (%)	18/30 (60,0)
Azatioprina, n (%)	10/30 (33,3)
Micofenolato de mofetilo, n (%)	8/30 (26,7)
Metotrexato, n (%)	4/30 (13,3)
Ciclofosfamida, n (%)	1 (3,3)

Los datos se muestran en medias y máx-mín; Mex-SLEDAI: inactivo (0-1 pts), activo (≥ 2); SLEDAI-2K: REM/LDA (< 6 pts), HDA (≥ 6 pts); SLICC: sin-daño (0 pts), con daño (> 1 pts).

^aMucocutáneo: eritema malar, alopecia, úlceras orales y fotosensibilidad.

^bHematológico: leucopenia, linfopenia y trombocitopenia.

^cRenal: proteinuria persistente (> 0,5 g/día) y cilindros. ^dMusculosquelético: artritis. ANA, anticuerpos antinucleares; LES, lupus eritematoso sistémico; REM, remisión; LDA, *Low Disease Activity*; HDA, *High Disease Activity*; máx, máximo; mín, mínimo.

- Shi C, Yang Y, Xia Y, *et al.* Novel evidence for an oncogenic role of microRNA-21 in colitis-associated colorectal cancer. Gut [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2022 Nov 3];65(9):1470-81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25994220/>.
- Li W, Liu S, Chen Y, *et al.* Circulating exosomal microRNAs as biomarkers of systemic lupus erythematosus. Clinics 2020 Jan 1;75:e1528.
- Singh RP, Hahn BH, Bischoff DS. Identification and contribution of inflammation-induced novel MicroRNA in the pathogenesis of systemic lupus erythematosus. Front Immunol. 2022;13(April):1-11.

CG044

ASOCIACIÓN ENTRE NEUTROPENIA Y ACTIVIDAD GRAVE DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.F. Martínez-Alcántara, J. Reyes-Gonzaga, D.D. Castañeda-Martínez, S.A. Vázquez-Guevara

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una alteración autoinmunitaria que se debe a la activación crónica y recurrente del sistema inmunitario, con producción de anticuerpos y otros productos proteicos que contribuyen a la inflamación y al daño tisular. Los neutrófilos se han considerado desde hace tiempo como una fuente potencial de autoantígenos y citocinas proinflamatorias. El aumento de la formación de trampas extracelulares de neutrófilos (NET) se ha propuesto como un fenómeno que contribuye a la enfermedad en diferentes modos, al estimular la producción de IFN I por células dendríticas plasmacitoides y producir disfunción endotelial y cambios protrombóticos.

Objetivo: Determinar la relación entre la neutropenia y la aparición de manifestaciones graves del lupus eritematoso sistémico (nefritis lúpica, hemorragia alveolar difusa, trombocitopenia, manifestaciones neuropsiquiátricas). **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y comparativo (casos y controles anidados en una cohorte). La población de este estudio fueron los pacientes del servicio de reumatología de Centro Médico Nacional La Raza, de los años 2010 a 2022. Todos eran mayores de 18 años, hombres y mujeres, y cumplían los criterios de clasificación de la ACR/EULAR de 1997 para LES (Tabla 1). Se dividieron en dos grupos: grupo con neutropenia (neutrófilos totales < 1500 cel/mm³, caso) y grupo comparativo sin neutropenia, control). La estadística descriptiva incluyó variables cuantitativas expresadas en media, desviación estándar o mediana y rangos intercuartílicos según fuera la distribución de las variables; las variables cualitativas se expresaron en número y porcentajes. Se realizó un análisis bivariado con las pruebas ji cuadrada o T de Student. Se calculó razón de momios (*odds ratio*) con un intervalo de confianza del 95% y se utilizaron los datos de actividad de la enfermedad como una medida de desenlace en este modelo de regresión logística con el programa SPSS V.25 (Tabla 2). Un valor de p < 0,05 se consideró como estadísticamente significativo.

Tabla 1. Características basales de los pacientes con lupus eritematoso sistémico mayores de 18 años, n = 96. (CG044)

Edad,* años	36,8 (11,6)
Evolución, mediana (RIC), años	11 (10,75)
Comórbidos, mediana (RIC), índice de Charlson	0 (0)
Hemoglobina,* g/dL	11,2 (2,84)
VCM, mediana (RIC) fL	88 (7,3)
CHCM, mediana (RIC) g/dL	32 (3,9)
Leucocitos, mediana (RIC) células/mm ³	4450 (4980)
Neutrófilos totales, mediana (RIC) células/mm ³	2850 (3900)
Linfocitos totales, mediana (RIC) células/mm ³	800 (802)
Plaquetas, mediana (RIC) células/mm ³	121500 (147000)
DNA, mediana (RIC) alto	29,7 (99,7)
C3* bajo	70,3 (33,8)
C4, mediana (RIC) alto	12 (9,75)
Prednisona, mediana (RIC) mg	5 (21,8)
SLEDAI 2K, mediana (RIC) puntos	2 (4)
VSG* mm/h	23,47 (12,86)
PCR, mediana (RIC) mg/L	11,5 (16,38)

*Media, desviación estándar.

Tabla 2. Análisis de regresión logística de manifestaciones relacionadas con neutropenia. (CG044)

	Sin neutropenia	Con neutropenia	p	OR (IC95%)
Infecciones graves, n	1	6	0,13	5,52 (0,43-70,49)
Linfopenia, n	33	29	0,059	4,28 (0,94-19,3)
Cutáneo, n	4	28	0,181	2,93 (0,60-14,22)
Trombocitopenia grave, n	58	21	0,002	23,8 (3,35-169,94)
SLEDAI 2K > 10, n	2	4	0,51	2,25 (0,19-25,93)

Resultados: La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio correspondió a mujeres (92%), las cuales tenían una media de 36,8 años, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 11 años. La trombocitopenia fue la que se presentó en mayor medida en el estudio (82,3%). El síndrome de Fisher-Evans se relacionó en un 19,8%. Las manifestaciones renales se presentaron en un 53,1%. La mitad de los pacientes del estudio tenía una actividad baja (SLEDAI < 4), el 14% de ellos actividad moderada (SLEDAI, 5-10) y solo el 6% actividad alta de la enfermedad (SLEDAI > 10). Se encontró que el mayor número de pacientes con trombocitopenia grave (25 000 plaquetas) no tenía neutropenia (p = 0,002).

Conclusiones: En este estudio se concluyó que los pacientes con trombocitopenia grave no suelen presentar neutropenia, lo cual debe explicarse por un mecanismo diferente que afecte a distintas líneas celulares. En cuanto a otras manifestaciones informadas, y que se tomaron en cuenta para este estudio como la hemorragia alveolar difusa, la nefritis lúpica y el lupus neuropsiquiátrico, no se identificó relación con neutropenia. Por el momento, estas dos manifestaciones hematológicas señalan actividad de la enfermedad en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Es probable que en un futuro puedan conducirse estudios que incluyan a más pacientes y ayuden a determinar la vinculación con otras manifestaciones clínicas.

Bibliografía

1. Meyer A, Guffroy A, Blaison G, et al. Systemic lupus erythematosus and neutropaenia: a hallmark of haematological manifestations. *Lupus Sci Med.* 2020 Jul;7(1):e000399.
2. Tanha N, Hansen RB, Yang J, et al. Lymphopenia and neutropenia are associated with subsequent incident proteinuria in Danish patients with systemic lupus erythematosus. *Scand J Rheumatol.* 2020 Mar 3;49(2):122-30.

CG045

TINCIÓN DE GRAM MODIFICADA PARA TEJIDOS ARTICULARES MURINOS Y HUMANOS

S.A. González-Chávez, E. Chaparro-Barrera, C. Pacheco-Silva, L.R. Rivera-Chávez, R. López-García, M.F. Alvarado-Jáquez, C. Pacheco-Tena *Universidad Autónoma de Chihuahua*

Introducción: En las últimas décadas, los avances de la tecnología de secuenciación genómica han mejorado la comprensión del microbioma humano, lo que ha permitido describir la existencia de un microbioma en tejidos antes considerados estériles, incluida la articulación. La investigación sobre el microbioma articular es clave para la comprensión de la fisiopatología de las enfermedades reumáticas (ER). La tinción de Gram se ha modificado históricamente para conseguir tinciones en tejidos con el suficiente contraste de color entre las bacterias y las células eucariotas. No obstante, esta tinción no se ha estandarizado antes para reconocer las bacterias en las estructuras articulares de modelos murinos de articulación de ER o pacientes.

Objetivo: Estandarizar la tinción de Gram modificada para tejidos que describieron Brown y Hopps para la identificación de bacterias en estructuras articulares de ratones DBA/1 con el modelo de espondiloartritis (EspA) y muestras de cartilago de pacientes con osteoartritis (OA).

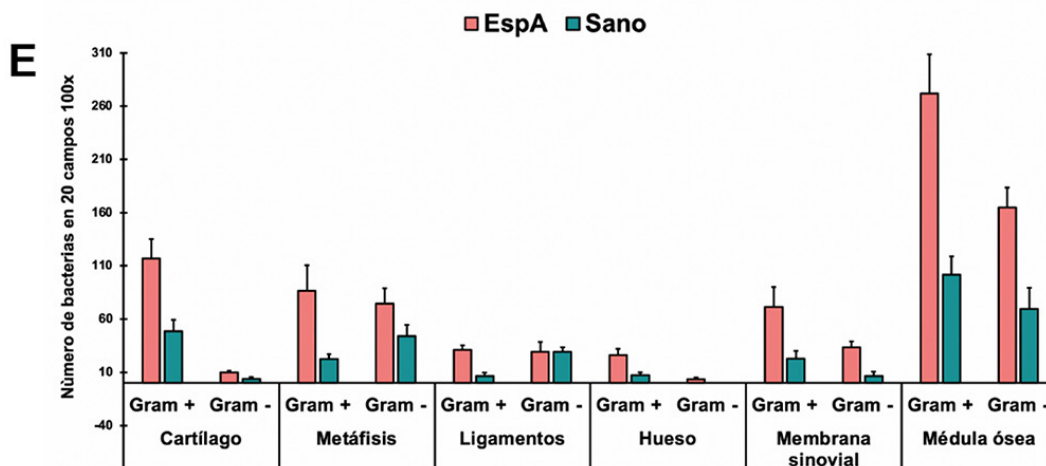
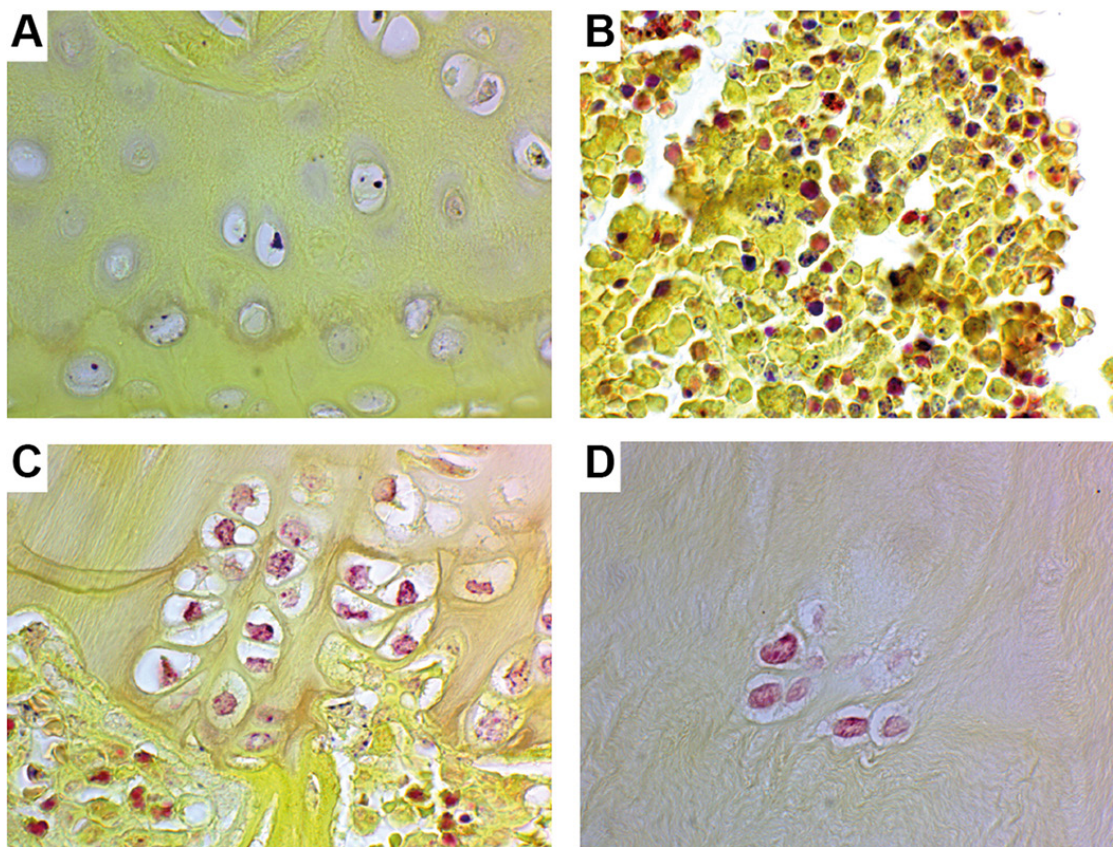
Material y métodos: El modelo de EspA se generó de acuerdo con el modelo de artritis espontánea en ratones DBA/1 (n = 10) y se usaron ratones BALB/c sanos como control (n = 10). Las muestras de cartilago humano se obtuvieron de pacientes con OA sometidos a cirugía de reemplazo articular que aceptaron participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado (n = 5). Las muestras se fijaron en formol, se descalcificaron con EDTA y se embebieron en parafina. Se obtuvieron cortes y se tiñeron de acuerdo con la descripción de Brown y Brenn. La estandarización de la técnica se consiguió al modificar las concentraciones y tiempos en los distintos colorantes y decolorantes hasta conseguir la visualización de bacterias definidas en color azul-violeta (grampositivas) o rosas (gramnegativas) que contrastaran claramente con el color amarillo del ácido pícrico teñido homogéneamente en las diferentes estructuras articulares. Una vez estandarizada la tinción se evaluó la presencia de bacterias en cartilago, metáfisis, hueso, ligamento, membrana sinovial y médula ósea de las rodillas de ratones DBA/1 con EspA y sanos.

Resultados: En las rodillas y patas de ratones DBA/1 y en las muestras de cartilago humano, la tinción de Gram modificada para tejidos que describieron Brown y Hopps mostró patrones de tinción inespecíficos de los colorantes cristal violeta y safranina, sobre todo en las áreas de alto contenido de colágena. Los tiempos de coloración y decoloración se ajustaron para conseguir tinciones específicas en los tejidos murinos y humanos tal y como se describen en la **Tabla 1**. Durante el proceso de estandarización se evidenció que pequeñas variaciones en los tiempos de teñido y desteñido afectan de manera directa los patrones de distribución de los colorantes de Gram. La cantidad de bacterias grampositivas y gramnegativas fue mayor en los tejidos de ratones con EspA en comparación con los sanos. Las

Tabla 1. Tinción de Gram modificada para tejidos articulares murinos y humanos. (CG045)

Acción	Con	Tiempo/observaciones
Desparafinar	Horno a 60-65°C	5 min
Desparafinar	Xileno	5 min
Desparafinar	Xileno	5 min
Enjuagar	Alcohol absoluto	3 min
Enjuagar	Alcohol 96%	3 min
Enjuagar	Alcohol 80%	3 min
Enjuagar	Alcohol 70%	3 min
Enjuagar	Alcohol 50%	3 min
Enjuagar	Agua destilada	3 min
Teñir	Cristal violeta+ NaCO ₃ 5%	2 min
Enjuagar	Agua destilada	Remover exceso de cristal violeta con piseta
Fijar	Yodo de Gram	2 min
Enjuagar	Agua destilada	Remover exceso de yodo de Gram con piseta
Secar	Papel filtro seco	Secar completamente
Diferenciar	Alcohol-acetona (1:1)	Hasta que el color azul cese de la laminilla
Contrateñir	Fucsina básica 0,025%	3 min
Enjuagar	Agua destilada	Remover exceso de fucsina con piseta
Diferenciar	Acetona pura	Sumergir una vez
Contrastar	Ácido pícrico-acetona 0,1%	Sumergir 20 veces a ritmo constante
Decolorar	Acetona pura	Sumergir una vez
Decolorar	Acetona-xileno (1:1)	Sumergir una vez
Clarificar	Xileno	1 min
Clarificar	Xileno	1 min
Clarificar	Xileno	1 min
Montar	Resina	Colocar el cubreobjetos

Figura 1. Tinción de Gram modificada para tejidos articulares murinos y humanos. Imágenes representativas de la técnica de Brown y Brenn para tinción de Gram en tejidos estandarizada para estructuras articulares murinas y humanas. (A-D) Bacterias grampositivas en cartílago (A), bacterias grampositivas y negativas en médula ósea (B), bacterias grampositivas y negativas en metáfisis (C) de ratones DBA/1 con EspA y bacterias gramnegativas en cartílago de paciente con osteoartritis (D). Cuantificación de bacterias en estructuras articulares de ratones DBA/1 con EspA (E). (CG045)



bacterias grampositivas fueron más abundantes que las gramnegativas. La médula ósea fue el sitio con mayor cantidad de bacterias, seguida por el cartílago y las metáfisis (Figura 1).

Conclusiones: Las estructuras articulares poseen componentes que determinan los tiempos de fijación de los colorantes de la tinción de Gram modificada para tejidos, por lo que esta debe estandarizarse. La tinción de Gram estandarizada para tejidos articulares murinos y humanos es de gran utilidad en el estudio de la patogenia de las ER al permitir la identificación de bacterias que pueden conformar el microbioma articular.

Bibliografía

- Clarkson SJ, Goswami K, Parvizi J. The microbiome of the joint. En: Hansen E, Kühn KD, editores. Essentials of cemented knee arthroplasty [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2022 [citado el 4 de septiembre de 2022]:101-7. Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/978-3-662-63113-3_10.
- Brown JH, Brenn L. A method for the differential staining of Gram-positive and Gram-negative bacteria in tissue sections. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital 1931;48:69-73.

CG046

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RECAÍDA EN PACIENTES CON ESPONDILoarTRITIS CON TRATAMIENTO ANTI-TNF ALFA DEL HOSPITAL CMN SIGLO XXI

I.M. Villarruel-Barajas, A.A. Ramírez-Pérez, J.R. Hernández-Vásquez, J.F. Verdugo-Félix, S.I. Castillo-Anaya

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

Introducción: La espondiloartritis afecta al 0,5% a 2% de la población global. Es fundamental implementar un tratamiento temprano para mejorar la calidad de vida y limitar la progresión del daño, pese a lo cual no todos los pacientes que reciben tratamiento con anti-TNF- α (factor de necrosis tumoral alfa) responden de igual modo.

Objetivo: Definir los factores de riesgo relacionados con recaída después de lograr la remisión de la enfermedad por más de un año con el uso de anti-TNF- α en pacientes con espondiloartritis.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo con pacientes del departamento de reumatología de la UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de espondiloartritis que cumplieron criterios ASAS del año 2009 y que habían logrado BASDAI < 4 con inicio de anti-TNF- α por > 6 meses en forma continua. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias. Las variables continuas se registraron en medias y desviación estándar (DE) o en medianas o rangos intercuartílicos según fuera la distribución de normalidad de los datos. Se determinó la relación de riesgo o protección para la aparición de recaída mediante el cálculo de razón de momios (*odds ratio*). Las pruebas estadísticas se realizaron con un nivel de confianza del 95%. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 25. El nivel de significancia estadístico se consideró un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 51 pacientes con una media de edad de 42,17 años $\pm 12,7$ DE. Del total de pacientes, 32 tuvieron espondilitis anquilosante (62,7%), 16 artritis psoriásica (31,4%), 2 artritis relacionada con enfermedad inflamatoria intestinal (3,9%), uno artritis indiferenciada (2%) y ninguno artritis reactiva. La mayor parte de los pacientes (45,1%) se encontraba en tratamiento con adalimumab y solo un paciente (2%) con secukinumab. Del total de participantes, 13 (25,5%) requirieron cambio de tratamiento biológico en algún punto de su seguimiento y 16 (31,4%) sufrieron recaída posterior al inicio del tratamiento con anti-TNF- α . Al analizar la relación entre las variables estudiadas en los pacientes que tuvieron recaída y los que no, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: En este estudio no se hallaron diferencias significativas al analizar la relación entre las variables proteína C reactiva, edad, duración de la enfermedad, tipo de espondiloartritis, tipo de anti-TNF- α , uso de fármaco biológico distinto de anti-TNF- α , género, estado nutricional, uso de AINE o cambio de tratamiento biológico. No se obtuvieron conclusiones respecto del efecto del peso normal, artritis reactiva e indiferenciada por falta de pacientes con estas características y un tamaño limitado de población. Ni la afección periférica ni el tabaquismo se evaluaron en este estudio; sin embargo, pueden ser variables interesantes y factibles de estudiar ya que en algunos estudios se ha observado que la ausencia de artritis periférica y el tabaquismo se vincularon con peor respuesta al tratamiento.

Bibliografía

1. Arends S, Brouwer E, van der Veer E, *et al*. Baseline predictors of response and discontinuation of tumor necrosis factor-alpha blocking therapy in ankylosing spondylitis: A prospective longitudinal observational cohort study. *Arthritis Res Ther*. 2011 Jun 14;13(3).

CG047

LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD PEQUEÑAS Y DENSAS COMO BIOMARCADOR DE ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

N. Guajardo-Jáuregui, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpiri-López, I.J. Colunga-Pedraza, D.E. Flores-Alvarado, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria crónica. Estos pacientes tienen riesgo cardiovascular aumentado debido a las características de la enfermedad. Reducir el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) es todavía un enfoque principal en la prevención de enfermedades cardiovasculares. Es importante considerar las subfracciones del LDL-C, como el LDL pequeño y denso (sdLDL). Incluso cuando los valores de LDL-C se hallan dentro de límites normales, se ha señalado que el sdLDL está elevado en condiciones inflamatorias crónicas. La relación de la enfermedad cardiovascular con sdLDL es notable, ya que estas partículas tienen la capacidad de penetrar la pared arterial y ello acentúa la susceptibilidad a la oxidación. No hay información sobre la relación de sdLDL con enfermedad aterosclerótica en pacientes con AP.

Objetivo: Evaluar la relación entre sdLDL y la aterosclerosis subclínica en pacientes con AP.

Material y métodos: Participaron 109 pacientes con diagnóstico de AP según los criterios de clasificación CASPAR 2006, ≥ 18 años. Se excluyó a los pacientes con un episodio CV previo, otra enfermedad del tejido conectivo o embarazo. Se realizó un ultrasonido carotídeo a todos los pacientes. La presencia de placa carotídea (PC) se consideró un grosor de la íntima-media carotídea (GIMC) $\geq 1,2$ mm o un estrechamiento focal $\geq 0,5$ mm. Se tomó una muestra de sangre para medir el perfil lipídico. Se calculó el sdLDL con la fórmula: $0,580$ (lipoproteína de baja densidad no-HDL) + $0,407$ (LDL-C directo) - $0,719$ (LDL-C calculado) - $12,05$, en la cual LDL-C calculado = colesterol total (CT) - HDL-C - (triglicéridos/5). Los pacientes se dividieron en dos grupos, con y sin PC. Las comparaciones se realizaron con las pruebas ji cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney. Las correlaciones entre grosor de la GIMC y perfil lipídico se efectuaron con el coeficiente de correlación de Spearman (rs). Se consideró estadísticamente significativo un valor $p \leq 0,05$.

Resultados: Los pacientes con AP y PC eran mayores (57,9 vs. 50,8 años, $p = 0,001$), con mayor prevalencia de diabetes mellitus (34,1% vs. 15,4%, $p = 0,023$), y mayor sdLDL (102,1 vs. 96,7 mg/dL, $p = 0,003$) (Tabla 1). En el análisis univariado se reconoció una correlación positiva moderada entre sdLDL y GIMC ($rs = 0,305$, $p = 0,001$), y una correlación positiva baja entre CT y GIMC ($rs = 0,199$, $p = 0,038$). Posteriormente, un análisis

Tabla 1. Comparación de características clínicas y demográficas entre pacientes con diagnóstico de AP, con y sin PC. (CG047)

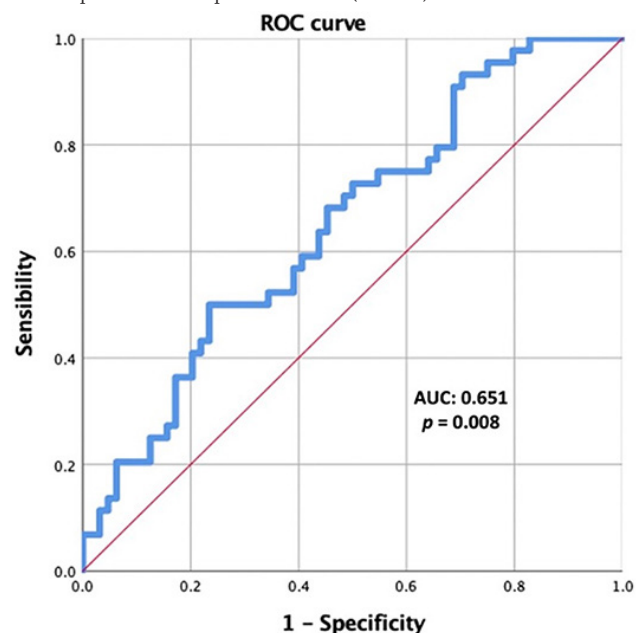
Características	Pacientes con AP y PC (n = 44)	Pacientes con AP sin PC (n = 65)	Valor de p
Mujeres, n (%)	23 (52,3)	38 (58,5)	0,523
Edad, años, media \pm DE	57,9 \pm 12,3	50,8 \pm 9,1	0,001
DMT2, n (%)	15 (34,1)	10 (15,4)	0,023
Hipertensión, n (%)	20 (45,5)	21 (32,3)	0,164
Dislipidemia, n (%)	24 (54,5)	25 (38,5)	0,098
Obesidad, n (%)	14 (31,8)	26 (40,0)	0,385
Tabaquismo activo, n (%)	7 (15,9)	14 (21,5)	0,528
Duración de la enfermedad, años, mediana (p25°-p75°)	7 (3-12)	4 (2-8)	0,141
MTX, n (%)	28 (63,6)	35 (53,8)	0,310
Glucocorticoides, n (%)	6 (13,6)	11 (16,9)	0,643
FARMEb, n (%)	18 (40,9)	20 (30,8)	0,276
Triglicéridos, mg/dL, media \pm DE	176,6 \pm 104,6	146,6 \pm 68,9	0,073
CT, mg/dL, media \pm DE	186,8 \pm 40,5	174,2 \pm 34,2	0,082
HDL-C, mg/dL, media \pm DE	49,6 \pm 17,1	48,7 \pm 14,4	0,766
LDL-C, mg/dL, media \pm DE	102,1 \pm 34,5	96,7 \pm 29,4	0,378
sdLDL, mg/dL, media \pm DE	37,4 \pm 12,1	30,3 \pm 11,7	0,003

AP, artritis psoriásica; PC, placa carotídea; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; MTX, metotrexato; FARMEb, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; CT, colesterol total; HDL, lipoproteína de alta densidad; LDL, lipoproteína de baja densidad; sdLDL, LDL pequeño y denso.

multivariado, ajustado por edad y CT, reveló que el sdLDL elevado está vinculado de forma independiente con aumento del GIMc, con un $\beta = 0,007$ (IC95%, 0,002-0,012; $p = 0,012$). Un análisis de curva ROC para evaluar la capacidad de sdLDL de identificar PC en pacientes con AP mostró un AUC de 0,651 (IC95%, 0,547-0,754; $p = 0,008$), con punto de corte de 32,3, sensibilidad de 63,6% y especificidad de 56,2% (Figura 1).

Conclusiones: Este estudio reveló una relación significativa entre sdLDL y aterosclerosis subclínica en pacientes con AP. Se observaron valores elevados de sdLDL en pacientes con PC y estas cifras incrementadas estaban relacionadas de forma independiente con un mayor GIMc. Asimismo, el sdLDL demostró tener capacidad para identificar a los pacientes con AP y PC. La medición o cálculo del sdLDL debe incorporarse a la evaluación sistemática del riesgo cardiovascular en pacientes con AP.

Figura 1. Análisis de curva ROC de la capacidad diferenciadora de sdLDL para identificar placa carotídea. (CG047)



Bibliografía

1. Sorokin AV, Patel N, Li H, *et al.* Estimated sdLDL-C for predicting high-risk coronary plaque features in psoriasis: a prospective observational study. *Lipids Health Dis.* 2023 Apr 27;22(1):55.
2. Palazhy S, Kamath P. Estimation of small, dense LDL particles using equations derived from routine lipid parameters as surrogate markers. *Biochemistry & Analytical Biochemistry.* 2014;3(1).

CG048

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE INVOLUCRO UNGUEAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y SEIS CALCULADORAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M.F. Elizondo-Benítez, J.R. Azpiri-López, I.J. Colunga-Pedraza, D.A. Galarza-Delgado, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera, R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez, A. Guajardo-Aldaco, V. González-González

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad crónica, inflamatoria e inmunomediada que afecta hasta al 30% de los pacientes con psoriasis. El compromiso ungueal afecta al 80% de los pacientes con AP y al 30% a 50% de los pacientes con psoriasis. La afectación de las uñas

en pacientes con esta última se ha vinculado con una mayor prevalencia de síndrome metabólico, mayor riesgo de insuficiencia cardíaca y mayor riesgo cardiovascular (RCV) en general.

Objetivo: Determinar la relación entre el índice de gravedad de la psoriasis ungueal (NAPSI) y el riesgo cardiovascular evaluado mediante seis calculadoras de RCV.

Material y métodos: Estudio transversal y comparativo en pacientes con AP (CASPAR 2006) mayores de 18 años. Se excluyó a los pacientes con síndromes superpuestos, antecedentes de episodios cardiovasculares mayores y embarazadas. El NAPSI se obtuvo a través de exploración física y los pacientes se dividieron en dos grupos: sin y con afectación ungueal. El RCV de cada paciente se evaluó mediante seis algoritmos: *Framingham lipids* y BMI, ACC/AHA, ESC (SCORE), *QRISK3 Reynolds Risk Score*. Se realizaron las pruebas estadísticas según correspondiera. Se tomó un valor estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. La correlación se llevó a cabo con rho de Spearman.

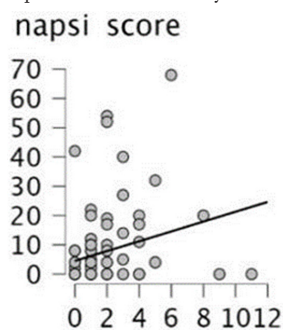
Resultados: Se incluyó a 85 pacientes con AP, en su mayoría mujeres (55,2%), con una edad media de $55,9 \pm 8,14$ años. La comorbilidad cardiovascular más prevalente fue la dislipidemia (44,7%). Hubo diferencia estadísticamente significativa en el DAS28PCR entre los grupos ($2,33 \pm 1,0$ vs. $2,99 \pm 1,5$, $p = 0,021$), DAPSA ($p = 0,016$), PASI ($p = 0,013$) y valor de SCORE (1,0 (0,0-2,0) respecto de 1,5 (1-3), $p = 0,023$) (Tabla 1). Se encontró una correlación positiva entre NAPSI y la edad (r de Pearson = 0,213, $p = 0,025$) y SCORE (rho de Spearman = 0,321, $p = 0,001$) (Figura 1).

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y del ecocardiograma. (CG048)

Variables	NAPSI < 1 n = 45	NAPSI > 1 n = 40	Valor p
Edad, años, \pm DE	57,6 \pm 8,7	47,8 \pm 10,1	NS
Mujeres, n (%)	26 (57,7)	21 (52,5)	NS
Comorbilidades			
Diabetes, n (%)	8 (17,7)	12 (30,0)	NS
Hipertensión, n (%)	20 (44,4)	13 (32,5)	NS
Dislipidemia, n (%)	21 (46,6)	17 (42,5)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	7 (15,5)	7 (17,5)	NS
Obesidad, n (%)	16 (35,5)	17 (42,5)	NS

NAPSI, *Nail Psoriasis Activity Index*, Índice de gravedad de la psoriasis ungueal; NS, no significativo; DE, desviación estándar.

Figura 1. Correlación positiva entre NAPSI y SCORE. (CG048)



Conclusiones: Una puntuación de NAPSI ≥ 1 se relaciona con un mayor RCV evaluado mediante el algoritmo SCORE, así como con una correlación positiva con otras herramientas de evaluación de la enfermedad. Los pacientes con AP y afectación de ungueal deben someterse a un seguimiento estrecho del RCV debido a su mayor riesgo de desarrollar episodios cardiovasculares en comparación con la población de AP sin compromiso ungueal.

Bibliografía

1. Colunga-Pedraza IJ, Galarza-Delgado DA, Azpiri-López JR, *et al.* Nail involvement in psoriatic arthritis patients is an independent risk factor for carotid plaque. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 24 de junio de 2021

[consultado el 18 de diciembre de 2023]: annrheumdis—2021-220782. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2021-220782>.

- Arif A, Roesyanto Mahadi ID, Yosi A. Correlation between nail psoriasis severity index score with quality of life in nail psoriasis. *Bali Med J* [Internet]. 30 de abril de 2021 [consultado el 18 de septiembre de 2024];10(1):256. Disponible en: <https://doi.org/10.15562/bmj.v10i1.2198>.

CG049

ALTERACIONES LIPÍDICAS Y EL IMPACTO DE LOS BIOLÓGICOS EN EL MANEJO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

O.A. Garza-Flores, A.L. Guajardo-Aldaco, M.F. Elizondo-Benítez, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El tratamiento biológico se ha vinculado con alteraciones lipídicas sin cambios en los resultados de enfermedades cardiovasculares. El efecto de la modalidad biológica en los parámetros lipídicos entre pacientes con artritis psoriásica (AP) tratados con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (FARMEb) no se ha definido. **Objetivo:** Comparar los valores séricos de lípidos, el riesgo cardiovascular (RCV), la prevalencia de placas carotídeas (PC) y el aumento del grosor de la íntima-media carotídeo (GIMc) entre pacientes con AP, con y sin tratamiento biológico.

Material y métodos: Estudio observacional, comparativo y transversal en pacientes que cumplieran con los criterios de clasificación para la artritis psoriásica (CASPAR) de 2006. Se excluyó a los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica y embarazo. Se realizó una historia clínica y análisis de sangre. La actividad de la enfermedad se midió mediante el Índice de la Actividad de la Enfermedad en la Artritis Psoriásica (DAPSA), el Índice de Área y Gravedad de la Psoriasis (PASI) y el Índice de Gravedad de la Psoriasis Ungueal (NAPSI). El RCV se determinó con las calculadoras ASCVD de la AHA, QRISK3 y SCORE. Se utilizó la ecografía carotídea en modo B para cuantificar el GIMc y determinar la presencia de placas. Se definió el aumento del GIMc como $\geq 0,8$ mm. Se definió PC como un estrechamiento focal de 0,5 mm de la luz circundante o un GIMc $> 1,2$ mm. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias (%), media (\pm DE) y mediana ($p25^\circ$ - $p75^\circ$), y las comparaciones se efectuaron con las pruebas ji cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney, según correspondiera. Se consideró $p \leq 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se inscribió a 112 pacientes que cumplieran los criterios. La prevalencia del uso de FARMEb fue del 33,92%. Los FARMEb más administrados fueron los inhibidores de TNF (84,84%). Los pacientes en tratamiento biológico tuvieron una puntuación NAPSI significativamente menor que aquellos con FARME sintéticos (0,00 [0,00-50,00] vs. 2,00 [0,00-80,00], $p = 0,013$). No se identificaron diferencias significativas en DAPSA, PASI, DAS28-PCR o DAS28-VSG. Los pacientes con tratamiento biológico tuvieron mayores valores de colesterol total (CT) ($188,23 \pm 38,53$ vs. $171,09 \pm 33,51$; $p = 0,017$) y colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) ($107,46 \pm 29,13$ vs. $93,07 \pm 29,07$; $p = 0,016$) en comparación con aquellos sin él. No se hallaron diferencias significativas entre el tratamiento biológico y el riesgo cardiovascular, la prevalencia de PC o la prevalencia de GIMc aumentado (Tabla 1).

Conclusiones: En esta población se observó que los pacientes tratados con FARMEb tuvieron cifras elevadas de colesterol total (CT) y lipoproteína de baja densidad (LDL-C). Sin embargo, estos aumentos no se tradujeron en diferencias significativas en el RCV, la prevalencia de placas carotídeas o GIMc aumentado. A pesar de ello, la ausencia de efectos inmediatos sobre el riesgo cardiovascular no debe soslayar la importancia de controlar los valores de lípidos en sangre. La vigilancia regular es crucial para detectar posibles cambios a largo plazo que puedan incrementar el riesgo de complicaciones cardiovasculares. En pacientes bajo tratamiento biológico, la vigilancia de los perfiles lipídicos permite ajustar intervenciones tempranas y prevenir futuros episodios cardiovasculares, dado que las dislipidemias

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas. (CG049)

Variable	Pacientes sin tratamiento biológico n = 74	Pacientes con tratamiento biológico n = 38	p
Edad, media \pm DE	53,85 \pm 12,89	51,89 \pm 9,01	NS
Género			
Mujeres, n (%)	42 (56,75)	22 (57,89)	NS
Hombres, n (%)	32 (43,24)	16 (42,10)	NS
Biológico			
Inhibidor de TNF	-	32 (84,21)	-
Anti-IL-17	-	4 (10,52)	-
Otro	-	2 (5,26)	-
Actividad de la enfermedad			
DAPSA, media \pm DE	19,84 \pm 17,13	15,70 \pm 11,93	NS
NAPSI, mediana (RIC)	2,00 (0,00-80,00)	0,00 (0,00-50,00)	0,013
PASI, mediana (RIC)	1,40 (0,00-36,00)	0,60 (0,00-1790)	NS
DAS28-PCR, media \pm DE	2,65 \pm 1,30	2,50 \pm 1,05	NS
DAS28-VSG, media \pm DE	4,04 \pm 1,59	3,71 \pm 1,35	NS
Calculadoras de RCV			
ASCVD, mediana (RIC)	6,60 (0,30-56,30)	4,35 (0,40-64,70)	NS
QRISK3, mediana (RIC)	5,60 (0,30-46,10)	4,85 (0,30-39,20)	NS
SCORE, mediana (RIC)	1,00 (0,00-12,00)	1,00 (0,00 14,00)	NS
Pruebas de laboratorio			
PCR, mediana (RIC)	0,69 (0,01-6,80)	0,34 (0,00-3,46)	< 0,001
VSG, mediana (RIC)	18,00 (1,00-103,00)	14,50 (3,00-43,00)	NS
CT, media \pm DE	171,09 \pm 33,51	188,23 \pm 38,53	0,017
LDL-C, media \pm DE	93,07 \pm 29,07	107,46 \pm 29,13	0,016
HDL-C, mediana (RIC)	46,65 (20,50-112,60)	47,4 (24,10-100,40)	NS
Ultrasonido carotídeo			
Placa carotídea, n (%)	19 (25,67)	15 (39,47)	NS
GIMc aumentado, n (%)	8 (10,81)	5 (13,15)	NS
Otros fármacos			
Glucocorticoides, n (%)	18 (24,32)	3 (7,89)	0,055

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; Inhibidor de TNF, inhibidor del factor de necrosis tumoral; anti-IL-17, antiinterleucina 17; DAPSA, Índice de actividad de la enfermedad en artritis psoriásica; NAPSI, Índice de gravedad de la psoriasis ungueal; PASI, Índice de gravedad y área de la psoriasis; DAS28-PCR, Índice de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones-proteína C reactiva; DAS28-VSG, Índice de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones-velocidad de sedimentación globular; ASCVD, Algoritmo de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica; CT, colesterol total; LDL-C, colesterol de lipoproteínas de baja densidad; HDL-C, colesterol de lipoproteínas de alta densidad; PC, placa carotídea; GIMc, grosor íntima-media carotídeo.

son un factor clave en el desarrollo de las enfermedades cardíacas. Un enfoque preventivo en el control de lípidos es esencial para optimizar la salud cardiovascular en estos sujetos.

Bibliografía

- Sparks JA, Lesperance T, Accortt NA, et al. Subsequent cardiovascular events among patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, or psoriasis: patterns of disease-modifying antirheumatic drug treatment. *Arthritis Care Res. (Hoboken)* 2019;71(4):512-20.

CG050

TIEMPO DE TRANSICIÓN ENTRE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA Y SU ASOCIACIÓN CON LA ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA

M.F. Elizondo-Benítez, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, A.L. Guajardo-Aldaco, V. González-González, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, D.A. Salcedo-Almanza

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad heterogénea que puede presentarse de forma posterior al desarrollo de la psoriasis o simultánea a él. El tiempo de transición de la psoriasis a la AP no se explica completamente solo por factores genéticos. Por lo tanto, los cambios clínicos, ambientales e inmunológicos pueden desempeñar un papel importante. Los estudios previos han señalado el importante papel de la psoriasis y la AP en la enfermedad cardiovascular, y esta es la primera causa de mortalidad en ambas poblaciones.

Objetivo: Determinar la relación entre la aterosclerosis subclínica y el inicio de la transición de la psoriasis a la artritis psoriásica.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y comparativo de pacientes con AP que cumplían los criterios de clasificación para la artritis psoriásica (CASPAR) de 2006, con 18 años o más. Se excluyó a los pacientes con diagnóstico de síndromes superpuestos, antecedentes de episodios cardiovasculares mayores (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca) y las embarazadas. La edad de inicio se definió a través de la historia clínica y los pacientes se emparejaron por edad y se dividieron en dos grupos: pacientes con psoriasis y AP concurrentes (< 1 año) y pacientes con psoriasis antes de AP (> 1 año). Todos los pacientes fueron objeto de una ecografía carotídea en modo B por un radiólogo certificado que no conocía la información clínica. La aterosclerosis subclínica se consideró como la presencia de placa carotídea (PC), definida como un grosor íntima-media carotídeo (GIMc) $\geq 1,2$ mm o un estrechamiento focal $\geq 0,5$ mm de la luz circundante, o la presencia de un aumento del cIMT ($\geq 0,8$ mm). La distribución de los grupos se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se efectuaron mediante las pruebas ji cuadrada, Kruskal-Wallis, t de Student y U de Mann-Whitney. Un valor de p de $\leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 52 pacientes con AP, en su mayoría mujeres (55,7%), con una edad media de $55,5 \pm 12,2$ años. El intervalo medio de años de transición entre la psoriasis y la AP fue de $5,3 \pm 7,9$ años. La comorbilidad cardiovascular más prevalente fue la dislipidemia (44,2%) en ambos grupos. No hubo diferencia entre los grupos en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular comunes (diabetes, hipertensión, dislipidemia, tabaquismo activo y obesidad). Se encontró una diferencia significativa en la presencia de aterosclerosis subclínica entre los grupos, con una mayor prevalencia de placa carotídea registrada en los grupos de psoriasis y AP concurrentes (50% vs. 23%, p = 0,007) (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas. (CG050)

Características	Psoriasis y AP concurrentes (n = 26)	Psoriasis antes de AP (n = 26)	Valor de p
Edad, años, media \pm DE	57,1 \pm 12,6	53,8 \pm 11,8	NS
Edad durante la transición, media \pm DE	45,4 \pm 12,3	45,41 \pm 11,7	NS
Intervalo de transición, mediana de años (RIC)	0 (0-0)	7,5 (4,1-14,5)	< 0,001
Duración mediana de la enfermedad psoriásica (RIC)	10 (4,6-11)	14 (8,5-22,7)	0,016
Duración de la enfermedad psoriásica, años, mediana (RIC)	10 (5-12)	6,5 (2-10,7)	NS
Mujeres, n (%)	14 (53,8)	15 (57,6)	NS
Diabetes, n (%)	6 (23,0)	5 (19,2)	NS
Hipertensión, n (%)	13 (50)	7 (26,9)	NS
Dislipidemia, n (%)	11 (42,3)	12 (46,1)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	4 (15,3)	3 (11,5)	NS
Obesidad, n (%)	9 (34,6)	8 (30,7)	NS
DAS28CRP, media \pm DE	2,41 \pm 1,43	2,96 \pm 1,69	NS
DAPSA, media \pm DE	14,1 \pm 17,5	16,1 \pm 19,7	NS
Articulaciones dolorosas, mediana (RIC)	1 (0,0-4,7)	2 (0,0-8,7)	NS
Articulaciones inflamadas, mediana (RIC)	0,5 (0,0-5,0)	0 (0,0-1,0)	NS
Placa carotídea, n (%)	13 (50)	6 (23,0)	0,044
Aumento de la GIMc, n (%)	5 (19,2)	3 (11,5)	NS

AP, artritis psoriásica; DAS28CRP, Índice de Actividad de la Enfermedad 28-articulaciones con cálculo de la proteína C reactiva; DAPSA, Índice de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica; GIMc, grosor de la íntima-media carotídea; RIC, rango intercuartílico.

Conclusiones: Los pacientes que mostraron psoriasis y AP simultáneas tienen características clínicas diferentes y un mayor riesgo cardiovascular en comparación con los pacientes con psoriasis antes de la AP. Pocos estudios han comparado el inicio transitorio de esta enfermedad. Esta categorización podría tener implicaciones significativas para la investigación epidemiológica sobre el pronóstico de la enfermedad psoriásica. Este enfoque podría ofrecer puntos focales potenciales para la prevención de la artritis psoriásica y sus repercusiones cardiovasculares.

Bibliografía

- Queiro R, Lorenzo A, Tejón P, *et al.* Polyarticular evolution and late-onset psoriasis may be associated with cardiovascular disease in psoriatic arthritis. *Int J Rheum Dis* [Internet]. 5 de noviembre de 2018 [consultado el 15 de diciembre de 2023];22(2):269-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1756-185x.13421>.
- Fragoulis GE, Nikiphorou E, McInnes IB, *et al.* Does age matter in Psoriatic arthritis? A narrative review. *J Rheumatol* [Internet]. 15 de agosto de 2021 [consultado el 15 de diciembre de 2023];jrheum.210349. Disponible en: <https://doi.org/10.3899/jrheum.210349>.
- Ferraz-Amaro I, Hernández-Hernández MV, *et al.* HDL cholesterol efflux capacity is related to disease activity in psoriatic arthritis patients. *Clin Rheumatol*. 2020;39:1871-80.

CG051

PREVALENCIA DE AUTOANTICUERPOS PARA MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS EN PACIENTES HISPANOS

A.K. Garza-Elizondo, H. Moreno-Dávila, D.A. Salcedo-Soto, P. Gámez-Siller, G.A. Madrid-López, M.F. Ortiz-Nuño, G. Rodríguez-Orozco, A.A. Prado-Prado, J.A. Cárdenas-De la Garza, M.A. Villarreal-Alarcón, D. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El uso y la utilidad de los autoanticuerpos específicos de la miositis (MSA) y los autoanticuerpos relacionados con la miositis (AMA) se han incrementado en el transcurso de los años, debido a correlaciones entre estos autoanticuerpos, manifestaciones clínicas específicas, respuestas a los tratamientos y pronóstico. Los estudios en la prevalencia de MSA/AMA y su vinculación con la clínica suelen diferir por los criterios de inclusión, demografía y las pruebas de cribado utilizadas. Existe información limitada de la prevalencia de estos autoanticuerpos en la población hispana. Comprender la prevalencia y la frecuencia en diferentes grupos de pacientes contribuye a la estandarización y rápida adopción de anticuerpos en la evaluación de miopatías inflamatorias en estos grupos.

Objetivo: Describir la prevalencia de autoanticuerpos para miopatías inflamatorias en pacientes hispanos.

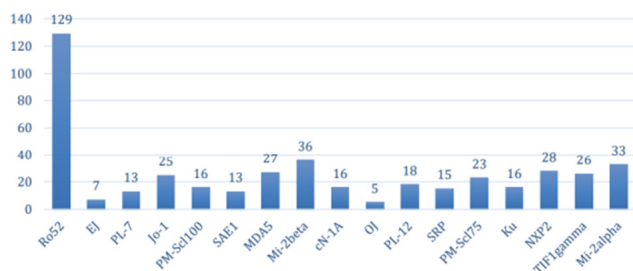
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal desde julio del 2016 hasta diciembre de 2023 en el servicio de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, México. Se realizó una prueba de *immunoblot* de miopatías inflamatorias autoinmunitarias con 17 autoanticuerpos en pacientes con sospecha de miopatías inflamatorias idiopáticas. Los resultados se recopilaron en una base de datos durante ese periodo. Los puntos de corte para categorizar los resultados del *immunoblot* fueron: 0-7 negativos; 8-14 limitrofes; 15-35 positivos débiles; 36-70 positivos moderados; y 71-255 positivos fuertes.

Resultados: Se examinó a un total de 997 pacientes en los últimos siete años, 446 (44,7%) de los cuales registraron un resultado positivo moderado y fuerte. El autoanticuerpo más alto identificado en 129 (12,9%) pacientes fue RO52. Por el contrario, el autoanticuerpo con la menor prevalencia para resultados moderado y fuerte positivo fueron OJ con 5 (0,5%), EJ con 7 (0,7%) y SAE1 con 15 (1,5%). Entre los autoanticuerpos específicos para dermatomiositis, la mayor prevalencia fueron Mi-2 β con 36 (3,6%) y Mi-2 α con 33 (3,3%). La **Figura 1** muestra el resto de los autoanticuerpos.

Conclusiones: Este estudio demuestra la prevalencia de autoanticuerpos con sospecha de miopatías inflamatorias, con información relevante sobre

la distribución de estos marcadores en la población estudiada. El autoanticuerpo RO52 tuvo la mayor prevalencia en pacientes hispanos, al menos tres veces más alto que cualquier otro autoanticuerpo. Los que tuvieron la menor prevalencia fueron EJ y OJ. Los autoanticuerpos específicos para dermatomiositis con mayor prevalencia fueron Mi-2β y Mi-2α; el que tuvo la menor fue SAE.

Figura 1. Prevalencia de autoanticuerpos para miopatías inflamatorias idiopáticas en pacientes hispanos. (CG051)



Bibliografía

1. Betteridge Z, McHugh N. Myositis-specific autoantibodies: an important tool to support diagnosis of myositis. *J Intern Med.* 2016;280(1):8-23.
2. Gracia-Arechiga TS, Villarreal-Alarcón MA, Hermosillo-Villafraña J, et al. Seventeen myositis autoantibodies: serological profile of Hispanic patients with idiopathic inflammatory myopathies. *Ann Rheum Dis.* 2018;77(1):1537.

CG052

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES HISPANOS CON DERMATOMIOSITIS ANTI-SAE

D.A. Salcedo-Soto, R.I. Arvizu-Rivera, H.A. Martínez-Espinosa, J.P. González-Morales, C.M. Skinner-Taylor, G. Serna-Peña, M.A. Villarreal-Alarcón, D.A. Galarza-Delgado, J.A. Cárdenas-De la Garza

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Cinco autoanticuerpos se consideran específicos para la dermatomiositis (DM); los menos frecuentes son los anticuerpos anti-enzima

activadora de pequeño modificador similar a la ubiquitina (SUMO). La enzima activadora de SUMO (SAE), compuesta por las subunidades SAE1 y SAE2, regula la actividad de SUMO, un grupo de proteínas que participa en diversos procesos celulares. Los anticuerpos anti-SAE se identificaron por primera vez en 2007, con una prevalencia que varía entre el 1% y el 3% en cohortes asiáticas y el 1% y el 8% en cohortes europeas. Estos pacientes suelen mostrar manifestaciones cutáneas inespecíficas, lo que complica su diagnóstico.

Objetivo: Describir las características clínicas de pacientes hispanos con DM anti-SAE.

Material y métodos: Estudio transversal en el Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, México, de marzo a mayo de 2024. Se buscaron en la base de datos del laboratorio de reumatología todos los paneles de *immunoblot* de miopatía inflamatoria autoinmunitaria que incluían 16 autoanticuerpos realizados entre febrero de 2016 y diciembre de 2023. Los puntos de corte para la evaluación de anti-SAE se asignaron de acuerdo con las recomendaciones del fabricante: negativo, 0-7 U; límite, 8-14 U; débil positivo, 15-35 U; moderado positivo, 36-70 U; y fuerte positivo, 71-255 U. Se incluyó a pacientes con resultados moderados o fuertes positivos para anti-SAE, y se excluyó a aquellos con resultados negativos, límites o débiles positivos, o que recibieron seguimiento en otras instituciones.

Resultados: Se evaluaron 1018 paneles de miopatía inflamatoria autoinmunitaria. Los resultados de anti-SAE fueron: negativos en 921 (90,47%), límites en 66 (6,48%), débiles positivos en 17 (1,67%), moderados positivos en 4 (0,39%) y fuertes positivos en 10 (0,98%). De 14 casos moderados/fuertes positivos se excluyeron siete por panel duplicado o seguimiento en otra institución. La prevalencia del anti-SAE en los paneles de miopatía evaluados fue de 1,38%, que se encuentra dentro de los límites notificados previamente en otros estudios. Las características clínicas de los siete pacientes con DM anti-SAE fueron: tres mujeres y cuatro hombres, con una edad media de 52,42 ± 6,57 años (**Tabla 1**). El tiempo promedio antes del diagnóstico fue de 2,5 años (1 mes a 10 años). Cuatro de siete pacientes (57,14%) recibieron un diagnóstico inicial erróneo. La creatina cinasa tuvo un promedio de 100,71 ± 26,04 U/L. Seis de siete pacientes (85,71%) fueron positivos para ANA con diluciones de 1:80 a 1:1260.

Conclusiones: Este es uno de los primeros estudios que describe la frecuencia, la demografía y las manifestaciones clínicas de pacientes hispanos diagnosticados con DM anti-SAE. Los hallazgos de este estudio contribuyen al conocimiento de la DM anti-SAE en esta población. Las manifestaciones cutáneas típicas, como el signo de la "V", las lesiones de Gottron y las lesiones periungueales, fueron consistentes con lo informado en estudios previos. No obstante, en la aparición de manifestaciones cutáneas raras, como los "pies de excursionista" y la eritrodermia, destaca la presencia de variantes clínicas menos comunes en estos pacientes. Reconocer este

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con dermatomiositis anti-SAE. (CG052)

	Hombre, 37 años	Mujer, 75 años	Mujer, 60 años	Mujer, 31 años	Mujer, 63 años	Hombre, 39 años	Hombre, 62 años
Diagnóstico previo	Dermatitis atópica	LES	Ninguno	LES, NL, COVID persistente	Ninguno	Neumonía infecciosa	Ninguno
Manifestaciones iniciales	Enfermedad cutánea	Enfermedad cutánea	Enfermedad cutánea y muscular	Enfermedad muscular	Enfermedad cutánea y muscular	Hemoptisis	Enfermedad cutánea
Alopecia	✓	-	-	✓	-	-	-
Eritema facial	-	✓	-	✓	-	-	-
Signo de heliotropo	-	-	✓	-	✓	-	✓
Signo de la V	-	-	✓	-	-	-	✓
Lesiones de Gottron	✓	-	✓	-	-	-	✓
Lesiones periungueales	✓	-	✓	-	-	-	✓
Signo del chal	-	-	-	-	-	-	✓
Manos de mecánico	✓	-	-	-	-	-	-
Alas de ángel	✓	-	-	-	-	-	-
Signo de Holster	-	-	-	-	-	-	✓
Pies de excursionista	✓	-	-	-	-	-	-
Debilidad muscular	-	✓	✓	✓	✓	-	-
CK elevada	-	✓	✓	✓	✓	-	-
Disfagia	-	✓	✓	-	✓	-	-
Enfermedad pulmonar intersticial	-	NV	NV	✓	-	✓	NV
Comentarios	Dermatomiositis amiopática	Muerte por neumonía por COVID-19 Eritrodermia	Sarcoma de la pared abdominal especificado	Paniculitis	Referido por dermatólogo	Positividad anticentrómero, aldolasa elevada, síndrome de superposición	Dermatomiositis amiopática

NV, no valorado; LES, lupus eritematoso sistémico; NL, neumonitis lúpica; CK, creatina cinasa.

fenotipo, incluidas las manifestaciones cutáneas atípicas, puede facilitar un diagnóstico y tratamiento oportunos en esta población.

Bibliografía

1. Betteridge Z, Gunawardena H, North J, *et al.* Identification of a novel autoantibody directed against small ubiquitin-like modifier activating enzyme in dermatomyositis. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology.* 2007 Sep;56(9):3132-7.
2. Wolstencroft PW, Fiorentino DF. Dermatomyositis clinical and pathological phenotypes associated with myositis-specific autoantibodies. *Current Rheumatology Reports.* 2018 May;20:1-1.

CG053

EL IMPACTO DEL COVID-19 EN LAS TENDENCIAS DE LAS PRUEBAS DE MIOSITIS

A.K. Garza-Elizondo, E.S. Sánchez-Peralta, R.I. Arvizu-Rivera, P. Gámez-Siller, D.A. Salcedo-Soto, J.A. Cárdenas-De la Garza, G. García-Arellano, M.A. Villarreal-Alarcón, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII), también conocidas como miositis, son un grupo de trastornos heterogéneos autoinmunitarios, que suelen evolucionar a lesión muscular. Los anticuerpos apoyan el diagnóstico de MII y pueden anticipar el pronóstico de la miositis. Existen informes de la pandemia de COVID-19 que relacionan la infección de SARS-CoV-2 con un empeoramiento de la actividad de la enfermedad y un incremento de las hospitalizaciones.

Objetivo: Describir la prevalencia de los anticuerpos para MII antes, durante y después del COVID-19.

Material y métodos: Se condujo un estudio transversal en el periodo de julio de 2016 a diciembre de 2023 en el servicio de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se llevó a cabo un panel de *immunoblot* para miopatías inflamatorias autoinmunitarias con 17 autoanticuerpos en pacientes con sospecha de MII. Los resultados se recolectaron en una base de datos durante este periodo. Los puntos de corte para categorizar los resultados del *immunoblot* fueron: negativo, 0-7; 8-14, limitrofe; 15-35, débil positivo; 36-70, moderado positivo; y 71-255, fuerte positivo. Se consideraron tan solo los anticuerpos moderada y fuertemente positivos. Se separó a los pacientes en tres grupos: antes del COVID-19 (2016-2019), durante la emergencia sanitaria por COVID-19 (2020-2022), y después de dejar de considerarse una emergencia sanitaria en México debido a la alta inmunidad por infección y vacunación en el 2023. Para variables cuantitativas se expresaron medidas de tendencia central y dispersión. Se comparó cada anticuerpo entre los tres periodos establecidos, con uso de la prueba ji cuadrada.

Resultados: Se evaluó a un total de 1018 pacientes en los últimos ocho años. Se realizaron 256 (25,1%) paneles de *immunoblot* entre el 2016 y el 2019, 227 (22,3%) entre el 2020 y el 2022, y 535 (52,6%) en el 2023. El anticuerpo identificado con mayor frecuencia en los tres grupos evaluados fue RO52. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la proporción de los diferentes anticuerpos positivos, a excepción de SRP, que mostró una mayor frecuencia antes de la emergencia sanitaria por COVID-19 ($p = 0,034$) (Tabla 1).

Conclusiones: Se demostró un aumento notable de la demanda de paneles para miopatías inflamatorias autoinmunitarias después de la emergencia sanitaria causada por el COVID-19 y los paneles se solicitaron seis veces más que en años anteriores. A pesar del aumento significativo, no se identificó diferencia en la proporción de positividad de autoanticuerpos en comparación con los otros grupos.

Bibliografía

1. Liang X, Wu J, Ren H, *et al.* Clinical features and prognosis of idiopathic inflammatory myopathies with coexistent multiple myositis-specific antibodies. *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. 2023 Dec 29; Available from: <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=20740>.

2. Tariq S, Van Eeden C, Tervaert JWC, *et al.* COVID-19, rheumatic diseases and immune dysregulation-a perspective. *Clin Rheumatol.* 2021 Feb;40(2):433-42.

Tabla 1. Prevalencia de los anticuerpos positivos para miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) antes, durante y después de la emergencia sanitaria por COVID-19. (CG053)

	Antes de la emergencia sanitaria 2016-2019 n = 256 (%)	Durante la emergencia sanitaria 2020-2022 n = 227 (%)	Después de la emergencia sanitaria 2023 n = 535 (%)	Valor de p
RO52	42 (16,4)	23 (10,1)	64 (12,0)	0,091
EJ	3 (1,2)	2 (0,9)	2 (0,4)	0,412
PL-7	0 (0,0)	5 (2,2)	8 (1,5)	0,080
Jo-1	7 (2,7)	6 (2,6)	12 (2,2)	0,897
PM-Scl	4 (1,6)	4 (1,8)	8 (1,5)	0,964
SAE2	2 (0,8)	4 (1,8)	8 (1,5)	0,615
MDA5	6 (2,3)	10 (4,4)	11 (2,1)	0,171
Mi-2β	8 (3,1)	7 (3,1)	21 (3,9)	0,779
OJ	1 (0,4)	1 (0,4)	3 (0,6)	0,943
PL-12	7 (2,7)	3 (1,3)	8 (1,5)	0,393
SRP	8 (3,1)	3 (1,3)	4 (0,7)	0,034
PM-Scl76	7 (2,7)	4 (1,8)	12 (2,2)	0,772
Ku	4 (1,6)	1 (0,4)	11 (2,1)	0,261
NXP2	11 (4,3)	3 (1,3)	14 (2,6)	0,132
TIF 1 γ	10 (3,9)	7 (3,1)	9 (1,7)	0,152
Mi-2α	8 (3,1)	5 (2,2)	20 (3,7)	0,545

CG054

EVALUACIÓN INTEGRAL MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON ARTERITIS DE TAKAYASU. PROPUESTA DE UN INFORME ESTANDARIZADO Y SISTEMÁTICO

M.E. Soto-López, G. Meléndez-Ramírez, A. Meave

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad poco frecuente que afecta la aorta y sus ramas. La resonancia magnética (RM) permite evaluar las lesiones vasculares, la evolución de la enfermedad, la actividad y el efecto en diferentes órganos. Los estudios de RM integrales, que incluyen la angiografía de cuerpo entero y la angiografía de órgano diana, son poco frecuentes.

Objetivo: Describir los hallazgos de lesiones vasculares y orgánicas con uso de un formato de informe estandarizado y sistemático que incluye angiografía de cuerpo entero, corazón, cerebro y órganos viscerales en una cohorte de pacientes con AT.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con ≥ 4 criterios de AT, evaluados por RMN entre 2003 y 2022. Se registraron datos demográficos, clínicos y de actividad. Se realizó análisis angiográfico de la presencia y tipo de lesión vascular por segmento, incluidos miembros inferiores, arterias cerebrales y viscerales. Se describieron los hallazgos de RM cerebral y su relación clínica.

Resultados: Se incluyó a 145 pacientes con una edad media de 36 ± 15 años, con 128 (88%) mujeres. El tipo V de la clasificación angiográfica fue el más frecuente, con la estenosis como tipo de lesión predominante y frecuente en las arterias subclavias. Se documentó lesión en las arterias cerebrales (18%), arterias coronarias (8,2%), arterias pulmonares (17%), arterias renales (34%) y 39% derecha e izquierda, respectivamente) y miembros inferiores (33%). Se encontró accidente cerebrovascular (19%), anomalía cardíaca (65%), infarto de miocardio (7%), insuficiencia aórtica (17%), insuficiencia mitral (8,3%) y bloqueo AV completo (0,7%).

Conclusiones: La evaluación integral de los pacientes con AT mediante resonancia magnética y uso de un formato de informe estandarizado y sistemático que describe los hallazgos de las lesiones vasculares y orgánicas es una herramienta que puede permitir una mejor comunicación interdisciplinaria en el estudio de esta vasculitis. Su utilidad y reproducibilidad mundiales aún deben definirse mediante estudios de otros grupos.

Bibliografía

- Kramer CM, Barkhausen J, Flamm SD, *et al.* & Society for Cardiovascular Magnetic Resonance Board of Trustees Task Force on Standardized Protocols. Standardized cardiovascular magnetic resonance (CMR) protocols 2013 update. Journal of cardiovascular magnetic resonance: official journal of the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. 2013;15(1):91. <https://doi.org/10.1186/1532-429X-15-91>.
- Sun Y, Ma L, Ji Z, *et al.* Value of whole-body contrast-enhanced magnetic resonance angiography with vessel wall imaging in quantitative assessment of disease activity and follow-up examination in Takayasu's arteritis. Clinical Rheumatol. 2016;35(3):685-693. <https://doi.org/10.1007/s10067-015-2885-2>.

CG055

IMPACTO DE LAS VASCULITIS SISTÉMICAS EN LA FUNCIÓN SEXUAL: UN ASPECTO SUBESTIMADO EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES

J. Merayo-Chalico¹, A.S. Mulia-Soto¹, M. Espinosa-León², V. Pimentel-Quiroz¹, A. Barrera-Vargas¹, A. Hinojosa-Azaola¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán,

⁽²⁾Hospital Nacional Guillermo Almendra Irigoyen, Lima, Perú; Grupo Peruano de Estudio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú

Introducción: Las vasculitis sistémicas comprenden un grupo de enfermedades inflamatorias que afectan a múltiples órganos, lo que modifica de forma significativa varios aspectos de la vida del paciente, incluida su sexualidad. Con frecuencia se pasa por alto la función sexual durante las consultas, lo que lleva a su subvaloración. Tanto la inflamación sistémica como la vascular causan daño tisular y ello altera la función sexual tanto en mujeres como en hombres.

Objetivo: Evaluar los factores relacionados con la disfunción sexual en pacientes con diferentes tipos de vasculitis sistémicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en dos centros de América Latina (México y Perú), que incluyó a pacientes con vasculitis sistémica (arteritis de Takayasu, poliarteritis nodosa, granulomatosis con poliangeítis [GPA], poliangeítis microscópica [PAM], granulomatosis eosinofílica con poliangeítis o vasculitis por IgA) desde octubre de 2023 hasta mayo de 2024. Se recopilaron variables demográficas y específicas de la enfermedad, comorbilidades y dosis de inmunosupresores. Se realizaron evaluaciones globales del paciente (PtGA) y del médico (PhGA) en escalas de 0 a 100. La actividad de la enfermedad se evaluó con la versión 3 del *Birmingham Vasculitis Activity Score* (BVAS v.3) o definiciones de la Liga Europea Contra el Reumatismo, y el daño se evaluó mediante el Índice de Daño por Vasculitis (VDI). La función sexual se evaluó con la versión en español del Cuestionario de Cambios en la Función Sexual de Forma Corta (CSFQ-14), que evalúa varios dominios vinculados con la sexualidad. La disfunción sexual se definió por una puntuación ≤ 41 puntos en mujeres y 47 puntos en hombres.

Resultados: Se incluyó a 55 pacientes, el 56% de ellos mujeres, con una edad media de 48,93 años (± 11,5). La vasculitis más común fue la GPA (55% de los pacientes), seguida de la PAM (24% de los pacientes). La puntuación media del CSFQ-14 fue 40,91, con un 62% de los pacientes que experimentó algún grado de disfunción sexual. La **Tabla 1** resume las características de los pacientes con y sin disfunción sexual. La mediana del PtGA fue 13 (intervalo, 0-100, IQR 48) y la mediana del PhGA fue 4 (intervalo, 0-68, IQR 15). No se encontró nexo entre las puntuaciones del VDI o actividad y la presencia de disfunción sexual. De manera interesante, el PtGA (-0,569, p

< 0,001), el PhGA (-0,418, p = 0,002) y la velocidad de sedimentación globular (-0,37, p = 0,01) se correlacionaron negativamente con la puntuación del CSFQ-14. La **Figura 1** muestra las correlaciones de la puntuación del CSFQ-14 con otras variables. Después del análisis multivariado, las únicas variables relacionadas con la función sexual según la puntuación del CSFQ-14 fueron la edad (Exp B 1,076; IC95% 1,004-1,154) y el sexo femenino (Exp B 4,76; IC95% 1,006-22,56).

Tabla 1. Características de los pacientes con y sin disfunción sexual (CG055)

Variable	Con disfunción sexual* (n = 34)	Sin disfunción sexual* (n = 21)	Valor de p
Edad, años, promedio (DE)	51,7 (11,28)	44,3 (10,61)	0,019
Sexo femenino, n (%)	23 (67)	8 (38)	0,032
Duración de la enfermedad, meses, mediana (RIC)	74,5 (67,5)	108 (99)	0,26
Tipo de vasculitis, n (%)			0,724
TAK	3 (8,8)	0	
GPA	17 (50)	13 (61,1)	
PAM	8 (23,5)	5 (23,5)	
EGPA	2 (5,8)	1 (4,7)	
PAN	3 (8,8)	2 (9,5)	
IgA	1 (2,9)	0	
Hipertensión arterial, n (%)	12 (35)	5 (23)	0,37
Dislipidemia, n (%)	9 (26,5)	6 (28,6)	0,86
Prednisona, n (%)	25 (73,5)	15 (71,4)	0,86
Dosis de prednisona, mg, mediana (RIC)	5 (5)	5 (5)	0,84
Azatioprina, n (%)	7 (20,6)	7 (33,3)	0,29
Metotrexato, n (%)	4 (11,8)	4 (19)	0,45
Rituximab, n (%)	11 (32,4)	4 (19)	0,28
Ciclofosfamida, n (%)	2 (5,9)	0	0,25
Micofenolato de mofetilo, n (%)	4 (11,8)	3 (14,3)	0,78
VSG, mm/h, mediana (RIC)	11,5 (23)	2 (7)	0,001
PCR, mg/dL, mediana (RIC)	1,69 (5)	0,46 (2)	0,19
BVAS, puntos, mediana (RIC)	0 (23)	0 (2)	0,69
VDI, puntos, media (DE)	3,03 (1,82)	2,52 (1,91)	0,33
PhGA, mm, mediana (RIC)	6 (17)	1 (10)	0,123
PtGA, mm, mediana (RIC)	25 (46)	8 (15)	0,003
CSFQ-14, puntos, media (DE)	34,91 (7,03)	50,62 (4,64)	< 0,001

*De acuerdo con la puntuación del CSFQ-14.

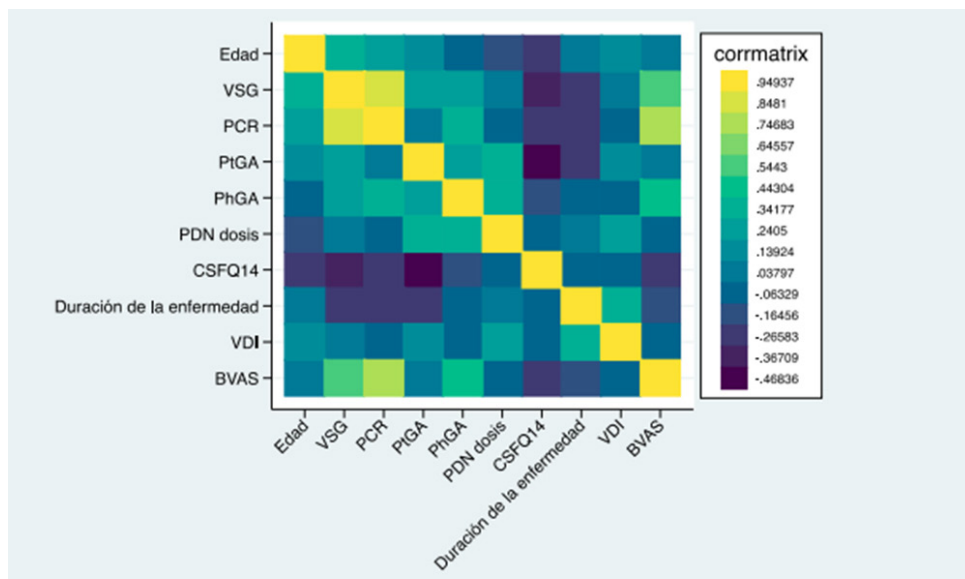
TAK, arteritis de Takayasu; GPA, granulomatosis con poliangeítis; PAM, poliangeítis microscópica; EGPA, granulomatosis eosinofílica con poliangeítis; PAN, poliarteritis nodosa; IgA, inmunoglobulina A; VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva; Hb, hemoglobina; BVAS, *Birmingham Vasculitis Activity Score*; VDI, *Vasculitis Damage Index*; PhGA, evaluación global del médico; PtGA, evaluación global del paciente; CSFQ-14, cambios en la función sexual de forma corta.

Conclusiones: La función sexual es un aspecto crítico, pero a menudo soslayado en la atención de los pacientes con vasculitis sistémicas. A pesar de la prevalencia significativa de disfunción sexual entre estos pacientes, no se encontró una correlación directa entre los parámetros específicos de la enfermedad (actividad y daño) y la función sexual. Este estudio destaca la necesidad de que los reumatólogos aborden proactivamente la salud sexual durante las consultas como un componente integral del bienestar del paciente.

Bibliografía

- Calmasini FB, Klee N, Webb RC, *et al.* Impact of immune system activation and vascular impairment on male and female sexual dysfunction. Sex Med Rev. 2019;7(4):604-13.
- Keller A, McGarvey EL, Clayton AH. Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). J Sex Marital Ther. 2006;32(1):43-52.

Figura 1. Gráfica de calor de la correlación entre el CSFQ-14 y otras variables. (CG055)



VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva; BVAS, Birmingham Vasculitis Activity Score; VDI, Vasculitis Damage Index; PDN, prednisona; PhGA, Evaluación global del médico; PtGA, Evaluación global del paciente; CSFQ-14, Cambios en la Función Sexual de Forma Corta.

CG056

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POLIMIALGIA REUMÁTICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO DURANTE ENERO DE 2016 A DICIEMBRE DE 2023

K.A. Gutiérrez-Méndez, N. Mouneu-Ornelas
Hospital Español de México

Introducción: Dentro del amplio espectro de enfermedades de la reumatología, la polimialgia reumática es una afección poco frecuente en la población de Latinoamérica; es por ello necesario estudiar las principales características epidemiológicas y clínicas que manifiestan en dicha población. La polimialgia reumática se caracteriza por inflamación crónica con predominio en la población geriátrica (> 50 años); es la segunda enfermedad inflamatoria más común en la población caucásica. Lo anterior hace relevante el estudio epidemiológico para conocer la incidencia y prevalencia y sus efectos en distintas áreas del mundo. En este trabajo se intenta establecer las características sociodemográficas y su relevancia al ser uno de los primeros estudios en el país que reúne información sobre este trastorno y su trascendencia en la práctica de la reumatología de este centro hospitalario.

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con polimialgia reumática del Hospital Español de México durante el periodo de enero de 2016 a diciembre de 2023. Determinar las características clínicas y de laboratorio predominantes y su comparación con las publicaciones actuales.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, prolectivo y descriptivo. La población del estudio incluyó a todos los pacientes de la consulta externa de reumatología del Hospital Español de México durante el periodo mencionado. La muestra final estuvo constituida por 12 pacientes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, tras aplicar criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1). Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas, y se empleó estadística descriptiva para determinar frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central para las variables cuantitativas.

Resultados: El estudio analizó a 12 pacientes con diagnóstico de polimialgia reumática, con una edad promedio de 73,6 años. El grupo mayoritario fue el de mujeres, que representó el 83,3% de la muestra, con

Tabla 1. Características basales de la muestra. (CG056)

	Todos (n = 12)	Mujeres (n = 10)	Hombres (n = 2)
Edad	75,5 (64,2-85)	76 (64-84)	77 (68-77)
Sexo			
Masculino (%)	2 (16,6%)	0 (0%)	2 (100%)
Femenino (%)	10 (83,3%)	10 (100%)	0 (0%)
Dolor (%)	12 (100%)	10 (100%)	2 (100%)
Rigidez (%)	5 (41,6%)	4 (60%)	1 (50%)
Dolor en hombros (%)	9 (75%)	7 (70%)	2 (100%)
Dolor en cintura pélvica (%)	7 (58,3%)	6 (60%)	1 (50%)
VSG elevada	9 (75%)	8 (80%)	1(50%)
PCR elevada	9 (75%)	7 (70%)	2 (100%)
Adecuada respuesta al tratamiento	12 (100%)	10 (100%)	2 (100%)
Sin respuesta al tratamiento	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

una edad promedio de 73 años, mientras que los hombres constituyeron el 16,6%, con una edad promedio de 77 años. La prevalencia de polimialgia reumática en la consulta fue del 0,8% y se registró una mayor incidencia en las mujeres. En cuanto a los síntomas clínicos, el 100% de los pacientes sufrió dolor, pero solo el 41,6% refirió rigidez matutina, lo que difiere de los criterios de clasificación habituales. El dolor se localizó principalmente en los hombros (75%) y la cintura pélvica (58,3%). En términos de marcadores inflamatorios, tanto la velocidad de sedimentación globular como la proteína C reactiva estuvieron elevadas en el 75% de los pacientes. Las comorbilidades más comunes fueron la hipertensión arterial sistémica (41,6%) y el hipotiroidismo (33,3%), sin ningún caso de diabetes mellitus. Todos los pacientes respondieron de manera positiva al tratamiento con glucocorticoides.

Conclusiones: El estudio proporciona una visión detallada de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con polimialgia reumática. La elevada prevalencia en mujeres y la edad avanzada son consistentes con las publicaciones disponibles. Aunque el dolor fue el síntoma principal, la menor prevalencia de rigidez matutina sugiere una posible variabilidad en la presentación clínica de la enfermedad. Los marcadores inflamatorios elevados y la respuesta favorable al tratamiento con glucocorticoides resaltan su

importancia en el tratamiento de la polimialgia reumática. Además, el estudio subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario para abordar tanto la enfermedad como las comorbilidades adjuntas; asimismo, se promueve el aumento de estudios acerca de la epidemiología sobre esta enfermedad en el país.

Bibliografía

- García-Arias RL, Gutiérrez JM, Díaz MC, *et al.* Polimialgia reumática. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2015;22(2):104-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2015.04.002>.
- López-Palma AE, Martínez-Gutiérrez JA, Cevallos-Morejón PG, *et al.* La polimialgia reumática. Un desafío diagnóstico. 2018; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1186897>.
- Sharma A, Mohammad AJ, Turesson C. Incidence and prevalence of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: a systematic literature review. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2020;50(5):1040-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.07.005>.
- Raheel S, Shbeeb I, Crowson CS, *et al.* Epidemiology of polymyalgia rheumatica 2000-2014 and examination of incidence and survival trends over 45 years: A population-based study. *Arthritis Care Res (Hoboken)* [Internet]. 2017;69(8):1282-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/acr.23132>.
- Martínez-Pérez JM, Mollerach FB, Scaglioni V, *et al.* Incidence and prevalence of polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis in a healthcare management organization in Buenos Aires, Argentina. *J Rheumatol* [Internet]. 2023;50(1):93-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.220084>.
- Mackie SL. Polymyalgia rheumatica: pathogenesis and management. *CME Rheumatology*. 2013;398-400.
- Ceccato F, Uña C, Regidor M, *et al.* Conditions mimicking polymyalgia rheumatica. *Reumatol Clín (Engl Ed)* [Internet]. 2011;7(3):156-60. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s2173-5743\(11\)70034-x](http://dx.doi.org/10.1016/s2173-5743(11)70034-x).
- Espígol-Frigolé G, Dejaco C, Mackie SL, *et al.* Polymyalgia rheumatica. *Lancet* [Internet]. 2023;402(10411):1459-72. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)01310-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01310-7).
- Matteson EL, EULAR/ACR Study Group for Development of Classification Criteria for Polymyalgia Rheumatica. L15. EULAR/ACR 2012 classification criteria for polymyalgia rheumatica. *Presse Med* [Internet]. 2013;42(4 Pt 2):543-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2013.01.014>.

CG057

CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.A.V. Barba-Aguilar, F. Irazoque-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Los pacientes pediátricos con enfermedades reumatológicas cursan con diferentes factores de riesgo que pueden requerir hospitalización a lo largo de su enfermedad. Estas causas pueden ser múltiples, ya sea por complicaciones infecciosas, tratamiento específico de su enfermedad, completar un protocolo diagnóstico o un tratamiento de comorbilidades adjuntas. Sin embargo, a pesar de estos ingresos hospitalarios son pocos los informes publicados sobre las causas de la estancia hospitalaria.

Objetivo: Comunicar las causas de hospitalización de los pacientes en edad pediátrica con enfermedades reumáticas en un hospital de tercer nivel comprendidas entre septiembre de 2023 y septiembre de 2024.

Material y métodos: Se registraron todos los ingresos en el servicio de reumatología pediátrica de septiembre de 2023 a septiembre de 2024.

Resultados: Se documentaron 22 hospitalizaciones, de las cuales 14 se debieron a complicaciones relacionadas con actividad de la enfermedad (derrame pleural, glomerulonefritis de rápida progresión, síndrome nefrótico, estado epiléptico, síndrome de activación de macrófagos, trombocitopenia), tres a abordaje diagnóstico (biopsia de ganglio, aspirado de médula

ósea y abordaje de fiebre), cuatro a proceso infeccioso activo (neumonía e infección de tejidos blandos) y una a tratamiento intravenoso (inmunoglobulina). De estos individuos, 17 tenían diagnóstico de lupus eritematoso, uno de poliarteritis nodosa, uno de dermatomiositis, uno de síndrome antifosfolípidos, uno de lupus cutáneo y uno de vasculitis por IgA.

Conclusiones: Los pacientes con mayor número de ingresos hospitalarios tuvieron diagnóstico de lupus y se relacionaron con actividad de la enfermedad o comorbilidades vinculadas con la actividad, como hipertensión arterial y derrame pleural, lo cual es consistente con la bibliografía que señala una mayor morbilidad y complicaciones en pacientes pediátricos con esta afección de base, además de la gravedad de la enfermedad, lo cual tiene efecto en la vida diaria y familiar; pueden considerarse áreas de oportunidad para el diagnóstico temprano o las estrategias que permitan reducir el efecto en la calidad de vida. Por otro lado, en un menor número de casos se identificó una relación con infecciones de predominio respiratorio y de tejidos blandos que tuvieron una adecuada evolución, lo cual puede ayudar a continuar los tratamientos para reducir el riesgo de padecerlas.

Bibliografía

- Migowa A, Colmegna I, Hitchon C, *et al.* The spectrum of rheumatic in-patient diagnoses at a pediatric hospital in Kenya. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2017 Jan 14;15(1):4.
- San I, Erden A, Gemcioglu E, *et al.* Evaluation of inflammatory rheumatic diseases from an emergency medicine perspective. *Int J Rheum Dis*. 2020 Dec;23(12):1670-1675.

CG058

FRECUENCIA DE VACUNACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

L.C. Reynoso-Medina, M.M. Rodríguez-Reyes, M.L. Aldana-Galván, F. García-Rodríguez, A.V. Villarreal-Treviño, N.E. Rubio-Pérez
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes pediátricos con enfermedades reumatológicas se consideran inmunosuprimidos, tanto por las alteraciones de la inmunidad humoral y celular que los caracteriza como por el tratamiento inmunosupresor instituido, razón por la cual tienen una mayor susceptibilidad a las infecciones. La protección contra enfermedades infecciosas es vital en su atención. Las vacunas pueden prevenir algunas de estas infecciones; sin embargo, existen múltiples aspectos a considerar que intervienen en la vacunación, como la actividad de la enfermedad, el tratamiento inmunosupresor, el riesgo de infección, la seguridad y la eficacia de la vacuna. Las guías actuales recomiendan la inmunización en pacientes con enfermedades reumatológicas y con uso de inmunosupresores y tratamiento biológico. A pesar de lo anterior se desconoce en esta población la frecuencia de inmunización.

Objetivo: Determinar la frecuencia de vacunación en pacientes del servicio de reumatología pediátrica del Hospital Universitario José Eleuterio González.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal con muestreo no aleatorio y consecutivo. Se incluyó a pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad reumatológica pertenecientes al servicio de reumatología pediátrica del Hospital Universitario José Eleuterio González en los que pudo obtenerse la cartilla de vacunación de abril a agosto de 2024.

Resultados: Se incluyó a un total de 30 pacientes, con promedio de edad de 10,2 años (máxima 16, mínima 3). El 50% era del sexo femenino. Los diagnósticos fueron artritis idiopática juvenil (19; 63,3%), dermatomiositis juvenil (3; 10%), lupus eritematoso sistémico juvenil (4; 13,3%), esclerodermia localizada juvenil (3; 10%) y enfermedad por IgG4 (1; 3,3%). La mayoría de los pacientes (28; 93,3%) se hallaba bajo tratamiento inmunosupresor. Más de la mitad de los pacientes (22; 73,3%) carecía de esquema de vacunación completo para la edad y de estos la totalidad no tenía el refuerzo de vacuna contra influenza y solo uno no contaba con la vacuna SRP. El 81,8% no se aplicó la vacuna porque no acudió en el tiempo establecido de la campaña de vacunación, 9% tenía enfermedad respiratoria cuando correspondía la aplicación de la vacuna y 9% no se vacuna. Algunos pacientes (26, 86,6%) tenían vacunas aplicadas no incluidas en el Esquema Nacional de Vacunación, la

principal de ellas la vacuna contra SARS-CoV-2 (24,92,3%), seguida de la inmunización contra la varicela (1; 3,8%) y la hepatitis A (1, 3,8%). Se interrogó al tutor del paciente sobre si habían recibido alguna recomendación específica sobre vacunación del reumatólogo pediatra y menos de la mitad (12; 40%) dio una respuesta afirmativa.

Conclusiones: La mayoría de estos pacientes (93,3%) se encuentra bajo tratamiento inmunosupresor y más de la mitad no cuenta con el esquema de vacunación completo para la edad (73,3%), además de que menos de la mitad (40%) confirmó la recepción de las recomendaciones acerca de la vacunación del reumatólogo pediatra. De aquí la importancia de suministrar información y concientizar acerca de la adecuada vacunación en estos pacientes, ya que esta acción atenúa el riesgo de procesos infecciosos graves que pueden llevar a la hospitalización.

Bibliografía

- Jansen M, Rondaan C, Legger G, *et al.* Efficacy, immunogenicity and safety of vaccination in pediatric patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases (pedAIIRD): a systematic literature review for the 2021 Update of the EULAR/PRES Recommendations. *Front Pediatr.* 10:910026.
- Bizjak M, Heshin M, Jansen M, *et al.* Vaccinology in pediatric rheumatology: Past, present and future. *Front Pediatr.* 10:1098332.

CG059

COMPARACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL JADAS EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

R.O. Guerra-Espiricueta, A.V. Escobedo-Garza, J. García-Silva, A.V. Villarreal-Treño, F. García-Rodríguez, N.E. Rubio-Pérez
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más frecuente en la infancia. Existen diversas clasificaciones para valorar la actividad de la enfermedad; el *Juvenile Arthritis Disease Activity Score* (JADAS) es una de las herramientas más empleadas y se compone del resultado de VSG, valoración de la enfermedad por el paciente o el cuidador, el número de articulaciones activas y la valoración

global del médico. Existen varios tipos de JADAS, según sea el número de articulaciones consideradas (JADAS10, JADAS27, JADAS71) y o si hay o no resultados de reactantes de fase aguda (JADASc).

Objetivo: Comparar los diversos componentes del JADAS y su relevancia como variables independientes para la clasificación de la actividad de la AIJ. **Material y métodos:** Estudio observacional, longitudinal y ambispectivo de pacientes con AIJ, clasificados de acuerdo con los criterios ILAR, en seguimiento en la clínica de reumatología pediátrica del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León, en un periodo de ocho años (2016-2024). Se obtuvieron JADAS10, JADASc y JADAS71 en su primera visita y visitas subsiguientes. Se realizó estadística descriptiva y se analizaron relaciones y correlaciones entre los componentes del JADAS y su nexa con la actividad de la enfermedad.

Resultados: Se incluyó a 130 pacientes, 91 (70%) femeninos, y las categorías más frecuentes fueron la poliarticular con FR positivo (35,4%) y negativo (20%). El valor promedio del JADAS10 fue de 15 (RIC 8,6-22,5) con valores mayores en los subtipos poliarticular positivo a FR (18,2) y sistémico (21). En la primera consulta se encontró una sólida relación entre el número de articulaciones afectadas y la calificación del dolor otorgada por los padres y el médico (**Tabla 1**), y el valor de la VSG fue el que no tuvo un gran efecto en el valor final de JADAS10 ($p < 0,035$). En la última visita también se identificó una vinculación notable entre el MDgloVAS, PVAS, el número de articulaciones afectadas y el resultado de JADAS10 y, al igual que en la primera consulta, se reconoció una baja relación en el resultado de la VSG y el JADAS10. Se analizaron los subgrupos por un independiente y se encontró que la VSG no tuvo nexa con el resultado final del JADAS (subtipo ERA) u otros subgrupos en los que la relación era negativa (oligoarticular o poliarticular).

Conclusiones: Éste es uno de los primeros informes sobre las variables del JADAS y la aportación de cada una de las variables en relación con la actividad de la enfermedad. Esta investigación invita a buscar nuevas variables que puedan ayudar a conseguir un JADAS que refleje mejor el estado verdadero de la enfermedad en los niños.

Bibliografía

- McErlane F, Beresford MW, Baildam EM, *et al.*, & Childhood Arthritis Prospective Study (CAPS). Validity of a three-variable Juvenile Arthritis Disease Activity Score in children with new-onset juvenile idiopathic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2013;72(12):1983-1988. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2012-202031>.

Tabla 1. (CG059)

		PCR +	VSG normalizada	Articulaciones activas	EVN doctor	EVN paciente	JADAS10	JADAS71	JADASc
PCR +	Coefficiente de correlación	1	0,438**	0,222	0,476**	0,419**	0,466**	0,407**	0,407**
	Valor de p		0	0,052	0	0	0	0	0
	N	77	77	77	77	77	77	77	77
VSG normalizada	Coefficiente de correlación	0,438**	1	0,017	0,138	0,119	0,199	0,14	0,077
	Valor de p	0		0,874	0,201	0,268	0,063	0,193	0,474
	N	77	88	88	88	88	88	88	88
JADAS71	Coefficiente de correlación	0,407**	0,14	0,899**	0,897**	0,817**	0,968**	1	0,968**
	Valor de p	0	0,193	0	0	0	0	0	0
	N	77	88	88	88	88	88	88	88
JADASc	Coefficiente de correlación	0,407**	0,077	0,871**	0,934**	0,872**	0,989**	0,968**	1
	Valor de p	0	0,474	0	0	0	0	0	0
	N	77	88	88	88	88	88	88	88
Articulaciones activas	Coefficiente de correlación	0,222**	0,017	1	0,729**	0,571**	0,850**	0,899**	0,871**
	Valor de p	0,052	0,874		0	0	0	0	0
	N	77	88	88	88	88	88	88	88
EVN doctor	Coefficiente de correlación	0,476**	0,138	0,729**	1	0,837**	0,934**	0,897**	0,934**
	Valor de p	0	0,201	0		0	0	0	0
	N	77	88	88	88	88	88	88	88
EVN paciente	Coefficiente de correlación	0,419**	0,119	0,571**	0,837**	1	0,873**	0,817**	0,872**
	Valor de p	0	0,268	0	0	0	0	0	0
	N	77	88	88	88	88	88	88	88
JADAS10	Coefficiente de correlación	0,466**	0,199	0,850**	0,934**	0,873**	1	0,968**	0,989**
	Valor de p	0	0,063	0	0	0	0	0	0
	N	77	88	88	88	88	88	88	88

CG060

FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA FAVORABLE A LA TERAPIA CON BIOLÓGICOS EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

A. Aguirre-Escojido, C.A. Arellano-Valdez, M. Méndez-Núñez, A.C. Portillo-Rivera, B.G. Zazueta-Leyva, I.M. Maldonado-Castelán, N.B. Castán-Ibarra, J.A. Tlacuilo-Parra

Centro Médico Nacional de Occidente IMSS (Pediatria)

Introducción: A pesar del uso creciente de agentes biológicos en el tratamiento de la artritis idiopática juvenil (AIJ), se han obtenido respuestas clínicas variables. Algunos de ellos no producen la remisión clínica. Se han demostrado algunos factores clínicos y de laboratorio potencialmente vinculados con una respuesta favorable. Estas diferencias podrían deberse a aspectos farmacológicos, polimorfismos genéticos y factores epigenéticos. El análisis de los factores predictores de respuesta a los biológicos puede evitar una mayor exposición de los pacientes a los efectos secundarios del tratamiento inicial, además de hacer posible un cambio oportuno entre

los diferentes tratamientos biológicos específicos, y poder evitar secuelas irreversibles.

Objetivo: Determinar los factores predictores de respuesta favorable al tratamiento con fármacos biológicos en la artritis idiopática juvenil.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con AIJ oligoarticular persistente y extendida, poliarticular positiva a FR, poliarticular negativa a FR y relacionada con entesitis. El tratamiento se instituyó con adalimumab, etanercept o tocilizumab. Se analizó la respuesta al tratamiento con fármacos biológicos a los seis meses de iniciado el tratamiento. El grupo de casos se integró con los individuos que obtuvieron JADAS10c < 1 y el grupo control con el resto de los pacientes. Se analizaron las variables clínicas y de laboratorio entre ambos grupos. Los datos categóricos se analizaron con la prueba ji cuadrada, y las variables numéricas con la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyó a un total de 34 pacientes y el género femenino representó el 79%. La mediana de edad fue de 14 años. El compuesto biológico más empleado fue el etanercept en 44%, seguido del adalimumab en 32% y el tocilizumab en 24%. El grupo de casos se conformó con 15 pacientes y los restantes 19 pertenecieron al grupo control. Se analizaron las variables para cada fármaco biológico de manera individual (**Tabla 1**). El número de pacientes con adalimumab fue de 11, de los cuales cinco alcanzaron enfermedad inactiva y seis integraron el grupo control. De los

Tabla 1. Comparación de variables clínicas y de laboratorio de pacientes con AIJ en tratamiento biológico. (CG060)

Variables	Casos (n = 15)	Controles (n = 19)	Valor de P
Edad al inicio de los síntomas ¹	8,3 (4,9-11,3)	9,7 (7,5-12,2)	0,39
Edad al inicio del tratamiento ¹	7,6 (4-11,2)	9,7 (7,7-12,4)	0,15
Edad al inicio del tratamiento biológico ¹	11,1 (6,2-12,8)	10,7 (8,9-14,3)	0,27
Duración en meses de las variables clínicas			
Duración de síntomas antes del diagnóstico	5 (3-9)	7 (2-9)	0,94
Desde el diagnóstico hasta el inicio del fármaco biológico	12 (7-15)	12 (6-23)	0,74
Desde el inicio de síntomas hasta el inicio del fármaco biológico	17 (12,5-25,5)	23 (12-37)	0,47
Variables clínicas generales			
Rigidez matinal, n (%)	7 (47%)	11 (58%)	0,41
EVA paciente o familiar al inicio del diagnóstico	8 (5-9)	5,5 (2,5-6)	0,17
EVA paciente o familiar al iniciar el fármaco biológico	7 (3,5-8)	6 (4-7,5)	0,85
EVA paciente o familiar a los seis meses del inicio del fármaco biológico	0 (0-0)	3 (3-4)	0,01*
EVA médico al inicio del diagnóstico	3 (0-6)	2 (0-5)	0,74
EVA médico al iniciar el fármaco biológico	5 (3,5-7)	5 (3,5-6)	0,78
EVA médico a los seis meses del inicio del fármaco biológico	0 (0-0)	2 (0-3,5)	0,01*
CHAQ al inicio del diagnóstico	0,5 (0,25-0,75)	0 (0-0,75)	1,00
CHAQ al iniciar el fármaco biológico	1,25 (1-1,9)	0,8 (0,25-1,7)	0,38
Tratamiento adyuvante con esteroides orales, n (%)	11 (73%)	10 (53%)	0,18
Tratamiento adyuvante con metotrexato, n (%)	14 (93%)	16 (84%)	0,36
Variables de laboratorio			
ANA positivo, n (%)	5 (33%)	5 (26%)	0,80
VSG al inicio del diagnóstico	36 (19-42)	26 (18-39)	0,59
VSG al iniciar el fármaco biológico	35 (9-39)	12,5 (4-36)	0,14
VSG a los seis meses de iniciar el fármaco biológico	9 (5-19)	12 (4-14)	0,88
PCR al iniciar el diagnóstico	6,4 (5-15,5)	5 (2-21)	0,60
PCR al iniciar el fármaco biológico	37 (14-72)	5 (0-27)	0,07
PCR a los seis meses de iniciar el fármaco biológico	5 (2-6)	0 (0-5)	0,14
Conteo articular			
Articulaciones activas al inicio del fármaco biológico	2 (1-3,5)	3 (2-4)	0,12
Articulaciones activas a los seis meses de iniciar el fármaco biológico	0 (0-0)	0 (0-1)	0,03*
Articulaciones dolorosas al inicio del biológico	3 (2-4)	3 (1,5-4,5)	0,83
Articulaciones dolorosas a los seis meses de iniciar el fármaco biológico	0 (0-0)	1 (0-2)	0,01*
Articulaciones limitadas al inicio del biológico	1 (0-2)	3 (1,5-7,5)	0,04*
Articulaciones limitadas a los seis meses de iniciar el fármaco biológico	1 (0-1)	1 (0-5)	0,33
JADAS			
JADAS10c al inicio del fármaco biológico	14 (10,5-16)	13 (8,5-19)	0,94
JADAS10c a los seis meses de iniciar el fármaco biológico	0 (0-0)	7 (3-8)	0,01*

AIJ, artritis idiopática juvenil; ANA, anticuerpos antinucleares; CHAQ, Encuesta para la evaluación de la salud infantil expresada en puntaje; EVA, Escala visual análoga de 0 a 10 cm; JADAS10c, Suma de la evaluación global de la enfermedad por parte del paciente o su familiar (0-10 cm), evaluación global del médico de actividad de la enfermedad (0-10 cm) y el número de articulaciones activas hasta un máximo de 10; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular.

¹Años; n, número; %, porcentaje; *, valor de p ≤ 0,05.

Valores expresados en mediana y rango intercuartílico analizados con la prueba U de Mann-Whitney.

Grupo de casos: pacientes con JADAS10c ≤ 1 a los seis meses de iniciar el tratamiento biológico.

Grupo de control: pacientes con JADAS10c > 1 a los seis meses de iniciar el tratamiento biológico.

15 pacientes en tratamiento con etanercept, ocho alcanzaron enfermedad inactiva y siete pertenecieron al grupo control. El total de pacientes en tratamiento con tocilizumab fue de ocho; el grupo de casos se constituyó solo con dos pacientes y el grupo control con seis. Los enfermos con respuesta favorable tuvieron una menor duración desde el inicio de los síntomas hasta el inicio del fármaco biológico con una media de 17 meses, en comparación con el grupo control, con una media de 23 meses. De los pacientes con respuesta favorable, el 53% recibió etanercept, el 33% adalimumab y el 13% tocilizumab. El subtipo de AIJ con mejor respuesta fue la AIJ positiva a FR. Otros factores relacionados con mejor respuesta fueron menor edad al inicio de los síntomas, menor frecuencia de rigidez matinal, mayor puntuación de CHAQ, uso de FARME sintético concomitante, administración de corticoides como tratamiento puente, VSG y PCR más elevadas, y un JADAS10c mayor al inicio del compuesto biológico.

Conclusiones: Son diversos los factores vinculados con un mejor desempeño del tratamiento biológico en AIJ y deben considerarse y ajustarse de manera individual para obtener una adecuada respuesta terapéutica y el mejor desenlace a largo plazo.

Bibliografía

- Rosina S, Natoli V, Santaniello S, *et al.* Novel biomarkers for prediction of outcome and therapeutic response in juvenile idiopathic arthritis. *Expert Rev Clin Immunol* [Internet]. 2021;17(8):853-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/1744666X.2021.1945441>.
- Geikowski T, Becker I, Horneff G, German BIKER Registry Collaborative Study Group. Predictors of response to etanercept in polyarticular-course juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2014;53(7):1245-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ket490>.

CGo61

HORMONAS EN GOTA: ANÁLISIS DEL EJE INMUNO-NEURO-ENDOCRINO

D. Clavijo-Cornejo, J. Díaz-De la Rosa, L. Jara-Quezada, D. Esquivel-González, A. Alarcón-Evtoukh, D. Robles-Salas, S. Díaz-Pérez

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La gota es una enfermedad reumática ocasionada por el depósito de cristales de urato monosódico en articulaciones y tejidos blandos y su principal factor de riesgo es la hiperuricemia (ácido úrico > 6,8). Un factor poco estudiado es el eje inmuno-neuro-endocrino encargado de la homeostasis del estrés en enfermedades reumatológicas; debido a que la gota se presenta más en hombres y mujeres posmenopáusicas es necesario estudiar la participación de factores hormonales en la fisiopatología.

Objetivo: Analizar la intervención del eje inmuno-neuro-endocrino en la respuesta al estrés como parte de la fisiopatología de la gota mediante la medición de hormonas.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes del servicio de reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación con diagnóstico de gota de acuerdo con los criterios ACR/EULAR y se compararon con controles sanos. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado (comité de ética INRLGII: 97/23). Los sueros se obtuvieron de sangre periférica. Se realizó una química sanguínea y se aplicó un cuestionario de estudio sociodemográfico. Para la determinación de los valores hormonales se usaron kits de ELISA: *Thyroxine (T4) Competitive ELISA Kit Human Prolactin ELISA Kit, Human Cortisol Competitive ELISA Kit, Human Thyroid Stimulating Hormone ELISA Kit* y *Dehydroepiandrosterone Sulfate (DHEA-S) Competitive ELISA Kit (Thermo Fisher Scientific)* y se siguieron las instrucciones del fabricante.

Resultados: La población de estudio incluyó a 81 hombres (37 pacientes de gota y 44 controles sanos). Las variables analizadas mostraron que la edad es mayor en los pacientes comparados con los controles: $52,5 \pm 1,77$ y $42,9 \pm 1,77$ años, respectivamente ($p < 0,0001$). El valor de los triglicéridos es mayor en el grupo de gota ($p = 0,0020$) y no se hallaron diferencias en las cifras de glucosa, colesterol o ácido úrico. Respecto de las hormonas

analizadas, la hormona T4 mostró una tendencia a ser mayor en el grupo de pacientes con gota ($X = 0,8625$) en comparación con el grupo control ($X = 0,9395$) con una $p = 0,0755$. En la prolactina, el cortisol y la TSH no se identificó una diferencia estadística entre ambos grupos ($p = 0,5091$, $p = 0,3655$ y $p = 0,8272$, respectivamente).

Conclusiones: Aun cuando el estudio no fue concluyente en la participación del eje inmuno-neuro-endocrino en la fisiopatología de la gota, no se debe descartar su participación. Debido a que la T4 muestra una tendencia a tener valores mayores en los pacientes con gota es necesario hacer el análisis con un mayor número de participantes, ya que esta hormona podría tener un papel directo con la gota. Sería útil incluir otras hormonas en futuros estudios para evaluar su posible influencia en esta enfermedad.

Bibliografía

- Jara LJ. Neuroimmunoendocrine interaction in autoimmune rheumatic diseases: a new challenge for the rheumatologist. *Reumatol Clin*. 2011;7(2):8587.
- Besedovsky HO, del Rey A. Immune-neuro-endocrine reflexes, circuits, and network s: physiologic and evolutionary implication. *Front Horm Res*. 2017;48:1-18.

CGo62

EVALUACIÓN ARTICULAR POR ULTRASONIDO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y QUE ESTÁN BAJO TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA

A. Martínez-De la Peña¹, M. Arriola-Guadarrama², JA. Solórzano-Ruiz²

¹UCB de México, ²HGR 17 IMSS, Cancún, Quintana Roo

Introducción: En la actualidad, el estudio ultrasonográfico (USG) ha ocupado un lugar importante en la evaluación de los pacientes con artritis reumatoide (AR); si bien se cuenta con la resonancia magnética nuclear (RMN) para la evaluación más precisa de las erosiones y tenosinovitis, resulta un estudio más costoso y a menudo no es accesible para una gran cantidad de pacientes. Por otro lado, los pacientes con AR pueden mostrar lesiones subclínicas como la tenosinovitis que no se detectan con un método común radiográfico.

Objetivo: Describir los hallazgos por ultrasonido con base en los lineamientos de OMERACT en una población de pacientes con AR y en tratamiento con certolizumab pegol (CZP).

Material y métodos: Se realizó USG en pacientes con AR que se hallaban bajo tratamiento biológico con CZP; se revisaron siete regiones de las manos previamente fijadas y con las definiciones de OMERACT para sinovitis, tenosinovitis y erosión. También se registraron otros datos como tratamiento previo, duración de este, tiempo de la AR y datos demográficos como edad y sexo. Se realizó estadística descriptiva de los hallazgos ultrasonográficos.

Resultados: Se incluyó a 31 pacientes, de los cuales 30 eran mujeres (97%) y un hombre (3%), con una edad promedio de 48,6 años ($\pm 7,9$ años), y un promedio de duración de la enfermedad de 8,5 años ($\pm 7,1$ años). Al momento de la revisión se contaba con un promedio de 2,5 años de tratamiento con certolizumab pegol ($\pm 2,4$ años), con una dosis promedio de 400 mg cada mes y el 38,7% ($n = 12$) de los pacientes consumía metotrexato a una dosis promedio de 15 mg, mientras que el 25% ($n = 8$) tomaba prednisona en dosis promedio de 10 mg. Por otro lado, cuatro pacientes tenían antecedente terapéutico, tres con rituximab y uno con infliximab; en el caso de este último se cambió a certolizumab pegol por falta de respuesta y pérdida de la eficacia. Cabe mencionar que todos los pacientes tenían dominio de la mano derecha; hasta 30/31 de los sujetos sufría sinovitis no activa de las articulaciones metacarpofalángicas (MCF) segunda y tercera de la mano derecha con más frecuencia, mientras que en la mano izquierda se observó sinovitis no activa (31/31 pacientes) de las articulaciones MCF segunda, tercera y cuarta. En la mano derecha se identificó tenosinovitis activa más a menudo en el compartimiento cuarto y tenosinovitis no activa más frecuente en los compartimientos tercero y cuarto, en tanto que en la mano izquierda se reconoció tenosinovitis no activa de los compartimientos tercero y cuarto con mayor

frecuencia y tenosinovitis activa en dos pacientes. También se observaron cinco erosiones en la mano derecha de predominio en la región cubital y seis en la mano izquierda, todas pequeñas, con predominio en el radio. Cinco pacientes sufrían erosiones en ambas manos.

Conclusiones: El tratamiento biológico ha cambiado el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide. En este estudio solo cinco individuos tenían erosiones en ambas manos, lo que puede sugerir que el inicio temprano podría generar evidencia de un cambio del pronóstico para la calidad de vida de estos enfermos.

Bibliografía

1. Ventura-Ríos G, Sánchez-Bringas, C, Hernández-Díaz, *et al.* Subclínica synovitis and tenosynovitis by ultrasonography (US) 7 score in patients with rheumatoid arthritis treated with synthetic drugs, in clinical remission by DAS28. *Reumatol Clin.* 2019;15(5):e5-e9.
2. Malla C, Vyas S, Bhalla AS, *et al.* Ultrasonography in early rheumatoid arthritis of hand and wrist joints: comparison with magnetic resonance imaging. *Indian J Orthop.* 2020 Jul 2;54(5):695-703.

CG063

FRACTURAS VERTEBRALES POR DXA: ¿LA DEFINICIÓN ACTUAL ES LA ADECUADA?

J. Morales-Torres¹, J. Romero-Ibarra¹, J. Morales-Vargas²

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

Introducción: Las fracturas vertebrales (FV) osteoporóticas son comunes, pueden ser asintomáticas, indican reducción de fortaleza ósea y anticipan nuevas fracturas. Su búsqueda se considera indispensable en todo paciente con sospecha de osteoporosis y la detección por evaluación de fractura vertebral (EFV) por DXA permite identificarlas con gran precisión y mejorar la definición ampliada de osteoporosis.

Objetivo: Describir la frecuencia de FV en los pacientes enviados a un centro de osteodensitometría (ODM) mediante la definición comúnmente aceptada.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes consecutivos referidos para un estudio de ODM y se les practicó una EFV por satisfacer los criterios aceptados para tal indicación o por indicación del médico tratante. Los estudios de EFV se llevaron a cabo en un aparato GE-Lunar, modelo iDXA. Se describió la frecuencia de FV definida como la pérdida de la altura del cuerpo vertebral de 20% en uno o más de sus segmentos. Los valores medios de las características de los individuos con y sin FV se compararon con t de Student.

Resultados: Se incluyó a 1,226 pacientes (91,9% mujeres) con edad media de 74 (± 8,5) años, atendidos desde finales del 2021. De estos, 807 (65,8%) tenían al menos una FV y 419 (34,2%) ninguna. Sus características se resumen en la **Tabla 1**. La densidad mineral ósea (DMO) media es significativamente más baja en la columna y el fémur total en la población con FV. La prevalencia notificada de FV en la comunidad es de 19,2 para mujeres y 9,8 para hombres en México. La frecuencia hallada en este estudio supera notablemente esta cifra. Pueden estar incluidas las FV no relacionadas con osteoporosis. Es posible que la población referida a ODM tiene más probabilidad de padecer osteoporosis, pero ¿es adecuado el límite de 20% para definir una fractura o se sobrediagnostica la FV? El paradigma actual exige investigar la existencia de FV en todo paciente con sospecha de osteoporosis. La existencia de FV puede bastar para definir a un paciente como portador de osteoporosis y elegible para tratamiento farmacológico.

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos. (CG063)

	Sin fractura (n = 419)	Con fractura (n = 807)	p
Edad media	73,2 (± 8,28)	74,82 (± 8,71)	0,0017
Talla media	154,1(± 10,41)	152,1(± 8,39)	0,0003
Peso medio	64,67(± 13,56)	62,84 (± 11,91)	0,0136
DMO columna	1,028 (± 0,207)	0,982 (± 0,214)	0,0003
DMO fémur total	0,854 (± 0,164)	0,777 (± 0,152)	0,0001

Conclusiones: Se reconoció una elevada frecuencia de FV definida como la pérdida de altura vertebral de 20% o más por EFV y DXA. De acuerdo con la definición actual, todos esos pacientes deben considerarse como aptos para tratamiento de la osteoporosis.

Bibliografía

1. Diacinti D, Guglielmi G. How to define an osteoporotic vertebral fracture? *Quant Imaging Med Surg.* 2019;9:1485-1494.
2. www.iscd.org/learn/official-positions/. Consultado el 16 de Septiembre, 2024.

CG064

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON OSTEOPOROSIS DE LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA DEL HRGIZ ENTRE 2021 Y 2023

A.E. Ariza-Rodríguez, M.B. Colli-Cortés
Hospital Regional General Ignacio Zaragoza

Introducción: La osteoporosis es la enfermedad ósea metabólica más común. Se caracteriza por la disminución de la masa ósea y alteración en la microarquitectura, lo que produce un mayor riesgo de fracturas. Se considera un problema de salud pública, afecta a más de 200 millones de personas en el mundo y genera millones de fracturas de cadera al año que llevan a la pérdida de la funcionalidad. La osteoporosis se vincula con una amplia gama de enfermedades y medicamentos que afectan la calidad ósea. Las enfermedades reumatológicas producen una inflamación notoria local y sistémica, en la cual el hueso puede encontrarse comprometido. Debido al envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de estos pacientes, se ha elevado la prevalencia de osteoporosis en esta población.

Objetivo: Investigar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con osteoporosis de la consulta externa de reumatología del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza entre 2021 y 2023.

Material y métodos: Se seleccionó a paciente de 30 a 90 años con diagnóstico de osteoporosis y alguna de las siguientes enfermedades reumatológicas: AR, LES, EA, ES, SS. Se valoraron las características demográficas, tiempo de evolución de la enfermedad reumatológica y osteoporótica, los tratamientos y el consumo de esteroides; se calculó el Frax y se valoró la frecuencia de fracturas. Además, se analizó la posible correlación entre el tiempo de evolución de la enfermedad reumatológica, la DMO y el Frax y entre la evolución del diagnóstico de osteoporosis, la DMO y el Frax.

