

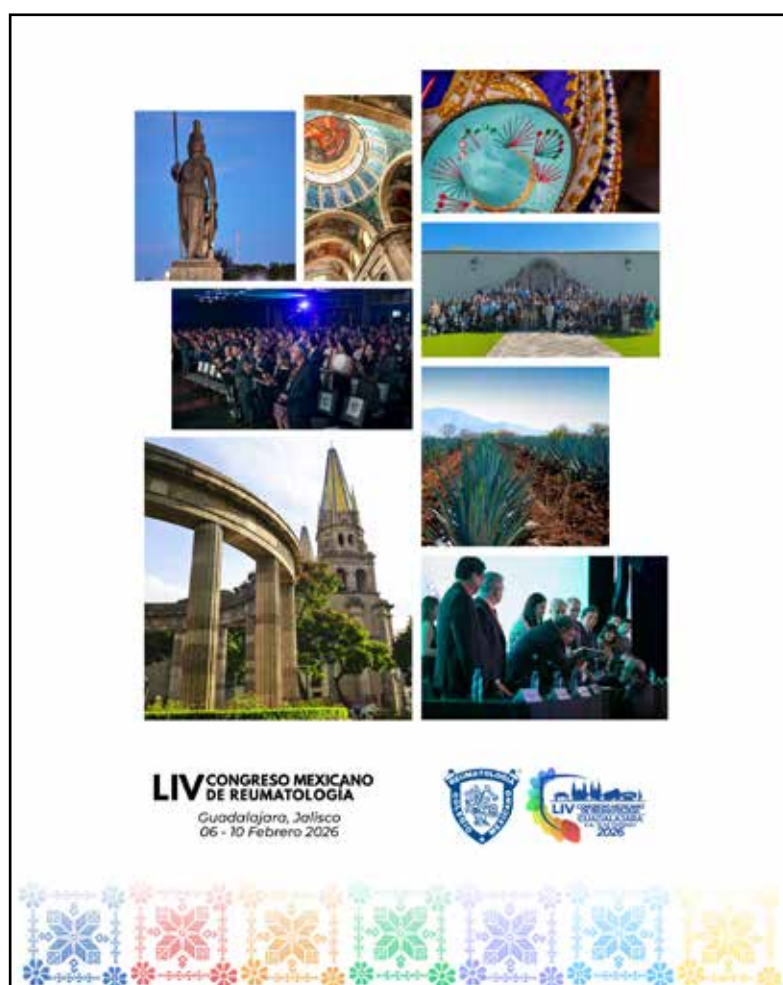
Reumatología Clínica

Volumen 22, Suplemento 1

Febrero 2026

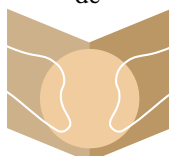
LIV Congreso Mexicano de Reumatología

6 al 10 de febrero de 2026



Disponible en Index
Medicus/MEDLINE
desde Enero 2011.

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*

Ma 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 Masmitjà
*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 Guarda
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

Efraín 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

Maria 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 Marengo 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

Maria 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

Maria del Carmen Navarro González
Ciudad de México, México

Juan Elmer Olguín 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

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. Caracul Ruiz

Iván Castellvi Barranco

M^a Concepción Castillo Gallego

Olaia Fernández de Berrizbeitia

Sara Manrique Arija

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 Ruiz 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: reumatologiaclinica@elsevier.com
Tel.: 932 000 711. Fax: 932 091 136

© 2026 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, el cual reúne los resúmenes de los trabajos que serán presentados durante el **LIV Congreso Mexicano de Reumatología**, a celebrarse en la ciudad de **Guadalajara, Jalisco**.

Este Congreso representa no solo un encuentro académico y científico de alto nivel, sino también la continuidad de una historia compartida de compromiso con la educación médica continua. En un momento en el que el valor del encuentro presencial adquiere un significado especial, se fortalece el intercambio directo de conocimientos, experiencias y la reflexión colectiva entre colegas.

En este suplemento podrán consultarse los resúmenes correspondientes a presentaciones plenarias, sesiones simultáneas, discusiones de carteles, carteles generales, discusión de casos clínicos y carteles de casos clínicos, reflejo del alto nivel académico, la diversidad de enfoques y el esfuerzo constante de nuestra comunidad científica.

Sean todos bienvenidos al **LIV Congreso Mexicano de Reumatología**. Confiamos en que este encuentro sea exitoso y enriquecedor desde el punto de vista académico, científico y humano.

Afectuosamente,

**Comité Ejecutivo Colegio
Mexicano de Reumatología, A.C.**

Reumatología Clínica

Volumen 22, Suplemento 1

Febrero 2026

Sumario

Sesiones

- 1** Plenarias (P01- P24)
- 25** Simultáneas (S01-S35)
- 55** Casos Clínicos (CC001-CC155)
- 166** Discusión de Casos Clínicos (DCC001-DCC031)
- 189** Discusión de Carteles (DC001-DC030)
- 213** Carteles Generales (CG001-CG197)

Reumatología Clínica

Volume 22, Supplement 1

February 2026

Contents

Sessions

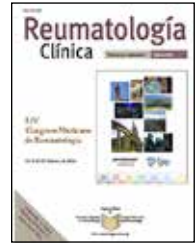
- 1** Plenary (P01- P24)
- 25** Simultaneous (S01-S35)
- 55** Clinical Challenges (CC001-CC155)
- 166** Clinical Challenges Discussion (DCC001-DCC031)
- 189** General Posters Discussion (DC001-DC030)
- 213** General Posters (CG001-CG197)



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiainclinica.org



LIV Congreso Mexicano de Reumatología

PLENARIAS

P01

PARTICIPACIÓN DEL FACTOR DE CÉLULAS T₁ (TCF₁) EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO (SSP) Y SECUNDARIO (SSS)

G. Fonseca-Camarillo¹, J. Furuzawa-Carballeda², G. Hernández-Molina², D. Aguilar-León², L.M. Amezcua-Guerra¹, B. Fisher-Bautista¹, A. Aranda-Fraustro¹, M.L. Loredó-Mendoza¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los estudios recientes han informado funciones del factor de transcripción TCF1 en la activación de linfocitos T periféricos en procesos autoinmunes. En linajes de linfocitos T CD8+ se requiere el TCF1 para la autorrenovación de linajes *stem* y para la diferenciación de las células T foliculares y células T foliculares reguladoras.

Objetivo: Evaluar la participación del factor de células T₁ (TCF1) en suero y biopsias de glándulas salivales menores de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp), secundario (SSs), LES, AR, esclerodermia y controles.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles que incluyó a un total de 43 pacientes con SS (24 con SS primario y 19 con SS secundario), seis con esclerodermia, seis con LES, cuatro con AR y un grupo control de 19 pacientes sin SS. Se emplearon sueros y bloques de parafina de biopsias de glándula salival menor. Por medio de inmunohistoquímica se detectaron *in situ* células dobles positivas (TCF1+/CD8+).

Resultados: La edad promedio en los pacientes con SSp fue de 54,11 años y en los pacientes con SSs de 44,0 años, mientras que en el grupo control fue de 44,9 años. Con respecto al sexo, el 100% de los pacientes con SSp y SSs correspondió a mujeres, en tanto que en el grupo control fue 80% de mujeres y 20% de hombres. Se determinó un incremento de la síntesis de TCF1 en los sueros de pacientes con SSp en comparación de los controles ($p = 0,001$). El porcentaje de células dobles positivas (TCF1+/CD8+) se incrementó en el tejido de glándulas salivales menores del grupo de pacientes con síndrome de Sjögren primario en comparación con el grupo control ($p < 0,001$). Se observó un aumento del porcentaje de células dobles positivas de los tejidos de GSM de pacientes con esclerodermia, SS secundario y LES, SS secundario y AR, y AR en comparación con el grupo control ($p = 0,043$, $p = 0,014$, $p < 0,001$ y $p = 0,011$, respectivamente).

Conclusiones: El porcentaje de células TCF1+/CD8+ aumentó en muestras de tejido y suero de MSG de pacientes con SSp. Comprender el papel de TCF1 y otros factores de transcripción en la disfunción de los linfocitos T podría proporcionar información sobre la patogenia del síndrome de Sjögren y, potencialmente, fundamentar estrategias terapéuticas en enfermedades autoinmunes.

Bibliografía

- Escobar G, Mangani D, Anderson AC. T cell factor 1: a master regulator of the T cell response in disease. *Science Immunology*. 2020;5(53).

P02

EVALUACIÓN DE SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T, RELACIÓN CD4/CD8 Y P16INK4A EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO Y DETERIORO COGNITIVO

E. Cimé-Aké, G. Lima, E. Godínez-Lazarini, S. Juárez, H. Marín-López, A. Gómez-Rodríguez, D. Flores-Hernández, I. Flores-Hernández, D.F. Hernández-Ramírez, L. Llorente, H. Frago-Loyo

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El deterioro cognitivo (DC) en el lupus eritematoso generalizado (LEG) podría relacionarse con una distribución diferente de las subpoblaciones de linfocitos T y con un estado proinflamatorio crónico vinculado con la inmunosenescencia.

Objetivo: Evaluar la distribución de las subpoblaciones de linfocitos T y marcadores de inmunosenescencia en pacientes con LEG y DC.

Material y métodos: Se incluyó a mujeres de 18 a 50 años, clasificadas con LEG (criterios EULAR/ACR 2019). Se excluyó a las mujeres con otras enfermedades autoinmunes, excepto los síndromes antifosfolípido o de Sjögren, que recibieran cualquier fármaco biológico en los seis meses previos, con SLEDAI-2K clínico > 0 , SLICC/ACR Damage Index (SDI) ≥ 1 , tratamiento actual con prednisona $> 7,5$ mg/día, escolaridad ≤ 6 años, embarazo o insuficiencia ovárica prematura, infección activa, enfermedad maligna, antecedente de otras manifestaciones neuropsiquiátricas, otras comorbilidades crónicas o trastorno depresivo mayor. Como grupo control se incluyó a mujeres sanas (controles sanos, CS) pareadas por edad ± 5 años. A las pacientes estudiadas se les aplicó una batería neurocognitiva para evaluar ocho dominios: concentración, memoria verbal, memoria visuoespacial, lenguaje, velocidad de procesamiento, velocidad motora, resolución de problemas y función ejecutiva. Se definió DC cuando una paciente registraba puntuaciones ≥ 2 desviaciones estándar por debajo de la media de los datos normativos, en al menos un dominio cognitivo. Según la evaluación neurocognitiva, las participantes se clasificaron como LEG con DC, LEG sin DC y CS. El perfil de subpoblaciones linfocitarias de cada paciente se determinó mediante citometría de flujo. Se consideró como marcador de inmunosenescencia a la relación invertida de linfocitos CD4+/CD8+ < 1 . La expresión relativa del gen *p16INK4a* en linfocitos T CD3+ se consideró otro marcador de inmunosenescencia y se evaluó mediante purificación de células CD3+ de sangre periférica, extracción de RNA, qPCR y análisis de expresión relativa (ddCT) normalizada con el gen constitutivo *GAPDH*. Se registraron los datos demográficos y las características clínicas del lupus. Análisis estadístico: prueba ji cuadrada, exacta de Fisher, suma de rangos de Wilcoxon o Kruskal-Wallis.

Resultados: Se incluyó a 15 pacientes en cada grupo. La edad de las participantes fue similar. Las pacientes con LEG y DC presentaron un menor nivel educativo en comparación con aquellas con LEG sin DC y CS, así como mayor duración de la enfermedad respecto de las pacientes con LEG sin DC (Tabla 1). En las pacientes con LEG y DC, el dominio cognitivo afectado con más frecuencia fue la velocidad motora (73,3%), seguido de

la memoria visuoespacial (33,3%), velocidad de procesamiento (13,3%), memoria verbal (6,6%), lenguaje (6,6%) y resolución de problemas (6,6%). Las pacientes con LEG y DC presentaron valores significativamente menores de linfocitos T CD4+ vírgenes y mayores de linfocitos T CD8+ en comparación con los otros grupos. La frecuencia de la relación invertida CD4+/CD8+ y la expresión relativa de p16INK4a se encontraron significativamente más elevadas en el grupo de LEG con DC en comparación con el grupo de LEG sin DC y CS (Figura 1).