Resultados: De los 97 pacientes con diagnóstico de osteoporosis, 70 cumplieron con los criterios para el estudio. Se encontró que el 100% de los sujetos correspondió a mujeres, con una edad media de 65,9 años; un 45,7% tenía entre 45 y 64 años, un 54,3% entre 65 y 90 años y no se identificó a pacientes de 30 a 44 años. La media de evolución de la enfermedad reumatológica fue de 131,79 meses, con una media DMO de cadera de -2,2 y columna de -2,8. El 71,1% de los individuos con osteoporosis tenía artritis reumatoide, 2,9% lupus eritematoso sistémico, 7,7% síndrome de Sjögren y 14,3% esclerosis sistémica. Las fracturas fueron de 25,3%, con un 77,8% que tenía artritis reumatoide, 11,1% síndrome de Sjögren y 5,6% LES y esclerosis sistémica.

Tabla 1. Características demográficas, evolución de la enfermedad reumatológica, diagnóstico de osteoporosis, DMO y cálculo de FRAX. (CG064)

	Edad	Peso	Talla	EE	EO	DMO cadera	DMO columna	Frax mayor	Frax cadera
N	70	70	70	70	70	70	70	70	70
Media	65,9	59,7	148,1	131,7	29,6	-2,294	-2,884	14,041	5,699
DE	8,09	11,8	6,38	134,6	42,9	0,870	1,264	10,624	8,346
V. mín.	51	31	132	4	0,9	-6,3	-5,2	2,9	0,4
V. máx.	86	97	161	636	240	-0,7	3,4	74,0	64,0

DE, desviación estándar; V. máx, valor máximo; V. mín, valor mínimo; N, número de pacientes de los que se registró la variable; EE, evolución de la enfermedad reumatológica; EO, evolución del diagnóstico de osteoporosis; DMO, densitometría ósea.

Conclusiones: La artritis reumatoide es la enfermedad reumatológica más identificada en los pacientes con diagnóstico de osteoporosis y con

el porcentaje mayor de fracturas. El mayor porcentaje de pacientes con fracturas se reconoce entre los 65 y 90 años. La densitometría ósea de columna lumbar estaba más disminuida en relación con la densitometría ósea de cadera. Solo se encontró correlación entre el tiempo de evolución de la enfermedad reumatológica y la DMO de cadera.

Bibliografía

1. Lane NE. Epidemiology, etiology, and diagnosis of osteoporosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006;194(2 Suppl):S3-S11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.047>
2. Emkey GR, Epstein S. Secondary osteoporosis: pathophysiology & diagnosis. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2014;28(6):911-935. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2014.07.002>

CG065

RELACIÓN ENTRE USO DE FARMESC Y EL RIESGO DE DESARROLLAR FIBROSIS HEPÁTICA MEDIDA POR FIB-4 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

V.E. Villalobos-Espinosa, L. Ortiz-Treviño, Y. Mejía-Olguín, A. Peñalosa-Andrade, L.B. De la Cruz-Becerra, S.A. Vázquez-Guevara
UMAE Hospital de Especialidades No. 25 del IMSS, Monterrey, NL

Introducción: La relación de fibrosis hepática y el consumo crónico de fármacos modificadores de la enfermedad es inconsistente en varias fuentes. Los diversos estudios no toman en cuenta las variables vinculadas con el daño hepático crónico como obesidad, dislipidemia y diabetes mellitus. El FIB-4 es un método no invasivo para determinar el riesgo de fibrosis validado en pacientes con artritis reumatoide e inicio de FARME convencionales. **Objetivo:** Determinar la relación entre consumo de fármacos modificadores de la enfermedad convencionales y riesgo de desarrollar fibrosis hepática medida por FIB-4 en pacientes con artritis reumatoide.

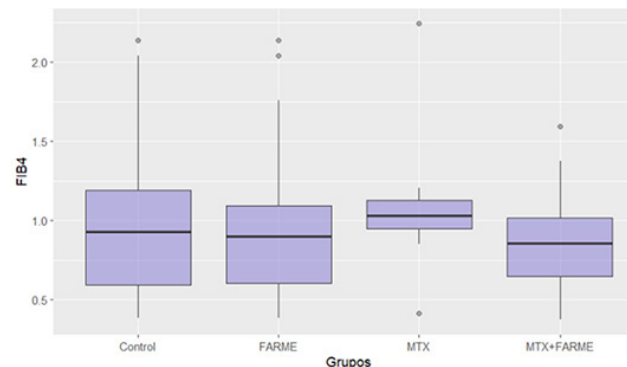
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, de cohortes, prospectivo y longitudinal en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con FARME convencional. Para determinar la relación entre las medias de las puntuaciones de FIB-4 y cada grupo de estudio (monoterapia MTX, FARME combinado y control) se analizó mediante ANOVA de dos vías. Se calculó el riesgo relativo para desarrollar fibrosis hepática ($FIB-4 > 1,3$) con FARME convencionales.

Resultados: Se analizó a 28 pacientes con artritis reumatoide y 22 controles. Del total de 28 pacientes con artritis reumatoide, 24 (86%) fueron mujeres, con edad media de 53,4 años (35-65 años); 12 (71%) pacientes tenían serología positiva para FR y 16 (57%) para anti-CCP, 5 (18%) sufrían alcoholismo activo, 9 (32%) DM2, 14 (50%) dislipidemia, 9 (32%) hipertensión arterial sistémica y 11 (40%) obesidad. Características basales: PCR 1,5 mg/dL (0,1-9,6 mg/dL), VSG 31,48 mm/h (6-45 mm/h), DAS28 5,0 (3,3-6,2), y FIB-4 0,96 (0,38-2,13). Hasta 4 (14%) registraron un FIB-4 significativo para fibrosis. Al final del estudio, la dosis media acumulada de metotrexato fue de 350 mg (120-460 mg) y la de leflunomida de 936 mg (0-360 mg). Un total de 17 pacientes (60%) recibió metotrexato más algún otro FARME. Al inicio del estudio, la puntuación promedio de FIB-4 en el grupo de pacientes que recibieron FARME fue de 0,96 puntos y en el grupo control de 0,95 puntos. A los seis meses, la media de la puntuación de FIB-4 en el grupo FARME fue de 1,12 puntos y en el grupo control de 0,94. La diferencia entre las medias del grupo FARME fue significativa (0,16 puntos, $p = 0,028$), a diferencia del grupo control (0,01 puntos, $p = 0,80$; IC95% -0,09 a 0,11). En pacientes expuestos a FARME, el riesgo relativo para presentar una puntuación FIB-4 consistente con posible fibrosis hepática medida por FIB-4 a los seis meses fue de 1,37 (IC95%, 0,46 a 4,10). A los seis meses, la diferencia del FIB4 entre los grupos control respecto de la monoterapia MTX ($p = 0,93$, IC95%, -0,34 a 0,54), control o combinación de FARME ($p = 0,84$, IC95%, -0,50 a 0,26), monoterapia MTX o combinación de FARME ($p = 0,80$, IC95%, -0,28 a 0,57) no fue estadísticamente significativa (Figura 1).

Conclusiones: En esta cohorte prospectiva de pacientes con artritis reumatoide con FARME de reciente inicio fue posible detectar un cambio

estadísticamente significativo en la puntuación de FIB-4 a los seis meses de seguimiento; sin embargo, este cambio no fue un valor indicativo de posible fibrosis hepática.

Figura 1. Puntuación FIB-4 por grupos a los seis meses. (CG065)



Bibliografía

1. Miyata M, Kuroda M, Unakami M, *et al.* Validation of the fibrosis-4 (FIB-4) index in the diagnosis of liver disease of rheumatoid arthritis patients treated with methotrexate. *Mod Rheumatol*. 2019 Nov;29(6):936-942.
2. Hilal G, Akasbi N, Boudouaya H, *et al.* Liver fibrosis in rheumatoid arthritis patients treated with methotrexate. *Curr Rheumatol Rev*. 2020;16(4):293-297.

CG066

DETECCIÓN DEL RIESGO DE COMPLICACIONES ORALES EN PERSONAS CON OSTEOPOROSIS: UN ESTUDIO PILOTO CON EL ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL (OHAT)

J. Morales-Torres¹, J. Romero-Ibarra¹, H. Gutiérrez-Hermosillo¹, L. Guerrero-Márquez¹, L. Anguiano-Flores¹, J. Morales-Vargas², A. Hernández-Arellano¹, D. Pacheco-Vargas¹, N. Compeán-Villarreal¹

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

Introducción: El compromiso de la salud oral es muy común en todo el mundo. El clínico tiene limitaciones para identificar muchos de esos problemas. La osteonecrosis de mandíbula relacionada con medicamentos es una rara pero devastadora complicación en pacientes sometidos a procedimientos dentales invasivos (PDI) que reciben fármacos antirresortivos o antiangiogénicos. El clínico que diagnostica osteoporosis prescribe antirresortivos en muchos de esos pacientes. ¿Cómo facilitar la detección de problemas que pueden requerir PDI?, ¿Cómo planear el tratamiento antirresortivo acorde a lo anterior?

Objetivo: Determinar la utilidad del instrumento OHAT validado en español en personas bajo tratamiento para la osteoporosis e identificar los problemas bucodentales que deben derivarse para atención odontológica.

Material y métodos: Estudio exploratorio y observacional en la población de odontología, reumatología y geriatría del Hospital Aranda de la Parra, mediante la aplicación de la versión validada del OHAT en forma de tabla con espacio para respuestas como parte de la evaluación habitual en la consulta diaria. La aplicó un odontólogo en pacientes (≥ 50 años) consecutivos, quien evaluó si la escala coincidía con la revisión odontológica, formal o no. A continuación, un reumatólogo y un geriatra aplicaron el OHAT en pacientes con osteoporosis, sin utilizar más equipo que guantes limpios, un abatelenguas y una fuente de luz; y se incluyeron información demográfica y el índice de comorbilidades de Charlson. Se consideraron elegibles para revisión odontológica formal los sujetos que tenían uno o más reactivos calificados como 2 o una calificación global de 4 o mayor (límite fijado de manera preliminar para este estudio). Se empleó estadística descriptiva simple.

Resultados: Se incluyó a 40 pacientes atendidos por dos odontólogos por disponibilidad simple en su práctica diaria, con edad media de 68,3 (\pm 8,8) años, y una calificación media de OHAT de 7,5 (\pm 3,8). El 100% de los hallazgos con el OHAT coincidió con la revisión odontológica completa formal. También se evaluó a 43 pacientes con osteoporosis con edad media de 73,4 (\pm 9,3) años y una calificación media de OHAT de 3,0 (\pm 2,0). En estos pacientes, el índice de comorbilidad de Charlson fue de 4,1 (\pm 1,7). Once de ellos (25,5%) tuvieron uno o más reactivos respondidos como 2 y 13 (30,2%) registraron una calificación global \geq 4, que los definía como aptos para evaluación odontológica. Hasta 27 (62,7%) pacientes tenían 12 o más meses desde su revisión odontológica formal. Tanto en los pacientes atendidos en odontología como en los tratados por osteoporosis, las calificaciones más altas se refirieron a alteraciones de dientes (caries, ruptura, desgaste) y grado de limpieza (sarro y restos de alimentos).

Conclusiones: El instrumento OHAT es eficaz para identificar hallazgos confirmados en la revisión por un odontólogo y puede ser un auxiliar para reconocer la necesidad de referencia a ese servicio en pacientes con osteoporosis y planear potenciales intervenciones invasivas antes de iniciar ciertos fármacos y limitar el riesgo de osteonecrosis de mandíbula relacionada con medicamentos.

Bibliografía

- Ruggiero SL, Dodson TB, Aghaloo T, *et al.* American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' position paper on medication-related osteonecrosis of the jaws-2022 update. *J Oral Maxillofac Surg.* 2022;80:920-943.
- Morales C, Henríquez F, Muñoz S. Structural validity and reliability of the "Oral Health Assessment Tool" applied by speech-language therapists in a population of older Chilean people. *BMC Oral Health.* 2023;23:24.

CG067

EXPERIENCIA DE CRIBADO DE NEUMOPATÍA INTERSTICIAL EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS (EAS) CON ULTRASONOGRAFÍA PULMONAR EN UN HOSPITAL GENERAL EN JALISCO

D. García-Cerda, O.L. Gómez-Campos, A.K. Díaz-Sandoval, I. Lepe-Álvarez, L.J. Rodríguez-Aguirre, V.E. Portela-De la Rosa, I. García-De la Torre, A.G. Jiménez-Lomelí, M. Marín-Rosales

Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una afección presente de manera extensa en las EAS. Su identificación y tratamiento son parte de la atención integral del paciente con alteración multiorgánica autoinmunitaria. De manera convencional se ha recomendado la tomografía de alta resolución (TACAR), pero en años recientes es cada vez más frecuente el ultrasonido pulmonar como herramienta de detección de EPI.

Objetivo: Describir los resultados de cribado pulmonar realizado con ultrasonografía pulmonar en pacientes con enfermedades autoinmunitarias sistémicas con método semicuantitativo, protocolo LUS.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con enfermedades autoinmunitarias sistémicas mayores de 18 años que acudieron a consulta de reumatología del Hospital General de Occidente. El ultrasonido pulmonar se realizó con equipo Hitachi Arietta s60 Con sonda lineal de 11 hz y uso de gel en campos pulmonares. Para valorar la presencia de EPI se empleó el método semicuantitativo con protocolo LUS mediante el conteo de líneas B y considerar < 10 negativo, 11-20 leve, 21-50 moderado, > 50 grave.

Resultados: Se incluyó a 37 pacientes, dos hombres y 35 mujeres, con edad media de 54 años. Predominó la artritis reumatoide con 75%. Los cuadrantes más afectados fueron: anterior superior izquierdo, seguido del anterior superior derecho y lateral inferior izquierdo. El total de cribados positivos fue de 4 y moderados de 75%; se muestra en la **Tabla 1**.

Conclusiones: El uso del cribado pulmonar con ultrasonido es una herramienta prometedora debido a su bajo costo; sin embargo, tiene la limitante

de ser dependiente del operador. La clínica es todavía esencial para la identificación dirigida de la EPI, lo cual mejora el rendimiento de la prueba, ya que en el cribado realizado en este servicio se incluyó a pacientes con o sin síntomas respiratorios, en busca de formas incipientes de EPI; esto generó una alta negatividad de la prueba. Esta es una prueba útil ante síntomas respiratorios crónicos en un paciente con EAS.

Tabla 1. (CG067)

Afección	Total n (%)	Cribado negativo n (%)	Cribado positivo n (%)	Leve	Moderado	Grave
Artritis reumatoide	28 (75,6)	27 (96,4)	1 (3,6)	0	1	0
Esclerosis sistémica	7 (19)	6 (85)	1 (15)	0	1	0
Dermatomiositis	1 (2,7)	0 (0)	1 (100)	1	0	0
Síndrome de Sjögren	1 (2,7)	0 (0)	1 (100)	0	1	0

Bibliografía

- Huang Y, Liu T, Huang S, *et al.* Screening value of lung ultrasound in connective tissue disease related interstitial lung disease. *Heart Lung.* 2023 Jan-Feb;57:110-116.
- Wang Y, Gargani L, Barskova T, *et al.* Usefulness of lung ultrasound B-lines in connective tissue disease-associated interstitial lung disease: a literature review. *Arthritis Res Ther.* 2017;19(1):206.

CG068

INTERVENCIÓN EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN EL EXAMEN CLÍNICO OBJETIVO ESTRUCTURADO (ECO) EN REUMATOLOGÍA PARA REDUCIR ESTRÉS DE SUSTENTANTES

S. Muñoz-López¹, C. Hernández-Díaz², L.A. Ledesma-Torres³, F. García-Rodríguez⁴, B. Mota-Mondragón⁵, A. Vargas-Guerreo⁶, H. Frago-Loyo⁷, A. Vargas-Guerreo⁶, C. Meléndez-Mercado⁸, S. Mendieta-Zerón⁹, P.B. Lara-Herrera¹⁰, T.S. Rodríguez-Reyna⁷, A.R. Torres-Jiménez¹¹, M. Pérez-Cristóbal¹², E. Faugier-Fuentes¹³

⁽¹⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital Juárez de México, ⁽³⁾Centro Especializado en Psicología de la Salud, ⁽⁴⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL, ⁽⁵⁾Hospital Central Militar, ⁽⁶⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽⁷⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽⁸⁾Centro Médico ISSEMYM Toluca, ⁽⁹⁾Centro Médico ISSEMYM, ⁽¹⁰⁾Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, ⁽¹¹⁾Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (Pediatría), ⁽¹²⁾Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, ⁽¹³⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Una de las funciones del Consejo Mexicano de Reumatología es la certificación, la cual evalúa el conocimiento necesario de los residentes de reumatología de adultos y pediatría para ejercer la reumatología en México. Esta evaluación consiste en una fase teórica y una práctica conocida como ECOE; en esta última se evalúan competencias en un ambiente clínico similar al de una consulta de reumatología. En este examen, la mayoría de los sustentantes experimenta una elevada ansiedad que puede repercutir negativamente, no solo en el rendimiento en las evaluaciones, sino en la salud de los alumnos ante este tipo de situaciones.

Objetivo: Atenuar el estrés y el nerviosismo antes del examen y en los descansos mediante intervención en materia de salud mental durante el examen de certificación en reumatología.

Material y métodos: Dos neuropsicólogas adscritas al Centro Especializado en Psicología de la Salud diseñaron un plan para realizar ejercicios de respiración para sustentantes antes del examen, así como mandalas terapéuticas durante el descanso.

Resultados: En 80 sustentantes para la certificación en reumatología de adultos y pediatría se obtuvieron los siguientes comentarios mediante encuestas: el 88,9% refirió que los ejercicios de respiración diafragmática fueron fáciles de seguir, el 75% señaló que los ejercicios de respiración diafragmática lograron disminuir el estrés (**Figura 1**), el 41,7% consideró que las mandalas de relajación fueron una intervención pertinente para mejorar

la concentración entre los descansos (Figura 2). En el 80,5%, saber que se contaba con un área de salud mental les dio tranquilidad y el 86% consideró que era importante contar con un servicio de salud mental en el examen de certificación.

Figura 1. Ejercicios diagramáticos para sustentantes de reumatología (CMR 2023). (CG068)



Figura 2. Mandalas terapéuticas (CMR 2023). (CG068)



Conclusiones: La intervención con ejercicios diafrágmáticos de relajación y mandalas terapéuticas contribuyó a la reducción del estrés en los residentes; además, contar con un servicio de salud mental dio tranquilidad a los sustentantes.

Bibliografía

1. Bausela Herreras E. Ansiedad ante los exámenes: evaluación e intervención psicopedagógica. La Revista Venezolana de Educación (Educere) [online]. 2005;9(31):553-557 [citado 2024-09-28].

CG069

MUERTES PERINATALES EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS: EXPERIENCIA DE SIETE AÑOS DE UNA CLÍNICA DE EMBARAZO Y REPRODUCCIÓN EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

M.E. Corral-Trujillo, R.A. Cerda-Rodríguez, P.E. Contreras-Olazarán, A.M. Ortiz-Ríos, M.A. Ponce-Santillán, E. Domínguez-Chapa, J.A. Cárdenas-De la Garza, F.R. Arévalo-Nieto, L. Pérez-Barbosa, C.M. Skinner-Taylor, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) tienen mayor riesgo de pérdida perinatal (PP), notificado en el plano mundial en 26%, en comparación con la población general (22,3%). En 2022 se registraron en México 25,041 muertes perinatales: 83,2% durante el embarazo, 15,8% durante el parto y en 1,0% no se especificó en la población general. Sufrir una PP se considera un episodio traumático y las consecuencias pueden variar: malestar emocional, aumento de las comorbilidades y un mayor riesgo de mortalidad materna hasta dos años después de la pérdida.

Objetivo: Describir la frecuencia y las características de las pérdidas perinatales de las pacientes de una clínica de embarazo y enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal; se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes de la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas del servicio de reumatología del Hospital Universitario en Monterrey, Nuevo León, desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de mayo de 2024. Se seleccionaron las historias clínicas de las pacientes que han sufrido una PP y se obtuvieron el historial de su ERA, los antecedentes ginecoobstétricos y las características sociodemográficas. Se realizó un análisis estadístico y se empleó la prueba de Shapiro-Wilk para determinar la normalidad. Las características sociodemográficas y clínicas se presentan como frecuencias y porcentajes (%) para las variables categóricas y medias, y desviación estándar (DE) para las variables continuas. Se utilizó el programa SPSS versión 25 (IBM Corp, Armonk, NY).

Resultados: De los 144 pacientes que han ingresado en la clínica, 20 (13,8%) tenían una PP. Las ERA más frecuentes fueron la artritis reumatoide (AR) con 8 (40%), lupus eritematoso sistémico (LES) con 8 (40%) y otros diagnósticos (dermatomiositis, síndrome antifosfolípidos y EITC) con 4 (20%); otras características se muestran en la **Tabla 1**. Hasta 16 (80%) de estas pacientes tenían ERA activa durante los embarazos; solo

Tabla 1. Características clínicas. (CG069)

	Muertes fetales (n = 15)	Muertes neonatales (n = 5)
Edad, media (DE)	32,73 (5,66)	24,80 (3,83)
Educación, n (%)		
< 9 años	6 (39,99%)	-
> 9 años	9 (59,99%)	5 (100%)
Estado civil, n (%)		
Soltero	3 (20%)	-
Unión libre	8 (53,33%)	3 (60%)
Casado	4 (26,66%)	2 (40%)
Ocupación, n (%)		
Hogar	9 (60%)	2 (40%)
Estudiante	-	1 (20%)
Empleado	5 (33,33%)	2 (40%)
Desempleado	1 (6,66%)	-
Diagnóstico reumático, n (%)		
Artritis reumatoide	7 (46,66%)	1 (20%)
Lupus eritematoso sistémico	6 (40%)	2 (40%)
Otros*	2 (13,32%)	2 (40%)
Embarazo planificado, n (%)		
Sí	3 (20%)	1 (20%)
No	12 (80%)	4 (80%)
Embarazo deseado, n (%)		
Sí	12 (80%)	4 (80%)
No	3 (20%)	1 (20%)
Seguimiento duelo perinatal, n (%)		
Sí	5 (33,33%)	4 (80%)
No	10 (66,66%)	1 (20%)

*Dermatomiositis, síndrome antifosfolípido, UCTD.

La tabla contiene las características clínicas y sociodemográficas divididas en dos grupos: pacientes que tuvieron su pérdida en el embarazo y mujeres que experimentaron la pérdida en los primeros 12 meses de vida del neonato.

dos de ellas no continuaron con su atención y tratamiento reumático después de la PP. En cuanto a las PP, 15 (75%) fueron muertes fetales, con 8 (53,3%) pacientes que experimentaron la pérdida durante el primer trimestre, 4 (26,6%) en el segundo trimestre y 3 (20%) en el tercero. Cinco (25%) fueron pérdidas neonatales; las causas de muerte fueron: sepsis neonatal (2), bloqueo cardíaco congénito mortal (1), muerte súbita desconocida (1) y neonato extremadamente prematuro (1). Se ofreció asesoramiento para el duelo perinatal a todas las pacientes, 13 (65%) de las cuales aceptaron tener al menos una consulta.

Conclusiones: Se registró una tasa de pérdida del 13,8% en esta población. La prevalencia es inferior a la notificada en todo el mundo (13,8% vs. 15,5%-26%). El enfoque multidisciplinario podría contribuir a esta menor tasa. El asesoramiento sobre el duelo y el seguimiento adecuado del bienestar emocional de la paciente pueden contribuir a obtener mejores resultados en futuros embarazos.

Bibliografía

- Bortoluzzi A, Andreoli L, Carrara G, *et al.*, Record-Linkage on Rheumatic Diseases Study of the Italian Society for Rheumatology. Improved pregnancy outcome in patients with rheumatoid arthritis who followed an ideal clinical pathway. *Arthritis Care & Research.* 2021 Feb;73(2):166-72.
- Song J, Mailick MR, Greenberg JS, *et al.* Mortality in parents after the death of a child. *Social Science & Medicine.* 2019 Oct 1;239:112522.

CG070

CONOCIMIENTO, ACTITUDES E INTENCIÓN HACIA LA VACUNACIÓN CONTRA VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

A.M. Ortiz-Ríos, M.A. Ponce-Santillán, E. Domínguez-Chapa, G. Rodríguez-Orozco, A.G. Rodríguez-Flores, K.A. Chávez-Olivo, A.P. Romero-Ávila, C.A. Rangel-Gaona, J.A. Cárdenas-De la Garza, L. Pérez-Barbosa, C.M. Skinner-Taylor, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) tienen 3,8 veces mayor riesgo de contraer infección genital por el virus del papiloma humano (VPH) y 8,66 veces más riesgo de desarrollar cáncer cervical debido a la persistencia del virus. La vacunación contra el VPH es esencial en esta población debido a la elevada incidencia y mortalidad por cáncer cervical en México (12,6 por 100 000 y 5,7 por 100 000, respectivamente). Sin embargo, las tasas de vacunación son todavía bajas (4,6%), probablemente influidas por el conocimiento, creencias y actitudes de las pacientes.

Objetivo: Identificar el grado de conocimiento, actitudes e intenciones hacia la vacunación contra el VPH en mujeres en edad reproductiva con ERA.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en mujeres de 18 a 45 años con ERA que asistieron a la clínica de reumatología en el Hospital Universitario. Se utilizó la encuesta validada Conocimiento, actitudes e intenciones hacia la vacunación contra el VPH (KAI-VPH), aplicada en español en el primer semestre del 2024. Esta encuesta incluye 44 preguntas divididas en cuatro secciones: datos sociodemográficos, nivel de conocimiento, actitudes e intención.

Las puntuaciones de conocimiento se clasificaron como bajo (< 33%), moderado (33%-66%) y alto (> 66%); la actitud se categorizó en positiva (< 2,5), neutral (2,5-3,5) y actitud negativa (> 3,5); y las puntuaciones de intención en no favorable (< 4), neutral (4-7) y favorable (> 7).

Se emplearon media o mediana y desviación estándar o rango intercuartílico para las variables numéricas. Para las variables categóricas se usaron frecuencias y porcentajes. Para la comparación de variables numéricas se utilizaron las pruebas t de Student, U de Mann-Whitney o prueba de análisis de varianza (ANOVA) de una vía. Se utilizó la prueba de Spearman para valorar la relación entre variables no paramétricas. Se consideró como

significativo un valor de $p \leq 0,05$. Se usó SPSS versión 29.0.2.0 (20) para el análisis de datos.

Resultados: Se incluyó a un total de 71 mujeres en edad reproductiva con ERA con una edad media de 38,84 años (DE, 7,49). Los datos sociodemográficos se muestran en la **Tabla 1**. El 84,5% había oído hablar de la vacuna, pero solo 21 (29,6%) mujeres tenían su esquema de vacunación completo. Se identificó un nivel de conocimiento moderado (39,78 \pm 22,81), una actitud positiva (2,08 \pm 0,58) y una intención favorable hacia la vacunación de VPH (n = 32, 45,07%) (**Figura 1**). El 56,3% creía que existe un alto riesgo de contraer la infección, y entre las pacientes no vacunadas o con desconocimiento de su estado de vacunación se encontró una correlación significativa entre el grado educativo y la intención de vacunarse (r = 0,332, p = 0,018).

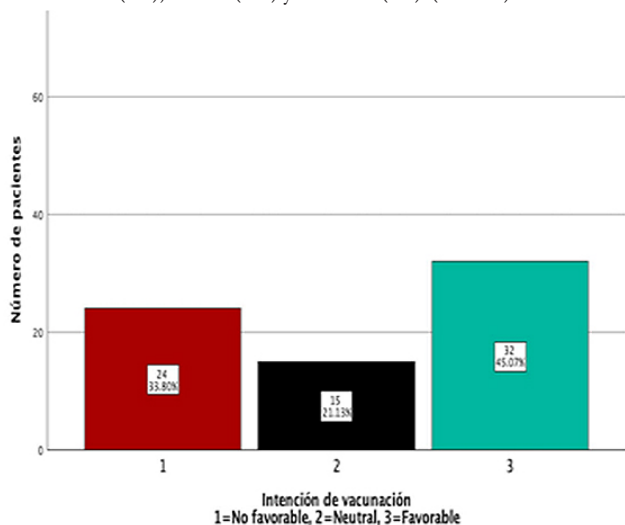
Tabla 1. Datos sociodemográficos. (CG070)

	n (%), n = 71
Edad, años, media \pm DE	32,96 \pm 8,98
Diagnóstico, n (%)	
Artritis reumatoide	36 (50,7)
Lupus eritematoso sistémico	24 (33,8)
Síndrome antifosfolípidos	3 (4,2)
Otro	8 (11,3)
Educación, n (%)	
Primaria	4 (5,6)
Secundaria	14 (19,7)
Preparatoria	18 (25,4)
Licenciatura	27 (38)
Posgrado	8 (11,3)
Ingreso mensual, pesos mexicanos, mediana (RIQ)	17.878,19 (9.000-20.000)
Estado civil, n (%)	
Soltera	22 (31)
Unión libre	16 (22,5)
Casada	28 (39,4)
Separada	3 (4,2)
Viuda	2 (2,8)
Comportamiento sexual, n (%)	
Sin experiencia	12 (18,3)
Siempre sin contracepción	19 (26,8)
Siempre con contracepción	22 (31)
A veces con contracepción	17 (23,9)
Antecedente familiar de cáncer cervicouterino, n (%)	
Sí	5 (7)
No	66 (93)
Antecedente de realización de citología cervical, n (%)	
Sí	45 (63,4)
No	26 (36,6)
Antecedente de vacunación, n (%)	
Sí	21 (29,6)
No	46 (64,8)
No sé	4 (5,6)
Escuchado de la vacuna, n (%)	
Sí	60 (84,5)
No	11 (15,5)

DE, desviación estándar; RIQ, rango intercuartílico.

Conclusiones: Este estudio revela que, si bien la mayoría de las mujeres con ERA ha oído hablar de la vacuna contra el VPH, menos de un tercio de ellas ha completado el esquema de vacunación. Se identificó que existe un déficit de conocimiento sobre el VPH y su vacunación, pero con una actitud positiva y una intención favorable de las pacientes a vacunarse. Estos hallazgos subrayan la necesidad de mejorar las campañas de educación y acceso a la vacuna, especialmente en pacientes con ERA para aumentar.

Figura 1. Número y porcentaje de la intención de vacunación contra VPH. No favorable (< 4), neutral (4-7) y favorable (> 7). (CG070)



Bibliografía

- García-Carrasco M, Mendoza-Pinto C, Rojas-Villarraga A, et al. Prevalence of cervical HPV infection in women with systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *Autoimmun Rev.* 2019;18(2):184-91.
- Villanueva S, Mosteiro-Miguéns DG, Domínguez-Martís EM, et al. Knowledge, attitudes, and intentions towards human papillomavirus vaccination among nursing students in Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(22):4507.

CG071

PERFIL HEMODINÁMICO Y FUNCIÓN PULMONAR DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A AUTOINMUNIDAD

L.F. Patricio-Balbuena¹, N.I. Ruiz-Gómez¹, A.C. Lugarido-Ríos¹, J.A. García-Cuellar¹, C.A. Castro-Fuentes²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, ⁽²⁾Unidad de Investigación HRAE Ixtapaluca

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad de distribución mundial que afecta de modo predominante a adultos mayores; dentro de sus complicaciones se identifican enfermedades cardiovasculares, pulmonares y autoinmunitarias. En el grupo 1 de la clasificación clínica de HP se incluye a las enfermedades autoinmunitarias y la hipertensión arterial pulmonar (HAP) de causa idiopática, en las que resulta importante describir las características hemodinámicas y la función pulmonar, hasta ahora poco descritas en otros registros en la población mexicana.

Objetivo: Describir las características hemodinámicas, función pulmonar y autoanticuerpos prevalentes de pacientes con hipertensión arterial pulmonar atendidos en un centro de referencia de tercer nivel.

Material y métodos: Se analizaron las características hemodinámicas que incluyeron presión arterial pulmonar media (PAPM), gasto cardiaco (GC), resistencias vasculares pulmonares (RVP) y presión de enclavamiento pulmonar (PEP) expresados en medianas y rangos, además de las pruebas de función pulmonar (espirometría, DLCO, relación FVC/DLCO) expresadas en sus respectivos valores de porcentaje predichos y patrón de espirometría, y se incluyó la prueba submáxima de caminata de 6 minutos (C6m) en metros totales recorridos. Se realizó una prueba de coeficiente de correlación de Pearson entre la relación FVC/DLCO y la PAPM. Asimismo, se informó la prevalencia de pruebas séricas positivas para paneles de autoanticuerpos mediante el método de inmunoanálisis (Euroimmun, Lübeck,

Germany), divididos en paneles para esclerosis (Scl-70, Scl-70 centrómero A, centrómero B, RNA Pol III 11, RNA Pol-III 155, Fibrillarín, NOR90, Th/To, PM-Scl100, PM-Scl75, PDGFR, Ro-52) y miositis (Mi-2α, Mi-2β, TIF1γ, MDA5, NXP2, SAE1, Ku, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ OJ).

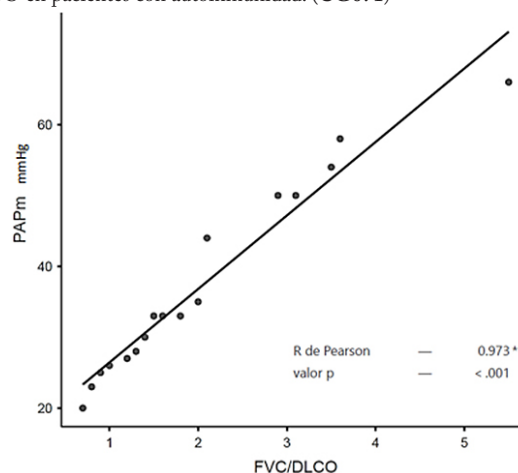
Resultados: Se incluyó a un total de 17 pacientes, 10 mujeres y siete hombres, de los cuales seis cumplieron criterios para esclerosis sistémica, siete para HAP idiopática, tres tenían enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) y uno síndrome combinado. Todos los pacientes presentaron al menos una prueba positiva a autoinmunidad. La mediana de PAPM fue de 33 mmHg (66-20), con RVP de 4,6 UW (17,6-2,5) y un GC de 4,1 (6-2,7); todos los pacientes cumplieron con la definición hemodinámica para HP precapilar (Tabla 1). En función pulmonar, la mediana de FVC fue de 69 (127-39), con DLCO de 12 (42-4) y KCO de 64 (164-16), con una relación FVC/DLCO de 1,6 (5,5-0,6); el patrón de espirometría más frecuente fue el restrictivo y la distancia recorrida en la C6m de estos pacientes fue de 103-408 m. La correlación entre la PAPM y la relación FVC/DLCO resultó significativa (R, 0,97; p < 0,001) (Figura 1).

Tabla 1. (CG071)

Presiones de CCD	Mediana (máx-mín)	Definición hemodinámica (n)
PAPM, mmHg	33 (66-20)	Precapilar (17)
RVP, UW	4,6 (17,6-2,5)	
PEP, mmHg	10 (15-3)	
GC, mmHg	4,1 (6-2,7)	
Función respiratoria	Mediana (máx-mín)	< LIN (N)
FVC (% pred)	69 (127-39)	17
DLCO (% pred)	12 (42-4)	
KCO (% pred)	64 (164-16)	12
FVC%/DLCO%	1,6 (5,5-0,6)	-
Patrón espirométrico	n (%)	PC6M (mín-máx)
Normal	4 (24)	60-512
Disanapsis	2 (12)	180-428
Restrictivo	10 (58)	103-408
Mixto	1 (6)	500
Autoinmunidad	Esclerosis	Miositis
Positivos (n)	30	16
Intensidad (kU/l) (mediana, intervalo)	14 (6-231)	9,5 (8-35)

CCD, cateterismo cardiaco derecho; PAPM, presión arterial pulmonar media; GC, gasto cardiaco; RVP, resistencias vasculares pulmonares; PEP, presión de enclavamiento pulmonar; FVC, capacidad vital forzada; DLCO, capacidad de difusión de monóxido de carbono; KCO, coeficiente de transferencia; LIN, límite inferior de la normalidad. Se describen las presiones de cateterismo cardiaco derecho, pruebas de función pulmonar, patrones de espirometría y positividad a pruebas de autoinmunidad y su respectiva concentración.

Figura 1. La PAPM se correlacionó de forma significativa con la FVC/DLCO en pacientes con autoinmunidad. (CG071)



Conclusiones: Los resultados proporcionaron información relevante sobre el perfil de los pacientes con HAP vinculada con autoinmunidad; aunque la cohorte fue pequeña, el diagnóstico se estableció por cateterismo, lo que destacó la afectación notoria de la PAPM y la RVP, ambos marcadores hemodinámicos de mal pronóstico, además del efecto funcional respiratorio consistente con la disminución de la DLCO. Los pacientes con HAP idiopática registraron positividad a pruebas de autoinmunidad.

Bibliografía

1. Hoepfer MM, Humbert M, Souza R, *et al.* A global view of pulmonary hypertension *The Lancet. Respiratory Medicine.* 2016;4(4):306-322.
2. Sandoval Zárate J, Jerjes-Sánchez C, Ramírez-Rivera A, *et al.*, & REMEHIP Investigators Mexican registry of pulmonary hypertension: REMEHIP *Archivos de Cardiología de México.* 2017;87(1):13-17.

CG072

FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNOS DEL ÁNIMO Y ANSIEDAD PERINATAL EN EMBARAZADAS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: ESTUDIO PILOTO

M.E. Corral-Trujillo, P.E. Contreras-Olazarán, A.M. Ortiz-Ríos, M.A. Pon-Santillán, E. Domínguez-Chapa, J.A. Cárdenas-De la Garza, L. Pérez-Barbosa, C.M. Skinner-Taylor, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los trastornos del ánimo y ansiedad perinatal (PMAD, *perinatal mood and anxiety disorders*) son anomalías psicológicas y psiquiátricas que afectan a mujeres durante el embarazo y el parto, incluidos los trastornos depresivos, ansiosos y otros trastornos del ánimo. Se han encontrado factores de riesgo para desarrollar PMAD relacionados con los antecedentes personales, familiares e interpersonales en mujeres mexicanas. Padece una enfermedad reumática (ERA) se ha relacionado con una mayor probabilidad de desarrollar depresión posparto.

Objetivo: Describir los factores de riesgo para desarrollar trastornos del ánimo y ansiedad perinatal en mujeres embarazadas con ERA.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron 36 historias clínicas de psicología de pacientes embarazadas de la clínica de reproducción, embarazo y enfermedades reumáticas (CREER) del servicio de Reumatología del Hospital Universitario en Monterrey, Nuevo León. Se obtuvo información sociodemográfica, evolución de la enfermedad y los factores de riesgo para desarrollar PMD. Se seleccionaron 25 factores de riesgo (FR) divididos en seis categorías: a) relacionados con las condiciones clínicas, b) relacionados con su condición social, c) relacionados con su embarazo actual, d) relacionados con embarazos previos, e) relacionados con su situación de pareja y f) relacionados con sus antecedentes personales, después de una revisión de las publicaciones médicas por un equipo de salud mental de la clínica de reproducción, embarazo y enfermedades reumáticas, los cuales se describen en la **Tabla 1**. Se realizó un análisis estadístico y se empleó la prueba de Shapiro-Wilk para determinar la normalidad. Las características sociodemográficas y clínicas se presentan como fre-

Tabla 1. Factores de riesgo para desarrollar trastornos del ánimo y ansiedad perinatal en embarazadas con enfermedades reumáticas de la CREER. (CG072)

Factor	Descripción	n (%)
Relacionados con las condiciones clínicas		
Mal apego al tratamiento	La paciente no acude a las citas programadas por el equipo multidisciplinario	14 (38,9)
ERA activa	La paciente cursa el embarazo con su ERA activa	13 (36,1)
Consumo de drogas	La paciente consume sustancias ilícitas actualmente	1 (2,8)
Relacionados con su condición social		
Clase social baja	Nivel socioeconómico asignado por trabajadora social después de realizar el estudio socioeconómico de la CREER	20 (55,6)
Discapacidad o desempleo	La ERA o el embarazo le causan discapacidad y tuvo que dejar su empleo remunerado	-
Hijos con problemas de salud	Uno o más de sus hijos tienen enfermedades crónicas o degenerativas	-
Relacionados con su embarazo actual		
Embarazo adolescente	La paciente tiene 17 años o menos durante su embarazo	3 (8,3)
Edad materna avanzada	La paciente tiene 35 años o más durante su embarazo	6 (16,7)
Primigesta	Es el primer embarazo de la paciente	6 (16,7)
Embarazo no planeado	El embarazo no fue planeado por la paciente, con o sin autorización de su reumatólogo	28 (77,8)
Embarazo no deseado	El embarazo no es deseado por la paciente	1 (2,8)
Embarazo por abuso sexual	El embarazo fue producto de abuso sexual	-
Embarazo con complicaciones	El embarazo en curso es de alto riesgo	4 (11,1)
Relacionados con embarazos previos		
Pérdidas perinatales previas	La paciente ha sufrido pérdidas perinatales previas	22 (61,1)
Duelos perinatales no resueltos	La paciente continúa con un duelo activo de una o más pérdidas perinatales previas	6 (16,7)
Relacionados con su situación de pareja		
Madre soltera	La paciente es madre soltera	8 (22,2)
Problemas en la relación de pareja	La paciente tiene dificultades en mantener una relación sana con su pareja	9 (25)
Separación o divorcio	Durante el embarazo la paciente se separó o se divorció de su pareja	4 (11,1)
Violencia íntima de pareja	La paciente es víctima de violencia de pareja en cualquiera de sus variantes (verbal, física, psicológica, etc.)	4 (11,1)
Relacionados con sus antecedentes personales		
Antecedente de maltrato o negligencia infantil	Fue víctima de maltrato o negligencia en la infancia	-
Antecedente de abuso sexual	La paciente fue víctima de abuso sexual en la infancia	-
Antecedente de trastornos psiquiátricos	La paciente ha sido diagnosticada con algún trastorno psiquiátrico	4 (11,1)
Antecedente de trastornos del estado de ánimo y ansiedad perinatal	La paciente fue diagnosticada con un PMD durante uno o más embarazos previos	1 (2,8)
Antecedente de trastornos de la conducta alimentaria	La paciente fue diagnosticada con un trastorno de la conducta alimentaria durante su vida	-
Antecedente de trastornos del ánimo familiares	Antecedente de diagnósticos psiquiátricos en su familia de origen y extendida	1 (2,8)

cuencias y porcentajes para las variables categóricas medianas y rango intercuartílico (RIC) y medias y desviación estándar (DE) para las variables continuas. Se utilizó el programa SPSS versión 25 (IBM Corp, Armonk, NY).

Resultados: Se incluyó a 36 pacientes embarazadas, con edad media de 28,03 (DE 7,06); el principal diagnóstico reumático fue artritis reumatoide con 16 (44,4%), lupus eritematoso sistémico con 8 (22,2%), síndrome antifosfolípidos con 6 (16,7%) y otros (DMT, PA, EITC, pérdidas recurrentes) con 6 (16,7%). Un total de 25 (69,5%) tenía hasta preparatoria como nivel académico; 22 (61,1%) de ellas se dedicaban al hogar, 10 (27,8) se encontraban empleadas; 26 (72,2%) vivían en pareja: 14(38,9%) en unión libre y 12 (33,3%) casadas. La mediana del número de embarazos fue de 2,50 (2,00-4,00), el número de pérdidas perinatales fue de 1 (0,00-2,75) y el número de hijos vivos fue de 0,00 (0,00-1,00). La media de factores de riesgo para PMD fue de 4,31 (DE 2,18); el mínimo por paciente fue 0 y el máximo 8. La categoría con más factores de riesgo en total fue la de “Relacionados con su embarazo actual” (48). Los factores de riesgo con mayor frecuencia fueron: embarazo no planeado con 28 (77,8%), pérdidas perinatales previas con 22 (61,1%) y clase social baja 20 (55,6%).

Conclusiones: El embarazo no planeado fue el factor de riesgo más frecuente en esta población. Enlistar los factores de riesgo para PMD en mujeres con ERA puede ser el inicio de la creación de una guía objetiva de tratamiento y seguimiento con estrategias multidisciplinarias. No existe un listado de factores de riesgo y guía de tratamiento para los trastornos del estado de ánimo y ansiedad perinatales en mujeres con ERA. Sin embargo, conocer los factores que predisponen a esta población permitirá establecer estrategias de intervención multidisciplinaria oportuna.

Bibliografía

- Misri S, Kendrick K. Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review. *Can J Psychiatry.* 2007;52:489-498.
- Genchi-Gallardo F, *et al.* Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecol Obstet Mex.* 2021;89(12):927-36. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.694>.

CG073

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS CON QUEJA DE DISFUNCIÓN COGNITIVA

M.E. Corral-Trujillo, K.Y. Ramos-Reza, M.D. Escobedo-Moreno, G.A. Madrid-López, I.J. Hernández-Galarza, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

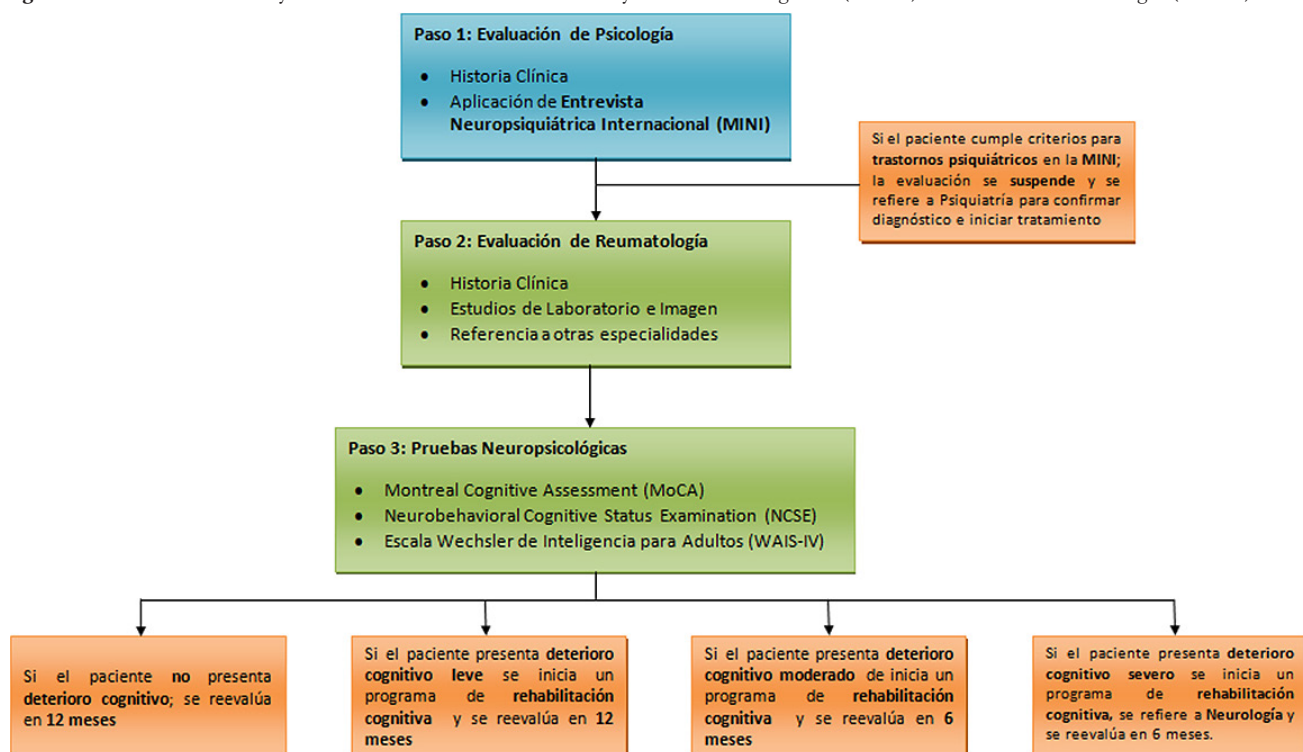
Introducción: El funcionamiento cognitivo incluye orientación, atención/concentración, juicio/resolución de problemas, memoria y funciones ejecutivas, entre otras. La disfunción cognitiva (DC) se ha descrito en pacientes con ERA como parte de los síntomas de su enfermedad, pero también es un síntoma de una amplia gama de trastornos psiquiátricos. Los pacientes con ERA pueden tener un deterioro cognitivo autopercebido que puede o no relacionarse con su enfermedad.

Objetivo: Describir la prevalencia de deterioro cognitivo y de los dominios cognitivos más afectadas con tres pruebas psicológicas en pacientes con ERA.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se evaluó a pacientes del servicio de reumatología del Hospital Universitario en Monterrey, Nuevo León, de septiembre de 2022 a abril de 2024. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con al menos un diagnóstico reumático y una queja subjetiva de deterioro cognitivo que afectaba su vida diaria con el protocolo de evaluación de la Clínica de Evaluación y Rehabilitación Neuropsicológica (CERN); la evaluación completa tuvo una duración total de seis horas (**Figura 1**). Las características sociodemográficas y clínicas se presentan como frecuencias y porcentajes y desviación estándar (DE) para las variables continuas. Se utilizó el programa SPSS versión 25 (IBM Corp, Armonk, NY).

Resultados: Participó un total de 23 pacientes, el 86,95% de ellos mujeres con una edad media de 52,65 ± 14,89 años. El 87% tenía estudios superiores (> 9 años); en cuanto a la ocupación, 11 (47,82%) eran empleados, 9 (39,13%) realizaban tareas del hogar y tres eran jubilados (13,04%). La

Figura 1. Protocolo de atención y evaluación de la Clínica de evaluación y rehabilitación cognitiva (CERN) del servicio de reumatología. (CG073)



mayoría se encontraba casada 13 (56,52%). Los diagnósticos más frecuentes fueron fibromialgia en 6 (26,08%), artritis psoriásica en 3 (13,04%) y síndrome de Sjögren primario en 3 (13,04%). Se identificaron comorbilidades psiquiátricas en el 60,86% de los pacientes: 7 (30,43%) con trastorno depresivo mayor, 5 (21,73%) con trastorno depresivo recurrente y 4 (17,39%) con trastorno de ansiedad generalizada. Se observó un riesgo suicida actual en 5 (21,73%). Según la prueba MoCA, se registró algún grado de DC en el 86,95% de los pacientes. La memoria de trabajo y la atención fueron los dominios más afectados en el NCSE, con un 47,82% y un 21,73%. El WAIS-IV mostró que el 52,17% (12) de los pacientes tenía un cociente intelectual (CI) inferior a la media. Los índices con puntuaciones inferiores a la media fueron el razonamiento perceptivo y la memoria de trabajo, con un 65,2 y un 56,5% (Tabla 1).

Conclusiones: Según el MoCA, el 86,9% de los pacientes evaluados presentaba algún grado de disfunción cognitiva; este porcentaje disminuyó al 52% cuando se evaluó con el WAIS-IV debido a que este último es más específico en los resultados. La memoria de trabajo fue el dominio más afectado (50% en NCSE y 56,5% en WAIS-IV). Los trastornos psiquiátricos estaban presentes en más de la mitad de estos pacientes (60,86%).

Bibliografía

1. Meade T, Manolios N, Cumming SR, et al. Cognitive impairment in rheumatoid arthritis: A Systematic review. *Arthritis Care Res.* 2017;70(1):39-52.
2. Millan MJ, Agid Y, Brüne M, et al. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nat Rev Drug Discov.* 2012;11(2):141-68.

CG074

DIGNIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA

F.R. Arévalo-Nieto, M.A. Ponce-Santillán, A.M. Ortiz-Ríos, E. Domínguez-Chapa, Y.K. Lerma-Martínez, M.E. Corral-Trujillo, J.A. Cárdenas-De la Garza, L. Pérez-Barbosa, C.M. Skinner-Taylor, D.A. Galarza-Delgado
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La dignidad humana es el valor inherente para todas las personas, cualesquiera que sean su género, condición social, religión u origen. En el ámbito de la salud es común referirse a la dignidad como dignidad percibida, esto es, el valor y respeto atribuidos a otros, pero también percibidos dentro de un contexto e interacción social. Este valor puede afectarse por enfermedad, discapacidad o muerte. Los pacientes con enfermedad reumática enfrentan desafíos que pueden modificar negativamente su dignidad, percibida como la pérdida de función física, disminución de la independencia, incertidumbre sobre el pronóstico y cambios en la apariencia. En pacientes con enfermedades reumáticas no se ha explorado la dignidad percibida.

Objetivo: Medir la dignidad percibida en mujeres con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se aplicó el cuestionario validado PDI MX (Inventario de dignidad percibida) a 50 mujeres en edad reproductiva (18-45 años) con diagnóstico reumatológico, que firmaron consentimiento informado y atendidas en la Clínica de reproducción, embarazo y enfermedades reumáticas del Hospital Universitario, en Monterrey, Nuevo León. La escala se integra con 25 reactivos y se utilizó una escala de Likert de 5 puntos, desde “no es un problema” hasta “es un problema muy grave”. Tiene cuatro dominios: pérdida del sentido de la vida, malestar e incertidumbre, pérdida de la independencia y pérdida del apoyo social. Las puntuaciones oscilan entre 25 y 125, con un punto de corte de 54,4 para la denominación de deterioro en la dignidad percibida. Se recopilaron datos sociodemográficos como edad, ocupación, estado civil, escolaridad, tiempo y diagnóstico, medicamentos que consume actualmente; todos los datos los proporcionó la paciente o se obtuvieron del expediente clínico.

Resultados: Se incluyó a un total de 50 mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de enfermedad reumática con una edad media de 30,58 (6,58). Las características sociodemográficas se muestran en la **Tabla 1**. La mediana (RIQ) de la puntuación PDI-MX fue de 32,00 (27-48,25). La mediana de puntuación en el dominio “Pérdida del sentido de la vida” fue de 14,50 (12-25) (mínimo 12-máximo 60), en el dominio “Malestar e incertidumbre” fue de 10,50 (7-13,25) (mínimo 6-máximo 30), en el dominio “Pérdida de la independencia” fue de 4 (4-6) (mínimo 4-máximo 20) y en el dominio “Pérdida del apoyo social” fue de 3 (3-4) (mínimo 3-máximo 15). En total, 10 (20%) de las pacientes obtuvieron una puntuación PDI-MX \geq 54,5; deterioro en la dignidad percibida. De las pacientes con tiempo de diagnóstico > 2

Tabla 1. Resultados de los pacientes por pruebas neuropsicológicas. (CG073)

Paciente	Diagnóstico ERA	MoCA	Deterioro de los dominios cognitivos en NCSE	IQ según WAIS-IV
1	FM	Leve	Ninguno	Límitrofe
2	AP	Leve	Memoria	Media alta
3	AP	Leve	Atención, memoria	Media baja
4	FM	Normal	Atención, memoria	Promedio
5	OA	Normal	Ninguno	Media alta
6	FM	Leve	Ninguno	Promedio
7	ACG	Moderada	Atención, comprensión, repetición, construcciones, memoria, cálculos	Límitrofe
8	LES	Leve	Ninguno	Media baja
9	Sd. ASIA	Leve	Ninguno	Media baja
10	FM	Leve	Memoria	Promedio
11	SSp	Leve	Memoria	Media baja
12	SSp	Leve	Memoria	Promedio
13	OA	Leve	Memoria, cálculos	Media baja
14	LES	Leve	Atención	Límitrofe
15	FM	Leve	Atención, comprensión, memoria	Media baja
16	dcSSc	Leve	Ninguno	Promedio
17	AP	Leve	Ninguno	Promedio
18	FM	Leve	Memoria	Media baja
19	AR	Leve	Memoria, cálculos	Media baja
20	EITC	Leve	Ninguno	Media alta
21	AR	Leve	Ninguno	Promedio
22	SSp	Leve	Ninguno	Promedio
23	AR	Normal	Ninguno	Media baja
Total pacientes con disfunción cognitivo		20	7	12

Tabla 1. Datos sociodemográficos. (CG074)

	n (%) n = 50
Edad, años, media ± DE	30,58 ± 6,58
Diagnóstico, n (%)	
Artritis reumatoide	18 (36)
Lupus eritematoso sistémico	12 (24)
Síndrome antifosfolípidos	10 (20)
Otros	10 (20)
Educación, n (%)	
Primaria	0 (0)
Secundaria	21 (42)
Preparatoria	8 (16)
Universidad o más	21 (42)
Ocupación, n (%)	
Empleada	18 (36)
Desempleada	32 (64)
Estado civil, n (%)	
Casada	25 (50)
Unión libre	16 (32)
Soltera	9 (18)
Comorbilidades, n (%)	
Sí	7 (14)
No	43 (86)
Tiempo de diagnóstico, n (%)	
Menor a 2 años	6 (12)
Mayor a 2 años	44 (88)
Total PDI-MX, mediana (RIQ)	32 (27 - 48,25)
Deterioro de la dignidad percibida, n (%)	
Negativo	40 (80)
Positivo (> 54,5)	10 (20)

años, el 20,5% sufrió deterioro de la dignidad percibida, mayor que aquellos que tenían un tiempo de diagnóstico < 2 años (16,7%). De las pacientes con un tiempo > 2 años de diagnóstico de LES, el 36,4% experimentó deterioro de la dignidad percibida, y fue mayor que en las mujeres con AR (23,5%).

Conclusiones: Este estudio resalta que una de cada cinco pacientes sufrió un deterioro de la dignidad percibida, lo cual puede tener repercusiones graves en la autopercepción de la paciente de sí misma y efectos importantes en la salud mental y física. Las líneas de acción del reumatólogo deben encaminarse a fortalecer la relación médico-paciente y comprender al individuo como un todo, tras conocer su forma de vivir con la enfermedad, educar al enfermo sobre su padecimiento y promover la toma de decisiones compartida desde la autonomía del paciente.

Bibliografía

- Pascual-Ramos V, Contreras-Yáñez I, Cuevas-Montoya M, *et al.* Factors associated with distress related to perceived dignity in patients with rheumatic diseases. *J Clin Rheumatol* [Internet]. 2024;30(4): e115-21.
- Pascual-Ramos V, Contreras-Yáñez I, Cuevas-Montoya M, *et al.* Perceived dignity is an unrecognized source of emotional distress in patients with rheumatic diseases: Results from the validation of the Mexican version of the Patient Dignity Inventory. *PLoS One* [Internet]. 2023;18(8):e0289315.

CG075

NECESIDADES DE REHABILITACIÓN EN ADULTOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE DISCAPACIDAD: ESTUDIO RETROSPECTIVO

A.A. Martínez-Villarreal, L.P. Rodríguez-Vega, A.H. Peña-Ayala
 Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

282 *Reumatol Clin.* 2025;21 Sup.1

Introducción: Las enfermedades reumáticas alteran la funcionalidad de los pacientes hasta diferentes grados de discapacidad. Las comorbilidades agravan este proceso. Es importante conocer la percepción de discapacidad y las necesidades de rehabilitación (NR) para ofrecer atención integral, disminuir el dolor y promover el bienestar físico, emocional, la capacidad funcional y la calidad de vida. Estos datos deben impulsar a los servicios de rehabilitación como prioridad de las políticas sanitarias y facilitar la reintegración en la vida diaria y la comunidad.

Objetivo: Describir las necesidades de rehabilitación detectadas en pacientes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas atendidos en el servicio de reumatología y referidos a rehabilitación osteoarticular del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, analítico y comparativo. Se incluyeron expedientes de pacientes con enfermedades reumáticas, en rehabilitación osteoarticular de marzo de 2023 a abril de 2024. Se recolectaron datos sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, estado civil, ocupación, tiempo de traslado, fecha de ingreso y evaluación en rehabilitación), clínicos (diagnóstico, comorbilidades, antecedentes quirúrgicos y ortopédicos, percepción de discapacidad por WHODAS 2.0), necesidades de rehabilitación identificadas (control del dolor, prescripción de auxiliar de la marcha, ortesis o ayudas técnicas, intervenciones de fisioterapia o terapia ocupacional, interconsulta para valoración quirúrgica, a servicios médicos y paramédicos complementarios). Se realizó análisis con SPSS v.22 con estadística no paramétrica y descriptiva con medianas y rango intercuartílico, frecuencias y porcentajes. Análisis comparativo con U de Mann-Whitney y exacta de Fisher, análisis de correlación con coeficiente de Spearman. Significancia estadística con un alfa ≤ 0,05.

Resultados: De 204 pacientes atendidos, 91% correspondió a mujeres, con media de 56 (49-65) años y 28% de personas mayores. Tiempo de diagnóstico: 6 (2-16) años. Diagnóstico: AR 36%, OA 34%, fibromialgia 6%, otros 24%. Con pareja (45%), ocupación en hogar (52%) y actividad física (36%). Algún grado de percepción de discapacidad en 81% (n = 144); dos o más comorbilidades en 58%. Diferencia significativa entre años de diagnóstico por patología (p < 0,001), más comorbilidades en personas mayores respecto de los adultos con AR y de adultos respecto de personas mayores con OA (p < 0,001) en ambos casos. Las NR detectadas en intervenciones de terapia ocupacional, auxiliar de la marcha y ortesis son diferentes por patología en el grupo de adultos: p = 0,05, p = 0,03 y p = 0,003, respectivamente. La prescripción de ortesis es mayor para personas mayores con AR (p < 0,001). Hasta 45% de los pacientes no pudo acudir a tratamiento fisioterapéutico en la institución; la diferencia del tiempo de traslado fue de 120 (90-180) contra 60 (50-105) minutos de los que sí acudieron (p < 0,001).

Conclusiones: Los profesionales de salud que atienden a esta población de pacientes deben conocer y detectar las necesidades de rehabilitación para desarrollar estrategias de detección temprana de discapacidad, referencia oportuna y garantizar el acceso a servicios de calidad, asequibles, con atención basada en la evidencia y centrados en la persona.

Bibliografía

- ENSANUT 2022. [Internet]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/doctos/analiticos/14-Dificultades.de.funcionamiento-ENSANUT2022-14822-72373-2-10-20230619.pdf> [Accedido el: 2024 Sep 9].
- Peláez-Ballesteros I, Sanin LH, Moreno-Montoya J, *et al.*; Grupo de Estudio Epidemiológico de Enfermedades Músculo Articulares (GEEMA).
- Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol Suppl.* 2011 Jan;86:3-8.
- Moe RH, Vliet Vlieland TP. Current and future challenges for rehabilitation for inflammatory arthritis. *J Clin Med.* 2024 Jun;13(6):1808.
- Fedorchenko Y, Mahmudov K, Abenov Z, *et al.* Rehabilitation of patients with inflammatory rheumatic diseases and comorbidities: Unmet needs. *Rheumatol Int.* 2024 Apr;44(4):583-91.
- Cieza A, Causey K, Kamenov K, *et al.* Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2021 Nov 27;396(10267):2006-17.
- World Health Organization. Disability and health [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> [Accedido el: 2024 Sep 9].

8. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
9. Sarfo FS, Ulasavets U, Opare-Sem OK, *et al.* Tele-rehabilitation after stroke: an updated systematic review of the literature. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2018 Sep;27(9):2306-18.
10. Williams A, Kamper SJ, Wiggers JH, *et al.* Musculoskeletal conditions may increase the risk of chronic disease: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMC Med.* 2018 Sep 25;16(1):167.
11. Chaler J, Marco E, Bascuñana H, *et al.* Rehabilitación 2030: una iniciativa de la OMS, una necesidad sanitaria. *Rehabil (Madr).* 2023 Oct;57(4):100829.

CG076

COMORBILIDADES ASOCIADAS A LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE HIPERMOVILIDAD

C.V. Elizondo-Solís, K. Silva-Luna, A.C. Arana-Guajardo, M.R. García-Pomper Mayer, O. Ilizaliturri-Guerra, N.E. Rubio-Pérez, L.I. Lozano-Plata, M.A. Garza-Elizondo

Centro Médico Zambrano Hellion

Introducción: Los trastornos del espectro de hipermovilidad (TEH) se caracterizan por una hipermovilidad articular acompañada de manifestaciones musculoesqueléticas y una diversidad de síntomas multisistémicos que afectan la calidad de vida de los pacientes. Aunque se ha documentado la relación entre los TEH y varias comorbilidades, como trastornos gastrointestinales, alteraciones del sueño y disautonomía, la mayoría de los estudios las ha evaluado de manera aislada, lo que deja un vacío en la comprensión integral de estas anomalías. Este estudio busca abordar esta brecha al evaluar de manera sistemática la prevalencia y distribución de las comorbilidades en pacientes con TEH.

Objetivo: Determinar la prevalencia y la distribución de comorbilidades en pacientes con TEH atendidos en la consulta de reumatología.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional transversal en una población de pacientes que asistieron a la consulta de reumatología en el Centro Médico Zambrano Hellion del periodo de febrero de 2021 a diciembre de 2021 por dolor generalizado de más de seis meses. Se utilizaron los criterios diagnósticos de 2017 para el síndrome de Ehlers-Danlos hiper móvil (SEDH) para descartar este síndrome y se clasificó a los pacientes con TEH en subtipos: histórico, localizado, periférico y generalizado. Las comorbilidades se evaluaron mediante un cuestionario estructurado que capturó alteraciones previamente vinculadas con TEH. El análisis estadístico se realizó con R.

Resultados: De los 198 pacientes evaluados, 64,24% tenía algún tipo de hipermovilidad articular, y el subtipo de hipermovilidad generalizada fue el más frecuente (25,76%). Las comorbilidades más prevalentes fueron

pie plano (65,12%), diarrea o estreñimiento (48,84%), migraña y cefalea tensional (41,86%), y enfermedad por reflujo gastroesofágico (60,7%). Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de insomnio, sobre todo en el grupo con hipermovilidad generalizada (**Tabla 1**). **Conclusiones:** Los hallazgos resaltan la elevada prevalencia de comorbilidades en pacientes con TEH, en particular en aquellos con hipermovilidad generalizada. Esto subraya la necesidad de un enfoque de evaluación integral para identificar y tratar estas comorbilidades en la práctica clínica, de tal modo que mejore la calidad de vida de los pacientes con TEH.

Bibliografía

1. Castori M, Tinkle BT, Levy HP, *et al.* A framework for the classification of joint hypermobility and related conditions. *Am J Med Genet Part C-Semin Med Genet.* 1 de marzo de 2017;175(1):148-57.
2. M Ritelli, N Chiarelli, V Cinquina, *et al.* Looking back and beyond the 2017 diagnostic criteria for hypermobile Ehlers-Danlos syndrome: a retrospective cross-sectional study from an Italian reference center. *Am J Med Genet A.* 29 de septiembre de 2023.

CG077

ESTADO NUTRICIONAL Y EVALUACIÓN DE INGESTA DIETÉTICA EN EMBARAZADAS DE LA CLÍNICA DE REPRODUCCIÓN, EMBARAZO Y ENFERMEADES REUMÁTICAS (CREER)

M.G. Herrera-López, P.R. Ancer-Rodríguez, C.M. Skinner-Taylor, L. Pérez-Barbosa, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La evaluación nutricional es fundamental en la atención de una mujer embarazada con enfermedad reumática (ER). La relación entre ingestión dietética y estado nutricional puede modificar algunos síntomas de la ER. Los excesos y carencias nutricionales durante el embarazo se vinculan con inadecuada ganancia de peso, incremento de actividad inflamatoria y estrés oxidativo, el cual se produce en el organismo debido al exceso de radicales libres y falta de antioxidantes para contrarrestarlos. De acuerdo con declaraciones de propiedades saludables, el selenio puede mejorar la eficacia reproductiva en mujeres sometidas a tratamientos de fecundación *in vitro*, contribuye a la protección de las células frente al daño oxidativo, mantiene el funcionamiento normal del sistema inmunitario y reduce la respuesta inflamatoria en el cuerpo. En México, más del 50% de la población adulta tiene sobrepeso y obesidad. El periodo gestacional puede agravar o desencadenar obesidad, en particular en mujeres con factores de riesgo y en las que han tenido antecedentes de infertilidad. La obesidad en el embarazo eleva el riesgo de complicaciones maternas y perinatales, como diabetes gestacional, hipertensión arterial desarrollada por el embarazo, preeclampsia, eclampsia, fenómenos tromboembólicos,

Tabla 1. Comparación de comorbilidades entre los subtipos de TEH. (CG076)

Comorbilidad	Histórico	Localizado	Periférico	Generalizado	Valor p
Migraña	1 (25,00%)	6 (19,35%)	4 (20,00%)	18 (41,86%)	0,1334
Cefalea tensional	2 (50,00%)	8 (25,81%)	3 (15,00%)	18 (41,86%)	0,1245
Disautonomía	1 (25,00%)	2 (6,45%)	2 (10,00%)	10 (23,26%)	0,1955
Diarrea o estreñimiento	2 (50,00%)	10 (32,26%)	9 (45,00%)	21 (48,84%)	0,5377
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	4 (100,00%)	15 (48,39%)	11 (55,00%)	26 (60,47%)	0,2405
Dismenorrea	0 (0,00%)	2 (6,45%)	2 (10,00%)	2 (4,65%)	0,8129
Ansiedad	3 (75,00%)	5 (16,13%)	4 (20,00%)	12 (27,91%)	0,0664
Depresión	2 (50,00%)	2 (6,45%)	3 (15,00%)	8 (18,60%)	0,1140
Insomnio	2 (50,00%)	3 (9,68%)	5 (25,00%)	16 (37,21%)	0,0423
Intolerancia al ejercicio	1 (25,00%)	1 (3,23%)	1 (5,00%)	1 (2,33%)	0,1785
Trastorno temporomandibular	0 (0,00%)	1 (3,23%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0,5352
Pie plano	3 (75,00%)	19 (61,29%)	12 (60,00%)	28 (65,12%)	0,9310
Errores de refracción	0 (0,00%)	3 (9,68%)	0 (0,00%)	4 (9,30%)	0,4846
Ojo seco	0 (0,00%)	15 (48,39%)	10 (50,00%)	16 (37,21%)	0,2261

infecciones urinarias, parto prematuro, malformaciones fetales, muerte materna o fetal, hemorragia masiva posparto, infección puérpera, enfermedad tiroidea, entre otras.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional y la ingestión de nutrientes en pacientes embarazadas con enfermedad reumática.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y observacional. Se incluyó a 100 pacientes embarazadas de 17 a 44 años con diferentes enfermedades reumáticas que acudieron a la consulta de nutrición de la Clínica de Reproducción, Embarazo y Enfermedades Reumáticas (CREER). Para caracterizar el estado nutricional se realizaron mediciones antropométricas, se calculó el índice de masa corporal (IMC) pregestacional y gestacional. La evaluación dietética se efectuó a través de un recordatorio de 24 horas y se determinó el consumo de calorías, macronutrientes y micronutrientes con el software Nutrimind.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de $28,19 \pm 6,89$ años. La media para el peso pregestacional fue de $62,70 \pm 15,70$ kg y el gestacional de $65,88 \pm 15,30$ kg. El IMC pregestacional se clasificó como normal (44%), sobrepeso (30%) y obesidad (19%). En cuanto al IMC gestacional, 35% tenía IMC normal, 27% sobrepeso y 20% obesidad (Tabla 1). Se estableció diferencia por estado nutricional con base en el IMC gestacional y se valoró la ingestión de energía y macronutrientes de acuerdo con las recomendaciones de ingestión diaria recomendada (IDR) en mujeres embarazadas. La ingestión energética en pacientes con sobrepeso fue de $1.710,40 \pm 641,68$ kcal/día; en pacientes con obesidad de $1.623,30 \pm 479,83$ kcal/día; el consumo de carbohidratos en pacientes con sobrepeso fue de $55,26 \pm 7,27\%$ y en pacientes con obesidad de $54,35 \pm 12,19\%$. En cuanto a los micronutrientes, se observó que la ingestión de ácido fólico y calcio fue inferior a la recomendada en todos los grupos evaluados. El consumo de hierro fue inferior a lo recomendado en pacientes con IMC normal y sobrepeso. El consumo de zinc y selenio fue superior a lo recomendado en todos los grupos evaluados (Tablas 2 y 3).

Tabla 1. Características de la población (media \pm DE). (CG077)

Edad (años)	28,19 \pm 6,89
Semanas de gestación	19,74 \pm 9,31
Talla (m)	1,57 \pm 0,07
Peso actual (kg)	65,88 \pm 15,30
IMC gestacional (kg/m ²)	27,04 \pm 6,13
Peso pregestacional (kg)	62,70 \pm 15,70
IMC pregestacional (kg/m ²)	25,52 \pm 5,83

Tabla 2. Diagnóstico de IMC. (CG077)

	Pregestacional %	Gestacional %
Bajo peso	7	18
Normal	44	35
Sobrepeso	30	27
Obesidad	19	20

Conclusiones: Este estudio revela que, si bien la ingestión de energía y macronutrientes de las pacientes se encuentra dentro de los límites adecuados, existe mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. El selenio supera el valor máximo de ingestión tolerable de 60 mcg, lo cual puede provocar dolor muscular o articular, fatiga/debilidad, dolor de cabeza, síntomas

gastrointestinales, pérdida de cabello y fragilidad en uñas en todos los grupos evaluados, por lo que es importante considerarlo en futuras investigaciones.

Bibliografía

1. Elizondo L, Hernández C, Zamora M. Terapia nutricia medica en ginecología y obstetricia. México: McGraw Hill; 2011.
2. Manjarrez-Corral M, Rincón-Gómez I, Morales-Chomina YA, et al. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstetricas. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2014 [citado el 18 de octubre de 2023];28(3):159-66. Disponible en: <https://www.medicigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgiIDARTICULO=54712>.

CG078

PREVALENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FATIGA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

G.A. Madrid-López, K.Y. Ramos-Reza, M.E. Corral-Trujillo, M.D. Escobedo-Moreno, A.A. Díaz-Guerrero, L.F. Mata-Torres, E.A. Galindo-Calvillo, J.A. Cárdenas-De la Garza, I. Hernández-Galarza, M.A. Villarreal-Alarcón, D.A. Galarza-Delgado
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los individuos diagnosticados con enfermedades reumáticas (ER) tienen una elevada susceptibilidad a padecer trastornos mentales. Un estudio realizado entre pacientes con ER reveló una prevalencia del 21,8% para depresión y del 37% para ansiedad. La fatiga es un síntoma incapacitante en varias ER. La morbilidad psiquiátrica en esta población se ha relacionado con una mayor actividad de la enfermedad, mayores grados de fatiga, valores elevados de discapacidad física, resultados inferiores del tratamiento, tiempo prolongado para alcanzar la remisión y compromiso de la calidad de vida relacionada con la salud.

Objetivo: Describir los síntomas de ansiedad, depresión y fatiga en pacientes con ER.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y analítico en la consulta externa de reumatología de un hospital universitario desde marzo de 2022 hasta enero de 2024. Se incluyó a pacientes \geq 18 años con al menos una ER. Se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS); las puntuaciones \geq 8 en sus subescalas son indicativas de síntomas de ansiedad o depresión y las puntuaciones \geq 11 sugieren síntomas graves. En la Escala de Evaluación Funcional del Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga (FACIT-F) no existe un punto de corte para el análisis de la fatiga; sin embargo, se utilizó una puntuación $<$ 40 para indicar la presencia de fatiga.

Resultados: Se evaluó a 1014 pacientes de los cuales 948 (93,5%) eran mujeres con una mediana de edad de 52 años (43-52). Se encontró que el 60,15% de los pacientes estaba casado o en unión libre y el 77,02% desempleado. El 61,2% tenía estudios básicos (primaria y secundaria) y solo el 38,8% tenía una licenciatura o estudios superiores (Tabla 1). Los diagnósticos más prevalentes eran la artritis reumatoide (58,77%), el lupus eritematoso sistémico (12,42%) y la osteoartritis (5,81%). Se observaron síntomas de ansiedad en el 33,1% de los pacientes, 20,6% de síntomas leves y 12,6% de síntomas graves. Los síntomas depresivos aparecieron en el 8,3% de los pacientes, con síntomas leves en 4,2% y graves en 4,1%. La coexistencia de

Tabla 3. Ingestión de nutrientes de acuerdo con el estado nutricional en las embarazadas (media \pm DE). (CG077)

Nutriente	IDR	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Energía (kcal)	2200	1978,22 (457,41)	2062,50 (438,97)	1710,40 (641,68)	1623,30 (479,83)
Carbohidratos (%)	55 - 60	53,78 (8,98)	52,56 (6,78)	55,26 (7,27)	54,35 (12,19)
Proteínas (%)	15 - 20	16,17 (3,65)	15,17 (3,50)	17,67 (3,77)	16,90 (5,15)
Lípidos (%)	25 - 30	30,00 (7,40)	32,28 (5,27)	27,11 (5,77)	28,65 (10,28)
Ácido fólico (mg)	400	428,67 (272,78)	336,56 (197,10)	355,22 (260,02)	303,60 (224,10)
Calcio (mg)	1000	953,28 (347,05)	945,56 (442,01)	706,15 (464,86)	671,3 (349,50)
Hierro (mg)	27	36,00 (61,98)	24,89 (40,77)	13,56 (5,21)	40,45 (126,62)
Selenio (mcg)	60	88,06 (45,17)	73,33 (27,52)	67,41 (39,95)	74,15 (40,84)
Zinc (mg)	15	17,33 (12,56)	15,67 (19,16)	21,22 (25,12)	18,4 (19,27)

ansiedad y depresión se identificó en el 8,08% de los pacientes y la coexistencia de depresión, ansiedad y fatiga en el 7,1%. La mediana de la puntuación FACIT-F fue de 45 (35-52) y el 38,1% de los pacientes experimentó fatiga.

Tabla 1. Ansiedad, depresión y fatiga en pacientes con enfermedades reumatológicas. (CG078)

	n = 1014
Sexo, n (%)	
Mujeres	948 (93,5)
Hombres	66 (6,5)
Diagnóstico, n (%)	
AR	596 (58,7)
OA	126 (12,42)
LES	59 (5,81)
Otros	236 (23,27)
Estado civil, n (%)	
Soltero	217 (21,40)
Casado/unión libre	610 (60,15)
Divorciado/separado	90 (8,87)
Viudo	97 (9,56)
Ocupación, n (%)	
Empleado	233 (22,97)
Desempleado	781 (77,02)
Nivel educativo, n (%)	
Educación básica	620 (61,14)
Educación media y superior	394 (38,85)
HADS ansiedad, n (%)	
Sin síntomas	677 (66,76)
Síntomas leves	128 (12,6)
Síntomas graves	209 (20,6)
HADS depresión, n (%)	
Sin síntomas	929 (91,61)
Síntomas leves	43 (4,2)
Síntomas graves	42 (4,1)
FACIT-F, n (%)	
Ausencia de fatiga	627 (61,83)
Presencia de fatiga	387 (38,1)

AR, artritis reumatoide; OA, osteoartritis; LES, lupus eritematoso sistémico; HADS, Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; FACIT-F, Escala de Evaluación Funcional del Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga.

Conclusiones: Los pacientes con ER son una población vulnerable para sufrir ansiedad, depresión y fatiga, y deben recibir un abordaje integral que incluya la evaluación y el tratamiento de su salud mental ya que esta puede alterar la evolución de la enfermedad.

Bibliografía

1. Anyfanti P, Gavriilaki E, Pырpasopoulou A, *et al.* Depression, anxiety, and quality of life in a large cohort of patients with rheumatic diseases: common, yet undertreated. *Clin Rheumatol.* 2014;35(3):733-9.
2. Zartaloudi A, Koutelkos I, Polikandrioti M, *et al.* Anxiety and depression in primary care patients suffering of rheumatoid diseases. *Psychiatriki.* 2020;31(2):140-50.

CG079

EL IMPACTO DE LAS REDES SOCIALES Y LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA PERCEPCIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEADES REUMATOLÓGICAS

A.C. Bardán-Incháustegui, E.S. Sánchez-Peralta, P. Gámez-Siller, A.K. Garza-Elizondo, D.E. Flores-Alvarado, J. Esquivel-Valerio, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Salcedo-Soto, A.A. Prado-Prado, D. Morales-Espronceda, D.J. Gauna-Leal, N. Valdez-Benavides, M.I. Alarcón-Jarquín, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las plataformas digitales, como las redes sociales y la inteligencia artificial, son herramientas que los pacientes utilizan para la búsqueda de

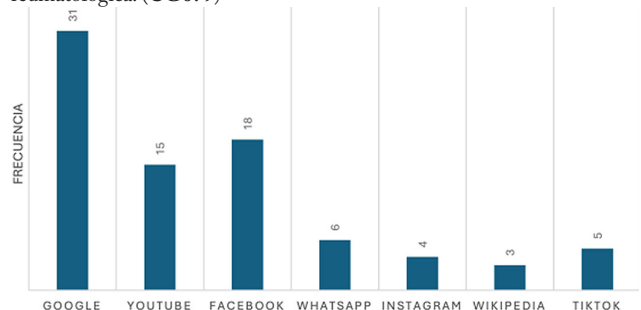
información sobre su enfermedad y el tratamiento prescrito por sus médicos. Los pacientes pueden malentender las publicaciones en las redes sociales y la información suministrada por inteligencia artificial, sea de manera positiva o negativa. Los factores socioeconómicos, como los ingresos y el nivel educativo, juegan un papel importante en la búsqueda de información médica.

Objetivo: Demostrar el efecto de las redes sociales y la inteligencia artificial en la percepción y el tratamiento de las enfermedades reumatológicas.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional y transversal en la consulta externa de reumatología en el Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con enfermedad reumatológica. Se aplicó un cuestionario en papel para evaluar el uso de redes sociales e inteligencia artificial y se recolectaron datos sociodemográficos. En la estadística descriptiva se registraron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se informaron medidas de tendencia central y dispersión. Se realizó una comparación de las preguntas utilizadas entre dos grupos de edad (< 55 y ≥ 55 años) con la prueba U de Mann-Whitney para variables cuantitativas y ji cuadrada para las variables categóricas. Un valor de p < 0,05 se consideró como estadísticamente significativo. Se empleó el paquete estadístico SPSS, versión 29.

Resultados: Se incluyó a un total de 54 pacientes, 49 de ellos mujeres (90,7%) y 5 hombres (9,3%). La edad media fue de 52,8 años (DE, 15,93). El diagnóstico más frecuente fue artritis reumatoide (29/54, 53,7%), seguido de lupus eritematoso sistémico (8/54, 14,8%). El nivel educativo más frecuente fue secundaria (17/54, 31,5%), seguido de bachillerato (12/54, 22,2%). Hasta 26 pacientes (36,6%) utilizaban Facebook y 21 (29,6%) WhatsApp. Tres (5,6%) han usado inteligencia artificial en el pasado; 39 (72,2%) creen que las redes sociales son buena fuente de información médica, 6 (11,1%) han modificado su tratamiento basado en redes sociales y 1 (1,9%) en la inteligencia artificial. Un número de 37 pacientes (68,5%) no sabe si la información publicada en las redes sociales la verifica un profesional de la salud. Al comparar los resultados del cuestionario entre grupos de edad < 55 y ≥ 55 años se obtuvo una mediana y RIQ de (20 [10-50] vs. 0 [0-20], p = 0,003 respectivamente); el primer grupo pasa más tiempo de su día en las redes sociales para conocer su enfermedad. La mayoría de los pacientes < 55 años (20/27, 74,1%) ha cambiado su forma de pensar sobre su salud por influencia del internet, en contraste con los pacientes ≥ 55 años (8/27, 29,6%; p = 0,001). Ambos grupos usarían redes sociales si las recomendará su médico, con mayor proporción en pacientes < 55 años (26/27, 96,3%), en comparación con ≥ 55 años (19/27, 70,4%; p = 0,024). Los resultados se muestran en la **Tabla 1** y la **Figura 1**.

Figura 1. Plataformas utilizadas para el conocimiento de la enfermedad reumatológica. (CG079)



Conclusiones: La mayoría de los pacientes cree que las redes sociales son una buena fuente de información médica. Los pacientes < 55 años tienen mayor influencia por redes sociales e inteligencia artificial que los pacientes mayores. Alrededor del 60% de los pacientes desconocía si la información publicada en redes sociales la proporciona un profesional de la salud.

Bibliografía

1. Myeoung BJ, Park JH, Lee BJ, *et al.* Social media has become a mainstream source of medical information for patients with rheumatic diseases: a cross-sectional survey of patients. *Rheumatol Int.* 2024 Jun 8;44(10):2159-66.
2. Fritsch SJ, Blankenheim A, Wahl A, *et al.* Attitudes and perception of artificial intelligence in healthcare: a cross-sectional survey among patients. *Digit Health* 2022. Jan;8:205520762211167.

Tabla 1. Percepción de las redes sociales para el conocimiento de las enfermedades reumatológicas. (CG079)

		< 55 (n = 27)	≥ 55 (n = 27)	Valor de p
Porcentaje de tiempo al día que usa redes sociales para conocer su enfermedad, mediana (RIQ)		20 (10-50)	0 (0-20)	0,003
¿Cree que las redes sociales son una buena fuente de información médica? n (%)	Si No	20 (74,1) 7 (25,9)	19 (70,4) 8 (29,6)	0,761
¿Ha modificado el tratamiento de su enfermedad por influencia de redes sociales? n (%)	Si No	4 (14,8) 23 (85,2)	2 (7,4) 25 (92,6)	0,669
¿Ha utilizado inteligencia artificial para el conocimiento de su enfermedad? n (%)	Si No	2 (7,4) 25 (48,1)	0 (0) 27 (100)	0,491
¿Ha modificado su tratamiento en base a lo que le dice la inteligencia artificial? n (%)	Si No	0 (0) 27 (100)	1 (3,7) 26 (96,3)	1,00
El internet cambió la manera de pensar sobre su salud? n (%)	Si No	20 (74,1) 7 (25,9)	8 (29,6) 19 (70,4)	0,001
¿Sabe si la información que proporcionan las redes sociales es emitida por un profesional de la salud? n (%)	Si No	10 (37) 17 (63)	7 (25,9) 20 (74,1)	0,379
Si ha hecho algún cambio en sus hábitos de salud, ¿se lo ha comentado a su médico? n (%)	Si No	21 (77,8) 6 (22,2)	15 (55,6) 12 (44,4)	0,083
¿Cree que usaría páginas web o redes sociales si se las recomendará su médico? n (%)	Si No	26 (96,3) 1 (3,7)	19 (70,4) 8 (29,6)	0,024

CG080

EFFECTO DE LA CATASTROFIZACIÓN DEL DOLOR Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA CONFIANZA EN MÉDICOS CON PACIENTES REUMÁTICOS DE BAJOS INGRESOS

P. Gámez-Siller, H. Moreno-Dávila, A.K. Garza-Elizondo, D.A. Salcedo-Soto, N.A. González-Ontiveros, N. Valdez-Benavides, D.J. Gauna-Leal, G.A. Mendoza-Osteguín, D. Morales-Espronedá, A.J. Osuna-Corrales, A.C. Bardán-Incháustegui, D.E. Flores-Alvarado, J. Esquivel-Valerio, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas son crónicas y los pacientes tienen una relación de por vida con sus médicos. La confianza entre el paciente y el médico es un factor importante en la práctica clínica. La confianza en los médicos se relaciona con una mejor comunicación, el cumplimiento de las instrucciones del médico y la satisfacción con la atención. Los reumatólogos deben propiciar confianza con sus pacientes para mejorar los resultados de salud.

Objetivo: Describir el efecto de la catastrofización del dolor y los factores sociodemográficos sobre la confianza en los médicos en pacientes reumáticos de bajos ingresos.

Tabla 2. Frecuencia descriptiva y comparativa de la Escala de Confianza en el Médico en puntuaciones bajas/altas. (CG080)

Reactivos	Puntuación TPS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Valor p
1) Dudo que mi médico realmente se preocupe por mí como persona	Baja TPS	2	5	2	4	1	0,084
	Alta TPS	7	10	1	1	0	
2) Mi médico usualmente tiene en cuenta mis necesidades y las pone en primer lugar	Baja TPS	1	1	3	9	0	0,191
	Alta TPS	0	1	0	13	4	
3) Confío tanto en mi médico que siempre intento seguir su consejo	Baja TPS	1	0	2	8	3	0,133
	Alta TPS	0	0	0	11	6	
4) Si mi médico me dice que algo es así, entonces debe ser cierto	Baja TPS	1	0	2	10	1	0,267
	Alta TPS	0	0	2	11	6	
5) A veces desconfío de la opinión de mi médico y quisiera una segunda opinión	Baja TPS	2	5	3	3	0	0,137
	Alta TPS	3	14	1	1	0	
6) Confío en los juicios de mi médico sobre mi atención médica	Baja TPS	1	0	2	9	2	0,228
	Alta TPS	0	1	0	10	8	
7) Siento que mi médico no hace todo lo que debería por mi atención médica	Baja TPS	2	5	4	3	0	0,023
	Alta TPS	7	11	0	1	0	

Material y métodos: Estudio observacional de corte transversal en la consulta externa de reumatología de un hospital universitario. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con al menos una ER. Se excluyó a los sujetos que se negaron a participar. Se aplicó un cuestionario en papel con escalas Likert que evaluaron la versión española de la *Trust Physician Scale* (TPS) y la versión española de la *Pain Catastrophizing Scale* (PCS); las puntuaciones > 30 representan un grado clínicamente significativo de catastrofismo del dolor. Se incluyeron en el cuestionario factores sociodemográficos. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para la normalidad de las variables cuantitativas y la prueba ji cuadrada para comparar las variables categóricas. Para diferencias estadísticamente significativas se consideró un valor p < 0,05.

Resultados: Participaron 33 pacientes, con una edad media de 51,1 (DE 16,71) años y 28 (84,8%) eran mujeres. Catorce (42,2%) tenían puntuaciones bajas en la escala TPS y 19 (57,5%) puntuaciones altas. No hubo diferencia estadística en las características sociodemográficas (Tabla 1). En general, 27 (81,8%) pacientes no catastrofizaron el dolor. El grupo con puntuación alta en la escala TPS tuvo una mayor frecuencia de catastrofización del dolor respecto del grupo con puntuación baja en la escala TPS (5 vs. 1, p = 0,158). Hubo una diferencia significativa en los reactivos 7, 8 y 10 entre estos grupos, como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 1. Características sociodemográficas. (CG080)

	Baja puntuación TPS	Alta puntuación TPS	Total	Valor p
Género				0,905
Hombres	2	3	5	
Mujeres	12	16	28	
Género del médico				0,518
Hombres	3	6	9	
Mujeres	11	13	24	
Nivel educativo				0,518
Educación básica	3	6	9	
Educación superior	11	13	24	
Catastrofización del dolor				0,158
No	13	14	27	
Sí	1	5	6	

Conclusiones: No existe relación entre la catastrofización del dolor y la confianza en los médicos. El género del paciente, el género del médico y el nivel educativo no guardan relación con la confianza en los clínicos.

Bibliografía

1. Newman AK, Van Dyke BP, Torres CA, et al. The relationship of socio-demographic and psychological variables with chronic pain variables in a low-income population. *Pain*. 2017;158(9):1687-96. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000964.

8) Confío en que mi médico antepone mis necesidades médicas sobre cualquier otra consideración	Baja TPS	1	0	0	12	0	0,014
	Alta TPS	0	0	0	10	9	
9) Mi médico es realmente un experto en el cuidado de problemas médicos como los míos	Baja TPS	1	1	2	8	2	0,065
	Alta TPS	0	0	0	9	10	
10) Confío en que mi médico me dirá si se cometió un error en mi tratamiento	Baja TPS	1	1	2	9	1	0,018
	Alta TPS	0	0	0	8	11	
11) A veces me preocupa que mi médico no mantenga en privado la información que discutimos	Baja TPS	5	6	2	1	0	0,349
	Alta TPS	12	5	2	0	0	

CGo81

COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE ARTROPLASTIAS TOTALES DE RODILLAS (ATR) Y CADERA (ATC) EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES VS. NO AUTOINMUNES

D. Méndez-Nungaray, V.M. Ilizaliturri, D. Esquivel-González, A. Fuentes-Martínez, I.F. Rodríguez-Rodríguez, R. Espinosa

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La ATR y la ATC son procedimientos practicados en pacientes con problemas inflamatorios y no inflamatorios. El número de estos procedimientos ha aumentado. Pocos efectos adversos se han comunicado, entre ellos las infecciones protésicas; un factor de riesgo mencionado son las enfermedades inflamatorias autoinmunitarias. Poca información existe en Latinoamérica que evalúe el pronóstico de estas intervenciones al comparar a pacientes con enfermedades inmunológicas y no inmunológicas.

Objetivo: Comparar el pronóstico de la ATR y la ATC en pacientes con enfermedades inflamatorias y no inflamatorias.

Material y métodos: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte. Casos: pacientes con artritis reumatoide (con criterios de ACR/EULAR) y pacientes con espondiloartropatía axial (EAA) y periférica (criterios ASAS y criterios de Nueva York), sometidos a ATC o ATR. Control: pacientes con osteoartritis (criterios ACR). Los casos y controles se parearon por edad y sexo (un caso por dos controles). Clinimetría: mediante un cuestionario clínico estructurado se extrajeron datos epidemiológicos, tratamientos aplicados, complicaciones infecciosas de los casos y controles, tiempo de la infección y agente infeccioso. Análisis: se usaron estadística descriptiva y estadística bivariada con pruebas que dependen de la normalidad o no de las variables analizadas.

Resultados: Se identificó a 518 pacientes sometidos a cirugía de reemplazo, de los cuales 189 (36,5%) fueron inflamatorios y 329 (63,5%) no inflamatorios. Hasta 326 (76,6%) casos correspondieron a mujeres y 121 (23,4%) a hombres. La edad de los casos fue μ 59,5 (DE 0,97) contra controles μ 59,95 (DE 0,70; $p = 0,36$). Los pacientes con EAA tuvieron una evolución de 13,97 años (mediana) con intervalo de 2 a 44 años; los pacientes con AR una de 15,81 años (mediana) con límites de 1 a 50 años. Una proporción de 87% de los pacientes con AR y una de 1% de los sujetos con EAA tuvieron factor reumatoide positivo; 67% registró CCP positivo de pacientes con AR; HLA B27 positivo en 71% de pacientes con EAA; y 65% de los individuos con AR, 52% con EAA y 77% con OA tenían una operación. En los pacientes con AR, el 98,5% de las prótesis de cadera fue de tipo no cementado y el 98,8% de las rodillas fue de tipo cementado. En los pacientes con EAA, ninguna de las prótesis de cadera se cementó y las dos prótesis de rodillas fueron cementadas. De los pacientes con OA, 98% de cadera fue de tipo no cementado y 98% de rodilla de tipo cementado. De los sujetos que recibieron una prótesis, 13/189 (6,88) de los casos y 9/254 (3,54%) de los controles tuvieron una complicación ($p = 0,110$). De los 13 casos, nueve correspondieron a AR y solo dos a EAA. De todas las complicaciones se identificaron 6/13 infecciones (46,1%) y 2/9 en los controles (22,2%), $p = 0,380$. Los dos gémenes más frecuentes fueron *Staphylococcus aureus* (2/7, 28,5%) y *Salmonella enterica subsp. enterica serovar enteritidis* (grupo D) (2/7, 28,5%).

Conclusiones: La prevalencia de complicaciones es baja en esta muestra. En el estudio no se identificó mayor prevalencia de complicaciones en las

enfermedades autoinmunitarias en comparación con las no autoinmunitarias. La prevalencia de infecciones es baja y sin diferencia entre los grupos comparados. El protocolo para cirugía de reemplazo, el seguimiento estrecho, el buen control de la enfermedad autoinmunitaria probablemente sean factores que favorecen el buen pronóstico de las artroplastias en este medio.

Bibliografía

- Richardson SS, Kahlenberg CA, Goodman SM, *et al.* Inflammatory arthritis is a risk factor for multiple complications after total hip arthroplasty: a population-based comparative study of 68,348 patients. *J Arthroplasty*. 2019;34:1150-4. e2.
- Hailer NP, Garellick O, Kärrholm J. Uncemented and cemented primary total hip arthroplasty in the Swedish Hip Arthroplasty Register. *Acta Orthop*. 2010;81(1):34-41.
- Furnes O, Lie SA, Espehaug B, *et al.* Hip disease and the prognosis of total hip replacements. A review of 53,698 primary total hip replacements reported to the Norwegian Arthroplasty Register 1987-99. *J Bone Joint Surg Br*. 2001;83(4):579-86.
- Ward MM. Complications of total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019 Aug;71(8):1101-1108. doi: 10.1002/acr.23582. Epub 2018 Dec 15. PMID: 29669197; PMCID: PMC6193863.

CGo82

ÍNDICE CPOD Y LA SALUD ORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

M.I. Alarcón-Jarquín, E.S. Sánchez-Peralta, J.C.L. Riega-Torres, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes que sufren enfermedades reumatológicas poseen un riesgo significativamente elevado de desarrollar problemas dentales, sobre todo los individuos con artritis reumatoide. Este problema, frecuentemente desatendido en las consultas de reumatología, enfatiza la necesidad de comprender el riesgo que enfrenta esta población en cuanto a la salud oral.

Objetivo: Determinar la relación entre caries, dientes perdidos y obturados y la percepción de la salud bucal.

Material y métodos: Se condujo un estudio observacional y transversal en la consulta de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a los pacientes mayores de edad con diagnóstico reumatológico. Se evaluó la presencia de caries, dientes perdidos u obturados mediante el índice CPOD, un parámetro que calcula el riesgo poblacional de sufrir problemas dentales. Para evaluar la percepción de la salud bucal se utilizó el *General Oral Health Assessment Index* (GOHAI), en el cual una mayor puntuación refleja una mejor percepción (la puntuación máxima es de 60). En el análisis descriptivo se registraron frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y medidas de tendencia central (media/mediana) y dispersión (desviación estándar/rango intercuartílico) para variables continuas. Se evaluó la distribución de la muestra mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para valorar la relación entre la percepción de la salud oral y el número de dientes cariados, perdidos u obturados se utilizó la prueba ji cuadrada.

Resultados: Participó un total de 87 pacientes, con 77 mujeres (88,50%) y 10 hombres (11,50%) y una mediana de edad de 54 años (41-64). El diagnóstico reumatológico más prevalente fue artritis reumatoide (43,70%), seguido de lupus eritematoso sistémico (18,40%) y fibromialgia (11,50%). La mayoría de los pacientes refiere no llevar un seguimiento dental (47,1%), 79,3% no suele acudir al dentista regularmente y 54% se cepilla los dientes menos de dos veces al día. El 84,1% sufría caries en al menos un diente, con una mediana de 4 (2-7), 73,8% mostró algún diente obturado, con una mediana de 3 (0-6), y 70,40% tenía algún diente perdido, con una mediana de 2 (0-4). El índice de CPOD mostró una media de $11,41 \pm 5,46$. La mediana de GOHAI fue de 48 puntos (41-55). Al comparar los grupos de acuerdo con la percepción de la salud bucal (GOHAI < 45 y GOHAI > 45), se realizó un análisis sobre el número de dientes cariados, perdidos u obturados (Tabla 1 y Figura 1). En el grupo de dientes cariados no se observaron diferencias significativas ($p = 0,225$). Aunque en el grupo de dientes obturados se reconoció un mayor porcentaje en el grupo con mejor percepción, esta diferencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0,137$). En el análisis de dientes perdidos se identificó un mayor porcentaje de pérdidas en el grupo con peor percepción ($p = 0,005$), lo que resalta la gravedad de esta alteración.

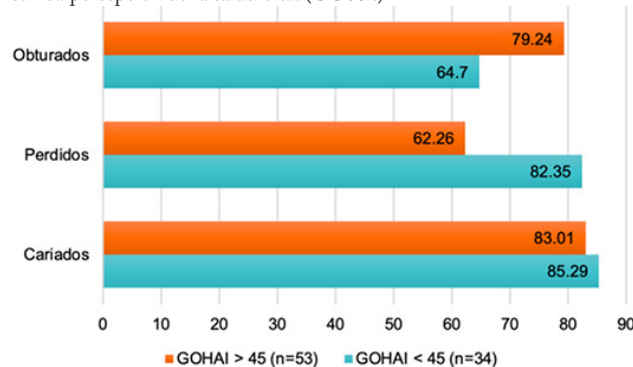
Tabla 1. Comparación entre GOHAI y CPOD. (CG082)

	GOHAI < 45 (n = 34)	GOHAI > 45 (n = 53)	Valor de p
Cariados < 3	11 (32,4%)	11 (20,8%)	0,225 ^a
Cariados > 3	23 (67,6%)	42 (79,2%)	
	GOHAI < 45	GOHAI > 45	Valor de p
Perdidos < 3	14 (41,2%)	38 (71,7%)	0,005 ^a
Perdidos > 3	20 (58,8%)	15 (28,3%)	
	GOHAI < 45	GOHAI > 45	Valor de p
Obturados < 3	17 (50%)	18 (34%)	0,137 ^a
Obturados > 3	17 (50%)	35 (66%)	

^aJi cuadrada.

Se comparó la perspectiva de la salud oral según la puntuación de GOHAI (se tomó como buena perspectiva una puntuación > 45) y el número de alteraciones dentales.

Figura 1. Prevalencia de dientes cariados, perdidos y obturados de acuerdo con su percepción de la salud oral. (CG082)



Conclusiones: Este estudio revela un alto índice de CPOD en esta población y un mayor riesgo de padecer problemas dentales. La prevalencia de caries, dientes perdidos y obturados entre los pacientes destaca la necesidad de establecer un seguimiento dental adecuado. Este hallazgo enfatiza la importancia de abordar la salud bucal de los pacientes con enfermedades reumatológicas en la práctica clínica.

Bibliografía

- Protudjer JLP, Billedeau C, Hurst K, et al. Oral health in rheumatoid arthritis: Listening to patients. JDR Clin Transl Res. 2022 Apr;7(2):127-34.
- Oral health status and treatment needs among disabled children in Recife, Brazil. Oral Health Prev Dent. 2020 Feb 12;18(1):467-73.

CG083

FATIGA Y SALUD MENTAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

M.L. Aldana-Galván, M.M. Rodríguez-Reyes, L.C. Reynoso-Medina, R.O. Guerra-Espiricueta, A. Villarreal-Garza, A.V. Villarreal-Treviño, F. García-Rodríguez, N.E. Rubio-Pérez

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

Introducción: La fatiga es común en niños con enfermedades reumáticas, con afectación de su calidad de vida y recuperación. Su origen multifactorial incluye problemas de salud mental, frecuentes por el estrés emocional y físico de las enfermedades crónicas. Estos trastornos se agravan en momentos clave del desarrollo y ello dificulta enfrentar los desafíos vinculados con su condición médica.

Objetivo: Describir la frecuencia de fatiga y problemas de salud mental en pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en el departamento de pediatría del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes pediátricos de 6 a 18 años con diagnóstico confirmado de enfermedad reumática mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se excluyó a aquellos con antecedentes de trastornos psiquiátricos anteriores al diagnóstico de la enfermedad reumática. La fatiga se evaluó con la escala PROMIS® Pediatric Item Bank v2.0, Fatigue, Short Form 10a, y los problemas de salud mental con la escala Child Behavior Checklist (CBCL) 6-18. Se recopilaron datos demográficos, tipo de enfermedad reumática y tiempo de evolución de la enfermedad (en meses).

El análisis empleó estadística descriptiva y se registraron frecuencias y porcentajes para variables categóricas, así como medianas, rangos intercuartiles (RIQ), y los valores mínimos y máximos para variables numéricas. Los datos se procesaron en Microsoft Excel y analizaron con el programa IBM SPSS Statistics 21.

Resultados: Se incluyó a 22 pacientes con una mediana de edad de 13,5 años (mínimo = 6, máximo = 17) y predominio femenino (68,2%). Las enfermedades reumáticas más comunes fueron la artritis idiopática juvenil (50%) y el lupus eritematoso sistémico juvenil (31,8%). La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de siete meses (mínimo = 1, máximo = 127). En la evaluación del CBCL, 8 (36,4%) pacientes mostraron problemas de salud mental limítrofes o clínicos y tres de ellos tenían anomalías en dos o más subescalas. Un 13,6% (n = 3) registró puntuaciones limítrofes para la subescala de ansiedad y un 4,5% (n = 1) mostró puntuaciones clínicas para quejas somáticas, mientras que un 13,6% (n = 3) estuvo en puntos limítrofes. Además, el 9,1% (n = 2) sufrió problemas sociales y de pensamiento limítrofes y un 4,5% (n = 1) reveló conducta agresiva limítrofe. La mediana de la puntuación T-Score para fatiga fue de 47,3 (mínimo = 30,3, máximo = 65,6), con un 13,6% (n = 3) de pacientes que experimentó fatiga significativa.

Conclusiones: La fatiga y los problemas de salud mental son frecuentes en niños con enfermedades reumáticas y un 36,4% de los pacientes sufre problemas de salud mental limítrofes o clínicos; las subescalas de ansiedad y quejas somáticas son las más prevalentes. Además, un 13,6% de los pacientes experimentó fatiga significativa. Estos resultados subrayan la necesidad de un enfoque integral que incluya la evaluación y el control psicológico para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía

- Nap-van der Vlist MM, Dalmeijer GW, Grootenhuys MA, et al. Fatigue among children with a chronic disease: a cross-sectional study. BMJ Paediatrics Open. 2021;5. doi: 10.1136/bmjpo-2020-000958.
- Palman J, McDonagh JE. Young minds: mental health and transitional care in adolescent and young adult rheumatology. Open Access Rheumatol Res Rev. 2020 Dec 7;12:309-21. doi: 10.2147/OARRR.S228083.

CGo84

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES SIN SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN POBLACIÓN DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

E.N. Mancillas-Díaz, G. Romo-Aguñaga, G. Echeverría-González

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria crónica que afecta en particular las articulaciones, pero puede también comprometer órganos extraarticulares como los pulmones, corazón, riñones, ojos, piel, tracto digestivo y sistema nervioso. Este proceso inflamatorio sistémico genera una compleja respuesta inmunitaria que lleva al daño progresivo en múltiples sistemas.

Los estudios epidemiológicos más citados provienen de datos recolectados en población blanca, principalmente de Estados Unidos, y notifican una prevalencia aproximada de AR de 0,5% a 1%. En la población hispana se calcula una prevalencia similar, cercana al 1%. Sin embargo, la prevalencia puede variar según sean la región geográfica y la etnia.

Con la mejora de las técnicas diagnósticas, en especial la tomografía computarizada de alta resolución (TACAR), se han identificado hallazgos pulmonares más sutiles, como anomalías pulmonares intersticiales y manifestaciones de la enfermedad de la vía respiratoria. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) relacionada con AR varía de acuerdo con la localización y la etnia de los pacientes, pero representa una importante carga para los sistemas de salud, ya que se vincula con una mayor morbilidad y mortalidad en comparación con pacientes que no presentan EPI.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la enfermedad pulmonar intersticial asintomática en pacientes con artritis reumatoide a través de estudios de imagen específicos (TACAR), así como factores de riesgo relacionados.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo transversal conducido en el departamento de reumatología del Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco. Se revisaron expedientes y se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis reumatoide confirmado que cumplieran con los criterios de inclusión. Se analizaron los datos obtenidos a través de estadística descriptiva con el programa estadístico SPSS. Fue una investigación de bajo riesgo basada en los principios éticos del Informe Belmont y la Declaración de Helsinki. El protocolo se sometió a revisión externa por el comité de ética e investigación local.

Resultados: En este estudio transversal se incluyó una muestra de 25 pacientes con artritis reumatoide (AR) sin síntomas respiratorios evidentes. La prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) fue del 40% (10 de 25 pacientes), con un intervalo de confianza del 95% de 23,40% a 59,26%. No se encontraron relaciones significativas entre la EPI y las variables como edad, tabaquismo, alcoholismo o el consumo de glucocorticoides. Sin embargo, se observó una vinculación entre el uso de ciertos FARMES, como leflunomida (LEF), metotrexato (MTX) y sulfasalazina (SSZ), y la presencia de EPI, con una prevalencia del 100% en los pacientes que recurrieron a estas combinaciones.

Conclusiones: La prevalencia de EPI en pacientes con AR sin síntomas respiratorios en este estudio fue significativa. Aunque los factores como la edad y el tabaquismo no mostraron correlación clara con la EPI, el consumo de ciertos FARMES parece relacionarse con un mayor riesgo de desarrollar EPI. Estos resultados deben tomarse con precaución, ya que a pesar de que los pacientes fueron seleccionados al azar, la relación podría estar influida por la gravedad de la enfermedad subyacente, más que por los medicamentos mismos. Es posible que los pacientes que requieren múltiples FARMES tengan una AR de difícil control, lo que podría predisponerlos a complicaciones como la EPI.

Bibliografía

1. Radu AF, Bungau SG. Management of rheumatoid arthritis: an overview. *Cells* [Internet]. 2021 Oct 23;10(11):2857. Available from: <https://doi.org/10.3390/cells10112857>
2. Smolen JS, Aletaha D, Barton A, *et al.* Rheumatoid arthritis. *Nature Reviews Disease Primers* [Internet]. 2018 Feb 8;4(1). Available from: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.1>.

CGo85

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y MUJERES SANAS

A.C. Bardán-Inchástegui, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, G. García-Arellano, G. Serna-Peña, M.F. Elizondo-Benítez, A. González-Meléndez, F. Massiel-García

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El trastorno disfórico premenstrual (TDPM), una forma grave del síndrome premenstrual, se clasifica como un trastorno psiquiátrico caracterizado por síntomas físicos, afectivos o conductuales de moderados a graves que alteran las actividades diarias y la calidad de vida. La artritis reumatoide (AR) tiene efectos sistémicos más allá de la inflamación de las articulaciones, incluidos los posibles efectos en la salud mental. La inflamación crónica, los desequilibrios hormonales debidos a la actividad de la enfermedad o a los tratamientos, y la carga psicológica de vivir con una enfermedad crónica pueden contribuir.

Objetivo: Evaluar el TDPM en mujeres con AR mediante la Herramienta de Detección de Síntomas Premenstruales (PSST) validada y comparar los hallazgos con los de un grupo de control de mujeres sin AR.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal comparativo que recogió datos sociodemográficos y clínicos de dos grupos: mujeres cisgénero > 18 años con AR validada (criterios de clasificación ACR/EULAR 2010) y mujeres sin AR, con > 2 periodos menstruales en el último año. Se utilizó el PSST para identificar y evaluar la gravedad del TDPM y se evaluaron la interferencia en las actividades diarias, los síntomas somáticos y los síntomas afectivos en ambos grupos. Un paciente debe cumplir con al menos un síntoma afectivo grave, al menos un síntoma somático moderado a grave y al menos una interferencia funcional grave para clasificarse con TDPM, según el PSST. Los criterios de exclusión incluyeron trastornos psiquiátricos graves, consumo de antidepresivos y otras afecciones ginecológicas. El grupo de AR también excluyó a aquellos con síndromes de superposición, mientras que el grupo sin AR excluyó a los individuos con diagnósticos previos de enfermedad reumática.

Resultados: Se evaluó a 59 pacientes y cada uno con AR se emparejó con otro del grupo control de la misma edad. Las características sociodemográficas de ambos grupos se describen en la **Tabla 1**. En proporción considerable, más pacientes en el grupo sin AR ocuparon puestos administrativos, solo 8 (13,6%) pacientes en el grupo sin AR eran amas de casa, en comparación con 37 (62,7%) en el grupo con AR ($p < 0,0001$). La evaluación del PSST identificó a siete pacientes con TDPM en el grupo de AR en comparación con dos en el grupo sin AR ($p = 0,042$) (**Tabla 2**). Si se considera que el TDPM se caracteriza por la interferencia con la realización de las actividades diarias, 31 (52,54%) pacientes en el grupo de AR mostraron síntomas de limitación funcional moderada a grave, en comparación con 21 (35,6%) en el grupo sin AR ($p = 0,049$); y ocho contra dos en los grupos de AR y no AR, respectivamente, experimentaron síntomas de deterioro funcional grave (**Figura 1**). En particular, más pacientes en el grupo sin AR informaron síntomas somáticos y afectivos moderados a graves.