Conclusiones: En las pacientes con LEG y DC se identificaron cifras más bajas de linfocitos T CD4+ vírgenes, más elevadas de linfocitos T CD8+ y una mayor presencia de marcadores de inmunosenescencia respecto de las pacientes con LEG sin DC y CS. La inmunosenescencia podría desempeñar un papel en el desarrollo del DC en el LEG.

Bibliografía

- Gu Z, Cao X, Jiang J, Li L, Da Z, Liu H, *et al.* Upregulation of p16INK4A promotes cellular senescence of bone marrow-derived mesenchymal stem cells from systemic lupus erythematosus patients. *Cell Signal.* 2012;24(12):2307-14.
- Tilman G, Bouzin S, Aydin S, Tamirou F, Galant C, Coulie PG, *et al.* High p16INK4a, a marker of cellular senescence, is associated with renal injury, impairment and outcome in lupus nephritis. *RMD Open.* 2021;7(3):e001844.

Tabla 1. Datos demográficos, subpoblaciones y marcadores de inmunosenescencia de las pacientes estudiadas. (P02)

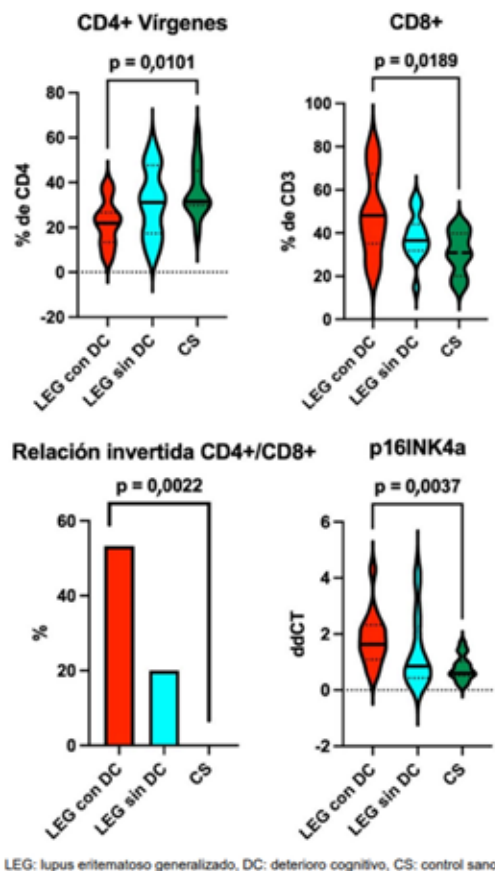
Variable	LEG con DC, n = 15	LEG sin DC, n = 15	CS, n = 15	p
Características demográficas y clínicas				
Edad, años	41,9 (38,2-48,4)	39,4 (27,2-43,3)	42,2 (34,7-51,8)	0,333
Nivel educativo, años	10,2 (8,2-13,3)	15,5 (12,2-16,4)	19,1 (14,2-26,4)	0,004*
Duración de la enfermedad, años	16,0 (11,7-20,0)	10,1 (5,8-15,7)	-	0,032*
SLEDAI-2K clínico	0 (0-0)	0 (0-0)	-	0,335
SDI	0 (0-0)	0 (0-0)	-	1,000
CD4+				
CD3+/CD4+	% 46,4 (25,9-58,1)	53,8 (47,1-58,9)	57,9 (52,7-61,3)	0,117
Vírgenes	% 21,9 (13,4-26,6)	31,1 (17,3-47,7)	31,5 (29,7-45,2)	0,012*
MC	% 32,8 (18,3-42,9)	35,8 (14,8-44,3)	28,0 (26,5-42,2)	0,994
ME	% 36,3 (18,8-52,1)	26,5 (14,9-36,2)	29,0 (18,3-37,1)	0,248
TEMRA	% 3,3 (1,3-6,3)	1,6 (0,7-16,6)	2,5 (0,9-4,4)	0,304
CD8+				
CD3+/CD8+	% 48,1 (35,0-67,4)	36,5 (31,9-44,0)	30,9 (20,1-39,8)	0,023*
Vírgenes	% 27,7 (5,6-51,1)	32,6 (21,1-43,2)	15,8 (8,0-34,0)	0,336
MC	% 4,2 (1,6-8,6)	6,0 (0,9-14,2)	6,8 (4,7-7,9)	0,736
ME	% 18,3 (15,0-28,5)	17,1 (11,4-27,1)	27,2 (18,6-50,4)	0,086
TEMRA	% 19,3 (3,8-29,2)	9,8 (4,2-24,4)	6,0 (2,4-20,4)	0,192
Marcadores de inmunosenescencia				
Relación invertida CD4+/CD8+, n (%)	8 (53,3)	3 (20,0)	0 (0)	0,003*
p16INK4a, ddCT	1,6 (1,0-2,3)	0,8 (0,4-2,2)	0,6 (0,5-1,0)	0,005*

Los datos se expresan como proporciones (porcentajes) o medianas (rangos intercuartiles). Análisis estadístico: para las variables nominales se utilizaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher; para las variables numéricas se empleó la prueba de Kruskal-Wallis.

MC, memoria central; ME, memoria efectora; TEMRA, linfocitos T de memoria efectora que reexpresan CD45RA.

*Estadísticamente significativo.

Figura 1. Diferencias estadísticamente significativas en subpoblaciones y marcadores de senescencia en linfocitos T de las pacientes estudiadas. (P02)



LEG: lupus eritematoso generalizado, DC: deterioro cognitivo, CS: control sano.

P03

EFEECTO DE LOS POLIMORFISMOS DEL GEN *XDH* EN LOS NIVELES SÉRICOS DE LA XANTINA OXIDORREDUCTASA Y ÁCIDO ÚRICO EN GOTA

J.A. Román-Olmos, J. Fernández-Torres, Y.E. Zamudio-Cuevas, R. Espinosa-Morales

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La gota es una enfermedad caracterizada por la acumulación de cristales de urato monosódico (CUM) en los tejidos blandos y las articulaciones, consecuencia de valores elevados de urato sérico¹. Se clasifica como una enfermedad reumática crónica de origen metabólico². Diversos polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) se han relacionado con la actividad transcripcional o la expresión de moléculas en la vía de las purinas³. Se han descrito variantes en el gen *XDH*, encargado de codificar la xantina oxidoreductasa, enzima clave en la producción de ácido úrico. No obstante, estos SPN no se han investigado en pacientes con gota⁴⁻⁶.