Conclusiones: Las mujeres con AR poseen mayor incidencia de TDPM respecto del grupo sin AR, según el PSST. Las pacientes con AR experimentan mayor deterioro funcional por el TDPM. La mayor proporción de pacientes sin AR con síntomas somáticos y afectivos de moderados a graves podría deberse a que los individuos con AR están más acostumbrados al dolor somático. A pesar de las limitaciones impuestas por la AR, abordar los problemas de salud mental, como el TDPM, es esencial en mujeres en edad reproductiva, ya que puede interferir con su funcionamiento diario.

Bibliografía

1. Tiranini L, Nappi RE. Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. *Faculty Reviews*. 2022;11. doi:10.12703/tr/11-11
2. Yang M, Wallenstein G, Hagan M, *et al.* Burden of premenstrual dysphoric disorder on health-related quality of life. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;1:21-113. doi:10.1089/jwh.2007.0417.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres con y sin AR. (CG085)

n = 59 mujeres con AR		n = 59 mujeres sin AR	
Edad			
41,48* SD 7,6			
Ocupación			
Trabajo doméstico	37 (62,7)	Trabajo doméstico	8 (13,6)
Administrativo	9 (15,2)	Administrativo	21 (35,6)
Servicios de belleza	2 (3,3)	Ejecutivo	6 (10)
Atención sanitaria	5 (8,4)	Atención sanitaria	15 (25)
Educador	2 (3,3)	Educador	2 (3,3)
Comerciante	4 (6,7)	Comerciante	4 (6,7)
		Estudiante	3 (5)
Comorbilidades			
Decímetro	6 (10)	Decímetro	3 (5)
HTN	3 (5)	Hipotiroidismo	1 (1,6)
Hipotiroidismo	7 (12)	Psoriasis	2 (3,3)
Osteoartritis	1 (1,6)	Acné	1 (1,6)
Fármacos			
Metotrexato	39 (66)	AINE	4 (6,7)
Hidroxiquina	5 (8,4)	Anticonceptivos orales	3 (5)
Leflunomida	4 (6,7)	Levotiroxina	1 (1,6)
Sulmalazina	4 (6,7)		
Inhibidores de JAK	4 (6,7)		
Rituximab	1 (1,6)		
Glucocorticoides	15 (25)		
AINE	7 (12)		
Hipoglucémicos	4 (6,7)		
Antihipertensivos	3 (5)		
Levotiroxina	7 (12)		

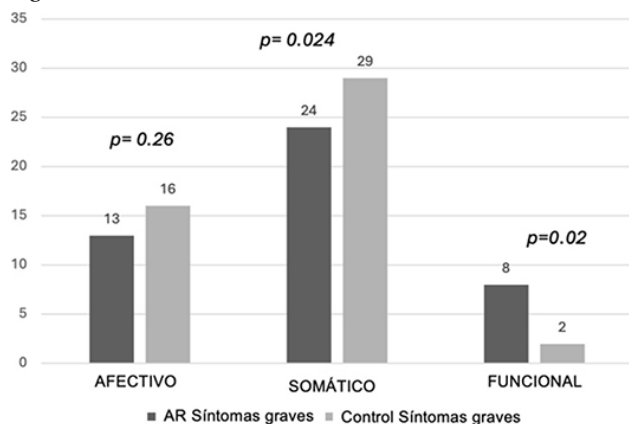
*Media; DE, desviación estándar; (), porcentaje.

Tabla 2. Identificación de pacientes con TDPM determinado por dominios PSSST en mujeres con y sin AR. (CG085)

	Síntomas afectivos graves	Síntomas somáticos moderados-graves	Interferencia grave de funcionalidad	El TDPM cumplió con los criterios	Valor de p
Grupo RA	13 (22)	37 (63)	8 (13,5)	7	0,042
Grupo no RA	16 (27)	44 (74)	2 (3,4)	2	P

() Porcentaje; valor t = 1,7431; p = 0,042.

Figura 1. (CG085)



CG086

PROYECCIONES PARA CARGA DE ARTRITIS REUMATOIDE EN MÉXICO DE 2020 A 2040

I. Etchegaray-Morales¹, C. Mendoza-Pinto², P. Munguía-Realpozo³, B.M. Silva-Juárez⁴, E.A. Munguía-Islas⁴, M. Cárdenas-García⁵, J. Ayón-Aguilar⁶

⁽¹⁾BUAP, ⁽²⁾Hospital de Especialidades-CIBIOR, IMSS, Puebla, ⁽³⁾Hospital de Especialidades-CIBIOR, IMSS, Puebla, Departamento de Reumatología, FM, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽⁴⁾FM, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽⁵⁾Laboratorio de Fisiología Celular Facultad de Medicina BUAP, ⁽⁶⁾Coordinador auxiliar médico de investigación en salud, IMSS, Puebla

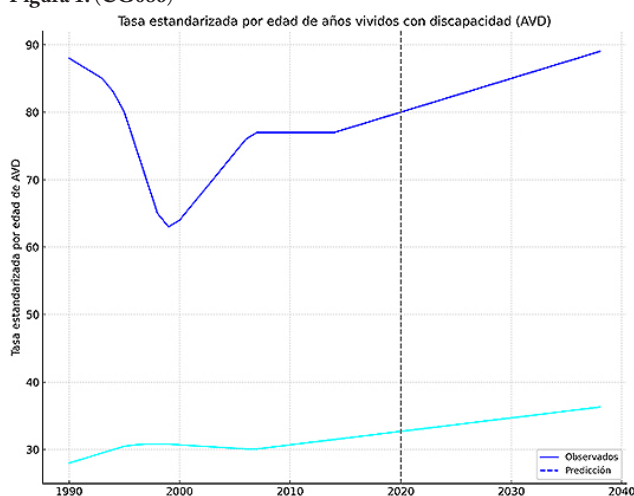
Introducción: La artritis reumatoide (AR) implica discapacidad y muerte prematura. Es necesario el conocimiento de la carga de la AR para la gestión estratégica de la atención sanitaria, la asignación de recursos y las medidas preventivas.

Objetivo: Analizar la carga de la AR con tasas proyectadas para 2030 y 2040.

Material y métodos: Se analizó la incidencia, la prevalencia, la mortalidad y la carga de padecer AR derivadas del último conjunto de datos de carga global de enfermedad (GBD) para AR de 1990 a 2019. Los cálculos predictivos se efectuaron con el modelador de series de tiempo SPSS.

Resultados: En 2019, alrededor de 530,000 personas se vieron afectadas por AR (64,0% de mujeres y 35,9% tenía entre 15 y 49 años). Las tasas de prevalencia estandarizadas por edad (ASP) e incidencia (ASI) fueron de 427,6 y 25,4 casos por 100,000 habitantes, respectivamente. Los estados mexicanos con las tasas más altas de ASP, años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y años de vida saludable perdidos debido a discapacidad fueron Oaxaca, Tlaxcala y Zacatecas. Se proyecta que las tasas nacionales de ASP y ASI de AR aumentarán a 465,5 y 27,9 en 2030 y 518,9 y 30,2 por 100,000 habitantes en 2040, respectivamente. En contraste, se proyecta que las tasas de mortalidad y AVAD estandarizadas por edad disminuyan a 1,2 y 77,8 en 2030 y 1,1 y 73,6 en 2040 por 100,000 habitantes, respectivamente (Figura 1).

Figura 1. (CG086)



Conclusiones: La carga de AR continúa en aumento, especialmente la carga de discapacidad. Aunque se han dedicado recursos sustanciales a la atención clínica, la investigación y las iniciativas de salud pública, la tasa de aumento no muestra signos de disminución. Algunas regiones de México, como Oaxaca, Tlaxcala y Zacatecas, tienen una carga desproporcionadamente alta.

Bibliografía

1. Uhlig T, Moe RH, Kvien TK. The burden of disease in rheumatoid arthritis. Pharmacoeconomics. 2014;32(9):841-51.

- Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990-2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023;5(10):e594-610.
- Cai Y, Zhang J, Liang J, *et al.* The burden of rheumatoid arthritis: findings from the 2019 Global Burden of Diseases Study and Forecasts for 2030 by bayesian age-period-cohort analysis. *J Clin Med.* 2023;12(4):1291.
- Mutru O, Laakso M, Isomäki H, *et al.* Ten-year mortality and causes of death in patients with rheumatoid arthritis. *Br Med J. (Clin Res Ed)* 1985;290(6484):1797-9.
- Björnådal L, Baecklund E, Yin L, *et al.* Decreasing mortality in patients with rheumatoid arthritis: results from a large population based cohort in Sweden, 1964-95. *J Rheumatol.* 2002;29(5):906-12.

CGo87

EFFECTO DE LA ATORVASTATINA EN LA CLINIMETRÍA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y DISLIPIDEMIA

E.M. Vega-Chávez¹, S.M. Carrillo-Vázquez¹, D.X. Xibillé-Friedmann², G.A. Carmona-Lara¹, A. Reyes-Salinas¹, A. Reyes-Salinas¹, G. De Hoyos-Rodríguez¹, M.M. Castañeda-Martínez¹, G. Olvera-Soto¹, B. García-Arellano¹, C.V. Montiel-Catañeda¹

⁽¹⁾Hospital Regional 1° de Octubre, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca José G. Parres

Introducción: Las personas con artritis reumatoide enfrentan un mayor riesgo de desarrollar comorbilidades, y entre ellas la dislipidemia, una alteración que se exacerba por la inflamación crónica característica de la artritis reumatoide. Esta inflamación altera el metabolismo lipídico y da lugar a perfiles lipídicos desfavorables. La atorvastatina, una estatina que inhibe a la enzima HMG-CoA reductasa, no solo atenúa los valores de colesterol LDL, sino que también ofrece efectos antiinflamatorios y mejora la función endotelial, lo que podría influir positivamente en la actividad de la enfermedad. Existe una falta de consenso en las publicaciones médicas acerca de la estandarización del uso de estatinas, de forma específica en cuanto a las dosis óptimas en pacientes con artritis reumatoide. Hasta la fecha no se ha determinado si existe una relación

clara entre el control lipídico, el uso de diferentes dosis de atorvastatina y la actividad de la artritis reumatoide.

Objetivo: Evaluar el efecto del control del colesterol con dos esquemas de tratamiento en la clinimetría de la artritis reumatoide en personas con dislipidemia y artritis reumatoide.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio clínico aleatorizado que incluyó a 54 pacientes con dislipidemia y artritis reumatoide. Los sujetos se dividieron en dos grupos: el primer grupo recibió 20 mg de atorvastatina cada 24 horas y el segundo grupo 40 mg de atorvastatina cada 24 horas, ambos esquemas de tratamiento durante tres meses (**Tabla 1**). Se realizaron mediciones al inicio y a los tres meses para evaluar el control lipídico y la actividad de la enfermedad.

Resultados: De los 54 participantes, 50 eran mujeres (92,6%). Las comorbilidades más comunes incluyeron diabetes tipo 2 (24,1%), hipertensión arterial (16,7%) e hipotiroidismo (9,3%). No se encontraron diferencias entre los grupos en la medición basal. Se utilizó la escala DAS28 VSG y PCR para evaluar la actividad de la enfermedad tanto al inicio como a los tres meses. El grupo que recibió 40 mg de atorvastatina mostró una disminución significativa en la puntuación DAS28 VSG ($p = 0,006$), mientras que el grupo que recibió 20 mg no mostró cambios significativos ($p = 0,131$). Ambos grupos experimentaron una disminución significativa de los valores de VSG.

No se informaron efectos adversos graves durante el estudio y la atorvastatina fue bien tolerada por los pacientes. Ningún paciente suspendió el tratamiento ni faltó a alguna dosis debido a efectos adversos.

Conclusiones: Estos resultados indicaron que las estatinas en dosis altas pueden reducir de manera considerable la puntuación DAS28 VSG, lo que sugiere una atenuación de la actividad de la AR. La dislipidemia y la inflamación crónica están interrelacionadas y, en conjunto, aumentan notablemente el riesgo de enfermedades cardiovasculares en pacientes con enfermedades autoinmunitarias como la artritis reumatoide. Un control adecuado de ambos factores es esencial para mejorar la salud general de estos pacientes.

Bibliografía

- Yan J, Yang S, Han L, *et al.* Dyslipidemia in rheumatoid arthritis: the possible mechanisms. *Front Immunol.* 2023 Oct 25;14:1254753. doi: 10.3389/fimmu.2023.1254753. PMID: 37954591; PMCID: PMC10634280.
- Erum U, Ahsan T, Khowaja D. Lipid abnormalities in patients with rheumatoid arthritis. *Pak J Med Sci.* 2017 Jan-Feb;33(1):227-230. doi: 10.12669/pjms.331.11699. PMID: 28367205; PMCID: PMC536 8315.

Tabla 1. Cambios entre las características basales y a los tres meses en los grupos de atorvastatina de 40 mg y 20 mg. (CG087)

	Grupo ATV 40 mg			Grupo ATV 20 mg		
	Evaluación basal	Evaluación final	p	Evaluación basal	Evaluación final	p
ColT	251 (± 40,091)	175 (± 19,8)	0,001	244 (± 35,745)	196 (± 29,16)	0,001
LDL	158 (± 36,032)	103,1 (± 14,7)	0,001	154 (± 10,14)	123 (± 28,8)	0,001
HDL	43,4 (± 15,5)	44,5 (± 14,47)	0,112	42,59 (± 10,142)	43,2 (± 10,63)	0,624
PCR	0,31 (± 0,17)	0,34 (± 0,17)	0,293	0,41 (± 0,23)	0,39 (± 0,21)	0,78
VSG	28,96 (± 11,30)	24,9 (± 26)	0,001	28,37 (± 8,94)	25,7 (± 9,86)	0,005
Das 28 VSG	3,51 (± 0,50)	3,274 (± 0,54)	0,006	3,6 (± 0,54)	3,56 (± 0,623)	0,131
Remisión	1 (3,7%)	2 (7,4%)	0,233	2 (7,4%)	3 (11%)	0,39
Baja	9 (33%)	10 (37%)		3 (11%)	3 (11%)	
Moderada	17 (63)	15 (56%)		22 (81,4%)	21 (77%)	
CDAI	5,63 (± 2,662)	5,1 (± 2,8)	0,251	6,81 (± 3,151)	6,6 (± 2,55)	0,9
Remisión	0	0	1	0	0	0,317
Baja	27 (96%)	27 (96%)		22 (78%)	23 (85%)	
Moderada	1 (4%)	1 (4%)		6 (22%)	5 (15%)	
IPAQ bajo	24 (85%)	24 (85%)	1	26 (92%)	26 (92%)	1
IPAQ moderado	4 (15%)	4 (15%)		2 (8%)	2 (8%)	
IMC (media)	27,34 (± 4,3)	27,19 (± 4,2)	0,36	26,9 (± 4,52)	26,86 (± 4,43)	0,184

ATV 40 mg, grupo de atorvastatina 40 mg; ATV 20 mg, grupo de atorvastatina 20 mg; ColT, colesterol total; LDL, lipoproteína de baja densidad; HDL, lipoproteína de alta densidad; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; DAS28, *Disease Activity Score 28*; CDAI, *Clinical Disease Activity Index*; IPAQ, Cuestionario Internacional de Actividad Física; IMC, índice de masa corporal.

CG088

ASOCIACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA Y DERECHA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

N. Guajardo-Jáuregui, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.E. Flores-Alvarado, R.I. Arvizu-Rivera, O.A. Garza-Flores, C.A. Mascorro-Cienfuegos, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, D.I. Cardoso-Casco, V.M. Fraga-Enríquez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica tienen mayor riesgo de desarrollar un episodio cardiovascular que la población general. Este riesgo elevado se atribuye al proceso de inflamación sistémica que acelera el proceso de aterosclerosis y promueve daño endotelial. Existen múltiples índices para evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes con AP, incluidos el Índice de Actividad de la Enfermedad de Artritis Psoriásica (DAPSA), el Índice de Gravedad del Área de Psoriasis (PASI) y el Índice de Gravedad de la Psoriasis Ungueal (NAPSI). Existe una falta de información sobre la relación entre los índices de actividad de la enfermedad y los parámetros ecocardiográficos en pacientes con AP.

Objetivo: Evaluar la relación entre los índices de actividad de la enfermedad con los parámetros ecocardiográficos en pacientes con AP.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a 67 pacientes con diagnóstico de AP que cumplían los criterios de clasificación CASPAR 2006, de edad > 18 años. Se excluyó a los pacientes con antecedente de un episodio cardiovascular mayor. Se realizó un ecocardiograma transtorácico a todos los participantes del estudio por dos cardiólogos certificados cegados a la información clínica. Se valoró la actividad de la enfermedad con DAPSA, PASI y NAPSI, para evaluar actividad articular, cutánea y ungueal, respectivamente. Las correlaciones entre los índices de actividad de

la enfermedad y los parámetros ecocardiográficos (**Figura 1**) se realizaron con el coeficiente de correlación de Spearman (rs). Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Las variables demográficas, clínicas y del ecocardiograma se muestran en la **Tabla 1**. Se observó una correlación positiva moderada entre PASI y el índice de masa del ventrículo izquierdo ($rs = 0,482$, $p \leq 0,001$), una correlación negativa moderada entre DAPSA y la velocidad del anillo mitral a nivel septal (e' septal) ($rs = -0,372$, $p = 0,002$), una correlación positiva baja entre DAPSA y la relación entre la velocidad temprana del flujo mitral y la velocidad diastólica temprana del anillo mitral (E/e') ($rs = 0,297$, $p = 0,017$) y una correlación negativa baja entre NAPSI y el desplazamiento sistólico del plano anular tricuspídeo (TAPSE) ($rs = -0,267$, $p = 0,031$). Se realizó un análisis multivariado ajustado por edad, índice de masa corporal, hemoglobina glucosilada, presión arterial sistólica y colesterol no-HDL, en el que se observó que PASI se vincula de manera independiente con el índice de masa del ventrículo izquierdo ($\beta = 0,330$, $p = 0,007$) y DAPSA se relaciona independientemente con e' septal ($\beta = -0,381$, $p = 0,001$).

Conclusiones: En este estudio se observó que una mayor actividad de la enfermedad cutánea, expresada por el PASI, se relaciona de manera independiente con un mayor índice de masa del ventrículo izquierdo, lo que puede ser indicativo de alteraciones en la geometría ventricular y un factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia cardíaca. De igual manera, una mayor actividad articular, medida por DAPSA, se vinculó de forma independiente con una disminución de la e' septal, un parámetro utilizado para el diagnóstico de disfunción diastólica. Además, se encontró que una mayor actividad ungueal, medida por NAPSI, se relacionó con un menor TAPSE, lo que sugiere una disfunción subclínica del ventrículo derecho. Estos hallazgos indican que la mayor inflamación sistémica se vincula con un empeoramiento de los parámetros ecocardiográficos. Un control estricto de la enfermedad podría tener beneficio en prevenir el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, y debe considerarse incluir al ecocardiograma transtorácico como parte de la valoración cardiovascular en pacientes con alta actividad de la enfermedad para detectar alteraciones ecocardiográficas de manera oportuna.

Figura 1. Correlaciones entre índices de actividad de la enfermedad con los parámetros ecocardiográficos en pacientes con artritis psoriásica. (CG088)

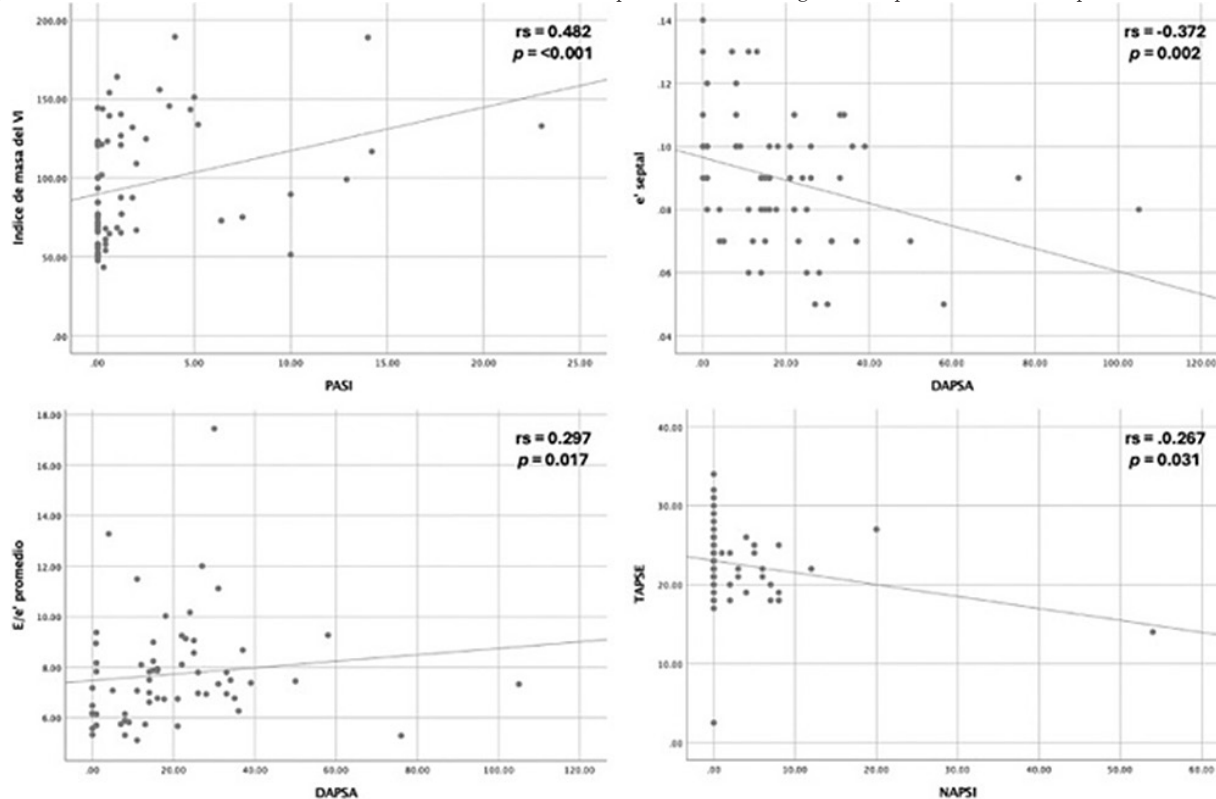


Tabla 1. Características demográficas y clínicas de pacientes con artritis psoriásica. (CG088)

Características	Pacientes con AP (n = 67)
Edad, años, media ± DE	52,17 ± 11,96
Mujeres, n (%)	37 (55,2)
DMT2, n (%)	11 (16,4)
Hipertensión arterial, n (%)	17 (25,4)
Dislipidemia, n (%)	32 (47,8)
Obesidad, n (%)	23 (34,3)
Duración de la enfermedad, años, mediana (p25-p75)	3,0 (1,0-10,0)
DAPSA, mediana (p25-p75)	15,0 (6,5-26,2)
PASI, mediana (p25-p75)	0,4 (0,0-2,0)
NAPSI, mediana (p25-p75)	0,0 (0,0-3,2)
Índice de masa del VI, g/m ² , mediana (p25-p75)	84,54 (63,81-125,27)
GPR, mediana (p25-p75)	0,39 (0,34-0,44)
FEVI, %, mediana (p25-p75)	60,0 (56,7-63,0)
GLS, %, media ± DE	-19,81 ± 2,86
e' septal, mediana (p25-p75)	0,09 (0,07-0,10)
e' lateral, mediana (p25-p75)	0,12 (0,10-0,14)
E/e' promedio, mediana (p25-p75)	7,38 (6,23-8,40)
TAPSE, mm, mediana (p25-p75)	23,0 (20,5-25,0)
PSAP, mmHg, mediana (p25-p75)	19,83 (12,07-28,55)

AP, artritis psoriásica; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; DAPSA, Índice de Actividad de la Enfermedad de Artritis Psoriásica; PASI, Índice de Gravedad del Área de Psoriasis; NAPSI, Índice de Gravedad de Psoriasis Ungueal; VI, ventrículo izquierdo; GPR, grosor parietal relativo; FEVI, fracción de expulsión del VI; GLS, deformación longitudinal global; e' septal, velocidad del anillo mitral a nivel septal; e' lateral, velocidad del anillo mitral a nivel lateral; E/e', relación entre la velocidad temprana del flujo mitral y la velocidad diastólica temprana del anillo mitral; TAPSE, desplazamiento sistólico del plano anular tricúspideo; PSAP, presión sistólica de la arteria pulmonar.

Bibliografía

- Eder L, Thavaneswaran A, Chandran V, et al. Increased burden of inflammation over time is associated with the extent of atherosclerotic plaques in patients with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2015 Oct;74(10):1830-1835.

CG089

IMPACTO DE LA FATIGA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL DE PACIENTES CON OBESIDAD Y ARTRITIS REUMATOIDE

K. Palomo-Arnaud, I.C. Reynosa-Silva, J.C. Riega-Torres, G.A. Madrid-López, G. Figueroa-Parra, V.G. Mata-Riega, A.J. Vite-Castillo, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Tabla 1. Ansiedad, depresión y fatiga en pacientes con artritis reumatoide según la composición corporal. (CG089)

Composición corporal	Ansiedad por HADS-A		Valor de p	Depresión por HADS-D		Valor de p	Fatiga significativa		Valor de p
	Sí	No		Sí	No		Sí	No	
Grasa visceral alta	3 (5,6)	8 (15,1)	0,599	0 (0)	11 (20,7)	0,605	7 (13,2)	4 (7,5)	0,222
Grasa visceral normal	15 (28,3)	27 (50,9)		1 (1,8)	41 (77,3)		34 (64,1)	8 (15,1)	
Masa muscular disminuida	16 (30,1)	35 (66,1)	0,111	1 (1,8)	50 (94,3)	0,842	39 (73,5)	12 (22,6)	0,435
Masa muscular normal	2 (3,8)	0 (0)		0 (0)	2 (3,8)		2 (3,8)	0 (0)	

HADS, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; FACIT-F, Escala de Evaluación Funcional de Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga. Variables expresadas en n (%).

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen mayor riesgo de sufrir alteraciones en su composición corporal en comparación con la población general, y se caracterizan por un aumento de la grasa corporal total y una disminución de la masa ósea. Se ha encontrado que los sujetos con obesidad poseen una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en comparación con los individuos con índice de masa corporal normal; sin embargo, la relación específica entre fatiga, ansiedad y depresión con las alteraciones de la composición corporal se ha estudiado poco en pacientes con artritis reumatoide.

Objetivo: Evaluar la relación entre alteraciones de la composición corporal y la fatiga, la ansiedad y la depresión en pacientes con artritis reumatoide y obesidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal que incluyó a pacientes adultos mayores de 18 años, con sobrepeso u obesidad, que además cumplían con los criterios de clasificación del ACR/EULAR 2010 para AR, atendidos en el departamento de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se utilizó un monitor corporal compacto para calcular la composición corporal mediante análisis de impedancia bioeléctrica (BIA) y, una vez obtenido el índice de masa corporal, se aplicó la Encuesta de Evaluación Funcional de Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga (FACIT-F), un cuestionario de 40 reactivos que evalúa la fatiga autorreferida y su efecto en las actividades diarias; además, se aplicó el Cuestionario de Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), que mide la ansiedad y la depresión general de estos pacientes y que consta de siete preguntas para la ansiedad (HADS-A) y siete para la depresión (HADS-D).

Resultados: Se integró un total de 53 pacientes, de los cuales 50 eran mujeres (94,3%), con una edad media de 52 años (± 9,93). La mediana del IMC fue de 31,37 (27,50-34,15) kg/m², la mediana del porcentaje de masa muscular magra de 57,82 (53,5-60,87), y la media de porcentaje de grasa corporal de 39,33 (± 5,64). De los pacientes estudiados, el 34% (n = 18) tenía ansiedad, el 1,9% (n = 1) depresión y el 77,4% (n = 41) fatiga significativa (Tabla 1). La mayoría de los pacientes estudiados registró un alto porcentaje de grasa corporal (81,1%, n = 43), así como un porcentaje bajo de masa muscular magra (96,2%, n = 51). No se encontró una relación estadísticamente significativa entre los pacientes con ansiedad, depresión y fatiga con alteraciones en la composición corporal. La mayor parte de los individuos con fatiga mostró una masa muscular disminuida (95,12%, n = 39).

Conclusiones: Se identificó una tendencia a presentar una masa muscular disminuida en los pacientes con fatiga, sin una vinculación significativa entre la fatiga, la depresión y la ansiedad con alteraciones de la composición corporal. Es conveniente realizar un análisis de composición corporal en todos los pacientes con artritis reumatoide, en especial entre aquellos con fatiga, para disminuir de forma temprana el riesgo de desarrollar sarcopenia o adiposidad elevada que precipiten desenlaces desfavorables, como discapacidad relacionada con riesgo cardiovascular elevado.

Bibliografía

- Vlietstra L, Stebbings S, Meredith-Jones K, et al. Sarcopenia in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the association with self-reported fatigue, physical function and obesity. *PLoS One.* 2019 Jun 6;14(6):e0217462. doi: 10.1371/journal.pone.0217462. PMID: 31170172; PMCID: PMC6553728.
- Katz P, Margareten M, Trupin L, et al. Role of sleep disturbance, depression, obesity, and physical inactivity in fatigue in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2016 Jan;68(1):81-90. doi: 10.1002/acr.22577. PMID: 25779719; PMCID: PMC6083443.

CG090

DEMENCIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

D.X. Xibillé-Friedmann¹, J.E. Velasco-Espinal², Y. Mujica-Faife³

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Escuela de Medicina, Universidad Latinoamericana, Morelos, ⁽³⁾Hospital General de Cuernavaca, IMSS-Bienestar

Introducción: Las enfermedades crónicas y degenerativas como la artritis reumatoide (AR) y la demencia son un problema en la población, ya que se ha demostrado que a largo plazo generan alteraciones metabólicas y limitaciones físicas, mentales y sociales, que a su vez causan una mayor mortalidad en los pacientes.

Objetivo: Identificar los principales factores de riesgo para demencia en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Estudio piloto observacional anidado en una cohorte. Los pacientes, previa aceptación y firma de un consentimiento informado, se extrajeron del servicio de reumatología del Hospital General de Cuernavaca, y se clasificaron de acuerdo con ACR/EULAR/2010. Los datos se capturaron en REDCap tras la consulta médica y también los resultados de laboratorio, y se calculó la actividad de la enfermedad mediante DAS28. Se aplicó la prueba *Minimal State Examination* (MMSE), validada en español, para determinar los factores de riesgo relacionados con la demencia. Una calificación de 24 o menor se consideró deterioro cognitivo. Los datos se presentan mediante estadística descriptiva.

Resultados: Participaron 32 pacientes en el estudio, de los cuales solo uno era masculino y el resto se integró con mujeres. La edad media fue de 51,3 años (36-75). Se hicieron preguntas acerca de su información básica a cada paciente; 90,6% de los pacientes refería saber leer y escribir, y la escolaridad promedio de los participantes era la secundaria. Solamente una paciente era diabética y las demás no refirieron comorbilidades. La calificación promedio del MMSE fue de 24,5 (7-33). De particular interés, aunque 94,8% de las pacientes demostró una adecuada memoria de corto plazo, la capacidad aritmética fue menor, con 68,75% que acusó dificultad en esta área.

Conclusiones: De acuerdo con los resultados obtenidos en el MMSE, más de la mitad de los pacientes con AR mostraron una puntuación que refleja deterioro cognitivo.

Bibliografía

1. Min C, Bang WJ, Kim M, *et al.* Rheumatoid arthritis and neurodegenerative dementia: a nested case-control study and a follow-up study using a national sample cohort. *Clin Rheumatol.* 2020;39:159-66.
2. Katchamart W, Narongroeknawin P, Phutthinart N, *et al.* Disease activity is associated with cognitive impairment in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2019;38:1851-6.
3. Lwin MN, Serhal L, Holroyd C, *et al.* Rheumatoid arthritis: the impact of mental health on disease: a narrative review. *Rheumatol Ther.* 2020;7:457-71.

CG091

USO DE CORTICOSTEROIDES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: RELACIÓN CON EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

A.H. Pena-Ayala, C.S. Pérez-Coronado, C.J. Pineda-Villaseñor, A. Bernál-González, M. Lozano-Hernández, L.P. Rodríguez-Vega

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: Con el advenimiento en los últimos 20 años de tratamientos altamente específicos dirigidos a las moléculas que participan en la fisiopatología de las diferentes enfermedades, se han creado estrategias terapéuticas por objetivos (*treat to target*) destinadas a limitar el daño y mejorar el pronóstico de los pacientes. El diagnóstico temprano ofrece una

ventana de oportunidad; en el caso de AR se sugiere que la valoración de un reumatólogo debe tener lugar en las primeras seis semanas y hasta cuatro meses tras el inicio de los síntomas.

Objetivo: Evaluar el efecto del uso de CE en pacientes con AR que acudieron a la preconsulta de reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra y su relación con la evolución de la enfermedad a un año de seguimiento.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 302 pacientes atendidos en la preconsulta de la división de reumatología durante 2023, de los cuales 61 se diagnosticaron con AR. Análisis: fecha de inicio de síntomas, fecha diagnóstica, tratamientos previos, actividad de la enfermedad por DAS28 en cada visita y tratamiento instituido. Estadística descriptiva y no paramétrica: variables cualitativas en frecuencias y porcentajes; variables cuantitativas en medianas y rango intercuartílico como medida de tendencia central y dispersión. Pruebas de Wilcoxon y U de Mann-Whitney intragrupo y entre grupos, respectivamente. Comparación de frecuencias con ji cuadrada y prueba exacta de Fisher de acuerdo con la distribución de los casos. Significancia estadística: $p \leq 0,05$.

Resultados: La media del retraso diagnóstico fue de 132 meses, con 87,8% de mujeres y edad media de 53,1 años. El retraso en el diagnóstico de la AR fue mayor en los pacientes que habían utilizado CE en comparación con individuos que no los consumieron, con promedio de 147,4 contra 45,9 meses ($p = 0,01$). La prescripción actual de CE en el grupo con antecedente de uso previo se redujo en un 43% y solo un paciente del grupo que no había utilizado CE antes requirió prescripción actual. Al analizar la diferencia entre el DAS28 inicial y el final dentro de cada grupo se identificó una disminución significativa en el grupo con antecedente de CE ($p = 0,003$), mientras que en el grupo sin antecedente la diferencia no fue significativa ($p = 0,123$), independientemente del FARME sintético o biológico administrado. El 59% ($n = 36$) de los pacientes en seguimiento mostró mejoría y de esa proporción 23 (37%) sujetos alcanzaron remisión; el 37,7% ($n = 23$) permaneció sin cambios y de ellos 19 continuaron en remisión, y el 2,7% ($n = 2$) mostró mayor actividad de la enfermedad. No existe diferencia para alcanzar o mantenerse en remisión de acuerdo con el nivel socioeconómico o el acceso a la gratuidad.

Conclusiones: Los esteroides se relacionan con retraso en el diagnóstico de los pacientes con artritis reumatoide atendidos por primera vez en un servicio de reumatología, pero también tienen influencia en la mejoría posterior al tratamiento específico.

Bibliografía

1. Burmester GR, Pope JE. Novel treatment strategies in rheumatoid arthritis. *Lancet* (London, England). 2017;389(10086):2338-2348. doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31491-5.

CG092

ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS-GLUCOSA-IMC CON LA PRESENCIA DE PLACA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez, O.A. Garza-Flores, J.A. Cárdenas-De la Garza, I.J. Colunga-Pedraza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpiri-López, R.I. Arvizu-Rivera, D. Azamat-Salcedo

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El índice triglicéridos-glucosa-IMC (TyG-IMC) ha demostrado ser un método confiable para identificar la resistencia a la insulina (RI), con una eficacia que se asemeja a la de la norma de referencia: la pinza euglicémica hiperinsulinémica. Los valores elevados de TyG-IMC se han relacionado con un aumento del riesgo de aterosclerosis subclínica. La RI y la artritis reumatoide (AR) promueven un estado proinflamatorio que favorece la disfunción endotelial y acelera la formación de placas ateroscleróticas. Por esta razón se propone el uso del TyG-BMI como herramienta de tamizaje cardiovascular (CV).

Objetivo: Vincular el índice TyG-IMC con la placa carotídea (PC) en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a pacientes con AR de 30 a 75 años que cumplieran los criterios ACR/EULAR de 2010. Se excluyó a aquellos con enfermedad cardiovascular previa. Se realizó ultrasonido carotídeo a todos los participantes (Tabla 1). La PC se definió como un grosor difuso de la íntima-media carotídea (GIMc) $\geq 1,2$ mm o un grosor focal $\geq 0,8$ mm. Para calcular el índice TyG-BMI se utilizaron los valores de triglicéridos séricos (TG), glucosa en sangre en ayuno (GSA) y el índice de masa corporal (IMC) mediante la siguiente fórmula: índice TyG-IMC = $\text{Ln} [\text{TG} (\text{mg/dL}) \times \text{GSA} (\text{mg/dL})/2] \times \text{IMC}$. Los participantes se categorizaron en terciles de acuerdo con el TyG-IMC: valores $< 221,7$ en el primer tercil, 221,7 a 257,4 en el segundo y $> 257,4$ en el tercero. La distribución de los grupos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba ji cuadrada, ANOVA o prueba de Kruskal-Wallis, según correspondiera. Un valor p de $\leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y de ultrasonido. (CG092)

Variables	Tercil 1° (n = 39)	Tercil 2° (n = 39)	Tercil 3° (n = 38)	Valor p
Edad, años, \pm DE	56,0 \pm 9,9	56,3 \pm 8,0	54,3 \pm 10,9	0,62
Mujeres, n (%)	36 (92,3)	39 (100)	35 (92,1)	0,20
Comorbilidades				
Diabetes, n (%)	5 (12,8)	7 (17,9)	12 (31,5)	0,11
Hipertensión, n (%)	7 (17,9)	9 (23,0)	17 (44,7)	0,02
Dislipidemia, n (%)	18 (46,1)	18 (46,1)	16 (42,1)	0,91
Tabaquismo activo, n (%)	3 (7,6)	2 (5,1)	2 (5,2)	0,98
Obesidad, n (%)	0 (0)	1 (2,5)	26 (68,4)	< 0,001
Características clínicas				
Tiempo de evolución, años, mediana (RIC)	7 (2,4-13,5)	19 (5,1-13,6)	4 (2,1-10,7)	0,22
DAS28-PCR, \pm DE	3,3 \pm 1,4	3,6 \pm 3,2	3,4 \pm 1,2	0,89
DAS28-VSG, \pm DE	4,4 \pm 1,5	4,2 \pm 1,4	4,2 \pm 1,3	0,84
Aterosclerosis subclínica				
Placa unilateral, n (%)	10 (25,6)	11 (28,2)	7 (18,4)	0,83
Placa bilateral, n (%)	7 (17,9)	5 (12,8)	7 (18,4)	0,84

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; DAS28-CRP, Índice de Actividad de la Enfermedad 28-articulaciones con cálculo de la proteína C reactiva; DAS28-VSG, Índice de Actividad de la Enfermedad en 28-articulaciones basado en la velocidad de sedimentación globular.

Resultados: Se integró una muestra de 116 pacientes con artritis reumatoide: 39 en el primer y segundo terciles, y 38 en el último según el índice TyG-IMC. La mayoría correspondió a mujeres, con una edad promedio de 55,5 años \pm 9,6. Aunque no fueron estadísticamente significativos, los valores del índice TyG-IMC $\geq 258,5$ mostraron mayor frecuencia de comorbilidades, excepto dislipidemia que tuvo mayor prevalencia en los valores $\leq 257,4$ (46,1%, p = 0,91). En el segundo tercil se observó la mayor prevalencia de PC unilateral (28,2%, p = 0,83) y la menor presencia de PC bilateral (12,8%, p = 0,84). En el tercer tercil tuvieron la misma frecuencia de PC, unilateral y bilateral (18,4%).

Conclusiones: En este estudio, el índice TyG-IMC como tamiz de riesgo CV no se relaciona con PC en pacientes con AR. Sin embargo, una mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica $\leq 257,4$ indica la necesidad de un abordaje temprano ante la sospecha de RI y otras alteraciones metabólicas. Es necesario integrar una evaluación por ultrasonido carotídeo para la estratificación de riesgo CV en este grupo poblacional.

Bibliografía

- Wang R, Cheng X, Tao W. Association between triglyceride glucose body mass index and cardiovascular disease in adults: evidence from NHANES 2011-2020. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2024 Jul 16;15:1362667. doi:10.3389/fendo.2024.1362667.
- Nicolau J, Lequerré T, Bacquet H, et al. Rheumatoid arthritis, insulin resistance, and diabetes. *Joint Bone Spine*. 2017;84(4):411-6. doi: 10.1016/j.jbspin.2016.09.001.

CG093

USO DE DOSIS BAJAS DE PREDNISONA PARA MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J.F. Verdugo-Félix, A.A. Ramírez-Pérez, I.M. Villarruel-Barajas, S.I. Castillo-Anaya

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

Introducción: La artritis reumatoide es una entidad multifactorial considerada una de las enfermedades inflamatorias crónicas más prevalentes. Cursa con una evolución fluctuante que, en ausencia de un tratamiento óptimo, puede provocar un daño irreversible. Uno de los principales problemas que aqueja a estos pacientes es el dolor, que puede persistir incluso con un adecuado control de la enfermedad. Por lo tanto, es necesario la búsqueda de una opción terapéutica adecuada. En este sentido, la administración de glucocorticoides a dosis bajas para el control del dolor es todavía un área de investigación poco explorada.

Objetivo: Evaluar si las dosis bajas de prednisona (5 mg al día) se relacionan con un adecuado control del dolor medido mediante escala visual análoga (EVA ≤ 4) en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y transversal. Los criterios de inclusión fueron a) pacientes ≥ 18 años con el diagnóstico de artritis reumatoide según los criterios de clasificación ACR/EULAR de 2010, b) seguimiento en el servicio de reumatología por más de un año desde 2000 hasta la fecha, c) SDAI en remisión o bajo e individuos que durante un periodo de seis meses se trataron con prednisona de 5 mg/día, d) pacientes con SDAI en remisión o bajo y que durante un periodo de seis meses se trataron con AINE o paracetamol sin usar prednisona. Se excluyó del estudio a los pacientes cuyos expedientes no contaban con la información requerida. Se calculó un tamaño de muestra de 80 pacientes. Las variables categóricas y continuas se expresaron en frecuencias y medias y desviación estándar, respectivamente, o en medianas o rangos intercuartílicos según fuera la distribución de normalidad de los datos por la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para evaluar las diferencias de las variables continuas se emplearon las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney de acuerdo con los resultados de normalidad. Para evaluar la diferencia entre variables categóricas se empleó la prueba ji cuadrada.

Resultados: Se obtuvieron datos de 66 pacientes. Dentro del total hubo un predominio en el género femenino con un 89,4%. Se demostró que un mayor porcentaje de pacientes que utilizaron prednisona a dosis baja logró un mejor control del dolor (68,6% vs. 31,4%, p = 0,008); tener puntuaciones más bajas en el SDAI también implicaba un mejor control de dolor y no se observaron diferencias estadísticamente significativas para otras variables (Tabla 1). Se logró establecer una relación de riesgo para uso de AINE, opiáceos y protección para paracetamol, pero no hubo significancia estadística en ninguna de ellas. El modelo multivariado no fue capaz de predecir un EVA bajo.

Tabla 1. Diferencias entre grupos respecto del valor de EVA (≤ 4) y OR para un EVA bajo (≤ 4). (CG093)

Característica	EVA bajo (≤ 4)	EVA alto (> 4)	p
Edad (media \pm DE)	54,6 \pm 12,9	59,6 \pm 10,6	0,25
SDAI (media \pm DE)	4,3 \pm 3,06	8,5 \pm 1,9	0,0
Duración de la enfermedad (mediana/rango IQ)	15,5 / 10,0 - 24,0	16,0 / 11,0 - 27,5	0,86
Uso prednisona 5 mg/día (n [%])	35 (68,6%)	16 (31,4%)	0,008
AINE (n [%])	38 (76%)	12 (24%)	0,58
Paracetamol (n [%])	33 (73,3%)	12 (26,7%)	0,50
Opiáceos (n [%])	20 (76,9%)	6 (23,15%)	0,85
Sexo (mujer, n [%])	45 (76,3%)	14 (23,7%)	0,54
SDAI en remisión (n [%])	23 (100%)	0 (0%)	NA
SDAI bajo (n [%])	27 (62,8%)	16 (37,2%)	0,01
Variable	OR (IC95%)	p	
Uso de prednisona 5 mg/día	x	x	
Uso de AINE	1,05 (0,28 - 3,89)	0,93	
Uso de paracetamol	0,64 (0,18 - 2,31)	0,50	

Uso de opiáceos	1,11 (0,34 - 3,54)	0,85
SDAI bajo	x	x
SDAI remisión	x	x

Conclusiones: En este estudio no se logró determinar una relación de riesgo o protección entre el uso de dosis bajas de prednisona para lograr un EVA bajo en pacientes con artritis reumatoide; sin embargo, esto puede deberse a que no se consiguió un tamaño de muestra adecuado y por lo tanto hubo grupos en los que no fue posible calcular la relación, por lo cual tampoco se calculó de modo adecuado un modelo multivariado.

Bibliografía

1. Chauhan K, Jandu JS, Brent LH, *et al.* Rheumatoid arthritis. StatPearls Publishing; 2023.
2. Radu A-F, Bungau SG. Management of rheumatoid arthritis: An overview. Cells. 2021;10(11):2857. <http://dx.doi.org/10.3390/cells10112857>.

CG094

**RETRASO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES MEXICANOS CON LUPUS ERI-
TEMATOSO SISTÉMICO: UN ESTUDIO CUALITATIVO**

M.F. Ramírez-Flores¹, T. Colmeras-Roa², A. Manrique de Lara-Ramírez², C. Espinosa-Escobar², J.F. Matamoros-Sanin³, L. Athié⁴, L.V. Maya-Piña⁵, G. Reyes-Cordero⁶, I. García⁷, L. Andrade-Ortega⁸, M.E. Corral-Trujillo⁹, C.A. Palafox-Sánchez¹⁰, P. Munguía-Realpozo¹¹, J.H. Hernández-Llinas¹², I. Peláez-Ballestas²

⁽¹⁾Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Programa de Estudios Combinados en Medicina (PECEM), ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽³⁾Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, ⁽⁴⁾Centro de Estudios Transdisciplinarios Athié-Calleja por los derechos de las personas con lupus A.C. (Cetlu), ⁽⁵⁾Hospital Juárez de México, ⁽⁶⁾Hospital General Salvador Zubirán Anchondo, ⁽⁷⁾Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, ⁽⁸⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre,

ISSSTE, ⁽⁹⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, ⁽¹⁰⁾Universidad de Guadalajara, ⁽¹¹⁾Centro de Investigación Biomédica de Oriente, IMSS, ⁽¹²⁾Hospital Regional de Coahuila de Zaragoza, IMSS

Introducción: El retraso en el diagnóstico y el tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), las barreras, los facilitadores y las necesidades relacionadas no se han estudiado en la población mexicana.

Objetivo: Construir la definición de retraso diagnóstico y tratamiento de LES e identificar las barreras, facilitadores y necesidades desde la perspectiva de los pacientes y los reumatólogos.

Material y métodos: Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Las guías de entrevista se construyeron basadas en una revisión sistemática previamente realizada. Se construyeron trayectorias de búsqueda de atención y famiogramas. Se efectuaron pruebas piloto de ambas guías. Cada entrevista se audiograbó y transcribió con el programa Atlas.ti para el análisis basado en dos modelos de atención en salud. Este estudio recibió aprobación del comité de ética e investigación de los centros participantes. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Resultados: Se entrevistó a 61 pacientes de 12 centros hospitalarios de ocho estados del país, con edad promedio de 41,3 años (DE 12,9), 82,7% de mujeres, y manifestaciones articulares, mucocutáneas, renales, hematológicas, neurológicas.

Participaron 52 reumatólogos (53,8% mujeres), con edad promedio de 45,7 años (DE 10,1) y experiencia clínica de 15,53 años (DE 10,9). Se construyeron 61 trayectorias de búsqueda de atención y 16 escenarios de atención (Figura 1). Se identificaron las barreras: creencias en salud-enfermedad del paciente, costos, heterogeneidad/gravedad, formación profesional y el sistema de salud. Facilitadores: seguridad social, formación profesional y disponibilidad de servicios médicos. Necesidades en pacientes: difusión de la enfermedad, empatía, atención continua, asesoramiento reproductivo, disponibilidad de atención; y para reumatólogos: educación en reumatología, oferta de plazas, laboratorios y personal capacitado, uso de redes sociales, sistema de salud unificado (Tabla 1).

La definición de retraso del diagnóstico incluyó: a) gravedad de la presentación clínica con los tiempos propuestos: leve: > 4,2 (1-6) meses; moderado 2 (1-3) meses y grave 19,5 (14-30) días; b) heterogeneidad de la enfermedad, c) presencia de daño orgánico y d) acceso a un reumatólogo. Se concluyó como retraso diagnóstico en general un tiempo > 2,9 (1-6) meses. Para el

Figura 1. (CG094)

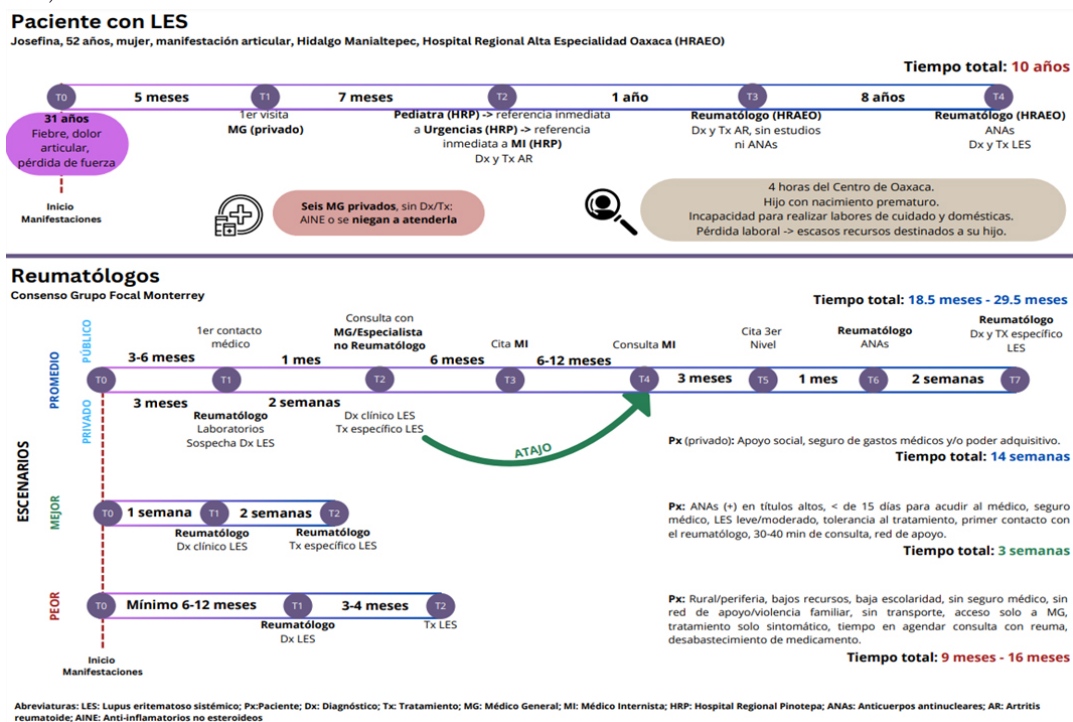


Tabla 1. (CG094)

Componente	Actor	Diagnóstico		Tratamiento	
		Barreras	Facilitadores	Barreras	Facilitadores
Asequibilidad	Pacientes	"[Los estudios] para detectar el lupus [...] fueron como 3.000 MXN. No [fue accesible]." (Carlos, 31 años, hombre, manifestaciones articulares y nefritis lúpica, CDMX, Hospital Juárez, SSA)	"[Por lagritudad] la biopsia aquí [en el HGME] no me costó, ni la hospitalización" (Juana, 28 años, manifestación nefritis lúpica, CDMX, HGME, SSA)	"[Cuento con gratuidad, sin embargo, pago] medicamentos [...] cuando no hay dinero no tomo mi medicamento." (Carlos, 31 años, hombre, manifestaciones articulares y nefritis lúpica, CDMX, HJ, SSA)	"[Mi doctor y yo] estamos viendo [cambiar el] tratamiento a un biológico, para tratar la nefritis que tengo, dice que es más efectiva y me lo daría el hospital." (Juana, 28 años, manifestación nefritis lúpica, CDMX, HGME, SSA)
	Reumatólogos	"Los estudios para establecer diagnósticos [no son económicos]... [el paciente] dice: "no me alcanzaba para hacer los estudios" y eso retrasa el diagnóstico de manera oportuna y que se trate prontamente" (G, hombre, reumatólogo, CDMX, SSA)	"Ya cuando [los pacientes] están en una institución la verdad es que es muy fácil [...], por ejemplo en el IMSS o en el ISSSTE, pues la mayoría [...] tienes un muy buen arsenal y pues está cubierto con eso." (V, hombre, reumatólogo, SLP, IMSS)	"Cada que en una familia hay un paciente con lupus es una carga económica muy fuerte [...] si generaría gastos catastróficos en la familia y si necesitaría el apoyo de una institución para solventar el gasto" (H, hombre, reumatólogo, CDMX, SSA)	"[...] Aquí [en el ISSSTE] el paciente no paga nada, le pagan hasta el traslado de su lugar de origen para acá [...]. Le das desde el paracetamol hasta la terapia biológica [gratis]." (O, mujer, reumatóloga, CDMX, ISSSTE)
Disponibilidad	Pacientes	NA	NA	"[Me diagnosticaron y me dijeron que me tenían que internar], pero no me internaron porque ya no había camas." (Carlos, 31 años, hombre, manifestaciones articulares y nefritis lúpica, CDMX, HJ, SSA)	"La consulta anterior [en el HGME] sí me dieron todo el medicamento, pero normalmente lo compraba." (Arcelia, 35 años, mujer, manifestación articular, CDMX, HGME, SSA)
	Reumatólogos	NA	NA	"[En el ISSSTE el paciente no paga nada], los tiempos es otra cosa, la calidad es otra cosa y creo que ahí es donde estamos, en un hoyo, en el primer nivel." (O, mujer, reumatóloga, CDMX, ISSSTE)	"Muchos pacientes [en la consulta privada que] me dicen qué reumatólogo le toca [en el ISSSTE] y yo le mandé una nota [...] para que le continúe su tratamiento o [...] con el tratamiento que el ISSSTE le dé." (A, mujer, reumatóloga, CDMX, ISSSTE)
Trato ético	Pacientes	"En [cinco meses] que me avanzó, [...] [seis médicos] no me querían [atender] porque me veían que no podía caminar ni pararme, y definitivamente me dijeron que no" (Josefina, 52 años, mujer, manifestación articular, Oaxaca, HRAEO, SSA)	NA	NA	NA
	Reumatólogos	"Es cierto que hay muchos médicos endocrinólogos, inmunólogos, internistas que, que deciden quedarse con los pacientes reumatológicos... eso es motivo también de retraso mayor." (I, mujer, reumatóloga, CDMX, ISSSTE)	NA	NA	NA
Formación	Pacientes	"[Después de años de vivir con diagnóstico de] artritis reumatoide por el médico general y estar mal medicado] me dijo el doctor: "inclusive le pido una disculpa de mis colegas por el mal diagnóstico." (Arturo, 62 años, hombre, manifestación mucocutánea/articular, CDMX, HGME, SSA)	"[Fui con el reumatólogo] y si me estuvieron haciendo estudios y salía una parte positiva y otra parte negativa, [...] el doctor me dijo "no podemos esperar, vamos a darte un tratamiento" (Odile, 58 años, mujer, manifestación mucocutánea/articular, Yucatán, Privado)	"Estuve yendo al Seguro de Igualdad, pero ahí no hay reumatólogo y solamente me dieron paracetamol. [En otra ocasión] me decían [los médicos del Seguro] que [era] fiebre reumática." (Arcelia, 35 años, mujer, manifestación articular, CDMX, HGME, SSA)	NA
	Reumatólogos	"Yo no tuve [...] una clase de reumatología en pregrado. Cuando haces tu especialización en medicina interna, muy poquitas sedes [...] envían a sus internistas a un servicio de Reumatología" (GMLO, años, mujer, reumatóloga HGME)	"Como reumatólogo... la visión [de la enfermedad] empieza a cambiar, no siempre es mortal, no siempre [los pacientes] tienen las mismas características." (GMLO, años, mujer, reumatóloga HGME)	"El médico de primer nivel o especialidad [que] recibe un paciente que potencialmente es lupus no lo canalizan porque no quieren, económicamente hablando, o porque consideran que ellos son capaces de controlarlo." (GM, hombre, reumatólogo, CDMX, SSA)	NA
Presentación	Pacientes	"No sé por qué, como hombre, no veo casos de hombres [con lupus] en el Internet" (Mario, 44 años, manifestación hematológica, Chihuahua, Hospital Ángeles, Privado)	NA	"[Al mismo tiempo me diagnosticaron lupus y tuberculosis], no me podían dar mi tratamiento para el lupus porque dicen que bajan las defensas. Entonces primero era tratar con la tuberculosis y ya [después] que dar mi tratamiento [del lupus]." (Sebastián, 24 años, hombre, Monterrey, IMSS/HU)	NA
	Reumatólogos	"No es lo mismo que tú tengas manifestaciones floridas a que nada más te sientes cansado, te duelen las articulaciones, a veces te falta el aire [...] tú buscas ayuda cuando el asunto persiste y te limita, ¿no? O cuando tu aspecto físico se ve comprometido." (P, mujer, reumatóloga, CDMX, ISSSTE)	"Otro facilitador podría ser la estética [...] va con el dermatólogo [...] le hace la biopsia [...] o lo hace los anticuerpos o le hace todo pensando también en el lupus [...]. El dermatólogo también está un poco más sensible ante la sospecha clínica." (S, mujer, reumatóloga, IMSS, Monterrey)	NA	"Yo creo que ahora las especialidades [médicas] colaboran para que el manejo sea más integral en las especialidades que tienen que ver con la atención [del paciente con lupus]." (G, hombre, reumatólogo, CDMX, SSA)
Adherencia	Pacientes	NA	NA	"[Al mismo tiempo me diagnosticaron tuberculosis], entonces primero era tratar con la tuberculosis y ya [después] que dar mi tratamiento [del lupus]." (Sebastián, 24 años, hombre, Monterrey, IMSS/HU)	"[Cuando me dan el diagnóstico] pues, yo estaba más que nada contenta porque ya había dejado de sentir los dolores que sentía [...], tomar medicamentos y saber que se va a quitar, pues, ya era una opción mejor a como estaba viviendo antes." (Arcelia, 35 años, mujer, manifestación articular, CDMX, HGME, SSA)
	Reumatólogos	NA	NA	"[El problema son los] trámites burocráticos [...] los pacientes [tienen que ser] referidos del primer nivel de atención [...] que no cuenta con estudios para el diagnóstico de enfermedades autoinmunes, no los pueden pedir [...] y los médicos internistas esperan [a] que tengan pruebas para enviarlo [al Reumatólogo]." (H, reumatólogo, 40 años, IMSS, Yucatán)	"El apego al tratamiento, digamos, de la mujer es mejor, definitivamente." (J, hombre, reumatólogo, CDMX, SSA)

Abreviaturas: HGME (Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga); CDMX (Ciudad de México); SSA (Secretaría de Salud); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); HU (Hospital Universitario Dr. Eleuterio González); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); HJ (Hospital Juárez de México); SLP (San Luis Potosí); HRAEO (Hospital Regional de Alta Especialidad Oaxaca)

retraso del tratamiento por gravedad de manifestaciones: leve, posterior a 3,6 (0,25-12) meses; moderado, posterior a 15 (7-30) días y graves si la administración no fue inmediata o posterior a 12 (inmediato, 37,5) días. Sin distinguir por la gravedad, se considera retraso del tratamiento cuando excede los 24 (inmediato a 7,5) días. Factores relacionados: heterogeneidad clínica, acceso a tratamiento específico para LES, barreras institucionales.

Conclusiones: El consenso de definición para el retraso diagnóstico fue: paciente con signos/síntomas de LES leve/moderado/grave o evidencia de daño orgánico sin diagnóstico a los 2,9 meses; y para el retraso del tratamiento: 24 días entre el primer síntoma de LES y el inicio de farmacoterapia acorde con las guías y recomendaciones vigentes. Se observaron coincidencias en barreras y facilitadores para pacientes y reumatólogos; las necesidades fueron diferentes.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Componentes básicos del derecho a la salud [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 22]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La>
2. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health.* 2013;12(1).

CG095

FRAGILIDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO TARDÍO

A.E. Vázquez-Hernández¹, J.A. Marín-Corte², A.D. Plata-Trejo³, M. Jiménez-Tirado¹, H. Fragozo-Loyo¹, E. Cimé-Aké¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽³⁾Hospital General de Zona 1 Tlaxcala, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica caracterizada por episodios de actividad, remisión y daño acumulado. De acuerdo con la edad al diagnóstico, se define como LES en adultos (LESa) entre 18 y 49 años y LES tardío (LESt) en > 50 años. Se han informado características clínicas particulares en la presentación y evolución de la enfermedad en estos grupos. El *SLICC-Frailty Index* (SLICC-FI) es un índice de fragilidad que se ha propuesto como una herramienta predictora de desenlaces que incluye variables relacionadas con el daño acumulado, la actividad de la enfermedad, comorbilidades y el estado funcional. Identificar diferencias en el índice de fragilidad entre estos pacientes podría establecer grupos de riesgo y opciones terapéuticas.

Objetivo: Evaluar la fragilidad por medio del SLICC-FI en pacientes con LESt y LESa.

Material y métodos: Diseño: transversal analítico en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México que analizó expedientes clínicos entre 2023 y 2024. Se incluyeron dos grupos de estudio: a) pacientes con LESt, b) pacientes con LESa, en una proporción 1:1, pareados por sexo y tiempo de evolución del lupus ± 5 años. Se empleó muestreo aleatorio simple. Todos los pacientes se reclasificaron de acuerdo con los criterios de clasificación EULAR/ACR 2019 y se excluyó a los sujetos con otras enfermedades autoinmunitarias, excepto el síndrome antifosfolípidos y el síndrome de Sjögren. Se obtuvieron datos clínicos y de laboratorio, actividad (SLEDAI-2K), daño acumulado (SLICC/ACR DI) y fragilidad en la última valoración por reumatología. La fragilidad se determinó con el *SLICC Frailty Index* (SLICC-FI), con captura de 44 de los 48 reactivos evaluables; las cuatro variables de autoevaluación no se encontraron disponibles. Análisis estadístico: ji cuadrada, prueba exacta de Fisher y suma de rangos de Wilcoxon.

Resultados: Se incluyó a 47 pacientes en cada grupo. En el grupo de LESt, el 87,2% correspondió a mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de 55 años (RIC, 51-62 años) y seguimiento de 14 años (RIC, 5-20 años). La mediana de edad al diagnóstico en el grupo LESa fue de 26 años (RIC, 21-34 años) y seguimiento de 15 años (RIC, 4-21 años). Los pacientes con LESt presentaban menor frecuencia de síndrome antifosfolípido (8,5% vs.

31,9%, p = 0,004) y obesidad (4,3% vs. 21,3%, p = 0,014), pero mayor osteoartritis (27,7% vs. 0%, p < 0,001) y osteoporosis (44,7% vs. 2,1%, p < 0,001) en comparación con los de LESa. Los pacientes con LESt tuvieron prevalencia significativamente mayor de manifestaciones constitucionales (25,5% vs. 6,4%, p = 0,021) y menor de nefritis lúpica (14,9% vs. 36,2%, p = 0,018), así como cifras más elevadas de C4, más bajas de anti-DNAcD, menor positividad para anticuerpos antifosfolípidos y recibieron ciclofosfamida con menor frecuencia. La actividad de la enfermedad medida por SLEDAI-2K fue significativamente menor en los pacientes con LESt (0 [RIC 0-2] vs. 2 [RIC 2-4], p < 0,001); sin embargo, se observó mayor daño acumulado medido por SLICC/SDI (2 [RIC 1-2] vs. 0 [RIC 0-2], p = 0,007), respectivamente. La fragilidad fue significativamente mayor en el grupo de LESt (21,3% vs. 4,3%, p = 0,027) (Tabla 1), así como el SLICC-FI (0,11 [RIC 0,07-0,15] vs. 0,08 [RIC 0,05-0,11], p = 0,025) en comparación con LESa (Figura 1).

Conclusiones: La fragilidad fue significativamente mayor en el grupo de LESt. Los pacientes con LESt tuvieron puntuaciones de SDI y SLICC-FI significativamente mayores en comparación con los pacientes con LESa.

Tabla 1. Características clínicas, de laboratorio y fragilidad en los pacientes con LES. (CG095)

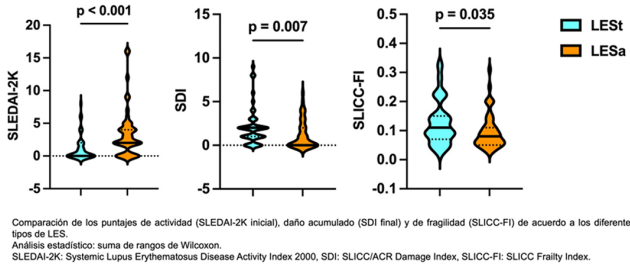
Variable	LESt, n = 47 (%)	LESa, n = 47 (%)	p
<i>Características clínicas</i>			
Constitucional	12 (25,5)	3 (6,4)	0,021*
Neuropsiquiátrico	1 (2,1)	5 (10,6)	0,102
Mucocutáneo	22 (46,8)	23 (48,9)	0,500
Articular	33 (70,2)	32 (68,1)	0,500
Nefritis lúpica	7 (14,9)	17 (36,2)	0,018*
Miocarditis	0 (0,0)	2 (4,3)	0,247
Pulmonar	2 (4,3)	0 (0,0)	0,247
Derrame pleural	6 (12,8)	6 (12,8)	0,621
Pericarditis	1 (2,1)	0 (0,0)	0,500
Leucopenia	19 (40,4)	21 (44,7)	0,417
AHAI	2 (4,3)	1 (2,1)	0,500
Trombocitopenia	9 (19,1)	13 (27,7)	0,233
<i>Hallazgos de laboratorio</i>			
C3, mg/dL	82,5 (58,1-116,7)	70,0 (43,0-101,5)	0,164
C4, mg/dL	17,0 (8,0-25,0)	8,0 (8,0-15,0)	0,045*
Anti-DNAcD, IU/mL	20,5 (7,4-108,5)	89,1 (14,0-150,0)	0,039*
VSG, mm/h	11 (4,2-24,2)	12 (5,0-21,2)	0,886
US-PCR, mg/dL	0,74 (0,1-1,7)	1,15 (0,2-2,6)	0,572
Anti-Sm	8 (17,0)	10 (43,5)	0,052
Anti-RNP	2 (5,6)	8 (17,0)	0,109
Anti-Ro	9 (22,5)	10 (29,4)	0,340
Anti-La	6 (15,0)	4 (12,1)	0,498
aCL IgG	7 (18,4)	23 (48,9)	0,003*
aCL IgM	8 (17,0)	28 (59,6)	< 0,001*
Anti-β2 glucoproteína I IgG	3 (7,9)	15 (31,9)	0,006*
Anti-β2 glucoproteína I IgM	3 (7,9)	18 (38,3)	0,001*
AL	1 (2,6)	24 (51,1)	< 0,001*
<i>Tratamiento</i>			
Metotrexato	8 (17,0)	2 (4,3)	0,045*
Azatioprina	19 (40,4)	23 (48,9)	0,267
Micofenolato de mofetilo	9 (19,1)	14 (29,8)	0,169
Ciclofosfamida	1 (2,1)	9 (19,1)	0,008*
Rituximab	2 (4,3)	7 (14,9)	0,079
Hidroxicloroquina	35 (74,5)	41 (87,2)	0,116
Fragilidad	10 (21,3)	2 (4,3)	0,027*

Los datos se expresan como número (porcentaje) o mediana (rango intercuartílico). Análisis estadístico: se utilizaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher para comparar las variables nominales y la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para analizar las variables numéricas.

LESt, LES de inicio tardío; LESa, LES de inicio en el adulto; AHAI, anemia hemolítica autoinmunitaria; VSG, velocidad de sedimentación globular; US-PCR, proteína C reactiva ultrasensible; C3 y C4, complementos 3 y 4; aCl, anticardiolipina; AL, anticoagulante lúpico; aFL, antifosfolípidos.

*Estadísticamente significativo.

Figura 1. Actividad, daño acumulado y fragilidad en los pacientes con lupus eritematoso sistémico. (CG095)



Bibliografía

- Viveiros L, Neves A, Gouveia T, *et al.* A large cohort comparison of very late-onset systemic lupus erythematosus with younger-onset patients. *Clin Exp Rheumatol.* 2024 Jul;42(7):1480-1486.
- Elera-Fitzcarrald C, Gamboa-Cárdenas RV, Reátegui-Sokolova C, *et al.* The SLICC-FI predicts damage accrual in SLE patients. Data from the Almenara lupus cohort. *Lupus.* 2022 Nov;31(13):1666-1670.

CG096

EXPERIENCIAS DEL RETRASO EN LUPUS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CUALITATIVA

A. Manrique de Lara y Ramírez¹, Y. Fuentes-Silva², T. Colmenares-Roa¹, L. Athié³, M.F. Ramírez-Flores⁴, C. Cadena-Trejo⁵, A. Gastellum-Strozzi⁶, I. Peláez-Ballestas¹

⁽¹⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽²⁾Departamento de Medicina, Universidad de Oriente, Bolívar, Venezuela, ⁽³⁾Centro de Estudios Transdisciplinarios Athié-Calleja por los derechos de las personas con lupus A.C., ⁽⁴⁾Programa de Estudios Combinados en Medicina (PECEM), Facultad de Medicina, UNAM, ⁽⁵⁾Facultad de Medicina, UNAM, ⁽⁶⁾Instituto de Ciencias Aplicadas y Tecnología, UNAM

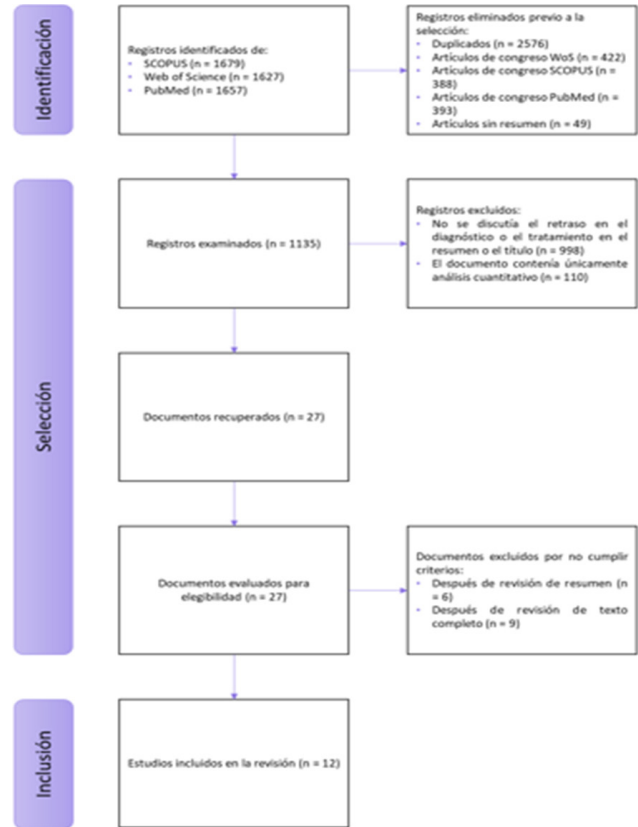
Introducción: Entender el retraso en el diagnóstico y el tratamiento del lupus es fundamental para la atención. Sin embargo, no existe consenso sobre la definición de este concepto en el lupus. Las experiencias con esta enfermedad pueden ayudar a elucidar el fenómeno de retraso.

Objetivo: Describir las experiencias de retraso en el lupus a través de una revisión sistemática de estudios cualitativos y mixtos sobre pacientes, personas cuidadoras, y profesionales de la salud.

Material y métodos: Búsquedas electrónicas de investigaciones en inglés o español, publicadas hasta el 15 de julio de 2023 en Scopus, PubMed y Web of Science. Un grupo multidisciplinario (reumatología, antropología, enfermería, bioética y pacientes) realizó la siguiente revisión: a) búsqueda de palabras clave específicas en títulos, resúmenes y textos; b) selección por títulos y resúmenes; c) revisión de textos completos; d) evaluación de calidad de los artículos; e) síntesis de los artículos seleccionados.

Resultados: Se identificaron 1,135 registros, de los cuales se revisaron 27 que cumplían con los criterios de inclusión. Se revisó el texto completo de 20 y finalmente se incluyeron 12 para evaluación de calidad y síntesis: 10 cualitativos y dos mixtos (**Figura 1**). La mayoría de los estudios pertenece al Norte Global: únicamente dos provienen de Latinoamérica y dos de África. La mayor parte incluye a pacientes adultos, dos a pacientes pediátricos/de transición, uno a personas cuidadoras y dos a personal médico. Las técnicas cualitativas utilizadas fueron: entrevistas semiestructuradas, grupos focales, investigación en línea y cuestionarios. Los principales marcos teóricos fueron: fenomenología, teoría fundamentada y hermenéutica. Ninguna de las publicaciones provee una definición específica de retraso en lupus ni propone un marco de estudio para este fenómeno. No obstante, sí describen barreras y facilitadores para la atención en múltiples dimensiones: características de la enfermedad; factores emocionales; consideraciones económicas; familia y redes de apoyo; relación paciente-profesional

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la revisión sistemática de las publicaciones médicas e inclusión de los artículos cualitativos y mixtos. (CG096)



de la salud; sistema de salud; y aspectos socioculturales. Las personas con lupus enfatizan la invisibilidad e invalidación tanto por el personal médico como por sus redes de apoyo, lo que contribuye al estigma y el aislamiento. La reducción al mínimo de los síntomas iniciales conduce a diagnósticos erróneos y a la búsqueda de múltiples profesionales médicos. Adicionalmente, la experiencia de los pacientes se rodea de incertidumbre, ambivalencia y frustración. Por esta razón, es importante la comunicación honesta sobre pronósticos y tratamientos, además de la baja adherencia, el uso de tratamientos no farmacológicos, los mecanismos de afrontamiento y la resiliencia. Las personas cuidadoras destacan aspectos similares en la experiencia del retraso, como el estigma social y la falta de comunicación efectiva con profesionales de la salud. Más aún, se enfocan en los orígenes de la enfermedad, obstáculos y cargas económicas, y barreras sistémicas. El personal de atención primaria reconoce una brecha de alfabetización en salud sobre lupus entre pacientes, personas cuidadoras y el propio personal médico. Se enfatiza la necesidad de ofrecer educación continua y acceso a especialistas. Por último, se destaca la (sobre)dependencia en anticuerpos antinucleares para el diagnóstico de lupus y, en consecuencia, para la validación de las experiencias de los pacientes.

Conclusiones: Las experiencias de la triada de atención (paciente-familia-profesional de salud) representan un elemento fundamental para describir el proceso de retraso, así como las barreras y facilitadores relacionados. Se requieren estudios específicos para definir el retraso diagnóstico en el lupus que incluyan las perspectivas de todas las partes, sin perder de vista sus contextos socioculturales específicos.

Bibliografía

- Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):179-87.

CG097

UTILIDAD DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO Y ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA/PLAQUETA EN EMBARAZADAS CON LES CON Y SIN ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

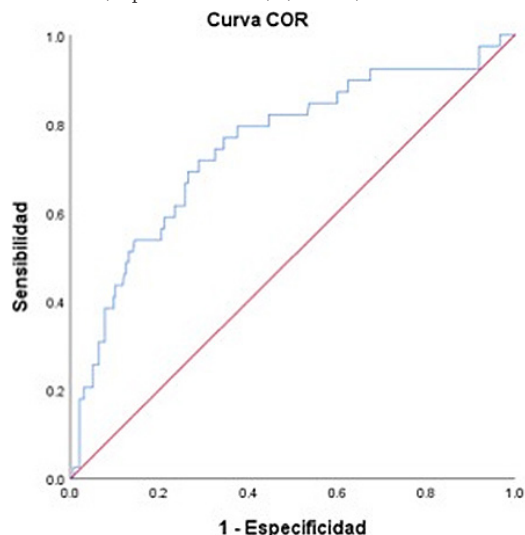
D.D. Castañeda-Martínez, A. Sánchez-González, M.A. Saavedra-Salinas, J. Reyes-Gonzaga, M.F. Martínez-Alcántara, S.A. Vázquez-Guevara, D.G. Miranda-Hernández

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La actividad del lupus eritematoso sistémico (LES) durante el embarazo se ha vinculado con complicaciones maternofetales, como enfermedad hipertensiva, prematuridad, bajo peso al nacer, requerimiento de hospitalización en la terapia intensiva neonatal y mayor número de días de hospitalización materna, así como aumento del riesgo de cesárea, trombotosis, infecciones y transfusiones. A pesar del adecuado control de la enfermedad, los resultados perinatales son peores que en la población general. Se observa un aumento de las recaídas de la enfermedad durante el periodo de la gestación, debido a lo cual se ha creado una gran cantidad de índices de actividad de la enfermedad para evaluar el estado de la enfermedad y ofrecer un tratamiento adecuado, prevenir complicaciones maternas y fetales/neonatales, así como mejorar el pronóstico obstétrico. El índice neutrófilo-linfocito (NLR) es una herramienta que ha mostrado una relación significativa con la actividad de la enfermedad, lo que señala un papel potencial como indicador de gravedad del LES. El índice ancho de distribución eritrocitaria-plaqueta (RPR) es otro marcador que se ha encontrado relacionado con un aumento de la actividad de la enfermedad. **Objetivo:** Evaluar el índice de neutrófilo/linfocito y el índice ancho de distribución eritrocitaria/plaqueta y su comportamiento en pacientes embarazadas con LES sin actividad y en los diferentes grados de actividad de la enfermedad de acuerdo con el SLEDAI 2k.

Material y métodos: Es un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de casos y controles. Se incluyó a pacientes embarazadas y con diagnóstico de LES que cumplieron criterios ACR1997 o EULAR/ACR 2019 de la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas del Centro Médico Nacional La Raza. Se recolectaron las biometrías hemáticas por trimestre para calcular los índices NLR y RPR y se calculó la actividad de la enfermedad de cada trimestre con SLEDAI 2k, que se clasificó como inactividad, actividad leve, moderada y alta. Se utilizó el programa SPSS para el análisis de los datos y se crearon curvas ROC para calcular sensibilidad y especificidad del NLR y RPR (Figura 1).

Figura 1. Curva ROC NLR y SLEDAI 2k ≥ 5 del segundo trimestre (sensibilidad 82%, especificidad 54%). (CG097)



Resultados: Se integró una muestra de 510 pacientes, con una media de edad de $28 \pm 5,6$ años. El resto de las características clínicas y demográficas se muestra en la **Tabla 1**. Se obtuvieron 351 (68,8%) biometrías hemáticas del segundo trimestre y 386 (75,7%) del tercero. Se realizaron curvas ROC con cada índice por trimestre. La curva con mejores resultados fue la del NLR con actividad de la enfermedad moderada y alta del segundo y tercer trimestres. Se obtuvo un área bajo la curva (AUC) de 0,75 con un punto de corte de 3,52, una sensibilidad de 82% y una especificidad de 54%.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas. (CG097)

Variable	Total n = 510
Edad, años (DE)	28 (5,6)
Evolución, años (RI)	6 (3-10)
Gesta, n (RI)	2 (1-3)
Hipertensión, n (%)	26 (5,1)
Diabetes, n (%)	2 (0,4)
Tabaquismo, n (%)	34 (6,7)
Suspensión de tratamiento, n (%)	113 (22)
SAF relacionado, n (%)	81 (15)
Órgano/sistema afectado	
MCA	436 (85)
Renal	193 (36)
Hematológico	181 (35)
NPS	29 (5,7)
Otros	70 (13)
Medicamentos en el embarazo	
Prednisona, n (%)	357 (70)
Cloroquina, n (%)	427 (83)
Azatioprina, n (%)	235 (46)
HBPM, n (%)	77 (15)
Ácido acetilsalicílico, n (%)	507 (99)

DE, desviación estándar; RI, rangos intercuartílicos; SAF, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos; MCA, mucocutáneo-articular; NPS, neuropsiquiátrico; HBPM, heparina de bajo peso molecular.

Conclusiones: Se encontró una buena sensibilidad y una baja especificidad del NLR para identificar actividad de la enfermedad moderada y alta en pacientes embarazadas con LES. Por tal motivo podría utilizarse como una herramienta de tamizaje para reconocer a los pacientes con probable actividad de la enfermedad y sin estudios específicos para lupus. No se encontró buena sensibilidad ni especificidad para el RPR.

Bibliografía

- Petri M. Pregnancy and systemic lupus erythematosus. Best practice and research: clinical obstetrics and gynaecology. Bailliere Tindall Ltd. 2020;64:24-30.
- Pastore DEA, Costa ML, Surita FG. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: the challenge of improving antenatal care and outcomes. Lupus. 2019;28(12):1417-26.
- Ma L, Zeng A, Chen B, *et al.* Neutrophil to lymphocyte ratio and platelet to lymphocyte ratio in patients with systemic lupus erythematosus and their correlation with activity: a meta-analysis. International Immunopharmacology Elsevier BV, 2019;76.
- Wang J, He X, Jiang D, *et al.* Evaluation of red blood cell distribution width platelet ratio as a predictor of adverse pregnancy outcomes and disease severity in systemic lupus erythematosus. Clin Rheumatol [Internet]. 2022;41(10):2987-93.

CG098

EFFECTO DEL DAÑO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MEXICANAS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A.L. Hernández-Ledesma¹, A. Peña-Ayala², S.V. Vera-Del Valle³, L. Tinajero-Nieto⁴, E. Torres-Valdez⁵, M.V. Gordillo-Huerta⁶, J. Sepúlveda⁷, G. Félix-Rodríguez⁸, A.E. Ruiz-Contreras¹, D. Alpizar-Rodríguez⁹, D. Martínez¹, A. Medina-Rivera¹

⁽¹⁾Laboratorio Internacional de Investigación sobre el Genoma Humano, UNAM, ⁽²⁾Hospital General Regional No. 1, IMSS, Querétaro; División de Reumatología, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Ciudad de México, ⁽³⁾Universidad Autónoma de Durango, ⁽⁴⁾Hospital General Regional No. 1, IMSS, Querétaro, Querétaro, ⁽⁵⁾Hospital General Regional No. 2, IMSS, Querétaro, ⁽⁶⁾Hospital General Querétaro, ISSSTE, Querétaro, ⁽⁷⁾Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, ⁽⁸⁾Star Médica Querétaro, ⁽⁹⁾Colegio Mexicano de Reumatología

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por una respuesta exacerbada hacia componentes propios del cuerpo. Esta respuesta se acompaña de inflamación crónica y puede comprometer la funcionalidad de tejidos y órganos de forma irreversible. Además de la acción fisiológica que estos daños pueden causar, es importante considerar el efecto que tienen sobre la percepción del paciente sobre su bienestar físico y psicosocial.

Objetivo: Evaluar el efecto del daño crónico en la calidad de vida de personas mexicanas con lupus.

Material y métodos: Los participantes se identificaron y evaluaron a través del Registro Mexicano de Lupus. Se evaluó el daño crónico generado como consecuencia del LES en 13 órganos/sistemas, de acuerdo con los criterios del índice de daño de la *Systemic Lupus International Collaborating Clinics* y el *American College of Rheumatology (SLICC/ACR) Damage Index (SDI)*. Para determinar la calidad de vida relacionada con la salud se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida de Lupus (LupusQoL) que explora nueve dimensiones: salud física (PH), salud emocional (EH), imagen corporal (BI), dolor (Pa), planeación (PI), fatiga (Fa), relaciones interpersonales (IR) y carga para los demás (BtO). Se aplicaron nueve modelos lineales de regresión por pasos para predecir cada una de las nueve dimensiones vinculadas con la calidad de vida (**Figura 1**). Las variables predictoras utilizadas en cada uno de los modelos fueron el sexo y la presencia/ausencia de daño en los diferentes órganos/sistemas: daño renal, daño pulmonar, daño cardiovascular, miocardiopatía, daño al sistema vascular periférico, daño gastrointestinal, daño musculoesquelético, daño cutáneo, fallo gonadal, diabetes mellitus y enfermedad maligna.

Resultados: Se evaluó a un total de 382 participantes, con una media de edad de $37,4 \pm 10,6$ años; el 95,5% de los participantes correspondió a mujeres. Al evaluar la calidad de vida se observó que en todas las dimensiones la media se encuentra por debajo del 65%; percibirse como una carga para otras personas es la dimensión más afectada ($43,1 \pm 28,3$), seguida por la imagen corporal ($50,6 \pm 27,6$) (**Tabla 1**). Los órganos/sistemas que muestran daño con más frecuencia son el daño neuropsiquiátrico (58%) y el musculoesquelético (41%). En todos los modelos, la afectación más significativa y con más efecto fue el daño musculoesquelético, el cual produce una disminución de 13 a 22 puntos en las diferentes nueve dimensiones de la calidad de vida. La dimensión de salud física se altera por el daño pulmonar y el sexo, es decir, las mujeres puntúan más bajo en dicha dimensión. En lo que respecta a la salud emocional, el daño pulmonar y el cutáneo también la afectan de modo negativo. En la dimensión del dolor, el daño cutáneo es otro factor que la agrava. En relación con la dimensión de planeación, el fallo gonadal y el renal son los factores que más reducen su puntuación. Con respecto a la fatiga, el daño cutáneo y el fallo gonadal son los otros dos factores que también la modifican, es decir, estos daños se relacionan con mayor fatiga. Por último, respecto de la dimensión de relaciones interpersonales, el daño cutáneo es el otro factor que también la afecta de manera negativa.

Conclusiones: Este análisis permitió identificar que el daño orgánico/sistémico se relaciona con la disminución de la percepción de la calidad de vida de las personas con lupus.

Bibliografía

- Carrión-Nessi FS, Marcano-Rojas MV, Freitas-DeNobrega DC, et al. Validación del LupusQoL en Venezuela: una medida específica de la calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Reumatol Clínica*. 2022 Jun 1;18(6):355-60.
- López-Villanueva RF, Valencia-Pacheco G, Zapata-Vázquez R, et al. Seguimiento de la actividad clínica y del daño orgánico acumulado en una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico de la península de Yucatán, México (1995-2016). *Reumatol Clínica*. 2023 Feb 1;19(2):106-13.

Tabla 1. Calidad de vida y órganos/sistemas dañados como consecuencia del lupus (n = 382). Las puntuaciones se obtuvieron para el Cuestionario de calidad de vida en lupus (LupusQoL) y porcentaje de personas que sufren daño en órganos/sistemas de acuerdo con el SLICC/ACR-SDI. (CG098)

Calidad de vida en lupus (LupusQoL)	%
Salud física	62,0 ± 23,5
Salud emocional	61,2 ± 26,3
Imagen corporal	50,6 ± 27,6
Dolor	62,4 ± 28,6
Planeación	54,5 ± 29,3
Fatiga	59,9 ± 33,0
Relaciones interpersonales	51,5 ± 28,0
Carga para otros	43,1 ± 28,3
Órganos/sistemas (según el SLICC/ACR-SDI)	
Ocular	28%
Neuropsiquiátrico	58%
Renal	23%
Pulmonar	10%
Cardiovascular	4%
Miocardiopatía	9%
Sistema vascular periférico	15%
Gastrointestinal	7%
Musculoesquelético	41%
Cutáneo	31%
Fallo gonadal prematuro	1%
Diabetes	7%
Enfermedad maligna (excluida la displasia)	2%

CG099

ASOCIACIÓN DE CÉLULAS T PERIPHERAL HELPER CIRCULANTES CON CLASE HISTOLÓGICA PROLIFERATIVA EN BIOPSIAS RENALES DE PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA

J. Velador-Mendoza¹, K.R. Félix-Murray², L.P. Herrera-González², M. Marín-Rosales², P. Ortiz-Lazareno³, N. García-Espinoza², D.C. Camarena-Salazar², C.A. Palafox-Sánchez²

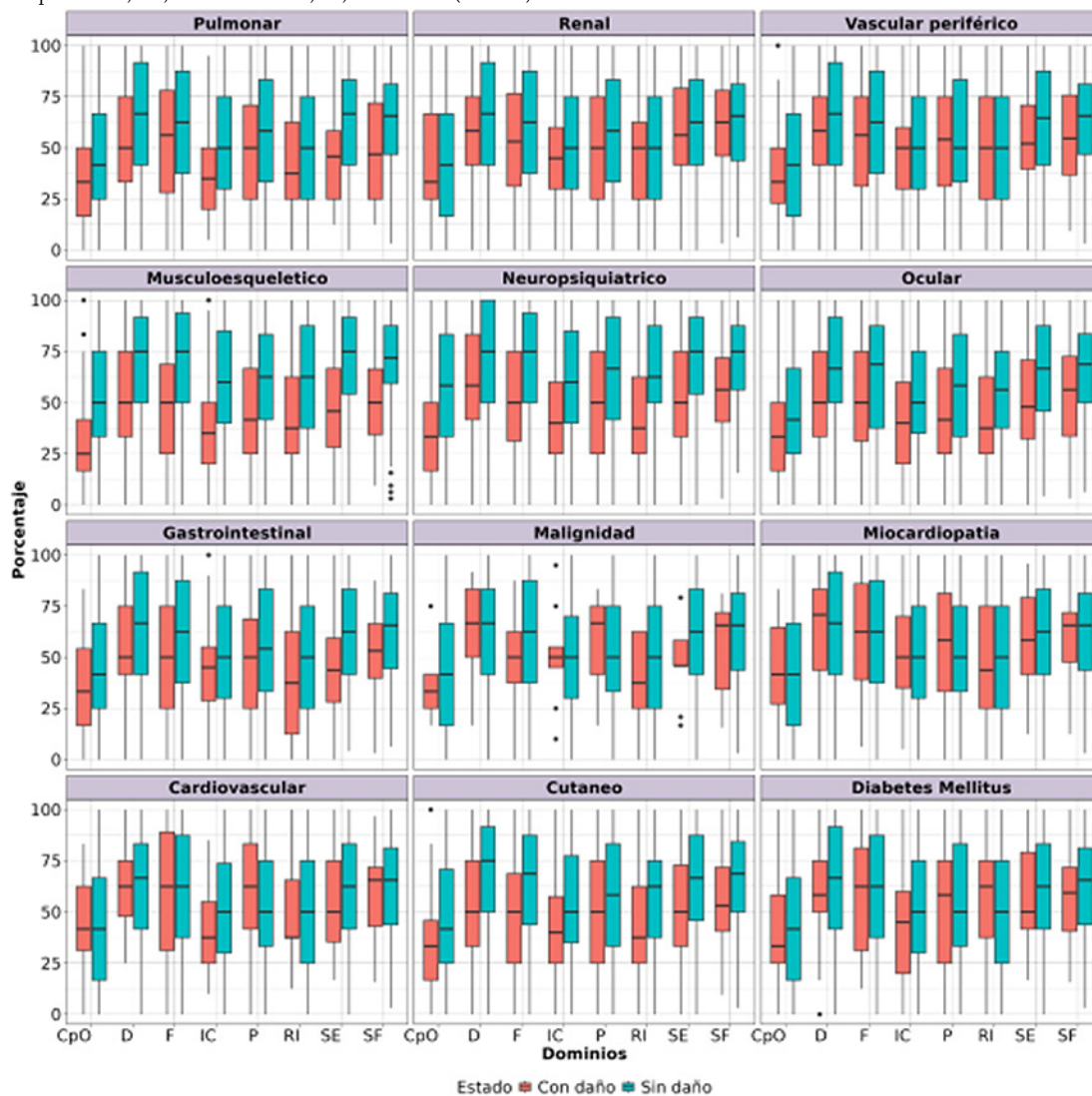
⁽¹⁾Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, CUCS, UDG, ⁽³⁾División de Inmunología, CIBO, IMSS

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una de las complicaciones más graves del lupus eritematoso sistémico (LES) que aumenta de forma significativa la morbilidad y la mortalidad de los pacientes. Más de 60% de los individuos latinoamericanos con LES desarrolla NL y entre 10% y 20% de ellos enfermedad renal crónica terminal. Se ha observado que la subpoblación celular de linfocitos T colaboradores periféricos (Tph) se relaciona con mayor actividad de la enfermedad en trastornos autoinmunitarios como LES. Este estudio relaciona el porcentaje de subpoblación de células Tph en sangre periférica con las clases obtenidas en biopsias renales de pacientes con NL, así como sus índices de actividad y cronicidad.

Objetivo: Analizar la relación de células Tph circulantes con las clases histopatológicas de NL, así como los índices de actividad y cronicidad de la enfermedad en biopsias renales de pacientes con NL.

Material y métodos: Se analizaron biopsias renales y de sangre periférica de pacientes con NL y sangre periférica de sujetos control, emparejados por edad y sexo. Las muestras de sangre se separaron por gradiente de densidad y se estudiaron mediante citometría de flujo para identificar marcadores de células Tph: T CD4 + CXCR5 PD1High. El tejido renal obtenido por biopsia percutánea fue sometido a fijación y se realizaron cortes de parafina y tinciones habituales para microscopía de luz, así como

Figura 1. Calidad de vida comunicada entre pacientes con (rojo) y sin (azul) daño relacionado con órganos/tejidos. En el eje de las x se pueden observar los diferentes dominios previstos en la evaluación de calidad de vida. CpO, carga para otros; D, dolor; F, fatiga; IC, imagen corporal; P, planeación; RI, relaciones interpersonales; SE, salud emocional; SF, salud física. (CG098)



técnica de inmunofluorescencia directa en tejido para IgG, IgA, IgM, C1q y C4c. Una patóloga experta en nefropatología diagnosticó el tejido de acuerdo con las clases propuestas por ISN/RPS y los índices de actividad y cronicidad de NIH. Se utilizaron pruebas estadísticas descriptivas y analíticas para los datos paramétricos de ANOVA y de Tukey para estudiar diferencias entre grupos.

Resultados: Se obtuvieron nueve muestras de sangre periférica de pacientes y sujetos control, así como biopsias renales de pacientes con NL entre junio y septiembre de 2024 en el Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco. Se obtuvieron muestras de ocho pacientes de sexo femenino y de uno masculino, con una media de edad de $34,6 \pm 11,56$ años. La actividad sistémica medida por SLEDAI 2K fue de 12 ± 8 puntos. Las clases diagnosticadas fueron: clase III ($n = 2$), clase IV ($n = 4$) y clase IV/V ($n = 4$). Se catalogaron como índices de alto riesgo de avance a enfermedad renal crónica las puntuaciones > 12 en índice de actividad ($22,22\%$, $n = 2$) y > 4 en índice de cronicidad ($44,44\%$, $n = 4$); en dos casos ambos índices demostraron alto riesgo ($22,22\%$, $n = 2$) y en uno ambos índices se calificaron como bajo riesgo ($11,11\%$, $n = 1$). La media de porcentaje de células Tph en pacientes fue de $33,35\% \pm 10,2\%$ y en sujetos control de $11,27\% \pm 4,39\%$ ($p < 0,0001$). Por clase se obtuvieron $41,75\%$ para la clase III,

$41,03\%$ para la clase IV y $23,4\%$ para la clase IV/V. Hubo diferencias significativas entre las clases III y IV respecto de la clase IV/V ($p = 0,0074$ y $p = 0,0049$, respectivamente). No se identificaron diferencias significativas entre los porcentajes de células Tph de acuerdo con los índices de actividad o cronicidad ($p = 0,7577$).

Conclusiones: La subpoblación de células Tph está aumentada en sangre periférica de pacientes con NL en comparación con los sujetos control. Los pacientes con NL con clases proliferativas III y IV poseen mayor porcentaje circulante de células Tph en comparación con las presentaciones mixtas con clase V sin diferencias significativas en los índices de actividad o cronicidad.

Bibliografía

1. Zavala-Miranda MF, Pérez-Arias AA, Márquez-Macedo SE, *et al.* Characteristics and outcomes of a hispanic lupus nephritis cohort from Mexico. *Rheumatology (Oxford)*. 2023;62(3):1136-44.
2. Sagrero-Fabela N, Ortiz-Lazareno PC, Salazar-Camarena DC, *et al.* BAFFR expression in circulating T follicular helper (CD4+CXCR5+PD-1+) and T peripheral helper (CD4+CXCR5PD-1+) cells in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2023;32(9):1093104.

CG100

IMPACTO DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN LA FUNCIÓN SEXUAL DE MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

H. Moreno-Dávila, M.F. Ortiz-Nuño, G. Serna-Peña, G. García-Arellano, J.A. Cárdenas-De la Garza, J.P. Toledo-Motta, S.S. Heredia-González, F.A. Marín-Muñoz, F.X. Moreno-Acuña, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen un mayor riesgo de disfunción sexual. Los estudios informan que entre 15% y 85,9% de los pacientes con LES experimentan un deterioro de la función sexual. La carga vinculada con la enfermedad del LES y la depresión y ansiedad relacionadas pueden llevar a los pacientes a una vida sexual inactiva, con poco interés y excitación sexual.

Objetivo: Evaluar el efecto de la actividad de la enfermedad en la función sexual en mujeres con LES.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en una consulta externa de reumatología. Criterios de inclusión: mujeres con diagnóstico de LES de acuerdo con los criterios EULAR/ACR 2019, ≥ 18 años, con vida sexual activa. Criterios de exclusión: diagnóstico de otras enfermedades inmunomediadas, excepto el síndrome de Sjögren secundario y el síndrome antifosfolípido. Los pacientes se evaluaron para detectar disfunción sexual con la Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX). Los síntomas depresivos y ansiedad se evaluaron mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), y la fatiga con la Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas (FACIT). Se recuperaron datos sociodemográficos y clínicos de los registros médicos, así como la actividad de la enfermedad mediante el índice de actividad de la enfermedad del LES 2000 (SLEDAI-2K). Los pacientes se dividieron en grupos con puntuaciones SLEDAI-2K 0 y -1. Las variables categóricas se compararon mediante las pruebas ji cuadrada o la prueba exacta de Fisher. Las variables cuantitativas se compararon con las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney. Las correlaciones se examinaron a través de las pruebas de correlación de Pearson o Spearman. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos. (CG100)

	SLEDAI-2K 0 n = 26	SLEDAI-2K ≥ 1 n = 19	p
Edad, media (DE)	36,88 (± 10,83)	29,52 (± 8,8)	0,019 ¹
Duración de la enfermedad (años), mediana (RIC)	6 (0,7-10)	10 (2-18)	NS
Estado civil, n (%)			NS
Soltero	7 (26,9)	9 (47,4)	
Casado	12 (46,2)	3 (15,8)	
Divorciado	4 (15,4)	6 (31,6)	
Viuda	3 (11,5)	1 (5,3)	
Educación, n (%)			NS
Escuela primaria	4 (15,4)	1 (5,3)	
Escuela secundaria	8 (30,8)	10 (52,6)	
Escuela secundaria	8 (30,8)	3 (15,8)	
Universidad	5 (19,2)	5 (26,3)	
Graduado	1 (3,8)	0 (0)	
Menopausia, n (%)	9 (34,6)	2 (10,5)	NS
Niños, n (%)	17 (65,4)	12 (63,2)	NS
Fibromialgia, n (%)	1 (3,8)	1 (5,3)	NS
Hipertensión, n (%)	6 (23,1)	8 (42,1)	NS
DM2, n (%)	2 (7,7)	1 (5,3)	NS
Antipalúdicos, n (%)	22 (84,6)	19 (100)	NS
Esteroides, n (%)	12 (46,2)	17 (89,5)	0,003 ²
ASEX, mediana (RIC)	14 (12,75-19,25)	13 (11-14)	0,025 ³
HADS-depresión, mediana (RIQ)	0 (0-8)	4 (0-9)	NS
HADS-ansiedad, mediana (RIC)	7 (0-14,25)	0 (0-1)	NS
FACIT-fatiga, mediana (RIQ)	48 (39,75-52)	49 (42-52)	NS

Resultados: Se evaluó a un total de 141 pacientes con solo 45 elegibles. Todos eran mujeres, con una edad media (±) de 33,77 años y una mediana (rango intercuartílico, IQR) de duración de la enfermedad de siete años (IQR, 2-12). Once pacientes ya padecían menopausia (24,4%). La mediana del SLEDAI-2K fue de 0 (RIC: 0-4) y 19 (42,2%) mujeres tuvieron una puntuación ≥ 1 en la escala SLEDAI-2K. La mayoría de los sujetos tomaba antipalúdicos (91,15%) y esteroides (64,4%). Las características de los pacientes se muestran en la **Tabla 1**. La mediana de la puntuación ASEX fue de 14 (RIC, 11,5-16,5) y 7 (15,6%) tenían disfunción sexual. Las pacientes con ≥ 1 actividad de la enfermedad según SLEDAI-2K tuvieron puntuaciones ASEX más bajas ($p = 0,025$) y eran más jóvenes ($p = 0,018$) que aquellas con actividad 0. Se identificó una correlación débil negativa entre las dosis de ASEX y SLEDAI-2K ($\rho = -0,359$, $p = 0,016$), antipalúdicos ($\rho = -0,319$, $p = 0,033$) y esteroides ($\rho = -0,330$, $p = 0,027$). Además, ASEX mostró una correlación positiva moderada con la edad de las mujeres ($\rho = 0,416$, $p = 0,004$). ASEX no se correlacionó con las puntuaciones HADS y FACIT-F. **Conclusiones:** En esta cohorte, el 15% de los pacientes con LES presentaba disfunción sexual según la escala ASEX. Los individuos con mayor actividad de la enfermedad eran más jóvenes y señalaron un menor grado de disfunción sexual. Los pacientes con 0 en SLEDAI-2K eran mayores y tenían puntuaciones ASEX más altas, lo que explica la correlación negativa entre SLEDAI-2K y ASEX. Se deben realizar más estudios para evaluar la actividad de la enfermedad y su efecto en la función sexual.

Bibliografía

- Jin Z, Yang C, Xiao C, *et al.* Systemic lupus erythematosus and risk of sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Lupus*. 2021 Feb;30(2):238-47.

CG101

INFECCIONES PULMONARES ASOCIADAS A HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

L.E. Briones-García, S. Navarro-Lara, M.A. Ortiz-Bustamante, I.P. García-Herrera, C.M. Román-Montes, G.A. Guaracha-Basáñez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

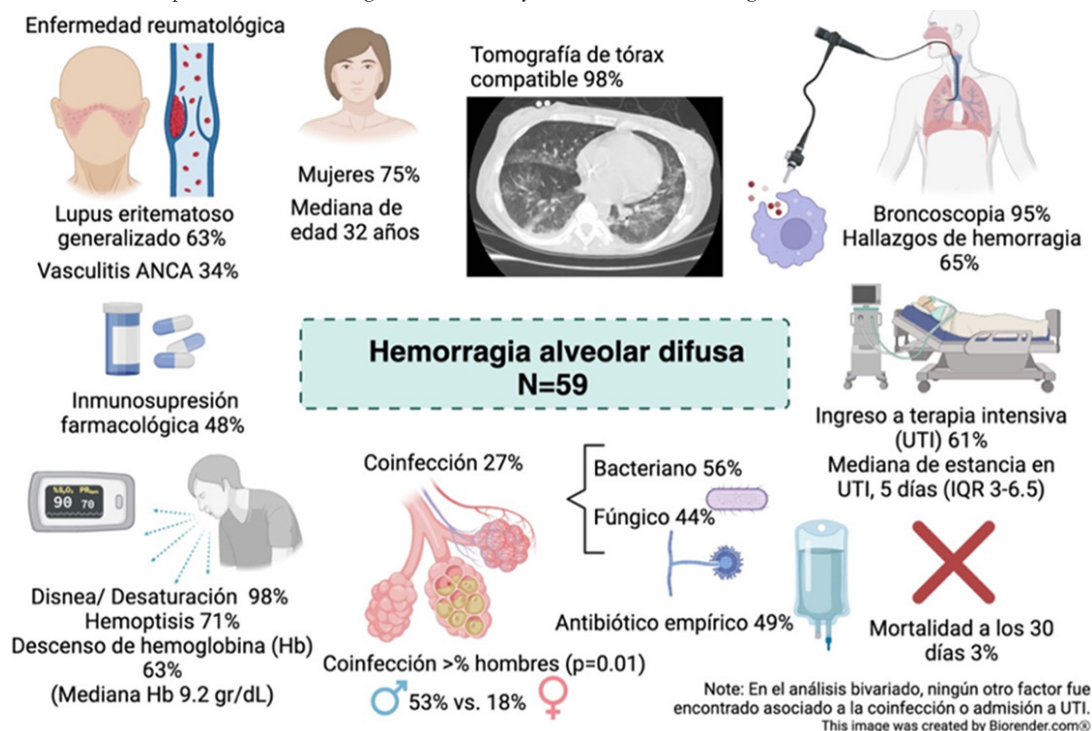
Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) es una complicación respiratoria grave observada en ciertas enfermedades reumatológicas (ER), como el lupus eritematoso generalizado (LEG), las vasculitis relacionadas con ANCA (VRA) y el síndrome antifosfolípido (SAF). Esta afección suele manifestarse en horas o días y tiene una elevada tasa de mortalidad. La coinfección puede aparecer en estos casos, pero la implicación en la mortalidad no está bien establecida.

Objetivo: Describir las características clínicas e infecciones en pacientes con HAD relacionada con enfermedades reumatológicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y retrospectivo desde 2011 hasta mayo de 2024. Los datos demográficos, presentación clínica, hallazgos de laboratorio y características microbiológicas se obtuvieron de los expedientes clínicos electrónicos. La HAD se diagnosticó de acuerdo con los criterios de la clínica, laboratorio, imagen y hallazgos histopatológicos, con criterios de clasificación preliminares para LEG, VRA y SAF empleados como herramientas diagnósticas. Se utilizó estadística descriptiva para comparar a los pacientes que presentaron coinfección e ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) respecto de su contraparte.

Resultados: Se incluyó a 59 pacientes con HAD (**Figura 1**); 40 (75%) eran mujeres con una mediana de edad de 32 años (RIQ, 24-44); el LEG (63%) y las VRA (34%) fueron las ER más frecuentes; el 54% tenía una comorbilidad adicional, las más frecuentes de las cuales fueron la enfermedad renal crónica (24%) y la hipertensión arterial sistémica (20%). Al ingreso hospitalario, 28 pacientes (48%) consumían fármacos inmunosupresores, el más común de ellos la ciclofosfamida (21%), y 19 pacientes (32%) prednisona, con una dosis mediana de 20 mg/día. En 36 (61%) pacientes se identificó otra actividad de la enfermedad; la actividad más frecuente fue la renal en el 61%. La mayoría (98%) contaba con tomografía de tórax consis-

Figura 1. Características de los pacientes con hemorragia alveolar difusa y enfermedades reumatológicas. (CG101)



tente con HAD, hemoptisis (71%) y hallazgos de lavado bronqueoalveolar indicativos de HAD (61%). El tratamiento consistió en pulsos de metilprednisolona en 56 pacientes (95%); 36 (61%) enfermos requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos y, entre quienes ingresaron y los que no, no se identificaron diferencias significativas. Cuarenta y nueve (83%) pacientes recibieron tratamiento antibiótico empírico en el momento de la presentación. Los antibióticos más utilizados fueron los betalactámicos (la piperacilina/tazobactam fue la opción más usada con 63%). Hasta 39 (80%) pacientes recibieron doble cobertura, y la vancomicina fue la más empleada (57%), seguida de la claritromicina (18%). La media de días de antibioticoterapia fue de 6,2 (DE, 4). Se encontró infección pulmonar adjunta en 16 (27%) pacientes con evidencia microbiológica: se identificaron bacterias en 9/16 casos (56%) y hongos en 7/16 casos (44%). Dos pacientes (3%) murieron debido a causas no relacionadas con la HAD.

Conclusiones: La mortalidad fue inferior a la comunicada anteriormente en las publicaciones médicas, posiblemente en relación con el tratamiento inmunosupresor temprano. La coinfección se presenta en una tercera parte de los casos y es más común en hombres. Se reconocieron infecciones micóticas invasivas en un porcentaje relevante de los casos, por lo que son necesarios la sospecha y el tratamiento tempranos.

Bibliografía

- Al-Adhoubi NK, Bystrom J. Systemic lupus erythematosus and diffuse alveolar hemorrhage, etiology and novel treatment strategies. *Lupus*. 2020;29(4):355-363. <https://doi.org/10.1177/0961203320903798>.

CG102

ANÁLISIS COMPARATIVO DE NIVELES DE LDL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y CONTROLES SANOS

F.J. Torres-Quintanilla, E.A. Garza-López, E.C. Garza-González, J.R. Azpiri-López, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, O.A. Garza-Flores, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmunitaria, multisistémica crónica, con un alto índice de mortalidad por enfermedades cardiovasculares que no puede explicarse del todo por los factores de riesgo habituales. Los valores aumentados de lipoproteínas de baja densidad pueden participar y promover la enfermedad aterosclerótica temprana en pacientes con LES.

Objetivo: Comparar los valores de colesterol LDL entre pacientes con LES y controles sanos.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, comparativo y analítico de casos y controles en el departamento de reumatología. Se incluyó a pacientes que cumplieron con los criterios de clasificación para lupus eritematoso sistémico según los estándares ACR y la EULAR del 2019. Se realizó una historia clínica y se obtuvieron datos demográficos, características de la enfermedad y comorbilidades. Se incluyó a controles sanos en relación 1:1, pareados por edad y género. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias y porcentajes y se compararon utilizando la prueba ji cuadrada. Se evaluó la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables continuas con distribución normal se expresaron con media y desviación estándar (DE), y se compararon con la prueba t de Student. Se usaron mediana y los percentiles 25° y 75° (p25° y p75°) para las variables continuas con distribución no normal y se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El estudio recibió aprobación del comité de ética local.

Resultados: Se incluyó a un total de 69 pacientes con LES y 69 controles sanos. La prevalencia de antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular fue mayor en sujetos con enfermedad cardiovascular en comparación con los controles (63,8 % vs. 17,4%, $p < 0,001$). Además, se encontraron diferencias significativas en la presión arterial sistólica ($p < 0,001$) y diastólica ($p < 0,001$), con valores más altos en el grupo de pacientes con LES. Hubo diferencias significativas entre grupos en marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG) (PCR, 49,3% vs. 2,9%, $p < 0,001$; VSG: $25 \pm 15,75$ vs. $18 \pm 9,67$, $p = 0,006$). Se observaron diferencias significativas en las cifras de colesterol total ($p = 0,037$) y lipoproteínas de baja densidad (LDL) ($p = 0,023$); estos resultados fueron menores en los pacientes con LES, lo que sugiere un perfil lipídico más favorable en esta población en comparación con el grupo control. No se identificaron diferencias significativas en el

índice de masa corporal, la prevalencia de sobrepeso/obesidad, los valores de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), las lipoproteínas de alta densidad (HDL) o los triglicéridos (TAG) entre los grupos (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y de laboratorio de pacientes con LES y controles. (CG102)

	LES, n = 69	Grupo control, n = 69	p
Edad, mediana p25°-p75°	30 (25-39)	30 (25-39)	NS
Género femenino, n (%)	66 (95,7%)	66 (95,7%)	NS
IMC, mediana p25°-p75°	24.90 (22,10-28,45)	25.80 (23,60-29,15)	NS
AHF CV, n (%)	44 (63,8%)	12 (17,4%)	< 0,001
Sobrepeso/obesidad, n (%)	33 (47,8%)	43 (62,3%)	NS
Presión arterial sistólica, mediana (p25°-p75°)	110 (110-120)	100 (95-110)	< 0,001
Presión arterial diastólica, mediana (p25°-p75°)	70 (25-80)	60 (60-70)	< 0,001
HTA, n (%)	1 (1,4%)	2 (2,9%)	NS
DM, n (%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	NS
Esteroides	66 (95,7%)		
PCR, n (%)	34 (49,3%)	2 (2,9%)	< 0,001
VSG, media ± DE	25 ± 15,75	18,79 ± 9,67	0,006
TAG, mediana p25°-p75°	103 (70,5-177,50)	110 (76-155)	NS
CHOL, mediana (p25°-p75°)	148 (132-182,50)	172 (142,50-188,50)	0,037
VLDL, mediana (p25°-p75°)	21 (14-32,50)	22 (14,50-30,50)	NS
LDL, media ± DE	85,28 ± 31,894	97,57 ± 30,84	0,023
HDL, mediana (p25°-p75°)	43 (35-53)	46 (41-52,50)	NS

Conclusiones: Los pacientes con LES presentan mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, como antecedentes hereditarios de enfermedad cardiovascular, cifras mayores de presión arterial sistémica, y reactantes de fase aguda en comparación con los controles sanos. El colesterol total y LDL de los pacientes con LES es menor en comparación con los controles sanos. La conciencia de los reumatólogos sobre un mayor riesgo cardiovascular en esta población podría explicar estas diferencias.