Objetivo: Evaluar la relación de los polimorfismos rs17323225 y rs17011368 del gen *XDH* en pacientes con gota, así como su efecto sobre las concentraciones séricas de urato y xantina oxidoreductasa.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio de casos y controles que incluyó a 41 pacientes con diagnóstico clínico de gota atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación, y a 40 controles sanos emparejados por sexo. La genotipificación de las variantes rs17323225 y rs17011368 se realizó mediante PCR en tiempo real. Las concentraciones séricas de glucosa, colesterol, triglicéridos y urato se midieron por métodos colorimétricos

estándar, mientras que la cuantificación de la xantina oxidoreductasa se efectuó por ELISA. La relación entre los genotipos y la gota se evaluó con la regresión logística y se exploraron correlaciones con las cifras de urato y xantina oxidoreductasa.

Resultados: Los pacientes con gota tuvieron concentraciones séricas de urato significativamente más elevadas que los controles ($8,0 \pm 2,69$ vs. $5,82 \pm 2,63$ mg/dL, $p = 0,0004$), así como valores superiores de triglicéridos ($168,9 \pm 56,2$ vs. $132,6 \pm 60,7$ mg/dL, $p = 0,007$). La variante rs17323225 mostró una mayor frecuencia del genotipo homocigoto TT en pacientes con gota, en relación con un incremento significativo del riesgo de enfermedad (OR = 3,69, IC95%, 1,06-12,8, $p = 0,04$). Los individuos con genotipo TT registraron concentraciones séricas de urato más elevadas que aquéllos con genotipos CT y CC ($10,2$ [RIC 3,7] vs. $8,27$ [RIC 1,5] y $5,53$ [RIC 1,3] mg/dL, respectivamente, $p < 0,001$) (Tabla 1). Además, los portadores del genotipo CT mostraron cifras de urato $2,76$ mg/dL más altas que las del genotipo de referencia ($\beta = 2,76$, IC95% $1,02-4,49$, $p = 0,003$). El haplotipo T-C se vinculó con un mayor riesgo de gota en comparación con el haplotipo T-T (OR = 3,22, IC95%, $1,31-7,69$, $p = 0,012$ vs. OR = 1,16, IC95%, $0,36-2,84$, $p = 0,980$).

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la variante rs17323225 del gen *XDH*, en particular el genotipo TT, se relaciona de manera significativa con un mayor riesgo de desarrollar gota y con concentraciones elevadas de urato sérico en la población mexicana.

Tabla 1. Perfil clínico y bioquímico de acuerdo con la distribución genotípica de la variante rs17323225 (1936 C > T). (P03)

	Pacientes gota, n = 41				CS, n = 40			
	CC (n = 11)	CT (n = 13)	TT (n = 17)	p	CC (n = 17)	CT (n = 17)	TT (n = 6)	p
Edad (años)	56,0 (17)	58,0 (9)	48,0 (24)	0,498	33,0 (11)	45,0 (25)	43,5 (37)	0,159
Género, n (%)								
Hombre	11 (100)	11 (84,6)	17 (100)	0,104 [#]	16 (94,1)	16 (94,1)	6 (100)	0,830 [#]
Mujer	0 (0,0)	2 (15,4)	0 (0,0)		1 (5,9)	1 (5,9)	0 (0,0)	
IMC (kg/m ²)	30,1 (8,4)	26,2 (7,4)	31,1 (8,6)	0,284	26,3 (4,0)	24,8 (7,6)	26,8 (5,8)	0,770
Perfil bioquímico								
Glucosa (mg/mL)	84,1 (37,3)	95,4 (34,4)	86,8 (18,6)	0,607	102,9 (37,1)	86,9 (26,5)	101,9 (33,6)	0,555
Colesterol (mg/dL)	136,1 (61,6)	131,0 (32,6)	129,2 (39,1)	0,526	163,9 (38,9)	152,6 (57,0)	137,4 (87,8)	0,598
Triglicéridos (mg/dL)	138,3 (120)	180,2 (91,7)	163,8 (62,7)	0,503	118,2 (73,3)	127,9 (115)	114,3 (118)	0,491
Urato (mg/dL)	5,53 (1,3)	8,27 (1,5)	10,2 (3,7)	< 0,001	6,1 (4,4)	5,63 (5,5)	5,57 (4,0)	0,951

Los datos se muestran como mediana y rango intercuartílico (RIC).

CS, controles sanos; IMC, índice de masa corporal. Los valores de p se calcularon mediante la prueba de Kruskal-Wallis, $\alpha = 0,05$. Los valores de p se determinaron mediante la prueba de χ^2 , $\alpha = 0,05$. Los valores de p significativos se muestran en negritas.

Bibliografía

- Dalbeth N, Gosling AL, Gaffo A, *et al.* Lancet. 2021;397(10287):1843-1855. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00569-9.
- Li Q, Li X, Wang J, *et al.* Diagnosis and treatment for hyperuricemia and gout: a systematic review of clinical practice guidelines and consensus statements. BMJ Open. 2019;9(8):e026677.
- Tin A, Marten J, Halperin Kuhns VL, *et al.* Target genes, variants, tissues and transcriptional pathways influencing human serum urate levels. Nat Genet. 2019;51(10):1459-1474.
- Fernández-Torres J, López-Macay A, Zamudio-Cuevas Y, *et al.* Role of HIF1A gene polymorphisms with serum uric acid and HIF-1 α levels in monosodium urate crystal-induced arthritis. Clin Rheumatol. 2024;43(11):3477-3485.

- Saksit N, Nakkam N, Konyoung P, *et al.* Comparison between the HLA-B*58:01 Allele and single-nucleotide polymorphisms in chromosome 6 for prediction of allopurinol-induced severe cutaneous adverse reactions. J Immunol Res. 2017;2017:2738784.
- Fernández-Torres J, Martínez-Nava GA, Martínez-Flores K, *et al.* The interplay between HLA-B and NLRP3 polymorphisms may be associated with the genetic susceptibility of gout. Mol Biol Rep. 2022;49(11):10205-10215.

P04

EVALUACIÓN TRANSCRIPTÓMICA DE FIBROBLASTOS SINOVIALES EXPUESTOS A GRANZIMA A REVELA MECANISMOS PATOGENÉTICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE

S. Ramírez-Pérez¹, P. Bhattaram², S. Gautam², S.Q. Rodríguez-Lara³, M. Vázquez-Del Mercado⁴

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético (IIRSME), CUCS, Universidad de Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Emory Musculoskeletal Institute, Department of Orthopaedics, Emory University School of Medicine, USA, ⁽³⁾Universidad Autónoma de Guadalajara, Programa Internacional de Medicina, Zapopan, Jalisco, ⁽⁴⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Los mediadores inflamatorios conducen a una activación crónica de fibroblastos sinoviales (FS) y favorecen el establecimiento de artritis reumatoide (AR). La granzima A (GzmA) parece promover estos mecanismos patogénicos a nivel local, en la articulación de pacientes con AR. Este estudio evaluó el efecto de la GzmA sobre mecanismos patogénicos mediante secuenciación de ARN en FS de pacientes con AR.

Objetivo: Evaluar el efecto de la GzmA sobre la estimulación de FS de pacientes con AR *in vitro*, mediante análisis transcriptómico de secuenciación de ARN.

Material y métodos: Los FS de pacientes con AR se cultivaron durante 24 h. Con posterioridad se realizaron estímulos con 0,01 y 0,05 μ g/mL de GzmA (R&D Systems, 2905-SE-010). Tras 24 horas se realizó la extracción de ARN total y la secuenciación de ARN (Illumina NovaSeq) de los FS tratados con ambas concentraciones de GzmA. Se utilizaron como controles los datos de secuenciación de RNA de FS de dos pacientes con osteoartritis (OA). El análisis diferencial consideró $p < 0,05$ y $|\log_2 FC| \geq 1,5$ y se efectuó en BioJupies. El análisis de enriquecimiento funcional se llevó a cabo en R mediante las paqueterías clusterProfiler, ReactomePA y enrichplot, y se evaluaron las vías de señalización (KEGG) y vías moleculares (Reactome). Se consideró un valor de $p < 0,05$ como criterio de significancia.

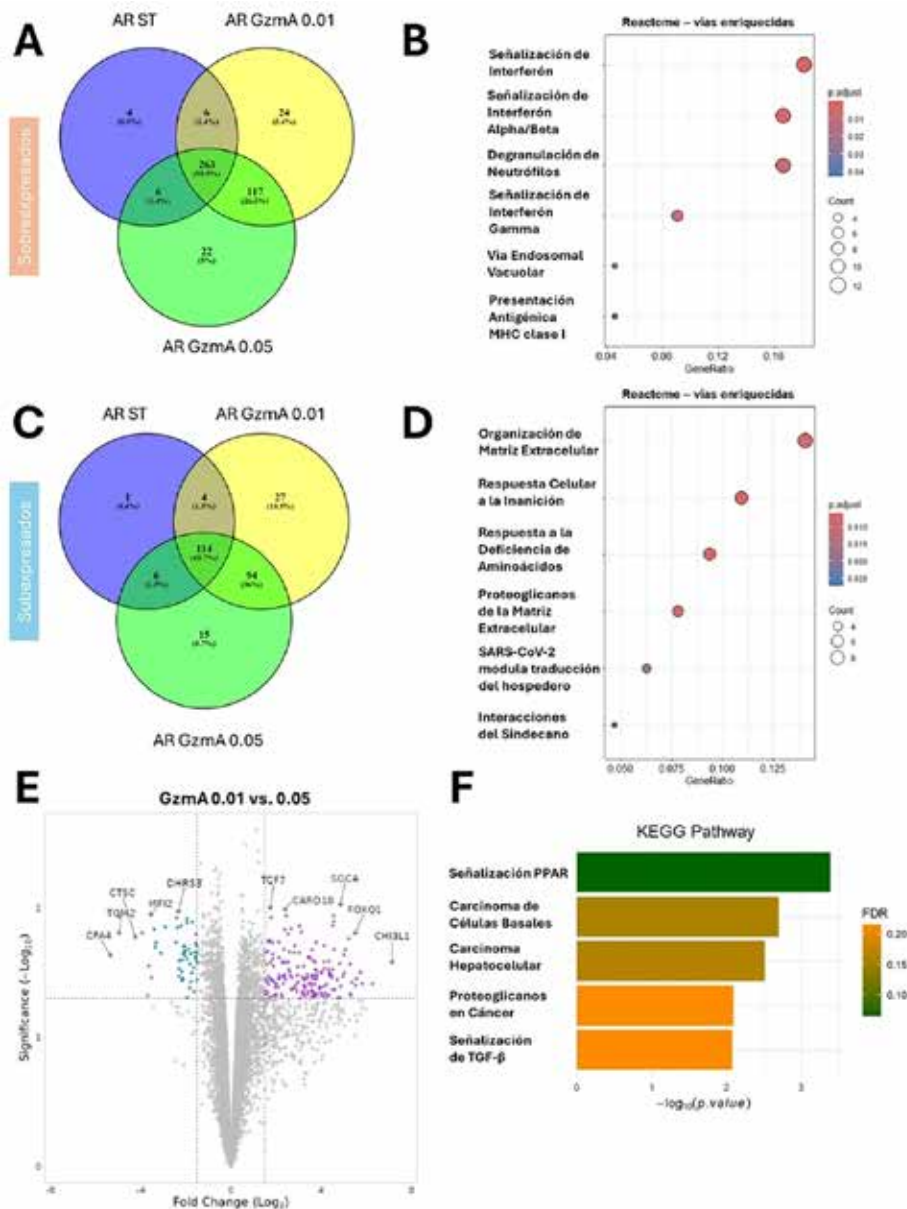
Resultados: Los FS de pacientes con AR sin tratar (AR ST) y los estimulados con ambas concentraciones de GzmA se compararon con FS de pacientes con OA como controles. Se identificaron 380 genes diferencialmente expresados exclusivos de la estimulación con GzmA (117 al alza; 94 a la baja). Los genes diferencialmente sobreexpresados muestran firmas de expresión comunes entre las tres condiciones (263 genes); sin embargo, se identificó un grupo de 117 genes que se sobreexpresaron por efecto directo de la GzmA (Figura 1A). El análisis de vías moleculares reveló un aumento de genes relacionados con señalización de interferones y desgranulación de neutrófilos (Figura 1B). De igual manera, los genes diferencialmente subexpresados muestran una firma de expresión común entre las tres condiciones (114 genes), aunque se identificó un grupo de 94 genes subexpresados dependiente de la estimulación de GzmA (Figura 1C). El análisis de vías moleculares reveló una inhibición de genes relacionados con organización y componentes clave de la matriz extracelular, así como respuesta celular a la inanición (Figura 1D). Se realizó un análisis adicional para evaluar la respuesta ante el aumento de la concentración media (0,01 μ g/mL) a la concentración máxima de GzmA (0,05 μ g/mL) y se observó una inducción de vías de señalización vinculadas con cáncer, PPAR y TGF- β (Figura 1E, F).