Bibliografía

1. Frostegård J. Systemic lupus erythematosus and cardiovascular disease. J Intern Med. 2023;293(1):48-62.
2. Frostegård J. SLE, atherosclerosis and cardiovascular disease. J Intern Med. 2005;257(6):485-95.

CG103

RIESGO CARDIOVASCULAR EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DESAFÍOS DE LA CALCULADORA PREVENT Y EL IMPACTO DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez, O.A. Garza-Flores, A. Domínguez-Herrera, V.P. Limas-Martínez, D.A. Galarza-Delgado, J.A. Cárdenas-De la Garza, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, J.R. Azpiri-López

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La actividad elevada de la enfermedad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), medida con el índice SLEDAI (*Systemic Erythematosus Lupus Disease Activity Index*), se relaciona con mayor inflamación sistémica, que acelera el proceso de aterosclerosis y eleva el riesgo de episodios cardiovasculares (CV), como infartos, accidentes cerebrovasculares y disfunción cardíaca. Por esta razón, EULAR recomienda mantener bajas puntuaciones de este índice. Una de las formas más económicas de medir el riesgo CV consiste en emplear calculadoras de riesgo. El algoritmo *Predicting Risk of cardiovascular disease EVENTS* (PREVENT) está diseñado para determinar la probabilidad a 10 y 30 años de sufrir

enfermedad CV aterosclerótica (ECVA) y falla cardíaca (FC). A diferencia de otras calculadoras de riesgo que requieren una edad mínima de 40 años, PREVENT puede usarse en poblaciones ≥ 30 años, lo que la hace particularmente útil en pacientes con LES. Vincular la actividad de la enfermedad con herramientas de predicción como PREVENT permite identificar el efecto de una alta actividad del LES en el riesgo CV a largo plazo.

Objetivo: Relacionar la actividad de la enfermedad con el riesgo de ECVA y FC mediante la calculadora PREVENT.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal de pacientes de 30 a 75 años que satisficieron los criterios ACR/EULAR 2019 para el diagnóstico de LES. Se excluyó a los pacientes con infarto de miocardio previo, accidente cerebrovascular o enfermedad arterial periférica. Para la actividad de la enfermedad se utilizó la escala SLEDAI, que la clasificó en tres grupos: baja (< 3 puntos), moderada (3-12 puntos) y alta (> 12 puntos). La clasificación de RCV se determinó mediante el algoritmo PREVENT para riesgo a 10 y 30 años de ECVA y FC. La distribución de los grupos se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se realizaron mediante las pruebas ji cuadrada, ANOVA o prueba de Kruskal-Wallis, según correspondiera. Un valor p de ≤ 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 54 pacientes con LES (Tabla 1). La edad media (44,5 ± 9,12) y las comorbilidades fueron similares entre todos los grupos. Aunque no se hallaron diferencias estadísticas, la mayoría de los pacientes con SLEDAI bajo y moderado se clasificó con riesgo bajo para ECVA a 10 años (100% y 92,3%, respectivamente). No se identificó a pacientes de alto riesgo para ECVA en ningún grupo. Los pacientes con alta actividad de la enfermedad se clasificaron principalmente con riesgo bajo para FC a 10 años (93,7%). Cuando se estratificó para ECVA y FC a 30 años, el riesgo intermedio aumentó en todos los grupos. No hubo pacientes con alto riesgo de FC a 10 o 30 años con SLEDAI bajo.

Tabla 1. Demografía y características clínicas de los pacientes con LES. (CG103)

Características	Bajo (n = 13)	Moderado (n = 25)	Alto (n = 16)	Valor p
Edad, años, mediana (± DE)	45,3 (± 10,7)	45,4 (± 9,5)	42,9 (± 7,0)	0,579
Femenino, n (%)	10 (76,9)	23 (92)	14 (87,5)	0,422
Diabetes, n (%)	0 (0)	2 (8,0)	2 (12,5)	0,430
Hipertensión, n (%)	2 (15,3)	10 (40)	2 (12,5)	0,437
Dislipidemia, n (%)	3 (23,0)	3 (12)	2 (12,5)	0,089
Tabaco positivo, n (%)	3 (23,0)	3 (12)	3 (18)	0,786
Tiempo de evolución, meses, mediana (± DE)	98,1 (±116,9)	127,7 (±103,9)	97,8 (± 83)	0,786
PREVENT				
Riesgo de ECVA a 10 años				
Bajo, n (%)	13 (100)	23 (92,3)	14 (87,5)	0,477
Límitrofe, n (%)	0 (0)	1(4,0)	2 (12,5)	0,309
Intermedio, n (%)	0 (0)	1 (4,0)	0 (0)	0,554
Alto, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Riesgo de FC a 10 años				
Bajo, n (%)	12 (92,3)	21 (84,0)	15 (93,7)	0,556
Límitrofe, n (%)	1 (7,6)	3 (12,0)	0 (0)	0,359
Intermedio, n (%)	0 (0)	0 (0)	1 (6,2)	0,298
Alto, n (%)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0,554
Riesgo de ECVA a 30 años				
Bajo, n (%)	5 (38,4)	9 (36)	7(43,7)	0,883
Límitrofe, n (%)	0 (0)	6 (24,0)	4 (25)	0,142
Intermedio, n (%)	5 (38,4)	7 (28,0)	4 (25)	0,711
Alto, n (%)	1 (7,6)	1 (4,0)	1(6,2)	0,886
Riesgo de FC a 30 años				
Bajo, n (%)	5 (38,4)	9 (36,0)	8 (50)	0,661
Límitrofe, n (%)	1 (7,62)	4 (16,0)	2 (12,5)	0,768
Intermedio, n (%)	5 (30,4)	9 (36,0)	5 (31,2)	0,915
Alto, n (%)	0 (0)	1 (4)	1 (6,2)	0,671

LES, lupus eritematoso sistémico; DE, desviación estándar; PREVENT, riesgo predictivo de episodio cardiovascular EVENT; ECVA, enfermedad cardiovascular aterosclerótica; FC, falla cardíaca.

Conclusiones: No se reconoció una relación entre la estratificación del riesgo CV y la actividad de la enfermedad. Esto puede explicarse por la falta de factores de riesgo CV habituales en esta población, que se consideraron sobre todo para el cálculo de PREVENT. Se necesitan estudios prospectivos con una mayor cantidad de muestra que incluyan el componente inflamatorio para un mejor abordaje en pacientes con LES.

Bibliografía

- Drosos GC, Vedder D, Houben E, *et al.* EULAR recommendations for cardiovascular risk management in rheumatic and musculoskeletal diseases, including systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2022;81(6):768-779. doi:10.1136/annrheumdis-2021-221733.
- Quevedo-Abeledo JC, Cáceres L, Palazuelos C, *et al.* QRISK3 relation to carotid plaque is higher than that of SCORE in patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford).* 2022;61(4):1408-1416. doi:10.1093/rheumatology/keab531.

CG104

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE PACIENTES CON SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS PRIMARIO: EXPLORANDO LA PREVALENCIA Y LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

J.A. Campos-Guzmán¹, M. Espinosa-León¹, I.P. García-Herrera¹, I.J. Colunga-Pedraza², C.A. Abitia-Borboa¹, M. Martínez-Ruiz¹, A. Barreira-Vargas¹, G.A. Guaracha-Basáñez¹, J. Merayo-Chalico¹

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario (SAFp) es una enfermedad tromboinflamatoria sistémica con diversas formas de presentación. Existe información limitada sobre la función sexual en pacientes con SAFp, su relación con el daño crónico y los factores relacionados con su salud sexual.

Objetivo: Determinar la frecuencia de disfunción sexual en pacientes con SAFp mediante un instrumento validado y explorar su relación con el daño crónico.

Material y métodos: Estudio transversal realizado en dos centros (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y Hospital Universitario de Nuevo León) entre enero y mayo del 2024. Se incluyó a pacientes con SAFp de acuerdo con los criterios de Sapporo, con actividad sexual en los últimos seis meses y que acudieron a la consulta externa de reumatología (Tabla 1). Se les aplicó el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual-14 (CSFQ-14), en su versión para hombres o mujeres, el cual posee cinco dominios: deseo/frecuencia, deseo/interés, placer, excitación/erección y orgasmo/eyaculación; adicionalmente se determinó el índice tobillo-brazo (ITB) y se calculó el índice de daño para pacientes con SAFp trombótico (DIAPS). Por último, se realizaron las siguientes tres preguntas: a) ¿Cree que tiene disfunción sexual? b) ¿Estaría interesado(a) en ser referido(a) a un especialista si tiene alguna alteración en su función sexual? y c) ¿Considera que su enfermedad influye en su función sexual? Las variables demográficas y clínicas se describieron como medias o medianas de acuerdo con su distribución, se calculó χ^2 para variables categóricas, t de Student para variables cuantitativas y se determinaron correlaciones entre los dominios de la función sexual, el DIAPS y el ITB. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se utilizó el software STATA.

Resultados: En total, se incluyó a 47 pacientes con SAFp, de los cuales el 87,5% correspondió a mujeres, con una edad promedio de 40,9 años y una mediana de duración de la enfermedad de siete años. El SAFp trombótico se observó en el 68% de los casos. La principal comorbilidad fue la

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y de laboratorio basales de los pacientes con SAFp. *Basado en la puntuación total del CSFQ-14. (CG104)

Características	Total n = 47	Disfunción sexual n = 16 (34%)*	Sin disfunción sexual n = 31 (66%)	p
Mujeres, n (%)	38 (81)	14 (87,5)	24 (77)	0,40
Edad, años, media \pm DE	40,9 \pm 10,9	44,3 \pm 13,6	39,2 \pm 9,0	0,13
Escolaridad, años, media \pm DE	14,8 \pm 3,9	12,8 \pm 2,4	15,8 \pm 4,2	0,01
Tiempo desde el diagnóstico de SAF, años, mediana (RIC)	7 (4-14)	7 (5,5-14,5)	10 (3-14)	0,98
SAF obstétrico, n (%)	12/38 (31)	3/14 (21)	9/24 (37,5)	0,40
SAF trombótico, n (%)	32 (68)	9 (56)	23 (74)	0,20
Antecedente de trombocitopenia, n (%)	17 (36)	9 (56)	8 (26)	0,04
Consumo actual de antagonista de la vitamina K, n (%)	33 (70)	8 (50)	25 (81)	0,02
Bajo tratamiento inmunosupresor actual, n (%)	16 (34)	7 (44)	9 (29)	0,31
Tratamiento inmunosupresor previo, n (%)	14 (30)	8 (50)	6 (19)	0,03
Consumo actual de antipalúdico, n (%)	14 (30)	2 (12,5)	12 (39)	0,09
Consumo actual de prednisona, n (%)	8 (17)	2 (12,5)	6 (19)	0,70
Dosis actual de prednisona, mg/día, media \pm DE	2,4 (9,2)	0,5 (1,35)	3,5 (11,2)	0,30
Menopausia, n (%)	4/38 (10)	1/14 (7)	3/24 (12,5)	1,0
Obesidad, n (%)	12 (25,5)	2 (12,5)	10 (32)	0,17
Diabetes tipo 2, n (%)	4 (8,5)	1 (6)	3 (10)	0,10
Hipertensión arterial, n (%)	4 (8,5)	2 (12,5)	2 (6,5)	0,60
Dislipidemia, n (%)	11 (23)	3 (19)	8 (26)	0,72
Presuposición de tener disfunción sexual, n (%)	8 (17)	6 (37,5)	2 (6,5)	0,01
Deseo de acudir con un especialista en caso necesario, n (%)	42 (89)	11 (69)	31 (100)	0,003
Presuposición de que el SAF influye en la función sexual, n (%)	21 (45)	7 (44)	14 (45)	0,092
Tabaquismo actual, n (%)	8 (17)	3 (19)	5 (16)	1,00
Tabaquismo previo, n (%)	21 (45)	8 (50)	13 (42)	0,60
ITB total, puntos, media \pm DE	0,97 (0,16)	0,94 (0,2)	0,99 (0,14)	0,31
Puntuación total de DIAPS, puntos, mediana (RIC)	2 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	0,9
Triple positivo en serología para SAF, n (%)	22 (47)	6 (37,5)	16 (52)	0,36
aGAPSS, puntos, mediana (RIC)	9 (5-13)	9 (4-12,5)	9 (7-13)	0,2

DE, desviación estándar; DIAPS, Índice de daño para pacientes con SAFp trombótico; ITB, índice tobillo-brazo; aGAPSS, Puntuación global del síndrome antifosfolípidos ajustado. $p < 0,05$ es estadísticamente significativo.

obesidad, identificada en el 25,5% de los pacientes. El DIAPS tuvo una puntuación promedio de 2, mientras que el ITB mostró una media de 0,97 (DE \pm 0,16). Según el CSFQ-14, el 34% de los pacientes tenía disfunción sexual y el dominio del placer fue el más afectado, con un 94%. Aquellos con disfunción sexual tendían a mostrar menos años de escolaridad (12,8 vs. 15,8 años, $p = 0,01$), mayor uso previo de inmunosupresores (50% vs. 19%, $p = 0,03$), antecedente de trombocitopenia (56% vs. 26%, $p = 0,04$), menor uso actual de antagonista de la vitamina K (50% vs. 81%, $p = 0,02$) y una mayor percepción de disfunción sexual (37,5% vs. 6,5%, $p = 0,01$). No obstante, eran menos propensos a buscar ayuda de un especialista en salud sexual (69% vs. 100%, $p = 0,003$). Se observó que las mujeres tenían una mayor frecuencia de disfunción sexual en el dominio deseo/frecuencia en comparación con los hombres (70% vs. 30%, $p = 0,05$). Además, se encontró una correlación entre el ITB y los dominios de deseo/frecuencia ($r = 0,31$, $p = 0,03$) y excitación/erección ($r = 0,29$, $p = 0,04$).

Conclusiones: Este estudio es el primero en describir la prevalencia de disfunción sexual en pacientes con SAFp, quienes suelen ser jóvenes, con pocas comorbilidades y bajo daño crónico. Por lo tanto, es importante abordar este tema en la consulta de reumatología. Se requieren más estudios para investigar los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, incluidos el daño endotelial y las alteraciones trombóticas.

Bibliografía

- Zara S, Moll R, Isenberg D, Cohen H. Thrombotic antiphospholipid syndrome: A practical guide to diagnosis and management. *Thromb Res.* 2021;198:213-221.
- Lopes-Gallinaro A, Silva CA, Rabelo Jr CN, *et al.* Moderate/severe erectile dysfunction in patients with antiphospholipid syndrome. *Lupus.* 2012;21(3):319-323.

CG105

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE UNA COHORTE MESTIZA MEXICANA DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS PRIMARIO

S.A. Vázquez-Guevara, J. Reyes-Gonzaga, M.L. Olguín-Ortega, M.A. Saavedra-Salinas, D.D. Castañeda-Martínez, M.F. Martínez-Alcántara

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) es una enfermedad tromboinflamatoria adquirida, definida por episodios trombóticos o complicaciones obstétricas (muertes fetales, pérdidas gestacionales consecutivas, prematuridad debido a preeclampsia, eclampsia o insuficiencia placentaria) y la presencia de anticuerpos circulantes de manera persistente (anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipinas y anticuerpos anti- β 2 glucoproteína I). Existen otras manifestaciones no consideradas dentro de los criterios de clasificación en los planos cutáneo, cardíaco, neurológico, hematológico y renal. Debido a la falta de estandarización de las pruebas de laboratorio necesarias para establecer el diagnóstico del SAAF no existe en la actualidad la información exacta respecto de su epidemiología, especialmente en México. En 2007 se publicó una cohorte de pacientes mestizos de Latinoamérica originarios de México, Colombia y Ecuador que cumplían con criterios de clasificación del 2006. No se incluyeron los anticuerpos anti-B2GP-I. Las características clínicas no consideradas criterio más identificadas fueron migraña (18%), enfermedad valvular cardíaca (8%), livedo reticular (18%), trombocitopenia y anemia hemolítica (4% y 5%, respectivamente); la trombocitopenia se encontró en un número muy inferior en comparación con otras cohortes, en contraste con la mayoría de las publicaciones médicas. No se informaron manifestaciones renales. En una cohorte francesa encontraron que el 24% de los pacientes tenía al menos una manifestación no considerada criterio y que la triple positividad se hallaba significativamente aumentada en aquellos con manifestaciones no consideradas criterio. En este centro se han observado fluctuaciones en la TFG, que hasta el momento no se han notificado en pacientes con SAAF. Se ha descrito una relación con malos desenlaces cardíacos y renales en otras poblaciones.

Objetivo: Describir las características clínicas y serológicas de una cohorte mestiza mexicana con SAAF primario y también la posible relación entre el perfil de anticuerpos con las manifestaciones no consideradas criterio en pacientes con SAAF primario.

Material y métodos: Estudio de cohorte observacional, transversal y retrospectivo de un centro de tercer nivel de pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) primario que cumplieron criterios de clasificación de Sídney entre enero de 2004 y agosto de 2023. Se expresaron la frecuencia y los porcentajes de cada manifestación clínica y perfil de anticuerpos. Se realizó análisis bivariado de las manifestaciones no consideradas criterio con el perfil de anticuerpos.

Resultados: Se incluyó a 63 pacientes, con edad media de los pacientes de 49 años (13,76); la evolución fue de 18,22 años (18) y sexo femenino en 71,4%; se reconocieron manifestaciones obstétricas (23,8%), trombóticas (95,2%), nefropatía por SAF (15,9%), fluctuaciones en la tasa de filtrado glomerular (fTFG; 40,98%), hiperfiltración (22,2%), trombocitopenia (30,2%), migraña (22,2%); anticardiolipinas IgG (74%), IgM (68%), anticoagulante lúpico (AL; 72,3%), anti- β 2-glucoproteína-I (A β 2GPI) IgG (28,9%), IgM (21,1%) y triple positividad (29,7%). El análisis bivariado mostró relación entre AL e hiperfiltración renal (0,047); AL y EVC (0,013); A β 2GPI IgM y AHAI (0,042); A β 2GPI IgG y trombocitopenia < 50 000 (0,047) y < 30 000 (0,004); y triple positividad con trombocitopenia < 50 000 (0,004) y < 30 000 (0,005). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características clínicas y serológicas de los pacientes con SAF primario. (CG105)

Características clínicas	n = 63 (%)
Comorbilidades	46 (73)
Trombosis	60 (95)
Obstétricos	15 (33)
Nefropatía por SAF	10 (15)
Fluctuación en la TFG	25 (40)
Hiperfiltración renal	14 (22)
Hipertensión	19 (30)
Proteinuria	8 (12)
Hematuria	2 (3)
Lesión renal aguda	7 (11)
Enfermedad renal crónica	3 (4)
Trombocitopenia < 50 000	19 (30)
< 30 000	7 (11)
	5 (8)
Migraña	14 (22)
Corea	2 (3)
Convulsiones	4 (6)
Mielitis	1 (1)
Anticuerpos	
Anticardiolipinas IgG	37 (74)
Anticardiolipinas IgM	34 (68)
Anticoagulante lúpico	34 (72)
Anti- β 2 glucoproteína-I IgG	11 (28)
Anti- β 2 glucoproteína-I IgM	8 (21)
Triple positividad	11 (29)

Conclusiones: Las características clínicas de esta población con SAF primario es similar a las notificadas en el mundo. Además, se encontró un nexo entre algunas de las manifestaciones no consideradas criterio y el perfil de anticuerpos. Se trata del primer estudio que informa la frecuencia de hiperfiltración renal y fTFG.

Bibliografía

- Ambati A, Knight JS, Zuo Y. Antiphospholipid syndrome management: A 2023 update and practical algorithm-based approach. *Current Opinion in Rheumatology.* 2023 Mar 2;35(3):149-60. doi:10.1097/bor.0000000000000932
- Knight JS, Branch DW, Ortel TL. Antiphospholipid syndrome: Advances in diagnosis, pathogenesis, and management. *BMJ.* 2023 Feb 27; doi:10.1136/bmj-2021-069717.

- Schreiber K, Sciascia S, de Groot PG, *et al.* Antiphospholipid syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018 Jan 11;4(1). doi:10.1038/nrdp.2017.103
- Duarte-García A, Pham MM, Crowson CS, *et al.* The epidemiology of antiphospholipid syndrome: a population-based study. *Arthritis & Rheumatology*. 2019 Aug;71(9):1545-52. doi:10.1002/art.40901
- Mejía-Romero R, García-Carrasco M, Galarza-Maldonado C, *et al.* Primary antiphospholipid syndrome in Latin American mestizo patients: Clinical and immunologic characteristics and comparison with European patients. *Clinical Rheumatology*. 2007 Dec 22;27(7):891-7. doi:10.1007/s10067-007-0818-4
- Guédon AF, Catano J, Ricard L, *et al.* Non-criteria manifestations in primary antiphospholipid syndrome: a french multicenter retrospective cohort study. *Arthritis Research & Therapy*. 2022 Jan 25;24(1). doi:10.1186/s13075-022-02726-9.

CG106

CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN GENERAL DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS PEDIÁTRICAS

S.P. Arroyo-Sánchez, A.V. Escobedo-Garza, L.C. Reynoso-Medina, A.V. Villarreal-Treviño, N.E. Rubio-Pérez, F. García-Rodríguez

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

Introducción: Las enfermedades reumáticas en la edad pediátrica pueden alterar en grado significativo la calidad de vida del paciente hasta la edad adulta. Ante la necesidad de evitar esto, la reumatología pediátrica es la especialidad que atiende estas enfermedades, como la artritis idiopática juvenil o el lupus eritematoso. Debido a su baja prevalencia, existe un alto grado de desconocimiento tanto de las enfermedades reumatológicas en los niños como del especialista apto para tratarlas. Esto conlleva un infradiagnóstico y abordaje tardío con un aumento de las complicaciones.

Objetivo: Describir el conocimiento de la población general sobre las enfermedades reumáticas en edad pediátrica entre distintos grupos demográficos.

Material y métodos: Estudio transversal en el que se aplicó una encuesta de 42 preguntas a personas que se encontraban en la sala de espera de la consulta externa del Hospital Universitario José Eleuterio González. La encuesta se realizó *ex profeso* para este trabajo, la cual se integró con preguntas abiertas y cerradas que indagan sobre el acercamiento a las enfermedades reumáticas y el conocimiento sobre síntomas, evolución y tratamiento. Se realizó estadística descriptiva con análisis de frecuencias y medidas de dispersión y se buscaron vinculaciones por medio de estadística analítica.

Resultados: Se encuestó a 300 personas, 200 (66,67%) del género femenino; 107 (35,67%) de la población tienen un grado de educación secundaria y la ocupación más prevalente es la de los cuidados del hogar con una frecuencia de 124 (41,33%). Del total, 187 (62,3%) mencionan haber escuchado sobre las enfermedades reumáticas y de estos solo la mitad podía nombrar alguna, en particular la artritis reumatoide (74,46%). Respecto de las enfermedades reumáticas en niños, solo 102 (34%) personas mencionaron conocer su existencia y de ellos solo 28 (9,33%) pudieron mencionar alguna, sobre todo la artritis inflamatoria con mayor frecuencia (19, 67,85%). En cuanto al conocimiento de los órganos afectados y los síntomas de estas enfermedades, la mayoría mencionó el sistema musculoesquelético y el dolor de huesos/articulaciones, tanto en adultos como en niños. De los encuestados, solo 40 (21,4%) mencionaron al reumatólogo pediatra como médico tratante de estas alteraciones. Por otra parte, 59 (19,6%) señalaron el crecimiento como principal causa de dolor de articulaciones en niños; 138 (46%) personas indicaron que no es normal y que un niño sano nunca debería quejarse de dolor de huesos o articulaciones. Asimismo, 188 (62,6%) refieren que llevarían a consultar a un niño inmediatamente tras quejarse de dolor de huesos o articulaciones. Se encontró una diferencia significativa en cuanto al grupo de edad que conoce sobre las enfermedades reumáticas en adultos (49, RIC 40-59,5 vs. 30,5, RIC 24-41,75); sin embargo, no existe diferencia respecto del grupo de edad y su conocimiento sobre enfermedades reumáticas pediátricas (48, RIC 42-56 vs. 51, RIC 37-61).

Conclusiones: Si bien este estudio demostró que la población tiene una noción general de las enfermedades reumatológicas, se reconoció que la mayoría de las personas desconoce la existencia de enfermedades reumáticas en edad pediátrica y que, en caso de tenerlas, solo el 21,4% conoce qué especialista debe tratarlas. Sin embargo, la mayoría opina que no es normal que un niño se queje de dolor de huesos/articulaciones y llevaría inmediatamente a consulta a un niño por esta causa.

Bibliografía

- Al-Eid WM, Madi SM, Bahabri SA, *et al.* Evaluation of parental knowledge of Pediatric Rheumatic Diseases. *Saudi M J*. 2001;22(6):531-536.
- Kavukçu Salih. Are adults aware of the existence of rheumatic disease in childhood. *Turkish Journal of Rheumatology*. 2012;27:74-76.

CG107

IMPACTO DEL LUPUS EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES: PERSPECTIVAS, IDENTIDADES Y APEGO AL TRATAMIENTO

L. Athié-Juárez

ICSyH BUAP Puebla

Introducción: El lupus es una enfermedad autoinmunitaria compleja y multisistémica que trastorna de forma significativa la vida de niños y adolescentes. Existen pocos datos sobre la relación del efecto físico-emocional del paciente joven y sus afectaciones a las dinámicas familiares con la imposición de nuevos papeles y responsabilidades, que generan estigmas y secretos en torno de los síntomas que implican retos para el médico. Este estudio describe cómo las infancias y las juventudes enfrentan y perciben el lupus y cómo estos factores afectan el apego al tratamiento.

Objetivo: Explorar las percepciones de los niños, adolescentes y jóvenes con lupus, en relación con el apego al tratamiento, la identidad, las percepciones no reveladas en los ámbitos sociales y de salud, el efecto de la enfermedad y los tratamientos en sus dinámicas interpersonales.

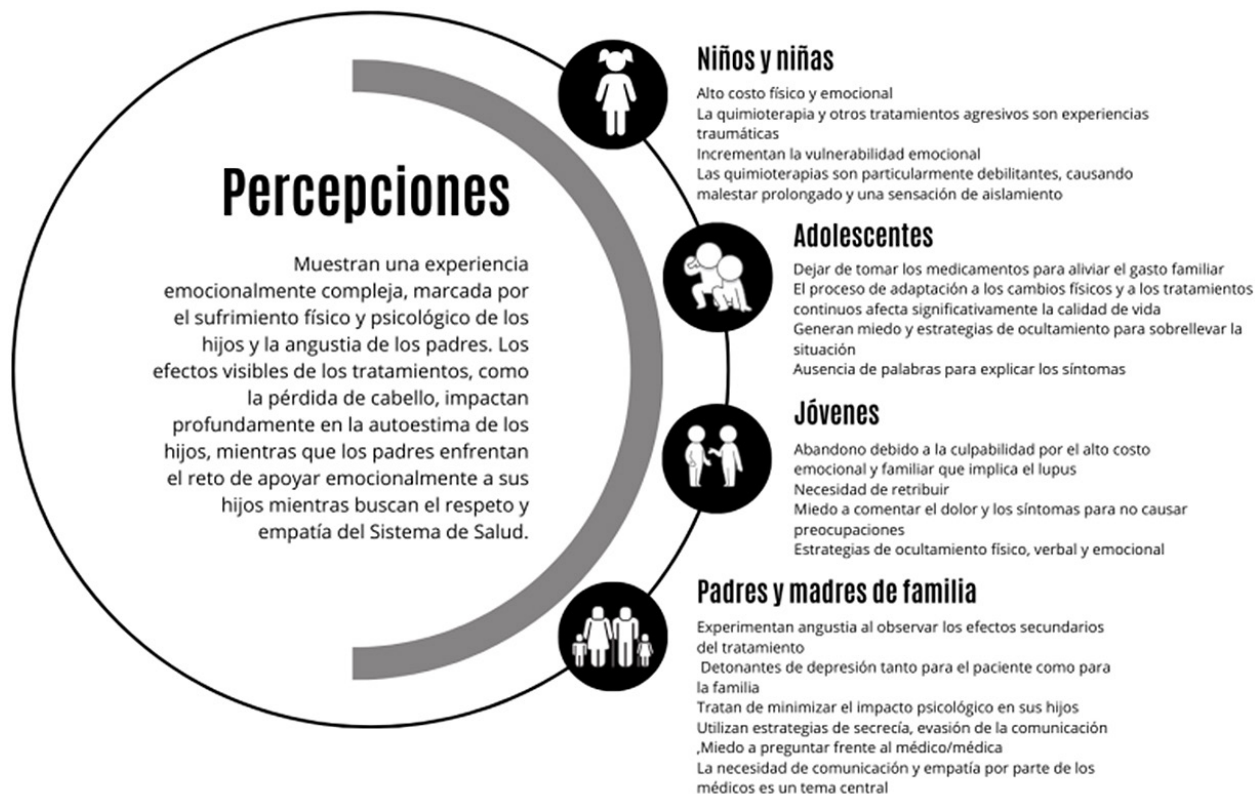
Material y métodos: Estudio mixto (cuantitativo/cualitativo), a través de entrevistas a profundidad, encuesta digital y seguimiento etnográfico del 2015 al 2024. Dentro del corpus logrado, de 352 testimonios de México y otros países, a partir de una muestra observada durante ocho años continuos, se derivaron los casos de 12 familias mexicanas con hijos con lupus (de los 11 a los 20 años) con las cuales se desarrollaron grupos focales y trabajos de autorrepresentación. El análisis incluye casos de heredabilidad (dos hijos con lupus o madre e hijo con LES). Los testimonios se analizaron desde una perspectiva narrativa, con énfasis en las estrategias discursivas de ocultamiento de síntomas y percepciones. Se recuperó un corpus de textos y dibujos realizados por los niños y jóvenes, que ilustran el efecto del LES en su vida cotidiana.

Resultados: Los resultados muestran que los niños y adolescentes con lupus tienden a asumir un papel de "responsabilidad" en relación con el LES, y minimizan el efecto emocional que les genera. Sus discursos se centran en los daños corporales, mientras que las familias tienden a ocultar la gravedad de la situación o silenciar sus propios miedos (**Tabla 1**). Los padres enfrentan la enfermedad como una penitencia que afecta a toda la familia, lo que provoca sentimientos de culpabilidad.

En muchos casos, ni el lupus ni los síntomas se nombran abiertamente, lo que da lugar a un tipo de comunicación basada en la omisión social y hacia el médico. Se idealiza al hijo enfermo como una figura de fortaleza. El lupus refuerza el vínculo familiar, al tiempo que genera una carga emocional difícil de sobrellevar. Los jóvenes experimentan una fragmentación identitaria que provoca un sentimiento de culpa por los recursos destinados al tratamiento. El silencio del dolor y la evasión del tema del lupus dentro de la familia son estrategias comunes para evitar el trauma emocional (**Figura 1**).

Conclusiones: De los hallazgos se desprenden formas de secrecía, autodenominaciones y perspectivas a futuro vinculadas con los tratamientos. El estudio destaca la importancia de comprender el LES como un fenómeno que modifica profundamente las identidades. Los secretos familiares y la reticencia a hablar abiertamente de la enfermedad son comunes, lo que dificulta el apego al tratamiento. Este informe subraya la importancia de estrategias de

Figura 1. Percepciones hacia los fármacos y tratamientos en niños, adolescentes y familias con lupus. (CG107)



Fuente: Elaboración propia con base en Athié (2025)

intervención en salud que consideren la dimensión afectiva y familiar en el tratamiento del lupus en la infancia, la adolescencia y la juventud.

Tabla 1. Estrategias de secrecía en familias con hijos con lupus. (CG107)

Estrategia	Descripción
No nombrar o los silencios	Se apuntalan desde el temor o la incertidumbre que genera sentir que no se cumplen las expectativas necesarias para sobrellevar la enfermedad.
Escasez de palabras	Hay escasez de palabras para nombrar la condición de la enfermedad y explicar los síntomas.
Violencia normalizada	Entre padres e hijos queda manifiesta en la usurpación de turnos: la madre responde por el hijo o interrumpe para imponer el deber ser. El hijo(a) se ve impedido a explicar los síntomas y percepciones.
Violencia estructural y discursiva	Se ejerce desde las instituciones de salud, lo que impide la fluidez en las explicaciones sobre la enfermedad.
No nombrar la enfermedad para proteger la emotividad	Se protege tanto al hijo o hija como al progenitor que intenta no mostrar debilidad al evitar el llanto o el miedo evidente. No se nombra lo que sucede. Ocultamiento por vergüenza.
Secretos sobre la enfermedad	Quedan de manifiesto a través de signos verbalizados y no verbalizados, lo que revela la relación entre emoción, memoria y epifanías (Denzin, 1999).
Conducta discursiva defensiva	Los padres desvían la atención sobre aquello que se calla. Evitan explicar por culpabilidad.

Bibliografía

- Cardiel MH, Soriano ER, Dutra S, *et al.* Therapeutic guidelines for latin american lupus patients. Methodology. JCR: Journal of Clinical Rheumatology. 2017;00(00) Month 2017. www.jclinrheum.com
- Denzin NK. Interpretive autoethnography. 2nd ed. Qualitative Research Methods 2014;17. A Sage University Paper. University of California.

CG108

MANIFESTACIONES NO TROMBÓTICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS

L.A. Aparicio-Vera¹, I.P. García-Herrera², Meza Luna Ariadna Marisol¹

⁽¹⁾Hospital para el Niño Poblano, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los anticuerpos antifosfolípidos se relacionan de manera característica con trombosis o complicaciones obstétricas. Existen manifestaciones no trombóticas de las cuales se cuenta con información limitada y no se tiene consenso sobre sus efectos en el diagnóstico y el tratamiento en la edad pediátrica.

Objetivo: Describir los casos de 18 pacientes con las características necesarias.

Material y métodos: Una proporción de 78% se integró con el género femenino, la mayoría de la adolescencia (61%) y en segundo lugar las escolares (39%). La principal manifestación fue la trombocitopenia (61%). Otras manifestaciones ocurrieron en los planos nervioso, ocular y renal. El 45% de los pacientes presentó triple serología positiva y el anticuerpo predominante para todos los pacientes fue el anti-β2GP1.

Resultados: Los anticuerpos antifosfolípidos pueden relacionarse con diferentes manifestaciones clínicas, sobre todo en la edad pediátrica. El SAF no trombótico es una entidad identificada en esta población, pero su diagnóstico actual no se halla bajo consenso. Los síntomas trombóticos y las alteraciones gestacionales son menos frecuentes en los niños. Este trabajo revela la afectación hematológica en pacientes pediátricos con anticuerpos antifosfolípidos.

Conclusiones: En otras situaciones clínicas no vinculadas con trombosis, en particular trombocitopenia, se deben buscar de manera intencionada

anticuerpos antifosfolípidos. Es fundamental contar con estudios de mayor población para entender mejor esta relación.

Bibliografía

- Sciascia S, Amigo M-C, Roccatello D, *et al.* Diagnosing antiphospholipid syndrome: “extra-criteria” manifestations and technical advances. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2017;13(9):548-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2017.124>
- Division of Rheumatology, Department of Internal Medicine, Kocaeli University School of Medicine, Kocaeli, Turkey, Yazici A. Definition and treatment approach of non-criteria clinical manifestations of antiphospholipid syndrome. *Eur J Rheumatol* [Internet]. 2020;7(4):180-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5152/eurjrheum.2020.20099>.

CG109

MANIFESTACIONES CLÍNICAS, INMUNOLÓGICAS Y DAÑO A ÓRGANO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

A.C. Muñoz-Cedeño¹, H. Menchaca-Aguayo¹, S. Rodríguez-Aguayo¹, C. Núñez-Álvarez², E. Faugier-Fuentes¹

⁽¹⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

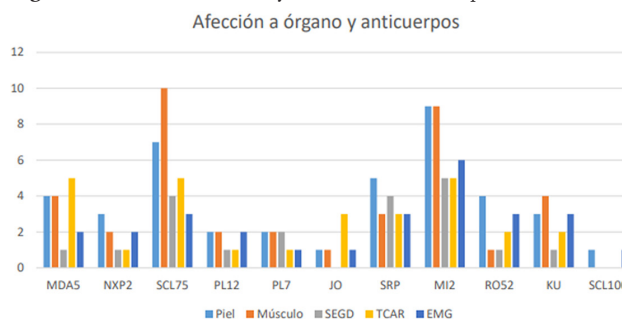
Introducción: Las miopatías inflamatorias son un grupo de enfermedades autoinmunitarias caracterizadas por la inflamación crónica del músculo esquelético, lo que conduce a debilidad muscular progresiva; su variante más frecuente es la DMJ con un 30% y otros subtipos con 5% a 10%. Su origen es multifactorial, pero incluye predisposición genética, factores ambientales y respuestas inmunológicas anormales. En algunos pacientes pueden evolucionar a un compromiso sistémico, con manifestaciones clínicas variadas y complejas. La identificación temprana y el tratamiento oportuno son cruciales para mejorar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Describir los casos de pacientes con dermatomiositis y miopatías inflamatorias inespecíficas.

Material y métodos: Se realizó un estudio en 20 pacientes pediátricos, de los cuales 12 se clasificaron con dermatomiositis mediante los criterios de Bohan y Peter, y ocho con miopatías inflamatorias inespecíficas a través de la calculadora EULAR. La edad media de los pacientes fue de 12,3 años (intervalo, 5-17 años), con un predominio femenino de 1,8:1. Se analizaron las manifestaciones sistémicas y su relación con anticuerpos específicos. El 60% tenía lesiones cutáneas relacionadas con los anticuerpos Mi2, SCL75 y SRP. El 65% mostró un patrón miopático en la electromiografía, relacionado en especial con SRP. En el 55% se documentó miositis en la resonancia magnética (RM), con mayor nexo con SCL75 y Mi2. El 45% de los pacientes sufría compromiso pulmonar relacionado con el anticuerpo MDA5, y el 35% mostró afectación gastrointestinal evidenciada mediante un estudio seriado esofagogastroduodenal, con mayor frecuencia de anticuerpos SRP y SCL75. Las decisiones terapéuticas se basaron en el órgano afectado. En los individuos con compromiso pulmonar, el 77% recibió ciclofosfamida (CFM) y el 23% rituximab, combinados con metotrexato de mofetilo (MFM) en el 66,6% y metotrexato (MTX) en el 33,3%. Para el compromiso cutáneo y muscular, el MTX se administró en el 100% de los casos, con adición de inmunoglobulina intravenosa (IGIV) en pacientes con debilidad muscular grave al inicio. En los sujetos con afectación gastrointestinal se prefirió IGIV en combinación con MTX cuando no existía otro compromiso sistémico.

Resultados: Las manifestaciones clínicas variaron desde debilidad muscular grave hasta casos con fuerza muscular conservada, con o sin afectación cutánea, y en algunos casos compromiso sistémico pulmonar y gastrointestinal (Figura 1). Esta población estudiada es consistente con lo publicado en el plano internacional en cuanto a la distribución por edad y sexo, con predominio en mujeres de 8 a 14 años. Se identificó una mayor prevalencia del anticuerpo Mi2 en casos de dermatomiositis y del PM-SCL-75 en las miopatías inflamatorias inespecíficas, en concordancia con lo descrito en las publicaciones médicas. Además, se confirmó la relación entre ciertos

Figura 1. Afectación sistémica y relación con anticuerpos. (CG109)



anticuerpos y el daño a órganos específicos: el anticuerpo Mi2 se vinculó con lesiones cutáneas en el 100% de los pacientes con dermatomiositis juvenil (DMJ), mientras que el MDA5 lo hizo con compromiso pulmonar, aunque este último anticuerpo es más prevalente en poblaciones asiáticas. Dado que esta población aún no se ha estudiado de forma amplia, es necesario realizar más investigaciones para precisar la incidencia y características en este entorno.

Conclusiones: Este estudio subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario y la identificación temprana de la relación entre anticuerpos y los órganos afectados desde el inicio de la enfermedad. Esto facilita una detección oportuna del compromiso sistémico y evita el avance de la enfermedad mediante un tratamiento adecuado. En consecuencia, se mejoran el control de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes y se reducen las secuelas y la discapacidad, lo que modifica de modo positivo la salud pública.

Bibliografía

- Flores-GSS, Vicuña WAV, Rodríguez JCO, *et al.* Miopatía inflamatoria autoinmune con taponamiento cardiaco. Reporte de caso. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*. 2022;40(2), Article 2. <https://doi.org/10.18537/RFCM.40.02.07>
- Pacot L, Pouchot J, De Prost N, *et al.* Interstitial lung disease-complicated anti-MDA5 antibody in clinically amyopathic dermatomyositis patients: report of two cases with distinct clinical features. *Frontiers in Medicine*. 2020;7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00077>
- Naceur I, Arbaoui I, Achour TB, *et al.* AB0746 malignancy in dermatomyositis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2022;81(Suppl 1):1498-1498. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2022-eular.5131>.

CG110

EL SÍNDROME FAMILIAR DE PERICARDITIS ARTRITIS Y CAMPTODACTILIA, A CUATRO DÉCADAS DE SU DESCRIPCIÓN ORIGINAL

M.M. Pérez-Monterola, A. Vargas-Guerrero, M. Martínez-Lavín

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: En 1983 este departamento describió un padecimiento reumático no reconocido con anterioridad: el síndrome familiar de pericarditis constrictiva, artritis y contractura en flexión de los dedos, también denominado camptodactilia (*N Engl J Med*. 1983;309:224); desde entonces se han descrito casos similares en diversas partes del mundo.

Objetivo: Revisar todos los casos descritos en las publicaciones médicas con este síndrome para definir mejor el abanico de manifestaciones clínicas, su diferenciación con otras enfermedades reumáticas de la infancia, las alteraciones genéticas subyacentes y su tratamiento. Con base en esta revisión se proponen dos maniobras clínicas sencillas que permiten diagnosticar este padecimiento.

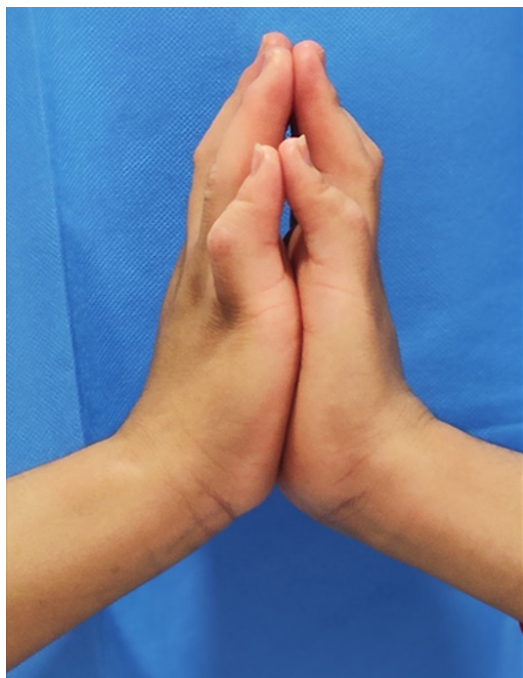
Material y métodos: Se investigó la base de datos PubMed a partir de la vinculación de las siguientes palabras claves: “pericarditis” y “camptodactily”. Se tabularon las manifestaciones clínicas de cada caso identificado, la

edad de inicio del trastorno, el retraso diagnóstico y la confusión con otras anomalías reumáticas, así como la etnia, la consanguinidad paterna y los hallazgos histopatológicos. También se revisó el avance en el conocimiento de su etiopatogenia, incluidas las alteraciones genéticas.

Resultados: Hasta la fecha se han descrito 188 casos del síndrome de pericarditis, artritis y camptodactilia, sobre todo en habitantes de Arabia Saudita, Turquía e India. La edad media al tiempo del diagnóstico fue de nueve años y 58% de los afectados corresponde a varones. Se identificó consanguinidad paterna en el 70% de los casos y el patrón de herencia es autosómico recesivo. En el 50% de los pacientes, la camptodactilia fue evidente desde el período neonatal. La artritis afecta las grandes articulaciones (el líquido sinovial no mostró inflamación). La histología sinovial reveló escaso infiltrado inflamatorio con presencia de macrófagos. La *coxa vara* fue evidente en el 75% de los casos y la pericarditis en el 18% de los afectados. La confusión con otros padecimientos reumáticos es frecuente: hasta 40% de los casos se diagnosticaron mal de modo inicial en favor de otra enfermedad reumática, en particular la artritis idiopática juvenil. El retraso diagnóstico tuvo un período medio de siete años. Los diversos tratamientos farmacológicos fueron inefectivos y no modificaron el curso de la enfermedad. El abordaje quirúrgico fue exitoso solo en los casos con pericarditis constrictiva. El fenotipo preciso del síndrome y su clara agregación familiar permitieron ubicar el defecto genético en el cromosoma 1q25-q31 con mutaciones del gen que codifica a la lubricina, una glucoproteína que favorece el deslizamiento suave de las membranas serosas.

Conclusiones: El síndrome de pericarditis artritis y camptodactilia es un padecimiento reumático raro confundido a menudo con artritis idiopática juvenil y probablemente infradiagnosticado. La deficiencia de lubricina explicaría la afectación de las membranas serosas. El diagnóstico es muy fácil si se conoce la existencia de la enfermedad. Dos maniobras clínicas sencillas permiten su identificación en una persona joven con artritis: a) pedirle al enfermo que empalme las manos como si rezara para observar la contractura en flexión de los dedos (**Figura 1**), b) observar la limitación a la rotación externa de las articulaciones coxofemorales (posición de rana) que refleja la presencia de *coxa vara*.

Figura 1. (CG110)



Bibliografía

- Martínez-Lavín M, Buendía A, Delgado E, *et al.* A familial syndrome of pericarditis, arthritis, and camptodactyly. *The New England Journal of Medicine*. 1983;309:224-225. <https://doi.org/10.1056/NEJM198307283090407>.

CG111

FACTORES ASOCIADOS A LA DISMINUCIÓN EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

L.C. Reynoso-Medina¹, V. González-Díaz², J.C. Lona-Reyes¹, E.A. Benítez-Vázquez¹

⁽¹⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La disminución de la densidad ósea (DMO) es una complicación importante que puede modificar la calidad de vida del paciente. En pacientes pediátricos con enfermedades reumatológicas existen diversos factores que favorecen el deterioro de la salud ósea: inflamación, fármacos modificadores de la enfermedad, corticoides, disminución de la exposición al sol, alteraciones musculoesqueléticas que limitan la actividad física e ingestión subóptima de calcio y vitamina D.

Objetivo: Analizar los factores relacionados con la disminución de la densidad mineral ósea en pacientes pediátricos con enfermedades reumatológicas en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo que incluyó a pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad reumatológica; se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, de casos consecutivos. Se evaluaron los valores séricos de vitamina D, puntuación Z de densitometría ósea (DXA), edad ósea, valoración del estado nutricional, actividad de la enfermedad, consumo de corticoides y fármacos modificadores de la enfermedad.

Resultados: Se estudió a 33 pacientes, con una mediana de edad de 11 años. El 81,8% recibía corticoides; la mediana del tiempo de consumo de corticoides fue de seis meses. El 87,9% recibió FARME. La mediana de valores séricos de vitamina D fue de 25,4 mg/dL (máxima 58,3, mínima 9,8, RIQ 17,1). Para la valoración de la DMO se realizó DXA en 57,5% y la mediana en puntuación Z fue de -1 (máximo 1,2, mínima -3,2, RIQ 2); dos pacientes registraron una DMO con puntuación Z de -2 y el 63,1% una puntuación Z de -1. El análisis de correlación de dosis acumulada de corticoide y DMO por DXA identificó una correlación negativa, pero no fue estadísticamente significativa ($\rho = -0,42$, $p = 0,07$). La correlación actividad de la enfermedad con el estudio DXA, si bien fue negativa, no fue estadísticamente significativa ($\rho = -0,39$, $p = 0,10$), es decir, a mayor actividad de la enfermedad menor DMO.

Conclusiones: Se encontró una correlación negativa en la medición de actividad de la enfermedad y mayor tiempo de consumo de corticoides con la DMO; sin embargo, no tuvo significancia estadística. Los pacientes en edad pediátrica con afecciones que requieren tratamiento con corticoides por más de dos semanas, aun cuando la dosis sea baja, deben recibir un tamizaje para evaluar la salud ósea.

Bibliografía

- Zhang Y, *et al.* Protecting bone health in pediatric rheumatic diseases: Pharmacological considerations. *Paediatr Drugs*. 2017;19(3):193-211.
- Harrington J, *et al.* Bone histomorphometric changes in children with rheumatic disorders on chronic glucocorticoids. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2016;14(1):58.

CG112

ASOCIACIÓN DE FATIGA Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

M.M. Rodríguez-Reyes, L.C. Reynoso-Medina, M.L. Galván-Aldana, A.V. Villarreal-Treviño, F. García-Rodríguez, N.E. Rubio-Pérez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es un trastorno idiopático y crónico que afecta sobre todo a las articulaciones en pacientes menores de 16 años. Se clasifica según sea el número de articulaciones afectadas, así

como los síntomas extraarticulares con el que se establezca la enfermedad. Se ha descrito que los procesos como la inflamación y el daño articular tienen relación con la fatiga; esta se ha descrito como un síntoma frecuente, el cual puede tener una vinculación débil con la actividad de la enfermedad en adultos con diagnóstico de artritis reumatoidea; sin embargo, no se ha descrito esta relación en pacientes pediátricos. La fatiga se experimenta como un estado crónico de cansancio con fluctuaciones dentro del mismo día o entre días. Se ha descrito que la fatiga persiste a pesar de una inactividad de la enfermedad.

Objetivo: Relacionar la puntuación obtenida en el cuestionario de fatiga pediátrica en pacientes con artritis idiopática juvenil y la puntuación de la actividad de la enfermedad en pacientes menores de 16 años.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y transversal. Se incluyó a 18 pacientes menores de 16 años con diagnóstico de AIJ que asistieron a consulta en el Hospital Universitario José Eleuterio González entre abril y agosto del año 2024. Se utilizó la prueba de Fisher como medida de relación entre ambas puntuaciones obtenidas en la escala de fatiga pediátrica y actividad de la enfermedad evaluada con JADAS clínico, con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Se incluyó a un total de 18 pacientes en el estudio, con una edad media de 10 años (mínima 3, máxima 15, RIQ 5,5); de estos, un 62% era del sexo femenino. Los pacientes tenían diagnóstico de artritis idiopática juvenil, el 73,3% clasificado como poliarticular, 20% como sistémico y 6,6% como oligoarticular. El 33% (6) de los sujetos mostró fatiga y actividad de la enfermedad, el 6,6% (2) no sufrió fatiga y tenía inactividad de la enfermedad, el 13% (2) no refirió fatiga, pero sí actividad de la enfermedad y el 46,6% (8) mostró inactividad de la enfermedad sin fatiga (**Tabla 1**). Se relacionaron las puntuaciones obtenidas y se encontró una significancia estadística de 0,026 ($p = 0,0026$).

Tabla 1. Relación de fatiga y actividad de la enfermedad en la artritis idiopática juvenil ($n = 18$). (CG112)

Género	
- Masculino	38%
- Femenino	62%
Edad (años)	10
Subtipo de AIJ, n (%)	
- Poliarticular	12 (66%)
- Sistémica	5 (28%)
- Oligoarticular	1 (5%)
- Artritis psoriásica	0
- Artritis relacionada con entesitis	0
- Indiferenciada	0
Fatiga y actividad de la enfermedad ($p = 0,026$)	
- Fatiga + actividad de la enfermedad	6 (33%)
- Sin fatiga + actividad de la enfermedad	2 (11%)
- Fatiga + inactividad de la enfermedad	2 (11%)
- Sin fatiga + inactividad de la enfermedad	8 (50%)

Conclusiones: La fatiga se vinculó con la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis idiopática juvenil y este nexos fue estadísticamente significativo. Además, se observó que la mayoría de los pacientes sin fatiga también presentaba inactividad de la enfermedad. Estos hallazgos resaltaron la importancia de estudiar esta vinculación en una muestra más grande de pacientes. Además, sugieren la necesidad de implementar medidas para mitigar los síntomas de fatiga incluso durante los periodos de inactividad de la enfermedad, ya que la fatiga parece persistir en cierta medida incluso cuando la enfermedad está inactiva.

Bibliografía

- Thierry S, Fautrel B, Lemelle I, *et al*. Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: a systematic review. *Joint Bone Spine*. 2014 Mar;81(2):112-7.
- Pérez-Ramírez N, Nahuelhual-Cares P, San Martín-Peñailillo P, *et al*. Efectividad de la terapia Watsu en pacientes con artritis idiopática juvenil. Un ensayo clínico controlado paralelo, aleatorio y simple ciego. *Revista Chilena de Pediatría* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2020 Sep 28];90(3):283-92. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000300283

- NINDS user manual quality of life in neurological disorders (Neuro-QoL) Measures [Internet]. 2015 [cited 2022 Oct 18]. Available from: https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-06/Neuro-QoL_User_Manual_v2_24Mar2015.pdf.

CG113

ASOCIACIÓN ENTRE MANIFESTACIONES CUTÁNEAS Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA ESTIMADO CON LA CALCULADORA PREVENT

O.A. Garza-Flores, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera, C.E. Cantú-Moreno, I. Hernández-Velázquez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es un trastorno inflamatorio multisistémico relacionado con una aterosclerosis acelerada y episodios cardiovasculares (CV) adversos. Las investigaciones previas han encontrado que los pacientes con este padecimiento, especialmente aquellos con compromiso cutáneo moderado a grave, enfrentan un riesgo CV aumentado. Para evaluar a estos pacientes de acuerdo con su grado de afectación cutánea se emplea el Índice de área y gravedad de la psoriasis (PASI), un método ampliamente reconocido. La calculadora PREVENT (*Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTS*) de la American Heart Association es una nueva herramienta que determina el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVAS) y falla cardíaca (FC) a 10 y 30 años. La determinación del riesgo CV en estos pacientes resulta imprecisa con la valoración de las calculadoras preexistentes, lo que deja una necesidad crítica sin cubrir.

Objetivo: Relacionar la escala PASI y el riesgo CV determinado con la calculadora PREVENT en pacientes con AP.

Material y métodos: Estudio transversal y comparativo que incluyó a pacientes con AP de 35 a 75 años que cumplieron con los criterios CASPAR de 2006. Se excluyó a los pacientes con enfermedad CV previa, embarazo y síndrome de sobreposición. Se calculó el riesgo a 10 y 30 años de ECVAS y FC con PREVENT. Los pacientes se clasificaron acorde a la presencia o ausencia de manifestaciones cutáneas, mientras que el riesgo cardiovascular se categorizó de acuerdo con la clasificación de PREVENT. Se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad. Las pruebas estadísticas se realizaron mediante las pruebas t de Student, ji cuadrada y U de Mann-Whitney, según correspondiera. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 61 pacientes, la mayoría mujeres (PASI positivo, $n = 34$, 55,8%; y PASI negativo, $n = 27$, 55,5%) con una media de edad similar entre ambos grupos ($52,0 \pm 12,0$). Dichos grupos no mostraron diferencias entre los factores de riesgo CV comunes (**Tabla 1**). La mayoría de los pacientes se catalogó como riesgo bajo para ECVAS y FC a 10 años pese a la presencia o ausencia de compromiso cutáneo (72,9% y 62,0% respectivamente, $p = 0,34$). En los pacientes con manifestaciones cutáneas, la duración de la enfermedad fue menor (4,0 años, $p = 0,17$) y mostraron una mayor clasificación de riesgo intermedio para ASCVD y HF a 30 años (40,5% en ambos casos, $p = 0,08$). Ningún paciente se catalogó como riesgo alto para ECVAS a 10 años, pero el 5,4% de los pacientes con manifestación cutánea se catalogó como riesgo alto para FC a 10 años, en contraste con el grupo sin manifestación cutánea el cual no registró ningún paciente en esa categoría ($p = 0,20$).

Conclusiones: Este estudio no encontró una relación entre un compromiso cutáneo calculado con PASI y un riesgo CV mayor determinado con PREVENT en los pacientes con AP. Sin embargo, se advirtió que los pacientes con manifestaciones cutáneas tenían menor tiempo de evolución de la enfermedad, así como una mayor categorización para riesgo alto de ECVAS y FC, a 30 y 10 años, respectivamente. Por lo tanto, se recomienda un óptimo control de la enfermedad desde etapas tempranas en este grupo de pacientes y la integración de los factores de riesgo CV.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas en los pacientes con artritis psoriásica. (CG113)

Variable	PASI positivo n = 34	PASI negativo n = 27	Valor de p
Edad, media ± DE	50,6 ± 11,0	55,5 ± 11,8	0,11
Mujeres, n (%)	19 (55,8)	15 (55,5)	0,98
Características de la enfermedad			
Años de evolución, mediana (RIC)	4,0 (1,0-12,0)	10,0 (2,0-14,0)	0,17
Factores de riesgo cardiovascular			
Peso, media ± DE	81,8 ± 16,7	76,0 ± 14,8	0,16
IMC, media ± DE	30,0 ± 5,0	27,8 ± 4,4	0,09
Obesidad, n (%)	14 (41,1)	9 (33,3)	0,53
Diabetes, n (%)	9 (26,4)	2 (7,4)	0,05
Hipertensión, n (%)	10 (29,4)	7 (25,9)	0,76
Dislipidemia, n (%)	18 (52,9)	12 (44,4)	0,51
Tabaquismo, n (%)	9 (26,4)	7 (25,9)	0,84
Tratamiento			
Glucocorticoides, n (%)	5 (14,7)	8 (29,6)	0,15
Metrotexato, n (%)	16 (47,0)	13 (48,1)	0,93
Biológico, n (%)	6 (17,6)	9 (33,3)	0,15
AINE, n (%)	22 (66,7)	14 (51,8)	0,31
Antihipertensivo, n (%)	9 (26,4)	7 (25,9)	0,84
Fibratos, n (%)	4 (11,7)	1 (3,7)	0,25
Estatinas, n (%)	9 (26,4)	8 (29,6)	0,78
PREVENT			
Riesgo de ECVAS a 10 años			
Bajo, n (%)	27 (72,9)	18 (62,0)	0,34
Limitrofe, n (%)	3 (8,1)	4 (13,7)	0,45
Intermedio, n (%)	5 (13,5)	6 (20,6)	0,43
Alto, n (%)	-	-	-
Riesgo de ECVAS a 30 años			
Bajo, n (%)	5 (13,5)	6 (20,6)	0,43
Limitrofe, n (%)	5 (13,5)	4 (13,7)	0,97
Intermedio, n (%)	15 (40,5)	6 (20,6)	0,08
Alto, n (%)	4 (10,8)	2 (6,8)	0,58
Riesgo de FC a 10 años			
Bajo, n (%)	27 (72,9)	22 (75,8)	0,79
Limitrofe, n (%)	3 (8,1)	3 (10,3)	0,75
Intermedio, n (%)	4 (10,8)	3 (10,3)	0,95
Alto, n (%)	2 (5,4)	-	0,24
Riesgo de FC a 30 años			
Bajo, n (%)	8 (21,6)	5 (17,2)	0,65
Limitrofe, n (%)	3 (8,1)	2 (6,8)	0,85
Intermedio, n (%)	15 (40,5)	6 (20,6)	0,08
Alto, n (%)	2 (5,4)	2 (6,4)	0,80

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; IMC, índice de masa corporal; AINE, antiinflamatorio no esteroideo; PREVENT, *Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTS*; ECVAS, enfermedad cardiovascular aterosclerótica; FC, falla cardiaca.

Bibliografía

- Svedbom A, Ståhle M. The psoriasis area and severity index is an independent risk factor for cardiovascular events: a prospective register study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;37(10):1841-7. doi: 10.1111/jdv.19168.
- Osigwe PC, Agomoh CE, Osigwe IS, *et al.* The association between psoriasis and atherosclerotic cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Cureus.* 2024 Jun 28;16(6). doi: 10.7759/cureus.63379. PMID: 38947134; PMCID: PMC11213549.

CG114

HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES HISPANOS CON ARTRITIS PSORIÁSICA

N. Guajardo-Jáuregui, I.J. Colunga-Pedraza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpiri-López, D.E. Flores-Alvarado, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, C.A. Mascorro-Cienfuegos

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad crónica, inflamatoria y autoinmunitaria caracterizada por la afectación articular y cutánea. Las personas con AP tienen mayor riesgo de episodios cardiovasculares en comparación con la población general. Este riesgo elevado se atribuye a la mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) habituales y a la inflamación sistémica, que contribuye al daño endotelial y la evolución de la aterosclerosis.

Objetivo: Comparar parámetros ecocardiográficos entre pacientes con AP y controles pareados.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a 53 pacientes con AP > 18 años que cumplieron los criterios de clasificación CASPAR 2006, y 53 controles pareados por edad, género y FRCV comunes. Se excluyó a pacientes con un episodio cardiovascular previo. Dos ecocardiografistas certificados que desconocían la información clínica de los pacientes realizaron un ecocardiograma transtorácico. Las comparaciones se llevaron a cabo con las pruebas ji cuadrada para variables cualitativas y t de Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Se consideró estadísticamente significativo un valor p ≤ 0,05.

Resultados: La edad media de los pacientes con AP y los controles fue de 54,5 años y no se registraron diferencias significativas en las características demográficas ni en los FRCV habituales entre ambos grupos (Tabla 1). Al comparar los parámetros ecocardiográficos, se reconoció que los pacientes con AP mostraban una mayor deformación longitudinal global (GLS) (-18,94% vs. -20,40%, p = 0,017), un menor desplazamiento sistólico del plano anular tricuspídeo (TAPSE, 22,0 mm vs. 23,0 mm, p = 0,034) y una mayor prevalencia de hipertrofia excéntrica del ventrículo izquierdo (15,1% vs. 0,0%, p = 0,006) (Tabla 2). Se realizó una regresión logística binaria, incluidos el diagnóstico de AP y los FRCV habituales (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemia, obesidad y tabaquismo activo), y se observó que el diagnóstico de AP fue la única variable vinculada con anomalías en la geometría del ventrículo izquierdo, con un OR de 3,38 (IC95% 1,46-7,77, p = 0,004).

Tabla 1. Características clínicas y demográficas. (CG114)

Características	Pacientes con AP (n = 53)	Controles (n = 53)	Valor de p
Mujeres, n (%)	29 (54,7)	29 (54,7)	1,000
Edad, años, media ± DE	54,15 ± 10,38	54,15 ± 7,12	1,000
DMT2, n (%)	12 (22,6)	11 (20,8)	0,814
Hipertensión, n (%)	17 (32,1)	17 (32,1)	1,000
Dislipidemia, n (%)	25 (47,2)	21 (39,6)	0,433
Obesidad, n (%)	19 (35,8)	16 (30,2)	0,536
Tabaquismo activo, n (%)	8 (15,1)	8 (15,1)	1,000
Estatinas, n (%)	16 (30,2)	7 (13,2)	0,034
Duración de la enfermedad, años, mediana (p25°-p75°)	6,0 (3,0-12,0)	-	-
DAPSA, mediana (p25°-p75°)	14,0 (2,4-26-4)	-	-
PASI, mediana (p25°-p75°)	0,2 (0,0-1,1)	-	-
NAPSI, mediana (p25°-p75°)	0,0 (0,0-8,0)	-	-

AP, artritis psoriásica; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; DAPSA, *Disease Activity for Psoriatic Arthritis*; PASI, *Psoriatic Area Severity Index*; NAPSI, *Nail Psoriasis Severity Index*.

Conclusiones: En este estudio se observó que los pacientes con AP tenían un GLS más bajo, lo que refleja una función sistólica comprometida del ventrículo izquierdo, un TAPSE disminuido, indicativo de una función sistólica deteriorada del ventrículo derecho, y una mayor incidencia de hipertrofia excéntrica en comparación con los controles.

Estos hallazgos sugieren una posible relación entre el diagnóstico de AP y las complicaciones cardiovasculares, incluido el riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca. Se debe considerar el ecocardiograma transtorácico como parte de la evaluación cardiovascular en pacientes con AP.

Tabla 2. Comparación de parámetros ecocardiográficos. (CG114)

Características	Pacientes con AP (n = 53)	Controles (n = 53)	Valor de p
FEVI, %, media ± DE	61,94 ± 6,11	63,52 ± 6,79	0,210
GLS, %, media ± DE	-18,94 ± 2,58	-20,40 ± 2,60	0,017
Masa indexada del VI, mL/m ² , media ± DE	92,31 ± 37,74	87,02 ± 31,14	0,448
TAPSE, mm, mediana (p25°-p75°)	22,00 (20,00-24,00)	23,00 (21,00-25,00)	0,034
Alteraciones en la geometría ventricular, n (%)			
Cualquier alteración	33 (62,3)	18 (34,0)	0,004
Remodelado concéntrico	19 (35,8)	16 (30,2)	0,536
Hipertrofia concéntrica	6 (11,3)	2 (3,8)	0,270
Hipertrofia excéntrica	8 (15,1)	0 (0,0)	0,006

AP, artritis psoriásica; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; GLS, deformación longitudinal global; TAPSE, desplazamiento sistólico del plano anular tricúspideo.

Bibliografía

- Galarza-Delgado DA, Azpiri-López JR, Colunga-Pedraza IJ, *et al.* Cardiovascular risk reclassification according to six cardiovascular risk algorithms and carotid ultrasound in psoriatic arthritis patients. *Clin Rheumatol.* 2022 May;41(5):1413-1420.
- Eder L, Thavaneswaran A, Chandran V, *et al.* Increased burden of inflammation over time is associated with the extent of atherosclerotic plaques in patients with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2015 Oct;74(10):1830-5. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-205267. Epub 2014 May 14.

CG115

EFICACIA Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA ACTIVA A DOS AÑOS DEL ESTUDIO SELECT-AXIS 2

A. Chapela-Meneses¹, F. Van Den Bosch², A. Deodhar³, D. Poddubnyy⁴, W. Maksymowych⁵, D. Van Der Heijde⁶, Kim Tae-Hwan⁷, Kishimoto Mitsumasa⁸, Baraliakos Xenofon⁹, I. Lagunes¹⁰, Song In-Ho¹⁰, Li Yihan¹⁰, P. Wung¹⁰, A. Shmigel¹⁰

⁽¹⁾Reumatología SpA. Abbvie, ⁽²⁾Centro VIB para la Investigación de la Inflamación, Gante, Bélgica, ⁽³⁾Universidad de Ciencias y Salud de Oregón, Portland, OR, Estados Unidos, ⁽⁴⁾Departamento de Gastroenterología, Enfermedades Infecciosas y Reumatología, Charité Universitätsmedizin, Berlín, Alemania, ⁽⁵⁾Departamento de Medicina, Universidad de Alberta, Edmonton, Alberta, Canadá, ⁽⁶⁾Departamento de Reumatología, Centro Médico de la Universidad de Leiden, Leiden, Países Bajos, ⁽⁷⁾Departamento de Reumatología, Hospital Universitario Hanyang para Enfermedades Reumáticas, Seúl, Corea del Sur, ⁽⁸⁾Departamento de Nefrología y Reumatología, Facultad de Medicina de la Universidad de Kyorin, Tokio, Japón, ⁽⁹⁾Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne, Universidad Ruhr-Bochum, Alemania, ⁽¹⁰⁾Immunology, AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, Estados Unidos

Introducción: El upadacitinib ha demostrado eficacia en comparación con el placebo hasta las 52 semanas en pacientes con espondiloartritis axial no radiográfica (EA-nr) en el estudio SELECT-AXIS 2, con un perfil de seguridad aceptable.

Objetivo: Evaluar la seguridad y eficacia a dos años del upadacitinib (15 mg diarios) en pacientes con EA-nr en SELECT-AXIS 2, incluidos su efecto en la inflamación en las articulaciones sacroilíacas y la columna

vertebral en imagen por resonancia magnética, y la progresión radiográfica en la columna vertebral.

Material y métodos: Los pacientes que completaron el periodo de 52 semanas en un estudio doble ciego controlado con placebo del protocolo SELECT-AXIS 2 en EA-nr podían ingresar a una extensión de largo plazo durante 52 semanas adicionales y recibir upadacitinib (15 mg diarios). La eficacia y seguridad se evaluaron en pacientes que recibieron el fármaco continuo y en aquellos que cambiaron del placebo al medicamento. Los criterios de valoración de eficacia incluyeron la mejoría al 40% en la Evaluación de la espondilitis anquilosante (ASAS40), la baja actividad de la enfermedad y la inactividad de la enfermedad de la Escala de actividad de la enfermedad de espondilitis anquilosante (ASDAS), además de la media del cambio con respecto a la basal en ASDAS, el dolor de espalda total y nocturno, la calidad de vida con espondilitis anquilosante y el índice de salud ASAS. Los datos se presentan mediante análisis según lo observado (AO) y AO con imputación de no respondedor (en el cual todos los datos observados se utilizan en el análisis y los datos faltantes se imputan como no respondedores) para los criterios de valoración binarios. Se usó análisis AO con modelos mixtos de medidas repetidas para los criterios de valoración continuos. La inflamación activa en la resonancia magnética se evaluó mediante las puntuaciones del *SpondyloArthritis Research Consortium of Canada* de imagen por resonancia magnética (SPARCC-IRM) (articulaciones sacroilíacas y columna vertebral; AO-MMRM) y la progresión radiográfica se evaluó con el *modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score* (mSASSS; AO-ANCOVA). Los efectos adversos emergentes durante el tratamiento se expresan como tasas de efectos ajustadas por exposición (efectos/100 pacientes-años).

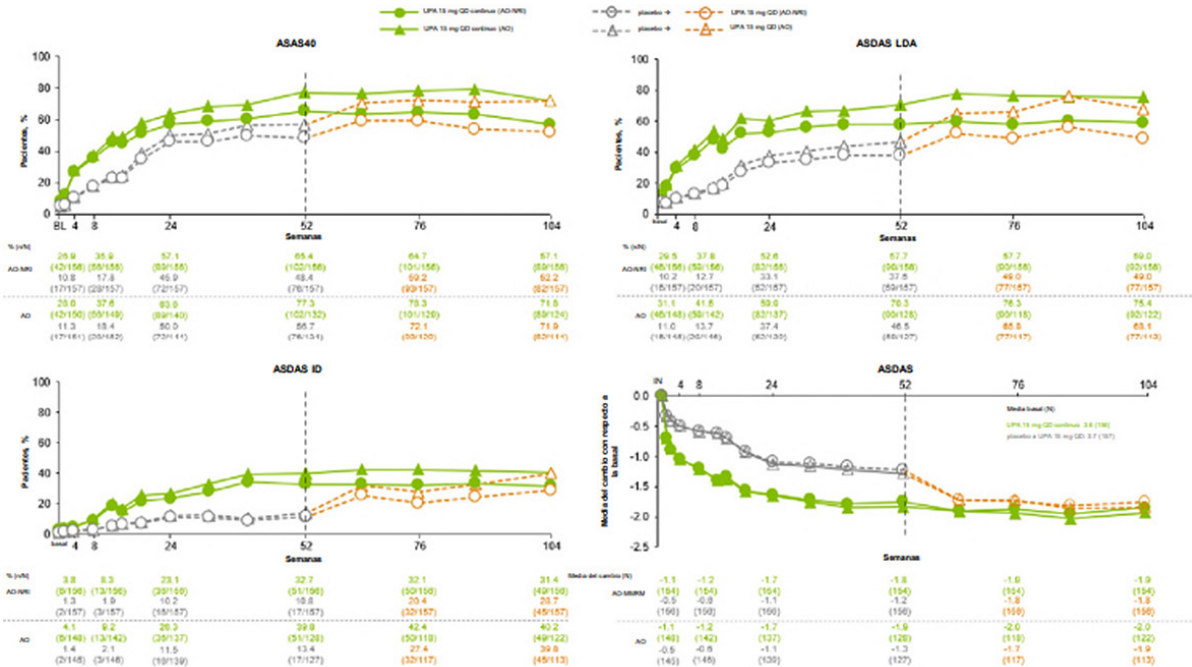
Resultados: Las tasas de respuesta para ASAS40, baja actividad de la enfermedad y enfermedad inactiva de ASDAS y las medias de cambio en relación con la basal fueron consistentes desde la semana 52 hasta la 104 (**Figura 1**). La media del cambio con respecto a la basal hasta la semana 104 en las puntuaciones espinales SPARCC-IRM fueron -0,72 (media basal, 2,11) y -0,47 (basal, 1,22) en el grupo de upadacitinib continuo y el grupo de placebo a upadacitinib, respectivamente; las puntuaciones de articulaciones sacroilíacas fueron -2,33 (basal, 5,13) y -2,30 (basal, 3,37). Las medias de cambio en las puntuaciones mSASSS fueron de 0,00 y 0,02 para el upadacitinib continuo y de placebo a UPA, respectivamente. Las tasas de efectos adversos graves y efectos adversos que llevaron a la interrupción del fármaco de estudio fueron de 8,7 y 5,3 efectos/100 pacientes-años, respectivamente, y no sobrevivieron muertes (**Figura 2**).

Conclusiones: Hasta la semana 104 se observó una mejora sostenida en la eficacia en los pacientes que recibieron UPA continuo. En los sujetos que cambiaron de placebo a UPA en la semana 52 se identificaron mejoras graduales en varias medidas de la enfermedad; por lo general, el upadacitinib de 15 mg diarios fue bien tolerado hasta las 104 semanas y no se identificaron nuevas señales de seguridad.

Bibliografía

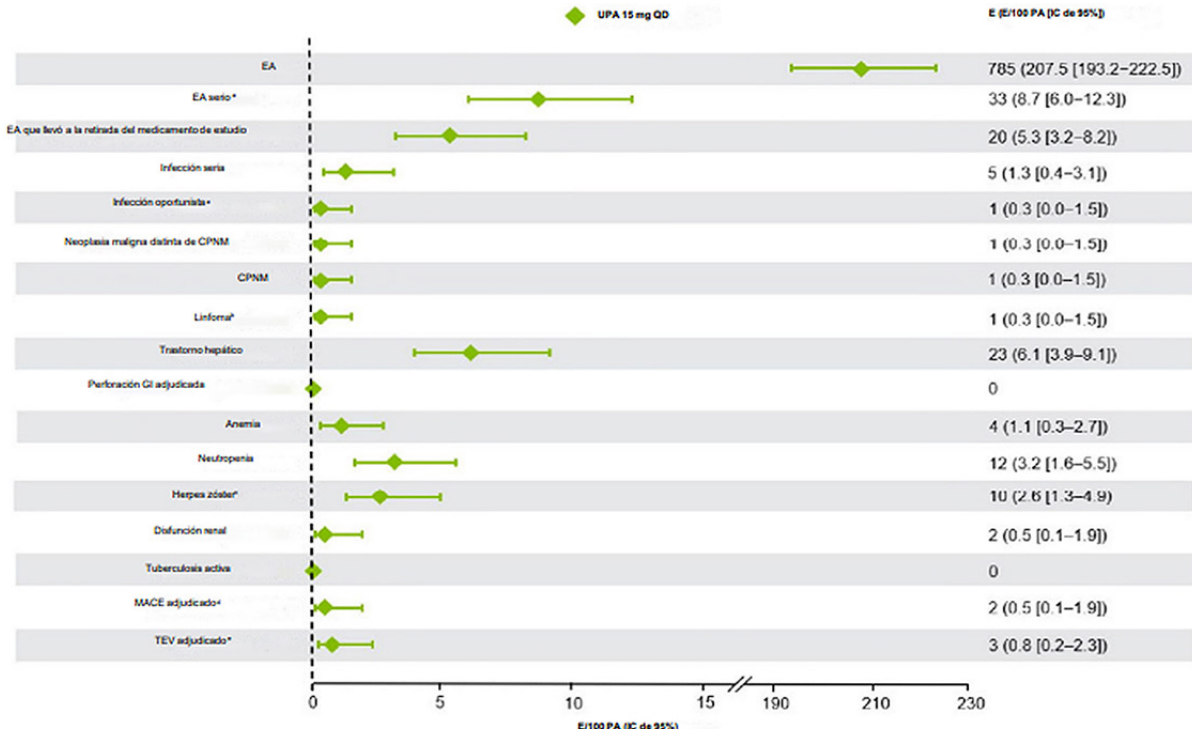
- Deodhar A, Van den Bosch F, Poddubnyy D, *et al.* Upadacitinib for the treatment of active non-radiographic axial spondyloarthritis (SELECT-AXIS 2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet.* 2022 Jul 30;400(10349):369-379. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01212-0. PMID: 35908570.
- Van den Bosch F, Deodhar A, Poddubnyy D, *et al.* POS0050 efficacy and safety of upadacitinib in patients with active non-radiographic axial spondyloarthritis: 2-year data from the phase 3 select-axis 2 study. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2024;83(Supplement 1):478-479.
- Burmester GR, Stigler J, Rubbert-Roth A, *et al.* POS0657 long-term safety of upadacitinib in psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis, and non-radiographic axial spondyloarthritis up to 5 years. 2023 May 30 [cited 2024 Sep 25]; Available from: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2023-eular.2699>
- Burmester GR, Cohen SB, Winthrop KL, *et al.* Safety profile of upadacitinib over 15 000 patient-years across rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis and atopic dermatitis. *RMD Open.* 2023 Feb;9(1):e002735. doi: 10.1136/rmdopen-2022-002735. PMID: 36754548; PMCID: PMC9923346.

Figura 1. Eficacia a lo largo de 104 semanas.^a (CG115)



^aLos pacientes inicialmente aleatorizados para recibir placebo doble ciego cambiaron a UPA abierto en la semana 52. AO, según lo observado; AO-MMRM, AO con modelo mixto de medidas repetidas para datos faltantes; AO-NRI, AO con imputación de no respondedor para datos faltantes; ASAS40, mejora $\geq 40\%$ en los criterios ASAS; basal, basal; ID, enfermedad inactiva; LDA, baja actividad de la enfermedad; placebo, placebo; QD, una vez al día; UPA, upadacitinib.

Figura 2. Efectos adversos emergentes durante el tratamiento. (CG115)



* Excluyendo tuberculosis y herpes zóster. ^b EA de linfocitos atípicos (fenómeno de laboratorio transitorio; no linfoma verdadero). ^c No se notificaron EA serios de herpes zóster. ^d Definido como muerte cardiovascular (incluye infarto agudo al miocardio, muerte súbita cardíaca, insuficiencia cardíaca, muerte relacionada con procedimiento cardiovascular, muerte por hemorragia cardiovascular, accidente cerebrovascular mortal, embolia pulmonar y otras causas cardiovasculares), infarto al miocardio no cardiovascular, infarto al miocardio no mortal y accidente cerebrovascular no mortal. ^e Incluye trombosis venosa profunda y embolia pulmonar (mortal y no mortal).

EA, evento adverso; IC, intervalo de confianza; E, evento; GI, gastrointestinal; CPNM, cáncer de piel no melanoma; PA, pacientes-años; QD, una vez al día; UPA, upadacitinib.

CG116

HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS ARTICULARES EN PACIENTES CON PSORIASIS EN UN CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DE PETRÓLEOS MEXICANOS

E. Mercadillo-Real, S.F. Rodríguez-Colín, C.A. Sifuentes-Cantú
 Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos

Introducción: La psoriasis es una entidad cutánea, crónica e inmunomediada con una prevalencia mundial de 2% a 3%. Se ha descrito que hasta 30% de estos individuos tiene riesgo de desarrollar artritis psoriásica, una afección inflamatoria musculoesquelética heterogénea en su presentación clínica y en el curso de la enfermedad. Una proporción de 15,5% de los pacientes con artropatía no se identifica de manera oportuna. La transición desde la psoriasis hasta la afectación articular es de suma relevancia porque, en virtud de que se considera una alteración crónica y progresiva, modifica la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes: la psoriasis precede a la artritis en un promedio de siete años. Ante la necesidad de obtener herramientas para su identificación oportuna, ha emergido el ultrasonido musculoesquelético, en el cual el reconocimiento temprano de alteraciones ecográficas ha introducido un área de oportunidad para reconocer hallazgos subclínicos que permitan realizar intervenciones tempranas y detener el avance de la artritis, así como obtener un diagnóstico oportuno, de tal manera que mejoran así los resultados del paciente y se preservan su funcionalidad y calidad de vida.

Objetivo: Determinar la utilidad del ultrasonido musculoesquelético para la detección de inflamación subclínica.

Material y métodos: Se obtuvo una muestra de 14 pacientes con diagnóstico de psoriasis, con una mediana de edad de 61 años (Tabla 1). Se clasificó al total de pacientes en dos grupos en función de la presencia o ausencia de afectación articular por ecografía, 85,71% (n = 12) con alteraciones ultrasonográficas y 14,28% (n = 2) solo con afectación cutánea. Se aplicaron las escalas PASI y TOPAS para valorar la afectación cutánea y como tamizaje del compromiso articular, respectivamente; destacó la relación entre una mayor puntuación y la presencia de alteraciones por ecografía. En cuanto a las comorbilidades adjuntas, se advirtió que 42,9% (n = 6) contaba con diagnóstico de diabetes, 35,7% (n = 5) con hipertensión arterial sistémica y 100% de la población estudiada con hipotiroidismo. En cuanto a los hallazgos ultrasonográficos, se identificaron sinovitis y tenosinovitis en 12 pacientes, así como Doppler de poder en 21,4%, entesofitos en el 35,7%, y entesitis solo en un paciente. Por último, en cuanto a los fármacos empleados para el tratamiento, la prevalencia de los AINE fue mayor en aquellos pacientes con alteraciones articulares en el ultrasonido (75%).

Tabla 1. Características de 14 pacientes con diagnóstico de psoriasis y hallazgos ultrasonográficos articulares más informados. (CG116)

Edad	Diagnóstico psoriasis	Sinovitis	Tenosinovitis	Entesofito	Doppler de poder	Entesitis
29	2021	Sí	Sí	No	Sí	No
66	2011	Sí	Sí	Sí	Sí	No
57	2015	Sí	Sí	Sí	Sí	No
63	2022	Sí	Sí	No	No	No
59	2017	Sí	Sí	Sí	No	No
60	2024	No	No	No	No	No
65	2022	Sí	Sí	No	No	No
60	2004	Sí	Sí	Sí	No	No
60	1990	Sí	Sí	No	No	No
65	2019	No	No	No	No	No
69	1989	Sí	Sí	No	No	No
56	2011	Sí	Sí	Sí	No	No
68	2016	Sí	Sí	No	No	No
68	1998	Sí	Sí	No	No	Sí

Resultados: De acuerdo con las características clínicas de los pacientes, se reconocieron alteraciones ecográficas articulares aun en los individuos sin afectación articular diagnosticada, lo cual destaca el papel del ultrasonido

musculoesquelético en pacientes con psoriasis, ya que permite una identificación temprana de hallazgos subclínicos, relacionados con la artritis psoriásica.

Conclusiones: La enfermedad psoriásica es una entidad que incluye manifestaciones cutáneas y articulares, las cuales suelen manifestarse hasta una década después de la aparición de las lesiones dermatológicas, por lo que el uso de ultrasonido musculoesquelético para la detección de inflamación subclínica y su papel en el diagnóstico y tamizaje de pacientes de alto riesgo de transición a manifestaciones articulares ha emergido como una herramienta útil que permite el tratamiento oportuno, además de que evita el deterioro de la calidad de vida.

Bibliografía

- Ribeiro AL, Eder L. From psoriasis to psoriatic arthritis: ultrasound insights connecting psoriasis with subclinical musculoskeletal inflammation and the path to psoriatic arthritis. *Curr Rheumatol Rep.* 2024;26(7):235-47.
- Gutierrez M, Kaeley GS, Bertolazzi C, et al. State of the art of ultrasound in the assessment of psoriasis and psoriatic arthritis. *Expert Rev Clin Immunol [Internet].* 2017;13(5):439-47.

CG117

ALGORITMO DE RIESGO CARDIOVASCULAR MÁS EFICAZ EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

V. González-González, J.R. Azpiri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, D.E. Flores-Alvarado, R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) experimentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), lo que representa un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Los algoritmos de evaluación con riesgo cardiovascular (RCV) son herramientas útiles y económicas para la detección temprana de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA). El nuevo algoritmo desarrollado por el *American College of Cardiology* (ACC) y la *American Heart Association* (AHA), denominado *Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTS* (PREVENT), calcula la insuficiencia cardíaca y la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. No se ha evaluado su eficacia en la AP.

Objetivo: Comparar los algoritmos de RCV con la placa carotídea (PC) en pacientes con AP sin ECVA clínica e identificar qué algoritmo es el mejor predictor correlacionado con la PC.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo que incluyó a pacientes con AP de 30 a 79 años que cumplían los Criterios de Clasificación de AP del 2006. Se excluyó a los pacientes con ECVA previa (infarto de miocardio, episodio cerebrovascular o arteriopatía periférica). El RCV se calculó a partir de cinco algoritmos: Globorisk, HEARTS, QRISK3, SCORE2 y PREVENT. Se realizó una ecografía carotídea en todos los participantes en el estudio y se evaluó la presencia de PC definida como un grosor íntima-media carotídeo (GIMC) difuso $\geq 1,2$ mm o un grosor focal $\geq 0,5$ mm. Se llevó a cabo un análisis de la curva ROC para evaluar el rendimiento de los distintos algoritmos de RCV y la presencia de PC. Se calculó el índice de Youden para seleccionar los valores óptimos de sensibilidad, especificidad y predicción negativa y positiva. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 97 pacientes con diagnóstico de AP. La prevalencia de PC fue del 38,0%. Las características demográficas y los resultados se muestran en la **Tabla 1** y la **Figura 1**.

Conclusiones: En este estudio, todos los algoritmos tuvieron una diferenciación significativa para la presencia de PC, excepto el algoritmo SCORE2, que no parece funcionar en esta población. Sin embargo, los algoritmos CVR como Globorisk, HEARTS y QRISK3 tuvieron la mejor precisión diagnóstica con la mayor sensibilidad y especificidad para detectar CP en pacientes con AP. El nuevo algoritmo PREVENT demostró ser menos capaz de reconocer la PC en esta población.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con AP. (CG117)

VARIABLES	PACIENTES CON AP (n = 97)
Edad, años, ± DE	52,6 ± 11,7
Mujeres, n (%)	52 (53,6)
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	22 (22,7)
Hipertensión arterial sistémica, n (%)	35 (36,1)
Dislipidemia, n (%)	45 (46,4)
Tabaquismo activo, n (%)	18 (18,6)
Duración de la enfermedad, años, mediana (p25°-p75°)	5,5 (2,0-10,7)
DAPSA, mediana (p25°-p75°)	12,6 (4,0-26,0)
PASI, mediana (p25°-p75°)	0,4 (0,0-2,1)
NAPSI, mediana (p25°-p75°)	0,0 (0,0-10,2)
PREVENT™, %, mediana (p25°-p75°)	3,5 (1,6-6,0)
Globorisk, %, mediana (p25°-p75°)	6,0 (4,0-10,0)
HEARTS, %, mediana (p25°-p75°)	4,0 (3,0-6,5)
QRISK3, %, mediana (p25°-p75°)	5,4 (2,4-10,4)
SCORE2, %, mediana (p25°-p75°)	3,0 (2,0-5,0)

AP, artritis psoriásica; DE, desviación estándar; PASI, Índice de gravedad del área de psoriasis; NAPSI, Índice de gravedad de la psoriasis ungueal; DAPSA, Actividad de la enfermedad en la artritis psoriásica.

Bibliografía

1. Khan SS, Coresh J, Pencina MJ, *et al.* Novel prediction equations for absolute risk assessment of total cardiovascular disease incorporating cardiovascular-kidney-metabolic health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2023;148(24):1982-2004. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37947094/>

CG118

SUPERVIVENCIA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ANTI-MDA5

G.B. Garduño-Arriaga, J. Rojas-Serrano, D. Rivero-Gallegos

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias INER

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial relacionada con anti-MDA5 (EPI-MDA5) es una emergencia reumatológica que puede ser refractaria al tratamiento.

Objetivo: Describir la supervivencia de una cohorte de pacientes con EPI-MDA5.

Material y métodos: Se incluyó a sujetos con EPI-MDA5 de rápida progresión (empeoramiento de la disnea, tos e hipoxemia, alteraciones en la tomografía de tórax y falla respiratoria demostrada por gasometría arterial), evaluados de junio del 2021 a agosto del 2024. Los pacientes debían cumplir con criterios relacionados con mortalidad, como la presencia de manifestaciones cutáneas, títulos altos de anticuerpos anti-MDA-5 (> 25 UI) y neumonía organizada en la tomografía de tórax de alta resolución. En todos los pacientes se intentó realizar pruebas de mecánica pulmonar y difusión de gases, pero estas pruebas no son factibles en pacientes con gravedad. Se describen la evolución, el riesgo de desenlace letal y los esquemas terapéuticos utilizados.

Resultados: Se incluyó a 10 sujetos, 4 (40%) hombres, con edad media de 59 ± 13,02 años. El 80% sobrevivió (**Figura 1**). Las causas de muerte de los dos pacientes que fallecieron fueron insuficiencia respiratoria (un paciente tenía síndrome combinado con afectación pulmonar extensa) y neumonía intersticial usual con neumomediastino. Todos los pacientes que sobrevivieron tuvieron afectaciones combinadas. En la **Tabla 1** se describen las variables demográficas y los esquemas terapéuticos utilizados.

Figura 1. Curvas ROC de algoritmos de riesgo cardiovascular en pacientes con AP. (CG117)

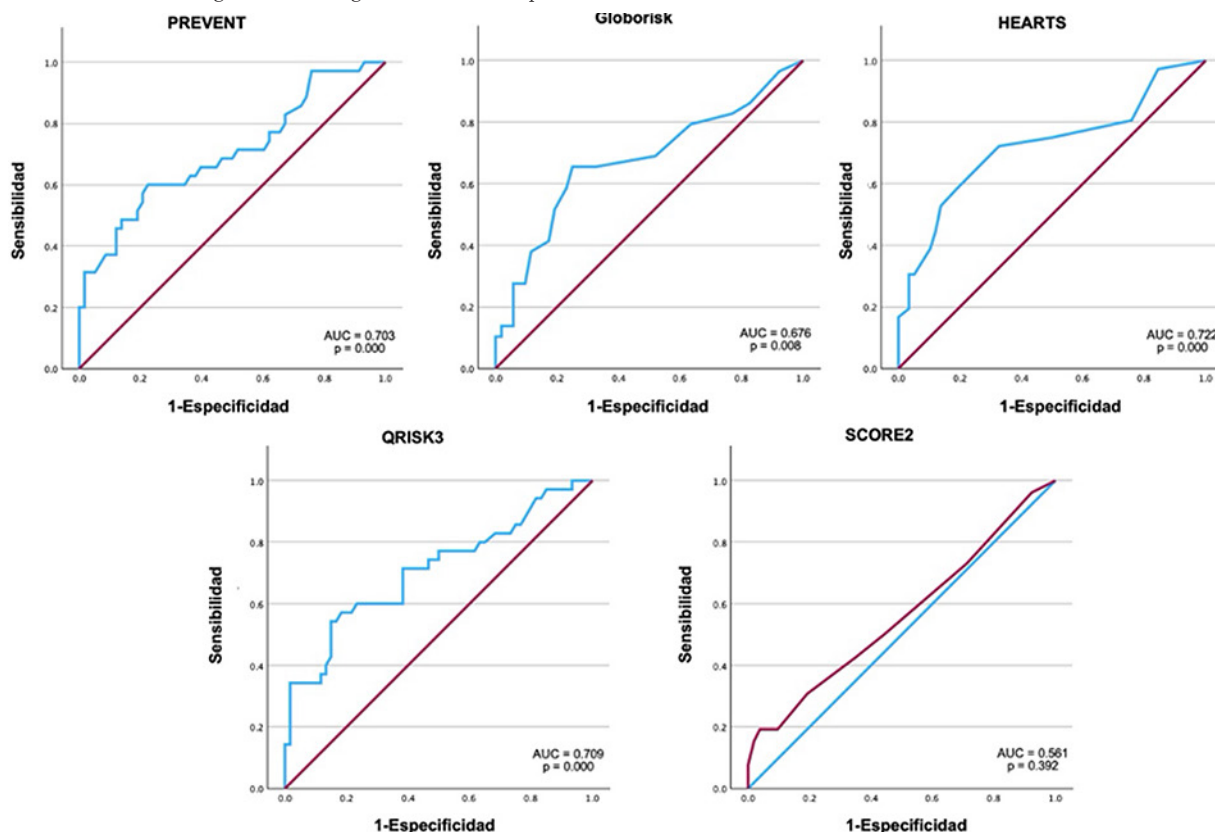


Figura 1. (CG118)

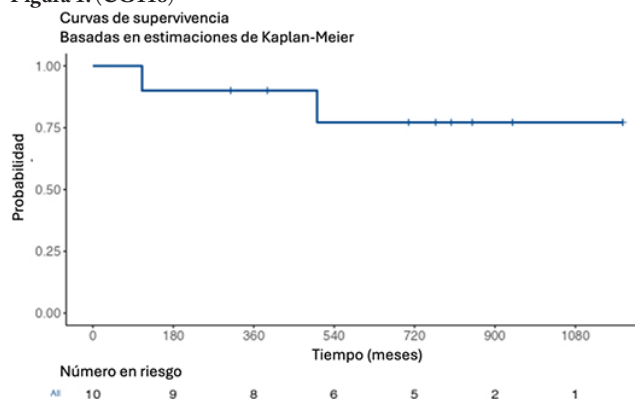


Tabla 1. (CG118)

Variable (n = 10)	
Edad	59 (± 13)
Sexo	
Hombre, n (%)	4 (40)
Mujer	6 (60)
Valores de MDA5+	95,6 (± 53,9)
Patrón tomográfico	
Neumonía intersticial no específica (NINE)	0
Neumonía organizada (NO)	7 (70)
Neumonía intersticial usual (NIU)	3 (30)
Índice de Goh	
Extensión total basal	46 (37-68)
Goh inflamatorio basal	23,2 (± 11)
Goh fibrosante basal	5,4 (0-11,2)
Extensión total final	36 (± 13,7)
Goh inflamatorio final	16,6 (± 6,12)
Goh fibrosante final	4,14 (± 3,53)
Paciente 1 (NO)	Tratamiento Prednisona ¹ + metotrexato ² + leflunomida ³ Prednisona ¹ + rituximab ⁴ + micofenolato de mofetilo ⁵ + metotrexato ² + nintedanib Paciente 3 (síndrome combinado*) Prednisona ¹ † Paciente 4 (NO) (neumomediastino) Prednisona ¹ + rituximab ⁴ + baricitinib + metotrexato ² + nintedanib Paciente 5 (NO) Prednisona ¹ + rituximab ⁴ + metotrexato ² + leflunomida ³ Paciente 6 (NO) Prednisona ¹ + micofenolato de mofetilo ⁵ + metotrexato ² Paciente 7 (NIU) (neumomediastino) Prednisona ¹ + metotrexato ² + leflunomida ³ + pirfenidona Paciente 8 (síndrome combinado*) Prednisona ¹ + rituximab ⁴ + micofenolato de mofetilo ⁵ Paciente 9 (NO) Prednisona ¹ + micofenolato de mofetilo ⁵ + metotrexato ² Paciente 10 (NO) Prednisona ¹ + rituximab ⁴ + baricitinib + micofenolato de mofetilo ⁵
Paciente 2 (NO)	
Paciente 3 (síndrome combinado*)	
Paciente 4 (NO) (neumomediastino)	
Paciente 5 (NO)	
Paciente 6 (NO)	
Paciente 7 (NIU) (neumomediastino)	
Paciente 8 (síndrome combinado*)	
Paciente 9 (NO)	
Paciente 10 (NO)	

1. Dosis indicada inicial: 1 mg/kg/día con dosis reducción.
 2. Dosis indicada: 15-20 mg/sem
 3. Dosis indicada: 100 mg/sem
 4. Dosis indicada: 1 g IV (0-15) con dosis semestral 1 g IV
 5. Dosis indicada: 2 g/día
- † Defunción.
* Síndrome combinado: NIU + enfisema.

Conclusiones: La supervivencia del 80% de los sujetos de esta cohorte, todos con criterios de alto riesgo para mortalidad, sugiere que los esquemas combinados de inmunosupresión pueden modificar de forma positiva el pronóstico de esta anomalía médica conocida por su elevada mortalidad.

Bibliografía

1. Tseng CW. Successful management of anti-MDA5-positive rapidly progressive interstitial lung disease-A case series. *Int J Rheum Dis.* 2023 May;26(5):992-995. doi: 10.1111/1756-185X.14563.
2. Hata K, et al. Aggressive multi-combination therapy for anti-MDA5 antibody-positive dermatomyositis-rapidly progressive interstitial lung disease. *Int J Rheum Dis.* 2024 Jan;27(1):e14999. doi: 10.1111/1756-185X.14999.
3. Selva-O'Callaghan A, Romero-Bueno F, Trallero-Araguás E, et al. Pharmacologic treatment of anti-mda5 rapidly progressive interstitial lung disease. *Curr Treatm Opt Rheumatol.* 2021;7(4):319-333. doi: 10.1007/s40674-021-00186-x.
4. Manghani M, et al. Combination therapy with methylprednisolone, rituximab, and tofacitinib in antimelanoma differentiation-associated 5 gene dermatomyositis with rapidly progressive interstitial lung disease. *Rheumatology & Autoimmunity.* 2024;4(02):122-125.
5. Chen Z, Wang X, Ye S. Tofacitinib in amyopathic dermatomyositis-associated interstitial lung disease. *N Engl J Med.* 2019;381(3):291-293. doi:https://doi.org/10.1056/NEJMc1900045

CG119

DERMATOMIOSITIS SERONEGATIVA: ¿DIFIEREN EL FENOTIPO Y CURSO CLÍNICOS EN COMPARACIÓN CON LA DERMATOMIOSITIS SEROPOSITIVA?

E. Antonelli¹, I. Peralta-García², K. Lodin², H.F. Espinosa-Ortega²

⁽¹⁾Postgraduate School of Internal Medicine, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italy, ⁽²⁾Karolinska Institutet

Introducción: La dermatomiositis engloba diferentes afecciones sistémicas. El perfil de autoanticuerpos puede ayudar a sustentar el diagnóstico y también ser un predictor de afectación de órganos específicos. Sin embargo, el 30% a 40% de los pacientes con MII son seronegativos. Esto puede conducir a un diagnóstico erróneo con tratamiento inadecuado.

Objetivo: Investigar el fenotipo clínico y el curso de la enfermedad de una cohorte de pacientes con dermatomiositis seronegativa.

Material y métodos: Se identificó a los pacientes por medio del Registro Nacional Suco (SRQ) y el registro MyoNet y se revisaron las historias clínicas cuando fue necesario. El estado seronegativo se definió por la ausencia de anticuerpos específicos y relacionados de miositis. Se compararon las características clínicas basales, las medidas básicas, el dolor, la fatiga y los marcadores inflamatorios con los pacientes con dermatomiositis seropositiva. El punto de partida fue la primera visita disponible con la cantidad mínima de datos para calcular la puntuación total de mejora. Esta última se definió como mejoría considerable, moderada, mínima o nula y se calculó a uno, tres y cinco años desde el inicio. Se realizó un modelo de regresión mixto para medidas repetidas de datos longitudinales y una regresión logística para la probabilidad de respuesta al tratamiento. La significación estadística se estableció con p < 0,05.

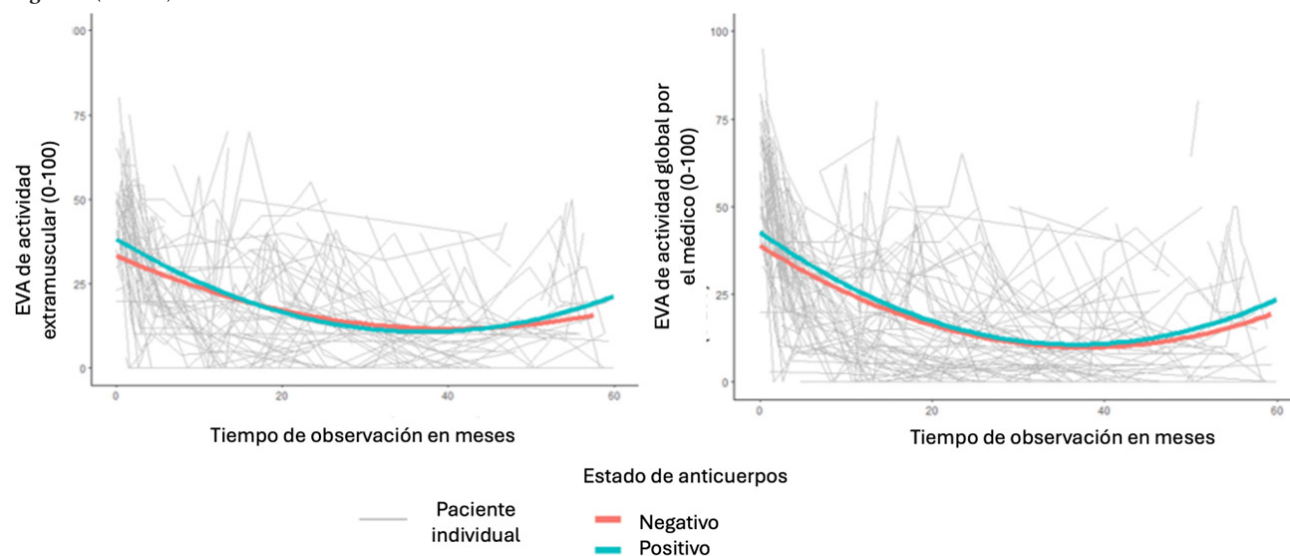
Resultados: Se identificó a 140 pacientes con dermatomiositis: 20 seronegativos y 120 seropositivos (Tabla 1). La edad media al diagnóstico fue de 53 años (DE, 15), con 67% de mujeres. El grupo de dermatomiositis seronegativa tuvo una mayor frecuencia de fumadores o exfumadores (p = 0,002). Al inicio del estudio, el grupo de dermatomiositis seropositiva mostró mayor frecuencia del signo del chal y valores elevados de tasa de sedimentación globular (VSG) (p = 0,01 y p = 0,03, respectivamente). El dolor, la fatiga y las medidas básicas fueron similares. Se analizó la evolución de la evaluación global del médico (EGM) en todos los pacientes durante los primeros cinco años desde el inicio del estudio, ajustada por el estado de los anticuerpos, la enfermedad pulmonar intersticial (EPI), la disfagia y el cáncer. Además, se comparó la EGM longitudinal entre los pacientes tratados al inicio solo con metotrexato frente a otros tratamientos ajustados por el estado de los anticuerpos. No se hallaron diferencias significativas. Del mismo modo, el análisis longitudinal de la evaluación extramuscular (escala visual analógica, 0-100) no mostró diferencias relevantes tras ajustarse por el estado de los anticuerpos o el

Tabla 1. (CG119)

	Ambos grupos	Seronegativos (20) n (%)	Seropositivos (120) n (%)	Valor de p
Erupción heliotropa (%)	75/122 (62)	10/17 (59)	65/105 (62)	NS
Signo de Gottron (%)	95/120 (79)	12/17 (70)	83/103 (80)	NS
Signo V (%)	51/115 (44)	6/15 (40)	45/100 (45)	NS
Signo del chal (%)	29/112 (26)	0/15 (0)	29/97 (30)	0,01
Artritis (%)	26/119 (22)	5/18 (28)	21/101 (21)	NS
Enfermedad pulmonar intersticial (%)	29/118 (25)	2/18 (11)	27/100 (27)	NS
Disfagia (%)	69/123 (56)	10/17 (59)	59/106 (56)	NS
Cáncer (%)	37/140 (26)	7/20 (35)	30/120 (25)	NS
MMT8	76 (65-80)	72 (69-78)	76 (65-80)	NS
EGP (EVA)	48 (24-71)	40 (22-78)	48 (26-71)	NS
EGM (EVA)	33 (12-55)	20 (8-40)	36 (14-56)	0,06
CK mcat/L n = 19	2 (1-27)	1 (1-1)	2,5 (1-31)	NA
HAQ _s (0-3)	0,0 (0-1)	0,5 (0,3-0,8)	0 (0-1)	NS
Extramuscular (EVA), n = 90	35 (15-50)	28 (20-34)	35 (15-50)	NS
Dolor, n = 94	27 (6-52)	15 (6-45)	27 (6-53)	NS
Fatiga, n = 57	50 (25-73)	77 (29-78)	50 (25-72)	NS
PCR, n = 99	4,0 (1,0-6,5)	2,0 (1,0-6,0)	4,0 (1,0-7,0)	NS
ESR, n = 103	17 (8-31)	8 (5-23)	20 (9-32)	0,03

MMT8, *Manual Muscle Testing 8*; EGP, Evaluación global del paciente; EGM, Evaluación global de médicos; EVA, escala visual analógica; CK, creatina cinasa); HAQ_s, Cuestionario de Evaluación de la Salud; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular.

Figura 1. (CG119)



signo del chal (Figura 1). Al cabo de un año, el grupo de dermatomiositis seronegativa no difirió del grupo de dermatomiositis seropositiva en la frecuencia de cada categoría de la puntuación total de mejora. A los tres y cinco años, dicha puntuación no mostró diferencias. El análisis de regresión logística reveló que la EPI fue el único predictor significativo de respuesta a un año (OR, 2,9; IC95%, 1,09-8,9; p = 0,04) incluso después del análisis multivariado ajustado para el uso de rituximab durante el seguimiento.

Conclusiones: Los resultados sugieren que el grupo de dermatomiositis seropositiva tuvo una afectación cutánea más extensa que el grupo de dermatomiositis seronegativa. El valor más elevado de VSG puede indicar un estado inflamatorio más intenso, lo que sugiere que el grupo de dermatomiositis seronegativa puede tener una forma menos inflamatoria de la enfermedad. El estudio indica que el grupo de dermatomiositis seronegativa parece responder al tratamiento de forma similar al grupo de dermatomiositis seropositiva.

Bibliografía

1. Aggarwal R, *et al.* Arthritis rheumatol. 2017 May;69(5):898-910.

CG120

ANTICUERPOS ASOCIADOS A MIOPATÍAS INFLAMATORIAS (AAMio) EN PACIENTES CON MIOPATÍAS Y SUJETOS SANOS: ESTABLECIMIENTO DE VALORES DE REFERENCIA

M.E. Baños-Laredo, M.T. Huerta-García, A. Martínez-Castillo, E. Olivares-Martínez, D.F. Hernández-Ramírez, V. Pascual-Ramos, D. Gómez-Martín, J. Torres-Ruiz, C.A. Núñez-Álvarez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los AAMio pertenecen al grupo de autoanticuerpos presentes en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas autoinmunitarias (MIIA), los cuales son difíciles de evaluar y caracterizar. Existen informes publicados de anticuerpos naturales presentes en población sana (< 10%), por lo que resulta imperante conocer los valores de referencia (VR) para estos anticuerpos en el laboratorio y no sobrediagnosticar estas afecciones.

Objetivo: Establecer los VR para los AAMio determinados mediante inmunoanálisis lineal (método semicuantitativo).

Material y métodos: Se analizaron 22 sueros de sujetos sanos (50% hombres; seroteca obtenida en 2018) y 48 pacientes con criterios ACR/EULAR 2017 para MIIA (Cohorte MYOTReCSZ). Todos los pacientes se evaluaron a través de medidas del grupo IMACS y el fenotipo clínico se estableció mediante consenso entre pares reumatólogos expertos. Los AAMio se procesaron de forma manual bajo condiciones controladas (tem. 20°-22°C, con dos lotes diferentes) y con equipos comerciales (EUROIMMUN; VR fabricante 25); la evaluación final se llevó a cabo de forma digitalizada (EUROLine blot). Se obtuvieron S, E, VP y ABC con curvas ROC o percentiles.

Resultados: En el grupo de pacientes, la mayoría correspondió a mujeres (n = 38, 79,1%), con una media de edad de 47,2 años (DE, 13,1 años). La clasificación por subtipo clínico incluyó mayormente dermatomiositis (n = 41, 85,4%), síndrome antisintetasa (n = 5, 10,4%) y polimiositis (n = 2, 2,1%). Derivado del análisis con percentiles o curvas ROC se obtuvieron los VR recogidos en la **Tabla 1**.

Tabla 1. (CG120)

	VR exp ^(UA)	Sen	Esp	VPP/VPN
Anti-Ro52	10,5	99,9	97,4	91/34
Anti-OJ*	4,0	20,0	95,0	50/30
Anti-EJ*	3,0	20,0	95,0	50/30
Anti-PL12*	15,0	98,0	90,0	96/95
Anti-PL7	10,5	99,9	97,8	96/95
Anti-SRP*	5,0	98,0	95,0	98/95
Anti-Jo1	8,5	99,9	97,8	98/98
Anti-PM-Scl-75*	15	98,0	95,0	98/95
Anti-PM-Scl-100*	4	98,0	95,0	98/95
Anti-Ku	9,5	99,9	93,3	98/98
Anti-SAE1*	3,0	98,0	95,0	98/95
Anti-NXP2*	5,0	88,0	95,0	98/78
Anti-MDA5	10,5	99,9	97,5	67/28
Anti-TIFg	11,5	99,9	97,6	88/34
Anti-Mi2 (a/b)	10,0	99,9	95,3	82/33

*Percentila 95

Conclusiones: Para todos los AAMio evaluados, el VR fue menor al indicado por el fabricante (promedio 9 vs. 25 UA). El establecimiento de los VR para AAMio ajustados a esta población será de gran utilidad para el diagnóstico de esta alteración.

Bibliografía

- Cabiedes J, Núñez-Álvarez CA. Antinuclear antibodies. *Reumatol Clín.* 2010;6(4):224-30.
- Núñez-Álvarez CA, García-Hernández JL, Martínez-Castillo A, et al. Prevalencia de anticuerpos anti-ENA (RNP/Sm, Sm, Jo1, Scl70, SSA/Ro, SSB/La) y establecimiento de valores de referencia en donadores sanos mexicanos. *Reumatol Clín Supp* 2010.

CG121

TENDENCIAS DE HOSPITALIZACIONES Y MORTALIDAD EN VASCULITIS SISTÉMICAS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS: ESTUDIO NACIONAL

S. Barrera-Hernández¹, C. Mendoza-Pinto², P. Munguía-Realpozo², I. Etchegaray-Morales¹, E. Ramírez-Lara², E. Jiménez-Jiménez³, M.A. Trinidad-González¹, R. Berra-Romani¹, S. Méndez-Martínez⁴

⁽¹⁾Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, ⁽²⁾UMAE Hospital de Especialidades, CMN MAV-CIBIOR, IMSS, Puebla, ⁽³⁾CIBIOR, Delegación Puebla, IMSS, ⁽⁴⁾Delegación Puebla, IMSS, Puebla

Introducción: Las vasculitis sistémicas relacionadas con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) incluyen a la granulomatosis con poliangeítis (GPA), la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) y la poliangeítis microscópica (MPA), que afectan a 200 a 400 personas por millón. El pronóstico es peor durante el primer año tras el diagnóstico, con mayor riesgo de hospitalizaciones por infecciones y mayor mortalidad. Asimismo, la mortalidad en estos pacientes es tres veces mayor respecto de la población general. Hay estudios globales sobre esta enfermedad, pero faltan datos específicos sobre hospitalizaciones y mortalidad en México.

Objetivo: Describir las tendencias de hospitalizaciones y mortalidad atribuidas a vasculitis sistémicas relacionadas con ANCA en México.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal y retroactivo. Se analizaron datos de la Dirección General de la Información en Salud (DGIS) sobre hospitalizaciones (2005-2022) y mortalidad (2000-2022) de vasculitis relacionadas con ANCA. Los casos se definieron según la clasificación internacional de enfermedades versión 10 (CIE-10) y se utilizaron los códigos M31.3 (GPA) y M31.7 (MPA). Se calcularon las tasas estandarizadas por edad (TEE) con el método directo, por año desde el año 2005 hasta el 2022 para hospitalizaciones y del 2000 al 2022 para defunciones de forma global, por sexo y por región geográfica. Para el análisis de tendencias se empleó el software Joinpoint v.5.2.0 para obtener el cambio porcentual anual (APC) y el cambio porcentual anual promedio (AAPC) junto con sus intervalos de confianza (IC) al 95%.

Resultados: Entre el 2005 y 2022 se registraron 2 804 hospitalizaciones por vasculitis sistémicas relacionadas con ANCA. Durante el periodo de estudio, los grupos de edad más afectados fueron los de 45 a 55 años (24,9%) y 35 a 44 años (21,1%). Los hombres tuvieron una ligera prevalencia en las hospitalizaciones (50,3%) en comparación con las mujeres (49,7%). La mayoría de las hospitalizaciones se concentró en la región centro. Durante el periodo del 2000 al 2022 se registraron 599 defunciones y, de nueva cuenta, los grupos de edad más afectados fueron los de 45 a 55 años (22,03%) y 35 a 44 años (17,86%). La mortalidad fue más alta en las mujeres que en los hombres (51,3% y 48,7%, respectivamente). La región centro concentró el mayor número de muertes, seguida por la región centro-occidente (**Tabla 1**). Con respecto a las TEE, en las tasas de hospitalizaciones se observó una disminución general durante el periodo de estudio (2005-2022), con un AAPC de -1,45% (IC95%, -15,7, 15,2). En el análisis por segmentos se identificó una disminución significativa entre los años 2010 y 2022 con un APC de -5,1% (IC95%: -9,7, -0,4; p = 0,03). En las tasas de mortalidad en el periodo de estudio (2000-2022) se reconoció un aumento general con un AAPC de 3% (IC95%, -4,6, 11,2). En el análisis por segmentos se observó un incremento de la tendencia entre los años 2008 y 2018 con un APC de 8,83% (IC95%, 2,05, 16,06; p = 0,01).

Tabla 1. Características demográficas de las hospitalizaciones y defunciones por vasculitis sistémicas relacionadas con ANCA. (CG121)

Variable	Hospitalizaciones por vasculitis n (%)	Defunciones por vasculitis n (%)
Global	2 804	599
Sexo		
Mujeres	1 394 (49,7)	307 (51,3)
Hombres	1 410 (50,3)	292 (48,7)
Región geográfica		
Norte	412 (14,69)	122 (20,4)
C-O	504 (17,97)	148 (24,7)
Centro	1 732 (61,76)	286 (47,7)
Sureste	156 (5,56)	43 (7,2)

C-O, centro-occidente; ANCA, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos.

Conclusiones: Las tendencias de hospitalizaciones y mortalidad de las vasculitis sistémicas relacionadas con ANCA en México han fluctuado dentro del periodo de estudio; las tendencias de las hospitalizaciones han mostrado una disminución, a diferencia de la mortalidad que ha experimentado un aumento, especialmente desde 2008.

Bibliografía

1. Austin K, Janagan S, Wells M, *et al.* ANCA Associated vasculitis subtypes: Recent insights and future perspectives. *J Inflamm Res.* 2022;15:256782.
2. Wallace ZS, Fu X, Harkness T, *et al.* All-cause and cause-specific mortality in ANCA-associated vasculitis: overall and according to ANCA type. *Rheumatology (Oxford).* 2020;59(9):230815.

CG122

ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ANTICUERPOS PARA ESCLEROSIS SISTÉMICA

N. Ruiz-Gómez, J. Rojas-Serrano, K.L. Chacón-Abril, M. Mejía-Ávila, A. García-Cuellar, V. Lira-Boussart, A. Muñoz-Suárez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: Tiene gran utilidad determinar la prevalencia de hipertensión pulmonar (HP) en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial y anticuerpos para esclerosis sistémica.

Objetivo: Calcular la prevalencia de HP, clasificar su tipo y evaluar la supervivencia de los pacientes con alta y baja probabilidad de HP.

Material y métodos: Se analizaron los datos de 51 pacientes de la cohorte del INER. Se evaluaron mediante pruebas clínicas, espirometría (CVF, FEV1, DLCO), caminata de 6 minutos, tomografía de alta resolución (TCAR) y ecocardiograma transtorácico (ECOTT) (Figura 1). Trece pacientes se sometieron a cateterismo cardiaco derecho (CCD). Las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias y las cuantitativas con media, desviación estándar y mediana. Las comparaciones se efectuaron con las pruebas t de Student, U de Mann-Whitney y χ^2 .

Resultados: Se identificó a siete pacientes con probabilidad intermedia de HP y 26 con baja probabilidad, que se agruparon en un solo grupo denominado "baja probabilidad de HP". Estos enfermos se compararon con 18 sujetos con alta probabilidad de HP (Tablas 1 a 11). El grupo de alta probabilidad incluyó a más mujeres (55,6%), pero no hubo diferencias significativas en otras variables demográficas. La prevalencia del fenotipo IPAF fue mayor en el grupo de baja probabilidad. La mortalidad en el grupo de alta probabilidad fue del 22,2% (4 fallecidos). Los pacientes con alta probabilidad de HP mostraron más estertores (83,3% vs. 45,5%), disnea más grave y peores resultados en la función pulmonar, con menor CVF% (p = 0,007) y mayor afectación vascular (CVF%/DLCO%, p = 0,031). Además, la caminata de 6 minutos fue peor (p = 0,039) y la fibrosis más grave en el índice Goh (p = 0,009). El patrón más común de EPI fue la neumonía intersticial no específica (NINE) en ambos grupos. En laboratorio, el ácido úrico y el BNP fueron más elevados en el grupo de alta probabilidad, relacionados con mayor riesgo de HP. El anticuerpo anti-Pm/ScL 100 fue más común en el grupo de baja probabilidad. Un 72,22% de los pacientes de alta probabilidad de HP se confirmó mediante CCD, 84,6% pertenecía al grupo clínico 3 de HP y 15,5% al grupo 1.

Conclusiones: Los pacientes con alta probabilidad de HP tienen mayor afectación fibrótica y peores resultados funcionales con DLCO < 60 y CVF < 70, lo que eleva el riesgo de H. El cateterismo se indica según sean los factores clínicos como la disnea y el ecocardiograma. Un 72,22% se confirmó con HP, en su mayoría del grupo 3, con una mortalidad del 22%.

Bibliografía

1. Sami F, Sami SA, Shillpa A, *et al.* Ab0858 pulmonary arterial hypertension in systemic sclerosis: a national inpatient analysis. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2023. doi: 10.1136/annrheumdis-2023-eular.333
2. Morrisroe K, Hansen D, Stevens W, *et al.* Predictors and prognosis of pulmonary hypertension complicating interstitial lung disease in systemic sclerosis. *Rheumatology.* 2024. doi: 10.1093/rheumatology/keae166.

Figura 1. El índice de Rodnan (o *modified Rodnan Skin Score*, mRSS) es una herramienta clínica utilizada para evaluar el grado de engrosamiento cutáneo en pacientes con esclerosis sistémica (esclerodermia). BNP, péptido natriurético; ECOTT, ultrasonido cardiaco transtorácico; DLCO, difusión de monóxido de carbono. (CG122)

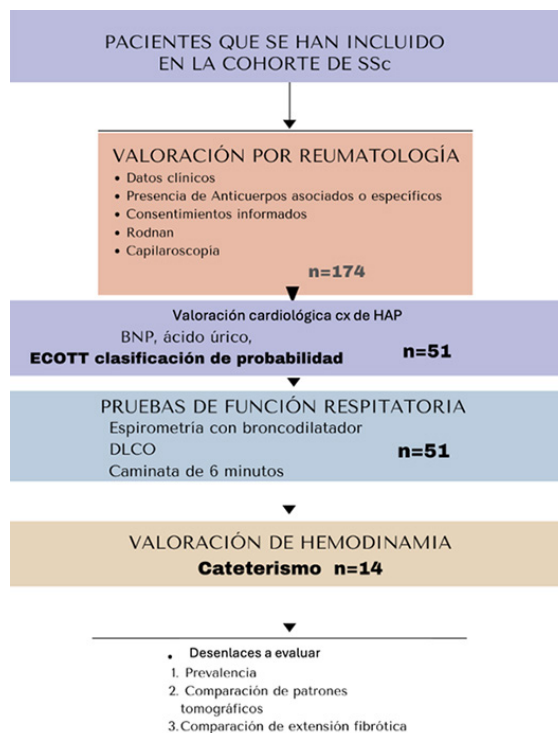


Tabla 1. Características basales de los pacientes con esclerosis sistémica y enfermedad pulmonar intersticial y comparación de aquellos con alta probabilidad de hipertensión pulmonar (grupo 3) con los de baja probabilidad (grupos 1 y 2) por ultrasonido cardiaco. (CG122)

Variable	Baja probabilidad n = 33	Alta probabilidad n = 18	p
Sexo			
• Mujer (%)	31 (93,9)	10 (55,6)	0,001
• Hombre	2 (6,1)	8 (44,49)	
Edad, med (mín-máx)	62 (40-86)	62 (41-78)	0,96
IMC ^a , m (DE)	23,4 (6,02)	23,8 (3,9)	
Tabaquismo, n (%)	1 (3,0)	2 (11,1)	0,19
Exfumadores, n (%)	8 (24,2)	2 (11,1)	0,37
Criterios ACR-EULAR 2013 (%)	10 (30,3)	9 (50)	0,16
Engrosamiento en la piel	5 (12,5)	3 (16,7)	0,88
Edema	4 (12,1)	5 (27,8)	0,17
Esclerodactilia		7 (53,8)	0,14
Úlceras digitales	3 (9,1)	1 (5,6)	0,64
Infartos digitales	2 (6,1)	0	0,17
Telangiectasias		7 (38,9)	0,49
Alteraciones en capilaroscopia	3 (9,1)	0	0,18
Enfermedad pulmonar intersticial	33 (100)	18 (100)	NS
Síndrome de Raynaud	9 (27,3)	8 (44,4)	0,21
Anticentrómero	10 (30,3)	2 (11,1)	0,10
Antitopoisomerasa	1 (3,0)	3 (16,7)	0,091
Anti-RNA polimerasa	13 (34,4)	6 (33,3)	0,66
Criterios DE IPAF ^a (%)	26 (68,4)	10 (55,6)	0,31
Muerte (%)	1 (3,03)	4 (22,2)	0,03
• Cardiovascular	0	1 (5,6)	
• Infecciones	0	1 (5,6)	
• Insuficiencia respiratoria	1 (3,0)	0	
• Otros	0	1 (5,6)	

^aÍndice de masa corporal.

^aEnfermedad pulmonar intersticial relacionada con autoinmunidad.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con esclerosis sistémica y enfermedad pulmonar intersticial de pacientes con alta probabilidad en comparación con baja probabilidad de hipertensión pulmonar por ultrasonido cardiaco. (CG122)

Variable	Baja probabilidad n = 38	Alta probabilidad n = 18	p
Síntomas respiratorios y cardiovasculares (%)			
Tos	22 (66,7)	15 (83,3)	0,08
Estertores en velcro	15 (45,5)	15 (83,3)	0,002
Expectoración	14 (42,4)	7 (38,9)	0,93
Lipotimia	3 (9,1)	3 (16,7)	0,38
Síncope	0	2 (11,1)	0,03
Edema	12 (36,4)	8 (44,4)	0,46
Disnea	25 (75,8)	17 (94,4)	0,006
• mMRC0 ^a	11 (33,3)	1 (5,6)	0,003
• mMRC1	9 (27,3)	1 (5,6)	
• mMRC2	4 (12,1)	7 (38,9)	
• mMRC3	9 (27,3)	6 (33,3)	
• mMRC4	0	2 (11,1)	
Síntomas de enfermedades reumáticas (%)			
Acropaquias	8 (24,2)	7 (38,9)	0,22
Artritis	10 (30,3)	2 (11,1)	0,12
Debilidad muscular proximal	13 (39,4)	1 (5,6)	0,006
Disfagia	9 (27,3)	1 (7,7)	0,19
Edema de manos	7 (21,1)	8 (44,4)	0,85
Efluvio	9 (27,3)	2 (11,1)	0,19
Eritema malar	3 (7,9)	2 (11,1)	0,49
Esclerodactilia	8 (24,2)	7 (53,8)	0,14
Fenómeno de Raynaud	9 (27,3)	8 (44,4)	0,21
Fiebre	7 (21,2)	1 (5,6)	0,12
Fotosensibilidad	87 (21,2)	2 (11,1)	0,39
Lesiones en sal y pimienta	10 (30,3)	5 (27,8)	0,94
Manos de mecánico	4 (12,1)	2 (11,1)	0,97
Neuropatía	12 (36,4)	1 (5,6)	0,01
Pérdida de peso	13 (39,4)	8 (44,4)	0,60
Poliartralgias	18 (54,5)	8 (44,4)	0,61
Exantema	1 (3,0)	0	0,35
Reflujo gastroesofágico	15 (45,5)	2 (11,1)	0,01
Rigidez matutina	8 (24,2)	2 (11,1)	0,27
Signo de Gottron	2 (6,1)	0	0,35
Telangiectasias	20 (52,6)	7 (38,9)	0,20
Úlceras orales	5 (15,2)	3 (16,7)	0,82
Xeroftalmia	19 (57,6)	10 (55,6)	0,93
Xerostomía	19 (57,6)	11 (61,1)	0,62

^amMRC, *modified Medical Research Council*.

Tabla 3. Características de la fisiología pulmonar de los pacientes con esclerosis sistémica y enfermedad pulmonar intersticial con alta y baja probabilidad de hipertensión pulmonar por ultrasonido cardiaco. (CG122)

Pruebas de fisiología pulmonar, med (mín-máx)	Baja probabilidad n = 33	Alta probabilidad n = 18	p
FVCL ^o	2,07 (0,79-4,04)	1,64 (0,96-4,05)	0,11
FVC % ^{oo}	67 (25-125)	51 (35-81)	0,007
FEV1 ^{ooo}	1,67 (0,69-2,96)	1,32 (0,94-0,26)	0,12
FEV1% ^a	71 (28-127)	60 (38-80)	0,02
DLCO L ^{aa}	13,4 (0-26)	8,1 (3,3-17,8)	0,09
DLCO % ^{aaa}	54 (0-115)	29 (11-80)	0,24
Caminata de 6 min (m)	407 (0-510)	236,5 (0-497)	0,039
FVC%/DLCO%	1,22 (0,63-3,5)	1,8 (0,78-4,36)	0,031

^oFVCL, capacidad vital forzada en litros; ^{oo}FVC%, porcentaje de capacidad vital forzada; ^{ooo}FEV1, volumen espiratorio forzado en el primer segundo en litros; ^aFEV1%, porcentaje de volumen espiratorio forzado en el primer segundo en litros; ^{aa}DLCO, difusión pulmonar de monóxido de carbono en litros; ^{aaa}DLCO%, porcentaje de difusión pulmonar de monóxido de carbono.

Tabla 4. Características de la tomografía de alta resolución (TCAR), índice de Goh y patrones tomográficos de enfermedad pulmonar intersticial (EPID) de los pacientes con esclerosis sistémica con alta y baja probabilidad de hipertensión pulmonar por ultrasonido cardiaco. (CG122)

Tomografía de alta resolución pulmonar, med (mín-máx)	Baja probabilidad n = 33	Alta probabilidad n = 18	p
Goh total	78 (22-100)	70 (30-90)	0,95
Goh fibrótica	9,5 (0-43)	18 (0-60)	0,009
Goh inflamatoria	60,68 (10,8-90)	50,9 (4,6-84)	0,24
Rel. arteria pulmonar/aorta	0,98 (0,5-1,29)	0,95 (0-1,25)	0,81
Diámetro esofágico, mm	14,1 (6,6-31,59)	15,2 (0-30,4)	0,35
Adenomegalias mediastínicas (%)	12 (36,4)	11 (61,1)	0,12
Dilatación esofágica (%)	27 (81,8)	13 (72,2)	0,43
Patrón de EPID (%)	33 (100)	18 (100)	0,47
• NINE 1	25 (75,8)	16 (88,9)	
• NIL 2	0	0	
• NIU 3	5 (15,2)	1 (5,6)	
• NOC 4	0	0	
• NH 5	0	0	
• Patrón inespecífico intersticial	3 (9,1)	1 (5,6)	

1, neumonía intersticial no específica; 2, neumonía intersticial linfocítica; 3, neumonía intersticial usual; 4, neumonía organizada; 5, neumonía por hipersensibilidad.

Tabla 5. Características paraclínicas y estudios de autoinmunidad en pacientes con alta probabilidad y baja probabilidad para hipertensión pulmonar por ultrasonido. (CG122)

Estudios paraclínicos de laboratorio	Baja probabilidad n = 38	Alta probabilidad n = 13	p
Ácido úrico, DE (mín-máx)	4,5 (1,1)	6,8 (1,7-9,8)	0,007
BNP media	18,4 (10-198)	88 (8,6-3345)	0,029
Factor reumatoide	106 (5-276)	10 (8,7)	0,061
Anti-CCP	2 (1-27)	2,5 (1,9-5,8)	0,79
Multipositividad de panel de esclerosis (%)	25 (75,8)	10 (55,6)	0,75
Anticuerpos de miopatía (%)	20 (60,3)	6 (33,3)	0,32
Anticuerpos antinucleares por IFI ^a			
Dos patrones de ANA ^o (%)	12 (36)	6 (33,6)	0,39
Sin ANA	4 (12,1)	2 (5,6)	
Mitocondrial	0	2 (11,1)	
Moteado grueso	2 (6,1)	7 (38,9)	
Homogéneo	6 (18,2)	3 (16,7)	
Moteado fino	8 (24,2)	1 (5,6)	
Nucleolar	1 (3,0)	0	
Centromérico	8 (24,2)	2 (11,1)	
Centriolar	1 (3,0)	0	
Citoplasmático ribosomal	2 (6,1)	0	
Citoplasmático mitocondrial	1 (3,0)	0	
Especificidades <i>immunoblots</i>			
Anti-Ro 52 (%)	10 (30,3)	4 (22,2)	0,53
Títulos de Ro 52 DE (mín-máx)	132 (24-215)	150 (59) NOR	0,73
Anti-ScL70	3 (9,1)	5 (27,8)	0,06
Títulos de ScL70	152 (120-170)	16 (0-355)	0,11
Anti-Pm/ScL75	2 (6,1)	2 (11,1)	0,53
Títulos Pm/ScL75	13 (2,8)	16 (11-18)	0,40
Anti-Pm/ScL100	4 (12,1)	0	0,05
Títulos Pm/ScL100	34 (8-66)	0	NS
Anticentrómero A	9 (27,3)	1 (5,6)	0,43
Títulos anticentrómero A	177 (35-235)	210 (209-211)	0,64
Anticentrómero B	7 (21,2)	1 (5,6)	0,69
Títulos anticentrómero B	161 (0-232)	213 (36-217)	0,77
Anti-RNA pol 11	11 (33,3)	3 (16,7)	0,19
Títulos RNA pol 11	23 (9-74)	16 (16-71)	0,88
Anti-RNA pol 155	14 (42,4)	5 (27,5)	0,29
Títulos RNA pol 155	20 (9-110)	26 (14-214)	0,38
Antifibrilarina	6 (18,2)	5 (27,8)	0,43
Títulos fibrilarina	10,5 (8-209)	20 (8-56)	0,24
Anti-NoR 90	6 (18,2)	2 (11,1)	0,41
Títulos NoR90	62 (9-231)	16 (10-24)	0,26
Anti-Th/To	9 (27,3)	5 (27,8)	0,96
Títulos Th/To	14 (8-22)	15 (0-29)	0,60

IFI^a, inmunofluorescencia; ANA^o, anticuerpos antinucleares.

Tabla 6. Clasificación clínica por cateterismo cardiaco en pacientes con alta y baja probabilidad para hipertensión pulmonar por ultrasonido. (CG122)

Laboratorio de hemodinamia (%)	Baja probabilidad n = 33	Alta probabilidad n = 18	p
Hipertensión diagnosticada por cateterismo (%)	1 (3,03)	13 (72,22)	< 0,001
• Grupo 0	1 (3,0)	0	0,079
• Grupo 1	0	2 (15,4)	
• Grupo 2	0	0	
• Grupo 3	0	11 (84,6)	
• Grupo 4	0	0	
• Grupo 5	0	0	

Toda la población de los 51 pacientes.

Tabla 7. Características basales de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial y anticuerpos de esclerosis sistémica. (CG122)

Variable	n = 51
Sexo	
• Mujer, n (%)	41 (80,4)
• Hombre	10 (19,6)
Edad, med (mín,máx)	62 (40-86)
IMC	23,4 (2,3-36,8)
Tabaquismo (%)	3 (5,9)
Exfumadores	10 (19,6)
Criterios ACR-EULAR 2013 (%)	19 (37,3)
• Engrosamiento de la piel	8 (15,7)
• Edema	9 (17,6)
• Esclerodactilia	16 (31,4)
• Úlceras digitales	4 (7,8)
• Infartos digitales	2 (3,9)
• Telangiectasias	26 (51)
• Alteraciones en capilaroscopia	3 (5,9)
• Enfermedad pulmonar intersticial	51 (100)
• Síndrome de Raynaud	17 (33,3)
• Anticentrómero	12 (23,5)
• Antitopoisomerasa	4 (7,8)
• Anti-RNA polimerasa	19 (37,3)
Neumopatía intersticial de origen autoinmunitario (IPAF) (%)	33 (64,7)
Muerte (%)	5 (10,64)
• Cardiovascular	1 (2,13)
• Infecciones	2 (4,26)
• Insuficiencia respiratoria	1 (2,13)
• Otros	1 (2,13)

Tabla 8. Características clínicas de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial y anticuerpos de esclerosis sistémica. (CG122)

Variables clínicas	n = 51 (%)
Síntomas respiratorios y cardiovasculares (%)	
Tos	37 (74)
Estertores en velcro	30 (60)
Expectoración	21 (42)
Lipotimia	6 (12)
Síncope	2 (4)
Edema	20 (40)
Disnea	42 (84)
• mMRC0	12 (24)
• mMRC1	10 (20)
• mMRC2	11 (22)
• mMRC3	15 (30)
• mMRC4	2 (4)
Síntomas de enfermedad reumática (%)	
Acropaquias	15 (30)
Artritis	12 (24)
Debilidad muscular proximal	14 (28)
Disfagia	11 (22)
Edema de manos	11 (22)
Efluvio	11 (22)
Eritema malar	4(8)

Esclerodactilia	16 (31)
Fenómeno de Raynaud	17 (33)
Fiebre	8 (16,3)
Fotosensibilidad	9 (18)
Gotttron	1 (2)
Manos de mecánico	6 (12)
Neuropatía	13 (26)
Pérdida de peso	21 (42)
Poliartralgias	26 (52)
Exantema	1 (2)
Reflujo gastroesofágico	17 (34)
Rigidez matutina	10 (20)
Sal y pimienta	15 (30)
Telangiectasias	26 (51)
Úlceras orales	8 (16)
Xeroftalmía	29 (58)
Xerostomía	30 (60)

mMRC, *modified Medical Research Council* (escala modificada de disnea).

Tabla 9. Características de fisiología pulmonar y tomografía de alta resolución pulmonar de los pacientes con esclerosis sistémica y enfermedad pulmonar intersticial. (CG122)

Variables funcionales y anatómicas por tomografía de alta resolución pulmonar	n = 51 (%)
Pruebas de función pulmonar y caminata de 6 minutos	
FVCL ^o , med (mín-máx)	1,95 (0,79-4,05)
FVC % ^{oo}	62 (25-125)
FEV1 ^{ooo}	1,49 (0,69-3,26)
FEV1% ^a	65 (28-127)
DLCO L ^{aa}	12,5 (0-126)
DLCO% ^{aaa}	35,5 (0-115)
Caminata de 6 min (m)	367 (0-510)
FVC%/DLCO%	1,30 (0,6-4,3)
Tomografía de alta resolución pulmonar (TCAR)	
Goh total, med (mín-máx)	76 (22-100)
Goh fibrótica	12,8 (0-60)
Goh inflamatoria	59,4 (4,6-90)
Rel. arteria pulmonar/aorta	0,97 (0-1,29)
Diámetro esofágico	14,59 (0-31,5)
Dilatación esofágica (%)	40 (78,4)
Adenomegalias mediastínicas (%)	23 (45,1)
Patrón de enfermedad pulmonar intersticial (EPID)	
• NINE1 (%)	41 (80,4)
• NIL2	0
• NIU3	6 (11,8)
• NOC4	0
• NH5	0
• Patrón indeterminado	4 (7,8)

^oFVCL, capacidad vital forzada en litros; ^{oo}FVC%, porcentaje de capacidad vital forzada; ^{ooo}FEV1, volumen espiratorio forzado en el primer segundo en litros; ^aFEV1%, porcentaje de volumen espiratorio forzado en el primer segundo en litros; ^{aa}DLCO%, difusión pulmonar de monóxido de carbono en litros; ^{aaa}DLCO%, porcentaje de difusión pulmonar de monóxido de carbono; 1, neumonía intersticial no específica; 2, neumonía intersticial linfóidea; 3, neumonía intersticial usual; 4, neumonía organizada; 5, neumonía por hipersensibilidad.

Tabla 10. Características paraclínicas y de laboratorio de autoinmunidad de los pacientes con esclerosis sistémica y enfermedad pulmonar intersticial. (CG122)

Variables de laboratorio y autoinmunidad	n = 51
Ácido úrico (%)	4,8 (1,7-9,8)
BNP (péptido natriurético tipo B)	25 (8,6-3345)
Factor reumatoide, med (mín-máx)	10 (1-276)
Anti-CCP (anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado), med (mín-máx)	2,5 (1-27)
Multipositividad del panel de esclerosis	35 (74,5)

Anticuerpos de miopatía	26 (66,7)
Patrones anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia (%)	
Sin ANA	6 (11,8)
Mitocondrial	1 (2)
Moteado grueso	4 (7,8)
Homogéneo	13 (25,5)
Moteado fino	11 (21,6)
Nucleolar	2 (3,9)
Centromérico	10 (19,6)
Centriolar	1 (2)
Citoplasmático ribosomal	2 (3,9)
Citoplasmático mitocondrial	1 (2)
Especificidades <i>immunoblots</i>	
Anti-Ro 52 (%)	4 (27,5)
Títulos de Ro 52 (DE)	132 (24-215)
Anti-ScL70	8 (15,7)
Títulos de ScL70	17,5 (0-355)
Anti-Pm/ScL75	4 (7,8)
Títulos Pm/ScL75	15 (11-18)
Anti-Pm/ScL100	4 (7,8)
Títulos Pm/ScL100	34 (8-66)
Anticentrómero A	10 (19,6)
Títulos anticentrómero A	194 (35-235)
Anticentrómero B	10 (19,6)
Títulos anticentrómero B	165 (0-232)
Anti-RNA pol 11	14 (27,5)
Título RNA pol 11	20 (9-74)
Anti-RNA pol 155	19 (37,3)
Título RNA pol 155	23 (9-214)
Antifibrilarina	11 (21,6)
Título fibrilarina	12,5 (8-209)
Anti-NoR 90	8 (15,7)
Título NoR 90	24 (9-231)
Anti-Th/To	14 (27,5)
Título Th/To	14,5 (0-29)

Tabla 11. Clasificación clínica por cateterismo cardiaco en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial y anticuerpos de esclerosis sistémica. (CG122)

Variables cardiovasculares	n = 51 (%)
Ultrasonido cardiaco	
• Baja probabilidad (%)	26 (51)
• Probabilidad intermedia	7 (13,7)
• Probabilidad alta	18 (35,3)
Cateterismo cardiaco	14 (27,4)^a
• Grupo 0	1 (2,0)
• Grupo 1	2 (3,9)
• Grupo 2	0
• Grupo 3	11 (78,6)
• Grupo 4	0
• Grupo 5	0

CG123

CALIDAD DE VIDA Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

E.S. Sánchez-Peralta, M.I. Alarcón-Jarquín, D.E. Flores-Alvarado, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La calidad de vida se ha convertido en un aspecto crucial para evaluar el estado general de los pacientes y su efecto en la evolución de las enfermedades reumatológicas, así como en el apego al tratamiento. En pacientes con estas enfermedades suele existir una relación entre la evolución de su enfermedad y el deterioro de la calidad de vida, lo que afecta de modo negativo el estado de ánimo y la adherencia al tratamiento. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida y su efecto en la adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedades reumatológicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años de la consulta externa de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González, con diagnóstico de enfermedad reumatológica. No se incluyó a los pacientes no dispuestos a participar. La calidad de vida se evaluó con una escala validada al español (5Q-5D-3L) que evalúa cinco dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor/molestia, y ansiedad/depresión), cada una con tres niveles (sin problemas, algunos problemas y problemas extremos), y una escala visual análoga para evaluar el estado general de salud percibido (EQ-5D-3L-VAS). La adherencia al tratamiento se evaluó con el cuestionario de Morisky-Green, tras considerar buena adherencia una puntuación ≤ 3 y nula adherencia < 3 puntos. En la estadística descriptiva se registraron frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central (media/mediana) y de dispersión (desviación estándar/rango intercuartílico). Para evaluar la relación entre calidad de vida y la adherencia se utilizó la prueba ji cuadrada y se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 29.

Resultados: Se evaluó a un total de 47 pacientes, con 44 (93,61%) mujeres y 3 (6,38%) hombres que acudieron a la consulta del Hospital Universitario José Eleuterio González en el periodo de agosto a septiembre del 2024. La edad mediana fue de 58 (47-65) años. Las enfermedades más diagnosticadas fueron artritis reumatoide (41,5%), lupus eritematoso sistémico (20,8%), fibromialgia (13,2%) y síndrome de Sjögren (13,2%). En el grupo con buena adherencia se incluyó a 27 pacientes (57,4%), la mayoría sin problemas en las dimensiones de movilidad (74,1%), autocuidado (96,3%) y actividades cotidianas (70,4%). En contraste, el grupo con baja adherencia, que incluyó a 20 (42,5%) sujetos, registró un mayor porcentaje de individuos con problemas moderados/graves en cuatro de las cinco dimensiones, con diferencias significativas en movilidad ($p = 0,043$), autocuidado ($p = 0,032$) y actividades cotidianas ($p = 0,016$) (Tabla 1). La escala visual análoga mostró una mejor calidad de vida en los pacientes con mayor adherencia (Figura 1).

Tabla 1. Calidad de vida y adherencia a los medicamentos indicados. (CG123)

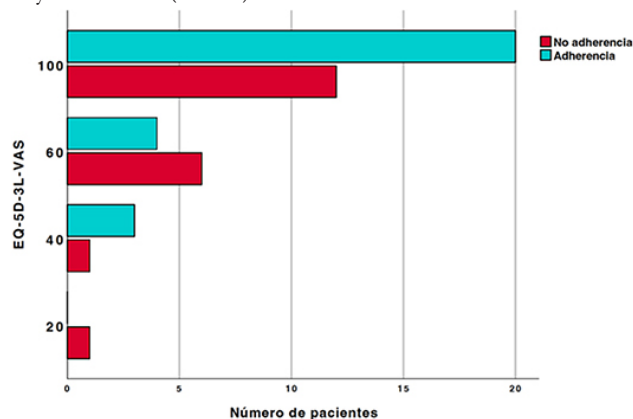
	Adherencia (n = 27)	Sin adherencia (n = 20)	Valor p
Movilidad, n (%)			
Sin problemas	20 (74,1)	9 (45)	0,043^a
Problemas moderados/graves	7 (25,9)	11 (55)	
Autocuidado, n (%)			
Sin problemas	26 (96,3)	14 (70)	0,032^b
Problemas moderados/graves	1 (3,7)	6 (30)	
Actividades cotidianas, n (%)			
Sin problemas	19 (70,4)	7 (35)	0,016^a
Problemas moderados/graves	8 (29,6)	13 (65)	
Dolor, n (%)			
Sin problemas	11 (40,7)	5 (25)	0,260 ^a
Problemas moderados/graves	16 (59,3)	15 (75)	
Ansiedad/depresión, n (%)			
Sin problemas	13 (48,1)	5 (25)	0,107 ^a
Problemas moderados/graves	14 (51,9)	15 (75)	

^aJi cuadrada de Pearson.

^bPrueba exacta de Fisher.

Conclusiones: En este estudio, una peor calidad de vida se vinculó con baja adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades reumatológicas, en particular en las dimensiones de movilidad, autocuidado y actividades cotidianas. Lograr el control de la enfermedad con una buena adherencia al tratamiento es vital para preservar la calidad de vida de los enfermos. Sin embargo, hay que considerar otros factores determinantes, como los factores psicológicos, socioculturales y económicos de esta población.

Figura 1. Resultados de 5Q-5D-3L-VAS, que evalúa la calidad de vida percibida por los pacientes; se estratificó por grupos de adherencia y no adherencia y se identificó una mejor calidad de vida en los pacientes con mayor adherencia. (CG123)



Bibliografía

- Zimmerman-Cortney T, Garland BH, Enzler CJ, et al. The roles of quality of life and family and peer support in feelings about transition to adult care in adolescents with gastroenterology, renal, and rheumatology diseases. *J Pediatr Nurs.* 2022 Jan;62:1939.
- Cabasés JM. El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gac Sanit.* 2015 Nov;29(6):4013.

CG124

RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA

M.F. Ramírez-Flores¹, A. Hernández-Garduño², R. Quintana³, Y. Fuentes-Silva⁴, T. Cano-Gómez⁵, L. Ferreyra⁵, M.F. Ceballos-Recalde⁶, A. Gas-telum-Strozzi⁷, B. Pons-Estel⁸, G. Pons-Estel⁸, I. Peláez-Ballestas⁷

⁽¹⁾Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; Programa de Estudios Combinados en Medicina (PECEM), ⁽²⁾AHS Health Consulting, ⁽³⁾Universidad de Oriente, Departamento de Medicina, Cumaná, Venezuela, ⁽⁴⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽⁵⁾Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina, ⁽⁶⁾Instituto de Ciencias Aplicadas y Tecnología, UNAM, ⁽⁷⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽⁸⁾Centro Regional de Enfermedades Autoinmunes y Reumáticas (GO-CREAR), Grupo Oroño, Rosario, Argentina,

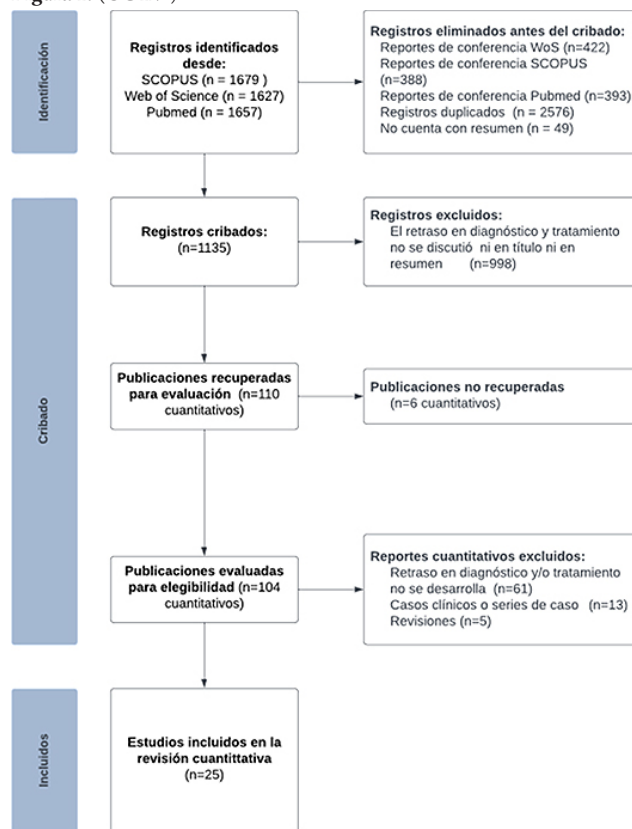
Introducción: El diagnóstico y tratamiento oportuno del lupus eritematoso sistémico (LES) es un desafío en la actualidad. No existe un consenso en la definición del retraso.

Objetivo: Identificar el proceso de búsqueda de atención y el concepto de retraso en el diagnóstico y tratamiento de LES, así como las barreras y facilitadores relacionados, a través de una revisión sistemática de estudios cuantitativos.

Material y métodos: Se realizaron búsquedas electrónicas sobre estudios publicados hasta el 15 de julio del 2023 en Scopus, PubMed y Web of Science. Los criterios de inclusión fueron: estudios en pacientes adultos con LES que determinaran el retraso en el diagnóstico y el tratamiento y las barreras y facilitadores relacionados. Las fases fueron: a) consenso por ocho reumatólogos expertos para establecer un algoritmo de búsqueda avanzado en el título, resumen y palabras clave; b) títulos y resúmenes seleccionados por pares; c) revisión en texto completo y síntesis de la información en un formato de Excel prediseñado; 4) evaluación de la calidad de los artículos con una lista de verificación para estudios analíticos transversales del JBI con una puntuación máximo de 8.

Resultados: La Figura 1 muestra el algoritmo PRISMA. Se incluyó un total de 25 estudios con una calidad promedio de 6,36. El promedio/

Figura 1. (CG124)



mediana del tiempo al diagnóstico se notificó en 16 artículos y pudo determinarse en otros tres. Seis artículos mostraron una definición del retraso diagnóstico en LES. El retraso promedio calculado para el diagnóstico fue de 29 meses (19 estudios) y el retraso en el tratamiento de 2,09 meses (dos estudios). El retraso diagnóstico en mujeres fue de 43 meses y en hombres de 29 meses (cinco estudios). En las personas con inicio temprano de los síntomas (diagnóstico antes de 50 años) el tiempo promedio de retraso fue de 15,4 meses y en los de inicio tardío (diagnóstico después de los 50 años) fue de 16,7 meses (tres estudios). Las personas con etnicidad afroamericana registraron un menor retraso gracias a la concientización de la enfermedad y manifestaciones clínicas graves; los sujetos caucásicos y de etnicidad mixta señalaron un retraso mayor. Los individuos con nefritis lúpica se diagnosticaron antes debido a presentaciones más graves y el retraso fue mayor en pacientes con síntomas neuropsiquiátricos, presentaciones concomitantes musculoesqueléticas/ cardiorrespiratorias o mucocutáneas/hematológicas. El retraso diagnóstico y terapéutico se relaciona con mayor acumulación de daño orgánico, actividad de la enfermedad, brotes, hospitalizaciones, costos, utilización de recursos, mortalidad y menor calidad de vida. Las barreras identificadas para un diagnóstico oportuno son el número de médicos consultados antes del diagnóstico de LES, error diagnóstico, falta de acceso o referencia oportuna a un especialista; falta de conocimiento de la enfermedad tanto por el paciente como por el personal médico; contextos rurales y altos costos derivados de la atención médica.

Conclusiones: No existe una definición consensuada del retraso diagnóstico o terapéutico en pacientes con LES, así como un método uniforme para calcularlo. La variabilidad de contextos, pacientes, métodos y tipos de análisis complica la unificación de los resultados y su extrapolación a las diversas poblaciones de pacientes con LES en todo el mundo. El concepto de retraso en el diagnóstico y el tratamiento en el LES y las barreras de atención son un problema en reumatología que implica un consenso de la especialidad y el diseño de estrategias dentro del sistema de salud para atenuar dicho retraso.

Bibliografía

1. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, et al. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. 2017. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.

CG125

CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR DENGUE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS: DATOS COMBINADOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

C. Isnardi¹, P. De Abreu², V. Rivera-Terán³, J. Torres-Ruiz³, I. Colunga-Pedraza⁴, D. Vega-Morales⁵, E. Catay¹, G. Citera¹, P. Louzada⁶, G. Castelar⁷, A. Amarilla², V. Valinotti², C. Bruneo⁶, D. Cordovilla², I. Laurindo⁶

⁽¹⁾Sociedad Argentina de Reumatología, ⁽²⁾Sociedad Uruguaya de Reumatología, ⁽³⁾Colegio Mexicano de Reumatología, ⁽⁴⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL, ⁽⁵⁾Clínica 17 IMSS, ⁽⁶⁾Sociedad Brasileña de Reumatología, ⁽⁷⁾Sociedad Paraguaya de Reumatología

Introducción: La infección por dengue en pacientes con enfermedades reumáticas (ER) en Latinoamérica representa un desafío significativo debido a la interacción entre la inflamación crónica y la respuesta inmunitaria alterada en estos individuos. Hoy en día existe escasa evidencia acerca de las características y evolución de la infección en esta población particular.

Objetivo: Establecer las características de la infección por dengue en pacientes con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se recopilaron datos de los registros BIOBADA-MÉRICA de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Para este análisis se incluyó a pacientes con ER que refirieron al menos un episodio de dengue. Se consideró grave aquel que produjera la muerte, pusiera en peligro la vida, requiriera hospitalización o la prolongara y produjera discapacidad persistente o considerable o malformaciones congénitas. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados: Se integraron 75 casos de dengue en 69 pacientes con ER de los registros BIOBADA y todos ellos ocurrieron antes de que la vacuna estuviera disponible. Los pacientes eran mujeres (73,9%) en su mayor parte, con una edad mediana al momento de la infección de 47,0 años (Q1, Q3 41,0; 58,0). El 76,8% tenía artritis reumatoidea, el 15,9% espondiloartritis axial y el 7,3% artritis psoriásica, con un tiempo de evolución de la enfermedad mediana de 10,0 años (Q1, Q3 6,00; 19,0). Al diagnóstico de dengue, dos pacientes recibían tan solo fármacos convencionales, mientras que en 77,3% se administraban inhibidores de TNE, en 12,0% tocilizumab, en 4% abatacept, en 2,7% rituximab y en 1,3% tofacitinib. El 66,2% consumía metotrexato y cerca de la mitad (53,7%) corticoides, con una dosis mediana de 10,0 mg/día de prednisona (Q1, Q3 5,0; 10,0). De los 75 episodios, 7 (9,3%) se consideraron graves. Ninguno fue letal. Dos (2,7%) pacientes se recuperaron con secuelas. Los síntomas notificados con más frecuencia fueron fiebre, artralgias y manifestaciones gastrointestinales. De los seis pacientes que señalaron dos episodios, solo uno experimentó un segundo de gravedad considerable (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas y de tratamiento. (CG125)

	Pacientes (n = 69)
Sexo femenino, n (%)	51 (73,9)
Edad, mediana (RIC)	47,0 (41,0; 58,0)
Tiempo de evolución de la enfermedad, mediana (RIC)	10,0 (6,00; 19,0)
Enfermedad reumática, n (%)	
Artritis reumatoidea	53 (76,8)
Espondiloartritis axial	11 (15,9)
Artritis psoriásica	5 (7,25)
	Episodios (n = 75)
Solo fármacos convencionales, n (%)	2 (2,7)
Glucocorticoides, n (%)	38 (52,8)

Dosis (mg/día), mediana (RIC)	10,0 (5,0; 10,0)
Metotrexato, n (%)	49 (66,2)
Leflunomida, n (%)	33 (45,2)
Hidroxicloroquina, n (%)	18 (24,7)
Sulfasalazina, n (%)	4 (5,5)
Azatioprina, n (%)	1 (1,4)
Ciclosporina, n (%)	1 (1,4)
Adalimumab, n (%)	28 (37,3)
Etanercept, n (%)	21 (28,0)
Tocilizumab, n (%)	9 (12,0)
Infliximab, n (%)	7 (9,3)
Abatacept, n (%)	3 (4,0)
Certolizumab pegol, n (%)	2 (2,7)
Rituximab, n (%)	2 (2,7)
Tofacitinib, n (%)	1 (1,4)

Conclusiones: En este registro internacional, los casos informados de dengue fueron en su mayoría leves y ninguno provocó la muerte. En un contexto de alta circulación de este virus en el plano regional se requiere mayor estudio en pacientes con ER y establecer el tratamiento apropiado en estos casos.

Bibliografía

1. Chen YW, et al. Association between a history of dengue fever and the risk of systemic autoimmune rheumatic diseases: a nationwide, population-based case-control study. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Nov 3;8:738291.

CG126

CAMBIOS PORCENTUALES DE T-SCORE DOS AÑOS POSTERIORES AL TRATAMIENTO CON DENOSUMAB EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

C. Carvajal-Kottmann

Hospital Español de México

Introducción: La osteoporosis es efecto de un desequilibrio entre la resorción y la formación del hueso que ocasiona pérdida de masa y resistencia ósea, lo que provoca mayor morbilidad por alto riesgo de fracturas. El denosumab es un anticuerpo monoclonal humano dirigido a RANKL que inactiva al receptor RANK en los osteoclastos, lo cual previene la resorción ósea. En México no se han analizado los cambios densitométricos de pacientes tratados con denosumab.

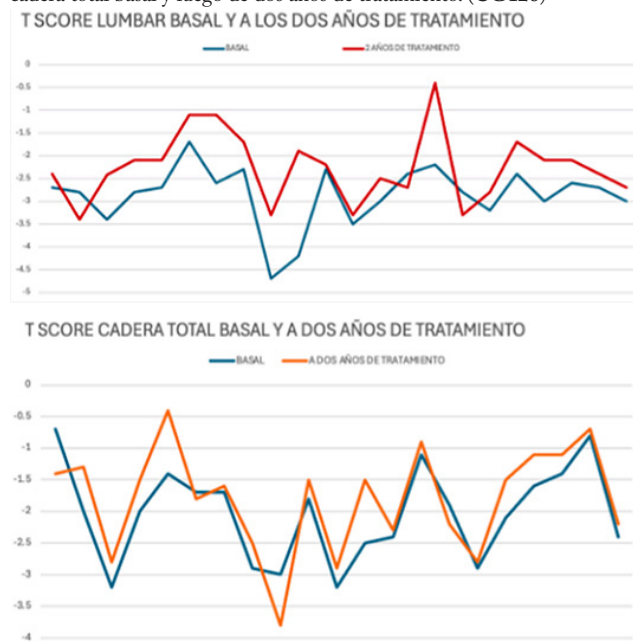
Objetivo: Evaluar el efecto del denosumab en la densidad mineral ósea de pacientes con osteoporosis del Hospital Español de México.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo a uno y dos años. Se incluyó a 75 pacientes de 51 a 95 años. Se analizó la densitometría ósea basal y luego de uno y dos años del tratamiento con denosumab. Se compararon los resultados tanto de la región lumbar total como de la cadera total.

Resultados: Se incluyó a 71 (94,7%) mujeres y 4 (5,3%) hombres de 51 a 95 años, con una media de 77 años. Se documentaron las fracturas anteriores al tratamiento con denosumab; 8 (10,7%) pacientes refirieron fracturas vertebrales, 13 (17,3%) no vertebrales y 5 (6,7%) fracturas de cadera. La media de la calificación T de la columna lumbar basal fue de -2,61 y la de cadera basal de -2,1. Se comparó el resultado de la calificación T lumbar basal con el resultado un año después, con una p < 0,001, y la calificación T lumbar al año y los dos años, con una p = 0,003; asimismo, se contrastó el resultado de la calificación T de cadera total basal con el de cadera total al año, con p = 0,347, y la calificación T de cadera total basal y a los dos años, con p = 0,029. Se evaluó el tamaño del efecto con un resultado de 0,801 en la diferencia de la calificación T lumbar basal y al año de tratamiento, y de 0,865 de la calificación T lumbar basal en comparación con la lumbar a los dos años, lo que traduce un tamaño grande de efecto en la densidad ósea de la región lumbar en todos los escenarios (Figura 1). Se calculó el porcentaje de diferencia entre los valores; en la calificación T

lumbar basal y al año de tratamiento se observó una mejoría del 14,5% de aumento de la densitometría ósea, y del valor basal de la densitometría ósea a los dos años de tratamiento del 20,8%. El porcentaje de diferencia en cadera total fue del 8,1% del nivel basal al año de tratamiento y del nivel basal a los dos años de tratamiento del 9,96%. No se registraron nuevas fracturas en ningún sitio de los pacientes incluidos en el estudio ni efectos adversos por el fármaco.

Figura 1. Comparación de la calificación T al año y los dos años de tratamiento. En la gráfica superior se representan los cambios lumbares basales y tras dos años de tratamiento. En la inferior se expresan los cambios en la cadera total basal y luego de dos años de tratamiento. (CG126)



Conclusiones: La osteoporosis es una alteración cuya incidencia se ha incrementado en este país. Después de este estudio puede asegurarse que el denosumab es un tratamiento eficaz para pacientes con osteoporosis primaria, con mayores beneficios y mejores resultados en la región lumbar, además de que se identificaron también resultados positivos en la cadera. Este tratamiento reduce de forma notoria el riesgo de fracturas en la población general, lo que disminuye la morbimortalidad.

Bibliografía

- Kendler DL, Cosman F, Stad RK, *et al.* Denosumab in the treatment of osteoporosis: 10 years later: a narrative review. *Adv Ther* [Internet]. 2022;39 (1):58-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12325-021-01936-y>.
- Highlights of prescribing information. Prolia safely and effectively. 2022. Amgen.com. [citado el 5 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.prolia.amgen.com/-/media/Project/Amgen/Repository/pi-amgen-com/prolia/prolia_pi.ashx.

CG127

FACTOR REUMATOIDE ELEVADO Y SU CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN CIUDAD OBREGÓN, SONORA

I. Gámez-Saiz¹, E.E. Guajardo-Aguilar¹, M.B. Bernal-Enríquez², G. Manuel-Antonio¹, J.T. Guzmán-Barreras¹, C. Rodríguez-Artigas¹, K.G. Rosas-Navarro¹, P.S. López-Ocampo¹, H.E. Rivera-Hernández¹, L.C. Ruiz-Figueroa¹, E. Sánchez-Zazueta¹, G.M. Olivas-Fabela¹

⁽¹⁾Unidad Médica de Alta Especialidad Núm. 2, ⁽²⁾Hospital General Regional Núm. 1 de Ciudad Obregón, Sonora

Introducción: En condiciones normales, los anticuerpos contra el factor reumatoide se relacionan con la artritis reumatoide, pero también con pacientes con múltiples enfermedades.

Objetivo: Determinar la correlación diagnóstica entre el factor reumatoide > 16 UI/mL y las enfermedades autoinmunitaria, neoplásica, infecciosa o de otro origen, en los pacientes atendidos en Ciudad Obregón, Sonora, en el periodo de junio de 2023 a junio de 2024.

Material y métodos: Es un estudio observacional, analítico, ambispectivo y transversal. Se realizó el análisis descriptivo de las variables numéricas mediante frecuencias y porcentajes. Las variables de medición fueron edad, sexo y valores séricos del factor reumatoide, entre otras. El análisis inferencial se efectuó a través de la prueba de correlación de Pearson. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 27,0 y se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$. En cuanto a la factibilidad y los aspectos éticos, se trata de un estudio factible y realizable, con nulo costo financiero, y aspecto ético de riesgo mínimo.

Resultados: El valor promedio del factor reumatoide fue de 71,50 + 49,99 UI/mL. De los 114 casos válidos, 107 tuvieron un factor reumatoide > 16 UI/mL y la mayoría sufría enfermedades de origen autoinmunitario. La correlación con la conclusión diagnóstica fue débil y no significativa ($p > 0,05$). Véanse la **Figura 1** y la **Tabla 1**.

Conclusiones: La sensibilidad y especificidad del factor reumatoide para el diagnóstico de enfermedades autoinmunitarias poseen valores bajos, por lo que el factor reumatoide no resulta una de las mejores pruebas diagnósticas aun con la sospecha de la enfermedad. Es necesario realizar nuevos estudios para identificar datos pronósticos aplicables en diversos grupos de población con enfermedades autoinmunitarias en México.

Figura 1. Diagrama de caja que muestra las diferentes conclusiones diagnósticas con los valores elevados del factor reumatoide (en las enfermedades autoinmunitarias se encuentran más incrementados). El valor mayor corresponde a la categoría de otro origen (síndrome nefrótico por nefropatía membranosa). (CG127)

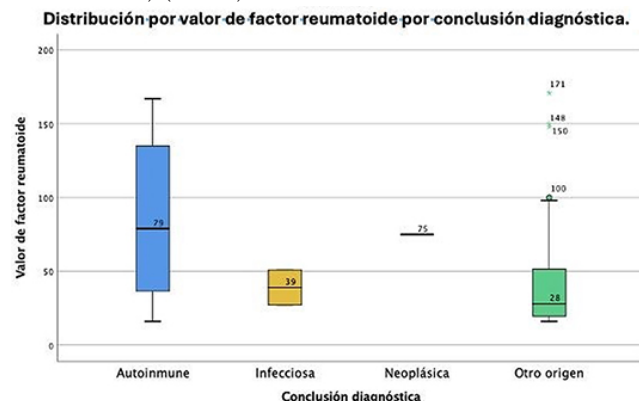


Tabla 1. Pruebas de ji cuadrada. (CG127)

	Valor	DF	Significación asintótica (bilateral)
Ji cuadrada de Pearson	1,353 ^a	3	0,717
Razón de verosimilitud	1,671	3	0,643
Relación lineal por lineal	1,175	1	0,278
Número de casos válidos	114		

^aLa tabla muestra las pruebas estadísticas utilizadas para expresar la correlación entre el factor reumatoide elevado y otras enfermedades. Se puede observar la correlación nula, lo que da lugar a dos variables completamente independientes, con la posible elevación sérica del factor reumatoide, y presencia o ausencia de la enfermedad de interés, o viceversa.

Bibliografía

- MedScape. Rheumatoid factor. EUA. Tyler-Street D (2023, mayo 19). Consultado el 23 de Mayo del 2023. <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/rheumatoid-factor/about/pac-20384800>.

- Firestein G, Budd R, Gabriel S, *et al.* Etiología y patogenia. Artritis reumatoide. Firestein y Kelley. Tratado de reumatología, 11a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2022:1181-1306.
- Ingegnoli F, Castelli R, Gualtierotti R. Rheumatoid factors: clinical applications. Dis Markers. 2013;35(6):727-734.
- Wilson F, Harrison T. Principios de medicina Interna. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2018.
- INEGI. Estadística de defunciones registradas de enero a junio de 2021. ("Características de las defunciones registradas en México") (en línea). México: INEGI; (Actualizado 24 de enero 2022), Consultado el 8 Mayo del 2023. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021.pdf>.
- Palmezano J, Figueroa C, Rodríguez A. Prevalencia y caracterización de las enfermedades autoinmunitarias en pacientes mayores de 13 años en un hospital de Colombia. Revista de Medicina Interna de México. 2018;34(4):522-535.
- Stevenson D, Harris A, Neal K. The presence of rheumatoid factor in sera from anti-HCV positive blood donors interferes with the detection of HCV-specific IgM. Trent HCV Study Group. Journal of Hepatology. 1996;25(5):621-626.

CG128

VÍAS MOLECULARES ALTERADAS EN TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE HIPERMOVILIDAD

C.V. Elizondo-Solís, O. Ilizaliturri-Guerra, K. Silva-Luna, A.C. Arana-Guajardo, N.E. Rubio-Pérez, L.I. Lozano-Plata, M.R. García-Pompermayr, M.A. Garza-Elizondo

Centro Médico Zambrano Hellion

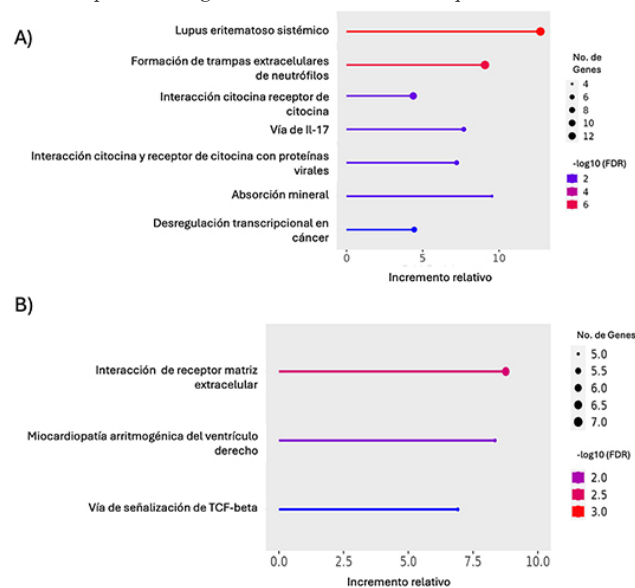
Introducción: Los trastornos del espectro de hipermovilidad (TEH) son anomalías clínicas caracterizadas por una hipermovilidad articular que excede los límites normales y se acompañan de síntomas musculoesqueléticos y sistémicos que afectan la calidad de vida. Aunque se reconoce su efecto clínico, las vías moleculares subyacentes a los TEH permanecen en gran medida desconocidas. Se sospecha que pueden contribuir a su patogenia alteraciones de la estructura de las proteínas de la matriz extracelular. Además, se ha propuesto la intervención de factores inmunológicos. Sin embargo, la falta de marcadores biomoleculares específicos dificulta el diagnóstico y el desarrollo de tratamientos dirigidos. Por lo tanto, existe una necesidad urgente de investigaciones integradas que utilicen enfoques multiómicos para dilucidar los mecanismos moleculares de los TEH.

Objetivo: Identificar vías de señalización alteradas en pacientes con trastornos del espectro de hipermovilidad mediante análisis de expresión génica.

Material y métodos: Se identificaron bases de datos de expresión génica de pacientes con TEH a través de la plataforma GEO. Los criterios de inclusión fueron: contar con al menos tres casos de diagnóstico de TEH de acuerdo con los criterios para síndrome de Ehlers-Danlos hipomóvil/trastornos del espectro de hipermovilidad del 2017 o los criterios de Villefranche y tres controles sanos, y disponer de conteos normalizados. Las bases de datos GSE218012 y GSE77753 cumplieron estos criterios y en total se evaluó a 25 pacientes con TEH y a 46 controles sanos. Los genes diferencialmente expresados (GDE) se determinaron con PyDESeq2 en Python, tras considerar como GDE aquellos con un valor de p ajustado < 0,05 y un log₂ Fold Change de ± 1. El análisis de vías de señalización se llevó a cabo mediante la base de datos KEGG pathways y las funciones enriquecidas se visualizaron con la plataforma web ShinyGo v0.8.

Resultados: Se identificó un total de 425 GDE, de los cuales 210 mostraron sobreexpresión y 215 subexpresión. Los GDE sobreexpresados (Figura 1A) se vincularon con un enriquecimiento funcional en vías relacionadas con procesos inflamatorios y autoinmunitarios, y destacaron la vía de formación de trampas extracelulares de neutrófilos y la interacción citocina-receptor. También se enriquecieron las vías de señalización de IL-17. En contraste, los GDE subexpresados (Figura 1B) se encontraron principalmente enriquecidos en la vía de interacción matriz extracelular-receptor y la vía de señalización de TGF-β.

Figura 1. Análisis de enriquecimiento funcional de los genes diferencialmente expresados. (A) Vías de señalización enriquecidas para los GDE sobreexpresados. (B) Vías de señalización enriquecidas para los GDE subexpresados. El tamaño de los puntos indica el número de genes participantes y el color representa la significancia estadística del enriquecimiento. (CG128)



Conclusiones: El análisis de expresión génica en pacientes con TEH reveló alteraciones en las vías inflamatorias y de remodelación del tejido conectivo. Los hallazgos sugieren que la disfunción en la interacción matriz-célula y en la señalización de citocinas contribuye a la patogenia de los TEH. Estos resultados proporcionan información valiosa para futuras investigaciones orientadas a la identificación de biomarcadores y al desarrollo de estrategias terapéuticas dirigidas en pacientes con TEH.

Bibliografía

- Malfait F, Francomano CA, Byers PH, *et al.* The 2017 international classification of the Ehlers-Danlos syndromes. Am J Med Genet Part C-Semin Med Genet. 2017;175(1):826.
- Chiarelli N, Zoppi N, Ritelli M, *et al.* Biological insights in the pathogenesis of hypermobile Ehlers-Danlos syndrome from proteome profiling of patients dermal myofibroblasts. Biochim Biophys Acta BBA-Mol Basis Dis. 2021;1867(4):166051.

CG129

ARTROPATÍA HEMOFÍLICA TRATADA CON ITRIO 90 (Y90) INTRAARTICULAR, EVALUACIÓN A SEIS AÑOS POSAPLICACIÓN

D.D. Bañuelos-Ramírez¹, S. Sánchez-Alonso², B. Gutiérrez-Gurrola³

⁽¹⁾Práctica privada, ⁽²⁾ISSSTE/Subdirección médica HGR 20, IMSS, Puebla; CE Reumatología ISSSTEP Puebla/HGR 20 IMSS, Puebla, ⁽³⁾HEP UMAE Puebla, CMN, MAC, IMSS, UMAE, Puebla

Introducción: La artropatía es la principal complicación en las personas con hemofilia. El sangrado articular recurrente causa inflamación crónica, deterioro estructural, dolor constante e incapacidad. La radiosinovioartritis con itrio (RSI) es un tratamiento que consiste en la infiltración de un isótopo radiactivo en la cavidad articular, con lo que puede lograrse la radiocauterización de la sinovia y evitar el desangrado. La artropatía hemofílica es casi siempre resistente tanto al tratamiento sistémico de la enfermedad subyacente como a la infiltración local de esteroides. La alternativa quirúrgica es de alto costo y prolonga la estancia hospitalaria, además de implicar algunos otros riesgos.

Objetivo: Analizar la eficacia de la RS con itrio 90 en personas con hemofilia a seis años de seguimiento.

Material y métodos: Estudio intervencionista, longitudinal, ambispectivo, unicéntrico y homodémico, con la cohorte de pacientes hemofílicos del Hospital de Especialidades del CMN Manuel Ávila Camacho del IMSS, Puebla, con la inclusión de pacientes de mayo a septiembre del 2017 y seguimiento ulterior del año 2018 al 2024; se evaluaron la tasa anual de sangrado (TAS), dolor (EVA), escala de Petterson y *Joint Health Score for Hemophilia* (HJHS). La administración del itrio se efectuó con la técnica habitual para infiltración articular, en áreas de hospitalización y previa administración de reemplazo de factor deficiente. El material lo proporcionó el IMSS por compra directa. El protocolo inicial obtuvo registro nacional ante la Coordinación de investigación en Salud y la COFEPRIS R-2017-2101-35 y 17 C1 21 114 055.

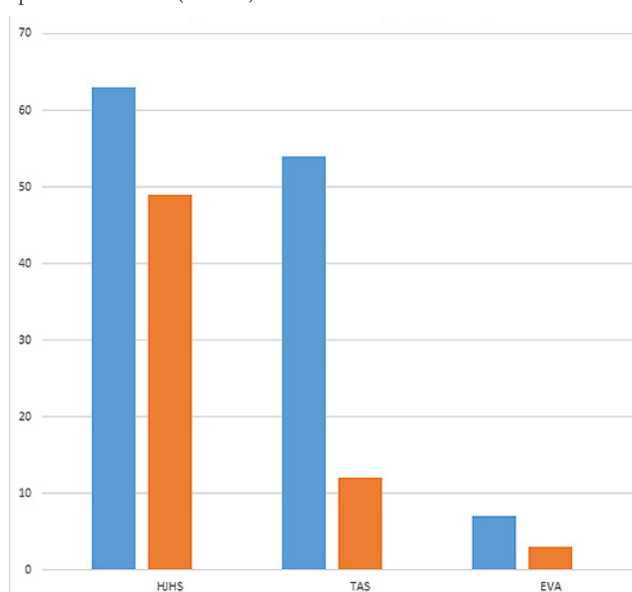
Resultados: Un total de 42 pacientes mostró articulaciones intervenidas (una sola por paciente). Edad al diagnóstico: 37 ± 69 meses; edad al procedimiento: $25,6 \pm 12,2$ años; Petterson: $10,3 \pm 2,1$, en tanto que también se cuantificaron HJHS, TAS y EVA antes y después. En la **Tabla 1** se muestran los valores anteriores y posteriores, el porcentaje de cambio y el valor $p <$ de acuerdo con la estadística empleada. El factor VII fue de $0,08 \pm 0,38$, el número de articulaciones dañadas fue de $4,7 \pm 2,04$ y las causas de la hemofilia se agruparon en tres: familiares en 57%; *de novo* en 36%; y desconocidas en 7%. La efectividad se midió con la prueba de Wilcoxon y se encontró que HJHS disminuyó 23%, TAS 80% y el dolor por EVA 65%, a los seis meses y un año tras el procedimiento. La evaluación en los primeros seis meses del 2024 muestra un efecto sostenido en la mayoría de los pacientes tratados (**Figura 1**); dos sujetos tuvieron falla en los dos primeros años, no fue posible la readministración de itrio y fue necesario el tratamiento quirúrgico.

Tabla 1. Comparación de variables antes y después de la radiosinoviortesis. (CG129)

Variable	\pm DE	Prueba de Wilcoxon
HJHS antes	24,5	$p < 0,001$
HJHS después	22,3	
TAS antes	44,3	$p < 0,001$
TAS después	19,4	
EVA antes	2,24	$p < 0,001$
EVA después	2,13	

TAS, tasa anual de sangrados; EVA, escala visual análoga; HJHS, *Hemophilia joint health score*.

Figura 1. Reducción de los parámetros estudiados antes y después de la aplicación del itrio. (CG129)



Conclusiones: La RS es factible y eficaz en el control de la sinovitis crónica hemofílica. En los 42 casos estudiados, solo se observó la falla en dos individuos, no atribuible a la RSI, dado que fueron similares la técnica, la dosis, el proveedor del radiofármaco y la fecha de liberación-caducidad. En los pacientes que alcanzaron mejoría, el uso de itrio 90 demostró mejorar la función articular y disminuir la frecuencia de sangrados en las articulaciones tratadas. El costo-beneficio de este tratamiento, en contraste con tratamientos quirúrgicos y consumo de productos farmacológicos, es significativo (datos no mostrados en este resumen). Otra conclusión posible en esta experiencia es que, si bien la artropatía hemofílica está reconocida desde hace mucho tiempo, las publicaciones médicas y los grupos de investigación le han dedicado atención insuficiente, en favor del consumo de productos biológicos, lo que ha elevado los costos de atención.

Bibliografía

- López-Arroyo JL, Pérez-Zúñiga JM, Merino-Pasaye LE, *et al.* Consenso de hemofilia en México. *Gac Méd Méx* [revista en la Internet]. 2021 [citado 2024 Sep 26];157(Suppl 1):S1-S37. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000700001&dn-g=es. Epub 25-Abr-2022. <https://doi.org/10.24875/gmm.m20000451>.
- Rodríguez-Merchan EC. Haemophilic sinovitis: basic concepts. *Haemophilia*. 2007;76:1-3.

CG130

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS

J. Morales-Torres¹, J. Romero-Ibarra¹, H. Gutiérrez-Hermosillo¹, J. Morales-Vargas², C.L. Pérez-Sevilla¹, A. Hernández-Arellano¹, D. Pacheco-Vargas¹

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

Introducción: Las enfermedades relacionadas con la inactividad física son un problema de salud mundial, de tal manera que resulta de gran interés promover la investigación y las acciones para mejorar los objetivos de salud pública en este campo. La actividad física tiene claros efectos positivos en la salud ósea y la reducción del riesgo de caídas. La mayoría de las guías sobre osteoporosis incluye formas de actividad física como intervenciones cruciales. ¿Son conscientes los médicos de atención primaria (MAP) de la inactividad física como un problema de salud importante? ¿Están bien informados y capacitados para prescribir modalidades de ejercicio en general o para afecciones específicas como la osteoporosis?

Objetivo: Realizar y validar un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prescripción de ejercicio para los MAP que atienden a pacientes con riesgo de osteoporosis.

Material y métodos: Se diseñó un instrumento con 21 reactivos (siete sobre conocimiento, 11 sobre práctica y tres sobre actitud) diseñados y revisados por un grupo de expertos sobre la validación de cara (¿el instrumento hace lo que pretende hacer?) y de contenido (¿está completo?, ¿evita reactivos innecesarios?, ¿la presentación es adecuada?), que acordaron modificar cuatro de ellos con fines de claridad. La población blanco son los MAP que atienden a pacientes regularmente y aceptan participar de forma voluntaria en una encuesta anónima. El instrumento final, incluidas 21 preguntas cerradas, la aplicaron cara a cara dos observadores entrenados a 30 MAP, incluida la información demográfica y sobre años de práctica. Se aplicó la prueba alfa de Cronbach a las respuestas en busca de grado de confiabilidad.

Resultados: El instrumento final se aplicó a 30 MAP (15 mujeres y 15 hombres) con edad media de $30,5 (\pm 7,75)$ años, con tiempo desde su egreso de la facultad de medicina de $5,7 (\pm 7,7)$ años. De ellos, 14 trabajan en un medio privado y 16 en alguna institución pública de salud. No hubo MAP que rechazara llenar el cuestionario. Con las respuestas se aplicó la prueba alfa de Cronbach al instrumento total y el coeficiente de confiabilidad obtenido fue de 0,6830. Este resultado se considera aceptable en los instrumentos a emplearse en estudios de ciencias de la educación y denota un valor de equivalencia, pues diversos reactivos del instrumento arrojan

conclusiones similares. Se observó una alta coincidencia entre los MAP respondedores en considerar que el ejercicio debe ser parte de la atención habitual de la osteoporosis y en el deseo de conocer más sobre la prescripción de ejercicio a pacientes en riesgo de osteoporosis.

Conclusiones: Esta encuesta sobre conocimientos, actitudes y práctica sobre la prescripción de ejercicio en personas con osteoporosis muestra razonable confiabilidad para un instrumento que se aplicará en una sola vez a MAP y permite avanzar en su aplicación a una muestra mayor de estos.

Bibliografía

1. Carter MI, Hinton PS. Physical activity and bone health. *Mo Med.* 2014;111:59-64.
2. Andrade C, Menon V, Ameen S, *et al.* Designing and conducting knowledge, attitude, and practice surveys in psychiatry: Practical guidance. *Indian J Psychol Med.* 2020;42:478481.

CG131

RELACIÓN ENTRE EL DISTRÉS PSICOLÓGICO Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

E.S. Sánchez-Peralta¹, M.I. Alarcón-Jarquín¹, M.E. Corral-Trujillo¹, V. Pascual-Ramos², G. Figueroa-Parra¹, D.A. Salcedo-Soto¹, J.P. González-Morales¹, Y.R. Reyes-Yépiz¹, J.M. Ramírez-Alonso¹, D.M. Lara-Méndez¹, K.I. Ávila-Vázquez¹, D.A. Galarza-Delgado¹, D.E. Flores-Alvarado¹

¹Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL,

²Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

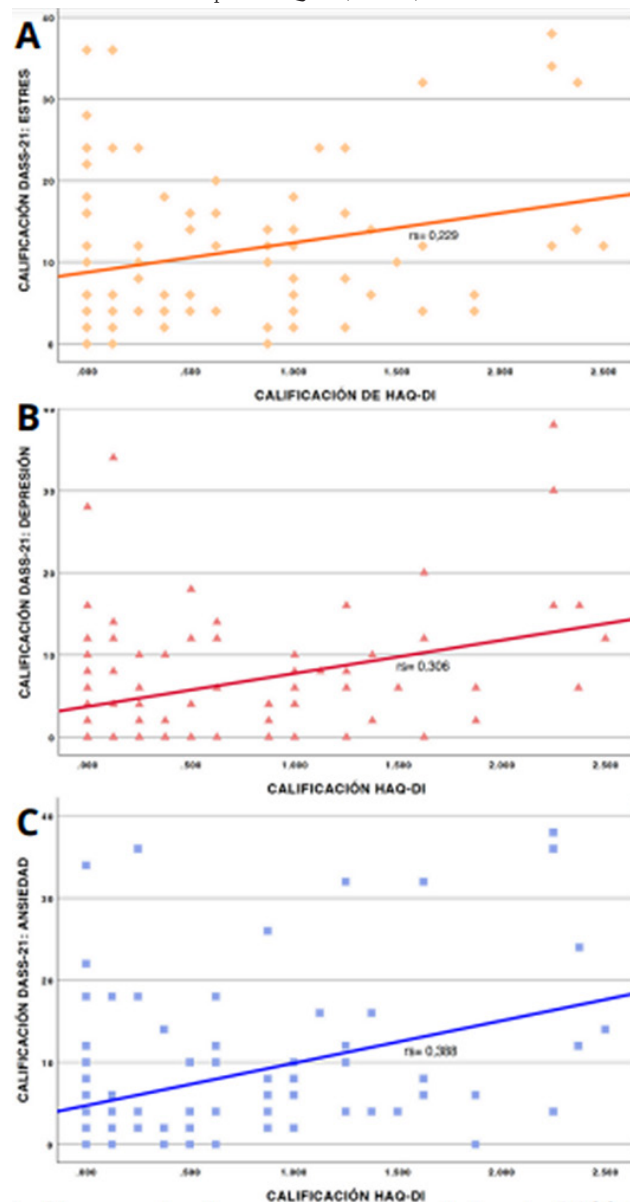
Introducción: Los pacientes con enfermedades reumatológicas sufren un notable incremento de los síntomas relacionados con depresión y ansiedad. Estas comorbilidades, junto con condiciones físicas adjuntas, pueden influir en grado significativo en el nivel de funcionalidad de los pacientes. Por ello, comprender el efecto que estos síntomas pueden tener en diversos aspectos de la enfermedad es esencial para ofrecer una atención integral en reumatología.

Objetivo: Evaluar la relación entre los síntomas de depresión, ansiedad y estrés y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedades reumatológicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal en la consulta externa de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Previo consentimiento informado, se incluyó a pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de alguna enfermedad reumatológica. La angustia psicológica se evaluó con el instrumento *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21), que abarca tres dimensiones en 21 reactivos: depresión, ansiedad y estrés (Figura 1). Una mayor puntuación en esta escala indica una mayor afectación en la vida diaria. Para evaluar la funcionalidad en la vida diaria de los pacientes se empleó el *Health Assessment Questionnaire Disability Index* (HAQ-DI), en el cual una mayor puntuación refleja una mayor dificultad funcional. Se realizó análisis estadístico descriptivo y se registraron frecuencias y porcentajes y medidas de tendencia central (media/mediana) y dispersión (desviación estándar/rango intercuartílico) según fuera apropiado. Se usó la prueba de correlación de Spearman entre las puntuaciones de síntomas de depresión, ansiedad y estrés con los resultados del HAQ-DI. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 29.

Resultados: Se evaluó a 91 pacientes, de los cuales 88 (96,7%) fueron mujeres, con una edad media de $52,1 \pm 14,4$ años. El diagnóstico más común fue artritis reumatoide (45/91, 49,5%), seguido de lupus eritematoso sistémico (13/91, 14,3%). La mayoría de los pacientes contaba con un tiempo de evolución de 0-5 años (55/91, 60,4%) (Tabla 1). La mediana de las puntuaciones en la escala DASS-21 para síntomas depresivos fue de 4 (RIC, 0-10), para síntomas ansiosos de 4 (RIC, 2-10) y para estrés de 8 (RIC, 4-16). En cuanto a los resultados del HAQ, se observó una mediana de 0,37 (RIC, 0-1). Al analizar la correlación entre síntomas depresivos y el HAQ-DI, se identificó una correlación positiva entre estos ($r_s = 0,306$, $p = 0,003$). Asimismo, los síntomas ansiosos se relacionaron con una menor funcionalidad en la vida diaria ($r_s = 0,388$, $p \leq 0,001$). De forma similar, los

Figura 1. Diagrama de dispersión de los resultados de DASS-21 para las dimensiones de (A) depresión, (B) ansiedad y (C) estrés con el grado de funcionalidad evaluado por HAQ-DI. (CG131)



síntomas de estrés mostraron una correlación positiva al compararse con HAQ-DI ($r_s = 0,229$, $p = 0,029$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio revelan que los síntomas de ansiedad, depresión y estrés se vinculan con una menor capacidad funcional en pacientes con enfermedades reumatológicas. Estos hallazgos subrayan la necesidad de ofrecer atención integral que aborde el bienestar psicosocial del paciente.

Bibliografía

1. Daza P, Novy DM, Stanley MA, *et al.* The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a hispanic sample. *J Psychopathol Behav Assess.* 2002;24(3):195-205.
2. Horta-Baas G. Validación de una versión en español del Health Assessment Questionnaire-II para la evaluación de la capacidad funcional en pacientes mexicanos con artritis reumatoide. *Reumatol Clínica.* 2022 Apr;18(4):236-45.

Tabla 1. Características basales de los pacientes. (CG131)

	n = 91
Edad en años, media ± DE	52,08 ± 14,37
Sexo, n (%)	
Femenino	88 (96,7)
Masculino	3 (3,3)
Escolaridad, n (%)	
Sin estudios	2 (2,2)
Primaria	25 (27,7)
Secundaria	26 (28,9)
Bachillerato	21 (23,3)
Licenciatura	16 (17,7)
Diagnóstico reumatológico, n (%)	
Artritis reumatoide	45 (49,5)
Lupus eritematoso sistémico	13 (14,3)
Osteoartritis	9 (9,9)
Fibromialgia	6 (6,6)
Síndrome de Sjögren	2 (2,2)
Tiempo de evolución, n (%)	
0-5 años	55 (60,4)
6-10 años	21 (23,1)
11-15 años	8 (8,8)
> 15 años	7 (7,7)
Comorbilidades, n (%)	
Diabetes mellitus tipo 2	20 (18,7)
Hipertensión arterial	24 (23,3)
Hipotiroidismo	8 (7,4)
Osteoporosis	8 (7,4)

DE, desviación estándar.

CG132

IMPLICACIONES CLÍNICAS, PERFILES BACTERIOLÓGICOS Y DESENLACES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES

A.K. Garza-Elizondo, E. Domínguez-Chapa, P. Gámez-Siller, D. Flores-Alvarado, J. Esquivel-Valerio, J.A. Cárdenas-De la Garza, E.C. Dávila-Correa, A.J. Osuna-Corrales, K.J. Durán-Villarreal, D.A. Salcedo-Soto, D.J. Gauna-Leal, A.A. Prado-Prado, N.A. González-Ontiveros, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) son trastornos crónicos que afectan a múltiples órganos y sistemas. Los pacientes con ERA tienden a mostrar un sistema inmunológico debilitado debido a la actividad de la enfermedad o a los tratamientos inmunosupresores. Mientras que el riesgo de una infección grave es más frecuente en los pacientes con ERA inflamatorias, se ha observado un aumento de la tasa de hospitalizaciones en aquellas que no son inflamatorias, como la osteoartritis y la gota. La naturaleza crónica de las ERA, tanto inflamatorias como no inflamatorias, predispone a las infecciones, lo que constituye una razón para la hospitalización frecuente.

Objetivo: Identificar y describir las implicaciones clínicas, los perfiles bacteriológicos y los desenlaces de los pacientes hospitalizados con ERA.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y comparativo entre enfermos hospitalizados por infección con diagnóstico de ERA y referidos al servicio de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se excluyó a los pacientes referidos sin infección y sin diagnóstico de ERA. Se recopiló información demográfica, antecedentes de hospitalización, diagnóstico de ERA, tipo de infección,

microorganismos patógenos aislados y perfiles de susceptibilidad a antibióticos, y desenlaces de los pacientes entre marzo de 2023 y abril de 2024. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para la normalidad de las variables cuantitativas, la prueba ji cuadrada para comparar variables categóricas y la prueba U de Mann-Whitney para comparar variables continuas no paramétricas. Se consideró un valor p < 0,05 para diferencias estadísticamente significativas.

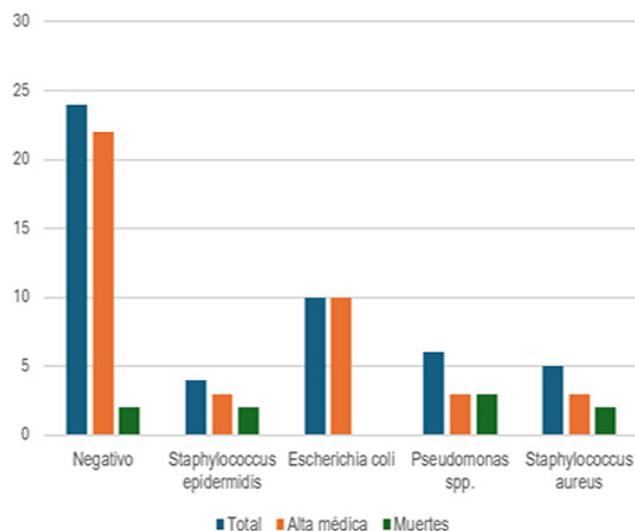
Resultados: Se incluyó a un total de 55 pacientes hospitalizados por infección, de los cuales 51 (92,72%) eran mujeres. La edad media fue de 36 años (DE 28). Hasta 47 (85%) pacientes fueron dados de alta y ocho (15%) fallecieron. Los sitios de infección más frecuentes fueron: infecciones pulmonares en 18 (32,72%), infecciones del tracto urinario en 12 (21,81%) e infecciones de tejidos blandos en 6 (10,9%). El tratamiento con inmunosupresores y glucocorticoides se muestra en la **Tabla 1**. Se aisló *Escherichia coli* en 10 cultivos, *Pseudomonas spp.* en seis y *Staphylococcus aureus* en cinco. En la **Figura 1** pueden observarse los microorganismos más aislados y sus desenlaces clínicos.

Tabla 1. Factores sociodemográficos, sitio anatómico de infección y tratamiento. DE: desviación estándar. (CG132)

	Total n = 55	Alta médica n = 47	Muertes n = 8	p*
Factores sociodemográficos:				
Sexo, n%				
Mujeres	51	44 (93,6)	7 (87,5)	0,53
Hombres	4	3 (6,4)	1 (12,5)	
Edad, media (DE)	36 (28)	39,18 (15,98)	31,50 (6,36)	0,43
Sitio anatómico de infección, n%				
Tejidos blandos	6	6 (12,8)	0 (0)	0,206
Pleura	3	3 (6,4)	0 (0)	
Pulmones	18	13 (27,7)	5 (62,5)	
Vías urinarias	12	11 (23,4)	1 (12,5)	
Corazón	3	3 (6,4)	0 (0)	
Tracto gastrointestinal	5	4 (8,5)	1 (12,5)	
Abdomen	1	0 (0)	1 (12,5)	
Ojo	4	4 (8,5)	0 (0)	
Sistema nervioso central	1	1 (2,1)	0 (0)	
Hematológico	2	2 (4,3)	0 (0)	
Inmunosupresores, n%				
Ninguno	43	37 (78)	6 (75)	< 0,001
Ciclofosfamida	4	4 (8,5)	0(0)	
Rituximab	3	1 (2,1)	2 (25)	
Metotrexate	2	1 (2,1)	1 (12,5)	
Mofetil micofenolato	4	4 (8,5)	0 (0)	
Azatioprina	2	2 (4,3)	0 (0)	
Tacrolimus	2	2 (4,3)	0 (0)	
Glucocorticoides, n%				
Prednisona	33	32 (68,1)	1 (12,5)	< 0,001
Hidrocortisona	3	0 (0)	3 (37,5)	
Metilprednisolona	7	5 (10,6)	2 (25)	

Conclusiones: Más del 85% de los pacientes recibió el alta y el 15% falleció. Se identificó una relación significativa entre el tratamiento con inmunosupresores y glucocorticoides y el desenlace clínico de los pacientes. El principal sitio de infección fueron los pulmones, seguido del tracto urinario. Más del 50% de las muertes se debió a una infección pulmonar, pero no se registró relación entre el sitio de infección y el desenlace de los pacientes. El microorganismo aislado más frecuente fue *Escherichia coli* y las muertes fueron secundarias a *Pseudomonas spp* y *Staphylococcus spp*. Estos hallazgos resaltan la importancia de una identificación temprana de los microorganismos causantes y su vinculación con desenlaces desfavorables para establecer medidas terapéuticas adecuadas con el objetivo de mejorar las tasas de supervivencias en los pacientes con ERA hospitalizados.

Figura 1. Microorganismos aislados y desenlaces clínicos. (CG132)



Bibliografía

- Caporali R, Caprioli M, Bobbio-Pallavicini F, *et al.* DMARDS and infections in rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev.* 2008;8(2):139-43.
- Ferucci ED, Holck P. Hospitalized infections in patients with rheumatic disease hospitalizations in Alaska, 2015-2018. *ACR Open Rheumatol.* 2023;5(3):106-13.

CG133

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN SALUD REPRODUCTIVA EN PACIENTES CON LUPUS Y ARTRITIS REUMATOIDE: ENFOQUE ESTRATÉGICO PARA MEJORAR LA EDUCACIÓN

C.A. Trujillo-Hernández, D.A. Castro-Bernabé, Y. Ambriz-Murillo
Hospital de Alta Especialidad ISSSTE Morelia

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) afectan principalmente a mujeres en edad fértil, que pueden considerar un embarazo o enfrentar uno no planificado. Existen pocas herramientas para evaluar su conocimiento sobre la salud reproductiva (SR). Por esa razón se validó el cuestionario *Rheuma Reproductive Behavior* (RRB) en México para medir conocimientos y prácticas de SR. Es fundamental conocer el grado de conocimiento en SR en pacientes con ERA para implementar intervenciones que prevengan resultados adversos, si se consideran la escasez de clínicas especializadas y las limitaciones de tiempo en servicios médicos. Las pacientes con artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES) tienen un bajo conocimiento de SR, lo que puede precipitar complicaciones de salud, embarazos no planificados y mal apego a los tratamientos.

Objetivo: Evaluar el conocimiento en salud reproductiva en pacientes con AR y LES que acuden a consulta reumatológica en el Hospital Regional de Morelia del ISSSTE.

Material y métodos: Se aplicó el cuestionario RRB a mujeres de 18 a 49 años con diagnóstico de LES y AR que asistieron a consulta de reumatología entre enero y junio de 2024 en el Hospital Regional de Morelia del ISSSTE, y se evaluó la actividad de la enfermedad con escalas clínicas DAS 28 y SLEDAI 2-K.

Resultados: Se evaluó a un total de 60 pacientes: (30 LES y 30 AR) y se registraron los siguientes resultados: edad media de 34 años (DE, 6,2), área urbana en 70%, educación superior en 50%, índice de masa corporal (IMC) de 27 kg/m² (DE, 4,5), hipertensión en 25%, diabetes en 15%, fumadoras en 10%, consumo de corticosteroides en 80% y fármacos teratogénicos en 15%. El grado de confianza con el reumatólogo fue alto,

con una media de 8,5 (DE, 1,5) en escala de 1 a 10, si bien solo el 40% abordó esos temas con su reumatólogo en alguna consulta. La edad media de inicio de vida sexual fue de 22 años (DE, 4,5), 60% usó un método anticonceptivo en la primera relación sexual, 55% es sexualmente activa, 85% conoce un método anticonceptivo (anticonceptivos orales en 70% y preservativo en 65%); 50% recurre a un método anticonceptivo, 75% tiene deseo reproductivo positivo, 65% muestra paridad satisfecha, 50% tiene al menos un embarazo, 70% tuvo parto vaginal, con peso promedio al nacer de 3 200 g (DE, 450) y edad gestacional media de 38 semanas (DE, 1,5), 30% refirió activación de la enfermedad posparto, 60% recibió información sobre lactancia, y 65% lactó por al menos seis meses. Actividad de la enfermedad: LES mostró una puntuación media SLEDAI de 8,2 (DE, 2,3); AR registró una puntuación media en DAS28 de 4,5 (DE, 1,1), lo que indica una actividad moderada de la enfermedad en ambos.

Conclusiones: Las participantes refieren alto grado de confianza en su reumatólogo para abordar temas relacionados con salud reproductiva, pero el abordaje de dichos temas es limitado. Solo el 50% utiliza métodos anticonceptivos y el 75% desea ser madre. La mitad ha tenido un embarazo y el 65% lactó más de seis meses, lo que señala la necesidad de apoyo en el puerperio. La actividad moderada de la enfermedad puede afectar la salud reproductiva y calidad de vida, lo cual destaca la relevancia de mejorar la educación en salud reproductiva y reducir al mínimo complicaciones durante el embarazo.

Bibliografía

- Pérez-Barbosa L, Skinner-Taylor CM, Lujano-Negrete AY, *et al.* Construction and validation of a reproductive behavior questionnaire for female patients with rheumatic diseases. *Clin Rheumatol.* 2023;42(9):2453-2460.
- Andreoli L, Chighizola CB, Iaccarino L, *et al.* Immunology of pregnancy and reproductive health in autoimmune rheumatic diseases. Update from the 11th International Conference on Reproduction, Pregnancy and Rheumatic Diseases. *Autoimmun Rev.* 2023;22(3):103259.

CG134

EXAMEN CLÍNICO OBJETIVO ESTRUCTURADO (ECO) EN REUMATOLOGÍA

C. Hernández-Díaz¹, S. Muñoz-López², A. Alpuche³, B.A. Mota-Monragón⁴, F. García-Rodríguez⁵, S. Mendieta-Zerón⁶, A. Vargas-Guerrero⁷, C. Meléndez-Mercado⁸, E. Faugier-Fuentes⁹, H. Fragoso-Loyo¹⁰, T. Rodríguez-Reyna¹¹, J.C. Casasola-Vargas¹¹, M. Méndez-Núñez¹²

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Facultad de Medicina, UNAM, ⁽³⁾CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽⁴⁾Hospital Central Militar, ⁽⁵⁾Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽⁶⁾Hospital Materno Infantil ISSEMYM, ⁽⁷⁾Instituto Nacional de Cardiología, ⁽⁸⁾Centro Médico ISSEMYM, ⁽⁹⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁽¹⁰⁾INCMNSZ, ⁽¹¹⁾Hospital General de México, ⁽¹²⁾UMAE Hospital de Pediatría

Introducción: El examen clínico objetivo estructurado (ECO) es un método de evaluación utilizado en la medicina para medir competencias clínicas en situaciones controladas y simuladas. En reumatología, en la que las enfermedades autoinmunitarias y las afecciones inflamatorias son complejas y multisistémicas, el ECO permite evaluar habilidades en diagnóstico, tratamiento y comunicación, esenciales para la atención integral del paciente. Este informe presenta un análisis del ECO aplicado en 2023 para la certificación en reumatología, con énfasis en la evaluación psicométrica y el desempeño de los sustentantes.

Objetivo: Evaluar el desempeño de los sustentantes en el ECO de reumatología mediante una rúbrica basada en competencias. Determinar la efectividad de la rúbrica en la medición de habilidades (consulta, comunicación, profesionalismo). Evaluar las propiedades psicométricas de la prueba (diferenciación y consistencia interna) para asegurar la validez y confiabilidad del proceso evaluativo.

Material y métodos: El examen se aplicó a un grupo de sustentantes (médicos residentes y profesionales en formación). Los resultados se clasificaron de acuerdo con turnos y circuitos de evaluación y se realizó por medio de estaciones que incluían escenarios clínicos simulados que representaban

casos de enfermedades autoinmunitarias. Las rúbricas usadas en cada estación evaluaban: habilidades de interrogatorio, exploración física, interpretación de estudios diagnósticos, formulación de diagnósticos, desarrollo de un plan terapéutico, comunicación efectiva con el paciente y demostración de profesionalismo y ética. Se aplicaron análisis psicométricos para evaluar la diferenciación y consistencia interna de los reactivos. La diferenciación se midió con el análisis de diferencias entre sustentantes de alto y bajo desempeño, mientras que la consistencia interna se evaluó a través del coeficiente alfa de Cronbach. Asimismo, se realizaron análisis de varianza (ANOVA) para explorar diferencias en el desempeño entre turnos, circuitos y estaciones. **Resultados:** No se encontraron diferencias significativas entre los turnos ni los circuitos. Los análisis psicométricos mostraron que los reactivos utilizados en las rúbricas diferenciaban adecuadamente entre sustentantes de bajo y alto desempeño ($p = 0,000-0,004$). La consistencia interna del examen fue alta, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87, lo que indica que la prueba fue confiable en la medición de competencias clínicas. En cuanto al desempeño de los sustentantes, no se observaron diferencias significativas entre los turnos o circuitos de evaluación. Sin embargo, al analizar el desempeño por estaciones, se observó que la estación relacionada con la interpretación de estudios diagnósticos fue más difícil en comparación con otras estaciones (media de 80,67 *vs.* 87,08 en otras estaciones).

Conclusiones: El uso de una rúbrica basada en competencias en el ECOE de reumatología demostró ser un método efectivo para evaluar de manera objetiva y detallada el desempeño de los sustentantes. En general, el ECOE permitió identificar áreas de fortaleza y mejora, y proporcionó una base sólida para la certificación de competencias clínicas en reumatología.

Bibliografía

- Al-Marshad S, Zakaria MI. Effectiveness of OSCE in assessing clinical competencies: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. 2021;21(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02526-7>.
- Boursicot K, Kemp S, Ong TH, *et al.* Conducting a high-stakes OSCE in a COVID-19 environment. *Medical Teacher*. 2020;42(7):759-763. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1789080>.
- Dania A, Parisi M, Winter R, *et al.* Rethinking assessment: OSCE-style examinations with deliberate bias to improve outcomes. *Advances in Medical Education and Practice*. 2020;11:327-334. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S254050>.
- Hodges BD, Lingard L. The question of competence: reconsidering medical education in the twenty-first century. *Perspectives on Medical Education*. 2012;1(1):1-3. <https://doi.org/10.1007/s40037-012-0011-0>.
- Ibrahim ME, Abushouk AI, Mohamed AM, *et al.* Effective use of OSCE in medical education: a global perspective. *Advances in Medical Education and Practice*. 2020;11:849-860. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S25835>.

CG135

HALLAZGOS POR ULTRASONIDO MUSCULOESQUELÉTICO EN MANO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA

G.M. Ochoa-De León, A.V. Yupe-Flores, J. Santana-Delgado, B. Cisneros-Ruiz, J. Uribe-Martínez, M.E. Ventura-Valenzuela, G.A. Calderón-De la Peña, G. Martínez-Bonilla, S. Cerpa-Cruz

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es la alteración crónica inflamatoria más común en el mundo con un 24% de prevalencia en la consulta externa de reumatología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Lesiona sobre todo articulaciones pequeñas, incluidas las de la mano, y su principal limitación funcional se debe a la afectación de estas, razón por la cual es importante una adecuada clasificación de la enfermedad. Para la detección de sinovitis por ultrasonido se ha informado una sensibilidad del 78% y una especificidad del 93% en comparación con el 58% mediante exploración física. **Objetivo:** Conocer los hallazgos más prevalentes en manos de pacientes con artritis reumatoide temprana con actividad leve mediante ultrasonido musculoesquelético.

Material y métodos: Estudio observacional transversal y analítico. Se incluyó a pacientes con AR temprana de acuerdo con los criterios ACR/EULAR 2010 con < 2 años de evolución de los síntomas y divididos en dos grupos con base en su actividad clínica (DAS28 < 3,2 y > 3,3) y que fueron objeto de ultrasonido musculoesquelético de manos. Los hallazgos ultrasonográficos se clasificaron según la puntuación EULAR-OMERACT para notificar sinovitis en escala numérica de grados 0 a 3; las erosiones y tenosinovitis se registraron de manera dicotómica como ausentes o presentes (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de hallazgos ultrasonográficos en pacientes con AR y actividades leve y alta. (CG135)

	DAS 28 VSG		DAS28 PCR	
	> 3,3 n = 21	< 3,2 n = 14	> 3,3 n = 19	< 3,2 n = 16
Mano derecha				
Sinovitis, n (%)	20 (95)	13 (93)	18 (94)	15 (94)
Tenosinovitis, n (%)	14 (67)	5 (36)	12 (63)	9 (56)
Erosión, n (%)	13 (62)	5 (36)	11 (58)	10 (63)
Mano izquierda				
Sinovitis, n (%)	19 (90)	12 (86)	16 (89)	14 (88)
Tenosinovitis, n (%)	9 (43)	7 (50)	9 (47)	17 (44)
Erosión, n (%)	13 (62)	5 (36)	13 (68)	17 (44)

Hallazgos por ultrasonido en pacientes con AR con actividad por DAS28 VSG y PCR < 3,2 y > 3,3 en las manos derecha e izquierda.

Resultados: Se incluyó a 35 pacientes con AR temprana, de los cuales el 91% correspondió a mujeres, con una media de edad de 46,10 ± 10,5 años y una media de tiempo de evolución de la enfermedad de 13,74 ± 8,05 meses. La media de la actividad de la enfermedad medida por DAS28 VSG fue de 5,4 ± 7,4, con el 40% clasificado con actividad leve; la media por DAS28 PCR fue de 3,5 ± 1,2, con el 46% de pacientes con actividad leve. Se analizaron 70 manos: 74% de las manos izquierdas tenía algún grado de sinovitis y 94% de las manos derechas. En los pacientes clasificados como no activos por DAS28 PCR y DAS28 VSG se detectó sinovitis por ultrasonido en las manos derecha e izquierda en 94% y 88%, respectivamente, en comparación con los pacientes activos en las manos derecha e izquierda en 94% y 89%, de forma respectiva. La tenosinovitis se identificó en un 63% en la mano derecha y 46% en la izquierda. Se reconocieron erosiones con mayor frecuencia en pacientes con actividad (mano izquierda en 57% y derecha en 60%). No se encontró correlación entre la actividad de la enfermedad medida por DAS28 PCR y VSG y el grado de sinovitis notificado. **Conclusiones:** Este estudio demuestra la presencia de sinovitis subclínica en aquellos pacientes clasificados con actividad leve de la enfermedad y predominio en la mano derecha, así como tenosinovitis.

Bibliografía

- D'Agostino MA, Terslev L, Aegerter P, *et al.* Scoring ultrasound synovitis in rheumatoid arthritis: a EULAR-OMERACT ultrasound taskforce — Part 1: definition and development of a standardised, consensus-based scoring system. *RMD Open*. 2017;3(1):e000428.
- Dura M, Zuchowski P, Gorgolewski P, *et al.* The changing role of ultrasonography examination in patients with rheumatoid arthritis in light of recent studies. *Reumatologia/Rheumatology*. 2020;58(3):155-61.
- Terslev L, Christensen R, Aga AB, *et al.* Assessing synovitis in the hands in patients with rheumatoid arthritis by ultrasound: an agreement study exploring the most inflammatory active side from two Norwegian trials. *Arthritis Res Ther*. 2019;21(1):166.

CG136

DIAGNÓSTICO DE GOTA EN MÉXICO: CRITERIOS ACR-EULAR 2015 VS. CRITERIO DEL REUMATÓLOGO

S.A. Sánchez-Rodríguez¹, J.E. Navarro-Zarza², C. Pineda-Villaseñor³, K.I. De La Cruz-Rodríguez⁴, M. Vázquez-Del Mercado¹, C. Gómez-Ruiz⁵, L.H. Silveira-Torre⁶, A. Vargas-Guerrero⁷, G. Meza-López y Olguín⁸, L. Maya-Piña⁹, L. Sandoval¹, C.B. Hernández-Cuevas¹, R. Catana-Hernández¹, J. Vázquez-Mellado¹

⁽¹⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽²⁾Hospital Privado Anáhuac, ⁽³⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽⁴⁾Hospital Civi Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁵⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽⁶⁾Hospital Juárez de México, ⁽⁷⁾Hospital General del Estado de Sonora, ⁽⁸⁾Medicina privada, ⁽⁹⁾Centro Médico Nacional, Siglo XXI, IMSS (Pediatria)

Introducción: Los criterios ACR-EULAR para gota se propusieron en 2015 e incluyen los elementos más útiles para la clasificación y diagnóstico de la enfermedad. Muchas veces los pacientes con gota se diagnostican tardíamente y reciben tratamiento subóptimo. Es probable que las características de los pacientes con gota que acuden a instituciones de salud son diferentes a los que acude a la medicina privada de los reumatólogos en México.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes con gota que acuden a la consulta de reumatología de diversas instituciones y la consulta privada en México y comparar las características de los pacientes que reúnen criterios de clasificación ACR-EULAR 2015 y los que no.

Material y métodos: GRESGO-MX (grupo de estudio de gota) es un grupo de reumatólogos mexicanos certificados e interesados en la gota. En una reunión presencial se acordaron las variables y los métodos, y se obtuvieron y enviaron datos clínicos, clinimétricos, funcionales y relacionados con el tratamiento de pacientes consecutivos con diagnóstico de gota de la consulta privada o la institucional. Los datos se enviaron a la coordinación de GRESGO donde se capturaron y analizaron. Se utilizó prueba t de Student.

Resultados: Participaron 36 reumatólogos mexicanos (ocho de la práctica privada y 28 institucionales), que enviaron los datos de 260 pacientes con diagnóstico de gota (según su criterio) y que aceptaron participar. Del grupo total, el 95% (247) correspondió a hombres; la edad, la duración de la enfermedad y la escolaridad fueron (X, DE) de 53,3 (14), 13,5 (10) y 10 (4), respectivamente. El 83% reunió ≥ 8 puntos ACR-EULAR 2015 y 17% < 8 . Al comparar estos dos grupos, se hallaron diferencias significativas en las variables que se muestran en la **Tabla 1**. Del grupo total, el 5% fue de mujeres, 83% con obesidad, 77% de hipertensas, 77% con síndrome metabólico, 75% con dolor y malestar, 61% tenía gota tófica y 42% limitación funcional (HAQ, Eq5D). El 23% padecía enfermedad renal crónica.

Tabla 1. Pacientes con gota en México que cumplieron 8 criterios ACR-EULAR 2015 y los que no. (CG136)

	Criterios ACR/EULAR 2015		P
	8 n = 215	8 n = 45	
Edad inicio	37,9 (13,6)	42 (14,6)	0,066
Duración de la enfermedad	14,4 (2,1)	8,9 (10,9)	0,006
NSE bajo	104 (47)	18 (51,4)	0,005
Escolaridad ≥ 9	19 (7,3)	70 (27)	0,0
Antecedente familiar gota, n (%)	89 (47)	26 (14)	0,0
Número de tofos	4,6 (7,2)	0,11 (0,43)	0,0
Gota grave	73 (38)	0	0,0
CAG por año, n (%)	3,9 (7,9)	1,7 (4,5)	0,036
Hospitalización por gota, n (%)	0,21 (0,48)	0,07 (0,3)	0,025
Articulaciones dolorosas, n (%)	2 (4,4)	1,4 (2,5)	0,052
Articulaciones inflamadas, n (%)	2,9 (5,4)	1,6 (2,6)	0,015
HAQ $> 0,5$	0,53 (0,67)	0,22 (0,30)	0,003
EuroQol A-D, n (%)	92 (42)	9 (27)	0,049

Los valores representan promedio (DE), a menos que se especifique.

*CAG, crisis agudas de gota; HAQ, Health Assessment Questionnaire; EuroQol A-D, European Quality of Life-ansiedad y depresión; NSE, nivel socioeconómico bajo

Conclusiones: Los pacientes con gota que acuden a la consulta de reumatología en México son hombres en el 95% de los casos y el 88% satisface más de ocho criterios ACR/EULAR. De igual manera, tienen formas más graves de la enfermedad en relación con los datos clínicos, la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes. Las mujeres con gota son más jóvenes, con menos frecuencia de hipertensión e insuficiencia renal, en comparación con las publicaciones anteriores.

Bibliografía

Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, et al. 2015 gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. Arthritis Rheumatol. 2015;67(10):2557-68.

CG137

ALTERACIONES METABÓLICAS Y COMORBILIDADES EN PACIENTES CON UROLITIASIS POR ÁCIDO ÚRICO: UN ESTUDIO COMPARATIVO

L.S. Morales-Osorio, M.A. Saavedra-Salinas, R.M. Covarrubias-García, A. Montiel-Rivera, L.E. Villagrán-Peñaflor, F. González-Romero, J. Domínguez-Silva

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

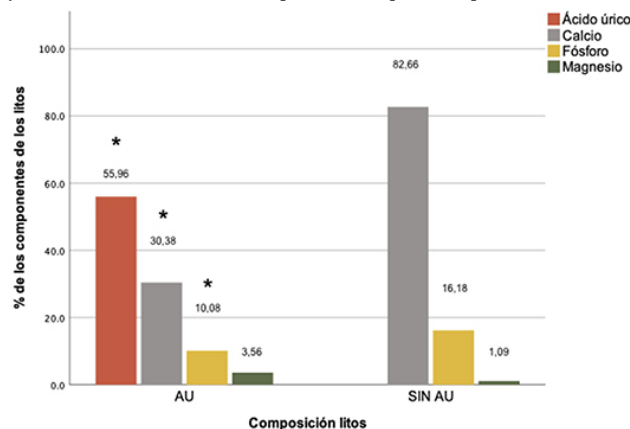
Introducción: La urolitiasis se observa en el 10% al 25% de los pacientes con gota. La composición bioquímica de los cálculos urinarios incluye ácido úrico (AU), pero además otros componentes como el calcio. Por otro lado, el hallazgo de cálculos urinarios ricos en ácido úrico no siempre se vincula con hiperuricemia o gota, por lo que otros trastornos subyacentes deben investigarse.

Objetivo: Comparar los trastornos metabólicos y comorbilidades en pacientes con cálculos urinarios por ácido úrico con otra composición bioquímica.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico. Se incluyó a 182 pacientes con diagnóstico de urolitiasis de 2018 a 2024 atendidos en un centro médico nacional de referencia. Se registraron las características clínicas, bioquímicas, radiológicas y comorbilidades adjuntas. Se llevó a cabo el análisis de la composición bioquímica de los cálculos con la técnica de microscopía estereoscópica y se asignaron a uno de dos grupos: a) sujetos con AU en su composición y b) pacientes sin AU. Se empleó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos y clínicos, incluidas media, desviación estándar y frecuencias, de acuerdo con la distribución de los datos; para el análisis de comparación de grupos se realizó la prueba de U de Mann-Whitney mediante el programa SPSS, versión 25.

Resultados: Se identificó a 65 pacientes con cálculos de AU y 117 sin AU. La edad promedio fue de $48,6 \pm 14,0$ años, con sexo masculino en el 50,5% de los casos, obesidad en un 39% y pacientes con consumo de alcohol en un 31,3%. Las diferencias en la composición bioquímica de las concreciones se muestran en la **Figura 1**. Al comparar a ambos grupos, una mayor proporción de pacientes con litos por AU tenía diabetes (26,2 vs. 11,1, p = 0,01), hipertrigliceridemia (75% vs. 53,8%, p = 0,02) y cifras elevadas de creatinina sérica en comparación con los pacientes carentes de litos sin AU

Figura 1. Comparación de los promedios de los porcentajes de ácido úrico, fósforo, calcio y magnesio obtenidos de los grupos de litos de ácido úrico y litos sin ácido úrico en su composición bioquímica ($^*p < 0,05$). (CG137)



(Tabla 1). La proporción de hiperuricemia fue similar en ambos grupos, aunque en los individuos con litos sin AU en su composición se identificó una menor prescripción de agentes hipouricémicos (12% vs. 38,5%, $p < 0,001$); la gota estuvo presente en $< 10\%$ de los pacientes con litos por AU. Por otro lado, en los pacientes con concreciones sin AU se encontró más a menudo hipercalcemia (35,9% vs. 10,8%, $p < 0,001$) y un pH urinario más alcalino en comparación con aquellos con litos de AU. Las limitaciones de este estudio incluyen el diseño y el número de pacientes.

Conclusiones: Este estudio mostró que la gota es poco frecuente en pacientes con litiasis por ácido úrico. Sin embargo, la diabetes y la enfermedad renal son las comorbilidades más comunes. En términos bioquímicos, los pacientes con litos sin ácido úrico tienen mayor frecuencia de hipercalcemia y pH urinario alcalino. Estos resultados pueden tener implicaciones diagnósticas y terapéuticas.

Tabla 1. Comparación de las características demográficas, comorbilidades y parámetros de laboratorio en ambos grupos. (CG137)

Variable	Litos con ácido úrico (n = 65)	Litos sin ácido úrico (n = 117)	p
Edad $\mu \pm$ DE, años	50 \pm 14,99	47,85 \pm 13,56	0,346
Sexo, n (%), masculino	39 (60)	53 (45,3)	0,058
femenino	26 (40)	64 (54,7)	
IMC > 30 , n (%)	29 (44,6)	42 (35,9)	0,268
Ingestión de alcohol, n (%)	23 (35,4)	34 (29,1)	0,400
Dislipidemia, n (%)	33 (50,8)	56 (47,9)	0,392
Diabetes, n (%)	17 (26,2)	13 (11,1)	0,017
HAS, n (%)	22 (33,8)	29 (24,8)	0,281
Gota, n (%)	6 (9,2)	2 (1,7)	0,023
Hiperuricemia, n (%)	32 (49,2)	44 (37,6)	0,163
Tratamiento para hiperuricemia, n (%)	25 (38,5)	14 (12)	$< 0,001$
Hipercalcemia, n (%)	7 (10,8)	42 (35,9)	$< 0,001$
Hipocitratemia, n (%)	16 (24,6)	38 (32,5)	0,178
Hipotiroidismo, n (%)	6 (9,2)	4 (3,4)	0,122
Hiperparatiroidismo, n (%)	10 (15,4)	20 (17,1)	0,649
Parámetros de laboratorio			
AU sérico (mg/dL), $\mu \pm$ DE	7,63 \pm 2,45	6,20 \pm 1,68	0,001
Cr (mg/dL), $\mu \pm$ DE	1,2 \pm 0,52	1,03 \pm 0,58	0,001
Cr > 1 mg/dL, n (%)	41 (66,1)	41 (37,3)	$< 0,001$
Na (mg/dL), $\mu \pm$ DE	139,54 \pm 2,42	139,91 \pm 2,39	0,499
K (mg/dL), $\mu \pm$ DE	4,22 \pm 0,38	4,18 \pm 0,31	0,428
Ca (mg/dL), $\mu \pm$ DE	9,33 \pm 0,39	9,46 \pm 0,65	0,672
Mg (mg/dL), $\mu \pm$ DE	2,6 \pm 4,9	1,99 \pm 0,19	0,189
P (mg/dL), $\mu \pm$ DE	3,5 \pm 0,65	3,36 \pm 0,52	0,116
Colesterol total (mg/dL), $\mu \pm$ DE	184,71 \pm 38,31	184,03 \pm 32,00	0,850
Colesterol total > 220 mg/dL, n (%)	6 (14,3)	11 (13,6)	0,914
HDL (mg/dL), $\mu \pm$ DE	43,26 \pm 8,96	48,58 \pm 10,04	0,016
LDL (mg/dL), $\mu \pm$ DE	96,32 \pm 38,38	103,21 \pm 33,05	0,355
LDL > 130 mg/dL, n (%)	5 (17,2)	15 (22,7)	0,546
Triglicéridos (mg/dL), $\mu \pm$ DE	245,02 \pm 226,99	166,53 \pm 93,45	0,026
Triglicéridos > 135 mg/dL, n (%)	33 (75)	43 (53,8)	0,020
Glucosa (mg/dL), $\mu \pm$ DE	102,01 \pm 32,21	94,23 \pm 17,53	0,075
pH $\mu \pm$ DE	5,58 \pm 0,76	6,11 \pm 0,64	$< 0,001$
Cr urinaria en 24 h (g/24 h), $\mu \pm$ DE	1,40 \pm 0,48	1,28 \pm 0,42	0,287
2Depuración de creatinina en 24 h (ml/min), $\mu \pm$ DE	91,63 \pm 35,55	96,64 \pm 37,06	0,588
AU urinario (mg/dL), $\mu \pm$ DE	0,55 \pm 0,21	0,60 \pm 0,25	0,320

n, número; IMC, índice de masa corporal; AU, ácido úrico; HAS, hipertensión arterial; Cr, creatinina; Na, sodio; K, potasio; Ca, calcio; Mg, magnesio; P, fósforo. Análisis de la comparación de grupos con U de Mann Whitney y χ^2 : $p < 0,05$.

Bibliografía

- Ricapito A, Gupta K, Zipkin J, et al. Comparison of metabolic parameters between pure-uric acid and mixed-uric acid kidney stone formers. *World J Urol.* 2024;42:138. <https://doi.org/10.1007/s00345-024-04829->
- Liu CJ, Wu JS, Huang HS. Decreased associated risk of gout in diabetes patients with uric acid urolithiasis. *J Clin Med.* 2019 Sep 25;8(10):1536. doi: 10.3390/jcm8101536.