Conclusiones: La GzmA reprograma el transcriptoma de los FS de AR, potencia vías interferónicas y cancerígenas e inhibe genes clave de matriz extracelular, lo que sugiere un mecanismo patogénico potencial de destrucción tisular. Estos hallazgos resaltan a la GzmA como blanco terapéutico emergente en AR.

Bibliografía

1. La Rosa FG, Moreland LW, Nibali L, *et al.* Pathotype-specific expression of granzyme-perforin pathway genes and their association with clinical disease activity in early rheumatoid arthritis and in a randomized clinical trial. *Immune Netw.* 2025;25:e25.
2. Zheng Y, Zhao J, Shan Y, *et al.* Role of the granzyme family in rheumatoid arthritis: current insights and future perspectives. *Front Immunol.* 2023;14:1137918.
3. Santiago L, Menaa C, Aria M, *et al.* Granzyme A contributes to inflammatory arthritis in mice through stimulation of osteoclastogenesis. *Arthritis Rheumatol.* 2017;69(2):320-334.

Figura 1. Perfil transcriptómico de fibroblastos sinoviales (FS) de artritis reumatoide (AR) expuestos a granzima A (GzmA). A, diagrama de Venn de genes diferencialmente sobreexpresados ($p < 0,05$; $|\log_2FC| \geq 1,5$) en FS de AR sin tratar (AR ST) y tras estimulación con 0,01 $\mu\text{g/mL}$ o 0,05 $\mu\text{g/mL}$ de GzmA. Se muestran genes compartidos (centro) y exclusivos de cada condición. B, análisis de enriquecimiento de vías Reactome para los genes sobreexpresados dependientes de GzmA (117 genes exclusivos). El tamaño del punto refleja el número de genes; la escala de color representa el valor de p. C, diagrama de Venn de genes diferencialmente subexpresados en las mismas condiciones; se identifican 94 genes regulados a la baja de forma específica por GzmA. D, enriquecimiento Reactome de los genes subexpresados dependientes de GzmA; se destacan procesos de organización de matriz extracelular y respuesta a inanición. E, gráfica de volcán que compara FS tratados con 0.01 $\mu\text{g/mL}$ vs. 0,05 $\mu\text{g/mL}$ de GzmA; los puntos turquesa y púrpura indican genes regulados significativamente a la baja o al alza, respectivamente (los genes clave se anotan). F, principales cinco vías KEGG enriquecidas ($-\log_{10} p\text{-valor}$) para los genes inducidos a mayor concentración de GzmA; el gradiente de color indica la tasa de FDR. (P04)



GzmA, granzima A; AR, artritis reumatoide; ST, sin tratar; p.adjust, valor de p ajustado; FDR, false discovery rate.

Po5

HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS PULMONARES Y SU RELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANTICUERPOS DE MIOPATÍAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOSITIS

A.M. Mora-Rosas¹, R.C. Soto-Fajardo¹, J.J. Torres-Ruiz², F. Carranza-Enríquez¹, E. Cervantes-Ramírez¹, Y. Reyna-Juárez², D. Gómez-Martín², C. Pineda-Villaseñor¹, A. Espinosa-Orantes¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS,

⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo de enfermedades caracterizadas por afectación muscular y sistémica; y la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es un problema complejo y frecuente. La tomografía de alta resolución (TCAR) es el estándar de referencia actual para el diagnóstico de la EPI; sin embargo, tiene limitaciones relacionadas con su costo, accesibilidad y emisión de radiación ionizante. En fecha reciente se ha utilizado el ultrasonido pulmonar para detectar la EPI vinculada con otras enfermedades reumáticas, lo que podría justificar su uso como método de cribado para la sospecha clínica de EPI. Sin embargo, la evidencia sobre el empleo del ultrasonido pulmonar en la EPI relacionada con la MII es limitada.

Objetivos: Caracterizar los hallazgos ultrasonográficos pulmonares en pacientes con MII y su relación con las características clínicas y los anticuerpos de miopatías.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de MII de acuerdo con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2017, a quienes se sometió a TACAR, USP y pruebas de función pulmonar (PFP). Se utilizó la escala de Warrick para evaluar la gravedad y la extensión de la EPI. Se realizó ecografía con un dispositivo LOGIQTMe con una sonda lineal de 4-12 MHz y se aplicaron dos métodos de escaneo (14 EIC y 12 EIC). Se documentaron las líneas "B" (LB) y las anomalías pleurales (AP) por cada EIC. Se utilizó estadística descriptiva basada en la distribución de las variables, se realizó un análisis de curvas ROC y se calcularon la sensibilidad y especificidad del USP para detectar EPI en comparación con la TCAR. Se analizaron las correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Spearman entre los hallazgos ecográficos, la escala de Warrick y las PFP.

Resultados: Se incluyó a 59 pacientes con diagnóstico de MII, en su mayoría mujeres (79,7%). La mediana y el rango intercuartílico (RIC) de la edad de reclutamiento fueron de 52 años (39,0-60,5). Los diagnósticos más frecuentes fueron dermatomiositis (72,9%) y síndrome antisintetasa (15,3%). Los anticuerpos más frecuentes en los pacientes incluidos fueron Ro-52 (30,5%), Mi-2 (23,7%) y MDA-5 (16,9%). La prevalencia de EPI fue del 64,4%. Las características basales relevantes se muestran en la **Tabla 1**.

Se demostró una correlación positiva y sólida entre la puntuación de Warrick y el número de líneas B en 14 EIC ($\rho = 0,64$, $p < 0,0001$) y 12 EIC ($\rho = 0,54$, $p < 0,0001$). Asimismo, se observó una correlación positiva entre las anomalías de la línea pleural y la puntuación de Warrick ($\rho = 0,59$, $p < 0,0001$) (**Tabla 2**).

Las AUC fueron de 0,95 (IC95%, 0,88-1,00), 0,85 (IC95%, 0,74-0,96) y 0,91 (IC95%, 0,82-0,99) para la evaluación del número de líneas B en 14 EIC, 12 EIC y el número de anomalías pleurales en 22 EIC, respectivamente (**Figura 1**).

Conclusiones: Este estudio confirma que el ultrasonido pulmonar es una herramienta valiosa para detectar la EPI en pacientes con MII. Ofrece visualización en tiempo real y una alta precisión diagnóstica al cuantificar las líneas B y evaluar las anomalías pleurales mediante cualquiera de los dos protocolos de exploración (14 y 12 EIC). El método demuestra un alto rendimiento diagnóstico y una buena correlación con las puntuaciones de Warrick.

Bibliografía

- López A, Pérez B, Martínez C. Lung ultrasound B-lines in systemic sclerosis: cut-off values and methodological indications for interstitial lung disease screening. *J Clin Rheumatol*. 2022;28(3):123-130.

- Pérez A, García M. Lung ultrasound B-lines and serum KL-6 correlate with the severity of idiopathic inflammatory myositis-associated interstitial lung disease. *J Rheumatol*. 2023;50(7):1234-1240.

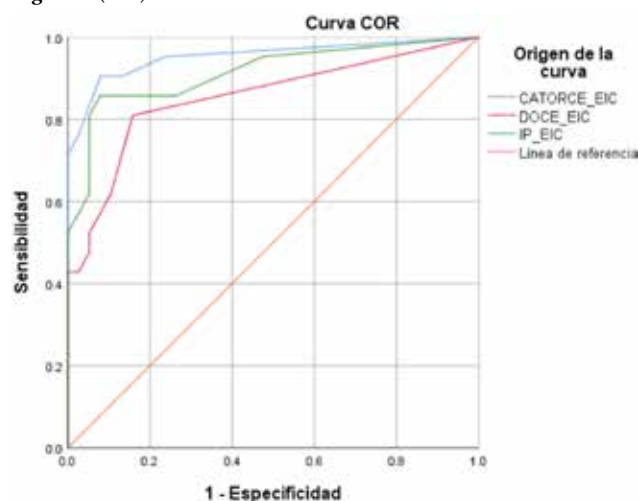
Tabla 1. Características generales. (P05)

	EPI-TACAR positivo Mediana (RIQ)	EPI-TACAR negativo Mediana (RIQ)	p
Edad	60 (51-63)	46 (34,75-55,0)	0,06
Jo-1	4 (100)	0 (0)	0,005
Ro-52	10 (55,6)	8 (44,4)	0,03
Warrick, gravedad	6,00 (6,00-11,00)	0 (0-3)	0,00
Warrick, extensión	5,00 (4,00-6,00)	0 (0-1,25)	0,00
Warrick total	11,00 (10,00-17,00)	0 (0-4)	0,00
Líneas B en 14 EIC	10,00 (4,00-24,00)	0 (0-0,25)	0,00
Líneas B en 12 EIC	5,00 (1,00-14,00)	0 (0-0,0)	0,00
Alteración LP	8,0 (4,00-12,00)	0 (0,0-2,0)	0,00
FVC	84 (68-111)	95,5 (82-104,7)	0,13
FEV1	80 (71-115)	93,0 (83,5-101,5)	0,09
FEV1/FVC	100 (94-103)	98,50 (94,2-104,50)	0,86

Tabla 2. Correlaciones entre hallazgos ultrasonográficos, calificación de Warrick y PFR. (P05)

Variable	Líneas B 14 EIC > 5	Líneas B 12 EIC > 2	Alteración en la línea pleural > 1
Warrick, gravedad	$r = 0,641$ $p < 0,0001$	$r = 0,55$ $p < 0,0001$	$r = 0,60$ $p < 0,0001$
Warrick, extensión	$r = 0,65$ $p < 0,0001$	$r = 0,54$ $p < 0,0001$	$r = 0,59$ $p < 0,0001$
Warrick total	$r = 0,64$ $p < 0,0001$	$r = 0,54$ $p < 0,0001$	$r = 0,59$ $p < 0,0001$

Figura 1. (P05)



Po6

GALECTINA-3 COMO BIOMARCADOR DE DISFUNCIÓN MIO-CÁRDICA SUBCLÍNICA EN ARTRITIS PSORIÁSICA

N. Guajardo-Jáuregui, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.A. Cárdenas-De la Garza, J.R. Azpiri-López, D.E. Flores-Alvarado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) presentan un mayor riesgo de episodios cardiovasculares mayores, entre ellos infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y muerte cardiovascular, en comparación con la población general. Este riesgo cardiovascular incrementado se atribuye en parte a la mayor prevalencia de factores de riesgo habituales, como obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2. Sin embargo, incluso después de ajustar por estos factores, los pacientes con AP mantienen un mayor riesgo de sufrir episodios cardiovasculares que la población general. La inflamación sistémica podría intervenir en este riesgo adicional al favorecer el desarrollo y aceleración de la aterosclerosis, la disfunción endotelial y la rigidez vascular.

Objetivo: Determinar la capacidad de la galectina-3 para la detección de disfunción sistólica subclínica en pacientes con AP.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó a un total de 57 pacientes con diagnóstico de AP, mayores de 18 años, que cumplieran con los criterios de clasificación CASPAR 2006. A todos los pacientes se les practicó un ecocardiograma transtorácico realizado por dos cardiólogos certificados, cegados a la información clínica. Se evaluó la deformación longitudinal global del ventrículo izquierdo (GLS) y se consideró como disfunción sistólica subclínica un valor $> -18\%$.