CG138

EMPLEO DEL ULTRASONIDO MUSCULOESQUELÉTICO Y ARTICULAR EN LA VALORACIÓN INICIAL DE UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

F.H. Hernández-Orozco¹, C.A. Lozada-Pérez¹, O.A. Prado-Bush², C.J. Pineda-Villaseñor¹, A.H. Peña-Ayala¹, A. Bernal-González¹, R.C. Soto-Fajardo¹, F. Carranza-Enríquez¹, K.M. Rosas-Bolaños², E.A. Ojendis-Jiménez¹, C.S. Pérez-Coronado¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El ultrasonido articular ha demostrado ser una herramienta fundamental en la evaluación de enfermedades reumatológicas, al permitir la detección temprana de alteraciones articulares como sinovitis y erosiones óseas. Su uso ha mejorado el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades como la artritis reumatoide (AR) y la osteoartritis, y en algunas ocasiones es muy útil para apoyar diagnósticos y orientar tratamientos adecuados. Este estudio evaluó la utilidad del ultrasonido musculoesquelético y articular en la valoración inicial de pacientes referidos a un servicio de reumatología de tercer nivel en México.

Objetivo: Describir los hallazgos ultrasonográficos en la valoración inicial de pacientes con sospecha de afecciones reumáticas y evaluar su efecto en la confirmación o modificación de los diagnósticos clínicos iniciales.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal en 142 pacientes que se evaluaron entre septiembre de 2023 y mayo de 2024 en la preconsulta del servicio de reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Cada paciente se sometió a una valoración inicial seguida de un ultrasonido articular y musculoesquelético. Se analizaron las frecuencias de sinovitis, proliferación sinovial, erosiones óseas, rotura tendinosa, entesitis y señal Doppler de poder. Las pruebas de ji cuadrada evaluaron la significancia estadística de las diferencias en los hallazgos ultrasonográficos por diagnóstico. Los datos se registraron y procesaron a partir de bases de datos y análisis estadístico en Python.

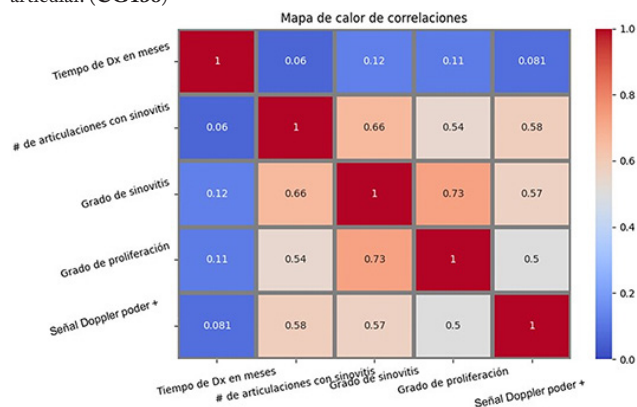
Resultados: De los 142 pacientes, 115 (80,98%) fueron mujeres y 27 (19,01%) hombres, con una mediana de edad de 50 años. Los diagnósticos iniciales más frecuentes fueron artritis reumatoide (42%) y osteoartritis (33%). En cuanto al tiempo de evolución de los síntomas, la media fue de 60,21 meses para todos los pacientes y fue mayor en los casos de AR (72,8 meses) y osteoartritis (52,41 meses). Tras la evaluación por ultrasonido, la sinovitis fue el hallazgo más frecuente, presente en el 76,6% de los casos, seguido de la proliferación sinovial en el 73,2% de los pacientes. En los casos de AR, se identificó sinovitis en el 83% de los pacientes y erosiones óseas en el 51%, mientras que en la osteoartritis solo el 2% de los pacientes mostró erosiones. La proliferación sinovial fue más común en AR (85%) en comparación con los pacientes sin AR (65%).

El ultrasonido modificó el diagnóstico en un 39,4% de los pacientes, con un incremento del 8% en los diagnósticos de AR y osteoartritis, y un aumento del 333% en la detección del síndrome del túnel del carpo y tendinopatía de hombro. Además, el uso del Doppler de poder permitió identificar actividad inflamatoria subclínica en pacientes con artritis reumatoide. En la correlación entre los hallazgos clínicos y ultrasonográficos se reconoció una relación significativa entre el grado de sinovitis y la cantidad de articulaciones afectadas (coeficiente de correlación de 0,66), y entre la proliferación sinovial y la sinovitis (correlación de 0,73) (Figura 1).

Conclusiones: El ultrasonido articular es una herramienta valiosa en la evaluación inicial de pacientes con sospecha de enfermedades reumáticas. No solo confirmó diagnósticos previos, sino que hizo posible modificar

un porcentaje considerable de ellos y mejorar la atención clínica de los pacientes. Su uso facilita la identificación de hallazgos subclínicos y proporciona información esencial para ajustar tratamientos de manera más precisa y oportuna.

Figura 1. Matriz de correlación. 1. Existe una relación lineal directamente proporcional entre el grado de sinovitis y el número de articulaciones afectadas, con un coeficiente de correlación de 0,66. 2. También se observó una correlación directamente proporcional entre el grado de proliferación sinovial y el grado de sinovitis, con un coeficiente de correlación de 0,73. 3. El tiempo desde el diagnóstico inicial no mostró una correlación sólida con la cantidad de articulaciones afectadas ni con el grado de repercusión articular. (CG138)



Bibliografía

1. Koski JM. Ultrasonographic evidence of hip synovitis in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol.* 1989;18(3):127-31. doi: 10.3109/03009748909095409. PMID: 2672295.
2. Iagnocco A, Coari G, Zoppini A. Sonographic evaluation of femoral condylar cartilage in osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol.* 1992;21(4):201-3. doi: 10.3109/03009749209099222. PMID: 1529288.
3. Newman JS, Adler RS, Bude RO, et al. Detection of soft-tissue hyperemia: value of power Doppler sonography. *AJR Am J Roentgenol.* 1994 Aug;163(2):385-9. doi: 10.2214/ajr.163.2.8037037. PMID: 8037037.
4. Kang T, Horton L, Emery P, et al. Value of ultrasound in rheumatologic diseases. *Journal of Korean Medical Science.* 2013;28(4):497-507. https://doi.org/10.3346/jkms.2013.28.4.497

CG139

LA NARIZ ELECTRÓNICA DISTINGUE UNA HUELLA OLFATORIA EN LÍQUIDO SINOVIAL DE PACIENTES CON CONDRÓCALCINOSIS DE RODILLA

M.I. Ramírez-Trujillo¹, R. Flores-Ramírez², M. Rodríguez-Aguilar³, D.A. Herrera-Van Oostdam¹, C. Oros-Ovalle¹, M.U. Martínez-Martínez⁴

⁽¹⁾Hospital Central Ignacio Morones, SLP; ⁽²⁾Coordinación para la Innovación y Aplicación de la Ciencia y la Tecnología (CLACYT); ⁽³⁾Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo; ⁽⁴⁾HGSZ No. 9, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La biopsia del cartilago articular es la norma de referencia para el diagnóstico de condrocalcinosis articular (CCA), pero es un método invasivo y costoso. La elevada relación de CCA con la gravedad de la osteoartritis justifica su búsqueda de manera temprana para implementar tratamientos adecuados y disminuir la progresión de la enfermedad. La nariz electrónica (*e-nose*) es un conjunto de diferentes tipos de sensores que responden a las características específicas de una molécula de olor, en su mayor parte compuestos orgánicos volátiles.

Objetivo: Determinar si existe una huella olfatoria en el líquido sinovial que reconozca a pacientes con y sin CCA de rodilla sometidos a recambio articular.

Material y métodos: Se invitó a los pacientes elegibles para reemplazo articular primario de rodilla y programados para procedimiento quirúrgico a participar en el estudio previamente aprobado por un comité de ética. Se tomó una muestra transquirúrgica de líquido sinovial y biopsia del cartilago articular. La CCA se evaluó en el servicio de patología con tinción rojo alizarina; el líquido sinovial se analizó con una nariz electrónica (Cyrano-se 320) que cuenta con 32 sensores. Se efectuaron análisis bivariados, análisis de componentes principales, *support vector machine* (SVM) y *beatmaps*. Todo el análisis se realizó mediante los programas R 4.3.3 y RStudio 2024.09.0 +375.

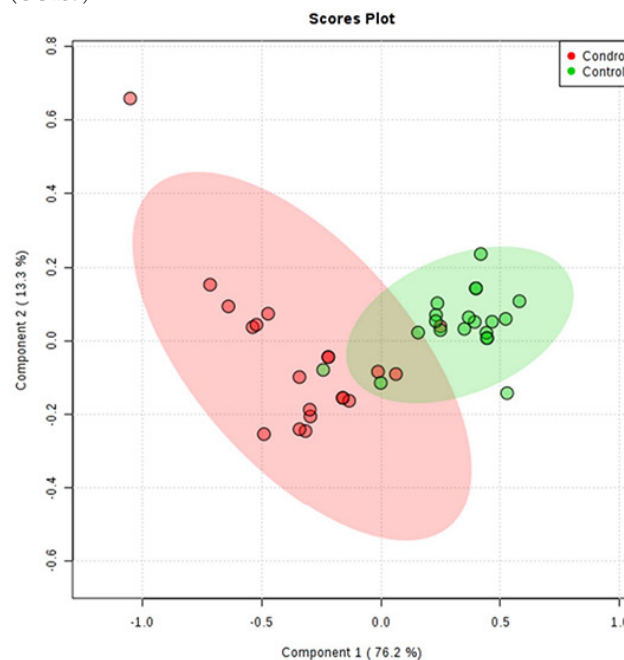
Resultados: Se incluyó a 40 pacientes de las cuales 31 fueron mujeres con un promedio de edad de 69,3 ± 8,6 años; todos los pacientes tenían osteoartritis de grados 3 o 4 de acuerdo con la escala de Kellgren-Lawrence (KL), 12 pacientes eran diabéticos tipo 2 y 11 tenían hipertensión sistémica (Tabla 1). En el análisis de componentes principales se advirtió que dos de los componentes explicaban el 88,9% de la variabilidad de los datos. Las Figuras 1 y 2 muestran la forma en que la nariz electrónica, por medio de los primeros dos componentes principales, puede hacer una separación de los grupos de pacientes con y sin CCA. Al evaluar si la nariz electrónica podía clasificar correctamente a los pacientes con CCA por SVM se identificó un error de clasificación de tres pacientes (7,5%).

Tabla 1. Características de ambos grupos. (CG139)

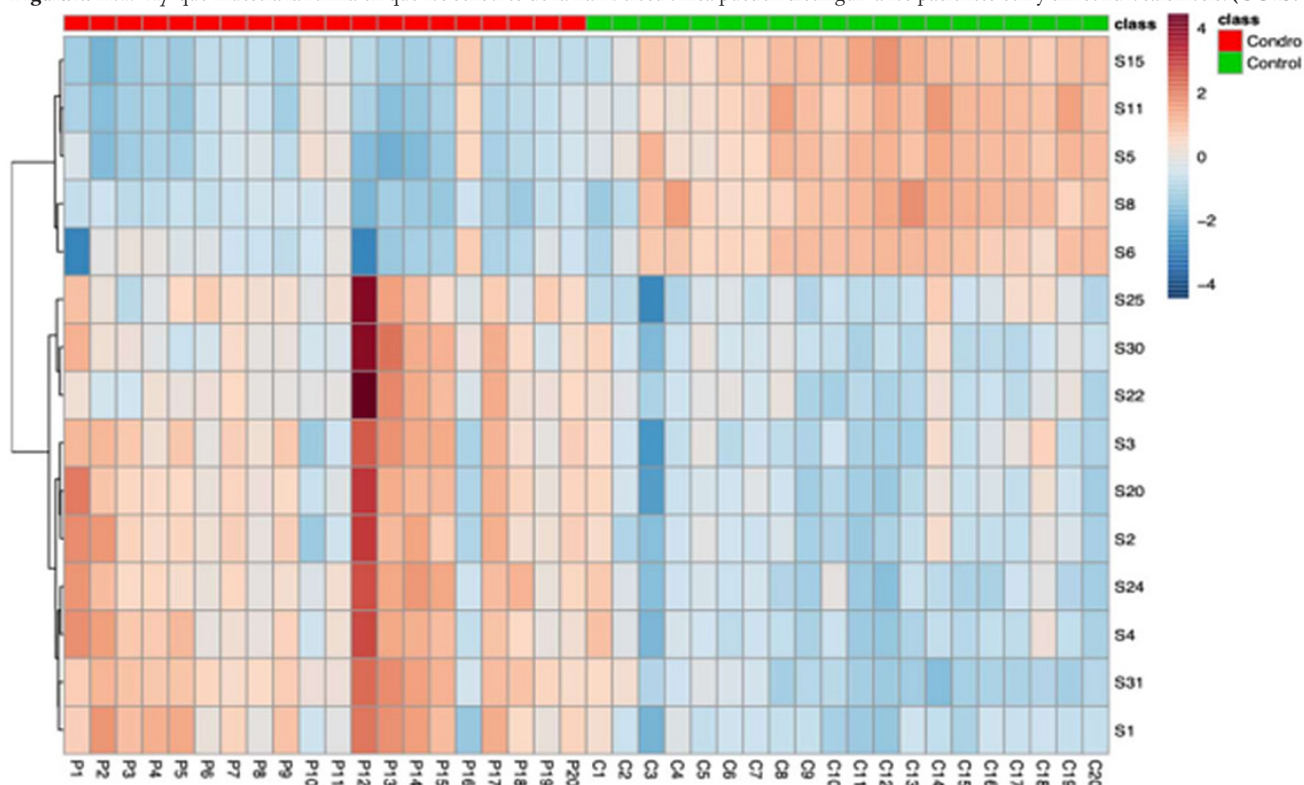
	Condrocalcinosis n = 20	Sin condrocalcinosis n = 20	Valor de p
Mujeres, n (%)	14 (70%)	17 (85%)	0,2559
Edad, mediana (IQR)	66 (11)	68 (11)	0,5687
KL III	6 (30%)	16 (80)	< 0,001
KL IV	14 (70)	4 (20)	
DM2	4 (20)	8 (40)	0,1675
HTAS	6 (30)	7 (35)	0,7356

KL, escala de Kellgren-Lawrence; DM2, diabetes mellitus tipo 2; HTAS, hipertensión arterial sistémica.

Figura 1. Score plot que muestra los dos primeros componentes principales. (CG139)



Conclusiones: Nuevos métodos pueden ayudar a diagnosticar la CCA a partir del líquido sinovial en pacientes con osteoartritis. Debe señalarse que los pacientes con CCA estudiados tenían el grado de osteoartritis más avanzado, con lo cual estos métodos también podrían ayudar a diagnosticar la gravedad de la osteoartritis.

Figura 2. Heatmap que muestra la forma en que los sensores de la nariz electrónica pueden distinguir a los pacientes con y sin condrocalcinosis. (CG139)**Bibliografía**

1. Rheumatology (Oxford) 2024; doi: 10.1093/rheumatology/keac515

CG140

DIFERENCIAS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL ENTRE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

F.J. Torres-Quintanilla, E.A. Garza-González, E.C. Garza-González, J.C.L. Riega-Torres, A.K. Garza-Elizondo, K. Salinas-Zamora, P. Ancker-Rodríguez, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) y el lupus eritematoso sistémico (LES) son enfermedades autoinmunitarias crónicas que, además de causar inflamación sistémica, elevan el riesgo cardiovascular. Este riesgo está influido por alteraciones en la composición corporal, como la obesidad sarcopénica y la acumulación de grasa visceral, las cuales son comunes en ambas afecciones. La inflamación crónica y el consumo de corticosteroides contribuyen a la pérdida de masa muscular y cambios en la distribución de grasa, lo que exacerba las complicaciones metabólicas y cardiovasculares. Este estudio compara las características antropométricas y la ingestión calórica en pacientes con AR y LES.

Objetivo: Describir y comparar la antropometría y las kilocalorías consumidas en pacientes con LES y AR.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo, comparativo y analítico en el departamento de reumatología en una clínica ambulatoria. Se inscribió de forma consecutiva a pacientes que cumplieran con los criterios de clasificación para AR según las guías de criterios ACR/EULAR 2010 y de LES de acuerdo con los criterios ACR/EULAR 2019. Se realizó una historia clínica y se obtuvo información de la composición corporal de los pacientes con el monitor "InnerScan TANITA BC-533"

de consultas de nutrición. Las variables cualitativas se expresaron con frecuencias y porcentajes y se compararon con ji cuadrada. Las variables cuantitativas se describieron con medias y desviación estándar o mediana y percentiles 25° y 75° (p25°-p75°) y se compararon con t de Student o U de Mann-Whitney, según fuera su distribución. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 608 pacientes con AR y 173 con LES. Los pacientes con AR eran mayores que los de LES (51 vs. 42 años, $p < 0,001$) y la mayoría correspondió a mujeres en ambos grupos (91,6% en AR y 92,5% en LES). No se reconocieron diferencias significativas en el IMC entre los dos grupos (29 vs. 28,8, $p = 0,343$), aunque el porcentaje de pacientes con IMC anormal fue mayor en el grupo de LES (85% vs. 80,9%, $p = 0,001$). El grupo de AR registró valores más altos de grasa visceral (9 kg vs. 8 kg, $p = 0,004$) y una mayor prevalencia de baja masa magra (85,4% vs. 78,6%, $p = 0,026$). El consumo calórico diario no mostró diferencias significativas ($p = 0,388$). Al analizar el consumo calórico en relación con el IMC, no se observaron diferencias significativas en las categorías de bajo peso ($p = 0,144$), sobrepeso ($p = 0,619$), obesidad clase I ($p = 0,076$), clase II ($p = 0,507$) o clase III ($p = 0,588$). Sin embargo, en la categoría de peso normal, el grupo de LES consumió más calorías que el grupo de AR (1957 vs. 1853,5 kcal, $p < 0,001$). Véanse las **Tablas 1 y 2**.

Conclusiones: Los resultados muestran diferencias significativas en la composición corporal entre pacientes con AR y LES. Los pacientes con AR tienen mayor grasa visceral y prevalencia de baja masa magra, mientras que los pacientes con LES muestran más casos de IMC anormal. Además, en pacientes con peso normal, los pacientes con LES consumen más calorías diarias que los individuos con AR. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un enfoque personalizado para manejar la composición corporal en ambos grupos, con el objetivo de reducir el riesgo cardiovascular y mejorar la calidad de vida.

Bibliografía

1. An HJ, Tizaoui K, Terrazzino S, et al. Sarcopenia in autoimmune and rheumatic diseases: a comprehensive review. Int J Mol Sci. 2020;21(16):5678. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/21/16/5678>

Tabla 1. Antropometría y composición corporal. (CG140)

	Pacientes con AR (n = 608)	Pacientes con LES (n = 173)	Valor p
Edad, mediana (p25°-p75°)	51 (45-59)	42 (28-55)	< 0,001
Sexo femenino, n (%)	557 (91,6%)	160 (92,5%)	-
IMC, mediana (cc)	29 (25,5-32,9)	28,8 (24,43-33,72)	0,343
IMC anormal, n (%)	492 (80,9%)	147 (85%)	0,001
Peso bajo, n (%)	20 (3,3%)	20 (11,6%)	-
Peso normal, n (%)	116 (19,1%)	26 (15%)	-
Sobrepeso, n (%)	204 (33,6%)	55 (31,8%)	-
Obesidad clase I, n (%)	160 (26,3%)	39 (22,5%)	-
Obesidad clase II, n (%)	69 (11,3%)	24 (13,9%)	-
Obesidad clase III, n (%)	39 (6,4%)	9 (5,2%)	-
Altura (m), mediana (p25°-p75°)	1,56 (1,52-1,59)	1,57 (1,53-1,62)	0,017
Peso (kg), mediana (p25°-p75°)	72 (61,5-81,4)	70,4 (58,8-81,8)	0,496
% Grasa corporal, mediana (p25°-p75°)	38,4 (32,2-42,5)	37,5 (29-44,15)	0,444
Grasa corporal (kg), mediana (p25°-p75°)	27,1 (19,9-34,2)	25,66 (17,88-36,30)	0,474
% Agua, mediana (p25°-p75°)	42,9 (40,6-47)	43,3 (39,45-49,2)	0,582
Grasa visceral (kg), mediana (p25°-p75°)	9 (7-11)	8 (5-11)	0,004
% Masa muscular, mediana (p25°-p75°)	58,5 (54,4-60,3)	58,74 (53-67,3)	0,637
Masa muscular (kg), mediana (p25°-p75°)	41,4 (38-45)	41 (38,3-45,7)	0,652
Masa ósea, mediana (p25°-p75°)	2,2 (2-2,4)	2,2 (2-2,4)	0,812
Kcal, mediana (p25°-p75°)	2109 (1918-2311)	2108 (1950-2364)	0,388
Cintura (cm), mediana (p25-75)	92,8 (85-102)	92 (80,25-103,25)	0,422
Cadera (cm), mediana (p25°-p75°)	106 (98,6-115)	105 (97-114)	0,096
Ci/Ca, mediana (p25°-p75°)	0,87 (0,82-0,92)	0,87 (0,804-0,926)	0,815
Grasa corporal alta, n (%)	403 (66,3%)	103 (59,5%)	0,090
Grasa visceral alta, n (%)	82 (13,5%)	29 (16,8%)	0,283
Baja masa magra, n (%)	519 (85,4%)	136 (78,6%)	0,026
Bajo % agua, n (%)	405 (66,6%)	109 (63%)	0,349
Obesidad sarcopénica, n (%)	398 (65,5%)	103 (59,5%)	0,137

AR, artritis reumatoide; IMC, índice de masa corporal; Ci/Ca, cintura/cadera; p25°, percentil 25°; p75°, percentil 75°; LES, lupus eritematoso sistémico; Kcal, kilocalorías.

Tabla 2. Kilocalorías consumidas por grupo de índice de masa corporal en pacientes con AR y LES. (CG140)

	AR	LES	Valor p
Bajo peso, mediana (p25°-p75°)	1730 (1662-2108)	1863,5 (1764-1958)	0,144
Normal, mediana (p25°-p75°)	1853,5 (1773-1974)	1957 (1875-2083)	< 0,001
Sobrepeso, mediana (p25°-p75°)	2026,5 (1909-2141)	2028 (1946-2141)	0,619
Obesidad CI, mediana (p25°-p75°)	2201,5 (2112-2307)	2245 (2134-2455)	0,076
Obesidad CII, mediana (p25°-p75°)	2350 (2231,5-2425)	2382 (2171-2601)	0,507
Obesidad CIII, mediana (p25°-p75°)	2645 (2522-2935)	2647 (2449-2706)	0,588

IMC, índice de masa corporal; CI, clase 1; CII, clase 2; CIII, clase 3; p25°, percentil 25°; p75°, percentil 75°; LES, lupus eritematoso sistémico.

2. Letarouilly JG, Flipo RM, Cortet B. Body composition in patients with rheumatoid arthritis: a narrative literature review. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2021;13:1759720X211015006. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1759720X211015006>

CG141

ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS-GLUCOSA-IMC CON ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez, O.A. Garza-Flores, I.J. Colunga-Pedraza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpiri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera, V.M. Fraga-Enriquez, D. Azamat-Salcedo
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El índice triglicéridos-glucosa-IMC (TyG-IMC) es un método confiable para detectar resistencia a la insulina, con una eficacia comparable a la norma de referencia: la pinza euglicémica hiperinsulinémica. Los valores elevados de TyG-IMC se han relacionado con un aumento del riesgo cardiovascular (CV) y disfunción cardiaca. La resistencia a la insulina y la artritis reumatoide (AR) promueven un estado de hiperglucemia que altera la señalización de la insulina. Por este motivo, se propone el uso del TyG-BMI como herramienta de tamizaje para la evaluación del riesgo CV en esta población, lo que representa una alternativa práctica y efectiva como tamiz. **Objetivo:** Relacionar el índice TyG-IMC con la presencia de alteraciones ecocardiográficas en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a pacientes con AR de 30 a 75 años que cumplieran con los criterios ACR/EULAR del 2010. Se excluyó a aquellos con enfermedad cardiovascular previa. Se realizó ecocardiograma transtorácico en todos los participantes. La evaluación ecocardiográfica incluyó el índice de masa del ventrículo izquierdo (IMVI), el grosor parietal relativo (GPR), la excursión sistólica del plano anular tricuspideo (TAPSE) y la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI). La disfunción diastólica subclínica (DDS) se definió de acuerdo con la clasificación de la *American Heart Association* del 2016 y la disfunción sistólica subclínica (DSS) del VI como un *strain* longitudinal global (SLG) $\geq 18\%$ (**Tabla 1**). Para calcular el índice TyG-BMI se utilizaron los valores de triglicéridos séricos (TG), glucosa en sangre en ayuno (GSA) e índice de masa corporal (IMC) mediante la siguiente fórmula: índice TyG-IMC = $\ln [TG (mg/dL) \times GSA (mg/dL)/2] \times IMC$. Los participantes se categorizaron en terciles según el TyG-IMC: < 221,7 en el primer tercil, 221,7 a 257,4 en el segundo y > 257,4 en el tercero. La distribución de los grupos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se efectuaron con las pruebas ji cuadrada, ANOVA o Kruskal-Wallis, según correspondiera. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se conformó una muestra de 116 pacientes con artritis reumatoide: 39 en el primer y segundo terciles y 38 en el último según el índice TyG-IMC. La mayoría correspondió a mujeres, con una edad promedio de $55,5 \pm 9,6$ años. Aunque no fueron estadísticamente significativos, los valores del índice TyG-IMC $\geq 258,5$ mostraron mayor frecuencia de comorbilidades (excepto dislipidemia), y la más frecuente fue la obesidad (68,4%, $p \leq 0,001$). En el segundo tercil se observó una menor proporción de remodelado normal (18,2%, $p = 0,46$) y la mayor prevalencia de remodelado concéntrico, que mostró una tendencia hacia la significancia estadística (43,5%, $p = 0,054$). En el tercer tercil se encontraron valores menores de FEVI respecto del primer tercil, con una significancia estadística en la p de Tukey al realizar un análisis *post hoc* ($62,1 \pm 4,9$ vs. $59,5 \pm 4,2$, $p = 0,045$).

Conclusiones: En relación con este estudio, el índice TyG-IMC destaca su potencial como herramienta de tamizaje de riesgo CV al identificar una probable insuficiencia cardiaca con fracción de expulsión preservada en límites $\geq 258,5$, posiblemente debido a la mayor presencia de obesidad e hipertensión arterial, junto con otras comorbilidades. Sin embargo, deben realizarse estudios con muestras mayores. Es necesario integrar una evaluación ecocardiográfica a la valoración de riesgo CV para un abordaje temprano de estas alteraciones.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y del ecocardiograma. (CG141)

Variables	Tercil 1° (n = 39)	Tercil 2° (n = 39)	Tercil 3° (n = 38)	Valor p
Edad, años, ± DE	56,0 ± 9,9	56,3 ± 8,0	54,3 ± 10,9	0,62
Mujeres, n (%)	36 (92,3)	39 (100)	35 (92,1)	0,20
Comorbilidades				
Diabetes, n (%)	5 (12,8)	7 (17,9)	12 (31,5)	0,11
Hipertensión, n (%)	7 (17,9)	9 (23,0)	17 (44,7)	0,02
Dislipidemia, n (%)	18 (46,1)	18 (46,1)	16 (42,1)	0,91
Tabaquismo activo, n (%)	3 (7,6)	2 (5,1)	2 (5,2)	0,98
Obesidad, n (%)	0 (0)	1 (2,5)	26 (68,4)	< 0,001
Características clínicas				
Tiempo de evolución, años, mediana (RIC)	7 (2,4-13,5)	19 (5,1-13,6)	4 (2,1-10,7)	0,22
DAS28-PCR, ± DE	3,3 ± 1,4	3,6 ± 3,2	3,4 ± 1,2	0,89
DAS28-VSG, ± DE	4,4 ± 1,5	4,2 ± 1,4	4,2 ± 1,3	0,84
VI: características geométricas				
Índice de masa del VI, mediana (RIC)	77,6 (63,7-102,6)	74,4 (64,8-94,5)	80,8 (68,4-119,2)	0,49
GPR, mediana (RIC)	0,40 (0,90-0,47)	0,42 (0,36-0,48)	0,43 (0,38-0,54)	0,31
VI: clasificación de remodelado				
Normal, n (%)	16 (41,0)	11 (28,2)	12 (31,5)	0,46
Remodelado concéntrico, n (%)	9 (23,0)	17 (43,5)	8 (21,0)	0,054
Hipertrofia concéntrica, n (%)	5(12,2)	1 (2,5)	5 (13,1)	0,19
Hipertrofia excéntrica, n (%)	1 (2,5)	0 (0)	1 (2,5)	0,597
Disfunción diastólica subclínica				
Normal, n (%)	33 (84,6)	34 (87,1)	27 (71,0)	0,15
Seudonormal, n (%)	2 (5,1)	0 (0)	0 (0)	0,13
PRR, n (%)	0 (0)	2 (5,1)	3 (7,6)	0,23
PRI, n (%)	4 (10,2)	3 (7,2)	8 (21,0)	0,18
Disfunción sistólica subclínica				
TAPSE, mediana (RIC)	23 (21-25)	22 (20-23)	22 (20-23)	0,21
FEVI, media ± DE	62,1 ± 4,9	61,9 ± 5,9	59,5 ± 4,2	0,031
SLG, media ± DE	-21,1 ± 2,3	-20,3 ± 3,5	-19,7 ± 3,1	0,18
DSS, n (%)	2 (5,1)	7 (17,9)	7 (18,4)	0,15

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; DAS28-CRP, Índice de actividad de la enfermedad 28-articulaciones con cálculo de la proteína C reactiva; DAS28-VSG, Índice de actividad de la enfermedad en 28-articulaciones basado en la velocidad de sedimentación globular; VI, ventrículo izquierdo; GPR, grosor parietal relativo; PRR, patrón restrictivo reversible; PRI, patrón restrictivo irreversible; TAPSE, excursión sistólica del plano anular tricúspideo; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; SLG, *strain longitudinal global*; DDS, disfunción diastólica subclínica.

Bibliografía

1. Yang S, Shi X, Liu W, *et al.* Association between triglyceride glucose-body mass index and heart failure in subjects with diabetes mellitus or prediabetes mellitus: a cross-sectional study. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023 Nov 3;14:1294909. doi:10.3389/fendo.2023.1294909.
2. Nicolau J, Lequerré T, Bacquet H, *et al.* Rheumatoid arthritis, insulin resistance, and diabetes. *Joint Bone Spine*. 2017;84(4):411-6. doi:10.1016/j.jbspin.2016.09.001.

CG142

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON INVOLUCRO EN PIE Y TOBILLO

E.S. Sánchez-Peralta, A. Cantero-Castro, D.A. Salcedo-Soto, K. Deciderio-Pavón, R.J. Sánchez-De la Cruz, I. Arcíbar-Liceaga, C. De León-Carrillo, J.G. Espinoza-Gámez, F.M. García-Carrillo, D.E. Flores-Alvarado, D.A. Galarza-Delgado, J.A. Elizondo-Rodríguez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La afectación de pies y tobillos en pacientes con artritis reumatoide es una manifestación común, pero con frecuencia poco explorada. Los problemas articulares en estas áreas pueden llevar a un deterioro progresivo de la función de las extremidades superiores, lo que altera de forma negativa la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide con compromiso de pie y tobillo.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal en la consulta de reumatología y traumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis reumatoide. La calidad de vida relacionada con la salud del pie se evaluó mediante el *Foot Health Status Questionnaire*, con puntuaciones de 0 (peor calidad de vida) a 100 (mejor calidad de vida). El *Foot Function Index* se implementó para evaluar el efecto de la enfermedad en la función del pie. Se midió el dolor mediante una escala visual analógica (EVA). El análisis estadístico descriptivo incluyó frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. La distribución de la muestra se evaluó con las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Para comparar los resultados de cada prueba en función de la duración de la enfermedad se emplearon las pruebas U de Mann-Whitney y t de Student, según correspondiera, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 29.

Resultados: Se incluyó a 43 pacientes, de los cuales 41 (95,3%) fueron mujeres, con una mediana de edad de 59 (51-67) años (Tabla 1). La comorbilidad más frecuente fue la obesidad (39,5%), definida como un IMC > 30, seguida de hipertensión arterial (32,5%). Los niveles educativos más comunes fueron primaria (30,2%) y secundaria (30,2%); 62,79% refirió ser sedentario, con un IMC promedio de 29,2 ± 5,7. En el grupo con una duración de la enfermedad < 10 años (22/43, 51,1%), la mediana del *Foot Function Index* fue de 32,6 (12-66), el promedio del *Foot Health Status Questionnaire* de 40,4 ± 4,7 y el promedio de EVA de 5 ± 3,1. En el grupo con una duración de la enfermedad > 10 años (21/43, 48,8%), la mediana del *Foot Function Index* fue de 61,7 (39-88), con un promedio del *Foot Health Status Questionnaire* de 38,8 ± 5,2 y un promedio de EVA de 5,9 ± 2,2. La comparación de ambos grupos reveló una afectación significativa de la funcionalidad del pie en los pacientes con una duración de la enfermedad > 10 años ($p = 0,015$); no hubo diferencia significativa en la calidad de vida ($p = 0,292$) ni el dolor percibido ($p = 0,308$). Véase la Figura 1.

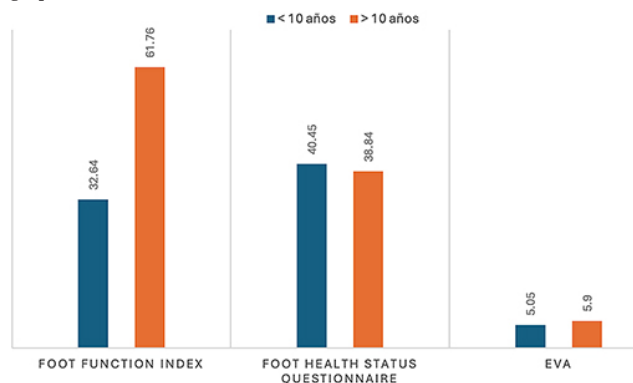
Tabla 1. Características de la artritis reumatoide en 43 pacientes evaluados. (CG142)

Variables	n = 43
Tiempo de evolución en años, mediana (RIC)	8 (4-14)
Tratamiento, n (%)	
Metotrexato	29 (67,4)
Metotrexato u otros FARME	13 (30,2)
Esteroides	16 (37,2)
Antidepresivos	4 (9,3)
Biológicos	1 (2,3)
Pacientes con esteroides, n (%)	
≤ 5 mg	16 (37,2)
> 5 mg	0
Actividad de la enfermedad (DAS-28), n (%)*	
Remisión	19 (48,7)
Baja	6 (15,4)
Moderada	10 (25,6)
Grave	4 (10,3)

*Porcentajes calculados de un total de 39 pacientes RIC, rango intercuartílico

Conclusiones: La afectación de pies y tobillos en pacientes con artritis reumatoide es un aspecto que a menudo se pasa por alto en las consultas de reumatología. Este estudio indica mayor afectación en pacientes con una duración de la enfermedad > 10 años, lo que subraya la importancia de valorar a los pacientes con larga evolución de la enfermedad. No se encontró una vinculación clara entre la calidad de vida y la afectación en pies y tobillos, pero la muestra de pacientes es pequeña.

Figura 1. Comparación de los resultados de acuerdo con la duración de la enfermedad. La figura muestra una diferencia significativa en el efecto de la enfermedad en pies y tobillos, medida con el *Foot Function Index*, entre los grupos con diferentes duraciones de la enfermedad. No se observaron diferencias en la calidad de vida ni en el dolor percibido entre los dos grupos. (CG142)



Bibliografía

- Sirera-Vercher MJ, Sáez-Zamora P, Sanz-Amaro MD. Traducción y adaptación transcultural al castellano y al valenciano del Foot Health Status Questionnaire. *Rev Esp Cir Ortopédica Traumatol.* 2010 Jul;54(4):211-9.
- Páez-Moguer J, Budiman-Mak E, Cuesta-Vargas AI. Cross-cultural adaptation and validation of the Foot Function Index to spanish. *Foot Ankle Surg.* 2014 Mar;20(1):34-9.

CG143

RELACIÓN DE DIABETES TIPO 2 Y NIVELES DE COMPLEMENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE

E.A. Zamora-Tehozol¹, J. Díaz-Rodríguez²

⁽¹⁾Medical Care & Research, ⁽²⁾Hospital General Regional No.1 Ignacio García Téllez

Introducción: La artritis reumatoide es un padecimiento crónico de naturaleza inmunitaria que se caracteriza por inflamación articular, anticuerpos dirigidos contra dominios o subdominios de inmunoglobulina G y modificaciones epigenéticas (citrulinación, carbamilación, acetilación, entre otros). Se han considerado las enfermedades metabólicas como activadoras de autoinmunidad, debido a la teoría de la inflamación continua, dado que promueven modificación epigenética, señales de daño y alarma, estrés oxidativo y glucosilación avanzada para la presentación de enfermedades reumatológicas autoinmunitarias. De esta manera, la IL-6, la fracción C3 del complemento y TNF- α , entre otros, aumentan la lipólisis y promueven la resistencia a la insulina. Algunos estudios observacionales han documentado la relación de C3 con un mayor índice de resistencia a la insulina. La importancia de conocer factores de riesgo infrecuentes para la incidencia de diabetes tipo 2 es prioritaria en los pacientes reostáticos con artritis reumatoide. Si bien es posible modificar los ya establecidos en las publicaciones médicas, es conveniente buscar un biomarcador que identifique a los pacientes con un riesgo mucho mayor de incidencia de uno de los cinco tipos de diabetes mellitus tipo 2.

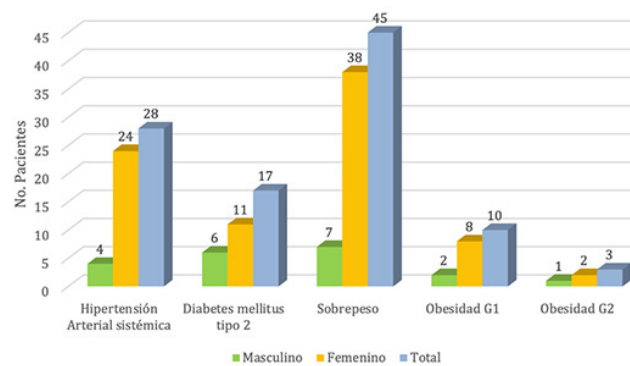
Objetivo: Evaluar la relación entre el desarrollo de diabetes tipo 2 y los valores séricos de complemento en pacientes con artritis reumatoide, en el Hospital General Regional No.1, en el periodo comprendido entre el 1 de septiembre y el 1 de diciembre.

Material y métodos: Se utilizaron medidas de tendencia central para las variables numéricas y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas; se usó el índice de correlación de Spearman para valorar las posibles

relaciones entre variables categóricas y las pruebas de ji cuadrada para las diferencias de medias entre variables numéricas y prueba t de Student. En todos los casos se calcularon sus intervalos de confianza al 95% y se fijó el valor de significancia en $p < 0,05$. Los cálculos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS (USA) versión 23.0 para Windows.

Resultados: Se incluyó a un total de 125 pacientes, con 15,2% de hombres y 84,8% de mujeres. El 82,4% tenía alguna comorbilidad; las más prevalentes fueron la hipertensión y el sobrepeso (Figura 1). El 8% registró valores de complemento bajos, el 4% altos y el 88% normales. El grado de correlación entre C3 alto y DM2 fue negativo y muy débil ($r: -0,038, p = 0,673$). Se obtuvo un RR = 0,667 (IC, 0,109-4,079; $p = 0,525$).

Figura 1. Comorbilidades en pacientes con artritis reumatoide. (CG143)



Conclusiones: Los pacientes con artritis reumatoide sufren alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos con alta prevalencia de DM2. No se identificó una vinculación entre los valores elevados del complemento sérico y el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2.

Bibliografía

- Mueller AL, Payandeh Z, Mohammadkhani N, *et al.* Recent advances in understanding the pathogenesis of rheumatoid arthritis: New treatment strategies. *Cells.* 2021;10(11):3017.
- Pi H, Zhou H, Jin H, *et al.* Ab-normal glucose metabolism in rheumatoid arthritis. *Biomed Res Int.* 2017;2017:1-6.

CG144

COMPLICACIONES POCO FRECUENTES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Torres-González, F. Irazoque-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria inmunomediada y sistémica con predominio articular. Durante la evolución se pueden presentar múltiples complicaciones, 40% comunicadas en las publicaciones médicas, que hasta en la mitad de los casos se acompañan de mal pronóstico. No todas se exploran de manera intencional y sin duda su identificación da la pauta para modificar las estrategias terapéuticas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Describir e identificar la frecuencia de las complicaciones y factores de riesgo de estas, así como las comorbilidades en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo, analítico, transversal y retrolectivo. La muestra se obtuvo mediante expedientes clínicos de los pacientes atendidos en este hospital, en el periodo comprendido de 2010 a 2023. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se revisaron 1 017 expedientes de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide; 183 tenían diferentes tipos de complicaciones y 211 múltiples comorbilidades durante su evolución.

Resultados: La edad media fue de 65 años. La distribución por sexo fue del 6,5% (11 casos) del sexo masculino y 93,5% (172 casos) del femenino. El tiempo desde que se estableció el diagnóstico de AR tuvo una media de 20,6 años. La frecuencia de las 344 complicaciones descritas puede observarse en la **Tabla 1**. Con lo que respecta a la relación de presentación de complicaciones con el tipo de tratamiento, 169 (92%) pacientes se hallaban bajo tratamiento biológico o de pequeñas moléculas como monoterapia o junto con FARMEsc.

Se observó una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la frecuencia de complicaciones oncológicas, con un 11,3% en pacientes que recibieron tratamiento biológico en comparación con 23,08% en pacientes sin esta modalidad terapéutica ($p < 0,020$). En cuanto al resto de las complicaciones, se identificó una disminución de la frecuencia de estas, con una menor actividad clínica. En otros datos se reconoció a 221 pacientes con múltiples comorbilidades, entre ellas diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica y osteoporosis. Se advirtió que 40,22% (97) sufría enfermedad articular degenerativa adjunta, 19,57% síndrome de Sjögren, 18,4% fibromialgia, 1,09% lupus eritematoso sistémico y 0,54% arteritis de Takayasu, gota y síndrome antifosfolípidos.

Conclusiones: En este estudio se identificaron múltiples complicaciones en pacientes con artritis reumatoide, las más comunes de las cuales fueron gastrointestinales, pulmonares y caquexia. De igual manera, se observó una diferencia estadísticamente significativa con respecto a las complicaciones oncológicas, que fueron menores en los pacientes que recibieron tratamiento biológico durante el transcurso de la enfermedad. Es importante tener en cuenta que la artritis reumatoide es una afección sistémica que puede desarrollar manifestaciones y complicaciones extraarticulares durante su evolución, por lo que el diagnóstico y tratamiento oportuno son claves para su prevención, pronóstico y supervivencia.

Bibliografía

1. Turesson C, O'Fallon WM, Crowson CS, *et al.* Occurrence of extra-articular disease manifestations is associated with excess mortality in a community-based cohort of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2002 Jan;29(1):62-7. PMID: 11824973.
2. Myasoedova E, Crowson CS, Turesson C, *et al.* Incidence of extra-articular rheumatoid arthritis in Olmsted County, Minnesota, in 1995-2007 versus 1985-1994: a population-based study. *J Rheumatol.* 2011 Jun;38(6):983-9. doi: 10.3899/jrheum.101133. Epub 2011 Apr 1. PMID: 21459933; PMCID: PMC3193155.

CG145

SUSPENSIÓN POR EFECTOS ADVERSOS DE SULFASALAZINA EN UNA COHORTE DE ARTRITIS REUMATOIDE

H. Jacobo-Cuevas, F.A. Ávalos-Salgado, A.M. Saldaña-Cruz, N.A. Rodríguez-Jiménez, L. González-López, L.I. Muñoz-Ordóñez, A.S. Casillas-Vega, J.I. Gámez-Nava

Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara

Introducción: La sulfasalazina (SSZ) es un fármaco inductor de remisión administrado ampliamente en pacientes con artritis reumatoide (AR), con un importante papel en la modalidad combinada con metotrexato y otros FARME; sin embargo, este fármaco puede precipitar algunos efectos secundarios graves que obligan a la interrumpir el tratamiento. Las grandes cohortes de pacientes suministran una gran oportunidad de estudiar los efectos secundarios poco frecuentes, pero lo suficientemente graves para llevar a su suspensión. No obstante, la mayor parte de la información procede de estudios clínicos controlados y es limitado el tiempo de duración de uso del fármaco (mediano plazo < 5 años) por lo que la tasa de suspensión de SSZ puede subestimarse.

Objetivo: Describir la tasa de suspensión de la sulfasalazina y los principales efectos secundarios que obligan a interrumpirla en una gran cohorte retrospectiva a largo plazo de pacientes con AR.

Material y métodos: De un hospital de segundo nivel de atención se estableció una cohorte retrospectiva de pacientes con AR tratados con SSZ. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con los criterios del *American College of Rheumatology* del 1987. Otros criterios de inclusión fueron: ≥ 18 años, prescripción de SSZ por un reumatólogo para tratamiento de la AR y más de dos visitas de seguimiento con el tratamiento. Se excluyó a los pacientes con síndrome de sobreposición y con hepatopatías crónicas antes del inicio de tratamiento. La cohorte se estableció a partir del año 2004 y se ha continuado hasta la fecha de este resumen. Se excluyeron del análisis otros motivos de suspensión diferentes de los efectos secundarios, como falta de respuesta terapéutica, embarazo u otras indicaciones médicas. Análisis estadístico: se calculó la frecuencia de uso de SSZ en la cohorte y la tasa de suspensión de tratamiento con SSZ, así como los principales motivos de suspensión.

Tabla 1. Complicaciones identificadas en pacientes con artritis reumatoide. (CG144)

Complicaciones	Total de complicaciones n = 344	Complicaciones por aparatos y sistemas
Pulmonares	14,71% (50)	Hipertensión arterial pulmonar (17), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (11), enfermedad pulmonar intersticial difusa (4), asma (5), tromboembolia pulmonar (5), síndrome de apnea obstructiva del sueño (3), neoplasias, nódulos, empiema, neumonía por COVID-19 y bronquiectasias (1)
Cardiacas	13,53% (46)	Cardiopatía isquémica (16), valvulopatías (12), arritmias (10), miocardiopatías (3), aneurisma, endocarditis, falla cardíaca, cardiopatía congénita y estenosis carotídea (1)
Renales	10,59% (36)	Litiasis (16), enfermedad renal crónica (12), necrosis tubular aguda (4), quistes renales, neoplasias, ectopia renal y poliquistosis (1)
Hematológicas	1,47% (5)	Síndrome de Felty (5)
Gastroenterológicas	23,82% (81)	Reflujo gastroesofágico (30), enfermedad por úlcera péptica (13), gastropatía atrófica (9), esofagitis erosiva (6), gastropatía erosiva (5), sangrado de tubo digestivo (5), enfermedad diverticular (4), síndrome de intestino irritable (2), esófago de Barret (2), poliposis adenomatosa, candidiasis esofágica, adenoma tubular colónico, enfermedad inflamatoria intestinal e infección por hepatitis C (1)
Oncológicas	13,24% (45)	Cáncer cervicouterino (8), cáncer de mama (7), cáncer renal (5), cáncer tiroideo (5), linfoma (4), cáncer de vejiga (3), melanoma (2), adenocarcinoma de páncreas, teratoma de ovario, carcinoma basocelular, histiocitoma fibroso maligno, cáncer de endometrio, cáncer de colon, cáncer de esófago, condrosarcoma, síndrome mielodisplásico y cistoadenoma de ovario (1)
Vasculares (vasculitis)	1,47% (5)	Vasculitis (5)
Sistémicas (caquexia)	18,82% (64)	Caquexia (64)
Oftálmicas	3,53% (12)	Escleritis (4), episcleritis (3), uveítis (3), perforación corneal y queratitis filamentosa (1)
Datos representados en: frecuencia % (n).		Datos representados: (n).

Se identificó la suspensión por efectos secundarios y la naturaleza de estos. Se realizó un análisis bivariado con ji cuadrada para comparación de proporciones entre grupos y t de Student para muestras independientes para comparación de medias entre grupos.

Resultados: De una cohorte de 1,122 pacientes con AR, en 514 pacientes (45,8%) se indicó la SSZ y se los incluyó en el estudio. De estos, 73 (14,2%) suspendieron SSZ de manera definitiva durante la cohorte por efectos secundarios. Los principales motivos de suspensión fueron: afectación mucocutánea (5,3%), afectación gastrointestinal (4,6%), síndrome constitucional (astenia, anorexia, pérdida involuntaria de peso) (2,3%), afectación hematológica (0,5%), hepatopatía (0,5%) y otros (0,7%) (**Tabla 1**). Al comparar entre pacientes que suspendieron SSZ con aquellos que no, se identificó una tendencia a la interrupción en hombres en menor proporción ($p = 0,08$), así como pacientes con menor índice de masa corporal (IMC) ($p = 0,005$) y la presencia de diabetes mellitus ($p = 0,07$) (**Tabla 2**).

Tabla 1. Frecuencia de suspensión definitiva de la sulfasalazina por efectos secundarios en la cohorte. (CG145)

Total de la cohorte, n (%)	n = 514 (100)
Suspensión por efectos secundarios, n (%)	73 (14)
Afectación mucocutánea, n (%)	27 (5,3)
Afectación gastrointestinal, n (%)	24 (4,6)
Síndrome constitucional*, n (%)	12 (16,4)
Leucopenia persistente, n (%)	3 (0,5)
Hepatopatía, n (%)	3 (0,5)
Otros**, n (%)	4 (0,7%)

*Síndrome constitucional: engloba las manifestaciones de astenia, anorexia y pérdida involuntaria de peso. Por separado o juntas, estas manifestaciones acompañan a muchas enfermedades cuyo diagnóstico se establece por otros síntomas y signos específicos.

**Otros: pulmonar, infecciones frecuentes y graves durante su toma, alteraciones neurológicas (cefalea persistente e intensa) y ocular. Las variables se presentan como frecuencias y porcentajes.

Tabla 2. Comparación de factores entre pacientes que suspendieron la sulfasalazina por efectos secundarios y los pacientes que no suspendieron el fármaco. (CG145)

Variable n (%)	Pacientes que suspendieron la SSZ por efectos secundarios n = 73 (100)	Pacientes que no suspendieron la SSZ n = 441 (100)	p
Edad, media \pm DS	55,5 \pm 12,5	55,6 \pm 12,1	0,5
Sexo femenino, n (%)	67 (91,8)	4 (0,9)	0,07
IMC, media \pm DS	26,3 \pm 4,5	28,3 \pm 5,6	0,005
Diabetes mellitus, n (%)	16 (21,9)	58 (13,2)	0,06
Hipertensión arterial, n (%)	29 (39,7)	130 (29,5)	0,1
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	46 (63,0)	271 (61,5)	0,9
Uso de metotrexato, n (%)	26 (35,6)	188 (42,6)	0,1
Uso de azatioprina, n (%)	12 (16,4)	51 (11,6)	0,2
Polifarmacia, n (%)	71 (97,3)	415 (94,1)	0,9

Las variables se presentan como frecuencias y porcentajes o medias y desviación estándar. Las variables cuantitativas se compararon con t de Student y las variables cualitativas con ji cuadrada.

Conclusiones: La SSZ posee una baja tasa de suspensión de tratamiento, aun a largo plazo, y los principales efectos secundarios son de origen mucocutáneo y gastrointestinal. A su vez, el médico tratante debe tener en cuenta diferentes factores de riesgo en estos pacientes, como sexo femenino, menor IMC y diabetes mellitus.

Bibliografía

- Jayachandran M, Koshy V, David R, *et al.* Adverse reaction profile of sulfasalazine and its persistence in chronic therapy of rheumatoid arthritis and spondyloarthritis: A multicentric observational study. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2022;60(8):327-335.
- Suarez-Almazor ME, Belseck E, Shea B, *et al.* Sulfasalazine for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;1998(2):CD000958.

CG146

EVALUACIÓN DE NUEVOS ALGORITMOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

V. González-González, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) es la principal causa de muerte en pacientes con artritis reumatoide (AR). Varios algoritmos de riesgo cardiovascular (RCV) se utilizan en pacientes con AR para predecir los resultados cardiovasculares, pero se subestima el RCV real.

Objetivo: Comparar los algoritmos de RCV con los hallazgos del ultrasonido carotídeo en pacientes con AR sin ECVA clínica e identificar la calculadora que es el mejor predictor correlacionado con la presencia de placa carotídea (PC).

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo que incluyó a pacientes con AR de 30 a 79 años que cumplían los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 para AR. Se excluyó a los pacientes con ECVA previa (infarto de miocardio, ictus o arteriopatía periférica). El RCV se calculó con seis algoritmos: Globorisk, HEARTS, QRISK3, ESR-RA, SCORE2 y PREVENT. Se realizó un ultrasonido carotídeo en todos los participantes del estudio y la PC se definió como un grosor íntima-media carotídeo (GIMC) difuso $\geq 1,2$ mm o un grosor focal $< 0,5$ mm. Se realizó un análisis de curva ROC para evaluar el rendimiento de los distintos algoritmos de RCV con la PC. Se calculó el índice de Youden para seleccionar los valores óptimos de sensibilidad, especificidad y predicción negativa y positiva. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 263 pacientes con diagnóstico de AR. La prevalencia de PC fue del 38,0%. Las características demográficas y los resultados se muestran en la **Tabla 1** y la **Figura 1**.

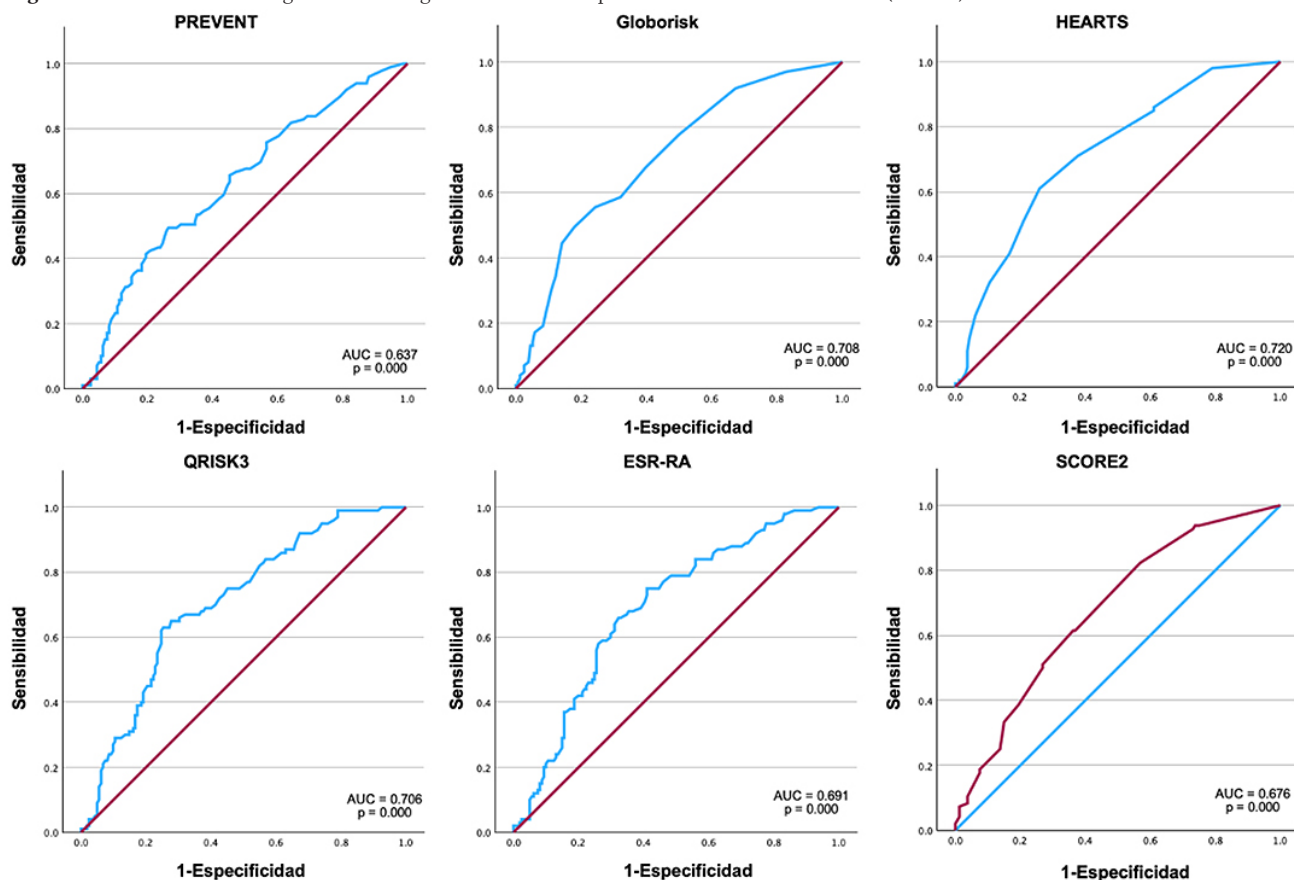
Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con AR. (CG146)

Variables	Pacientes con AR (n = 263)
Edad, años, \pm DE	55,8 \pm 9,6
Mujeres, n (%)	246 (93,5)
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	50 (19,0)
Hipertensión arterial sistémica, n (%)	95 (36,1)
Dislipidemia, n (%)	105 (39,9)
Tabaquismo activo, n (%)	26 (9,9)
AHF de ECV, n (%)	34 (12,9)
Uso de prednisona, n (%)	141 (53,8)
FARME sintético, n (%)	215 (81,7)
Biológicos, n (%)	37 (14,1)
Duración de la enfermedad, años, mediana (p25°-p75°)	7,72 (3,0-14,7)
DAS28-PCR, mediana (p25°-p75°)	3,3 (2,1-4,4)
PREVENT™, %, mediana (p25°-p75°)	4,35 (2,25-7,95)
Globorisk, %, mediana (p25°-p75°)	7,5 (4,5-13,5)
HEARTS, %, mediana (p25°-p75°)	6,0 (3,0-10,5)
QRISK3, %, mediana (p25°-p75°)	6,0 (3,3-11,3)
ESR-RA, %, mediana (p25°-p75°)	5,7 (3,4-10,6)
SCORE2, %, mediana (p25°-p75°)	4,5 (3,0-9,0)

AR, artritis reumatoide; DE, desviación estándar; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; DAS28-PCR, Puntuación de actividad de la enfermedad de 28 articulaciones basada en la proteína C reactiva; PREVENT™, *Predicting risk of cardiovascular disease EVENTS*.

Conclusiones: En este estudio, todos los algoritmos tuvieron una diferenciación significativa para la presencia de PC. Sin embargo, los algoritmos ERS-RA y HEARTS mostraron la mejor precisión diagnóstica con la

Figura 1. Curvas ROC de los algoritmos de riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide. (CG146)



mayor sensibilidad y especificidad en pacientes con AR. Los demás algoritmos, incluido la nueva calculadora de RCV, PREVENT, registraron una menor capacidad para detectar la PC en esta población.

Bibliografía

1. Khan SS, Coresh J, Pencina MJ, *et al.* Novel prediction equations for absolute risk assessment of total cardiovascular disease incorporating cardiovascular-kidney-metabolic health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2023. DOI: 10.1161/CIR.000000000000101.

CG147

PREVALENCIA Y EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASINTOMÁTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

G. Roque-González, V. Rosales-Don Pablo, F. Irazoque-Palazuelos
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria, inflamatoria, sistémica y crónica, con una prevalencia del 0.5% en la población general. Una de sus complicaciones extraarticulares más frecuente y potencialmente letal es la enfermedad pulmonar intersticial (EPI). La prevalencia de la EPI en pacientes con AR varía significativamente en las publicaciones médicas, con cifras de 4,1% a 19,2% en los pacientes con síntomas respiratorios, y > 50% en pacientes asintomáticos cuando se utilizan estudios de imagen avanzada. Sin embargo, se reconocen variaciones regionales en estos datos, lo que sugiere que la prevalencia en esta institución podría diferir de lo ya notificado.

Objetivo: Describir la prevalencia y los factores de riesgo para EPI asintomática en pacientes con AR.

Material y métodos: Se realizó un estudio cohorte retrolectivo del registro de pacientes del servicio de reumatología de este hospital con diagnóstico de AR. Se evaluaron características tomográficas, actividad de la enfermedad, comorbilidades y serología. Con posterioridad se aplicó un análisis de regresión logística multivariado para identificar los factores de riesgo relacionados con EPI asintomática.

Resultados: Se evaluó a 50 pacientes con diagnóstico de AR en quienes se descartaron síntomas respiratorios al momento de realizar la tomografía computarizada de alta resolución (TACAR). De estos, 62% mostró cambios indicativos de EPI, consistentes con lo ya publicado. Del total de pacientes, 93,5% correspondió a mujeres, la mediana de tiempo de evolución de la enfermedad fue de 21,6 años y se encontró que las comorbilidades más vinculadas fueron hipertensión arterial y tabaquismo en 40% y 30%, respectivamente. Contrario a lo descrito en las publicaciones, que relaciona la EPI con alta actividad de la enfermedad, se encontró que 73,3% de los pacientes se hallaba en remisión por DAS-28/PCR, y 13,3% tenía actividad baja y moderada, respectivamente. Con respecto a la serología, la gran mayoría de los pacientes tenía factor reumatoide positivo en 87% de los casos con tendencia a ser de títulos altos; sin embargo, tan solo 58% de los pacientes registró positividad de anti-CCP. En cuanto a los tratamientos recibidos, en 100% se administró metotrexato y más del 90% mantuvo tratamiento combinado con fármacos biológicos, los más prescritos de los cuales fueron anti-TNF (87%), anti-CD20 (61%) y anti-CTLA-4 (29%). Por último, se corroboró el patrón tomográfico USUAL como el más frecuente en 40% de los pacientes, aunque un porcentaje análogo mostró cambios incipientes de afectación intersticial.

Conclusiones: La prevalencia de EPI asintomática en la población estudiada fue significativa, lo cual indica que una proporción considerable de pacientes con AR puede mostrar alteraciones pulmonares sin

manifestaciones clínicas evidentes (62%). Se confirmaron tres factores de riesgo descritos para mayor probabilidad de desarrollar EPI: duración de la enfermedad, tabaquismo y factor reumatoide a títulos altos, pero no se reconoció una relación con la actividad de la enfermedad ni con títulos de anti-CCP. Dentro del patrón topográfico se observó una tendencia similar en el desarrollo del patrón usual y cambios incipientes en estos pacientes. La identificación de EPI en pacientes con AR tiene importantes implicaciones clínicas, por lo que la detección temprana mediante TACAR podría permitir una intervención más temprana y posiblemente lentificar la evolución de la enfermedad pulmonar. Se recomienda realizar estudios longitudinales para confirmar la evolución de la EPI en pacientes asintomáticos y explorar más a fondo la relación entre los factores de riesgo identificados y el avance de la enfermedad.

Bibliografía

- Severo CR, Chomiski C, Valle MBD, *et al.* Assessment of risk factors in patients with rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. *J Bras Pneumol.* 2022 Dec 2;48(6):e20220145. doi: 10.36416/1806-3756/e20220145. PMID: 36477171; PMCID: PMC9720882.
- Johnson C. Recent advances in the pathogenesis, prediction, and management of rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. *Curr Opin Rheumatol.* 2017 May;29(3):254-259. doi: 10.1097/BOR.0000000000000380. PMID: 28207496.

CG148

ASOCIACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD, EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y EL RETRASO DEL DIAGNÓSTICO EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA

O.A. Garza-Flores, A.L. Guajardo-Aldaco, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, M.F. Elizondo-Benítez, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpíri-López, I.J. Colunga-Pedraza, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, I. Hernández-Velázquez, C.E. Cantú-Moreno

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El diagnóstico y el tratamiento de la artritis psoriásica (AP) suelen retrasarse o incluso pasarse por alto debido a sus múltiples presentaciones clínicas. El retraso del diagnóstico se ha vinculado con una mayor actividad de la enfermedad y un peor resultado funcional en los pacientes con AP. No se ha establecido el efecto del retraso en el diagnóstico sobre el riesgo cardiovascular (RCV).

Objetivo: Comparar la actividad de la enfermedad, el RCV, la prevalencia de placas carotídeas y la prevalencia de un mayor grosor de la íntima-media carotídeo (GIMc) en pacientes con un retraso en el diagnóstico menor o mayor a un año.

Material y métodos: Es un estudio observacional, comparativo y transversal en pacientes que cumplían con los Criterios de Clasificación para la Artritis Psoriásica (CASPAR) de 2006. Se excluyó a los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVAS) previa o embarazo. Se realizaron historia clínica y análisis de sangre para evaluar la actividad de la enfermedad. El RCV se calculó con seis calculadoras diferentes: índice de riesgo de Framingham/IMC (FRS/IMC), QRISK3, SCORE, OMS/IMC, OMS/COL y riesgo de ECVAS de la colaboración entre el ACC y la AHA. Se utilizó la ecografía carotídea en modo B para cuantificar el GIMc y la presencia de placas. Se efectuó un análisis descriptivo con frecuencias (%), media (\pm DE) y mediana ($p25^{\circ}$ - $p75^{\circ}$), y las comparaciones se realizaron con la prueba ji cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney, según correspondiera. Se consideró un valor de $p \leq 0,05$ como significativo.

Resultados: Se integró una muestra total de 63 pacientes. Los individuos que obtuvieron un diagnóstico después de un año del inicio de los síntomas tuvieron una actividad de la enfermedad significativamente mayor medida por el índice de la actividad de la enfermedad en la artritis psoriásica (DAPSA) ($21,52 \pm 16,67$ vs. $12,11 \pm 10,58$; $p = 0,009$), por el Índice de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones con proteína C reactiva (DAS28-PCR) ($2,887 \pm 1,168$ vs. $2,175 \pm 1,025$; $p = 0,012$)

y por el Índice de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones con la velocidad de sedimentación globular (DAS28-VSG) ($4,453 \pm 1,474$ vs. $3,247 \pm 1,284$; $p = 0,001$). Los pacientes con un retraso en el diagnóstico superior a un año también informaron una mayor puntuación en la escala verbal numérica del dolor (EVN) que los pacientes sin retraso en el diagnóstico ($3,5$ [0-10,00] vs. $3,00$ [0-10,00]; $p = 0,018$). No se identificaron diferencias significativas en el Índice de área y gravedad de la psoriasis (PASI) o el Índice de gravedad de psoriasis ungueal (NAPSI). No se hallaron tampoco diferencias significativas entre la prevalencia de placas carotídeas o el incremento del GIMc. Los pacientes con retraso en el diagnóstico > 1 año mostraron un riesgo significativamente mayor en la calculadora de RCV OMS/IMC ($6,88$ [1,0-18,0] vs. $4,59$ [1,0-13,0]; $p = 0,034$) sin diferencias significativas entre las otras calculadoras de riesgo cardiovascular (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas. (CG148)

Variable	Diagnóstico en < 1 año n = 35 (55,55%)	Diagnóstico en > 1 año n = 28 (44,45%)	p
Edad, media \pm DE	53,47 \pm 11,31	56,75 \pm 10,77	NS
Mujeres, n (%)	18 (51,42)	17 (60,71)	NS
Actividad de la enfermedad			
DAS28-PCR, media \pm DE	2,17 \pm 1,02	2,88 \pm 1,16	0,012
DAS28-VSG, media \pm DE	3,24 \pm 1,28	4,45 \pm 1,47	0,001
EVN, mediana (RIC)	3,0 (0,0-10,0)	3,5 (0,0-10,0)	0,018
PASI, mediana (RIC)	0,3 (0,0-11,8)	1,0 (0,0-10,2)	NS
NAPSI, mediana (RIC)	0,0 (0,0-65,0)	1,0 (0,0-68,0)	NS
DAPSA, media \pm DE	12,11 \pm 10,58	21,52 \pm 16,67	0,009
Ultrasonido carotídeo			
Placa carotídea, n (%)	16 (45,71)	11 (39,28)	NS
GIMc aumentado, n (%)	6 (17,14)	4 (14,28)	NS
Calculadoras de RCV			
OMS/IMC, mediana (RIC)	4,59 (1,0-13,0)	6,88 (1,0-18,0)	0,034
FRS/IMC, media \pm DE	15,88 \pm 14,95	23,34 \pm 21,35	NS
ACC/AHA, mediana (RIC)	4,45 (0,70-33,20)	12,05 (0,30-56,70)	NS
QRISK3, mediana (RIC)	5,20 (0,30-34,00)	9,35 (0,60-39,20)	NS
OMS/COL, mediana (RIC)	4,00 (1,00-23,00)	6,00 (1,00-23,00)	NS
SCORE, mediana (RIC)	1,00 (0,00-12,00)	2,00 (0,00-11,00)	NS

DAS, Disease Activity Score; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; EVN, escala verbal numérica; PASI, Índice de área y gravedad de la psoriasis; NAPSI, Índice de gravedad de la psoriasis ungueal; DAPSA, Índice de la actividad de la enfermedad en la artritis psoriásica; GIMc, grosor de la íntima media carotídeo; OMS, Organización Mundial de la Salud; IMC, índice de masa corporal; FRS, escala de Framingham; ACC, American College of Cardiology; AHA, American Heart Association; COL, colesterol; SCORE, cálculo sistemático del riesgo coronario.

Conclusiones: Un retraso en el diagnóstico > 1 año se acompaña de una actividad de la enfermedad significativamente mayor, lo que acentúa la premura del diagnóstico temprano. Aunque no se observaron diferencias en la prevalencia de placas carotídeas o hiperplasia del GIMc, identificar la artritis psoriásica de forma temprana y actuar rápidamente son cruciales para mejorar el pronóstico y evitar complicaciones cardiovasculares, ya que una intervención oportuna marca la diferencia en la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

- Kiliç G, Kiliç E, Tekeoğlu I, *et al.* Diagnostic delay in psoriatic arthritis: insights from a nationwide multicenter study. *Rheumatol Int.* 2024;44(6):1051-9.
- Su YJ. Early diagnosis of psoriatic arthritis among psoriasis patients: clinical experience sharing. *Clin Rheumatol.* 2020;39:3677-84.

CG149

ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE PLAQUETA-LINFOCITO CON ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez, O.A. Garza-Flores, F.M. García-García, J.A. Cárdenas-De la Garza, I.J. Colunga-Pedraza, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpiri-López, R.I. Arvizu-Rivera, M. Fraga-Enriquez
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: En los últimos años, el índice plaqueta-linfocito (IPL), un marcador inflamatorio sistémico, ha ganado relevancia debido a su simplicidad y utilidad clínica como marcador pronóstico en enfermedades neoplásicas. Sin embargo, los estudios recientes han demostrado que los valores elevados del IPL producen un estado inflamatorio y protrombótico, por lo cual su uso se ha convertido en una herramienta de tamizaje de riesgo cardiovascular (CV) eficaz. Los pacientes con artritis psoriásica (AP) tienen un riesgo mayor de episodios CV adversos y no cuentan con un algoritmo de estratificación estandarizado, razón por la cual se propone utilizar el IPL en este grupo poblacional.

Objetivo: Relacionar el IPL con alteraciones ecocardiografías en pacientes con AP.

Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años que cumplieran los criterios CASPAR 2006 para el diagnóstico de AP. Se excluyó a los individuos con antecedentes de enfermedad cardiovascular, otras enfermedades del tejido conectivo o embarazo. Se realizó ecocardiograma transtorácico en todos los participantes. La evaluación ecocardiográfica incluyó el índice de masa del ventrículo izquierdo (IMVI), el grosor parietal relativo (GPR), la excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (TAPSE) y la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI). La disfunción diastólica subclínica (DDS) se definió de acuerdo con la clasificación de la *American Heart Association* del 2016 y la disfunción sistólica subclínica (DSS) del VI como un *strain* longitudinal global (SLG) $\geq 18\%$ (Tabla 1). El IPL se calculó al dividir el recuento de plaquetas entre el recuento de linfocitos; un valor > 142 se consideró como IPL alto. La distribución entre grupos se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se realizaron con las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher, t de Student o U de Mann-Whitney, según correspondiera. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se integró a un total de 42 pacientes con AP: 21 con IPL alto y 21 con IPL bajo. La mayoría correspondió a mujeres de las cuales el grupo con IPL alto tuvo una edad media mayor ($57,9 \pm 10,7$ vs. $47,8 \pm 10,1$, $p = 0,003$). Aunque no se hallaron diferencias significativas, todas las comorbilidades fueron más prevalentes en este grupo, excepto la obesidad. Asimismo, el grupo con IPL elevado se vinculó con una mayor presencia de las alteraciones geométricas del ventrículo izquierdo, y el remodelado concéntrico fue de mayor proporción (28% , $p = 0,11$). El IPL bajo tuvo la menor prevalencia de DDS, además de tener TAPSE mayor (21 [19-24] vs. 24 [23-25], $p = 0,024$), y tanto los valores de FEVI como los de SLG fueron similares en ambos grupos. La DSS fue más frecuente en los pacientes con IPL bajo (3 [14,2] vs. 7 [33,3], $p = 0,14$).

Conclusiones: En concordancia con estos resultados, el IPL podría ser una herramienta útil en la valoración de riesgo CV en pacientes con AP al vincularse con una disminución valores del TAPSE, y muestra el potencial para detectar disfunción ventricular subclínica derecha. A pesar de que en los valores altos del IPL se identificó una mayor prevalencia de comorbilidades, esto no fue estadísticamente significativo, por lo cual se sugieren estudios prospectivos con muestras más grandes debido a su probable utilidad como predictor de disfunción sistólica subclínica del ventrículo derecho e instituir la valoración con ecocardiografía para la estratificación del riesgo CV.

Bibliografía

- López-Olivo MA, Huber AM, Tato E, et al. A clinical practice guideline for the management of systemic lupus erythematosus: A systematic review. *J Clin Rheumatol*. 2019;25(7):359-367. doi:10.1177/0003319719845186.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y del ecocardiograma. (CG149)

Variables	IPL alto (n = 21)	IPL bajo (n = 21)	Valor p
Edad, años, \pm DE	57,9 \pm 10,7	47,8 \pm 10,1	0,003
Mujeres, n (%)	12 (57,1)	14 (66,6)	0,52
Comorbilidades			
Diabetes, n (%)	4 (19,0)	2 (9,5)	0,39
Hipertensión, n (%)	5 (23,8)	5 (23,8)	1,0
Dislipidemia, n (%)	12 (57,1)	7 (33,3)	0,12
Tabaquismo activo, n (%)	7 (33,3)	5 (23,8)	0,74
Obesidad, n (%)	6 (28,7)	7 (33,3)	0,73
Características clínicas			
Tiempo de evolución, años, \pm DE	9,8 \pm 10,5	15,2 \pm 15,8	0,19
DAPSA, \pm DE	22,6 \pm 25,7	20,4 \pm 16,4	0,75
VI: características geométricas			
Índice de masa del VI, \pm DE	87,8 \pm 39,4	93,8 \pm 45,1	0,65
GPR, mediana (RIC)	0,41 (0,36-0,49)	0,39 (0,35-0,46)	0,58
VI: clasificación de remodelado			
Normal, n (%)	12 (57,1)	17 (80,9)	0,09
Remodelado concéntrico, n (%)	6 (28,1)	2 (9,5)	0,11
Hipertrofia concéntrica, n (%)	3 (14,2)	2 (9,5)	0,63
Disfunción diastólica subclínica			
Normal, n (%)	8 (38,0)	9 (42,8)	0,74
Seudonormal, n (%)	13 (61,9)	11 (52,1)	0,53
PRR, n (%)	0 (0)	1 (4,7)	0,31
PRI, n (%)	0 (0)	0 (0)	-
Disfunción sistólica subclínica			
TAPSE, mediana (RIC)	21 (19-24)	24 (23-25)	0,024
FEVI, media \pm DE	60,1 \pm 5,8	61,2 \pm 6,0	0,55
SLG, media \pm DE	-19,5 \pm 4,6	-19,3 \pm 3,2	0,84
DSS, n (%)	3 (14,2)	7 (33,3)	0,14

- Im DS, Shin D, Lee MS, et al. Assessments of neutrophil to lymphocyte ratio and platelet to lymphocyte ratio in Korean patients with psoriasis vulgaris and psoriatic arthritis. *J Dermatol*. 2016;43(9):1056-1061. doi:10.1111/1346-8138.13061.

CG150

SEGUIMIENTO DE RESULTADOS A DOS AÑOS DEL ESTUDIO SELECT-AXIS 2 DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ACTIVA

A. Chapela-Meneses¹, X. Baraliakos², D. Van Der Heijde³, J. Sieper⁴, R. Inman⁵, H. Kameda⁶, W. Maksymowych⁷, A. Shmigel⁸, I. Lagunes⁸, X. Bu⁸, P. Wung⁸, A. Deodhar⁹

⁽¹⁾AbbVie, ⁽²⁾Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne, Universidad Ruhr Bochum, Herne, Alemania, ⁽³⁾Centro Médico Universitario de Leiden, Leiden, Países Bajos, ⁽⁴⁾Gastroenterología, Enfermedades Infecciosas y Reumatología, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlín, Alemania, ⁽⁵⁾Instituto de Artritis Schroeder, Red de Salud de la Universidad y Universidad de Toronto, Toronto, Ontario, Canadá, ⁽⁶⁾Medicina Interna, Universidad de Toho, Tokio, Japón, ⁽⁷⁾Departamento de Medicina, Universidad de Alberta, Edmonton, Alberta, Canadá, ⁽⁸⁾Inmunología, AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, Estados Unidos, ⁽⁹⁾División de Artritis y Enfermedades Reumáticas, Oregon Health & Science University, Portland, Oregón, Estados Unidos

Introducción: El upadacitinib ha mostrado un perfil de eficacia y seguridad aceptable en pacientes con espondilitis anquilosante en los estudios SELECT-AXIS 1 y 2, incluidos los pacientes con una respuesta inadecuada

o intolerancia a los FARME biológicos (RI-FARMEb) hasta un año en SELECT-AXIS 2.

Objetivo: Evaluar la eficacia, seguridad y resultados radiográficos a dos años después del tratamiento con upadacitinib (15 mg diarios) en pacientes con RI-FARMEb y espondilitis anquilosante activa en SELECT-AXIS 2.

Material y métodos: Después de un periodo controlado con placebo de 14 semanas, los pacientes eran elegibles para ingresar a una extensión de etiqueta abierta a largo plazo y recibir upadacitinib (15 mg diarios). Los criterios de valoración de eficacia incluyeron la mejoría al 40% en la evaluación de la espondilitis anquilosante (ASAS40), remisión parcial ASAS (ASAS PR), baja actividad de la enfermedad de la escala de actividad de la enfermedad (ASDAS LDA, < 2,1) e inactividad de la enfermedad ASDAS (ID, < 1,3); y media del cambio con respecto a la basal en puntuaciones críticas para funcionalidad y calidad de vida. Se presentaron análisis según lo observado (AO) y AO con imputación de no respondedor (AO-NRI). Se usaron análisis AO con modelos mixtos de medidas repetidas (AO-MMRM) para los criterios de valoración continuos. Los resultados de imagen incluyeron las puntuaciones de inflamación en imagen por resonancia magnética (IRM) medidas por SPARCC (AO-MMRM) y mSASSS (AO-ANCOVA). La seguridad se evaluó hasta la semana 104 en todos los pacientes que recibieron ≥ 1 dosis de UPA. Los efectos adversos emergentes durante el tratamiento (EAET) se presentan como tasas de efectos ajustadas por exposición (efectos/100 pacientes-años [E/100 PA]).

Resultados: Las tasas de respuesta en la semana 104 fueron comparables para los grupos de UPA continuo respecto del placebo (PBO) a upadacitinib, incluidos ASAS40 (AO-NRI; 64,9% y 61,7%, respectivamente), ASAS PR (34,1% y 37,8%), ASDAS LDA (55,9% y 55,0%) y ASDAS ID (29,9% y 34,4%) (Figura 1). Las mejoras en relación con la basal en la inflamación por IRM se mantuvieron en ambos grupos de tratamiento. La media del cambio respecto de la basal en las puntuaciones espinales SPARCC por IRM fueron -3,80 (media basal, 9,97) y -4,55 (basal, 7,71) en el grupo de UPA continuo y PBO a upadacitinib, respectivamente; las puntuaciones de articulaciones SI fueron -3,11 (basal, 5,98) y -3,96 (basal, 5,91). La mayoría de los pacientes no mostró progresión radiográfica (media del cambio en relación con la basal

en mSASSS < 2 UPA continuo: 94,9%; PBO a UPA: 93,8%). Las tasas de efectos adversos emergentes del tratamiento (EAET), EAET graves e interrupción del fármaco de estudio fueron de 165,2, 8,7 y 3,6 exposición/100 pacientes-año, respectivamente; sobrevino una muerte (politraumatismo, previamente notificado) antes de la semana 52 (0,1 E/100 PA). Las tasas de efectos cardiovasculares adversos mayores, efectos tromboembólicos venosos y neoplasias malignas (sin incluir el cáncer de piel no melanómico) ocurrieron a 0,3 E/100 PA (Figura 2).

Conclusiones: La eficacia se mantuvo o mejoró con el upadacitinib de 15 mg hasta la semana 104 en pacientes con RI-FARMEb con EA activa y fue similar en pacientes que recibieron UPA continuo en comparación con PBO a UPA. La actividad inflamatoria en IRM y las tasas de progresión radiográfica en la semana 104 fueron bajas en ambos grupos. Por lo general, el UPA de 15 mg fue bien tolerado, sin identificarse nuevas señales de seguridad.

Bibliografía

1. Baraliakos X, Van der Heijde D, Sieper J, et al. Efficacy and safety of upadacitinib in patients with ankylosing spondylitis refractory to biologic therapy: 1-year results from the open-label extension of a phase III study. *Arthritis Research & Therapy*. 2023 Sep 18;25(1).
2. Baraliakos X, Van der Heijde D, Sieper J, et al. Pos0798 efficacy, safety and radiographic outcomes from the phase 3 select-axis 2 study of upadacitinib in patients with active ankylosing spondylitis and an inadequate response to biologic dmard therapy: 2-year data. 2024 Jun 1.

CG151

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P. Vargas-Solís, F.C. Irazoque-Palazuelos, S. Muñoz-López, J. Hadid-Smeke
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Figura 1. Eficacia a lo largo de 104 semanas (AO y AO-NRI). (CG150)

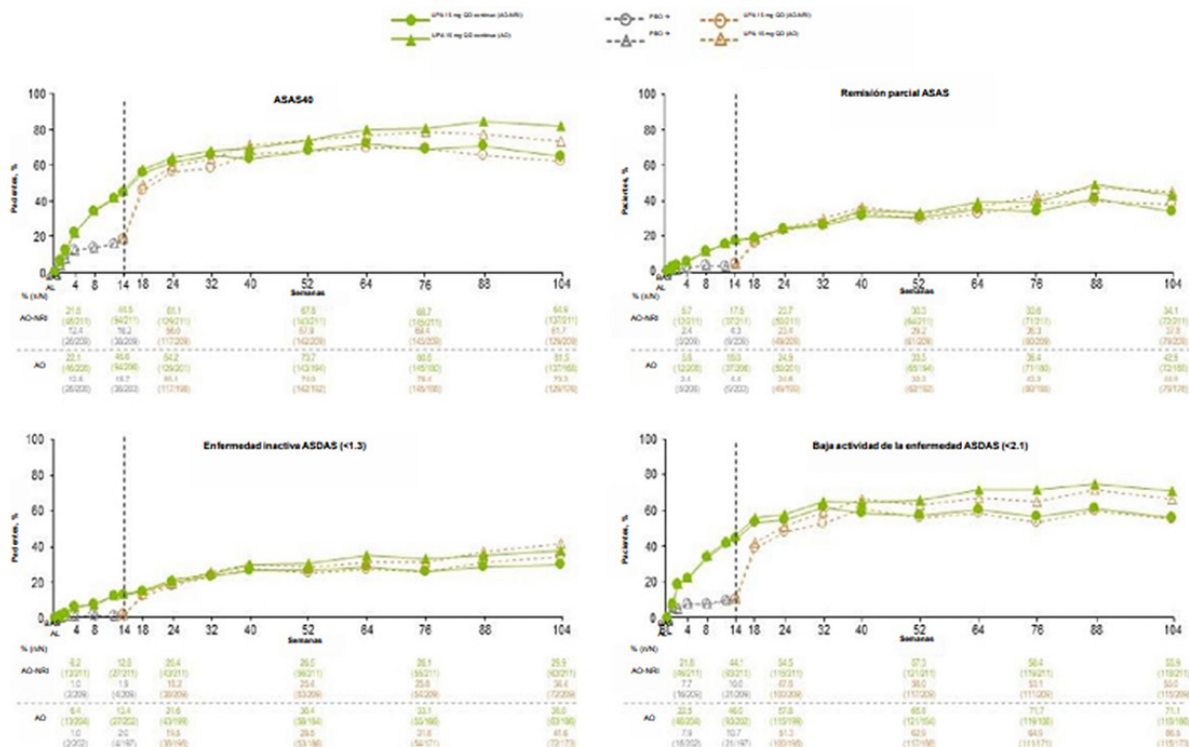
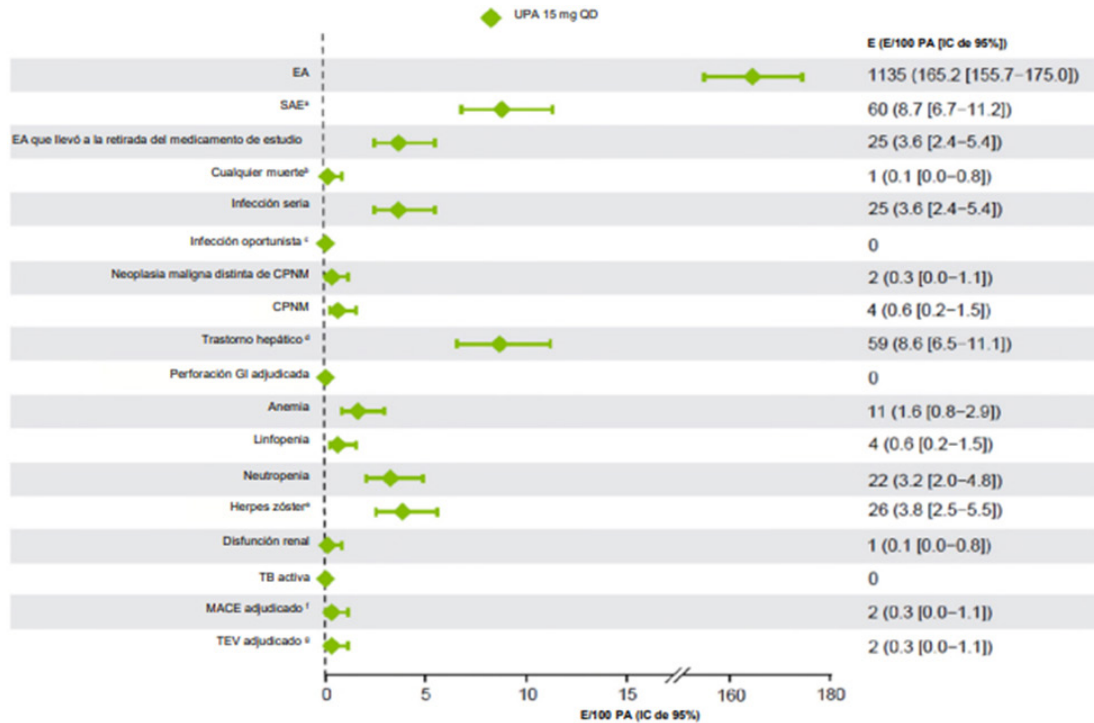


Figura 2. Efectos adversos emergentes del tratamiento de interés especial. (CG150)



* Los SAE más comunes fueron neumonía por COVID-19 (10 eventos) y COVID-19 (cuatro eventos). ^b Un paciente murió debido a politraumatismo. ^c Excluyendo TB y herpes zóster. ^d La mayoría de los eventos de trastorno hepático fueron elevaciones no serias de enzimas hepáticas. ^e Un evento serio de herpes zóster. ^f Definido como muerte cardiovascular (incluye infarto agudo al miocardio, muerte súbita cardíaca, insuficiencia cardíaca, muerte relacionada con procedimiento cardiovascular, muerte por hemorragia cardiovascular, accidente cerebrovascular mortal, embolia pulmonar y otras causas cardiovasculares), infarto al miocardio no mortal y accidente cerebrovascular no mortal. ^g Incluyó trombosis venosa profunda y embolia pulmonar (mortal y no mortal).
EA, evento adverso; IC, intervalo de confianza; E, evento; GI, gastrointestinal; CPNM, cáncer de piel no melanoma; PA, pacientes-años; QD, una vez al día; SAE, evento adverso serio; TB, tuberculosis; UPA, upadacitinib

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una artropatía inflamatoria crónica, inmunomediada, que se presenta con inflamación articular y entesitis, con una tasa de prevalencia del 2% al 3% en países occidentales, y que aparece hasta en un 80% luego de las manifestaciones cutáneas. Se calcula que cerca del 30% de los pacientes con psoriasis desarrolla afectación articular a lo largo de su enfermedad, y se han identificado factores genéticos, ambientales, clínicos y nutricionales para la aparición de la anomalía. Estos factores se han descrito en su mayoría en pacientes caucásicos y orientales, pero es poca la información en la población latina, por lo que los hallazgos obtenidos pueden ser diferentes en esta población.

Objetivo: Describir los factores relacionados con el desarrollo de artritis psoriásica en el servicio de reumatología de este hospital, así como las características demográficas, los fenotipos y dominios afectados, las comorbilidades, y los factores ambientales y genéticos de estos pacientes.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrolectivo y transversal del registro de pacientes del servicio de reumatología de este hospital con diagnóstico de artritis psoriásica. Se condujo un análisis estadístico descriptivo de los datos obtenidos; para las variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes y para las cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión, según fuera la prueba de normalidad.

Resultados: Con base en los criterios de selección se incluyó a 43 pacientes con artritis psoriásica, de los cuales el 62,7% correspondió a mujeres y al momento de presentación de AP la edad media fue de 61,7 años. El IMC promedio fue de 29,5 kg/m², el promedio de los valores de PCR fue de 13,28 mg/dL, el 53,4% se integró con no fumadores, el tipo de psoriasis más frecuente fue en placas, la distrofia ungueal más frecuente fue el *pitting* en un 46,5% seguido por onicodistrofia en el 25,5%, el 60% registró HLA negativo y el tiempo de evolución para el desarrollo de artritis psoriásica fue de 10,4 años.

Conclusiones: Los pacientes estudiados en el servicio de reumatología de este hospital tuvieron características similares a las ya publicadas en cuanto

al tipo de psoriasis, tipo de afectación ungueal y tiempo de evolución desde la presentación de la psoriasis hasta el desarrollo de la artritis psoriásica. En relación con las comorbilidades previas, los factores ambientales y los factores genéticos, no se observó similitud, pero sí mayor relación con hipertensión arterial sistémica y diabetes tipo 2, menor nexo con tabaquismo y presencia de 40% de HLA positivo, a diferencia del 30% comunicando en las publicaciones internacionales.

Bibliografía

- Wilson FC, *et al.* Incidencia y predictores clínicos de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis: un estudio de base poblacional. *Arthritis Rheum.* 2009;61:233–239.
- Ogdie A, Gelfand JM. Identification of risk factors for psoriatic arthritis: scientific opportunity meets clinical need. *Arch Dermatol.* 2010;146:785–8.
- Eder L, *et al.* Asociación entre factores ambientales y aparición de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis. *Res. para el Cuidado de la Artritis.* 2011;63:1091–1097.

CG152

EVALUACIÓN DEL ALGORITMO SCORE₂ PARA DETECTAR PLACA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: UN ESTUDIO COMPARATIVO

A.L. Guajardo-Aldaco, O.A. Garza-Flores, M.F. Elizondo-Benítez, D.A. Galarza-Delgado, J.R. Azpiri-López, I.J. Colunga-Pedraza, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El algoritmo SCORE2 mejora la identificación de individuos con alto riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (CV) en toda Europa. Dado que la aterosclerosis carotídea es un predictor de episodios cardiovasculares futuros y muerte CV, su identificación es esencial.

Objetivo: Comparar la capacidad del calculador SCORE2 para detectar placa carotídea con otros calculadores de riesgo cardiovascular (RCV) en una población con artritis psoriásica (AP).

Material y métodos: Estudio observacional comparativo y transversal en pacientes que cumplieron los Criterios de Clasificación para Artritis Psoriásica (CASPAR) de 2006. Se excluyó a los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica y embarazo. Se elaboró una historia clínica para determinar la actividad de la enfermedad. Se utilizó ecografía carotídea en modo B para medir el grosor íntima-media carotídeo (GIMc) y la presencia de placas. El riesgo cardiovascular de cada paciente se evaluó con seis algoritmos diferentes de riesgo CV: *Framingham Risk Score* (FRS)-lípidos, FRS-índice de masa corporal (FRS-IMC), el algoritmo ASCVD del *American College of Cardiology* y *American Heart Association* (ACC/AHA), *Systematic Coronary Risk Evaluation* (SCORE), *QRISK3*, *Reynolds Risk Score* (RRS) y *Systematic Coronary Risk Evaluation 2* (SCORE2). Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias (%), media (\pm DE) y mediana (p25°-p75°), y comparaciones con ji cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney, según correspondiera. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se conformó una muestra de 57 pacientes que cumplieron con los criterios. No hubo diferencias significativas entre los grupos en edad o género. Los pacientes con aterosclerosis subclínica tuvieron una mayor prevalencia de dislipidemia (13 [56,52%] vs. 10 [30,30%]; $p = 0,050$), sin diferencias en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, obesidad y tabaquismo activo. Los enfermos con aterosclerosis subclínica

mostraron significativamente menos actividad medida por DAS28-CRP ($2,06 \pm 0,97$ vs. $2,76 \pm 1,14$; $p = 0,026$), sin diferencias significativas en el *Disease Activity Severity Score* (DAPSA), *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) o *Nail Psoriasis Severity Index* (NAPSI). En la población de estudio se reconocieron diferencias significativas solo en el calculador FRS-LI-PIDS (9,80 [0,30-69,90] vs. 4,60 [0,30-22,20]; $p = 0,033$). No hubo diferencias significativas entre los grupos en SCORE, SCORE2, QRISK3, FRS-BMI, Reynolds o ASCVD (Tabla 1).

Conclusiones: En esta población, el algoritmo SCORE2 no logró distinguir de manera adecuada la presencia de placa carotídea, lo que subraya la necesidad de implementar herramientas más sensibles para la evaluación del RCV en pacientes con AP. La ecografía carotídea, dado que es una prueba no invasiva y altamente sensible para identificar aterosclerosis subclínica, se presenta como una herramienta clave en este contexto. Por lo tanto, su incorporación en la evaluación cardiovascular completa permitiría una mejor estratificación del riesgo y una mayor capacidad para implementar medidas preventivas personalizadas, de tal modo que se eviten complicaciones cardiovasculares de largo plazo.

Bibliografía

1. Muhammed H, Misra DP, Jain N, et al. The comparison of cardiovascular disease risk prediction scores and evaluation of subclinical atherosclerosis in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Clin Rheumatol*. 2022;41(12):3675-86.
2. La Borda JP, Castañeda S, Heras-Recuero E, et al. Use of risk chart algorithms for the identification of psoriatic arthritis patients at high risk for cardiovascular disease: findings derived from the project CARMA cohort after a 7,5-year follow-up period. *RMD Open*. 2024;10(2):e004207.

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas. (CG152)

	Con aterosclerosis subclínica n = 23	Sin aterosclerosis subclínica n = 34	p
Edad, mediana (RIC)	52,00 (45,00-69,00)	56,00 (40,00-66,00)	NS
Género			
- Mujer, n (%)	20 (60,60)	9 (39,13)	NS
- Hombre, n (%)	13 (39,39)	14 (60,87)	NS
Comorbilidades			
- Diabetes mellitus 2	7 (30,43)	4 (12,12)	NS
- Hipertensión	11 (47,82)	12 (35,29)	NS
- Dislipidemia	13 (56,52)	10 (30,30)	0,050
- Tabaquismo activo	2 (8,6)	7 (20,58)	NS
- Obesidad	10 (43,47)	12 (36,36)	NS
Actividad de la enfermedad			
DAPSA, media \pm DE	12,04 \pm 11,07	18,99 \pm 15,99	NS
PASI, mediana (RIC)	0,4 (0,00-7,50)	1,05 (0,00-11,80)	NS
NAPSI, mediana (RIC)	0,00 (0,00-52,00)	0,00 (0,00-50,00)	NS
DAS28-PCR, media \pm DE	2,06 \pm 0,97	2,76 \pm 1,14	0,026
Calculadoras de RCV			
FRS-LIPIDS, mediana (RIC)	9,80 (0,30-69,90)	4,6 (0,30-22,20)	0,033
FRS-IMC, media \pm DE	22,58 \pm 17,88	10,80 \pm 15,57	NS
QRISK3, media \pm DE	8,4 \pm 9,10	4,80 \pm 6,13	NS
RRS, mediana (RIC)	4,00 (1,00-31,00)	3,00 (1,00-13,00)	NS
SCORE, mediana (RIC)	1,00 (0,00-14,00)	1,00 (0,00-5,00)	NS
SCORE2, mediana (RIC)	4,50 (3,00-25,50)	6,00 (1,50-13,50)	NS
ASCVD, mediana (RIC)	7,10 (1,00-54,40)	4,20 (0,30-23,10)	NS

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; DAPSA, Índice de actividad de la enfermedad en artritis psoriásica; PASI, Índice de gravedad y área de la psoriasis; NAPSI, Índice de gravedad de la psoriasis ungueal; DAS28-PCR, Índice de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones-proteína C reactiva; FRS-Lípidos, Puntuación del riesgo de Framingham basado en lípidos; FRS-IMC, Puntuación del riesgo de Framingham basado en el índice de masa corporal; SCORE, Evaluación sistemática del riesgo coronario; RRS, Escala del riesgo de Reynolds; SCORE2, Evaluación sistemática del riesgo coronario 2; ASCVD, Algoritmo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica; NS, no significativo.

CG153

CORRELACIÓN DE LOS ÍNDICES DE CALIDAD DE VIDA CON ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA

M. Velasco-Quintana, J.C. Casasola-Vargas
Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: A partir del 2010, la calidad de vida se volvió un objetivo importante en el tratamiento de los pacientes con enfermedad psoriásica. Un estudio mostró que la AP estaba significativamente vinculada con un ausentismo laboral y disminución de la productividad en el trabajo y que estas medidas se correlacionaban con la actividad de la enfermedad.

Objetivo: Establecer la correlación entre la actividad de la enfermedad y su efecto en la calidad de vida en pacientes atendidos en la clínica multidisciplinaria de enfermedad psoriásica.

Material y métodos: Se incluyó a 59 pacientes con diagnóstico de artritis psoriásica, todos con criterios de clasificación CASPAR. Se registraron variables demográficas y clínicas y se aplicaron cuestionarios estandarizados para evaluar la actividad de la enfermedad y la calidad de vida. La actividad articular se evaluó con el índice DAPSA, mientras que el compromiso cutáneo se determinó con el índice PASI. Los pacientes se clasificaron según fuera la actividad de la enfermedad (en remisión, leve, moderada o grave), con base en los valores establecidos para cada uno de los índices. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas t de Student y ji cuadrada y los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman.

Resultados: De los 59 pacientes con enfermedad psoriásica, el 71,2% correspondió a mujeres, con una edad promedio de 53,14 años (\pm 8,7). Solo el 5,1% tenía antecedente de tabaquismo (Tabla 1). En cuanto a la actividad, el promedio por DAPSA fue de 15,54 (\pm 11,19), lo que indicaba una actividad moderada, en tanto que el PASI se mantuvo bajo, con una media de 2,9 (\pm 3,76). La calidad de vida a través de VITACORA-19 registró un promedio de 53,92 (\pm 23,37), mientras que por PSAQOL se obtuvo un valor de 7 (\pm 5,4). En términos de la gravedad percibida por los pacientes, el PSAID12 fue de 4,6 (\pm 2,5). El 50,8% de los pacientes mostró una clínica poliarticular, en tanto que el 42,4% una afectación oligoarticular. La afectación axial y mutilante fue menos frecuente, con un 3,4%. En cuanto al control de la enfermedad, la puntuación promedio de la actividad baja

(LDA) fue de 1,6 (± 0,48), mientras que la mínima (VLDA) fue de 1,8 (± 0,38).

Se observó una correlación negativa significativa a medida que aumentaba la actividad de la enfermedad, de acuerdo con los resultados de VITACORA-19 (r = -0,504, p = 0,00), PSAID12 (r = -0,412, p = 0,001) y PSAQOL (r = -0,361, p = 0,006); de igual manera, la remisión (VLDA) y la baja actividad de la enfermedad (LDA) mostraron una correlación significativa con una mejor calidad de vida (Tabla 2).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad psoriásica. (CG153)

Datos demográficos	n = 59
Edad	53,14 (± 8,7)
Femenino	42 (71,2%)
Tabaco	2 (5,1%)
DAPSA	15,54 (± 11,19)
PASI	2,9 (± 3,76)
VITACORA-19	53,92 (± 23,37)
PSAID12	4,6 (± 2,5)
PSAQOL	7 (± 5,4)
Poliarticular	30 (50,8%)
Oligoarticular	25 (42,4%)
Axial	2 (3,4%)
Mutilante	2 (3,4%)
LDA	1,6 (± 0,48)
VLDA	1,8 (± 0,38)
FARME	50 (84,7%)
Anti-TNF	3 (5,1%)
Anti-IL 17	5 (8,5%)

Tabla 2. Correlación de la actividad de la enfermedad con la calidad de vida en pacientes con artritis psoriásica. (CG153)

Correlación de Pearson	VITACORA 19	PSAID12	PSAQOL	P
DAPSA	-0,504	-0,412	-0,361	< 0,003
LDA	-0,332	-0,548	-0,295	< 0,012
VLDA	-0,470	-0,496	-0,481	< 0,000

Conclusiones: Existe una correlación negativa significativa entre la actividad de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad psoriásica. La correlación se observó más sólida con PSAID12 y PSAQOL, lo que sugiere que alcanzar una baja o muy baja actividad de la enfermedad modifica de manera positiva la calidad de vida percibida por los pacientes.

Bibliografía

- Johnson K, Ye JY, Chandran V, et al. A novel role for the psoriatic arthritis impact of disease (PsAID) questionnaire. *Semin Arthritis Rheum.* 2019;49(2):241-5. doi: 10.1016/j.semarthrit.2019.04.001.
- Torre-Alonso JC, Gratacós J, Rey-Rey JS, et al. Development and validation of a new instrument to measure health-related quality of life in patients with psoriatic arthritis: the VITACORA-19. *J Rheumatol.* 2014;41(10):2008-17.

CG154

ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO COMO PREDICTOR DE RESPUESTA A FÁRMACOS BIOLÓGICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESPONDILARTRITIS

I.E. Antonio-Victorio, J. Reyes-Gonzaga, D.G. Miranda-Hernández, M.A. Saavedra-Salinas, R.M. Bustamante-González

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La espondiloartritis se refiere a un grupo de trastornos que incluye enfermedades como la espondilitis anquilosante (EA) y la artritis psoriásica (AP) y puede clasificarse ampliamente en espondiloartritis axial y espondiloartritis periférica. El tratamiento con anti-TNF está indicado para aquellos en los que fracasan los tratamientos convencionales con una alta actividad persistente de la enfermedad. La evaluación de la actividad de la enfermedad en la EA y la AP se ve afectada por múltiples factores, limitada a medidas subjetivas que miden la gravedad de los síntomas y marcadores serológicos como la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG), que se han utilizado para evaluar la inflamación en los pacientes. Se ha aceptado ampliamente que la INL es una herramienta útil para la evaluación de la actividad inflamatoria en trastornos inflamatorios crónicos. Los estudios recientes han indicado una posible relación entre la proporción de linfocitos neutrófilos (INL) y la actividad de la enfermedad en la EA y la AP.

Objetivo: Evaluar la utilidad del índice neutrófilo-linfocito para predecir falta de respuesta al primer fármaco biológico en pacientes con espondiloartritis activa.

Material y métodos: Evaluar la utilidad del índice neutrófilo-linfocito como marcador de actividad en respuesta a los fármacos biológicos en pacientes con espondiloartritis. Estudio retrospectivo realizado en el departamento de reumatología del Centro Médico Nacional La Raza con espondiloartritis durante el periodo del 2012 al 2023 en tratamiento con su primer FARME biológico. El análisis descriptivo incluyó variables cualitativas en frecuencias y porcentajes, cuantitativas en medias con desviaciones estándar o mediana y rangos intercuartílicos, según fuera la distribución. Se realizó un análisis bivariado y se trazaron curvas ROC con el programa SPSS V.25.

Resultados: Se incluyó a 67 pacientes, el 60,3% de hombres, con una edad promedio de 45 años. Del tratamiento con FARME sintéticos se identificaron metotrexato en 59,7%, SSZ en 68,7% y LEF en 22,4% y, en cuanto a la modalidad biológica, se hallaron adalimumab en 41,8%, certolizumab pegol en 26,9%, infliximab en 11,9%, etanercept en 10,4%, golimumab en 6% y secukinumab en 3%. Para la falla terapéutica a los seis meses, el AUC fue de 0,45, con punto de corte de 2,14, sensibilidad del 35%, especificidad del 37%, VPP de 48% y VPN de 47%; y a los 12 meses, el AUC fue de 0,45, con punto de corte de 2,17 (Figura 1), sensibilidad de 50%, especificidad de 51%, VPP de 29% y VPN de 57%. El análisis bivariado que comparó VSG, PCR e INL con la falla terapéutica a los seis y 12 meses no demostró significancia estadística. A los seis meses se reconoció la edad como una variable estadísticamente significativa y el BASDAI, y a los 12 meses identificó una diferencia estadística en BASDAI y ASDAS; sin embargo, no pueden considerarse factores independientes de la respuesta terapéutica por ser una variable de desenlace (Tabla 1).

Figura 1. Curva ROC de la relación neutrófilo-linfocito basal y falla terapéutica a los 12 meses. (CG154)

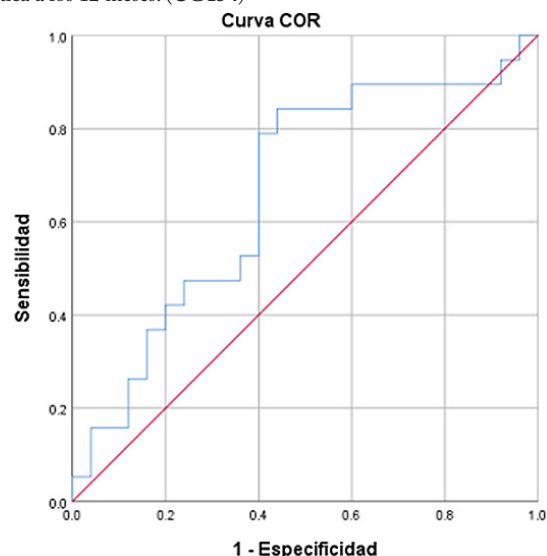


Tabla 1. Comparación de los pacientes que experimentaron falla a los 12 meses. (CG154)

Características	Falla (n = 20)	Sin falla (n = 27)	Valor de p
Edad, años, $\mu \pm DE$	43 \pm 14	59 \pm 7	0,63 ^b
Hombre, n (%)	16	17	0,1 ^a
Tiempo evolución, mediana (RIC)	20,5 (23)	2,5 (10)	0,25 ^b
Sobrepeso (%)	10	8	0,37 ^a
PCR, mediana (RIC)	6,9 (23)	11,4 (27)	0,19 ^b
VSG, $\mu \pm DE$	31 (24)	22,5 (13)	0,13 ^b
Índice neutrófilo-linfocito, mediana (RIC)	2,0 (1,14)	2,8 (1,41)	0,63 ^b
BASDAI, $\mu \pm DE$	6,2 (0,56)	2,6 (1,2)	0,01 ^b
ASDAS, mediana (RIC)	2 (1,75)	1,0 (2)	0,01 ^b
DAPSA, $\mu \pm DE$	0	9,7 $\mu \pm$ 6,0	1,0 ^b
DAS28, mediana (RIC)	4,8 (2,6)	1,7 (0,46)	0,13 ^b
Metotrexato (%)	10 (50)	16 (59,2)	0,56 ^a
Sulfasalazina (%)	13 (65)	17 (62,9)	1,0 ^a
Leflunomida (%)	5 (25)	4 (14,8)	0,46 ^a
Glucocorticoides (%)	9 (45)	4 (14,8)	0,48 ^a
AINE (%)	20 (100)	27 (100)	N/C
FARME biológicos	20 (100)	27 (100)	0,61 ^a
Etanercept (%)	2 (10)	4 (14,8)	
Adalimumab (%)	9 (45)	10 (37)	
Certolizumab pegol (%)	3 (15)	8 (29)	
Golimumab (%)	1 (5)	2 (7,4)	
Secukinumab (%)	1 (5)	0	
Infliximab (%)	4 (20)	3 (11,1)	
Efectos adversos (%)	0	0	

Conclusiones: En este estudio no se hallaron diferencias significativas en el INL en relación con los pacientes que fallaban a su primer fármaco biológico a los seis y 12 meses de tratamiento para las espondiloartritis, ni otro factor vinculado de respuesta, a excepción del BASDAI.

Bibliografía

- Seng JJB, Kwan YH, Low LL, *et al.* Role of neutrophil to lymphocyte ratio (NLR), platelet to lymphocyte ratio (PLR) and mean platelet volume (MPV) in assessing disease control in Asian patients with axial spondyloarthritis. *Biomarkers.* 2018;23(4).
- Zhu W, He X, Cheng K, *et al.* Ankylosing spondylitis: etiology, pathogenesis, and treatments. *Bone Research.* 2019;7.

CG155

DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE LA ESPONDILOARTRITIS: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA COHORTE ESPALDA (REGISTRO DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL DE AMÉRICA)

S. Sánchez-Pérez¹, A. Encarnación-Miguel², J.P. Romero-López³, R.E. Ramírez-Ibarra², R. García-Salinas⁴, F. Sommerfleck⁵, J.C. Casasola-Vargas²

⁽¹⁾Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, Instituto Politécnico Nacional, ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽³⁾FES Iztacala, UNAM, ⁽⁴⁾Hospital Italiano de La Plata, Buenos Aires, Argentina, ⁽⁵⁾Sanatorio Julio Méndez, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El diagnóstico temprano en los pacientes con espondiloartritis ha sido un desafío para los reumatólogos: la media global es de 6,7 años. Algunos obstáculos como la falta de capacitación de los médicos de primer contacto, los errores en el diagnóstico y el tratamiento hacen que el paciente tenga una evolución mayor de la enfermedad conforme transcurren los años

hasta llegar al diagnóstico. Múltiples revisiones en el mundo han demostrado que el retraso en el diagnóstico no ha cambiado en las últimas décadas, a pesar de los avances en aspectos como la clasificación, el diagnóstico y los tratamientos; por ello resulta importante continuar el análisis de los factores relacionados con un diagnóstico tardío y determinar si este se vincula con la cantidad de médicos a los que acuden, el tipo de especialista y la edad al inicio de los síntomas.

Objetivo: Analizar los factores relacionados con el diagnóstico tardío en los pacientes con espondiloartritis atendidos en el Hospital General de México como parte de la cohorte ESPALDA.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal a partir de una cohorte de la base de datos ESPALDA, se registraron variables demográficas, clínicas y de laboratorio, imagen y tratamiento de pacientes con espondiloartritis axial. Se valoró exclusivamente a los pacientes mexicanos que acudieron a la consulta de reumatología del Hospital General de México Eduardo Liceaga durante el año 2024. Se definió como retraso diagnóstico la fecha de inicio de los síntomas tras el diagnóstico del reumatólogo.

Resultados: Se encuestó a 40 pacientes con el diagnóstico de espondiloartritis axial, de los cuales el 27,5% correspondió a mujeres y 72,5% a hombres; el 32,5% era de inicio juvenil (< 17 años), el retraso diagnóstico de 7,48 años, el número de médicos visitados antes del diagnóstico de 4,95 y el clínico visitado con más frecuencia por primera vez el médico general en 55%, seguido de médicos urgenciólogos y traumatólogos en 17,5% y 12,5%, respectivamente. La media de edad de presentación de los síntomas fue de 25,5 y también se halló una relación significativa entre el retraso diagnóstico y el número de médicos consultados antes del diagnóstico con un valor de 0,023 (p < 0,05). Los datos clínicos y demográficos se muestran en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Datos clínicos y demográficos. (CG155)

	Pacientes con espondiloartritis axial (n = 40)
Género	F: 27,5%; M: 72,5%
Edad al inicio de los síntomas	Media: 25,5
Primer médico que visitaron al inicio de los síntomas	Médico general: 55% Urgenciólogo: 17,5% Traumatólogo: 12,5% Reumatólogo: 5% Oftalmólogo: 5% Internista: 2,5% Rehabilitación: 2,5%
Retraso en el diagnóstico	Media: 7,48
Clinimetría	Media BASDAI: 4,28 BASFI: 5,16 ASDAS-PCR: 3 ASAS-HI: 7,56
Grado de sacroileítis	Media Derecha: 3,28 Izquierda: 3,31

Conclusiones: Existe un retraso en el diagnóstico de pacientes mexicanos con espondiloartritis axial atendidos en el HGMEI, que es incluso mayor a lo comunicado en las publicaciones mundiales. Este retraso se afecta directamente por la cantidad de médicos que visitan los pacientes tras el inicio de los síntomas, ya que no se establece un diagnóstico certero ni se realiza una referencia oportuna con el reumatólogo; esto da lugar a un mayor avance de la enfermedad con daños irreversibles; un gran porcentaje de los pacientes estudiados era de inicio juvenil y en ellos resulta crucial un diagnóstico temprano para prevenir daños irreversibles.

Bibliografía

- Zhao S, Pittam B, Harrison N, *et al.* Diagnostic delay in axial spondyloarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology.* 2020;60(4):1620-8.
- Hay C, Packham J, Ryan S, *et al.* Diagnostic delay in axial spondyloarthritis: a systematic review. *Clinical Rheumatology.* 2022;41(7):1939-50.
- Bandinelli F, Martinelli-Consumi B, Manetti M, *et al.* Sex bias in diagnostic delay: Are axial spondyloarthritis and ankylosing spondylitis still phantom diseases in women? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personalized Medicine.* 2024;14(1):91.

4. Barnett R, Gaffney K, Sengupta R. Diagnostic delay in axial spondylarthritis: a lost battle? Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2023;37(3):101870.

CG156

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y COMORBILIDADES EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: ESTUDIO TRANSVERSAL EN CLÍNICA PREVENTIVA DE CARDIORREUMATOLOGÍA

V. González-González, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera, D.A. Galarza-Delgado, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) presentan un mayor riesgo de morbimortalidad cardiovascular, lo que conlleva una menor esperanza de vida en comparación con la población general. Una evaluación especializada en una clínica de cardioreumatología podría ayudar a reconocer y gestionar estos factores de riesgo y mejorar los resultados de los pacientes.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades en una cohorte de pacientes mexicanos con AP evaluados en una clínica preventiva de cardioreumatología.

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo de la cohorte de pacientes con AP de la clínica preventiva de cardioreumatología de un hospital universitario. Se incluyó a pacientes de 30 a 75 años que cumplieran los criterios de clasificación del 2006 para la AP desde agosto de 2014 hasta noviembre de 2023. Se excluyó a los pacientes con enfermedad cardiovascular conocida (infarto de miocardio, episodio cerebrovascular o enfermedad arterial periférica). La presencia de diabetes tipo 2, hipertensión y dislipidemia se definió como un diagnóstico incluido en la historia clínica y el tratamiento del paciente. El sobrepeso y la obesidad se definieron como un IMC de 25 a < 30 kg/m² y un IMC ≥ 30 kg/m², respectivamente. La hipertensión arterial se consideró una presión arterial ≥ 140/90 mmHg. La hiperglucemia se definió como glucosa en ayuno ≥ 100 mg/dL. Las alteraciones del perfil lipídico fueron colesterol total (CT) > 200 mg/dL, triglicéridos (TGL) > 150 mg/dL, colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL-C) < 40 mg/dL y colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) > 100 mg/dL. La distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables con distribución normal se describieron con la media y la desviación estándar (DE) y se utilizaron los percentiles 25° y 75° (p25°-p75°) para informar de las variables sin distribución normal.

Resultados: Se incluyó a 127 pacientes con AP, la mayoría de ellos mujeres (55,9%). La edad media fue de 53 ± 11,6 años y la mediana de actividad de la enfermedad, medida por DAPSA, era de 15,0 (7,2-25,6). Los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron la dislipidemia (n = 55, 43,3%) y el sobrepeso (n = 53, 41,7%). En los pacientes con AP sin diagnóstico previo de diabetes tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia se documentaron hiperglucemia en un total de 34 (34,0%) pacientes, elevación de la presión arterial en 22 (27,1%), y alteraciones en el perfil lipídico, representado por CT, TGL y LDL-C, detectado en 50 (73,5%) con valores altos de lípidos (Tablas 1 y 2).

Conclusiones: La dislipidemia y el sobrepeso fueron los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes en esta cohorte. Se observaron alteraciones del perfil lipídico en aproximadamente dos tercios de los pacientes con AP sin diagnóstico previo de dislipidemia. En más de la mitad de los individuos con AP se reconoció dislipidemia; estos resultados refuerzan la idea de que la evaluación sistemática y el cribado de comorbilidades y factores de riesgo en pacientes con EAE pueden permitir una detección más temprana, lo que puede mejorar los resultados de estos pacientes.

Bibliografía

1. Moltó A, Etcheto A, van der Heijde D, et al. Prevalence of comorbidities and evaluation of their screening in spondylarthritis: results of the international cross-sectional ASAS-COMOSPA study. Ann Rheum Dis. 2015;0:1-8.

Tabla 1. Factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades en pacientes con AP. (CG156)

Variables	Pacientes con AP (n = 127)
Edad, años, ± DE	53,1 ± 11,6
Mujeres, n (%)	71 (55,9)
Duración de la enfermedad, años, (p25°-p75°)	5,0 (2,0-10,0)
PASI, (p25°-p75°)	0,6 (0,0-3,6)
NAPSI, (p25°-p75°)	0,0 (0,0-11,7)
DAPSA, (p25°-p75°)	15,0 (7,2-25,6)
Comorbilidades, n (%)	
Hipertensión arterial sistémica	43 (33,8)
Dislipidemia	55 (43,3)
Diabetes mellitus tipo 2	27 (21,2)
Factores de riesgo, n (%)	
Sobrepeso ^a	53 (41,7)
Obesidad ^b	45 (35,4)
Tabaquismo activo	26 (20,4)

AP, artritis psoriásica; DE, desviación estándar; PASI, Índice de gravedad del área de psoriasis; NAPSI, Índice de gravedad de la psoriasis ungueal; DAPSA, Actividad de la enfermedad en la artritis psoriásica; ^aIMC entre ≥ 25 y < 30 kg/m²; ^bIMC ≥ 30 kg/m².

Tabla 2. Alteraciones de los valores clínicos y de laboratorio sin diagnóstico en pacientes con AP. (CG156)

Variables	Pacientes con AP
Hiperglucemia, n (%)	34/100 (34,0)
Valores de glucosa, mg/dL, ± DE	95,8 ± 10,6
Presión alta ^a , n (%)	22/81 (27,1)
PAS, mmHg, (p25°-p75°)	119,0 (110,0-132,2)
PAD, mmHg, (p25°-p75°)	78,5 (70,0-84,0)
Alteración de valores de lípidos, n (%)	50/68 (73,5)
CT, mg/dL, ± DE	170,3 ± 34,0
TGL, mg/dL, (p25°-p75°)	111,2 (87,2-161,3)
HDL, mg/dL (p25°-p75°)	47,3 (40,3-54,2)
LDL, mg/dL, ± DE	94,4 ± 30,0

AP, artritis psoriásica; PAS, presión arterial sistólica; PAD, presión arterial diastólica; CT, colesterol total; TGL, triglicéridos; HDL, lipoproteína de alta densidad; LDL, lipoproteína de baja densidad. ^aPresión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg.

CG157

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS PRIMARIO Y RETROMBOSIS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Morán-Contla, S. Muñoz-López, L. Andrade-Ortega, F.C. Irazoque-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Se han identificado diferentes factores de riesgo relacionados con el riesgo de retrombosis en los pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) primario, entre los que destacan el sexo masculino, la enfermedad valvular cardíaca, la trombosis venosa al momento de la presentación, las úlceras en miembros inferiores, la hipertensión arterial sistémica y el valor de aGAPSS más alto. La morbimortalidad secundaria a los efectos de la retrombosis ha llevado a la búsqueda de factores de riesgo que permitan estratificar a los pacientes en mayor riesgo.

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes con síndrome antifosfolípido primario con episodio de retrombosis arterial o venosa.

Material y métodos: Se realizó un subanálisis descriptivo de los pacientes con síndrome antifosfolípidos primario de un hospital de tercer nivel que se incluyeron inicialmente para la validación de la escala aGAPSS que sufrieron retrombosis.

Resultados: Se analizó a 27 pacientes con retrombosis, 20 mujeres y siete hombres (Tabla 1). El factor de riesgo cardiovascular habitual más frecuente fue la obesidad (33%), seguida de tabaquismo (14%); en ningún paciente se documentó hipertensión arterial sistémica. Dentro de los anticuerpos antifosfolípidos, la mayoría tuvo positividad para anticuerpos anticardiolipina (77%) y el patrón triple positivo se identificó solo en cuatro pacientes. La trombocitopenia y las úlceras atípicas se identificaron en 18%. Al momento del episodio de retrombosis, el 88% se encontraba bajo anticoagulación, pero con valores infraóptimos de INR en el 80% con antecedente de difícil anticoagulación de acuerdo con el objetivo de INR.

Conclusiones: Las características clínicas de los pacientes mexicanos con retrombosis revelan diferencias respecto de lo informado en las publicaciones médicas; las principales son sexo femenino, obesidad, así como la ausencia de hipertensión arterial sistémica y menor frecuencia de patrón triple positivo. Asimismo, tienen mayor dificultad para mantener un valor de INR en objetivo terapéutico. Con base en lo anterior, debe enfatizarse el estudio de los factores de riesgo vinculados con retrombosis en esta población para realizar una mejor estratificación del riesgo.

Bibliografía

- Medina G, Gutiérrez-Moreno AL, Vera-Lastra O, et al. Prevalence of metabolic syndrome in primary antiphospholipid syndrome patients. *Autoimmunity Reviews*. 2011;10(4):214-217. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2010.10.004>
- Taraborelli M, Reggia R, Dall'Ara F, et al. Longterm outcome of patients with primary antiphospholipid syndrome: a retrospective multicenter study. *The Journal of Rheumatology*. 2017;44(8):1165-1172. <https://doi.org/10.3899/jrheum.161364>

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con SAF primario y retrombosis (n = 27). (CG157)

Sexo	Masculino	25% (7)
	Femenino	74% (20)
Manifestaciones por SAF		
	Trombocitopenia	18% (5)
	Úlceras atípicas	18% (5)
Anticuerpos	Anticardiolipina IgM/IgG	77% (21)
	B2 glucoproteína IgM/IgG	33% (9)
	Anticoagulante lúpico	51% (14)
	Triple positivo	14% (4)
Factores de riesgo cardiovascular comunes		
	Obesidad	33% (9)
	Tabaquismo	14% (4)
	Hiperlipidemia	11% (3)
	DM2	3,7% (1)
	HTA	0
Anticoagulación al momento de la retrombosis		
	Sí	88% (24)
	No	11% (3)
Tipo de anticoagulante	Cumarínico	87% (21)
	NOAC	4,1% (1)
	HBPM	4,1% (1)
	HNF	4,1% (1)
INR	< 2	20
	2-3,5	5
	> 5	2

CG158

INFLUENCIA DE LA PROTEINURIA COMO INDICADOR DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y RESULTADOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.F. Elizondo-Benítez, A. González-Meléndez, R.L. Polina-Lugo, A.L. Guajardo-Aldaco, V. González-González, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galzarza-Delgado, D.I. Cardoso-Casco

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La nefritis lúpica es una de las principales causas de mortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), junto con las enfermedades cardiovasculares. La proteinuria, un signo clínico de nefritis lúpica, se ha identificado en fecha reciente como un factor de riesgo cardiovascular.

Objetivo: Relacionar la actividad de la enfermedad y las anomalías ecocardiográficas en pacientes con LES y proteinuria.

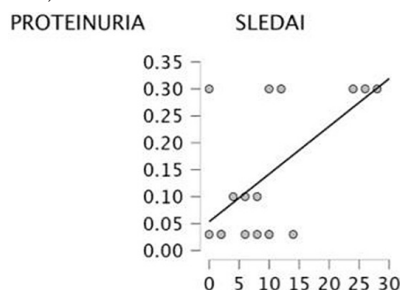
Material y métodos: Estudio transversal y comparativo en pacientes con LES, de 18 años o mayores, que cumplieron con los criterios ACR/EULAR 2019. Se excluyó a los pacientes con síndromes superpuestos, antecedentes de episodios cardiovasculares mayores, enfermedad renal crónica y embarazadas (Tabla 1). Los pacientes se clasificaron en tres grupos de acuerdo con la proteinuria: 10 mg/dL, 30 mg/dL y 300 mg/dL (Figura 1). Todos se sometieron a ecocardiogramas transtorácicos realizados por un cardiólogo cegado a la información clínica, y se evaluaron el índice de masa ventricular izquierda (IMVI), el espesor relativo de pared (RWT), los tiempos y relaciones de la mitral, la excursión sistólica del anillo tricúspideo (TAPSE), la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI), y el *strain longitudinal global* (GLS). Un valor GLS > -18% indicaba disfunción sistólica subclínica del ventrículo izquierdo. Se usaron pruebas estadísticas según correspondieran y se consideró un valor de p ≤ 0,05 como significativo.

Tabla 1. Características demográficas. (CG158)

Características	10 mg/dL (n = 9)	30 mg/dL (n = 4)	300 mg/dL (n = 7)	Valor de p
Edad, años, ± DE media	32,6 ± 9,1	40,7 ± 18,5	27,0 ± 9,0	NS
Mujeres, n (%)	7 (77,7)	2 (50,0)	6 (85,7)	NS
Diabetes, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	NS
Hipertensión, n (%)	2 (22,2)	2 (50,0)	2 (28,5)	NS
Dislipidemia, n (%)	2 (22,2)	0 (0)	1 (14,2)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	2 (22,2)	0 (0)	0 (0)	NS
Obesidad, n (%)	1 (11,1)	1 (25,0)	0 (0)	NS
Duración de la enfermedad meses, DE media ±	84,4 ± 48,4	75,0 ± 74,2	35,8 ± 38,5	NS
SLEDAI: ± DE media	6,0 ± 4,7	6,5 ± 1,9	16,0 ± 10,2	0,026
IMVI, DE media ±	59,2 ± 14,9	78,8 ± 5,8	70,5 ± 13,1	NS
RWT, DE media ±	0,32 ± 0,06	0,36 ± 0,07	0,36 ± 0,10	NS
Tiempo de desaceleración mitral, ± DE medio	194,5 ± 31,3	164,4 ± 35,0	150,7 ± 45,1	NS
E/E, DE media ±	6,8 ± 2,2	9,8 ± 2,6	8,4 ± 3,0	NS
E/A, DE media ±	1,4 ± 0,3	1,6 ± 0,9	1,3 ± 0,1	NS
TAPSE, DE media ±	21,4 ± 2,7	23,7 ± 2,9	20,4 ± 1,9	NS
FEVI, mediana (RIC)	61,0 (59,0-63,0)	52,0 (50,2-53,5)	66,0 (65,0-66,0)	< 0,001
GLS: ± DE media	-20,6 ± 3,6	-15,0 ± 3,5	-19,1 ± 2,7	0,039

SLEDAI, Índice de actividad de LES; IMVI, Índice de masa ventricular izquierda; RWT, espesor parietal relativo; TAPSE, excursión sistólica del plano anular tricúspide; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; GLS, *strain longitudinal global*; RIC, rango intercuartílico; NS, no significativo; DE, desviación estándar.

Figura 1. (CG158)



Resultados: Se incluyó a 20 pacientes (75% mujeres, edad promedio de $32,3 \pm 11,8$ años). No hubo diferencias en factores de riesgo cardiovascular comunes entre los grupos. El índice de actividad de la enfermedad (SLEDAI) fue significativamente mayor en pacientes con 300 mg/dL de proteinuria comparado con los de 10 mg/dL o 30 mg/dL (6,0 vs. 6,5 vs. 16,0, $p = 0,026$). La FEVI fue menor en el grupo de 30 mg/dL respecto de los otros dos grupos (61,0 vs. 52,0 vs. 66,0, $p < 0,001$). El GLS también mostró diferencias significativas con el grupo de 30 mg/dL en la categoría de disfunción subclínica (-20,6 vs. -15,0 vs. -19,1, $p = 0,039$). Las comparaciones *post hoc* revelaron diferencias significativas entre el grupo de 10 mg/dL y 30 mg/dL en GLS, y entre el grupo de 10 mg/dL y 300 mg/dL en SLEDAI. No se encontraron diferencias en otros parámetros ecocardiográficos. Se observó una correlación positiva entre SLEDAI y proteinuria ($\rho = 0,477$, $p = 0,017$) y una correlación negativa entre proteinuria y duración de la enfermedad ($\rho = -0,472$, $p = 0,031$).

Conclusiones: La proteinuria es un marcador importante de disfunción cardiovascular en pacientes con LES y debe considerarse en la evaluación integral de estos pacientes. La ecocardiografía es una herramienta valiosa para la evaluación cardiovascular en el contexto del LES.

Bibliografía

1. Parikh SV, Almaani S, Brodsky S, *et al.* Update on lupus nephritis: core curriculum 2020. *Am J Kidney Dis* [Internet]. Agosto de 2020 [consultado el 5 de abril de 2024];76(2):265-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.10.017>
2. Barzilay JI, Farag YM, Durthaler J. Albuminuria: an underappreciated risk factor for cardiovascular disease. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 12 de enero de 2024 [consultado el 5 de abril de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/jaha.123.030131>

CG159

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-DNA-dc EN LÍQUIDO PLEURAL, PERICÁRDICO Y ASCITIS EN SEROSITIS LÚPICA

M. Sandino-Bermúdez, E. Cimé-Aké, J. Campos-Guzmán, E. Briónes-García, E. Godínez-Lazarini, C. Núñez-Álvarez, H. Fragosó-Loyo
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El diagnóstico de serositis por lupus eritematoso sistémico (LES) se basa en la combinación de datos clínicos, serológicos y estudios de imagen.

Objetivo: Evaluar el rendimiento diagnóstico de los anticuerpos anti-DNA-dc en líquido pleural, ascítico y pericárdico para el diagnóstico de serositis lúpica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado entre 2017 y 2024 que incluyó a pacientes > 18 años con derrame pleural, ascitis o derrame pericárdico, en quienes se midieron anticuerpos anti-DNA-dc en muestras del líquido en estudio. Según el diagnóstico final, se clasificó a los pacientes en tres grupos: serositis lúpica (grupo 1), derrame no relacionado con LES en pacientes con lupus (grupo 2) y pacientes con derrame sin diagnóstico de lupus (grupo 3). Los pacientes con LES se clasificaron de acuerdo con

los criterios ACR/EULAR 2019. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y serológicas. En pacientes con LES, la actividad se evaluó con SLEDAI-2K y el daño crónico con SLICC/DI. El punto de corte óptimo para los anticuerpos anti-DNA-dc en el derrame se determinó mediante el índice de Youden.

Resultados: Se incluyó a 31 pacientes con muestras de derrame (15 pleurales, 12 de ascitis y cuatro pericárdicos) divididos en los grupos ya descritos (grupo 1 = 16, grupo 2 = 8, grupo 3 = 7). El grupo 1 registró una puntuación SLEDAI-2K significativamente mayor que el grupo 2 (10 vs. 1, $p = 0,003$) y una mayor presencia de nefritis lúpica (68,8% vs. 0%, $p = 0,002$). El grupo 1 contó con valores de complemento sérico más bajos (C3 36 mg/dL vs. 80 mg/dL vs. 84 mg/dL, $p = 0,001$; C4 8 mg/dL vs. 21 mg/dL vs. 27,5 mg/dL, $p < 0,001$) y anti-DNA-dc sérico más alto (203,2 UI/mL vs. 14,25 UI/mL vs. 4,0 UI/mL, $p = 0,013$) en comparación con los otros grupos. El grupo 1 tuvo cifras elevadas de anti-DNA-dc en el derrame (529,4 UI/mL vs. 1,80 UI/mL vs. 78,2 UI/mL, $p = 0,003$) en comparación con los otros grupos. Los puntos de corte óptimos para identificar la serositis lúpica fueron > 118,0 UI/mL para anti-DNA-dc en derrame (AUC = 0,859, sensibilidad = 68,8%, especificidad = 91,7%, índice de Youden = 0,605) y una relación derrame/suero de anti-DNA-dc > 0,4 (AUC = 0,731, sensibilidad = 92,3%, especificidad = 66,7%, índice de Youden = 0,590) (Tabla 1).

Tabla 1. Rendimiento diagnóstico de anticuerpos anti-DNA-dc en derrame pleural, pericárdico o ascitis para el diagnóstico de serositis lúpica. (CG159)

Variable	Anti-DNA-dc en derrame pleural, pericárdico o ascitis > 118,0 IU/mL	Relación derrame/Suero de anti-DNA-dc > 0,40
Sensibilidad	68,8 (46,1-91,5)	92,3 (79,2-100)
Especificidad	91,7 (78,2-100)	66,7 (43,6-89,8)
VPP	73 (51,2-94,8)	85,7 (68,5-100)
VPN	70,6 (55,0-97,0)	80,0 (60,4-99,6)
Índice Youden	0,688	0,590
LR+	ND	2,77
LR-	0,31	0,11

Conclusiones: Los valores de anti-DNA-dc en el líquido de serosas > 118 IU/mL demostraron una alta especificidad para identificar a la serositis lúpica, mientras que la relación derrame/suero de anti-DNA-dc > 0,4 mostró una alta sensibilidad para el diagnóstico de serositis lúpica, por lo que podrían ser útiles para diagnosticar la serositis lúpica.

CG160

ASOCIACIÓN ENTRE PATRONES DE SUEÑO NOCTURNO Y COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.F. Elizondo-Benítez, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera, R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez, A. Guajardo-Aldaco, V. González-González

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria con efecto en múltiples órganos y un mayor riesgo cardiovascular inherente. Los trastornos del sueño son frecuentes en pacientes con LES, hasta con un 80% que experimenta mala calidad del sueño. La duración reducida del sueño se ha vinculado con un mayor riesgo cardiovascular y mortalidad.

Objetivo: Revisar la relación entre las comorbilidades cardiovasculares y los patrones de sueño nocturno en pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio transversal y comparativo en mujeres con LES, de 18 años o mayores, que cumplieron con los criterios ACR/EULAR 2019. Se excluyó a los pacientes con síndromes superpuestos, antecedentes de episodios cardiovasculares mayores y embarazadas. Las horas de sueño se

definió a través de la historia clínica y se dividieron en tres grupos: < 7 horas, ≥ 7 horas y > 9 horas de sueño nocturno. Se recopilaron datos sobre factores de riesgo cardiovascular y resultados de laboratorio. Se usaron pruebas estadísticas según correspondieran y se consideró un valor de $p \leq 0,05$ como significativo. La correlación se efectuó mediante rho de Spearman.

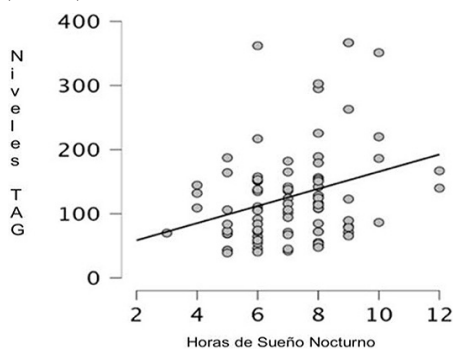
Resultados: Se incluyó a 88 pacientes con LES, en su mayor parte mujeres (87,9%), con una edad media de $35,1 \pm 12,3$ años. Hubo una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de hipertensión entre el grupo de 9 horas en comparación con los otros grupos (53,0% vs. 16,1% y 14,2% $p = 0,005$), así como las medias de triacilglicéridos (TAG), que fueron estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0,013$). Se realizó un subanálisis *post hoc* en el que se identificó una diferencia significativa en las medias de TAG entre grupos: < 7 horas y ≥ 9 horas ($108,8 \pm 65,9$ vs. $121,6 \pm 59,6$, $p = 0,011$) (Tabla 1). Se encontró una correlación positiva entre los valores de TAG y las horas de sueño nocturno (r de Pearson = $0,301$, $p = 0,004$) (Figura 1).

Tabla 1. Demografía y características clínicas. (CG160)

Características	< 7 h (n = 31)	> 7 h (n = 42)	> 9 h (n = 15)	valor p
Edad, años, media (± DE)	36,0 (± 11,5)	34,3 (± 12,9)	35,8 (± 7,0)	NS
Mujeres, n (%)	29 (93,5)	38 (90,4)	13 (86,5)	NS
Diabetes, n (%)	3 (9,6)	0 (0)	0 (0)	NS
Hipertensión, n (%)	5 (16,1)	6 (14,4)	8 (53,0)	0,005
Dislipidemia, n (%)	3 (9,6)	5 (11,9)	1 (6,6)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	3 (23,0)	3 (12)	3 (18)	NS
Obesidad, n (%)	6 (19,3)	4 (9,5)	3 (20)	NS
IMC, media (± DE)	25,5 (± 6,1)	25,3 (± 5,5)	24,9 (± 6,4)	NS
TAG, media (± DE)	108,8 (± 65,9)	121,6 (± 59,6)	176,9 (± 111,7)	0,013
CT, media (± DE)	162,9 (± 36,6)	161,8 (± 50,7)	157,0 (± 34,3)	NS
HDL, media (± DE)	52,9 (± 15,3)	53,4 (± 20,6)	46,4 (± 16,2)	NS
Uso de prednisona, n (%)	21 (67,7)	33 (78,5)	11 (73,3)	NS
ERC, n (%)	5 (16,1)	8 (19,0)	1 (6,6)	NS
Duración enfermedad, media (± DE)	67,4 (± 71,2)	94,0 (± 97,6)	102,2 (± 92,3)	NS
SLEDAI, mediana (RIC)	10 (3-12)	8 (2-12)	8 (6-9)	NS

IMC, índice de masa corporal; TAG, triacilglicéridos; CT, colesterol total; HDL, colesterol alta densidad; ERC, enfermedad renal crónica; SLEDAI, Índice de actividad de la enfermedad del lupus eritematoso sistémico; RIC, rango intercuartílico; DE, desviación estándar; NS, no significativo.

Figura 1. (CG160)



Conclusiones: El sueño corto y el largo afectan la salud cardiovascular en pacientes con LES, con una mayor prevalencia de hipertensión en aquellos con 9 horas de sueño. Esto es contrario a la relación previa entre el sueño corto y la hipertensión en la población general. Se destaca la importancia de intervenciones tempranas en el estilo de vida del paciente con LES para mejorar su calidad de vida.

Bibliografía

1. Wu L, Shi PL, Tao SS, *et al.* Decreased sleep quality in patients with systemic lupus erythematosus: a meta-analysis. Clin Rheumatol [Internet]. 2020 [consultado el 10 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10067-020-05300-3>

2. Cui H, Xu R, Wan Y, *et al.* Relationship of sleep duration with incident cardiovascular outcomes: a prospective study of 33,883 adults in a general population. BMC Public Health [Internet]. 2023 [consultado el 10 de febrero de 2024];23(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15042-x>

CG161

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN EN PACIENTE CON NEFRITIS LÚPICA EN EL ISSSTE DE TOLUCA

S. Ayala-Flores, A. Vallejo-Cortés, L.G. Mendoza-Nájera, M.N. Fuentes-Hernández, A. Pérez Bolde-Hernández

Hospital General de Toluca, ISSSTE

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria y autoinmunitaria que afecta a múltiples órganos y sistemas. La nefritis lúpica (NL) es una manifestación grave y es causa de mortalidad en los pacientes. El tratamiento de la NL incluye dos fases: inducción y mantenimiento. Existen diversos esquemas terapéuticos (NIH, EuroLupus, Multitarget) que pueden utilizarse. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en una unidad médica de segundo nivel para evaluar las características clínicas de nefritis lúpica, así como la respuesta en fase de inducción para el tratamiento de NL.

Objetivo: Evaluar las características demográficas, clínicas, serológicas, histológicas y terapéuticas de los pacientes con LES con manifestación de NL. Identificar la eficacia de los esquemas de tratamiento disponibles en el ISSSTE de Toluca (HGT) para NL.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal de los pacientes con diagnóstico de NL en el hospital general ISSSTE de Toluca. El tratamiento se instituyó con base en la disponibilidad institucional del insumo y el consenso médico-paciente. Se incluyó a pacientes con LES y manifestaciones de NL. Se analizaron las características demográficas, clínicas, serológicas, comorbilidades y tratamiento farmacológico para cada paciente. Para clasificar la NL se tomaron variables clínicas; proteinuria > 500 mg en orina de 24 horas, disminución de la tasa de filtración glomerular, alteraciones en el sedimento urinario y la presencia o ausencia de biopsia renal (clasificación ISN/RPS). Para evaluar la eficacia de los diferentes tratamientos empleados se utilizaron las definiciones de los desenlaces renales: remisión completa (RC), remisión parcial (RP) y falta de respuesta del Documento de Consenso Glosen Nefrología 2023. Se realizó el estudio de las características generales y respuesta a tratamiento con los distintos esquemas mediante el estudio de media y desviación estándar y uso de la prueba t de Student de dos colas con un nivel alfa de 0,05.

Resultados: Se evaluó a un total de 14 pacientes, de los cuales la edad media de diagnóstico fue de 29 ± 8 años. Las manifestaciones clínicas con mayor prevalencia fueron: mucocutáneas en 92% y artritis en 92%; las manifestaciones serológicas fueron ANA 78%, anti-dsDNA 64%, C4 bajo 42%, C3 bajo 28%. Las comorbilidades vinculadas fueron hipertensión en 21% y antecedente de enfermedad cardiovascular en 14%. Las manifestaciones nefrológicas fueron: proteinuria 2008 mg/24 h ± 1450 , hematuria (> 5 Ery/campo) 42%, piuria (> 5 Ery/campo) 42%, TFG > 90 mL/min 50%, TFG 60-90 mL/min 35%, 15-30 mL/min 7% y < 15 mL/min 21%. La escala SLEDAI-2K promedio fue de 20,2 puntos, mayor en la población a quienes se agregó rituximab (P IC95% = 0,16). Se trató a 7 (50%) pacientes con esquema multitarget y 4 (28%) requirieron la adición de tratamiento biológico al tercer mes por respuesta parcial. En cuanto a la remisión completa evaluada a los seis meses de iniciado el tratamiento se presentó en un 75% de los pacientes tratados con multitarget y en 75% en pacientes en quienes se complementó el tratamiento con rituximab (P IC95% = 1), remisión parcial 12,5% y 25% (P IC95% = 0,62), respectivamente, y sin respuesta un paciente con defunción en el quinto mes de seguimiento en el grupo multitarget (P IC95% = 0,45). Véase la Tabla 1.

Conclusiones: En la población con NL del ISSSTE Toluca no se demostró una mejor respuesta al tratamiento con ninguno de los distintos

Tabla 1. Comparación de respuesta al tratamiento con esquema *multitarget* e inmunosupresión con rituximab. (CG161)

	Remisión al tratamiento					
	Multitarget (8)			Inmunosupresión + rituximab (4)		
	Pretratamiento	Postratamiento	Valor de p	Pretratamiento	Postratamiento	Valor de p
Tasa de filtración glomerular mL/min/1,73 m ²	91,37 ± 25	106 ± 24	0,25	82 ± 43	119 ± 13	0,15
Proteinuria total mg/24 h	2638 ± 1644	659 ± 669	0,01	1775 ± 963	377 ± 207	0,02
Hematuria (> 5 ery/campo), %	12,5	6,25	0,55	25	0	0,67
Piuria (> 5 leu/campo), %	12,5	0	0,14	50	0	0,13
Cilindros granulosos, %	6,25	0	0,33	0	0	1
Grado de remisión	<i>Multitarget</i>			Inmunosupresión + rituximab		
Remisión completa %	75,00%			75%		
Remisión parcial %	12,50%			25%		
Sin remisión	0%			0%		
Defunción	12,5			0%		

esquemas de tratamiento. Los pacientes con mayor índice de actividad al inicio de tratamiento requirieron inicio de tratamiento con rituximab y se alcanzó una remisión similar con este tratamiento.

Bibliografía

1. Yu C, Li P, Dang X, *et al.* Lupus nephritis: new progress in diagnosis and treatment. *Journal of Autoimmunity.* 2022;132(102871), 102871. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2022.102871>
2. Mok CC, Teng YKO, Saxena R, *et al.* Treatment of lupus nephritis: consensus, evidence and perspectives. *Nature Reviews. Rheumatology.* 2023;19(4):227-238. <https://doi.org/10.1038/s41584-023-00925-5>

CG162

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO EDUARDO LICEAGA

M.A. Serna-Reyes, J.F. Moctezuma-Ríos, G. Medrano-Ramírez, G. Meza López-Olgún, J.C. Casasola-Vargas, G. Huerta-Sil, L. Lino-Pérez, A. Lobato-Belmonte, E. Álvarez-Hernández, C. García-García, C.J. Gómez-Ruiz

Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF) es la coagulopatía adquirida más frecuente y se caracteriza por episodios trombóticos, citopenias (anemia hemolítica y trombocitopenia) y comorbilidad obstétrica (pérdidas fetales recurrentes) y la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aFL); su curso es variable, de formas leves a graves.

Objetivo: Describir las características clínicas, serológicas e inmunológicas de los pacientes con SAAF en el Hospital General de México Eduardo Liceaga.

Material y métodos: Se llevó a cabo una revisión de la información de expedientes de pacientes diagnosticados con SAAF o con probable diagnóstico de SAAF con base en los criterios de Sidney y ACR/EULAR 2023 y con posterioridad se efectuó un estudio tipo transversal, descriptivo y observacional.

Resultados: Se revisaron 120 expedientes de pacientes con SAAF, de los cuales 95 cumplieron los criterios de SAAF o probable SAAF en un periodo de 20 años, desde enero del 2004 hasta junio de 2024; de estos, 46 (48,4%) correspondieron a SAAF primario y 49 (51,5%) a SAAF secundario y en total 77 (81,1%) fueron mujeres, cuya de edad media fue de 39,1 años (18-63 años). La enfermedad reumatológica con la que más se vinculó fue el lupus eritematoso sistémico en 43 pacientes (87,7%), se identificó el antecedente de trombosis en 75 (78,95%) de los pacientes y el tipo de vaso predominante fue el venoso en 58 (73,4%), con localización en extremidades inferiores y en más de un sitio en el 73,4% y 36,7%, respectivamente. Se reconoció trombocitopenia en 38 pacientes (40%) y anemia hemolítica en 13 (13,7%). Los anticuerpos que se determinaron en más

ocasiones fueron las anticardiolipinas, específicamente las del isotipo IgG, y el menos común fue la anti-β2 glucoproteína I, en particular del isotipo IgA. El anticuerpo antifosfolípido con más determinaciones positivas fue la anticardiolipina de los isotipos IgA, IgG e IgM, respectivamente. En cuanto a las manifestaciones clínicas se observó que la trombosis se relacionaba con la positividad con aCL IgM y anti-β2 glucoproteína I IgM, ambos con un RR 1,3 y un intervalo de confianza de 95% (MOU3). También se reconoció que los anticuerpos anti-β2 glucoproteína I del isotipo IgM se vincularon con la aparición de trombocitopenia con RR 1,7, con la presencia de preeclampsia con RR 1,093, y con los abortos con RR 1,1 (intervalos de confianza de 95%). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características clínicas y bioquímicas de los pacientes con SAAF. (CG162)

Características clínicas	SAAF No, n	Primario Si, n	SAAF No, n	Secundario Si, n
Género:				
Femenino		33 (72%)		44 (90%)
Masculino		13 (28%)		5 (10%)
Edad (promedio)	39,8		38,4	
Antecedente de trombosis	11 (23,9%)	35 (76,1%)	9 (18,4%)	40 (81,6%)
Trombocitopenia	25 (54,3%)	21 (45,7%)	32 (65,3%)	17 (34,7%)
Trombosis de repetición	33 (71,7%)	13 (28,3%)	36 (73,5%)	13 (26,5%)
Manifestaciones hematológicas (total)	146	38	133	63
Manifestaciones neurológicas (total)	319	3	342	1
Manifestaciones cutáneas (total)	85	7	89	9
Manifestaciones cardíacas (total)	183	1	191	5
Manifestaciones musculoesqueléticas (total)	46	0	0	49
Manifestaciones renales (total)	45	1	32	17
Morbilidad obstétrica (total)	127	11	136	11
VDRL positivo	6	29	7	26
aCL IgA positivo	27	8	14	28
aCL IgG positivo	26	20	15	30
aCL IgM positivo	15	39	17	37
AL positivo	6	29	7	26
Anti-β2 glucoproteína I IgA positivo	1	9	5	1
Anti-β2 glucoproteína I IgG positivo	9	24	10	8
Anti-β2 glucoproteína I IgM positivo	0	35	2	12
Tratamiento con acenocumarínicos	0	46	2	47
Doble marcador positivo		20		14
Triple marcador positivo		8		2

La tabla muestra las características clínicas divididas en SAAF primario y SAAF secundario y en relación con la presencia o ausencia de manifestaciones clínicas diversas, episodios comórbidos o positividad para autoanticuerpos.

Conclusiones: En este servicio, como en otros centros, se identificó que el SAAF tuvo predominio en las mujeres con el 81,7% y que fueron predominantes los episodios trombóticos del síndrome en las extremidades inferiores, principalmente afección venosa, con dos o más episodios de trombosis en un mismo paciente en un tercio de los individuos. Los antifosfolípidos determinados con mayor frecuencia fueron las aCL y el isotipo más común el IgG; los menos determinados fueron la anti- β 2 glucoproteína I, en particular los isotipos IgG e IgM.

Se reconoció un aumento del riesgo de padecer trombosis con la presencia de aCL IgM; el riesgo de trombocitopenia, preeclampsia y abortos se vinculó con positividad a anti- β 2 glucoproteína I IgM.

Bibliografía

- Choi H, Ahn SS. Anti-phospholipid antibody syndrome occurrence in patients with persistent anti-phospholipid antibodies. *Rheumatol Int.* 2019;39(8):1359-67.
- Vaidya B, Nakarmi S, Joshi R, *et al.* A Simplified understanding of the black Swan: anti-phospholipid antibody syndrome. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2019;57(216):133-45.

CG163

ANÁLISIS LONGITUDINAL Y POR DOMINIOS DEL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS PRIMARIO

G. Medina-García, J.M. Hernández-Morales, R. Peña-Rivas, I.A. Betancourt-Reyes, A. Montiel-Rivera

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El síndrome antifosfolípidos (SAF) se caracteriza por episodios trombóticos y obstétricos en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos persistentes. Las manifestaciones clínicas incluyen síntomas neurológicos que suponen deterioro cognitivo. La detección temprana es importante para evitar su avance.

Objetivo: Identificar la evolución del deterioro cognitivo y los dominios cognitivos más afectados en pacientes con SAF primario.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal y descriptivo en una cohorte de pacientes con SAF primario en las que se aplicó la valoración de Montreal (MOCA, *Montreal cognitive assessment*) anualmente a partir del 2018 y hasta la actualidad, con excepción del año 2021 debido a la pandemia. Se registraron las manifestaciones clínicas del expediente electrónico. En la última evaluación del 2024 se realizó un subanálisis de los dominios del MOCA para valorar cuál de ellos era el dominio más afectado. Se empleó estadística descriptiva, con frecuencias y porcentajes, y prueba de Friedmann para muestras relacionadas no paramétricas.

Resultados: Se analizó a 46 pacientes, 82,6% de mujeres y 17,4% de hombres, con una media de edad de 54,43 \pm 12,39 años y un intervalo de 24 a 77 años. La media del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 19,41 \pm 8,4 años. La manifestación clínica inicial más común fue la trombosis venosa profunda (TVP) con 28,3%, seguida del accidente cerebrovascular (EVC) con 23,9% y los problemas obstétricos con 17,4%. Las comorbilidades fueron hipotiroidismo (26,1%), hipertensión (21,7%), sobrepeso y obesidad (17,4%), fibromialgia (17,4%) y dislipidemia (13%). Respecto de las variaciones de las puntuaciones de la MOCA, los resultados se muestran en la **Tabla 1**. La prueba de Friedman no encontró diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,172$). En cuanto a la evaluación cognitiva actual, el 41,3% de los pacientes tuvo una puntuación normal, el 50% mostró deterioro cognitivo leve y el 8,7% deterioro cognitivo moderado. Los dominios más afectados fueron el recuerdo diferido (82,6%), la atención (69,6%) y el visoespacial (50%). Por el contrario, las áreas con menos alteraciones fueron la orientación (93,5% sin alteraciones), la abstracción (89,1%), la identificación (78,3%) y el lenguaje (69,9%).

Conclusiones: El deterioro cognitivo es frecuente en pacientes con SAF primario, con poca variación en las puntuaciones a lo largo del seguimiento y sin progresión significativa. El área con mayor alteración en pacientes

con SAF fue la correspondiente al recuerdo diferido. La evaluación periódica cognitiva es útil para identificar el deterioro cognitivo, aplicar intervenciones terapéuticas de forma oportuna y evitar la progresión.

Tabla 1. Resultados de la prueba MOCA anual. (CG163)

	MOCA 2018	MOCA 2019	MOCA 2020	MOCA 2022	MOCA 2023	MOCA 2024
Mediana	24	24	25	26	25,50	25
Percentil 25°	22	21	23	24	23	21
Percentil 75°	26	26	27	27	27	28

Bibliografía

- García D, Erkan D. Diagnosis and management of the antiphospholipid syndrome. *N Engl J Med* [Internet]. 2018;378(21):2010-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmra1705454>
- Arnsón Y, Shoenfeld Y, Alon E, *et al.* The antiphospholipid syndrome as a neurological disease. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2010;40(2):97-108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2009.05.001>
- Yelnik CM, Kozora E, Appenzeller S. Non-stroke central neurologic manifestations in antiphospholipid syndrome. *Curr Rheumatol Rep* [Internet]. 2016;18(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11926-016-0568-x>
- Medina G, Cimé-Aké E, Bonilla-Vázquez R, *et al.* Disability and cognitive impairment are interdependent in primary antiphospholipid syndrome. *Lupus* [Internet]. 2022;31(9):1104-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/09612033221106647>

CG164

RESULTADOS MATERNOFETALES CON RELACIÓN AL PUNTAJE DE SLEDAI-2K OBTENIDO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO

D.I. Rojas-Abarca, N. Castro-Lizano, G. Echeverría-González

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria crónica y de curso variable. El sexo femenino se afecta en una proporción de 9:1 respecto del masculino. Dado que es una entidad clínica que tiene predominio por el sexo femenino y su mayor incidencia se encuentra en la edad fértil, las pacientes pueden tener un embarazo en cualquier momento de su fecundidad; sin embargo, estas gestaciones se consideran de alto riesgo. Existen revisiones, metaanálisis y estudios de cohorte que muestran la relación entre los datos de actividad preconcepcional o durante la gestación con los resultados materno-fetales que revelan una correlación: cuanto mayor es el índice de actividad, o las complicaciones relacionadas con el LES, peores son los desenlaces durante el embarazo para la madre y el producto.

Objetivo: Conocer la relación entre la puntuación SLEDAI-2K y los resultados materno-fetales obtenidos en pacientes embarazadas con diagnóstico de LES.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico que cursaron con algún embarazo, durante el periodo del 2014 al 2024. Se utilizó estadística descriptiva; las variables cuantitativas se presentan como media \pm desviación estándar y las variables categóricas como frecuencias simples y proporciones. El coeficiente de correlación entre las dos escalas se analizó con la prueba rho de Spearman. Se estratificó la correlación entre las dos escalas por presencia o ausencia de fibromialgia. Después se determinó si una escala predecía a la otra por regresión lineal. Todas las pruebas se condujeron con una significancia de $p = 0,05$.

Resultados: Se integró una muestra de 66 pacientes, con una media de edad durante el embarazo de 30,12 (DE, 5) y un número de embarazos de 2 (DE, 1); las afectaciones mucocutánea, articular y renal fueron las más prevalentes; otra más fue la hipertensión arterial sistémica. El número pro-

medio de embarazos fue de 2,12 (DE 0,97). Las complicaciones maternas se presentaron en un porcentaje de 46,96% durante el tercer trimestre y la preeclampsia fue la de mayor porcentaje (40,6%), correlacionada con la vía de resolución del embarazo; la más frecuente fue la cesárea con un 75,8%. De acuerdo con la primera valoración, 43 de las pacientes se hallaban en su primer trimestre, 16 durante el segundo y siete en el tercero; respecto del índice de actividad por SLEDAI-2K, 47 pacientes tenían menos de 4 puntos, lo cual representa falta de actividad de la enfermedad. Sin embargo, solo se tuvieron los datos completos de 20 productos gestacionales, de los cuales 61,0% correspondió a productos de término y en un 33,3% la muerte perinatal fue la complicación más informada.

Conclusiones: En este estudio posterior a la revisión de 66 expedientes, los resultados sugieren que las pacientes con LES tienen un riesgo elevado de partos y también se resalta la necesidad de un tratamiento cuidadoso durante el embarazo para reducir estos riesgos. Por otra parte, los tratamientos tienen un efecto significativo sobre la puntuación SLEDAI-2K, lo que indica que el control de la actividad de la enfermedad durante el embarazo es crucial para mejorar los resultados materno-fetales, pese a lo cual la correlación entre los resultados fetales y la puntuación SLEDAI-2K no fue significativa, ya que no se contó con los datos completos.

Bibliografía

1. Giambalvo S, Garaffoni C, Silvagni E, *et al.* Factors associated with fertility abnormalities in women with systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *Autoimmun Rev* [Internet]. 2022;21(4):103038. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.autrev.2022.103038>
2. Bikkeli A, Li D, Malide M, *et al.* Studying pregnancy outcome risk in patients with systemic lupus erythematosus based on cluster analysis. *Biomed Res Int* [Internet]. 2023;2023:1-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2023/3668689>

CG165

HIPOTIROIDISMO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

D. Deossa-Piedrahita, V. González-Díaz, G.E. Martínez-Bonilla, M.E. Ventura-Valenzuela, J. Uribe-Martínez, S. Cerpa-Cruz, S.I. Viruete-Lerma, E.A. Rodríguez-Flores, I. Avilés-Lizárraga, C. Avalos, A. Landeros
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria sistémica caracterizada por hiperactividad de linfocitos T y B, además de producción de anticuerpos, lo que ocasiona daño a múltiples órganos y tejidos. El hipotiroidismo primario es un trastorno endocrino definido biológicamente como una concentración sérica de hormona estimulante de la tiroides (TSH) por encima de los límites de referencia normal y una concentración de tiroxina por debajo de la normalidad. Las dos afecciones pueden ocurrir de forma sucesiva o simultánea y la prevalencia del hipotiroidismo clínico en pacientes con LES se ha calculado en 3,0-21,4%. Varios estudios han publicado valores de TSH más altos en pacientes con LES; sin embargo, otros estudios no han confirmado esa relación. Asimismo, se ha documentado una probable relación con nefritis lúpica, presencia de anticuerpos anti-dsDNA e hipocomplementemia.

Objetivo: Determinar la prevalencia, características clínicas y relación entre el hipotiroidismo y el daño orgánico en pacientes con LES.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a pacientes de 18 a 65 años con diagnóstico de LES (EULAR/ACR de 2019) atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, sin incluir a las pacientes embarazadas. Se cuantificaron plaquetas, complemento, TSH y T4L, con puntos de corte de > 4,5 mIU /L y < 0,71 mIU /L, respectivamente, para definir hipotiroidismo; también se incluyeron otras variables como edad, género, presencia o ausencia de nefritis lúpica, afectación mucocutánea, actividad de la enfermedad por SLEDAI, diagnóstico de hipotiroidismo antes o después del diagnóstico de LES. Para el análisis estadístico, las variables cuantitativas

se expresaron como medias y desviación estándar (DS). Se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk y la comparación de los grupos se realizó con ji cuadrada. El software usado fue Jamovi versión 2.6.2.

Resultados: Se incluyó a un total de 102 pacientes, de los cuales el 88,2% correspondió a mujeres y el 11,8% a hombres, con un promedio de edad de 39 años (DE ± 12,9). Un 34% de los pacientes tenía hipotiroidismo y de ellos el 35% era de mujeres y el 25% de hombres. El 94% de los enfermos con hipotiroidismo se diagnosticó después de la confirmación del LES. De los sujetos con hipotiroidismo, 23 (65,7%) tenían nefritis lúpica con una relación significativa ($p = 0,006$) y el 64% afectación mucocutánea comparada con 34% de los pacientes sin hipotiroidismo ($p = 0,006$). La positividad de Ac DNAs no se vinculó con la presencia de hipotiroidismo. El 75% de los pacientes no sufría ninguna otra afección reumatológica y la media de los valores de complemento C3 y C4 fue de 96,1 mg/dL y 29,71 mg/dL, respectivamente.

Conclusiones: En este estudio, la prevalencia de hipotiroidismo en pacientes con LES fue similar a la registrada en las publicaciones médicas; además, se reconoció una vinculación con la nefritis lúpica y la afectación mucocutánea en estos pacientes.

Bibliografía

1. Liu X, Yuan J, Zhou H, *et al.* Association between systemic lupus erythematosus and primary hypothyroidism: evidence from complementary genetic methods. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2022;108(4):941-949. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac614>
2. Qin Q, Zhao L, Ren A, *et al.* Systemic lupus erythematosus is causally associated with hypothyroidism, but not hyperthyroidism: a mendelian randomization study. *Frontiers In Immunology*. 2023;14.
3. Li J, Wang X, Xie T, *et al.* Hypothyroidism and its association with systemic lupus erythematosus: a cross sectional study in chinese patients. *The American Journal of The Medical Sciences*. 2021;361(1):63-68. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2020.08.026>
4. Lin W, Chang C, Fu L, *et al.* Systemic lupus erythematosus and thyroid disease: A 10-year study. *Journal of Microbiology Immunology And Infection*. 2015;48(6):676-683. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2014.03.004>
5. Ni J, Li J, Wang Y, *et al.* Systemic lupus erythematosus patients with related organic damage are at high risk of hypothyroidism. *Frontiers In Endocrinology*. 2022;13. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.920283>

CG166

EFFECTIVIDAD DE DOSIS BAJAS DE RITUXIMAB EN MANIFESTACIONES MODERADAS Y GRAVES DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

J.I. Velasco-Santos, D.A. Herrera-Van Oostdam, I.N. Morales-Avenidaño, E. Cuevas-Orta, G. Barragán Aguilera-Pickens, E.N. Santillán-Guerrero, F.J. Núñez-Martínez, B.B. García-Briones, J.E. Molar-López, J.C. Ramírez-Sánchez, R. Ortiz-Hernández, C. Abud-Mendoza

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria multiorgánica. La eficacia del rituximab para el tratamiento del LES refractario se ha notificado hasta en un 91% en actividad no renal con el empleo de 375 mg por m² semanal por 4 semanas o 1 g cada 15 días en dos ocasiones, en ciclos cada seis meses. Pocos estudios han evaluado la efectividad del rituximab a dosis bajas.

Objetivo: Evaluar la eficacia de dosis bajas de rituximab (≤ 500 mg) en manifestaciones moderadas a graves de LES.

Material y métodos: Estudio de cohorte observacional y retrospectivo. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de LES y actividad moderada a grave, ≥ 18 años y que recibieron rituximab (500 mg IV semestral); se permitió el uso de otros fármacos modificadores de la enfermedad (FARME) no biológicos, así como glucocorticoides. No participaron pacientes con información incompleta en el expediente. La actividad se evaluó mediante la escala de Mex-SLEDAI y se tomaron dos puntos del tiempo de evaluación: basal y seis meses después de la aplicación del rituximab. Véanse las **Tablas 1 y 2**.

Tabla 1. (CG166)

Estudio	Año	Pacientes incluidos	Dosis RTX	Eficacia (24 semanas)	Efectos adversos
Chung-Yan, <i>et al.</i>	2019	8 pacientes con LES. Edad media (39,4 ± 13,5 años). 87,5% Mujeres. 5 TPI grave, 1 AHA, 1 AHA + TPI, 1 Pancitopenia	100 mg/sem (4 dosis)	5 RC 2 RP 1 NR RT: 87,5%	- 1 infección del tracto urinario
Hua-Chen, <i>et al.</i>	2011	10 pacientes, mujeres Edad: 34,5 (9,5) Todos TPI	100 mg/sem (4 dosis)	RC: 60%	- 2 Reacciones leves a la infusión - 1 caso: TP (sem 14) e infección Tb (sem 25)

Tabla 2. (CG166)

	Basal	6 meses
MEX-SLEDAI	9	4
Hemoglobina (g/dL)	10,5	11,9
Linfocitos (miles/mL)	1,0	1,5
Neurológicas	20%	0%
Renales	54,3%	31,4%
Hematológicas	25,7%	2,9%
Articulares	94,3%	48,6%
Mucocutáneas	68,6%	37,1%
Fiebre	20%	0%

Se realizó una revisión sistemática de las publicaciones médicas con los siguientes descriptores: *systemic lupus erythematosus, rituximab, rituximab low-dose, treatment outcome*. De 20 artículos sustraídos y evaluados por tres investigadores de forma independiente (DH, JV y CAM) se descartaron 18 (dos repetidos, cuatro informes de caso y el resto por tratarse de rituximab a dosis altas).

Resultados: Se incluyó a 35 pacientes en el análisis, 33 (94,2%) de ellos mujeres. La mediana de edad fue de 28 años (RIC, 11,5) y la evolución de LES de 1 año (RIC, 5,5). El índice de actividad por SLEDAI fue de 9 (RIC, 3,0) antes de la aplicación de RTX. Las principales manifestaciones por las cuales se consideró actividad moderada/grave de LES fueron las renales (54,3%), neurológicas (20%) y hematológicas (25,7%). Se administraron pulsos de mPDN en 27 pacientes.

A seis meses de la administración del rituximab, el índice de actividad disminuyó a 4 (RIC: 4,0). La mediana de dosis de prednisona a los seis meses fue de 5 mg (RIC: 2,5). No hubo efectos adversos relacionados con la administración del fármaco.

En la revisión sistemática con 18 pacientes en total, todos recibieron dosis de 100 mg de RTX semanal durante cuatro semanas y en todos la indicación fue la afectación hematológica refractaria a tratamientos combinados diversos. La tasa de respuesta completa a 24 semanas fue de 61,5%. Se registró una proporción baja de EA.

Conclusiones: El rituximab a dosis bajas conduce a disminución de actividad de la enfermedad moderada a grave.

Bibliografía

- Chen H, Zheng W, Su J, *et al.* Low-dose rituximab therapy for refractory thrombocytopenia in patients with systemic lupus erythematosus—a prospective pilot study. *Rheumatology (Oxford)*. 2011 Sep;50(9):1640-4. doi: 10.1093/rheumatology/ker176.
- Wang CY, Guo SH, Wang LP, *et al.* Clinical efficacy of low-dose rituximab on hematological abnormalities in patients with connective tissue disease. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2019 Oct;57(10):500-505. doi: 10.5414/CP203453.

CG167

ÍNDICE DE DAÑO EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS TROMBÓTICO (DIAPSV2) VERSIÓN 2.0: ESTUDIO PILOTO EN UN SOLO CENTRO

L.A. Martínez-Martínez¹, M.C. Amigo-Castañeda², M.V. Goycochea-Robles³, E. Aranda-Cano¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽²⁾Centro Médico ABC, ⁽³⁾Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) es la principal trombofilia adquirida en el área reumatológica. Se caracteriza por episodios trombóticos y morbilidad obstétrica relacionada con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Las manifestaciones trombóticas confieren daño acumulado crónico que puede evaluarse con la primera versión del Índice de daño en pacientes con síndrome antifosfolípido trombótico (DIAPSV1). En fecha reciente se desarrolló una versión actualizada del DIAPS (DIAPSV2) con nuevas definiciones para detectar con mayor precisión el daño pulmonar, dominio neurológico, secuelas del tratamiento y otros ajustes.

Objetivo: Correlacionar las puntuaciones de la versión original del DIAPS y su nueva versión en pacientes con SAF que asisten a la consulta externa de reumatología.

Material y métodos: Participaron pacientes con SAF que cumplieron con los criterios de SAF ACR/EULAR 2023 y los criterios de SAF Sidney. Se invitó a los participantes durante el tiempo de espera de una consulta externa de reumatología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez del 5 de enero al 21 de mayo de 2024. En todos se realizó revisión de historias clínicas y se aplicaron los siguientes cuestionarios: la versión original (DIAPSV1) y la versión actualizada (DIAPSV2) del DIAPS. Este protocolo recibió aprobación del comité de ética del instituto y todos los pacientes dieron su consentimiento informado. Se utilizaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov, t de Student, U de Mann-Whitney, ji cuadrada o exacta de Fisher, según correspondiera. Las correlaciones se realizaron con el método de Spearman. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizó a 29 pacientes con SAF, 22 eran mujeres y la edad media fue de 18 ± 14 años; 17 sujetos tenían la forma primaria del síndrome. La puntuación DIAPS fue de 3 (2-4) en DIPASv1 y también de 3 (2-4) en DIPASv2. Se identificó una correlación positiva entre DIAPSV1 y DIAPSV2 ($\rho = 0,936, p < 0,0001$) en pacientes con SAF. La puntuación de DIAPSV1 se correlacionó con la puntuación del dominio clínico de los criterios de SAF ACR/EULAR 2023 ($\rho = 0,459, p = 0,012$) y se observó una tendencia con DIAPSV2 ($\rho = 0,364, p = 0,052$).

Conclusiones: Existe una excelente correlación positiva entre la puntuación de la versión original DIAPSV1 y su versión actualizada DIAPSV2. Resulta interesante que DIAPSV1 se correlacione mejor con las puntuaciones del dominio clínico de los criterios APS de ACR/EULAR 2023 y que DIAPSV2 solo alcanzara una tendencia. Los nuevos reactivos de la versión actualizada pueden conceder más peso general al daño crónico acumulado, a diferencia de la versión original en la que predominan las secuelas de las manifestaciones trombóticas. Se necesitan estudios más amplios y ponderación de los nuevos reactivos para confirmar estos hallazgos.

Bibliografía

- Amigo MC, Goycochea-Robles MV, Espinosa-Cuervo G, *et al.* Development and initial validation of a damage index (DIAPS) in patients with thrombotic antiphospholipid syndrome (APS). *Lupus*. 2015 Aug;24(9):927-34. doi: 10.1177/0961203315576858.
- Goycochea-Robles MV, Medina G, Mendoza C, *et al.* POS1462-HPR new version of damage index in thrombotic antiphospholipid syndrome: DIAPSV2. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2024;83:1179-1180. DOI: 10.1136/annrheumdis-2024-eular.6349.

CG168

PAPEL DE ISGLT2 EN NEFRITIS LÚPICA: SERIE DE CASOS

E. Hernández-Núñez

IMSS HGZ 46 Tabasco

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una complicación común en el LES y hasta 40% de los enfermos desarrolla ERC a 10 años, con morbimortalidad considerable. La utilidad de ISGLT2 en la NL es incierta. Los ISGLT2 han demostrado retraso en el avance del daño renal, mejores tasas de proteinuria y beneficio cardiovascular en pacientes con y sin DM.

Presentación de los casos: Se notifican siete casos de pacientes con LES y NL, con predominio del género femenino (6:1) y una media de edad de 284 años. Algunos parámetros fueron: AAN 100%, anti-SM en 4 pacientes, duración media de la enfermedad de 81,2 años, consumo de MMF en 100% (dosis promedio de 2 g/día), PDN en 100% (10 mg/día), IECA en 4 pacientes, CQ en 100% y 2 pacientes con LFN (10 mg/día). Una limitante fue que solo cinco pacientes tenían biopsia renal (cambios tipos III, IV y V) con proteinuria persistente (media, 4.11-5 g/24 h). Se inició dapagliflozina (10 mg) al control estándar con toma basal, dos y cuatro meses de orina de 24 h, C3, C4, AU, BH, QS, control TA. En su mayoría fueron negativos a anti-DNA (5/6), con sedimento blando. Solo una paciente mostró actividad renal, la cual avanzó a ERTC (en protocolo de trasplante renal). Como hecho relevante, a los dos meses se observó una media en la disminución de proteinuria de 56 que se mantuvo a los cuatro meses. Descenso transitorio en algunos pacientes, TFG 18% basal a los dos meses (4/7) con recuperación de los siete a los cuatro meses. Ningún paciente desarrolló foco urinario. En todos los casos hubo descenso de 1,2 de AU.

Discusión: Estudios pequeños en NL han agregado ISGLT2 a la atención regular. El estudio observacional de Zhao con nueve pacientes con NL por biopsia y uso corto de ISGLT2 (dos meses) reveló mejoría de la proteinuria (52%) y función renal estable. Los datos similares de Morales en cinco pacientes mostraron una media de reducción de proteinuria de 2,2 g/día. Se redujo la proteinuria al disminuir la hiperfiltración glomerular y apo-yo concomitante de IECA/ARA2. Otro mecanismo es la reprogramación metabólica energética en células tubulares. Los datos *in vitro* sugieren un efecto inmunomodulador en las células T, pero no hay datos clínicos que sustenten su uso en la NL activa.

Conclusiones: Se sugiere el beneficio de ISGLT2 como fármaco adicional al tratamiento regular en la NL estable, que reduce hasta 50% la tasa de proteinuria, mantiene la TFG y disminuye los valores de AU.

Bibliografía

- Wagner B, Rao P. Sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors: are they ready for prime time in the management of lupus nephritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2024;36:163-168.
- Zhao XY, Li SS, He YY, *et al.* SGLT2 inhibitors alleviated podocyte damage in lupus nephritis by decreasing inflammation and enhancing autophagy. *Ann Rheum Dis.* 2023;82:1328-1340 2006;296:844-54.
- Morales E, Sandino J, Galindo M. Lupus nephropathy beyond immunosuppression: searching for nephro and cardioprotection. *Front Nephrol.* 2023;1105676.
- Wang H, Li T, Sun F, *et al.* Safety and efficacy of the SGLT2 inhibitor dapagliflozin in patients with systemic lupus erythematosus: a phase I/II trial. *RMD Open.* 2022;8:e002686.

CG169

RELACIÓN DE LA INGESTA DIETÉTICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON Y SIN FRAGILIDAD

P. Munguía-Realpozo¹, C. Mendoza-Pinto¹, L. Serrano-Vértiz², M.F. Pérez-Ayala³, M.A. Saavedra-Salinas⁴, O. García-Pérez⁵, A. Montiel-Rivera⁶, M.A. García-Flores⁷

⁽¹⁾Centro de Investigación Biomédica de Oriente, IMSS, ⁽²⁾Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽³⁾Hospital General Regional #196, IMSS, ⁽⁴⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽⁵⁾Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽⁶⁾Instituto de Neurootología de la Universidad Veracruzana, ⁽⁷⁾OOAD Puebla, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria, sistémica, inflamatoria y crónica que provoca daño orgánico y secuelas a largo plazo. Este proceso, en conjunto con la indicación de tratamientos esteroideos e inmunosupresores, así como modificaciones en el estilo de vida, incluida la alimentación, puede predisponer a complicaciones no esperadas para la edad, como el síndrome de fragilidad. La fragilidad se define como una disminución de la capacidad para adaptarse a los cambios fisiológicos y un desequilibrio en los mecanismos homeostáticos, lo que resulta en la acumulación de múltiples déficits funcionales.

Objetivo: Relacionar la ingestión dietética en pacientes con lupus eritematoso sistémico con y sin síndrome de fragilidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, comparativo, transversal y prospectivo en la Unidad Médica de Alta Especialidad del IMSS en Puebla, con pacientes adultos diagnosticados con LES, de 18 a 65 años (Tabla 1). Se excluyó a aquellos con enfermedad renal terminal o embarazo. Se recolectaron datos sociodemográficos y clínicos y se aplicaron el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (FFQ) y el índice SLICC-FI. Este último permitió dividir a los pacientes en cuatro grupos: frágil ($\geq 0,21$), menos apto (0,1-0,21), relativamente menos apto (0,03-0,1) y robusto ($\leq 0,03$); los menos aptos y frágiles se incluyeron dentro del grupo de fragilidad con fines de comparación dicotómica. Se empleó χ^2 para variables categóricas, así como análisis de correlación mediante el uso de la prueba rho de Spearman y uso del software SPSS v.25.

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas de la población con LES. (CG169)

Características	(n = 81)
Edad (años)	51,04 (\pm 14,34)***
Tiempo de evolución (años)	19 (15-25)*
SLEDAI 2K (puntos)	0 (0-0)*
SLICC ACR (puntos)	0 (0-1)*
Índice SLICC-FI	0,11 (\pm 0,06)***
SLICC-FI (total de déficits)	5,28 (\pm 3,13)***
Comorbilidades	
Diabetes mellitus 2, n (%)	11 (13,6)
Hipertensión arterial sistémica, n (%)	30 (37)
Hipotiroidismo, n (%)	12 (14,8)
Otras enfermedades reumatológicas	
Síndrome de Sjögren, n (%)	9 (11,1)
SAAF, n (%)	8 (9,99)
Tratamiento	
Esteroides, n (%)	62 (76,5)
Dosis día (mg)	5 (0-30)**
Inmunosupresor, n (%)	37 (45,6)
Antipalúdico, n (%)	49 (60,5)

Los datos se expresaron medianas y rangos intercuartílicos (*). Se usaron mediana, máximos y mínimos (**). Se utilizaron media y desviación estándar (***). SAAF, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

Resultados: Se incluyó a 81 pacientes, el 93,8% de los cuales correspondió a mujeres, con una media de edad de 51,0 años (DE \pm 14,4) y una mediana de tiempo de evolución de 19 años (RIQ 10). El 22,2% de los pacientes sufría comorbilidades. El síndrome de fragilidad se identificó en el 51,8% de los casos. El grupo alimentario consumido con más frecuencia fue "frutas" (98%), mientras que el menos consumido fue "pescados y mariscos" (45,7%). Además, el 43,2% de los pacientes refirió consumo de complementos, los más comunes de los cuales fueron el ácido fólico y el calcitriol. Sin embargo, se observó una relación significativa entre fragilidad y consumo de "frutas" ($p = 0,046$) y "botanas, dulces y postres" ($p = 0,005$). El análisis *post hoc* reveló que los pacientes robustos consumen más fruta y son menos propensos a consumir "botanas, dulces y postres"

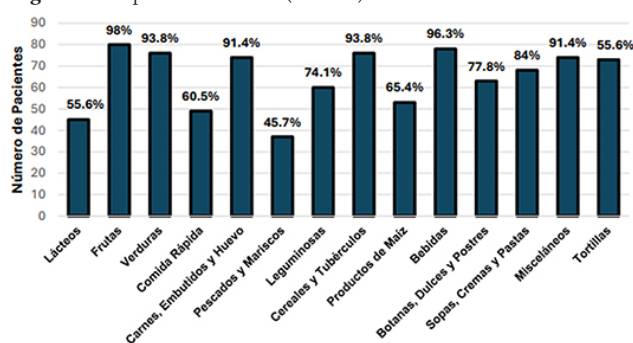
en comparación con los pacientes frágiles (Tabla 2). No se encontraron correlaciones significativas entre fragilidad y frecuencia de consumo de los grupos alimentarios (Figura 1).

Tabla 2. Relación entre el consumo de los grupos de alimentos y la fragilidad. (CG169)

Grupo de alimento	P
Lácteos	0,109
Frutas	0,046
Verduras	0,438
Comida rápida	0,730
Carnes, embutidos y huevo	0,753
Pescados y mariscos	0,89
Leguminosas	0,728
Cereales y tubérculos	0,76
Productos de maíz	0,358
Bebidas	0,295
Botanas, dulces y postres	0,005
Sopas, cremas y pastas	0,069
Diversos	0,890
Tortillas	0,400

Los valores estadísticamente significativos aparecen en negritas.

Figura 1. Grupos de alimentos. (CG169)



Conclusiones: El 51,8% de los pacientes con LES en esta cohorte se clasificó como frágil. Aunque no se identificó una correlación significativa entre la fragilidad y los grupos alimentarios, se observaron posibles vinculaciones importantes en subgrupos, en particular el mayor consumo de frutas y el menor consumo de alimentos ultraprocesados en los pacientes robustos. Estos hallazgos sugieren que un mejor estado de salud podría relacionarse con hábitos dietéticos más adecuados.

Bibliografía

- Hernández-Ávila M, Romieu I, Parra S, et al. Validity and reproducibility of a food frequency questionnaire Validity and reproducibility of a food frequency questionnaire to assess dietary intake of women living in Mexico City.
- Int SSL, Legge A, Kirkland S, et al. Constructing a frailty index as a novel health measure in systemic lupus erythematosus. Journal of Rheumatology. 2019;46(7):786-7.

CG170

RELACIÓN ENTRE LA RAZÓN NEUTRÓFILO-LINFOCITO E ÍNDICE DE INMUNOINFLAMACIÓN SISTÉMICA CON LA ACTIVIDAD Y LA FATIGA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.F. Ortiz-Nuño, H. Moreno-Dávila, G. Serna-Peña, G. García-Arellano, J.A. Cárdenas-De la Garza, J.P. Toledo-Motta, D.A. Galarza-Delgado Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La fatiga representa un síntoma debilitante en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), lo que representa una elevada carga física y ocupacional. La razón neutrófilos-linfocitos (NLR, *neutrophil-lymphocyte ratio*), la razón plaquetas-linfocitos (PLR, *platelet-lymphocyte ratio*) y el índice de inmunoinflamación sistémica (SII, *systemic immune-inflammation index*) han demostrado ser útiles en la evaluación de la actividad de la enfermedad en enfermedades autoinmunitarias, incluido el LES. A pesar de su prevalencia, la información sobre estos índices y su relación con la fatiga en el LES son escasas. **Objetivo:** Evaluar la relación entre la fatiga y tres índices hematológicos. **Material y métodos:** Se evaluó de forma retrospectiva a pacientes con LES en una clínica ambulatoria de reumatología. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de LES según los criterios EULAR/ACR 2019, ≥ 18 años, evaluados mediante la puntuación *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue* (FACIT-F). Se excluyó de la aplicación FACIT-F a los sujetos con recuentos sanguíneos fuera del punto de tres meses y a aquellos con síndromes de superposición, excepto el síndrome de Sjögren secundario y el síndrome antifosfolípidos. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y los hemogramas completos de este laboratorio para NLR, PLR y SII (neutrófilos × plaquetas/linfocitos) se recuperaron de los registros clínicos. El NLR alto se definió como 2,73 para las comparaciones de grupos. **Resultados:** Se examinaron los registros de 131 pacientes, de los cuales 55 eran elegibles para su inclusión. Los individuos eran predominantemente mujeres (n = 50/90,9%) con una edad media (±) de 37,34 años (12,48) y una mediana (rango intercuartílico, IQR) de duración de la enfermedad de cinco años (IQR, 0,75-12) (Tabla 1). La mediana del SLEDAI-2K fue de 1 (RIC, 0-4). La mediana de la puntuación FACIT-F fue de 48 (RIC, 39-52). Hasta

Tabla 1. Información sociodemográfica y clínica. (CG170)

	NLR < 2,73 n = 38	NLR ≥ 2,73 n = 17	p
Edad, media (DE)	37,68 (± 13,09)	33,64 (± 12,60)	0,290
Duración de la enfermedad (años), mediana (RIC)	5 (0,65-12)	5 (0,50-7,5)	0,422
Género, n (%)			0,639
Mujer	35 (92,1)	15 (88,2)	
Hombres	3 (7,9)	2 (11,8)	
Estado civil, n (%)			0,766
Soltero	14 (36,8)	7 (41,2)	
Casado	13 (34,2)	7 (41,2)	
Cohabitación	9 (23,7)	2 (11,8)	
Divorciado	1 (2,6)	0 (0)	
Viudo	1 (2,6)	1 (5,9)	
Educación, n (%)			0,560
Escuela primaria	4 (10,5)	4 (23,5)	
Escuela secundaria	15 (39,5)	5 (29,4)	
Escuela secundaria	10 (26,3)	6 (35,3)	
Colega	6 (15,8)	1 (5,9)	
Graduado	3 (7,9)	1 (5,9)	
Comorbilidades, n (%)	11 (28,9)	7 (41,2)	0,372
Niños, n (%)	31 (81,6)	9 (52,9)	0,047 ¹
HADS-ansiedad, mediana (RIC)	3 (0-7,25)	5 (0-11,5)	0,234
HADS-depresión, mediana (RIQ)	0 (0-1)	0 (0-4,5)	0,080
FACIT-F, mediana (RIC)	49 (44,5-52)	45 (33,5-51,5)	0,111
PLR, mediana (RIC)	105,09 (76,93-140,51)	186,36 (106,86-263,05)	0,004 ²
SII, mediana (RIQ)	355,75 (232,74-584,53)	1058,53 (688,26-1601,22)	0,000 ²
SLEDAI-2K, mediana (RIC)	0 (0-4)	2 (0-4)	0,188
IDE, mediana (RIQ)	0 (0-0)	0 (0-0,5)	0,092

Datos obtenidos de la población analizada con LES. NLR, razón neutrófilos/linfocitos; SD, desviación estándar; IQR, rango intercuartílico; HADS, Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; FACIT-F, Evaluación funcional del tratamiento de enfermedades crónicas-fatiga; PLR, razón plaquetas/linfocitos; SII, índice de inmunoinflamación sistémica; SLEDAI-2K, Índice de actividad de la enfermedad LES 2000; SDI, Clínicas colaboradoras internacionales de lupus sistémico/American College of Rheumatology-Índice de daños.

¹Prueba ji cuadrada.

²Prueba U de Mann-Whitney.

17 (30,9%) pacientes se clasificaron con un NLR alto. No se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones SLEDAI-2K y FACIT-F en pacientes con NLR bajo y alto (Tabla 1), pero sí correlaciones negativas significativamente débiles entre NLR ($\rho = -0,287, p = 0,034$) y SII ($\rho = -0,307, p = 0,023$) con FACIT-F. En cuanto a la actividad de la enfermedad, se identificó una correlación positiva débil entre NLR y SLEDAI-2K ($\rho = 0,290, p = 0,032$). FACIT-F no mostró correlación estadísticamente significativa con SLEDAI-2K.

Conclusiones: Los índices hematológicos medidos con un simple hemograma pueden representar una herramienta valiosa para múltiples propósitos en pacientes con LES. La NLR es una herramienta fácil y accesible para que los médicos evalúen rápidamente la actividad de la enfermedad, la depresión, la fatiga y la calidad de vida en el LES. El SII también puede estar correlacionado con la fatiga, aunque la información es limitada. Estos hallazgos indican que los valores de NLR y SII se correlacionan con la fatiga en pacientes con LES y pueden ser una herramienta útil para su evaluación.

Bibliografía

- Qin B, Ma N, Tang Q, et al. Neutrophil to lymphocyte ratio (NLR) and platelet to lymphocyte ratio (PLR) were useful markers in assessment of inflammatory response and disease activity in SLE patients. *Mod Rheumatol.* 2016;26:372-6.
- Papachristodoulou E, Kakoullis L, Christophi C, et al. The relationship of neutrophil-to-lymphocyte ratio with health-related quality of life, depression, and disease activity in SLE: a cross-sectional study. *Rheumatol Int.* 2023;43:1841-8.

CG171

LOS ÍNDICES HEMATOLÓGICOS COMPUESTOS NO SE ENCUENTRAN ASOCIADOS A ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA

J.A. Hermsillo-Villafranca

IMSS HGZ#11 Piedras Negras, Coahuila

Introducción: La esclerosis sistémica (ES; esclerodermia) es una enfermedad multiorgánica heterogénea caracterizada por desregulación inmunitaria, vasculopatía y deposición excesiva de matriz extracelular que conduce a fibrosis de la piel y los órganos internos. Su fisiopatología no se conoce por completo. Un conjunto emergente de biomarcadores inflamatorios que están representados por índices específicos derivados de las células sanguíneas ha demostrado que una proporción relativamente más alta de neutrófilos a linfocitos (NLR, *neutrophil-lymphocyte ratio*) y proporción de plaquetas a linfocitos (PLR, *platelet-lymphocyte ratio*) diferencian con éxito la presencia y la ausencia de enfermedad activa en pacientes con enfermedades reumáticas, como artritis reumatoide, psoriasis, lupus eritematoso sistémico y esclerosis sistémica progresiva. Si bien la biometría hemática es un estudio sistemático, aún no se profundiza sobre la relación de los índices hematológicos y la enfermedad pulmonar intersticial (EPI), que es la principal causa de mortalidad en estos pacientes.

Objetivo: Determinar la relación entre los índices hematológicos compuestos y la presencia de enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con esclerosis sistémica progresiva en el norte de México.

Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a pacientes mayores de 18 que cumplieron con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 para el diagnóstico de ES en un hospital de segundo nivel de atención de julio de 2023 a julio de 2024. Se excluyó a pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica o neoplasias hematológicas. Se recabaron variables clínicas y demográficas. Los índices hematológicos compuestos se calcularon del siguiente modo: índice neutrófilos/linfocitos (NLR) = neutrófilos/linfocitos; índice plaquetas/linfocitos (PLR) = plaquetas/linfocitos. Se realizó una tomografía axial de alta resolución para determinar la presencia de enfermedad pulmonar intersticial, la cual se definió como positiva con presencia de patrón NIU o NINE, a todos los participantes del estudio. La distribución entre

grupos se evaluó con la prueba de Shapiro-Wilk. Las comparaciones se realizaron con estadística no paramétrica según correspondiera, con U de Mann-Whitney, prueba exacta de Fisher o ji cuadrada. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 36 pacientes con predominio de mujeres ($n = 33, 91,0\%$) y una edad media de $51,53 \pm 9,32$ años; la mediana de la duración de la enfermedad fue de 7,0 (1,12-12,0) años, la mediana del NLR de 2,45 (1,55-3,80) y la mediana del PLR de 136,26 (105,58-168,80). No se registraron diferencias entre los valores de NLR (2,02 vs. 2,93, $p = 0,32$) o PLR (119,54 vs. 143,78, $p = 0,40$) en esos subgrupos (Tabla 1).

Conclusiones: Tanto el NLR como el PLR no se vincularon con la presencia de EPI en pacientes con esclerosis sistémica progresiva; se requieren estudios prospectivos que continúen la valoración de estos índices en estos pacientes.

Bibliografía

- Wareing N, Mohan V, Taherian R, et al. Blood neutrophil count and neutrophil-to-lymphocyte ratio predict disease progression and mortality in two independent systemic sclerosis cohorts. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2023 March;75(3):648-656.
- Angelo A, Arduino A. The association between the neutrophil-to-lymphocyte ratio, platelet-to-lymphocyte ratio, and monocyte-to-lymphocyte ratio and systemic sclerosis and its complications: a systematic review and meta-analysis. *Front Immunol.* 2024 doi: 10.3389/fimmu.2024.1395993

Tabla 1. Características demográficas. (CG171)

Variable	Pacientes con ES y EPI (n = 18)	Pacientes con ES sin EPI (n = 14)	P
Edad, años, media \pm DE	52,7 \pm 10,50	49,93 \pm 7,62	0,42
Mujeres, n (%)	16 (88,9)	13 (92,9)	1,0
Tabaquismo n (%)	2 (11,1)	2 (14,3)	1,0
Diabetes mellitus, n (%)	2 (11,1)	1 (7,1)	1,0
Hipertensión arterial sistémica, n (%)	6 (33,3)	6 (42,9)	0,58
Insuficiencia arterial periférica, n (%)	1 (5,6)	1 (7,1)	1,0
Hipotiroidismo, n (%)	4 (22,2)	1 (7,1)	0,35
Tiempo de evolución diagnóstico, años Mediana (p25°-p75°)	9,50 (0,9-20,2)	6,50 (1,3-9,2)	0,37
Fenómeno de Raynaud, n (%)	17 (94,4)	12 (85,5)	0,56
Variedad limitada, n (%)	17 (94,4)	12 (85,2)	0,56
Afectación articular, n (%)	12 (66,7)	11 (78,6)	0,69
Cicatriz digital, n (%)	4 (22,2)	2 (14,3)	0,67
Afectación cardiaca, n (%)	0 (0)	4 (28,6)	0,02
HAP, n (%)	5 (27,8)	6 (42,9)	0,46
Afectación gástrica, n (%)	9 (50,0)	8 (57,1)	0,68
Calcinosis, n (%)	0 (0)	2 (14,3)	0,18
Uso de esteroides, n (%)	13 (72,2)	10 (71,4)	1,00
Uso de MMF, n (%)	14 (77,8)	5 (35,7)	0,01
NLR, mediana (p25°-75°)	2,02 (1,44-3,70)	2,93 (1,84-2,93)	0,32
PLR, mediana, (p25°-75°)	119,54 (91,64-173,95)	143,78 (117,36-165,55)	0,40

ES, esclerosis sistémica; EPI, enfermedad pulmonar intersticial; DE, desviación estándar; HAP, hipertensión arterial pulmonar; MMF, micofenolato de mofetilo; NLR, índice neutrófilo/linfocito; PLR, índice plaqueta/linfocito.

CG172

PREVALENCIA DE LAS MANIFESTACIONES CARDIACAS EN PACIENTE CON ESCLERODERMIA DIFUSA Y LIMITADA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

C. Flores-Aceves, G. Echeverría-González

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La esclerosis representa una enfermedad sistémica y multifactorial compleja que afecta a la piel y otros órganos, entre ellos los sistemas cardíaco, pulmonar, renal e incluso gastrointestinal, con daño microvascular y fibrosis en diferentes órganos.

Entre las manifestaciones cardíacas que pueden identificarse en estos pacientes figuran la fibrosis cardíaca, anomalías del sistema de conducción, afectación coronaria, hipertensión arterial pulmonar (HAP), enfermedad pericárdica, miositis e insuficiencia cardíaca. Representa una de las causas más importantes de mortalidad en los pacientes.

La prevalencia de las afectaciones cardíacas es variable según sea la zona geográfica. Un estudio en la población mexicana que incluyó a 139 pacientes publicó una prevalencia de hipertensión arterial pulmonar de 32% y de otras alteraciones cardíacas de 11%.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las manifestaciones cardíacas en pacientes con esclerodermia.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal realizado en el departamento de reumatología del Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco. Se analizaron los expedientes. Se solicitaron, en caso de no contar ellos, ecocardiograma, electrocardiograma o péptido natriurético; se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de esclerosis sistémica difusa y limitada de acuerdo con los criterios de inclusión de ACR-EULAR 2013; se empleó estadística descriptiva y se analizaron los datos obtenidos con el programa estadístico SPSS. Es una investigación con riesgo mínimo clase II, basada en principios éticos del informe Belmont y la declaración de Helsinki, en la que se veló por la confidencialidad y privacidad del participante en todo momento. El protocolo se sometió a revisión externa por el comité de ética e investigación local.

Resultados: En el estudio se incluyó a 70 pacientes, de los cuales solo 61 cumplieron con los criterios de inclusión; de esta muestra, el 6,56% correspondió a hombres y el 93,44% a mujeres; la variedad limitada se identificó con mayor frecuencia en 84% y la variedad difusa en 16%; el 100% tenía ANA positivos, el anti-SCL70 se registró en el 19,6%, el P BNP se encontraba alto en el 11,4% y el 18% sufría alguna alteración en el electrocardiograma. Con respecto al ecocardiograma, solo el 1,6% mostró disminución de la FEVI, pero existían alteraciones valvulares en 21,3%; el 8,1% se hallaba en riesgo moderado de HAP y el 6,5% tenía probabilidad elevada de HAP, el 9,84% con una alteración ventricular y solo el 1,6% con derrame pericárdico leve en el ecocardiograma. El 73,78% se hallaba bajo algún tratamiento como azatioprina, ácido micofenólico o metotrexato y solo el 23% había recibido tratamiento biológico en el transcurso de su enfermedad.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con afectaciones cardíacas correspondió a mujeres, con una media de edad de 51 años y predominio de los casos de tipo "limitado". Dentro de las diferentes alteraciones cardíacas que se valoraron, las anomalías estructurales en el ecocardiograma fueron las más identificadas, seguidas de las alteraciones electrocardiográficas; si bien es necesario el cateterismo cardíaco, existe un porcentaje considerable de riesgo de HAP. Debido a la gran mortalidad de las afectaciones cardíacas y su prevalencia, se requieren electrocardiogramas, ecocardiogramas y péptido natriurético para el seguimiento de estos pacientes.

Bibliografía

- Rosendahl AH, Schönborn K, Krieg T. Pathophysiology of systemic sclerosis (scleroderma). *Kaohsiung J Med Sci* [Internet]. 2022;38(3):187-95.
- Rodríguez-Reyna TS, Hinojosa-Azaola A, Martínez-Reyes C, et al. Perfil distintivo de autoanticuerpos en pacientes mestizos mexicanos con esclerosis sistémica. *Autoinmunidad*. 2011;44(7):576-584.

CG173

CORRELACIÓN DE LA MORTALIDAD CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

M.I. González-Pérez, S. Muñoz-López, F.C. Irazoque-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

362 *Reumatol Clin*. 2025;21 Sup.1

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmunitaria del tejido conectivo que afecta principalmente a la piel y diversos órganos y se caracteriza por la acumulación excesiva de colágeno en los tejidos. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una complicación común en pacientes con ES (35% y 75%) y es una causa significativa de morbilidad y mortalidad en esta población, debido a diversas complicaciones, entre ellas la fibrosis pulmonar progresiva, la hipertensión pulmonar, la disfunción del músculo respiratorio, las infecciones respiratorias recurrentes y la insuficiencia cardíaca.

Objetivo: Identificar la correlación de la mortalidad con enfermedad pulmonar intersticial y los factores de riesgo adjuntos en pacientes con esclerosis sistémica en la consulta externa de reumatología.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes atendidos en el servicio de reumatología de enero de 2013 a diciembre de 2023, que cumplieran los criterios por ACR/EULAR de esclerosis sistémica, enfermedad pulmonar intersticial y factores de riesgo adjuntos identificados (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características demográficas. (CG173)

	EPI + ES, n = 35	ES, n = 35
Mujeres	33 (94%)	33 (94%)
Defunciones	2 (5,7%)	4 (11,4%)
Tabaquismo	10 (28,5%)	11 (31,4%)
Biomasa	9 (25,7%)	2 (5,7%)
Exposicional	5 (14,2%)	0
Comorbilidades		
- Diabetes tipo 2	9 (25,7%)	4 (11,4%)
- Hipertensión arterial sistémica	14 (40%)	8 (22,8%)
- Insuficiencia cardíaca	11 (31,4%)	3 (8,5%)
- Hipotiroidismo	10 (28,5%)	8 (22,8%)
- Dislipidemia	21 (60%)	20 (57,1%)
- Obesidad	4 (11,4%)	4 (11,4%)
- Sobrepeso	9 (25,7%)	12 (34,2%)
- Síndrome metabólico	9 (25,7%)	2 (5,7%)
- Neoplasias	7 (20%)	9 (25,7%)
- HAP	25 (71,4%)	6 (17,1%)
Superposición	9 (25,7%)	7 (20%)

EPI, enfermedad pulmonar intersticial; ES, esclerosis sistémica; HAP, hipertensión arterial pulmonar.

Resultados: Se integró una muestra de 70 casos de pacientes con esclerosis sistémica (35 con EPI). La edad en el grupo con EPI fue significativamente mayor ($64,4 \pm 13,8$) que en el grupo control ($54,4 \pm 14,4$), con $p < 0,001$. Fue más frecuente la exposición a biomasa en el grupo con EPI (25,7 vs. 5,7%, $p = 0,022$). Se observó en el grupo con EPI mayor frecuencia de insuficiencia cardíaca (31,4 vs. 8,6%, $p = 0,17$) y síndrome metabólico (25,7 vs. 5,7%, $p = 0,022$). La mortalidad fue igual en ambos grupos (11,4%). En los pacientes que fallecieron no hubo diferencias significativas en edad ($p = 0,702$). La mortalidad fue mayor en presencia de insuficiencia cardíaca (50 vs. 16,1%, $p = 0,024$) y hepatitis autoinmunitaria (12,5 vs. 0%, $p = 0,005$). La mortalidad fue menor en pacientes con diabetes mellitus 2 (14,5 vs. 50%, $p = 0,015$) y dislipidemia (12,5 vs. 87,5%, $p = 0,005$).

Conclusiones: La mortalidad en ambos grupos fue igual; sin embargo, fue mayor en presencia de insuficiencia cardíaca y hepatitis autoinmunitaria. En pacientes con EPI se observó una mayor frecuencia de insuficiencia cardíaca. Se ha publicado que la insuficiencia cardíaca en pacientes con esclerosis sistémica y EPI se ha relacionado con incremento de la mortalidad como factores independientes, pero se dispone de pocos datos de la frecuencia de la coexistencia de las tres entidades.

Bibliografía

- Martín-López M, Carreira PE. The impact of progressive pulmonary fibrosis in systemic sclerosis-associated interstitial lung disease. *J Clin Med*. 2023 Oct 23;12(20):6680.
- Distler O, Assassi S, Cottin V, et al. Predictors of progression in systemic sclerosis patients with interstitial lung disease. *Eur Respir J*. 2020 May 14;55(5):1902026.

CG174

CARACTERIZACIÓN DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS DE ACUERDO CON EL PERFIL DE AUTOANTICUERPOS ESPECÍFICOS CON POSITIVIDAD MÚLTIPLE

A. Miguel-Álvarez, L.M. Amezcua-Guerra, M.L. Loredo-Mendoza, A. Vargas-Guerrero

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El inmunoanálisis en línea (IAL) se ha empleado para la detección de anticuerpos específicos de miositis (AEM) en las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII); sin embargo, su significancia es controversial cuando existe positividad múltiple, sobre todo en los anticuerpos con baja expresión.

Objetivo: Evaluar la posible existencia de diferencias clínicas y serológicas en pacientes con MII y positividad múltiple o única de los AEM determinados por IAL. En los pacientes con biopsia muscular también se analizaron las diferencias entre grupos.

Material y métodos: Se revisó de forma retrospectiva a todos los pacientes adultos y juveniles que cumplían con los criterios de clasificación EULAR/ACR de 2017 para MII y que tenían un panel de AEM por IAL entre marzo de 2023 y mayo de 2024. Debido al número de pacientes, solo se subanalizó a aquellos con anti-Mi2 y anti-TIF1γ. Para la relación entre grupos se utilizaron las pruebas ji cuadrada, Fisher, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. El valor de p de dos colas < 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 57 pacientes, 42 (73%) de ellos mujeres. La distribución del diagnóstico de IIM se muestra en la **Tabla 1**. Hasta 54 (94,7%) individuos tenían ≥ 1 AEM; 37 (64,9%) fueron positivas únicas a AEM y 17 (29,8%) múltiples. El anti-Mi2 fue el AEM más común, identificado en 25 pacientes (44%), seguido de anti-TIF1γ en 17 (30%), anti-MDA5 en 12 (21%), anti-SRP en 9 (16%), anti-SAE en 8 (12%), anti-Jo-1 y anti-PL-7 7 cada uno (12%), anti-PL-12 en 5 (9%), anti-OJ en 4 (7%), anti-NXP2 y anti-EJ 2 cada uno (3%). No hubo diferencias en la actividad entre los grupos. Los valores iniciales de DHL fueron mayores ante positividad única para AEM; en los sujetos con positividad múltiple fueron más frecuentes el uso de prednisona y las comorbilidades. Anti-PM/Scl 75 y anti-Ku se reconocieron solo en el grupo de positividad múltiple (**Tabla 1**). Veintiocho (49,1%) pacientes disponían de biopsia muscular. Se identificó atrofia perifascicular en el grupo con positividad única para AEM e infiltrado endomysial crónico en el grupo con positividad múltiple (**Figura 1**). El eritema en heliotropo (p = 0,001) y la distrofia ungueal (p = 0,04) fueron más frecuentes en los anti-Mi2 negativos, en tanto que la disfagia (p = 0,04) se relacionó con anti-Mi2 positivo. Se observaron menores puntuaciones de MMT-8 (p = 0,04) y valores más altos de creatina cinasa (p = 0,02) en paciente con alta expresión de anti-Mi2. La hipertensión arterial sistémica (p = 0,005) y el tabaquismo (p = 0,03) fueron más frecuentes en anti-Mi2 bajo. Los pacientes con anti-TIF1γ positivo sólido tenían DHL (p = 0,02) y proteína C reactiva (p = 0,01) más bajos. El exantema en piel cabelluda (p < 0,0001), los signos del chal (p = 0,003), de Holster (p = 0,003) y de Samitz (p = 0,007) fueron más frecuentes en anti-TIF1γ positivo sólido, los seis pacientes con anticuerpos anti-TIF1γ positivos bajos tenían hipotiroidismo (p = 0,0002) y dos sufrían cáncer de mama (p = 0,0001).

Conclusiones: En este estudio, la sólida positividad por IAL parece tener correlaciones clínicas y serológicas en pacientes con anti-Mi2 y anti-TIF1γ. El uso de glucocorticoides y las comorbilidades fueron más comunes en pacientes con positividad múltiple. Los anti-PM/Scl 75 y anti-Ku y la infiltración endomysial crónica estuvieron presentes solo en AEM múltiples. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para evaluar las diferencias clínicas e histológicas en pacientes con uno o múltiples AEM, así como comparar pruebas como IAL con anticuerpos específicos (p. ej., ELISA).

Bibliografía

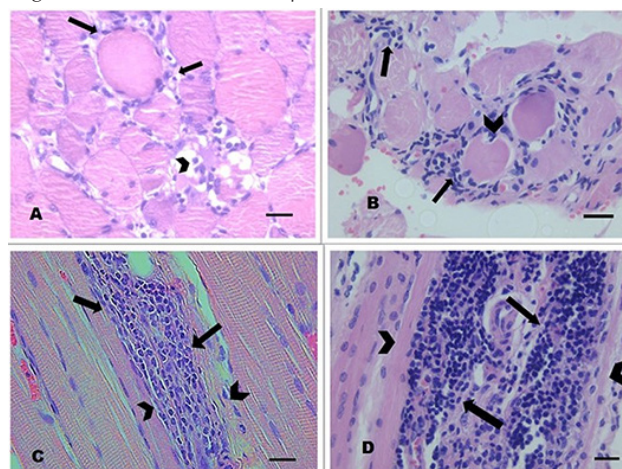
1. Lundberg IE, Fujimoto M, Vencovsky J, et al. Idiopathic inflammatory myopathies. Nat Rev Dis Primers. 2021;7(1):1-22.

Tabla 1. Principales características de acuerdo con la positividad única o múltiple de AEM. (CG174)

	Población total n = 57	Especificidad única, n = 37	Especificidad múltiple, n = 17	p*
Edad (años)	52 (40-62)	52 (42-62)	51 (36-62)	0,603
Diagnóstico de MII				
DM	47 (82%)	30 (81%)	14 (82%)	> 0,999
PM	4 (7%)	1 (3%)	3 (18%)	0,087
AS	4 (7%)	4 (11%)	0 (0%)	0,295
DMJ	2 (3%)	2 (5%)	0 (0%)	> 0,999
Actividad muscular				
MMT8	137 (121-146)	136 (126-146)	140 (120-150)	0,535
MYOACT global	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)	0,703
Sin afectación muscular	6 (10,5%)	3 (8,1%)	3 (18%)	0,365
Marcadores serológicos iniciales				
CK (U/L)	232 (107-946)	232 (99-946)	210 (122-660)	0,992
AST (U/L)	49,1 (32-105)	54 (36-112)	36,3 (29-57)	0,071
DHL (U/L)	297 (224-420)	371,5 (252-455)	224 (193-248)	0,0005
PCR (mg/L)	8,43 (1,87-16,33)	9,22 (3,11-16,7)	3,03 (1,08-14,9)	0,271
Tratamiento				
Glucocorticoides	44 (77,1%)	25 (67,5%)	16 (94%)	0,042
Comorbilidades				
Todo**	42 (73%)	23 (62%)	16 (94%)	0,0207
Anticuerpos relacionados con miositis				
PM/Scl 75	5 (9%)	0 (0%)	5 (29%)	0,002
Ku	4 (7%)	0 (0%)	4 (23%)	0,007
Características en biopsia muscular				
Infiltrado endomysial crónico	4 (14,3%)	0 (0%)	4 (40%)	0,010
Atrofia perifascicular	8 (28,6%)	8 (44%)	0 (0%)	0,025

*Valor de p entre dos grupos. **Fibromialgia, osteoporosis, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, obesidad, hipotiroidismo, dislipidemia, tabaquismo y enfermedad renal crónica. DM, dermatomiositis; PM, polimiositis; AS, síndrome antisintetasa; DMJ, diabetes mellitus juvenil; MMT8, Manual Muscle Testing; MYOACT, Myositis Disease Activity Assessment; CK, creatina cinasa; AST, aspartato aminotransferasa; DHL, deshidrogenasa láctica; PCR, proteína C reactiva.

Figura 1. Cuatro casos en fotomicrografías de miopatía inflamatoria. (A-B) Dos casos con infiltrado inflamatorio linfocítico endomysial (flechas) y cambios degenerativos de mioцитos acompañados de macrófagos fagocíticos (cabezas de flecha). (C-D) Infiltrado inflamatorio mononuclear perimisial (flechas) y atrofia perifascicular (cabeza de flechas). Magnitud original 400x, barra de escala, 25 μ. (CG174)



CG175

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: UN ENFOQUE EN EL RIESGO DE CÁNCER

V. Cantú-Martínez, R.L. Polina-Lugo, F.M. García-Carrillo, D.A. Mejía-Rodríguez, E.S. Reyna-Hernández, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, M.A. Villarreal-Alarcón

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son enfermedades autoinmunitarias poco comunes y complejas, caracterizadas por un estado proinflamatorio muscular crónico. Está bien descrita la relación de esta enfermedad con un mayor riesgo de desarrollo de cáncer. Los principales factores de riesgo para la aparición de cáncer en estos pacientes incluyen edad avanzada, sexo masculino, disfagia y positividad a los anticuerpos anti-TIF1γ y anti-NXP2, lo que subraya la importancia de un conocimiento exhaustivo de las características clínicas para prevenir la aparición de neoplasias.

Objetivo: Clasificar el riesgo de cáncer en pacientes con MII y determinar el número de tamizajes oncológicos realizados.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes de la consulta de reumatología en un hospital de tercer nivel en Monterrey, México, del 2006 al 2024 con diagnóstico de MII según criterios ACR/EULAR 2017, o a juicio clínico de los médicos. Se describieron las variables sociodemográficas: sexo, edad y comorbilidades. La estratificación del riesgo de cáncer se estableció como sigue: riesgo alto, intermedio y bajo acorde a las guías del Grupo Internacional de Evaluación y Estudios Clínicos de Miositis. Para riesgo alto: > 40 años, dermatomiositis, positividad para anti-TIF1γ o anti-NXP2. Para riesgo intermedio: sexo masculino, polimiositis, miopatía necrosante inmunológica, anti-SAE1, anti-Mi2 o anti-MDA5. Para riesgo bajo: síndrome antisintetasa, enfermedad pulmonar intersticial, anti-SRP o anti-Jo1. Se consideró el tamiz oncológico si alguna vez se realizaron al menos uno de los siguientes estudios: mamografía, Papanicolaou, prueba de sangre oculta en heces, inmunoquímica fecal o tomografía axial computarizada de alta resolución pulmonar. La distribución de los grupos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se efectuaron mediante las pruebas ji cuadrada, ANOVA o Kruskal-Wallis, según correspondiera. Un valor p de ≤ 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 37 pacientes con MII, divididos en tres grupos de acuerdo con el riesgo de malignidad (Tabla 1). La categoría más prevalente fue riesgo alto y la menos frecuente riesgo bajo (n = 15 vs. n = 9). Todas las comorbilidades fueron más prevalentes en el grupo de riesgo intermedio, excepto la osteoartritis y la hipertensión arterial, que estuvieron presentes en mayor proporción en el grupo de alto riesgo. Otras comorbilidades (obesidad, menopausia, mialgias, etc.) fueron más frecuentes en el grupo bajo (7, 77,7%). Para los pacientes con dermatomiositis y síndrome antisintetasa se observó una diferencia estadística entre los grupos de alto y bajo riesgo, respectivamente (-3,48, Bonferroni p = 0,001 y 2,51, Bonferroni p = 0,036). En el grupo de alto riesgo se registró el mayor tiempo de evolución (4, 1,2-7,5) y el anticuerpo más prevalente fue anti-TIF1γ (6, 40%). A pesar de no encontrar significancia estadística, el grupo de riesgo con más tamizajes fue el alto (12, 80%) y en el grupo intermedio se encontró la menor cantidad de tamizajes (5, 38%).

Conclusiones: En este estudio, la mayoría de los pacientes se estratificó como alto riesgo de cáncer debido a las características clínicas y serológicas. Estos hallazgos coinciden con otros estudios sobre la estratificación del riesgo de cáncer en MII, especialmente en pacientes con dermatomiositis. Es crucial enfocar esfuerzos en mejorar la atención de los pacientes con riesgo intermedio debido al número limitado de evaluaciones realizadas. Se requiere una comprensión integral de las comorbilidades, aspectos sociodemográficos y serología para mejorar las estrategias de detección y tamizaje oncológico.

Bibliografía

1. Oldroyd AGS, Callen JP, Chinoy H, *et al.* International guideline for idiopathic inflammatory myopathy-associated cancer screening: an International Myositis Assessment and Clinical Studies Group (IMACS) initiative. *Nature Reviews Rheumatology*. 2023 Dec 1;19(12):805-17.

2. Jiang W, Shi J, Yang H, *et al.* Long-term outcomes and prognosis factors in patients with idiopathic inflammatory myopathies based on myositis-specific autoantibodies: a single cohort study. *Arthritis Care & Research*. 2022 Dec 11;75(5):1175-82.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con MII. (CG175)

	Riesgo alto (n = 15)	Riesgo intermedio (n = 13)	Riesgo bajo (n = 9)	Valor de p
Miopatías inflamatorias idiopáticas				
Dermatomiositis, n (%)	14 (93,3)	8 (61,5)	2 (22,2)	0,002
Síndrome antisintetasa, n (%)	0 (0)	1 (7,6)	3 (33,3)	0,035
Polimiositis, n (%)	1 (6,6)	1 (7,6)	0 (0)	0,707
Miopatía necrosante inmunomediada, n (%)	0 (0)	1 (7,6)	0 (0)	0,387
Comorbilidades				
Hipertensión arterial, n (%)	4 (26,6)	3 (23,0)	2 (22,2)	0,962
Diabetes mellitus, n (%)	1 (6,6)	3 (23,0)	1 (11,1)	0,435
Osteopenia, n (%)	2 (13,3)	2 (15,3)	1 (11,1)	0,959
Enfermedad pulmonar intersticial, n (%)	2 (13,3)	4 (30,7)	2 (22,2)	0,535
Artritis reumatoide, n (%)	2 (13,3)	2 (15,3)	0 (0)	0,479
Osteoartritis, n (%)	4 (26,6)	1 (7,6)	1 (11,1)	0,355
Otras, n (%)	6 (40)	7 (53,8)	7 (77,7)	0,199
Tiempo de evolución				
Años, mediana (RIC)	4 (1,2-7,5)	2,5 (2-7,5)	2 (1-4,2)	0,420
Tratamiento				
Glucocorticoides, n (%)	7 (46,6)	6 (46,1)	3 (33,3)	0,788
Panel de MII				
Panel positivo, n (%)	12 (80)	11 (84,6)	4 (44,4)	0,083
Anti-NXP2, n (%)	1 (6,6)	0 (0)	0 (0)	0,048
Anti-TIF1γ, n (%)	6 (40)	0 (0)	0 (0)	0,001
Panel negativo, n (%)	0 (0)	1 (7,6)	0 (0)	0,387
Fuerza muscular				
MMT8, mediana (RIC)	150 (148-150)	150 (147-150)	150 (142-150)	0,985
Tamiz de cáncer				
Realizado, n (%)	12 (80)	5 (38,4)	6 (66,6)	0,074
No realizado, n (%)	3 (20)	8 (61,5)	3 (33,3)	0,074

RIC, rango intercuartílico; MII, miopatías inflamatorias idiopáticas; MMT8, Prueba muscular manual en ocho músculos.

CG176

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, PRESENTACIÓN TEMPRANA EN PEDIATRÍA

L.A. Aparicio-Vera¹, I.P. García-Herrera²

⁽¹⁾Hospital para el niño Poblano, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El inicio del lupus eritematoso sistémico en pediatría representa el 20% de los casos. La edad promedio al diagnóstico es de nueve años. La presentación en menores de cinco años es excepcional y su presentación tan temprana puede relacionarse con un fenotipo más grave de la enfermedad.

Presentación del caso: Se describen las características clínicas y serológicas de un grupo de pacientes pediátricos con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico cuya clasificación se realizó a una edad menor de cinco años. El primer paciente, mayor de un mes de edad, presentó fiebre, nefritis, afectación neurológica y serositis, así como perfil inmunológico positivo. Este paciente falleció tras una exacerbación de la enfermedad. Los pacientes segundo y tercero sufrieron una nefritis lúpica refractaria, con BRP de clases II y IV,

con necesidad de tratamiento de sustitución renal en este último caso. El cuarto paciente experimentó una afectación hematológica predominante, refractaria, con trombocitopenia de difícil control.

Discusión: Se han comunicado ya diferencias en la presentación de LES en la edad pediátrica, incluida la mayor afectación renal, neurológica y constitucional. La presentación temprana, fuera de la edad neonatal, es excepcional y se ha relacionado con un fenotipo más grave de la enfermedad. Dentro de estos casos, un paciente falleció, dos mostraron una nefritis lúpica refractaria y otro sufrió una afectación hematológica resistente, lo cual revela estas manifestaciones graves y resistentes en este grupo de edad.

Conclusiones: El lupus eritematoso sistémico debe considerarse en pacientes pediátricos de todas las edades. Su presentación temprana puede ser de mayor gravedad. Es preciso considerar el estudio genético en este grupo de enfermos.

Bibliografía

- Alperin JM, Ortiz-Fernández L, Sawalha AH. Monogenic lupus: a developing paradigm of disease. *Front Immunol* [Internet]. 2018;9:2496. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2018.02496>
- Martínez-Ramírez R, Morel-Ayala Z, Mendieta-Zerón S, et al. Systemic lupus erythematosus in a 6-month-old female child. *Reumatol Clín (Engl Ed)* [Internet]. 2008;4(6):251-2. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s2173-5743\(08\)70199-0](http://dx.doi.org/10.1016/s2173-5743(08)70199-0)

CG177

FACTOR REUMATOIDE COMO FACTOR PROTECTOR PARA NEFRITIS LÚPICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO

I.P. García-Herrera¹, L.A. Aparicio-Vera²

¹Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán,

²Hospital para el Niño Poblano

Introducción: En la edad pediátrica se calcula que un 80% de los pacientes sufrirá afectación renal en algún momento de la enfermedad; hoy en día no se conocen los detonantes para el desarrollo de afectación renal, pero se ha notificado un posible papel del factor reumatoide como factor protector en el desarrollo de nefritis lúpica; no existen informes de esta vinculación en pediatría.

Objetivo: Identificar si la presencia del factor reumatoide puede ser un factor protector o de riesgo relativo para el desarrollo de nefritis lúpica en esta muestra.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso generalizado juvenil entre 2012 y 2022 en el departamento de reumatología pediátrica del Hospital para el Niño Poblano. Se empleó la prueba ji cuadrada para obtener el valor de p y se realizó un cálculo del riesgo relativo; la muestra se obtuvo por conveniencia.

Resultados: De esta cohorte de 114 pacientes, 10 eran positivos para FR, siete de ellos con afectación renal (tres tenían biopsia renal de clases I, II y IV). Hasta 48 pacientes fueron negativos a FR, de los cuales 30 contaban con afectación renal (BRP: 6 clase IV, 3 clase III, 7 clase II). El riesgo relativo fue de 1,12, lo cual indica que los pacientes con factor reumatoide positivo tienen un 12% más de probabilidad de sufrir nefritis en comparación con los pacientes con factor reumatoide negativo; sin embargo, la prueba ji cuadrada produjo un valor de $p = 0,930$, lo que indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. El factor reumatoide es un autoanticuerpo de clase IgM con afinidad por la IgG; algunos estudios publicados señalan una posible protección del FR para el desarrollo de nefritis lúpica en adultos, lo cual se basa en la formación de complejos inmunitarios difíciles de depositar a nivel glomerular; de igual forma, se ha notificado un menor índice de actividad en pacientes con FR positivo. Actualmente no hay estudios en la edad pediátrica.

Conclusiones: La proporción de pacientes con nefritis lúpica es ligeramente mayor en el grupo con FR positivo (70%) respecto del grupo

con FR negativo (62,5). Esto sugiere que el FR positivo no parece ser un factor protector en este grupo de pacientes, ya que la proporción es similar o incluso ligeramente mayor en los pacientes con FR positivo. No puede concluirse que el factor reumatoide sea un factor protector o de riesgo para la nefritis lúpica en este grupo de pacientes.

Bibliografía

- Turner-Stokes L, Jones M, Addison I, et al. Does rheumatoid factor protect lupus patients from the development of nephritis *Annals of the Rheumatic Diseases* 1989 Jan 1;48(1):14-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.48.1.14>
- Does rheumatoid factor have any protective role in patients with lupus nephritis. *Al-Anbar Medical Journal*. 2020;16(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.33091/amj.0701612020>

CG178

ASOCIACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y LOS NIVELES DE VITAMINA D EN ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

M.L. Aldana-Galván, L.C. Reynoso-Medina, M.M. Rodríguez-Reyes, A.V. Villarreal-Treviño, F. García-Rodríguez, N.E. Rubio-Pérez

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

Introducción: La vitamina D es crucial para la salud ósea, cardiovascular e inmunológica. Su actividad está regulada mediante retroalimentación negativa por la hormona paratiroidea (PTH) y el factor de crecimiento de fibroblastos 23 (FGF-23). Las diferencias de género pueden influir en la expresión de genes que metabolizan la vitamina D, lo que modifica la respuesta a los complementos y la salud general.

Objetivo: Determinar la relación entre el género y la insuficiencia de vitamina D en adolescentes con enfermedades autoinmunitarias. Analizar la relación entre el género, la actividad de la enfermedad y los valores de vitamina D en adolescentes diagnosticados con artritis idiopática juvenil.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y transversal en el departamento de pediatría del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes de 10 a 17 años con enfermedades autoinmunitarias de la consulta de reumatología pediátrica. Los valores de vitamina D se midieron durante el primer año tras el diagnóstico y se clasificó a los pacientes en insuficiencia (< 30 ng/mL) y valores óptimos (≥ 30 ng/mL) (Tabla 1). También se evaluó la deficiencia (< 20 ng/mL) de manera descriptiva. La actividad de la artritis idiopática juvenil (AIJ) se clasificó de acuerdo con el índice cJADAS en enfermedad inactiva, leve, moderada y alta actividad. Se calcularon razón de momios (*odds ratio*) y se utilizaron las pruebas exacta de Fisher y U de Mann-Whitney para el análisis estadístico, con un nivel de significancia de $< 0,05$; se usó el programa IBM SPSS Statistics 21 para el análisis de los datos.

Resultados: El estudio incluyó a 36 pacientes, predominantemente mujeres (61%), con una edad mediana de 12,5 años. Se observó que 8 (22%) tenían deficiencia de vitamina D (< 20 ng/mL). La artritis idiopática juvenil fue el diagnóstico más común (19 pacientes, 53%). En cuanto a la actividad de la enfermedad en la artritis idiopática juvenil, no se identificaron diferencias significativas entre los pacientes con insuficiencia de vitamina D y aquellos con cifras normales ($p = 0,968$). Los varones mostraron menores probabilidades de insuficiencia de vitamina D (OR = 0,38; IC95%, 0,0949, 1,5181), pero esta tendencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0,30$). Además, no se encontró relación significativa entre la insuficiencia de vitamina D y la actividad de la enfermedad en ningún grupo de género ($p = 1$ para mujeres; $p = 0,5$ para hombres).

Conclusiones: No se reconoció ninguna vinculación entre el género y la insuficiencia de vitamina D en adolescentes con enfermedades autoinmunitarias, aunque se observó una tendencia protectora en hombres. Esto es relevante debido a la mayor predisposición femenina a estas enfermedades y su nexa con mayor riesgo por insuficiencia de vitamina D. Tampoco se halló una relación entre género, actividad de la enfermedad e insuficiencia de vitamina D en adolescentes con artritis idiopática juvenil (AIJ). Los factores como la edad, la exposición solar, la

dieta y el estilo de vida deben considerarse en futuras investigaciones para ajustar la dosificación de los complementos. Se recomienda la realización de estudios, incluidos los análisis clínicos aleatorizados, para optimizar la complementación con vitamina D y explorar su influencia por género en estas enfermedades.

Tabla 1. (CG178)

Variable	Insuficiencia de vitamina D (< 30 nmol/L)	Niveles óptimos de vitamina D (≥ 30 nmol/L)	Observaciones
Número de pacientes (n, %)	18 (50%)	18 (50%)	
Edad (mediana [mín, máx])	12 [10,16]	12,5 [10,17]	
Género (n, %)			
• Masculino	5 (13,9%)	9 (25%)	OR = 0,38, p = 0,30 (no significativo)
• Femenino	13 (36,1%)	9 (25%)	
Diagnóstico de la enfermedad (n, %)			
• Artritis idiopática juvenil	8 (22,2%)	11 (31%)	
• Artritis relacionada con IBD	1 (2,7%)	0	
• Miopatías inflamatorias	1 (2,7%)	2 (5,6%)	
• Esclerosis sistémica	0	1 (2,7%)	
• Síndrome antifosfolípidos	0	1 (2,7%)	
• Síndrome de Sjögren	1 (2,7%)	0	
• Lupus eritematoso sistémico juvenil	3 (8,3%)	2 (5,6%)	
• Vasculitis	3 (8,3%)	1 (2,7%)	
• Enfermedad relacionada con IgG4	1 (2,7%)	0	
Tiempo de medición de 25-OH vitamina D después del diagnóstico en meses (mediana [mín, máx])	1 [0, 11]	1 [0, 12]	
Actividad de la enfermedad en artritis idiopática juvenil (mediana [mín, máx])			
Inactiva	0	1 (5,3%)	
Leve	0	0	
Moderada	3 (16%)	1 (5,3%)	
Alta	5 (26,3%)	9 (47,4%)	
JADAS clínico	14 [4, 29]	10 [0, 26]	p = 0,968 (sin diferencia significativa)

Bibliografía

1. Wierzbicka A, Oczkowicz M. Sex differences in vitamin D metabolism, serum levels and action. *Br J Nutr* 2022. Dec 14;128(11):2115-30. doi: 10.1017/S0007114522000149.
2. Wu C-Y, Yang H-Y, Luo S-F, et al. Vitamin D supplementation in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Nutrients*. 2022 Apr 7;14(8):1538. doi: 10.3390/nu14081538.

CG179

EXPERIENCIA DEL USO DE PLASMAFÉRESIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN DOS HOSPITALES DEL ESTADO DE MÉXICO EN 2017-2022

K. Alba Hernández¹, S. Mendieta-Zerón², M.A. Del Villar-Vilchis³, H. Menchaca-Aguayo¹, E. Faugier-Fuentes¹

⁽¹⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁽²⁾Hospital Materno Infantil ISSEMYM, ⁽³⁾IMIEM

Introducción: El recambio plasmático terapéutico (RPT) es un procedimiento que elimina autoanticuerpos, complejos inmunitarios y otras moléculas

inflamatorias, y sustituye el plasma por líquidos, como albúmina o hemoderivados. Se utiliza en enfermedades autoinmunitarias, especialmente en fases agudas, como tratamiento puente mientras los fármacos inmunosupresores alcanzan concentraciones terapéuticas para reflejar un efecto terapéutico. Los estudios sobre su uso en pediatría son limitados y los niños requieren protocolos adaptados debido a su inmadurez metabólica, variaciones en peso y talla, que repercuten en el volumen sanguíneo circulante, lo que representa desafíos específicos.

Objetivo: Describir la experiencia en el uso de RPT en pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas en dos hospitales del Estado de México entre 2017 y 2022.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes pediátricos sometidos a RPT. Se evaluaron variables como enfermedad subyacente, tratamiento farmacológico recibido en conjunto con RPT y complicaciones.

Resultados: Se incluyó a nueve pacientes de dos hospitales: seis del Hospital Materno Infantil ISSEMYM (67%) y tres del Hospital para el Niño de Toluca (33%). De estos, tres fueron del género masculino (33%) y seis del femenino (67%), con una edad media de 12 años. Los diagnósticos principales fueron lupus eritematoso sistémico (LES) en 7 (77%) pacientes, vasculitis por IgA (16,5%) y hepatitis autoinmunitaria (16,5%) (Figura 1). Las principales indicaciones para RPT fueron nefritis lúpica y encefalopatía hepática; dos pacientes recibieron esteroides como monoterapia y siete esteroides junto con inmunosupresor. Se registró una defunción después de la primera sesión. Las complicaciones incluyeron lesión renal secundaria a hipovolemia, hipotensión, desequilibrio hidroelectrolítico y coagulopatía (Figura 2), pero el resto de los pacientes mejoró su condición clínica tras el RPT.

Figura 1. Enfermedades autoinmunitarias tratadas con recambio plasmático terapéutico. (CG179)

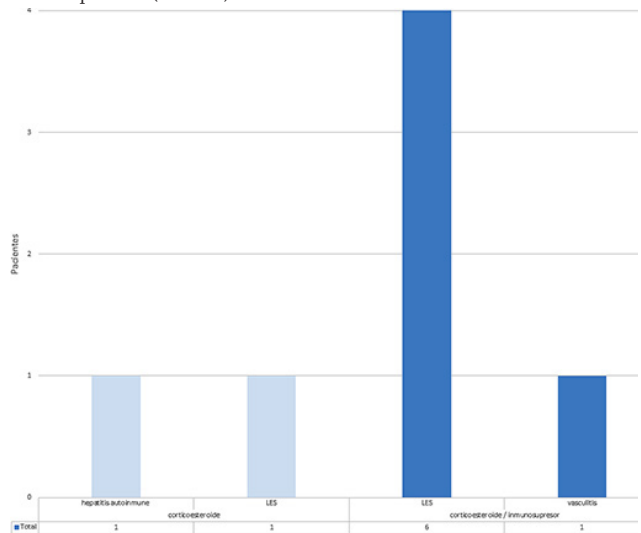
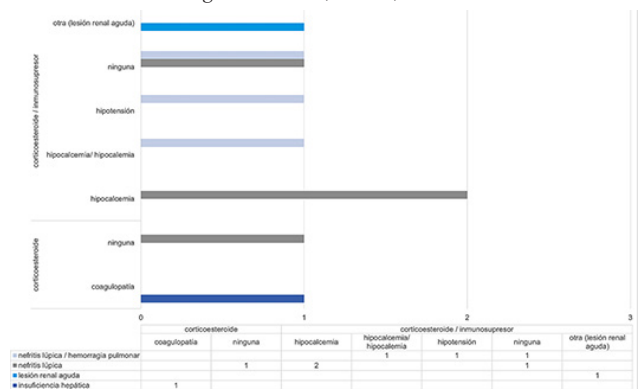


Figura 2. Complicaciones observadas durante las sesiones de RPT y el tratamiento farmacológico recibido. (CG179)



Conclusiones: El recambio plasmático terapéutico representa una herramienta eficiente en las enfermedades reumáticas, en particular en aquellas con daño a órgano blanco secundario al depósito de inmunocomplejos, o en enfermedades resistentes al tratamiento inicial. A pesar de las complicaciones observadas, la mayoría de los pacientes experimentó mejoría significativa posterior al procedimiento, lo cual permite inferir que se trata de un procedimiento seguro y eficaz, sobre todo si se complementa con un tratamiento inmunosupresor. Resulta imprescindible difundir la experiencia de su empleo en pediatría, con evidencia estadísticamente significativa, para establecer criterios que regulen su empleo para reducir los riesgos y optimizar los resultados.

Bibliografía

1. Padmanabhan A, Nicole LC, Rasheed A, *et al.* Guidelines on the use of therapeutic apheresis in clinical practice - evidence-based approach from the writing committee of the American Society for Apheresis: the eighth special issue. 2019;171-354.
2. Andrés A, Gustavo BD, Carmona G. Plasmaféresis (aféresis). Revista Colombiana de Terapia Intensiva pediátrica. 2016;1-28.

CG180

ENFERMEDAD INDIFERENCIADA DE TEJIDO CONECTIVO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MEXICANA

M. Ovando-Castillo¹, A. Muñoz-Cedeño¹, A. Santizo-Ávila¹, E. Ramos-Galeana¹, H. Menchaca-Aguayo¹, S. Rodríguez-Aguayo², E. Faugier-Fuentes¹

⁽¹⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁽²⁾Hospital Star Médica, Querétaro

Introducción: La enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC) es una anomalía reumatológica que se distingue por manifestaciones de enfermedad autoinmunitaria sistémica, pero que no cumple con los criterios diagnósticos de enfermedad reumática definida. Su diagnóstico requiere al menos una manifestación clínica y anticuerpos antinucleares (ANA) positivos en dos ocasiones, además de la exclusión de otras afectaciones del tejido conectivo. Aunque la EITC se ha estudiado ampliamente en adultos, algunos pacientes evolucionan a enfermedades específicas, mientras que otro porcentaje logra la remisión. Sin embargo, existe poca información sobre su evolución clínica en la población pediátrica, lo que llevó a conducir esta investigación.

Objetivo: Describir las características clínicas y el seguimiento a 10 años de pacientes pediátricos con EITC atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en un hospital de tercer nivel con diagnóstico de EITC de enero del 2014 al 1 de enero del 2024. Los criterios de inclusión fueron: al menos una manifestación clínica de enfermedad del tejido conectivo, anticuerpos ANA positivos por inmunofluorescencia en títulos $\geq 1:40$ en dos ocasiones separadas por tres meses y una duración de la enfermedad mayor de un año.

Resultados: Se incluyó a 21 pacientes, de los cuales 81% correspondió a mujeres, con una mediana al diagnóstico de 12,9 años (RIC, 10,6-15,1). Las manifestaciones clínicas más comunes fueron fenómeno de Raynaud y eritema malar (**Figura 1**). Los anticuerpos extraíbles del núcleo más frecuentes fueron anti-RNP en el 9,5% y factor reumatoide en el 4,8% (**Figura 2**). El 81% de los pacientes con fenómeno de Raynaud recibió nifedipina y el 23,8% pentoxifilina. Todos los pacientes se trataron con hidroclicloroquina y vitamina D. Solo el 4,8% de los pacientes evolucionó a lupus eritematoso sistémico (LES) durante el seguimiento a 10 años.

Conclusiones: La EITC mostró características similares a las publicadas en estudios en adultos en cuanto a las manifestaciones clínicas, distribución por sexo y perfil de anticuerpos. El 95,2% de los pacientes alcanzó la remisión con tratamiento inmunomodulador, mientras que solo el 4% desarrolló LES, lo que señala una baja tasa de avance a enfermedades del tejido conectivo. Estos resultados subrayan la importancia del abordaje diagnóstico y el seguimiento oportuno mediante la detección de anticuerpos, con el objetivo de vigilar la evolución de la enfermedad.

Figura 1. Manifestaciones clínicas en pacientes con EITC expresadas en porcentajes. (CG180)

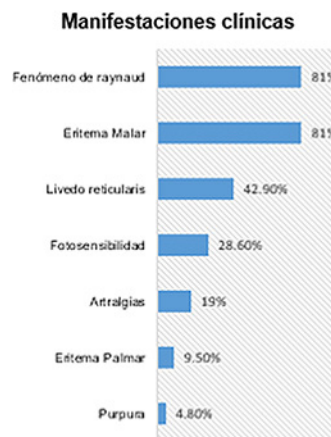
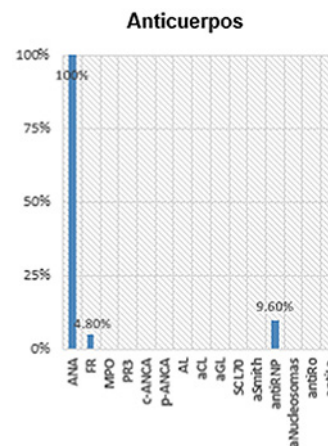


Figura 2. Porcentaje de positividad de anticuerpos en pacientes con EITC. (CG180)



Bibliografía

1. Carwile L, Hildegard R, Maricq M, *et al.* Síndromes del tejido conectivo indiferenciado. Artritis Reumatica. 1980;23(3):341- 3.
2. Mosca M, Neri R, Bombardieri S. Enfermedades indiferenciadas del tejido conectivo (UCTD): una revisión de la literatura y una propuesta de criterios de clasificación preliminares. Clin Exp Rheumatol. 1999;17(5):615-20.
3. Marwa K, Anjum F. Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo. En: StatPearls. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing, 2024.
4. Mosca M, Tani C, Carli L, *et al.* Análisis de la evolución de la UCTD a CTD definida tras un seguimiento a largo plazo. Clin Exp Rheumatol. 2012;31(3):471.

CG181

EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

E.A. Galindo-Calvillo, M.A. Ponce-Santillán, A.M. Ortiz-Ríos, E. Domínguez-Chapa, M.E. Corral-Trujillo, J.A. Cárdenas-De la Garza, L. Pérez-Barbosa, C.M. Skinner-Taylor, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año 21 millones de niñas de 15 a 19 años en regiones en desarrollo quedan embarazadas. En México se registraron 60,3 nacimientos por cada 1000 adolescentes en el 2023. Las adolescentes con enfermedades crónicas tienen una actividad sexual similar a la de la población general. En mujeres jóvenes con enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA), la administración de fármacos teratogénicos es común, mientras que el uso de métodos anticonceptivos confiables es bajo e inconsistente, lo que eleva el riesgo de embarazos no deseados y resultados adversos. Esto puede tener como consecuencia la reactivación de la enfermedad, abortos espontáneos, preeclampsia/eclampsia, parto prematuro, peso bajo al nacer y muerte materna o neonatal.

Objetivo: Describir las características de las adolescentes embarazadas con ERA que recibieron atención médica en esta clínica multidisciplinaria.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal que incluyó a embarazadas menores de 19 años con diagnóstico de ERA, pertenecientes a la Clínica de Reproducción, Embarazo y Enfermedades Reumáticas (CREER) del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León. La clínica ofrece un abordaje multidisciplinario que incluye los servicios de reumatología, medicina materno-fetal, pediatría, psicología, nutrición y trabajo social. Para su participación se solicitó firma de consentimiento informado por las pacientes y también de los padres. Las pacientes proporcionaron los datos sociodemográficos y sobre la actividad de la enfermedad o se recabaron del expediente clínico.

Resultados: Entre 2021 y 2024 se atendió a 70 embarazadas con ERA, de las cuales 6 (8,57%) eran menores de 19 años. Ninguno de los embarazos fue planificado. Todas se hallaban bajo vigilancia de reumatología pediátrica y la mayoría mostraba baja adherencia al tratamiento. Ninguna paciente había recibido consejería sobre métodos anticonceptivos ni información sobre los medicamentos permitidos durante el embarazo. Una paciente refirió antecedente de toxicomanías. Solo una consumió micofenolato de mofetilo hasta que se identificó el embarazo. Durante el seguimiento, todas mostraron adecuada adherencia al programa multidisciplinario y baja actividad de su ERA. No se presentaron reactivaciones de la enfermedad, abortos espontáneos, preeclampsia/eclampsia, partos prematuros ni muertes maternas ni perinatales. Una paciente con síndrome antifosfolípidos (SAF) se diagnosticó y trató por sífilis y desarrolló hipertensión gestacional. Dos mujeres tuvieron parto y tres fueron objeto de cesárea por inductoconducción fallida. Solo el 50% aceptó un método anticonceptivo en el posparto. Se notificó un caso con complicación de asfixia perinatal por trabajo de parto prolongado, con producto de bajo peso. Actualmente solo una paciente tiene embarazo en curso con vigilancia estrecha en sus consultas multidisciplinarias. Las características clínicas de las pacientes se presentan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características clínicas de las pacientes. (CG181)

Edad	Diagnóstico	Actividad	Complicaciones obstétricas	Desenlace neonatal
19 años	LES	Actividad leve	Cesárea a las 37 SDG	Peso: 3,1 kg Talla: 49 cm Apgar: 8/9 Sin complicaciones
17 años	Dermatomiositis	Actividad leve	Parto vaginal, 39,6 SDG	Peso: 3,295 kg Talla: 47 cm Apgar: 8/9 Sin complicaciones
17 años	LES y SAF	Actividad leve	Cesárea a las 37,6 SDG	Peso: 2,970 kg Talla: 48 cm Apgar: 8/9 Sin complicaciones
17 años	LES y AR	Actividad leve	Parto eutócico a las 37 SDG	Peso: 2,1 kg (PBEG) Talla: 49 cm Presencia de líquido meconial/asfixia perinatal/VMI Apgar: 4/7
19 años	SAF	Actividad leve	Cesárea a las 38,6 SDG, sífilis primaria, transfusión posterior a la cesárea	Peso: 3,440 kg Talla: 48 cm Apgar: 8/9 Sin complicaciones
17 años	Esclerosis localizada	Actividad leve	Embarazo actual de 30,6 SDG	

Actividad de la enfermedad: SLEDAI 2K para LES, MMT8 para dermatomiositis y Rodnan para esclerosis. PBEG, peso bajo para la edad gestacional. VMI, ventilación mecánica invasiva.

Conclusiones: La frecuencia de embarazo adolescente en esta clínica multidisciplinaria fue de 8,57%, similar a lo informado en México en pacientes sanas. El embarazo adolescente en mujeres con ERA resalta la necesidad de implementar clínicas de transición, educación constante y consejería sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. El embarazo no planeado es una realidad en adolescentes con y sin ERA. Estas pacientes adolescentes no contaban con un método anticonceptivo efectivo previo ni con la información adecuada sobre el riesgo de embarazo en esta población. A pesar de que sus embarazos no fueron planificados, los resultados fueron positivos debido al abordaje multidisciplinario de la clínica y la adherencia de las pacientes.

Bibliografía

1. El Miedany Y, Palmer D. Rheumatology-led pregnancy clinic: enhancing the care of women with rheumatic diseases during pregnancy. Clin Rheumatol [Internet]. 2020;39(12):3593-601.
2. Rosta K, Binder J, Kuczwar V, et al. Periconceptional counseling in women with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. J Clin Med [Internet]. 2024;13(9).

CG182

DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS Y SU PRESENTACIÓN CLÍNICA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

A.E. Santizo-Ávila, M. Ramos-Galeano, A.C. Muñoz-Cedeño, M. Ovando-Castillo, K. Alba-Hernández, H. Menchaca-Aguayo, S. Rodríguez-Aguayo, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El síndrome antifosfolípidos (SAF) es una causa importante de trombosis en la población pediátrica y se ha descrito hasta en un 16%. Sin embargo, su diagnóstico resulta complejo debido a la ausencia de criterios específicos en niños, tanto clínicos como serológicos, además de la diversidad de sus manifestaciones clínicas, en especial en formas no trombóticas. Estas dificultades pueden generar retrasos diagnósticos y aumentar el riesgo de morbimortalidad.

Objetivo: Evaluar la presencia de anticuerpos antifosfolípidos y sus manifestaciones clínicas en niños con SAF atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el periodo 2020-2023.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en pacientes pediátricos diagnosticados con SAF en tres años. Se describieron las manifestaciones trombóticas y no trombóticas y su vinculación con anticuerpos antifosfolípidos. Las variables continuas se expresaron como mediana (rango intercuartílico) y las categóricas como porcentajes. Se aplicaron las pruebas t de Student para variables continuas y ji cuadrada para las categóricas.

Resultados: Se incluyó a 85 pacientes, 80% de ellos mujeres, con una edad mediana al momento del diagnóstico de 14 años (RIC, 12-15). El 74,1% mostraba SAF probable, el 10,6% SAF primario, el 10,6% SAF secundario y el 3,5% SAF seronegativo. Un 58,8% de los pacientes tenía una enfermedad del tejido conectivo adjunta, la más frecuente de las cuales era el lupus eritematoso sistémico (LES) con 84%. Entre las manifestaciones clínicas se identificaron las hematológicas en el 56,5% de los casos, las dermatológicas en el 43% y las neurológicas en el 12,9%. La epistaxis se observó en el 16,5% de los pacientes, mientras que el 26% desarrolló trombosis, con el isotipo IgM de la β2-glicoproteína en particular como el más prevalente (**Tabla 1**). El triple marcador positivo se registró en 28,2% del total de los pacientes con síndrome antifosfolípidos (**Figura 1**). De estos, el 25% experimentó trombosis. El análisis univariable reveló que la trombocitopenia (p = 0,046) y la anemia hemolítica (p = 0,021) se relacionaron en grado significativo con el triple marcador positivo.

Conclusiones: El síndrome antifosfolípidos en la población pediátrica posee una elevada prevalencia de manifestaciones hematológicas y dermatológicas, con un considerable riesgo de trombosis. La relación significativa entre la trombocitopenia, la anemia hemolítica y la positividad de

los tres marcadores antifosfolípidos destaca la importancia del diagnóstico oportuno y un seguimiento clínico estrecho, en especial en pacientes con enfermedades del tejido conectivo como el LES. Estos hallazgos subrayan la necesidad de contar con criterios específicos para el diagnóstico pediátrico del SAF, lo cual podría mejorar el pronóstico y reducir el riesgo de complicaciones graves.

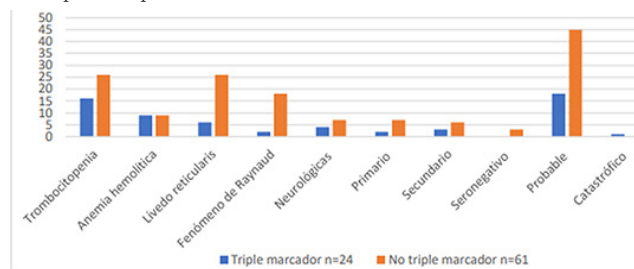
Tabla 1. Trombosis y manifestaciones no trombóticas. (CG182)

Característica:	Total n = 85	Trombosis n = 22	Sin trombosis n = 63	p
Sexo femenino, n (%)	68 (80)	16 (73)	52 (83)	0,322
Edad al diagnóstico (mediana, RIC)	14 (12-15)	13 (10,25-15)	13 (12-15)	0,661
Enfermedad autoinmunitaria, n (%)	50 (59)	12 (55)	38 (60)	0,636
Triple marcador, n (%)	22 (26)	6 (27)	18 (29)	0,907
Hematológicas, n (%)				
- Trombocitopenia	42 (49)	4 (18)	38 (60)	0,001*
- Anemia hemolítica	18 (21)	3 (14)	15 (24)	0,315
Dermatológicas, n (%)				
- Livedo reticular	32 (38)	7 (32)	25 (40)	0,512
- Fenómeno de Raynaud	20 (24)	3 (14)	17 (27)	0,204
Neurológicas, n (%)	11 (13)	10 (45)	1 (1,58)	0,001*
Epistaxis, n (%)	14 (16)	2 (9)	12 (19)	0,278
Clasificación de SAF, n (%)				
- Primario	9 (11)	9 (41)	0	0,001*
- Secundario	9 (11)	9 (41)	0	0,001*
- Seronegativo	3 (4)	3 (14)	0	0,016*
- Probable	63 (74)	0	63 (100)	0,001*
- Catastrófico	1 (1)	1 (5)	0	0,259

Datos obtenidos por el expediente clínico electrónico Harmoni.

*Se determinó una significancia estadística con $p < 0,05$.

Figura 1. Triple marcador positivo y manifestaciones en el síndrome antifosfolípidos en pediatría. (CG182)



Datos obtenidos por el expediente clínico electrónico Harmoni. Elaborado por: Adriana Santizo

Bibliografía

- Depietri L, Veropalumbo MR, Leone MC, et al. Antiphospholipid syndrome: state of the art of clinical management. Cardiovascular Drugs And Therapy. 2023. <https://doi.org/10.1007/s10557-023-07496-3>
- Islabão AG, Trindade VC, Da Mota LMH, et al. Managing antiphospholipid syndrome in children and adolescents: Current and future prospects. Paediatric Drugs. 2021;24(1):13-27. <https://doi.org/10.1007/s40272-021-00484-w>

CG183

CAMBIOS EN EL GROSOR DEL CARTÍLAGO ARTICULAR EN NIÑOS CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EVALUADA POR ULTRASONIDO

B.G. Zazueta-Leyva, M. Méndez-Núñez, C.A. Arellano-Valdez
 Centro Médico Nacional de Occidente IMSS (Pediatría)

Introducción: La degradación del cartilago articular es resultado del proceso inflamatorio crónico en la artritis idiopática juvenil (AIJ). El cartilago articular es fácilmente visible mediante ultrasonido articular (US): es una estructura anecoica/hipoecoica que recubre el hueso subcondral. Se ha identificado una disminución del grosor de niños con AIJ, en comparación con niños sanos, especialmente en los subtipos poliarticular y sistémico.

Objetivo: Evaluar los cambios del grosor del cartilago articular mediante US en cinco articulaciones: muñeca, rodilla, tobillo, segunda metacarpofalángica (MCF) y segunda interfalángica proximal (IFP) en niños con AIJ, y compararlos con una cohorte de niños sanos. Determinar si existen factores relacionados con los cambios en el grosor, en pacientes con AIJ, respecto de la duración, actividad de la enfermedad, subtipo y aplicación de esteroides intraarticulares (EIA).

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a 23 niños sanos y 23 con AIJ, de 8 a 17 años, realizado en Hospital de Pediatría CMNO. La evaluación ecográfica se realizó una vez con US Toshiba SSA-660 XARIO y Doppler a color con transductor lineal PLT 805AT de 10 MHz. La exploración del grosor del cartilago se basó en las pautas recomendadas por EULAR.

Resultados: Se establecieron intervalos de referencia normales para el grosor del cartilago articular en niños sanos. Se identificó una disminución del grosor del cartilago articular, en relación con el incremento de la edad, sobre todo en tres articulaciones: rodilla ($p < 0,007$), tobillo ($p < 0,025$) y segunda MCF ($p < 0,000$); y disminución en el grosor del cartilago en la rodilla ($p < 0,002$) y la segunda MCF ($p < 0,002$), en niños sanos con IMC mayor (Tabla 1). No se encontraron diferencias significativamente estadísticas al comparar el grosor del cartilago articular de niños con AIJ y niños sanos. La disminución del grosor del cartilago de la rodilla se relacionó con mayor tiempo de evolución de la enfermedad ($p < 0,019$) en pacientes con AIJ; y el grosor del cartilago de la muñeca se vinculó con ANA en el subtipo poliarticular con FR positivo ($p < 0,025$). Respecto de la relación entre el número de aplicaciones de EIA y el grosor del cartilago articular, se identificaron correlaciones positivas moderadas y con significancia estadística en tres articulaciones: tobillo ($p < 0,040$), muñeca ($p < 0,026$) y segunda MCF ($p < 0,019$). Se reconoció una vinculación moderada en los valores elevados de PCR y disminución del grosor del cartilago de la muñeca en pacientes con AIJ ($p < 0,069$).

Tabla 1. Correlaciones positivas del grosor del cartilago articular de niños con AIJ. (CG183)

Variable	Grosor del cartilago de rodilla Rho Spearman (valor de p)	Grosor del cartilago de tobillo Rho Spearman (valor de p)	Grosor del cartilago del carpo Rho Spearman (valor de p)	Grosor de 2da MCF proximal Rho Spearman (valor de p)	Grosor de 2da IFP proximal Rho Spearman (valor de p)
Evolución de la enfermedad (meses)	0,435 (p = 0,019)	0,307 (p = 0,077)	-0,202 (p = 0,177)	0,009 (p = 0,484)	0,225 (p = 0,151)
ANA positivo	-0,04 (p = 0,430)	0 (p = 0,500)	0,41 (p = 0,025)	0 (p = 0,500)	0,03 (p = 0,447)
Número de aplicaciones de esteroides intraarticulares	0,133 (p = 0,546)	0,432 (p = 0,040)	0,462 (p = 0,026)	0,485 (p = 0,019)	0,400 (p = 0,059)
Peso	-0,449 (p = 0,002)	-0,210 (p = 0,162)	-0,078 (p = 0,606)	-0,444 (p = 0,002)	-0,135 (p = 0,371)
Valores de PCR	-0,30 (p = 0,159)	-0,15 (p = 0,496)	-0,39 (p = 0,069)	-0,27 (p = 0,217)	-0,35 (p = 0,098)

Conclusiones: El US articular en niños sanos confirma que el grosor del cartilago es dependiente de la edad, el género y el IMC. La disminución del espesor del cartilago de la muñeca en pacientes del subtipo poliarticular puede deberse a un curso más agresivo de la enfermedad. Aunque se halló una relación entre la aplicación de EIA y el espesor del cartilago, no puede establecerse una causalidad directa al daño del cartilago, ya que la inflamación persistente y la degradación del cartilago podrían vincularse con el propio fenómeno inflamatorio. Como limitaciones de este estudio puede señalarse que las mediciones del US las llevó a cabo un solo observador y

la inclusión de niños de 15 a 17 años en ambos grupos fue escasa. No se reconoció una disminución del grosor del cartílago articular en niños con AIJ en comparación con los niños sanos; esto se debió probablemente al número pequeño de pacientes incluidos, por lo que se requiere ampliar la muestra y continuar la vigilancia del cartílago por US.

Bibliografía

1. Basra HAS, Humphries PD. Juvenile idiopathic arthritis: what is the utility of ultrasound? *BJR*. 2017;90(1073):20160920.
2. Magni-Manzoni S. Ultrasound in juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Rheumatol*. 2016;14(1):33.

CG184

RELACIÓN ENTRE AFECTACIÓN ORGÁNICA Y PATRÓN CAPILAROSCÓPICO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MEXICANA

E.M. Ramos-Galeano, A.C. Muñoz-Cedeño, A.E. Santizo-Ávila, M. Ovando-Castillo, K. Alba-Hernández, S. Rodríguez-Aguayo, H. Menchaca-Aguayo, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) pediátrica es una enfermedad autoinmunitaria poco frecuente, pero de relevancia clínica significativa, con características únicas en comparación con la ES en adultos. Aunque la capilaroscopia se ha estudiado de forma amplia en adultos con ES, la evidencia en la población pediátrica es todavía limitada. Este estudio es pionero en explorar la relación entre el patrón capilaroscópico y la afectación a órganos en pacientes pediátricos latinos con ES en un centro de referencia especializado.

Objetivo: Determinar la relación entre la afectación orgánica y el patrón capilaroscópico en pacientes pediátricos con ES atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el periodo 2018-2023.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de corte transversal, en pacientes pediátricos con diagnóstico de ES según los criterios de la Sociedad Europea de Reumatología Pediátrica/Colegio Americano de Reumatología 2013. Los expedientes clínicos completos se analizaron para evaluar la relación entre el patrón capilaroscópico y la afectación orgánica (**Figura 1 y Tabla 1**). El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS versión 29 y RStudio, mediante la prueba ji cuadrada con un nivel de significación del 5% (0,05).

Resultados: Se incluyó a 29 pacientes con edades de 7 a 16 años, de los cuales el 79,3% correspondió a mujeres. El 69% era originario de la Ciudad de México y la mediana de tiempo hasta el diagnóstico fue de 18 meses. La mediana en la puntuación de la escala de Rodnan al diagnóstico fue de 15 puntos. Los signos más frecuentes fueron esclerodactilia (100%) y fenómeno de Raynaud (96,6%). El 41,4% de los pacientes tenía anticuerpos anti-Scl-70 positivos y el 13,8% anticuerpos anticentrómeros. El 48,3%

Figura 1. Distribución de los patrones capilaroscópicos en los pacientes incluidos en la investigación (n = 29). (CG184)

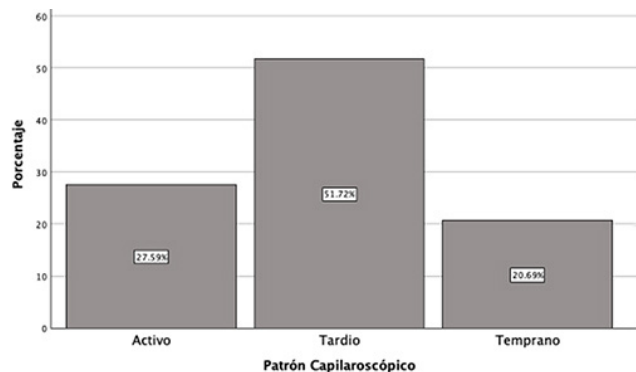


Tabla 1. Afectación sistémica en los pacientes incluidos en la investigación (n = 29). (CG184)

Sistema	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Gastrointestinal	14	48,3
Pulmonar	12	41,4
Cardiaco	2	6,9
Osteoarticular	1	3,4

mostró afectación gastrointestinal y el patrón capilaroscópico más común fue el tardío (51,7%). No se identificaron diferencias significativas entre el patrón capilaroscópico y la afectación orgánica ($\chi^2 = 10,67$, $gl = 9$, $p = 0,229$).

Conclusiones: A pesar de no encontrar una relación significativa entre la afectación orgánica y el patrón capilaroscópico, este estudio es el primero en población pediátrica latina en explorar esta vinculación. Las limitaciones relacionadas con el tamaño de la muestra sugieren la necesidad de estudios adicionales. La capilaroscopia es todavía una herramienta no invasiva y prometedora para la detección temprana de afectación orgánica en la ES pediátrica.

Bibliografía

1. Sobolewski P, Maślińska M, Wieczorek M, *et al*. Systemic sclerosis - multidisciplinary disease: clinical features and treatment. *Reumatologia*. 2019;57(4):221-33.
2. Zulian F, Lanzoni G, Castaldi B, *et al*. Systemic sclerosis sine scleroderma in children. *Rheumatol Oxf Engl*. 2022;61(6):2555-62.
3. Foeldvari I, Klotsche J, Torok KS, *et al*. Are diffuse and limited juvenile systemic sclerosis different in clinical presentation Clinical characteristics of a juvenile systemic sclerosis cohort. *J Scleroderma Relat Disord*. 2019;4(1):49-61.

CG185

HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS INCIDENTALS EN LA MEDICIÓN DEL CALCIO CORONARIO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

E. Tapia-López, J. Roldán-Ortega, F. Castillo-Castellón, E. Aranda-Cano, L. Viruel, I. Palafox-Sosa, D. Vera-Bustamante, F. Sánchez-Muñoz, Y. Juárez-Vicuña, L.H. Silveira, L.A. Martínez-Martínez

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen un riesgo cardiovascular mayor respecto de la población general. La puntuación de calcio coronario es una medición para determinar enfermedad coronaria subclínica en pacientes con riesgo cardiovascular bajo o intermedio. Los hallazgos incidentales en las tomografías cardíacas dirigidas al escrutinio del riesgo cardiovascular se han descrito hasta en un 28% de los pacientes y el 3% a 39% tiene relevancia clínica. Sin embargo, aunque hay información acerca del riesgo cardiovascular medido por la puntuación de calcio coronario en pacientes con AR, no se han descrito los hallazgos incidentales de manera sistemática.

Objetivo: Describir los hallazgos tomográficos incidentales de los estudios de calcio coronario en pacientes con AR.

Material y métodos: Se incluyeron los estudios tomográficos de pacientes con AR que acudían a la consulta externa de reumatología de un centro nacional de referencia para enfermedades cardiovasculares. Participaron pacientes de ambos sexos, AR seropositiva, de 18 años o mayores. El riesgo cardiovascular se clasificó de acuerdo con la *Canadian Cardiovascular Society*. Los hallazgos incidentales tomográficos se clasificaron en concordancia con la anatomía de su localización, sistema y relevancia clínicamente significativa. Se revisó el expediente de todos los participantes, quienes concedieron su consentimiento informado para el procedimiento tomográfico. Este es un subanálisis de un protocolo que evalúa el riesgo cardiovascular en pacientes con AR mediante calcio coronario, por lo que también firmaron el consentimiento informado para dicho protocolo. Se realizó estadística descriptiva y los datos se expresaron como promedio y desviación estándar, o bien mediana y rango intercuartílico de acuerdo

con la distribución de los datos con base en el análisis de normalidad. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se analizó a 54 pacientes, 87% de ellos mujeres, con una edad promedio de 57 años (± 10) y una mediana de evolución de AR de 11,5 años (IQR, 5-16). Hasta 67% de los individuos se encontraba en remisión y el resto (33%) tenía algún grado de actividad medido por DAS-28 PCR al momento del estudio. El 74% de los pacientes se hallaba bajo tratamiento con metotrexato, 31% con sulfasalazina, 21% con leflunomida, 34% con hidroxicloroquina y 5% con FARME biológico. Se analizaron 54 tomografías y se registró una puntuación mínima de calcio coronario de 0 en el 61% de los pacientes y máximo de 4 530 en el grupo con riesgo cardiovascular incrementado. La frecuencia de hallazgos incidentales fue del 96%, de los cuales 30% fue clínicamente significativo; el 18% requirió algún tipo de seguimiento médico. Destacan predominantemente los hallazgos pulmonares: nódulos (41%) y atelectasias (31%); cardiovasculares: aterosclerosis (11%) y derrame pericárdico (9%); y cambios osteodegenerativos (60%).

Conclusiones: El porcentaje de hallazgos incidentales identificados en la medición de calcio coronario de pacientes con AR en un centro de referencia de enfermedades cardiovasculares es alto; los más frecuentes fueron los hallazgos osteodegenerativos, pulmonares y cardiovasculares. Es de interés que más del 10% es clínicamente relevante y requiere algún tipo de seguimiento. Hasta el momento es el primer estudio que comunica hallazgos incidentales en pacientes con AR sometidos a la medición del calcio coronario. Sin embargo, se necesitan estudios más amplios para confirmar estos resultados.

Bibliografía

1. Bendix K, Jensen JM, Poulsen S, et al. Coronary dual source multi detector computed tomography in patients suspected of coronary artery disease: prevalence of incidental extra-cardiac findings. Eur J Radiol. 2011;80:109-14.
2. Pearson GJ, Thanassoulis G, Anderson TJ, et al. Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. Can J Cardiol. 2021;37:1129-50.

CG186

EXPERIENCIA CLÍNICA CON MEPOLIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGITIS. PRIMEROS CASOS EN MÉXICO

A.L. Flores-Cisneros, R. Esquivel-Escalante, E.C. López-Estrada, L.F. Flores-Suárez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Introducción: En el tratamiento de la granulomatosis eosinofílica con poliangiitis (GEPA), los glucocorticoides son aún la base del tratamiento, a pesar de los múltiples efectos secundarios que ocasionan. Dado que es una enfermedad con notable participación de los eosinófilos, los inhibidores de interleucina 5 (IL-5) han mostrado utilidad. El mepolizumab, aprobado en México para la GEPA el año pasado, podría ser útil en pacientes mexicanos, al igual que en los estudios más importantes.

Objetivo: Evaluar la eficacia del mepolizumab en el mantenimiento de la remisión y reducción de recaídas de la enfermedad en pacientes con GEPA en México.

Material y métodos: Se empleó estadística descriptiva y los datos se expresaron como medias \pm DS y proporciones.

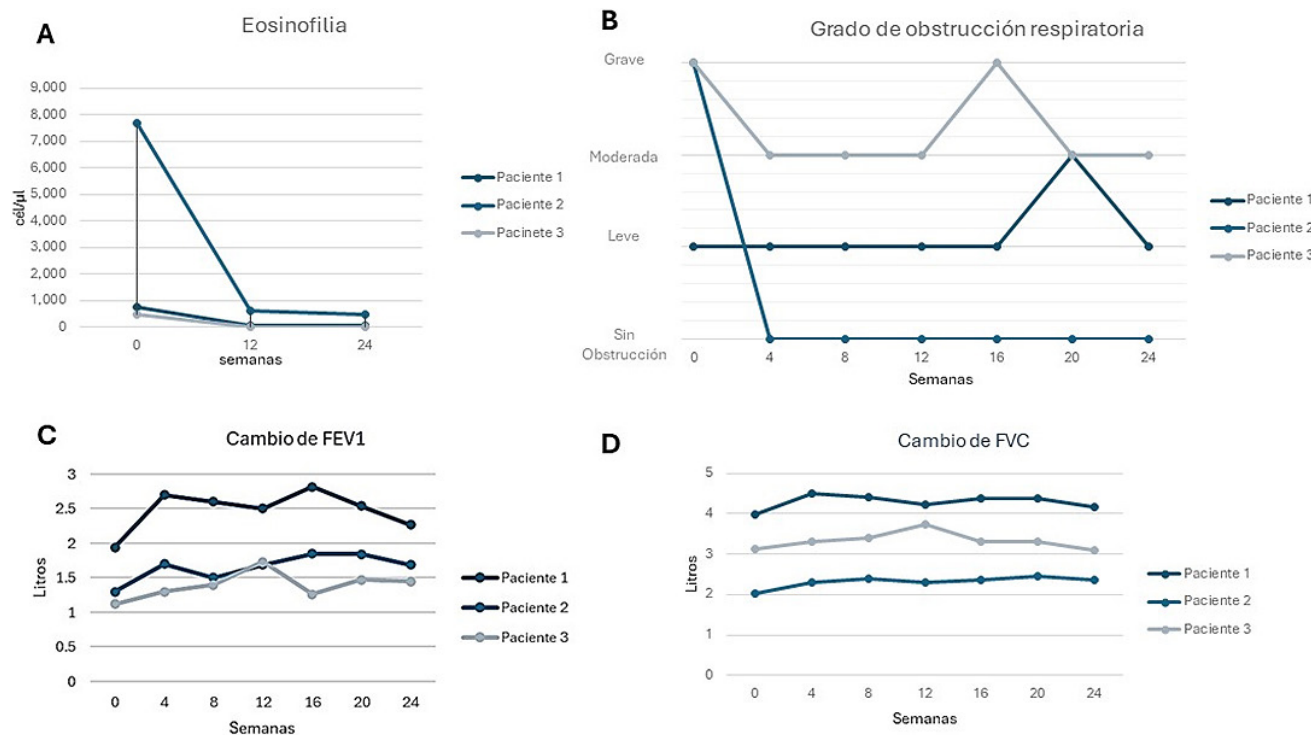
Resultados: Se describió a tres pacientes con un mínimo de seis meses de seguimiento, dos de ellos mujeres. La edad media fue de 50 años, con un promedio de antecedente de asma de 21 años y del diagnóstico de GEPA de siete años. Uno de los pacientes no se encontraba en remisión clínica según BVAS y todos requerían prednisona para el control del asma (5 a 50 mg qd). Las características clínicas y el estado de la enfermedad, la evolución de los parámetros evaluados, las modificaciones terapéuticas y el seguimiento a las 24 semanas con la administración del mepolizumab (300 mg/mes SC) se presentan en la **Tabla 1**. En la **Figura 1** se observan la evolución de la eosinofilia periférica y las pruebas de función respiratoria. No hubo efectos adversos con su empleo y su empleo continúa.

Tabla 1. Evolución clínica y comportamiento farmacológico de los pacientes en tratamiento con mepolizumab. (CG186)

0		Semanas de seguimiento						
		4	8	12	16	20	24	
Actividad de la enfermedad	Remisión (BVAS = 0)	2/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3
	Actividad (BVAS = 1)	1/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3
Recaída de la enfermedad			0/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3
Uso de FARME	Con FARME*	3/3	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3
	Sin FARME	0/3	2/3	2/3	2/3	2/3	2/3	2/3
Uso de GC sistémicos (PDN)	Paciente 1	50 mg qd	30 mg qd	15 mg qd	7,5 mg qd	0 mg	0 mg	0 mg
	Paciente 2	7,5 mg qd	0 mg	0 mg	0 mg	0 mg	0 mg	0 mg
	Paciente 3	5 mg qd	0 mg	0 mg	0 mg	0 mg	0 mg	0 mg
Uso de glucocorticoides inhalados	Dosis altas**	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3
Cuestionario ACT***	Controlado	2/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3
	No controlado	1/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3
Cuestionario ACQ****	Controlado	2/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3
	No controlado	1/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3
Cuestionario SNOT 22*****	Asintomático	1/3	2/3	2/3	2/3	2/3	3/3	3/3
	Síntomas leves	1/3	0/3	1/3	1/3	1/3	0/3	0/3
	Síntomas moderados	0/3	1/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3
	Síntomas Grave	1/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3

*Azatioprina. **Dosis altas de glucocorticoides inhalados: budesonida 801-1600 μ g/día, beclometasona 1001-2000 μ g/día, fluticasona 501-100 μ g/día (GEMA 2020). ***ACT: Asthma control test, 22 reactivos: asintomático: 0-10 puntos, síntomas leves: > 10-20 puntos, síntomas moderados > 20-50 puntos y síntomas graves > 50 puntos. Fuente: Información tomada del expediente físico y electrónico.

Figura 1. Evolución de la eosinofilia periférica de la función respiratoria en el seguimiento. (CG186)

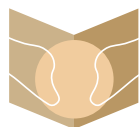


Conclusiones: En esta serie de casos, los primeros hasta donde saben los autores, los sujetos mostraron una evolución de al menos seis meses tratados en México con mepolizumab a nivel institucional; este inhibidor de IL-5 fue eficaz para mantener la remisión de la enfermedad y evitar las recaídas. Tanto las escalas de actividad de la vasculitis como las que evalúan la afectación respiratoria, razón principal para su empleo, mejoraron. Aunque no se logró la suspensión total de glucocorticoides inhalados, la suspensión total de los orales fue evidente, algo no logrado antes del empleo del mepolizumab en años de tratamiento. Es posible que ello se explique por la larga evolución del asma antes de la introducción del mepolizumab. En dos casos también se suspendieron otros inmunosupresores. En suma, en esta primera experiencia con mepolizumab, su introducción favoreció a

los pacientes tratados así hasta ese momento. Se continúa el seguimiento a más largo plazo, lo que permitirá disipar otras preguntas (utilidad en manifestaciones vasculíticas, tolerancia, etc.) y con más pacientes.

Bibliografía

1. Wechsler ME, Akuthota P, Jayne D, *et al.* Mepolizumab or placebo for eosinophilic granulomatosis with polyangiitis. *N Engl J Med.* 2017;376(20):1921–32.
2. Steinfeld J, Peeters M, Fokkens WJ, *et al.* Evaluation of clinical benefit from treatment with mepolizumab for patients with eosinophilic granulomatosis with polyangiitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2019 Jun;143(6):2170–7.



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



LIII Congreso Mexicano de Reumatología

ÍNDICE DE AUTORES Y COAUTORES

- Abitia Borboa Carlos Abdiel 316
 Abud Mendoza Carlos 4, 72, 79, 128, 144, 168, 183, 367
 Acevedo Belem 224
 Acevedo Castañeda Eduardo Saul 115, 138
 Acuña González Denise 169
 Aditi Kadakia 255
 Agredano Jiménez Rubén 111
 Aguilar Castillo Joana 43, 47
 Aguilar León Diana 31
 Aguilar Castillo Joana 47
 Aguilar Oliva Elvira Elizabeth 11, 195, 236
 Aguilar Vázquez Andrea 27, 41, 51, 54, 60, 61
 Aguilera Barragán Pickens Georgina 168, 367
 Aguirre Escojido Alejandro 138, 139, 176, 281
 Alaniz Flores Angélica Kathya 242
 Alarcón Evtoukh Aleksandra 282
 Alarcón Jarquín Margarita Isabel 53, 126, 240, 295, 297, 334, 340
 Alba Hernández Karen 193, 376, 378, 380
 Alcalá Hernández Bryan David 120
 Alcalá Carmona Beatriz 14, 16, 20, 22, 34, 37, 42
 Alcántara Alonso Estefanía 227
 Alcocer Altamirano Evelyn Deyanira 90
 Aldaba Rodríguez Daniela Guadalupe 238
 Aldana Galván María del Lourdes 279, 298
 Alegría Torres Jorge Alejandro 43, 47
 Alemán Fernández del campo Gonzalo 82
 Alfaro Arrieta Mayte Adriana 110
 Alpizar Márquez Alan Manuel 131
 Alpizar Rodríguez Deshiré 55, 214, 224, 310
 Alpuche Almicar 342
 Altamirano Molina Efrén 20, 75
 Alvarado Nicolás 55
 Alvarado Jáquez María Fernanda 12, 269, 341
 Álvarez Hernández Everardo 241, 263, 265, 365
 Álvarez Nemegeyi José 241
 Álvarez Montano Jorge Antonio 80
 Álvarez Sánchez Víctor Aarón 102
 Álvarez Vázquez Ana Karen 151
 Amarilla Angélica 336
 Amaya Cabrera Edna Lizeth 238
 Amaya Estrada José Luis 145
 Ambriz Murillo Yesenia 342
 Ambrosio Sánchez Miguel Eduardo 158, 172
 Amezcuea Guerra Luis Manuel 4, 11, 20, 39, 373
 Amigo Castañeda Mary Carmen 3, 368
 Ancer Rodríguez Patricia Rosalía 213, 347
 Andrade Ortega Lilia 4, 102, 126, 159, 197, 232, 259, 306, 361
 Andrade García Aaron Jared 97
 Anduaga Domínguez Humberto 237
 Anguiano Flores Laura 284
 Antonelli Eleonora 328
 Antonio Victorio Itzel Estephany 175, 179, 359
 Anya Jiang 255
 Aparicio Rosales Wendy Estefanía 117
 Aparicio Vera Luis Alberto 319, 374, 375
 Apaza Quispe Miguel ángel 125, 126, 190
 Arana Guajardo Ana Cecilia 293, 338
 Aranda Cano Evelyn 26, 36, 186, 368, 380
 Aranda Frausto Alberto 196
 Arcibar Liceaga Irasema 349
 Arcos Cruz Mayra Rubí 221
 Arellano Estrada Juan Manuel 69
 Arellano Valdez Carmen Araceli 138, 139, 176, 379
 Arenas Estala Joel 62
 Arenas Islas Iyonne 64
 Arévalo Martínez Federico Guillermo 184
 Arévalo Nieto Fany Rocío 286, 291
 Arias Callejas Karina Iyonne 11, 45
 Ariza Rodríguez Anyela Elena 283
 Arrieta Martínez Paulina 40, 66
 Arroyo Maquiavelo Mariana 42, 199, 200
 Arroyo Sánchez Sandra Paola 318
 Arrucha Cozaya Michelle 260
 Arteaga Gallegos Itzel Yoselin 51
 Arvizu Rivera Rosa Icela 24, 46, 56, 61, 211, 215, 217, 219, 220, 229, 251, 264, 271, 272, 273, 275, 276, 299, 302, 304, 314, 315, 322, 326, 326, 348, 352, 354, 355, 357, 361, 362, 364, 374
 Arzola Rentería Erick Jesús 259
 Athié Juárez Laura 306, 309, 318
 Attar Suzan 251
 Ávalos Fernández Cesia Gisela 89, 164, 169, 367
 Ávalos Salgado Felipe Alexis 238, 254, 351
 Ávalos Zavala Karen 137
 Ávila Gabriela 214
 Ávila Vázquez Karla Iyonne 264
 Avilés Lizárraga Irving 164, 169, 367
 Avouac Jérôme 251
 Ayala Beltrán Jesús Fernando 86
 Ayala Flores Sergio 364
 Ayestarán Figueroa Frida Yazmín 98, 187
 Ayón Aguilar Jorge 300
 Azamat Salcedo Diego 304, 348
 Azpiri López José Ramón 24, 46, 56, 61, 211, 217, 219, 229, 251, 264, 271, 272, 273, 302, 304, 314, 315, 322, 323, 324, 326, 348, 352, 354, 355, 357, 361, 362, 363
 Baca Ruiz Vicente 205, 206, 221
 Baeza Rivera Mitzi Jocelyn 76, 121, 168, 189, 264
 Balbuena Álvarez Juan Salvador 107, 114
 Balderas Miranda Jennifer Tiaré 14, 16, 20
 Ballestas Peláez Ingris 3, 43, 47, 73, 241, 247, 292, 306, 309, 335
 Baños Hernández Christian Johana 43, 62, 65
 Baños Laredo Martha E. 329
 Bañuelos Ramírez David Dagoberto 105, 134, 135, 338
 Baraliakos Xenofon 324, 355, 356
 Barba Aguilar María Axel Viridiana 101, 279
 Barbosa Cobos Rosa Elda 57, 107, 132, 133, 140, 152
 Bardán Inchaustegui Ana Cecilia 239, 246, 295, 296, 299
 Barragán Aguilera Pickens Georgina 168, 367
 Barrera Hernández Susana 330
 Barrera Rodríguez Estefanía 118
 Barrera Vargas Ana 121, 277, 316
 Barrera Velarde Frida Mariana 95

- Barrón Hernández Pablo Eduardo 32, 66
 Basilio Aguilar Karla Jimena 227
 Batrez Marroquín Ana Beatriz 11
 Bautista Jiménez Erick Giovanni 36
 Becerra Jiménez José 27, 41, 51, 54
 Becerril Mendoza Lizbeth 124, 160
 Beltrán Barajas Angélica 47
 Benites Rangel Carmen Joseline 31
 Benítez Cabrera Armando 174
 Benítez Vázquez Edith Adriana 73, 321
 Bermúdez Cortés Mercedes 25
 Bernabé Jiménez Abril Benazir 206
 Bernal Enríquez Miriam Berenice 95, 337
 Bernal Alferes Brian 44, 227
 Bernal Barbosa Andrés Eduardo 90
 Bernal González Araceli 304, 345
 Berra Romaní Roberto 330
 Betancourt Reyes Iant Axel 259, 366
 Blockmans Daniel 18
 Bonilla Reséndiz Luis Ignacio 90
 Borunda Calderón Itzel María 44
 Bourget Ontiveros Ivonne 174
 Bourget Pietrasanta Fernando Héctor 174
 Brambila Tapia Aniel Jessica Leticia 254
 Briones García Luis Eduardo 72, 231, 258, 313, 363, 367
 Brunengo Cristina 214
 Bulos Rodríguez Pedro 118
 Burgos Vargas Rubén 44, 220, 227, 237
 Burmester Gerd Rudiger 19, 52, 214, 215, 240, 253, 255, 304, 324
 Bush Maya H. 245
 Buskens Erik 241
 Bustamante González Reyna Manuela 359
 Cabrales Guerra Ixiu del Carmen 73
 Cabrera Sonia 214
 Cabrera López Maribell 27, 41, 51, 54, 60
 Cadena Trejo Cinthya 241, 242, 247, 248, 309
 Calderón De la Peña Gabriel Andrés 343
 Calderón Espinoza Ivette 238
 Calderón García Lennin 191
 Calvo Anguiano Geovana 62
 Camacho Rea María del Carmen 20
 Camarena Salazar Diana Celeste 44, 45, 63, 230, 232, 233, 266, 311, 312
 Camargo Lugo Alberto 86
 Camargo Coronel Adolfo 68, 70, 185
 Campa Ferrusca Adan Tairi 93
 Campechano Valdez Evelyn Montserrat 254
 Campos Guzmán Jonathan Alejandro 258, 316, 363
 Campos López Bertha 40, 65
 Can Soberanis Ricardo Isaias 145
 Cano Cruz Lilian Guadalupe 103, 112
 Cano Gámez Tábato 45
 Cantero Castro Andrea 349
 Cantú Moreno Carlos Emiliano 322, 354
 Cantú Martínez Valeria 235, 246, 374
 Carbonell Natalia 11
 Cárdenas De la Garza Jesús Alberto 24, 46, 53, 56, 57, 61, 211, 213, 215, 217, 219, 220, 229, 236, 239, 244, 246, 249, 251, 264, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 286, 287, 289, 290, 291, 294, 295, 296, 302, 303, 304, 313, 314, 315, 322, 323, 326, 341, 347, 348, 352, 354, 355, 357, 361, 362, 363, 370, 374, 377
 Cárdenas García Maura 300
 Cardona Salazar Natalie 311
 Cardoso Casco Diego Iván 302, 362
 Carmona Lara Gabriel Alberto 38, 83, 248, 250, 253, 301, 377
 Carranza Enríquez Fabián 45, 128, 345
 Carrasco Sánchez Luis Ángel 36
 Carrasco Chapa Anahí 57, 190
 Carrillo Vázquez Sandra Miriam 38, 59, 83, 91, 159, 227, 234, 248, 250, 253, 301
 Carrillo Gómez Paulina Anahí 122, 123
 Carrillo Torres Valeria 253
 Carrillo Vázquez Daniel Alberto 38
 Carus Sánchez Alfonso 189
 Carvajal Kottmann Carolina 336
 Casasola Vargas Julio César 4, 31, 44, 59, 220, 227, 234, 342, 358, 360, 365
 Casillas Vega América Selemy 351
 Cassiano Quezada Fabiola 20
 Castán Ibarra Naomi Betzabé 139, 176, 281
 Castañeda Delgado Julio Enrique 255
 Castañeda Martínez Martha Mariana 38, 248, 301
 Castañeda Martínez Diana Daniela 268, 310, 317
 Castelar Geraldo 336
 Castellón Román Mariana 62
 Castillo Castellón Francisco 26, 380
 Castillo Anaya Sergio Iván 225, 271, 305
 Castillo Hernández Karen 241
 Castillo Ortiz Ángel 59, 224, 234,
 Castrejón Delgado Lizeth 242, 243
 Castro Lizano Natasha 121, 189, 366
 Castro Bernabé Denisse Anali 174, 342
 Castro Colin Zully 178
 Castro Fuentes Carlos Alberto 288
 Catalán Zavaleta Carlos Arturo 112
 Catana Hernández Rocío 343
 Catay Erika 336
 Cebada Fuentes Ricardo 43, 47
 Ceballos Recalde María Flavia 335
 Ceja Gálvez Hazael Ramiro 62
 Centeno Valadez Juan Daniel 113, 114, 123, 254
 Cerda Rodríguez Rodrigo Alfonso 286
 Cerda Téllez Fidel 95
 Cerpa Cruz Sergio 40, 65, 89, 146, 164, 343, 367
 Cervantes Castelán Gustavo Xcaret 104, 130
 Cervantes Ramírez Rosa Elena 45
 Céspedes Cruz Adriana Ivonne 79, 108, 201
 Chablé Nicolás Luis Enrique 155
 Chacón Abril Karla Lorena 256, 331
 Chan Trinidad Jonatan David 163, 166, 172
 Chaparro Barrera Eduardo 12, 22, 25, 32, 40, 66, 269
 Chapela Meneses Alberto 324, 355
 Chavarría Ávila Efraín 27, 41, 51, 54, 60
 Chávez Ávila Miriam Cristina 150
 Chávez Murillo Brenda Lizbeth 102
 Chávez Olivo Karen Aglae 287
 Chávez Rueda Adriana Karina 225
 Cimé Aké Erik 29, 258, 261, 308, 363, 366
 Cisneros Lesser Juan Carlos 85
 Cisneros Ruiz Brissia 343
 Citera Gustavo 336
 Clark Patricia 242
 Clavijo Cornejo Denise 282
 Cobos Rosa Elda Vargas 150
 Coello López-Rivera Amado 155
 Cohen Stanley Bruce 214, 215, 234
 Colli Cortés Mariana Berenice 283
 Colmenares Roa Tirsia 309
 Colón Cano Pamela Natalie 165
 Colunga Pedraza Iris Jazmín 24, 46, 56, 59, 61, 211, 214, 217, 219, 228, 229, 234, 251, 264, 271, 272, 273, 299, 302, 304, 314, 315, 316, 322, 323, 324, 326, 336, 348, 352, 354, 355, 357, 361, 362, 363
 Compean Villarreal Nancy 284
 Consan Sandra 55
 Contreras Yáñez Irazú 28, 48, 50, 208, 217, 292
 Contreras Castillo Karen 45
 Contreras Fernández Emilia Monserrat 238
 Contreras Haro Betsabé 65
 Contreras Olazarán Paola Elizabeth 286, 289
 Contreras Olivares Edgar Enrique 221
 Coombs Derek 214
 Copado Mendoza Diana Yazmín 17
 Cordovilla Darwin 214, 336
 Corona Meraz Fernanda Isadora 41, 54
 Corral Trujillo María Eugenia 57, 62, 135, 236, 244, 286, 289, 290, 291, 294, 306, 340, 377
 Cortina Olvera Guadalupe del Consuelo 79, 108, 201
 Coutiño Ochoa Samantha Stefany 152
 Covarrubias García Rosa Mayela 344
 Crespo Romo Diana Laura 87
 Cruz Domínguez María del Pilar 237, 242, 254
 Cruz López Pablo José María 123, 241
 Cruz Reyes Claudia Verónica 15
 Cruz López Gabriel 123

- Cruz Priego Griselda Adriana 242
 Cuesta Mejía Teresa Cristina 161
 Cuevas Orta Enrique 88, 91, 140, 168, 367
 Cuevas Bucio Javier Fernando 112
 Curtis Jeffrey 214
 Davalos Rodríguez Ingrid P. 111, 143
 Dávila Correa Elsa Catalina 239
 Dávila Herrada Adriana Catalina 236
 Dávila Jiménez José Antonio 46
 Dávila Liahut Nora Arcely 107, 114
 de Abreu Paloma 55, 214, 224, 336
 De Anda Juárez María Catalina 124
 De Hoyos Rodríguez Gilberto 38, 248, 301
 De la Cruz Rodríguez Karla Irene 343
 De la Cruz Becerra Lorenia Beatriz 77, 78, 80, 238, 284
 De la Cruz Mosso Ulises 40, 65
 De la Parra Colin Paola Josefina 162
 De la Rosa Lara Melissa Irais 110
 De la Rosa Vázquez Ricardo Iván 211, 229, 251
 De la Vega Maina 214
 De León Carrillo Carolina 349
 Deciderio Pavón Karina 349
 Del Real Aldana Nancy Nohemí 97, 114
 Del Valle Zamora Karina 196
 Del Villar Vilchis Martha Alicia 376
 Delgadillo Rodríguez Hilda 196
 Delgado Velázquez Alberto 97
 Deodhar Atul 214, 215, 324, 355
 Deossa Piedrahita Daniela 146, 164, 169, 367
 Díaz Sandoval Ana Karen 84, 124, 285
 Díaz Borjón Alejandro 117, 199, 200, 254
 Díaz Contreras Karla Berenice 51
 Díaz De la Rosa Joel Alejandro 282
 Díaz Guerrero Amado Arturo 294
 Díaz Pérez Sonia 282
 Díaz Rodríguez Jonathan 350
 Díaz Sandoval Ana Karen 84, 124, 285
 Díaz Uribe Dalia 158, 172
 Dimas Pecina Victor Manuel 236
 Domínguez Chapa Emmanuel 57, 244, 283, 286, 287, 289, 291, 341, 377
 Domínguez Gómez Gabriel 100
 Domínguez Guerra Annette 217
 Dominguez Herrera Anette 315
 Domínguez López María Lilia 44, 220, 227
 Domínguez Silva Julissa 15, 344
 Duarte Ángela 214
 Duarte Quintero Janaira Leticia 95
 Durán Villarreal Karla Judith 239, 244, 246, 341
 Echeverría González Gustavo 72, 76, 97, 113, 114, 121, 122, 123, 189, 264, 299, 366, 371
 Eguía Bernal Miryam 159
 Ek Chable Osmar 155
 Elizalde García Amairany 152, 181
 Elizondo Benítez María Fernanda 272, 273, 299, 354, 357, 362, 363
 Elizondo Pereo Rogelio Andrés 159
 Elizondo Rodríguez Jorge Alberto 349
 Elizondo Solís César Vidal 47, 293, 338
 Encarnación Miguel Arón 31, 360
 Enríquez Luna Michele 196
 Escobar Paredes Daniel Alejandro 85, 87, 90, 94, 97, 108
 Escobedo Garza Ana Victoria 280, 318
 Escobedo Moreno Marissa Daniela 236, 290, 294
 Escobedo Uribe Carlos David 140
 Escudero Tepale Emma María 170
 Esparza Holguín Hilda Ernestina 74
 Esparza Michel Judith Alejandra 51
 Espinel Bermúdez María Claudia 254
 Espinosa Escobar Carolina 306
 Espinosa Orantes Alejandra 11, 45, 128
 Espinosa Banuelos Luis Gerardo 109
 Espinosa León María 277, 316
 Espinosa Morales Rolando 132
 Espinosa Ortega Héctor Fabricio 328
 Espinosa Cebreros Alexa Daniela 183
 Espinoza Gámez Jesús Gilberto 349
 Espinoza García Noemí 44, 230, 266
 Espinoza Sánchez María Lucero 93, 141
 Esquivel Escalante Rubén 381
 Esquivel González Daniel 297
 Esquivel Valerio Jorge Antonio 235, 243, 246, 295, 296, 341
 Estrada Castellanos Víctor Manuel 47
 Estrada Méndez Andrea 176
 Etchegaray Morales Ivet 300, 330
 Exeni Ida 55
 Facio Escalona Nancy 247
 Fajardo Hermosillo Luis Daniel 58, 71, 72, 76, 97, 122, 168, 257
 Fajardo Robledo Nicté Selene 254
 Faugier Fuentes Enrique 75, 148, 149, 153, 178, 193, 206, 285, 320, 342, 376, 377, 378, 380
 Feist Eugen 251
 Félix Murray Katya Rocío 63, 230, 266, 311
 Félix Rodríguez Guillermo 310
 Fernández Figueroa Nancy Fabiola 259
 Fernández García María Victoria 247
 Fernández Torres Javier 36
 Ferreyra Leandro 335
 Figueroa Parra Gabriel 53, 209, 223, 243, 303, 340
 Fiscal Carvajal Andrea Berenice 62
 Fleischmann Roy 52, 168
 Flores Aceves Cristian Eduardo 113, 122, 123, 371
 Flores Aguilar Daniela 247
 Flores Alvarado Diana Elsa 24, 28, 56, 126, 243, 271, 295, 296, 302, 323, 326, 334, 340, 349
 Flores Cisneros Ana Laura 200, 381
 Flores Flores Nayeli 237
 Flores Ordoñez Paola 45
 Flores Ramírez Rogelio 346
 Flores Suárez Luis Felipe 4, 200
 Fonseca Carcache Christian Manuel 125, 126, 190
 Fonseca Hernández Marco Mizzahel 138
 Fortuna Reyna Brenda de Jesús 82
 Fraga Enríquez Victor Manuel 217, 302, 348, 355
 Fragoso Loyo Hilda 29, 259, 261, 285, 308, 342, 363
 Franco Mejía Laura 48
 Franco Morataya Katherine Brenda Michelle 148, 149, 206
 Frutis Meléndez Margarita 167
 Fuentes Cebada Ricardo 43
 Fuentes Hernández Mónica Nancy 73, 123, 187, 191, 364
 Fuentes Martínez Alejandra 297
 Fuentes Silva Yurilis 309, 335
 Fuentevilla Álvarez Giovanni 208
 Furuzawa Carballeda Janette 31, 39
 Galarza Delgado Dionicio Ángel 4, 24, 46, 53, 56, 57, 61, 126, 135, 209, 211, 213, 215, 217, 219, 220, 223, 228, 229, 235, 236, 239, 240, 243, 244, 246, 249, 251, 253, 264, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 286, 287, 289, 290, 291, 293, 294, 295, 296, 297, 302, 303, 304, 313, 314, 315, 322, 323, 324, 326, 334, 340, 341, 347, 348, 349, 352, 354, 355, 357, 361, 362, 363, 370, 377
 Galeana Hernández Marcela Leticia 43
 Galicia Hernández Gretel Haydee 132
 Galindo Calvillo Eva Abigail 135, 236, 294, 377
 Gallegos Becerra Michael Anthony 185, 256
 Gallegos Hernández Óscar 81, 129
 Gallegos Nava Selma 157
 Gallegos Tirado Berenice Rosalía 206
 Galván Aldana María de Lourdes 279, 298, 321, 375
 Gamboa Ávila Ricardo 208
 Gámez Rosas Emanuel 71
 Gámez Saiz Ilse 86, 95, 337
 Gámez Siller Pablo 239, 274, 276, 295, 296, 341
 Gámez Nava Jorge Iván 254, 351
 Gao Tianming 52, 251
 Gara Andrew 214
 García Torralba Ariel 225
 García Arellano Gisela 215, 220, 253, 276, 299, 313, 370
 García Briones Brenda Berenise 72, 231, 313, 367
 García Espinosa Priscila 71, 168, 254
 García Flores Máximo Alejandro 369
 García García Conrado 241, 365

- García González Victor Emmanuel 125, 126, 190,
 García Imelda 285, 306
 García Nuño Diana Karla 146
 García Ordoñez Gabriela Paola 27, 41, 54
 García Pérez Abimael 171
 García Pérez Óscar 369
 García Rodríguez Fernando 280, 318, 321, 342,
 375
 García Silva Jimena 280
 García Alcudia Zelenia 17
 García Arellano Brian 38, 248, 301
 García Arellano Gisela 215, 220, 253, 276, 299,
 313, 370
 García Arellano Samuel 65
 García Avilés Roberto de Jesús 73
 García Barboza Juan Manuel 115, 236
 García Cal y Mayor Nadia Aurora 263, 265
 García Carrillo Fernanda Montserrat 349, 374
 García Cerda Daniel 84, 124, 285
 García Cuéllar José Antonio 288, 331
 García De la Torre Ignacio 3, 285
 García Espinoza Noemí 311
 García García Erika Gabriela 18, 52
 García García Fernanda Massiel 355
 García Herrera Iris Paola 50, 231, 313, 316, 319,
 374, 375
 García López Víctor Hugo 95
 García Muciño Hugo 191
 García Pérez Yunaira 133, 140, 161, 171
 García Pérez Paulina 238
 García Pompermayer Mario Ramón 293, 338
 García Rojas Elizabeth 97, 113, 114
 García Salinas Rodrigo 360
 García Zuluaga Luisa María 97
 Garduño Ángeles Leonardo 181, 191
 Garduño Arriaga Guadalupe Berenice 327
 Garrido Cortez Eduardo Emmanuel 242
 Garrison Andrew 52
 Garza Flores Óscar Azael 24, 211, 217, 264,
 273, 302, 304, 314, 315, 322, 348, 354, 355, 357
 Garza Elizondo Ángel Kevin 53, 239, 246, 249,
 274, 276, 295, 296, 341, 347
 Garza Elizondo Mario Alberto 43, 47, 190,
 293, 338
 Garza González Ernesto Alejandro 347
 Garza González Esteban Caleb 213, 249, 264,
 314, 347
 Gaspar Ruiz Arahí 27, 41, 54
 Gastelum Strozzi Alfonso 241, 247, 335
 Gaudreau Marie Claude 48, 50
 Gauna Leal Derek de Jesús 246, 295, 296, 341
 Gaytán García de Alba Andrés 37
 Gimeno Seco Miquel 36
 Godina Hernández Jonathan 178
 Godínez Lazarini Emilio 29, 258, 261, 363
 Gómez Galicia Diana Lizbeth 43, 47
 Gómez Graciela 90, 224
 Gómez Ruiz Citlaly Josefina 44, 220, 343, 365
 Gómez Álvarez Alejandra 126
 Gómez Campos Olga Lidia 84, 124, 285
 Gómez García Karina 48, 255
 Gómez Limón Livier 51
 Gómez Martín Diana 14, 16, 20, 22, 34, 37, 42,
 184, 245, 329
 Gómez Ríos Cynthia Alejandra 27, 41, 51, 54, 60
 Gómez Rodríguez Amairani 29
 Gómez Ramírez Elí Efraín 254
 González Mares Mariana Odemaris 43
 González Romero Fabiola 344
 González Andrade Ana 117
 González Castellanos Jessica Paulina 92
 González Chapa Jorge Armando 82
 González Chávez Susana Aideé 12, 25, 32, 210,
 226, 269
 González Colina Rebeca Montserrat 244
 González Córtes Jesús Hernán 243
 González Díaz Verónica 146, 321, 367
 González Enríquez José Octavio 145, 176
 González Estévez Guillermo 43
 González González Valeria 219, 272, 273, 326,
 352, 361, 362, 363
 González Marcos Omar 208
 González Meléndez Aleydis 24, 46, 211, 217,
 229, 251, 264, 272, 273, 299, 302, 304, 314, 315,
 322, 326, 348, 354, 355, 361, 362, 363
 González Morales Juan Pablo 275, 340
 González Muñoz Sonia 221
 González Ochoa Fátima de Lourdes 225
 González Ontiveros Nirvana Amairany 246,
 296, 341
 González Pérez Montserrat Ixchel 101, 372
 González Pineda Antonio 203
 González Rodríguez David Alejandro 91
 González Rodríguez Emmanuel 189
 González López Laura 254, 351
 Gordillo Huerta María Vanessa 310
 Govea Peláez Samuel 14
 Goycochea Robles María Victoria 368
 Guagnelli Miguel Ángel 242
 Guajardo Aldaco Andrea Lizbeth 273, 354,
 357, 362
 Guajardo Aguilar Efraín Ernesto 337
 Guajardo Aldaco Andrea 272, 363
 Guajardo Jáuregui Natalia 24, 56, 61, 271, 302,
 323
 Guaracha Basáñez Guillermo Arturo 16, 28, 48,
 50, 59, 208, 217, 231, 234, 313, 316
 Guarner Lans Verónica 208
 Guerra Espiricuetta Raúl Oscar 280, 298
 Guerra Gerrero Gladys Sofia 97
 Guerrero Márquez Lorena 284
 Guido Gomora Dafne Lissete 20
 Guillén Durán César Augusto 105, 131, 136, 143
 Gutiérrez Esparza Guadalupe 20
 Gutiérrez Gurrola Balbina 338
 Gutiérrez Hermosillo Hugo 284, 339
 Gutiérrez Hernández José Manuel 60
 Gutiérrez Méndez Karla Alejandra 278
 Guzmán López Abel 62
 Guzmán Ballesteros Sofía Dolores 109
 Guzmán Barreras Jesús Tadeo 89, 337
 Guzmán Bedoya Efraín Santiago 85, 87, 90, 94,
 97, 108
 Guzmán Martín Carlos A. 39
 Guzmán Pérez Tomás Ignacio 62
 Hadid Smeke Jaime 356
 Hauge Ellen 18
 Haye María 224
 Heredia González Santiago Saturnino 215,
 220, 313
 Hermosillo Villafranca Jorge Armando 70, 275,
 371
 Hernández Cuevas Claudia Berenice 343
 Hernández Delgado Alejandra 92, 147, 155
 Hernández Garduño Adolfo 335
 Hernández Llinas José Hansel 306
 Hernández López Agustín 37, 184
 Hernández Ramírez Diego F. 329
 Hernández Rivera Hiram Eduardo 86
 Hernández Velázquez Iván 322, 354
 Hernández Arellano Andrea 284, 339
 Hernández Atilano Azul Mariana 238
 Hernández Cabrera María Fernanda 93
 Hernández Cruz Liliana Ivett 93
 Hernández Delgado Alejandra 92, 147, 155
 Hernández Díaz Cristina 107, 114, 153, 156,
 283, 285, 342
 Hernández Galarza Iván de Jesús 236, 290, 294
 Hernández Islas Daniela 69
 Hernández Ledesma Ana Laura 310
 Hernández López Daniel 205, 221
 Hernández Miranda Alondra 151
 Hernández Molina Gabriela Aurora 31, 163, 225
 Hernández Morales José Miguel 15, 259, 260, 366
 Hernández Nova Eva Paulina 103
 Hernández Núñez Eufrates 145, 369
 Hernández Orozco Felipe Honorio 75, 345
 Hernández Reyes Arely 92, 131, 147, 155
 Hernández Rojas Karen Carmina 83
 Hernández Valencia Carmen 36
 Hernández Vásquez José Ramiro 188, 271
 Hernández Vera Marcela 109
 Herrera Caicedo Mariana Alexandra 68
 Herrera González Laura Perfinka 311

- Herrera Esparza Andrés Faustino 112
Herrera Jiménez Laura Elena 43
Herrera López Brígida 20
Herrera López Mayra Guadalupe 293
Herrera Van Ootsdam David Alejandro 79, 138, 168, 183, 346, 367
Hincapié Arias Estefanía 68
Hinojosa Enciso A.X. 253
Hinojosa Azaola Andrea 212, 277, 372
Hinostroza Pezo Alexis Valentín 163, 166, 172
Holguín Muñoz Bryam Fernando 68
Horta Baas Gabriel José 162, 223, 340
Huerta García María T. 329
Huerta Martínez Mónica Carolina 78
Huerta Sil Gabriela 365
Huesca Gómez Claudia 208
Humbert Ludovic 242
Humphrey Escamilla Fátima 236
Hurtado Díaz Jorge 141, 173
Ibarra Ramírez Marisol 62
Ibarra De la Torre Paloma Lynette 89, 164
Ibarra Gutiérrez Esteban 96
Ignacio Santiago Juve Eduardo 204
Ilizaliturri Víctor Manuel 297
Ilizaliturri Guerra Octavio 190, 293, 338
Inda Caro José Antonio 72
In-Ho Song 324
Íñiguez Marín Monica Lizeth 238
Ioan Filip 48
Irazoque Palazuelos Fedra Consuelo 4, 59, 101, 102, 126, 159, 162, 190, 197, 224, 232, 234, 259, 279, 350, 353, 356, 361, 372
Ishii Tomonori 18
Isnardi Carolina 55, 214, 224, 336
Jacobó Albavera Leonor 39
Jacobó Cuevas Heriberto 254, 351
Jaimes Piñón Gerardo Tonatiu 115
Jara Quezada Luis 282
Jáuregui Espinosa Andrea Michelle 235
Jiménez Rojas Valentín 11
Jiménez Declé Julia 48
Jiménez Jiménez Eduardo 330
Jiménez Jiménez Xochitl 140, 169, 170
Jiménez Lomelí Aide Guadalupe 87, 285
Jiménez Tirado Mariana 192, 308
Joan T. Merrill 48
Jorge De Saráchaga Adib 85
Juárez Sandra 29
Juárez Vicuña Yaneli 26, 38, 380
Juárez García Beatriz 58, 76
Juárez Gómez Christian 27, 41, 54, 60
Juárez Hernández Fortunato 200
Juárez Vega Guillermo 14, 16, 20
Kameda Hideto 355
Kammar García Ashuin 259
Keen Helen 18
Khalidi Nader 18
Khan Nasser 52, 214, 251
Kim Tae-Hwan 324
Kishimoto Mitsumasa 324
Kolster Otaola Ana Cristina 263, 265
Kortright Maldonado Karen María 111, 121, 124
Kovacs Birgit 214
Kristensen Lars Erik 52
Lagunes Ivan 18, 324, 355
Lahr Maarten M.H. 241
Landeros Sáenz Alejandra 89, 164, 169, 367
Lara Herrera Paola B. 285
Lara Méndez Deynna Monserrat 340
Larios Hernández Joshua Alí 99
Laurindo Ieda 55, 214, 224, 336
Laviada Molina Hugo 247
Lazo Mendoza Paulina 175, 179
Leal Ahumada Cindy Astrid 106
Ledesma Torres Lucía Amelia 285
Ledezma Rodríguez Víctor 111
Ledón LLanes Loraine 28, 208
Leon Rodríguez Candy Celeste 148, 149
Lepe Álvarez Ixchel 84, 124, 285
Lerma Martínez Yosselin Karely 291
Lerma López Jennifer 82
Li Yihan 324
Lima Guadalupe 29
Limas Martínez Victoria Patricia 315
Limón López Valeria Miroslava 65
Linares Cervantes María Fernanda 31
Lino Pérez Leticia 365
Lira Boussart Valeria 256, 331
Lizardi Díaz María Andrea 117
Llamas García Arcelia 51
Llorente Luis 29
Loaiza Reyes Osmar 73, 181
Lobato Belmonte Adriana 365
Lodin Karin 328
Loeza Magaña Pavel 247
Lona Reyes Juan Carlos 321
López Ávalos Paulina 132
López Sánchez Tlaloc 147
López Uriarte Graciela Areli 62
López Zamora Berenice 42
López Argueta Francisco Javier 163
López Díaz Ana Jimena 17
López Herrera Kenia Nayrobi 247
López Ledezma Luis Ricardo 102
López Macay Ambar 36, 37
López Mayorga Mercedes 64
Lopez Ocampo Paris Samahel 337
López Ontiveros Paulina 238
López Ramírez María Karina Lizbeth 257
López Ramos Melissa Mariana 111
López Reyes Alberto 20
López Suárez Ricardo Francisco 117
López Tello Adriana 31
López Estrada Erika del Carmen 381
López García Rodolfo 269
Loredo Mendoza María Lilia 106, 373
Louzada Paulo 336
Loya Rivera Mario 12, 22, 32
Loyola Sánchez Adalberto 241, 247
Lozada Navarro Ana Cecilia 247
Lozada Pérez Carlos Alberto 345
Lozano Hernández Maribel 304
Lozano Plata Luis Iván 293, 338
Lucas Hernández Abihai 110, 189, 237, 242
Lugardo Ríos Ana Cristina 288
Lugo Treviño Andrea Marisol 209, 223
Luján Rojo María Isabel 262
Lumbreras Márquez Mario Isaac 17
Luna Zúñiga Tania Adriana 84, 88, 127, 140, 204
Luna Quiroz Alberto 112
Luquín Sonia 40
Machado Gómez Fernando Alberto 90
Macías Huerta Yolanda Fernanda 240
Madrid López Gabriela Anaís 274, 290, 294, 303
Magaña García Ligia 27, 51
Maksymowych Walter 324, 355
Maldonado Castelán Itzel Melissa 138, 281
Maldonado García César 45
Mancillas Díaz Elí de Novalis 72, 299
Manrique de Lara Y Ramírez Amaranta 306, 309
Manuel Antonio Guadalupe 337
Manzano Pech Linaloe 208
Maravillas Montero José Luis 20
Marín Rosales Miguel 44, 63, 87, 230, 232, 266, 285, 311
Marín Corte Jeny Alejandra 308
Marín Hernández Ana Pamela Guadalupe 205
Marín López Hilda 29
Marín Muñoz Fátima Adriana 215, 220, 308, 313
Marín Rosales Miguel 44, 63, 87, 230, 232, 266, 285, 311
Marino Sánchez José Roberto 152
Márquez Sánchez Raquel 153, 154
Márquez Vargas Mitzi Gabriela 110
Marquina Castillo Brenda 22
Martín Nares Eduardo 31, 192, 212, 231
Martín Márquez Beatriz Teresita 27, 60
Martínez Bonilla Gloria Esther 169, 367
Martínez Domingo 310
Martínez García Mireya 20, 235
Martínez Garza Laura Elia 62

- Martínez Martínez Laura Aline 26, 36, 39, 47, 368, 380
- Martínez Alcántara María Fernanda 268, 310, 317
- Martínez Armenta Carlos 20
- Martínez Castillo Araceli 329
- Martínez De la Peña Alejandro 282
- Martínez Delgado José Francisco 209, 223
- Martínez Espinosa Héctor Alejandro 235, 239, 275
- Martínez Flores Georgina 84, 88, 127, 140
- Martínez Flores Karina 36
- Martínez García Erika Aurora 27, 51
- Martínez García Francisco 167
- Martínez García Mariangela 20, 235
- Martínez Gómez Laura Edith 20
- Martínez Lavín Manuel 320
- Martínez López Erika Aurora 60
- Martínez López Miranda 157
- Martínez López Valentín 36
- Martínez Márquez Melissa Nefertiti 160
- Martínez Martínez Laura Aline 26, 36, 39, 47, 368, 380
- Martínez Martínez Marco Ulises 346
- Martínez Nava Gabriela Angélica 20
- Martínez Ortiz María Guadalupe 161
- Martínez Ruiz Mariel 316
- Martínez Villarreal Ashley Astrid 292
- Mascorro Cienfuegos César Alejandro 24, 302, 323
- Massiel García Fernanda 299
- Mata Riega Valeria Guadalupe 209, 223, 303
- Mata Torres Luisa Fernanda 294
- Matamoros Sanín Joan Francisco 306
- Maya Piña Lucía Verónica 133, 140, 152, 154, 169, 170, 306
- Mayor Villeda Lady Viviana 259
- Mcdearmon Blondell Erin 251
- Meave Aloha 276
- Medina Gabriela 242
- Medina García Gabriela 15, 42, 259, 262, 366
- Medina San Millán Pamela 158, 161, 171, 172
- Medina García Ana Cristina 11
- Medina Montaña Griselda 203, 261
- Medina Rivera Alejandra 310
- Medrano Ramírez Gabriel 60, 237, 365
- Meerwein Sebastián 214
- Mejía Ávila Mayra 256, 331
- Mejía Mayra 221
- Mejía Ávila María Fernanda 119
- Mejía Domínguez Nancy 37, 42, 245
- Mejía Domínguez Nancy Raquel 14, 16, 20
- Mejía Holguín Yadhira 77, 78, 80, 238, 284
- Mejía Loza Scherezada María Isabel 150
- Mejía Rodríguez Daniela Alejandra 374
- Mejía Vilet Juan M. 158, 212
- Meléndez Mercado Claudia 285, 342
- Meléndez Ramírez Gabriela 276
- Melgarejo Patricia 55
- Menchaca Aguayo Héctor Fernando 75, 148, 149, 153, 157, 178, 193, 206, 320, 376, 377, 378, 380
- Menchaca Tapia Víctor Manuel 63, 232
- Méndez Flores Silvia 50, 180
- Méndez Martínez Socorro 330
- Méndez Nungaray Diana 162, 297
- Méndez Núñez Myriam 138, 139, 281, 342, 379
- Mendieta Zerón Samara 285, 342, 375, 376
- Mendoza Fuentes Angélica 31
- Mendoza Nájera Luis Guillermo 364
- Mendoza Osteguín Gladis Andrea 296
- Mendoza Pinto Claudia 288, 300, 330, 369
- Mendoza Rodríguez María Fernanda 92, 131, 147, 155
- Merayo Chalico Javier 59, 234, 277, 316
- Mercadillo Realpozo Elizabeth 145, 326
- Merkel Peter 18, 166
- Meza Cano María Elena 159
- Meza López y Olguín Graciela 227, 343
- Michelle D. Catalina 48
- Miguel Álvarez Adriana 106, 373
- Minguer Falcó Edgar Didier 204
- Miranda José Roberto 224
- Miranda Hernández Daphne Guadalupe 15, 175, 260, 310, 359
- Miranda Miranda Daphne 179
- Mirko Fillbrunn 255
- Mitsumasa Kishimoto 324
- Moctezuma Ríos José Francisco 47, 247, 365
- Mohamed Hamsho Jesús 209, 223, 243
- Mohamed Noriega Karim 209, 223, 243
- Mohl Jonathon E. 12
- Molar López Joel Eduardo 168, 367
- Molina Chávez Marcos Osvaldo 237
- Monroy Muñoz Omar 234
- Montano Montiel Laura Guadalupe 152
- Montiel Cervantes Laura Arcelia 242
- Montiel Hernández José Luis 43, 47, 227
- Montiel Rivera Antonio 15, 16, 262, 344, 366, 369
- Montiel Catañeda Carlos Vidal 301
- Montiel Hernández José Luis 43, 47, 227
- Montoya Buelna Margarita 40
- Montoya Calderón Sergio 241
- Mora García Paulina Esmeralda 40, 65
- Mora Ramírez Mauricio 64
- Mora Rosas Ana María 45
- Morales Avedaño Iván Nefalí 79, 128, 183, 367
- Morales Espronceda Debanhi 246, 295, 296
- Morales Meza Ada Rocío 133
- Morales Osorio Laura Stefany 15, 344
- Morales Torres Jorge 283, 284, 339
- Morales Vargas Jorge 283, 284, 339
- Morales Wong Fernando 209, 223, 243
- Morán Contla Rocío 232, 361
- Moreno Ramírez Mariana 151
- Moreno Acuña Franco Xavier 220, 236, 310
- Moreno Dávila Héctor 215, 220, 274, 296, 313, 370
- Moreno Salgado Rodrigo 75
- Moreno Zavala Sofía 223
- Moreno Soltero María Fernanda 66
- Mota Mondragón Blanca 285, 342
- Motte García Emilio 241, 242, 247, 248
- Mouneu Ornelas Nicole 165, 278
- Mújica Faife Yadosley 227, 304
- Mulia Soto Ana Sarahí 212, 277
- Munguía Islas Eduardo Arturo 300
- Munguía Realpozo Pamela 300, 306, 330, 369
- Muñoz Rodrigo 95
- Muñoz Zavala Janet Michel 81
- Muñoz Castañeda Wallace Rafael A. 203, 261
- Muñoz Cedeño Ana Cristina 75, 153, 178, 193, 206, 320, 377, 378, 380
- Muñoz Jaimes Aldo Francisco 62
- Muñoz López Sandra 232, 285, 342, 356, 361, 372
- Muñoz Monroy Omar Eloy 59, 137
- Muñoz Suárez Arelys 256, 331
- Muñoz Valle José Francisco 43, 44, 62, 65, 266
- Muñoz Ordoñez Luis Iván 351
- Muñoz Suárez Arelys 256, 331
- Mysler Eduardo 52, 53, 246
- Nakasato Priscila 214
- Namas Rajaja 251
- Navarro Lara Shaul 313
- Navarro Zarza José Eduardo 62, 192, 343
- Navarro Hernández José Eduardo 43
- Navarro Rodríguez Pablo Michael 62
- Nieto Mendoza Alan Jose Francisco 138, 310
- Nieves Martínez Claudia Jacqueline 159, 162, 197
- Núñez Martínez Francisco Javier 367
- Núñez Álvarez Carlos A. 258, 320, 330, 363
- Ocampo Torres Mario César 185, 188, 225
- Ocampo Ulloa Isaac Antonio 103
- Ochoa Ayala Leticia Isabel 184
- Ochoa De León Guadalupe Montserrat 343
- Ochoa Saaib Jacobo 102
- Ojendis Jiménez Estefanía de los Ángeles 345
- Olguín Ortega María de Lourdes 317
- Olivares Martínez Elizabeth 329
- Olivas Fabela Guadalupe Minerva 337
- Olmedo Aguilar Arnulfo 76
- Olvera Soto Ma Guadalupe 38, 250, 253, 301

- Onofre Escutia Héctor Ulises 73
 Ontiveros Osuna Marcos Elian 97
 Oregón Romero Edith 44
 Ornelas Fajardo Mónica Belinda 254
 Oros Ovalle Cuauhtémoc 346
 Orozco Guillén Oralia Alejandra 17
 Ortega Mejía Ingrid Itzayanna 44, 220, 227
 Ortiz Bustamante Marco A. 313
 Ortiz Hernández Rodrigo 144, 367
 Ortiz Lazareno Pablo 230, 311
 Ortiz Saldívar Emmanuel Antonio 43, 47
 Ortiz Haro Ana Belén 208
 Ortiz Nazareno Pablo César 232
 Ortiz Nuño María Fernanda 215, 220, 274, 313, 370
 Ortiz Ríos Andrés Manuel 57, 244, 286, 287, 289, 291, 377
 Ortiz Santiago Sergio 242
 Ortiz Treviño Luciano 77, 78, 80, 238, 284
 Osnaya Guzmán Dana 115, 204
 Osorno Ramírez Diana Pamela 68, 70, 188
 Ospina Cano Juan Alberto 68
 Östör Andrew 249, 251, 253
 Ostos Prado María José 14, 16, 20, 22, 34, 37, 42
 Osuna Corrales Alejandra Jacquelin 239, 246, 296, 341
 Ovando Castillo Marely 193, 377, 378, 380
 Pablo Franco Sebastián 203
 Pacheco Flores Leslie 42
 Pacheco Tena César Francisco 4, 12, 22, 25, 32, 40, 66, 210, 226, 269
 Pacheco Vargas Darinka 284, 339
 Pacheco Silva César 32, 269
 Padierna Olivos Juan 227
 Padilla Ortiz Diana Marcela 48, 50, 217
 Paez Franco José Carlos 14
 Palafox Sánchez Claudia Azucena 44, 63, 230, 232, 233, 266, 306, 311
 Palafox Sosa Itzel 26, 36, 47, 380
 Palmer Cepeda Jonathan 118
 Palomeque Ramos Carlos Arturo 111
 Palomo Arnaud Karina 53, 209, 223, 243, 303
 Parra Rojas Isela 40
 Parra López Guillermo 183
 Pascual Ramos Virginia 4, 16, 28, 48, 50, 208, 217, 292, 329, 340
 Patricio Balbuena Luis Felipe 288
 Pedro Martínez Ángel Javier 97, 99, 102, 118, 183
 Pedroza Valdez Gerardo Joaquín 120
 Peláez Ballestas Ingris 3, 47, 73, 241, 247, 292, 306, 309, 335
 Peña Ayala Angélica Hayleen 45, 162, 292, 304, 310, 345
 Penn Sara 18
 Peña Peña Mario 39
 Peña Rivas Regina 15, 259, 366
 Peñaloza Andrade Arturo 238, 284
 Peralta Amaro Ana Lilia 189, 237
 Peralta García Irene 328
 Pérez Ayala Mayte Fabiola 369
 Pérez Guerrero Edsaúl Emilio 65
 Pérez Sevilla Cynthia Lizette 339
 Perez Barbosa Lorena 57, 62, 135, 240, 244, 286, 287, 289, 291, 293, 342, 377
 Pérez Bolde Hernández Arturo 98, 181, 364
 Pérez Coronado Coral del Sagrario 132, 304, 345
 Pérez Cristóbal Mario 256, 285
 Pérez Monterola Mitzi Montserrat 320
 Pérez Morales Pablo Miguel 77
 Pérez Peñate Yoandy 227
 Pérez Román Diana Isabel 237
 Pérez Sánchez Celia 43, 47
 Pérez Torres Israel 208
 Pérez Bolde Hernández Arturo 98, 181, 364
 Pesqueda Cendejas Karen 40, 41, 65
 Peter C. Taylor 52
 Peter K. Wung 48
 Pichardo Bahena Raul 162
 Pimentel León Rafael Rubén 89
 Pimentel Quiroz Víctor 277
 Pineda Alexis 224
 Pineda Villaseñor Carlos Javier 20, 45, 128, 304, 343, 345
 Pinheiro Marcelo 55
 Pinto Carrillo Esteban Mauricio 163, 166, 172
 Pinto Ortiz Mercedes 101
 Pizano Martínez Óscar Enrique 27, 41, 51, 54, 60
 Plácido Cuenca Carlos Daniel 157
 Plata Trejo Álvaro Daniel 308
 Poddubnyy Denis 200, 324
 Polina Lugo Rebeca Lizeth 24, 46, 211, 217, 229, 251, 264, 272, 273, 302, 304, 314, 315, 322, 326, 348, 354, 355, 361, 362, 363, 374
 Ponce Santillán Mara Alejandra 57, 62, 244, 286, 287, 291, 377
 Ponce Tejeda Alejandra 183
 Ponce Guarneros Juan Manuel 254
 Pons Estel Bernardo A. 335
 Pons Estel Guillermo 84, 214, 335
 Portela De la Rosa Victoria Eugenia 285
 Portela Hernández Margarita 188, 256
 Portillo Rivera Astrid Cristina 281
 Prado Bush Óscar Alfredo 345
 Prado Prado Andrea Axelle 239, 246, 274, 295, 341
 Pretel Gutiérrez Allan Ariel 160
 Prieto Carrasco Rodrigo 12, 32, 66, 210, 226
 Prieto Chávez Jessica Lakshmi 44, 220
 Puebla Miranda Miriam 132, 133
 Pusineri Paola 55
 Quesada Takaki Takeshi Leonel 137
 Quintanar Cuevas Mayra Nadia 36, 47
 Quirarte Tovar Edgar Federico 27, 41, 51, 54
 Rada Pascual Karla M. Rada 39
 Ramírez Flores María Fernanda 241, 242, 248, 306, 309, 335
 Ramirez Menchaca Yrazema 185
 Ramírez Sánchez Julio César 93, 128, 367
 Ramírez Alonso Judith Michelle 340
 Ramírez de Arellano Jorge Adrián 266
 Ramírez Ibarra Rubén Eduardo 360
 Ramírez Lara Edith 330
 Ramírez Luis Yenny 43, 47
 Ramírez Marcial Raúl 131
 Ramírez Pérez Astrid Asminda 225, 271, 305
 Ramírez Santillán Katia 64
 Ramírez Trujillo Milton Ismael 346
 Ramos Galeano Eliana Magali 153, 178, 193, 378, 380
 Ramos Martínez Espiridión 256
 Ramos Reza Karen Yaresi 236, 290, 294
 Ramos Sarmiento Carlos David 85, 87, 94, 97, 108
 Rangel Acosta Andrea 99
 Rangel Botello Adriana Nallely 74
 Rangel Gaona Carlos Alberto 287
 Ranza Roberto 55
 Rebella Martín 251
 Recendiz Flores Jazmín Paola 132, 171
 Reyes Balbuena David Saul 103
 Reyes Cordero Greta 306
 Reyes Hernández Rubén Darío 241
 Reyes Salinas Alfredo 38, 91, 248, 301
 Reyes Gonzaga Jaime 15, 175, 179, 262, 268, 310, 317, 359
 Reyes Ríos Eduardo 184
 Reyes Salinas Alfredo 38, 91, 248, 301
 Reyes Torres Bruno Eduardo 111, 124
 Reyes Yepiz Yessica Rubí 340
 Reyna Juárez Yatzil 14, 16, 20, 22, 34, 37, 42
 Reyna Hernández Ericka Sophia 374
 Reynosa Silva Ileana Cecilia 253, 303
 Reynoso Medina Luz Del Carmen 73, 279, 298, 318, 321, 375
 Riega Torres Janett Carmen Luzmila 53, 209, 223, 240, 243, 297, 303, 347
 Ríos Valencia Javier 22, 192
 Rivas Casillas Nancy Carolina 63
 Rivera Escoto Melissa 65
 Rivera Hernández Hiram Eduardo 337
 Rivera Long Morayma 244
 Rivera Rangel Manuel 42
 Rivera Terán Vijaya 55, 59, 214, 224, 234, 336
 Rivera Chávez Luis Ramón 22
 Rivero Gallegos Daphne 221, 222, 327

- Robles Salas David 282
 Rodarte Gallegos María Joselín 67
 Rodríguez Aguayo Sandra 193, 320, 377, 378, 380
 Rodríguez Aguilar Maribel 346
 Rodríguez Aguirre Larissa Josefina 124, 285
 Rodríguez Artigas Crhystian 337, 338
 Rodríguez Colín Sonia Fabiola 145, 326
 Rodríguez Flores Ana Gabriela 287
 Rodríguez Frayre Cynthia Mayela 116
 Rodríguez Guzmán Alma Leticia 163
 Rodríguez Henríquez Pedro José Alberto 121, 124, 160
 Rodríguez López Paloma 195
 Rodríguez Márquez Miguel Ángel 162
 Rodríguez Orozco Galilea 274
 Rodríguez Ramírez Maribel 153
 Rodríguez Raygoza Antonio José 236
 Rodríguez Reyes María Mercedes 298, 321, 375
 Rodríguez Reyna Tatiana Sofía 231, 285
 Rodríguez Rodríguez Iza Fernanda 297
 Rodríguez Sibaja María José 17
 Rodríguez Vega Liliana Patricia 292, 304,
 Rodríguez-Jiménez Norma Alejandra 351
 Rodríguez-Santillán Larissa Rene 254
 Rodríguez Flores Estela América 367
 Rojas Abarca Daniela Isabel 71, 122, 366
 Rojas Mendoza Josue 123
 Rojas Serrano Jorge 221, 256, 327, 331
 Roldán Ortega Jessica Isabel 26, 36, 186, 380
 Román Lourdes 224
 Román Fernández Ilce Valeria 45, 233
 Román Montes Carla M. 313
 Romero Ana 18
 Romero Ávila Aldo Patricio 287
 Romero García Héctor Adán 44, 220, 227
 Romero Ibarra Jaime 283, 284, 339
 Romero López José Pablo 25, 44, 360
 Romero López Nayeli 44, 220, 227
 Romero Montero Alejandra 36
 Romero Vázquez Ivonne 137
 Romo Aguiñaga Gabriela 299
 Roque González Gabriela 101, 353
 Rosales don Pablo Victor Manuel 162, 190, 197, 353
 Rosales Gómez Roberto Carlos 41, 54
 Rosas Navarro Karime Guadalupe 337
 Rosas Bolaños Karla Marisol 345
 Rosas Noriega Sara Montserrat 123, 187
 Rosas Villegas Carina Estephania 170
 Rosete Paredes Oliver Iván 102
 Rosiles De la Garza Sara Georgina 240
 Rostan Sofía 55
 Rousselin Jaboulay Cubillos Amelie Magda Constance 165
 Roy Sourav 25
 Rubbert Roth Andrea 214, 324
 Rubio Pérez Nadina Eugenio 240, 279, 280, 293, 298, 318, 321, 338, 375
 Ruiz Ballesteros Adolfo Isaac 65
 Ruiz Contreras Alejandra E. 310
 Ruiz Figueroa Luisa del Carmen 95
 Ruiz Gómez Natyelly Itzel 256, 331
 Ruizesparza Hinojos Daniel 22, 40
 Rull Gabayet Marina 245
 Saavedra Salinas Miguel Ángel 4, 15, 42, 55, 59, 234, 260, 262, 310, 317, 344, 359, 369
 Saeb Lima Marcela 192
 Salas-Leiva Joan Sebastián 12
 Salazar Camarena Diana Celeste 44, 45, 63, 230, 232, 233, 266, 312
 Salazar Mendoza Rebeca Aurora 152, 181
 Salazar Páramo Mario 41, 54, 60, 111, 143
 Salcedo Almanza Diego Azamat 46, 211, 251, 273, 304, 348
 Salcedo Soto Daniela Alejandra 274, 275, 276, 295, 296, 340, 341, 349
 Saldaña Cruz Ana Miriam 254, 351
 Saldarriaga Rivera Lina María 68, 85, 87, 90, 94, 97, 108
 Salinas Vásquez Leticia 181
 Salinas Zamora Karla 213, 249, 347
 Samarjian Karkourian Thamara Keila 221
 Sánchez Sánchez Roberto 367
 Sánchez Zazueta Eduardo 337
 Sánchez Alonso Silvia 105, 134, 135, 338
 Sánchez Arriaga Arturo 236
 Sánchez Cruz Azucena Alheli 260
 Sánchez De la Cruz Ryan Jared 349
 Sánchez Gloria José Luis 39,
 Sánchez González Antonio 260, 310
 Sánchez Hernández América 208
 Sánchez Márquez Lilia del Carmen 153, 154
 Sánchez Moreno Ana Laura 103
 Sánchez Muñoz Fausto 26, 36, 39, 380
 Sánchez Peralta Eglá Samantha 126, 240, 243, 276, 295, 297, 340, 349
 Sánchez Pérez Samanta 43, 44, 47, 220, 360,
 Sánchez Rodríguez Martha A. 242, 343
 Sánchez Rodríguez Samuel Antonio 242, 343
 Sánchez Romero David 244
 Sánchez Valentín Itzel Maxine 104, 130
 Sánchez Zuno Gabriela Athziri 65
 Sánchez Gloria José L. 39
 Sander Strengholt 52, 251, 255
 Sandino Bermúdez Marlon 212, 258, 363
 Sandoval León 343
 Santana de Anda Karina 16, 20, 34, 42, 245
 Santana Delgado Jessica 343
 Santana Sánchez Paola 255
 Santiago Casaos Denisse Lizeth 118
 Santiago Díaz Alina 17
 Santiago Manzano Mónica Elvira 105, 131, 136, 143
 Santillán Guerrero Eva Nina 367
 Santizo Ávila Adriana Estefanía 5, 153, 178, 193, 377, 378, 380
 Sarmiento Lizarraga Elizabeth 165
 Schmidt Wolfgang 18
 Sepúlveda Jesús 310
 Serna Peña Griselda 215, 220, 275, 299, 313, 370
 Serna Reyes Miguel Ángel 365
 Serrano Vértiz Laura 369
 Serratos Álvarez Iris Natzlielly 36
 Setty Arathi 18
 Shmagel Anna 324, 355
 Sicsik Ayala Sandra Araceli 55, 59, 67, 234
 Sidiropoulos Prodromos 251
 Sieper Joachim 355
 Sierra Del Ángel Fátima 138
 Sifuentes Cantú César Armando 145, 326
 Siller Gámez Pablo 239, 246, 295, 296, 341
 Silva Álvarez Camila 121, 189
 Silva Juárez Brenda Michel 300
 Silva Luna Karina 190, 293, 338
 Silveira Torre Luis Humberto 3, 5, 11, 26, 36, 39, 186, 343, 380
 Silvestre Flores Ivan Israel 115
 Siqueira Mónica 214
 Skinner Taylor Taylor Cassandra Michele 57, 62, 135, 240, 244, 275, 286, 287, 289, 291, 293, 342, 377
 Sommerfleck Fernando 360
 Song In-Ho 324
 Sosa Esquivel Lenin Gustavo 72
 Soto Macarena 214
 Soto Abraham María Virgilia 224
 Soto Fajardo Rosa Carina 11, 45, 128, 345
 Soto López María Elena 208, 276
 Stadler Bárbara 224
 Strengholt Sander 52, 251, 255
 Tae-Hwan Kim 324
 Tanaka Yoshiya 214
 Tapia López Emmanuel 380
 Tapia Rodríguez Miguel 22
 Tavera Alonso Claudia 39
 Taylor Peter 52
 Telles Gómez Ali 236
 Tello Adriana López 31
 Tello Romero Vania Janet 155
 Tenorio Aguirre Erika Karina 121
 Tinajero Nieto Lizbet 310
 Tlacuilo Parra José Alberto 281
 Toledo Motta Juan Pablo 215, 220, 313, 370

- Toral Sandoval José Fabián 150
 Toriz González Guillermo 60
 Torres Arredondo Dulce Rosario 111, 121
 Torres González Gustavo 197, 350
 Torres Jiménez Alfonso Ragnar 108, 201, 285
 Torres Made Marcia Daniela 82
 Torres Quintanilla Francisco Javier 213, 249, 264, 347
 Torres Ruiz José Jiram 14, 16, 17, 20, 22, 34, 37, 42, 59, 184, 234, 245, 329, 336
 Torres Valdez Estefanía 59, 234, 310
 Tovar Cuevas Álvaro Jovanny 41, 54
 Tovar Martínez Selena Lizbeth 96
 Trinidad González Marco Alejandro 330
 Trinidad Vanegas Alejandra 88, 127, 204
 Trujillo Hernández Consuelo Alejandra 174, 342
 Turrent Carriles Alonso 85
 Turrubiates Hernández Francisco Javier 43, 62
 Ulloa López Jexa Alitzel 99
 Uresti Osvaldo 229, 251
 Uribe Martínez Jefe Felipe 164, 343, 367,
 Uribe Uribe Norma Ofelia 31
 Urrutia López Zarú Isaac 123
 Valdés Corona Luis Francisco 59, 234
 Valdez Benavides Nathalia 246, 295, 296
 Valdez Galván Raul Eugenio 159
 Valdez Vargas Gerardo 237
 Valdivieso Ruiz Guiescanda Melisa 95
 Valenzuela Ruelas Ismael de Jesús 11, 186
 Valero Gaona Grissell Alejandra 92, 155
 Valinotti Vannia 336
 Valladares Pérez José Humberto 43, 47
 Valle Gutiérrez Sarahí 20
 Vallejo Cortés Alejandra 364
 Van den Bosch Filip 200, 324
 Van der Heijde Desiree 47, 324, 355, 356, 361
 Vargas Avilés Anna Sofía 150, 153, 156, 172,
 Vargas Segura Jeffrey Alfredo 147
 Vargas Cañas Steven 60
 Vargas Gutiérrez David 118
 Vargas Sánchez Laura 48
 Vargas Solís Pamela 102, 356
 Vargas Guerrero Angélica 11, 36, 60, 106, 186, 195, 196, 285, 316, 320, 342, 343
 Vázquez Vázquez Julio Alberto 160
 Vázquez Ramírez Mariana 140
 Vázquez del Mercado Espinosa Mónica 41, 51, 54, 60, 343
 Vázquez Fuentes Brenda Roxana 43
 Vázquez Guevera Saúl Alejandro 77, 78, 80, 238, 268, 284, 310, 317,
 Vázquez Hernández Adriana Elizabeth 192, 308
 Vázquez Mellado Janitzia 3, 20, 21, 22, 192, 343
 Vázquez Zaragoza Miguel Ángel 68
 Vega Chávez Edgar Miguel 38, 301
 Vega Cornejo Gabriel 120, 151
 Vega Govea Roberto 69
 Vega Morales David 59, 214, 234, 336
 Velador Mendoza Jhonatan 230, 311
 Velasco Espinal José Eduardo 227, 304
 Velasco Quintana Montserrat 118, 358
 Velasco Santos Jorge Isaac 79, 367
 Velázquez Díaz Verónica Edith 174
 Velázquez Verdugo Martín Alejandro 82, 100
 Velázquez Castillo Araceli 205
 Velázquez Cruz Alejandra 79, 108, 201
 Velázquez Zarza Karyme Zazil 47
 Veloz Aranda José Antonio 174
 Ventura Valenzuela María Elena 343, 367
 Venzor Castellanos Juan Pablo 121
 Vera Del Valle Sandra Valentina 310
 Vera Bustamante David 26, 36, 47, 380
 Vera Lastra Olga Lidia 4, 42, 110, 189, 237, 242
 Verdugo Félix José Flavio 271, 305
 Vereca Martínez Brenda 197
 Villa Calderón Julio César 131
 Villagrán Peñaflo Luis Eduardo 344
 Villalobos Espinosa Vivian Edith 284
 Villalobos Torrijos Rocío 214, 251
 Villarreal Treviño Ana Victoria 240, 279, 280, 298, 375
 Villarreal Alarcón Miguel Ángel 236, 274, 275, 276, 294, 298, 374
 Villarruel Barajas Itzel Mariana 188, 271, 305
 Villaseñor García Alan Mauricio 220
 Villasis Keever Miguel Ángel 221
 Villeda Álvarez María de los Ángeles 159, 162, 197
 Virgen Cuevas Margarita María 165
 Viruel Mejía Luz Angélica 26, 36, 47, 380
 Viruete Lerma Silvia Itzel 89, 146, 164, 367
 Vite Castillo Alessandro Javier 303
 Wick-Urban Bettina 52
 Winthrop Kevin 214
 Wung Peter 18, 324, 355
 Xibillé Friedmann Daniel Xavier 38, 83, 91, 159, 227, 248, 250, 253, 301, 304
 Yan Song 301
 Yáñez Barraza Karina Lizbeth 64
 Yeo Reyes Miguel Ángel 111, 143
 Yihan Li 324
 Yupe Flores Alicia Verónica 343
 Zamora Medina María del Carmen 17, 261, 294
 Zamora Tehozol Erick Adrián 350
 Zamudio Cuevas Yessica 36, 37
 Zapata Zúñiga Martín 225
 Zárata Miguel 108
 Zavala Muñoz Michel 81, 129,
 Zazueta Leyva Brianda Guadalupe 138, 139, 176, 281, 379
 Zeferino Cruz Maritza 79, 108, 201
 Zhao Weihai 8
 Zorzona Ramírez Nancy Lucía 120
 Zúñiga Román Salvador 47



COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA, A.C.