La distribución de la normalidad se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias (%) para las variables cualitativas, media $\pm$ desviación estándar para las variables cuantitativas con distribución normal, y mediana con rango intercuartílico para las variables cuantitativas sin distribución normal. Las comparaciones se efectuaron con la prueba t de Student para las variables paramétricas y la prueba U de Mann-Whitney para las no paramétricas. Se llevó a cabo un análisis de curva ROC para determinar la capacidad de la galectina-3 (Gal-3) para identificar a pacientes con disfunción ventricular izquierda subclínica, y se estableció el punto de corte óptimo mediante el índice de Youden. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Las variables demográficas se muestran en la **Figura 1**. De los pacientes incluidos en el estudio, un total de 20 (35,1%) tenía disfunción miocárdica subclínica del ventrículo izquierdo y 37 (64,9%) se clasificaron con función miocárdica normal. Los pacientes con AP y disfunción miocárdica subclínica mostraron cifras más elevadas de Gal-3 ($19,58 \pm 11,74$ ng/mL *vs.* $11,63 \pm 6,26$ ng/mL, $p = 0,001$), así como una mayor actividad de la enfermedad medida por DAPSA ($26,06 \pm 14,27$ *vs.* $16,52 \pm 14,27$, $p = 0,024$) y PASI ($1,90$ [0,37-10,72] *vs.* $0,40$ [0,00-1,20], $p = 0,003$), en

comparación con aquellos sin disfunción miocárdica. La comparación entre comorbilidades cardiovasculares no fue estadísticamente significativa. El análisis ROC mostró un área bajo la curva (AUC) de 0,701 (0,550-0,862, $p = 0,015$), con un punto de corte de 14,47 ng/mL, sensibilidad de 66,67%, especificidad de 69,23%, razón de verosimilitud positiva de 2,17 y razón de verosimilitud negativa de 0,48.

Conclusiones: Los pacientes con AP que sufren disfunción miocárdica subclínica muestran valores más elevados de galectina-3, además de mayor actividad de la enfermedad evaluada por las puntuaciones PASI y DAPSA. Asimismo, la galectina-3 demostró un buen rendimiento como biomarcador para detectar disfunción miocárdica subclínica en esta población.

Bibliografía

- Ogdie A, Yu Y, Haynes K, *et al.* Risk of major cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Ann Rheum Dis.* 2015;74(2):326-332. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-205675>.

P07

LA PROTEÍNA ÁCIDA FIBRILAR GLIAL EN LA FIBROMIALGIA. SUS NIVELES SÉRICOS Y SUS ANTICUERPOS. UN ESTUDIO DE PRUEBA DE CONCEPTO

M. Martínez-Lavín¹, F. Massó¹, L.A. Martínez-Martínez¹, L.M. Amezcua-Guerra¹, F. Mercado², A. Almanza²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽²⁾Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

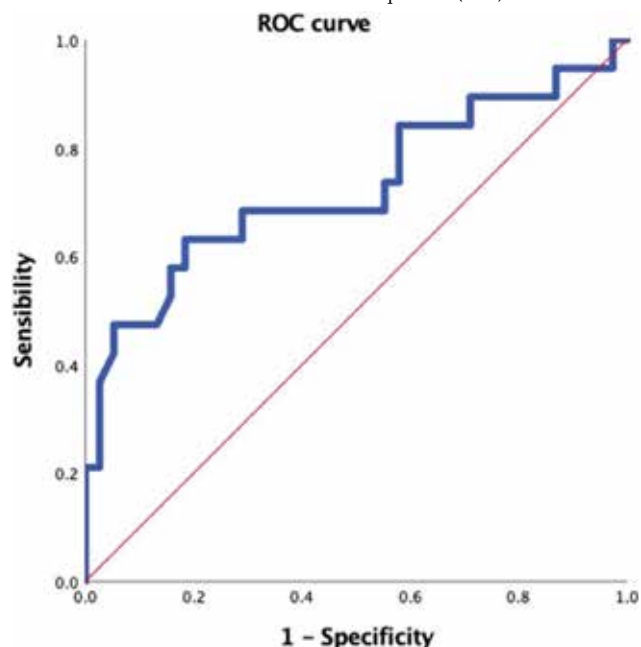
Introducción: Una línea de investigación consistente propone que la fibromialgia es un síndrome de dolor neuropático mantenido por hiperactividad simpática y con frecuencia desencadenado por diversos tipos de estrés. Esta propuesta sitúa a los ganglios de las raíces dorsales de la médula espinal en el epicentro de la patogenia de este síndrome doloroso¹. Estos ganglios albergan a los núcleos de los largos nervios nociceptivos que transmiten impulsos dolorosos desde la superficie corporal y desde los órganos internos hasta el cerebro. Cada núcleo nervioso interactúa, mediante uniones estrechas, con varias células gliales satelitales; dichas células gliales también recubren los núcleos de los nervios simpáticos paravertebrales. En fecha reciente se ha descrito que el suero de un subgrupo de pacientes con fibromialgia grave contiene anticuerpos contra las células gliales satelitales de los ganglios de las raíces dorsales², pero la identidad de los supuestos antígenos gliales aún es oscura. La proteína ácida fibrilar glial, convencionalmente abreviada como GFAP, constituye un componente estructural fundamental del citoesqueleto en las células gliales satelitales. Diversos tipos de estrés inducen sobreexpresión de GFAP en la superficie de las células gliales, lo que de manera hipotética las puede volver inmunogénicas. Los valores séricos elevados de la GFAP demuestran daño neurológico. La GFAP participa en la patogenia de la encefalomiелitis autoinmune.

Objetivo: Definir si el suero de las personas con fibromialgia contiene cifras elevadas de GFAP o anticuerpos contra esta proteína.

Material y métodos: Se incluyó a 47 mujeres con fibromialgia sin comorbilidades metabólicas o autoinmunes (fibromialgia "primaria") y 31 mujeres sanas pareadas por edad e IMC. Se diseñó un análisis ELISA sensible que usó GFAP recombinante con el fin de detectar los anticuerpos séricos anti-GFAP, mientras que la medición de las concentraciones séricas de GFAP se efectuó con un kit comercial estandarizado.

Resultados: Al compararlos con el grupo control, los sueros de las pacientes con fibromialgia mostraron un aumento significativo de la densidad óptica de anticuerpos respecto de la GFAP (mediana 0,04 [0,02-0,10] *vs.* 0,02, [0,01-0,05]; $p = 0,025$). Al utilizar el valor percentil 99° del grupo control (densidad óptica = 0,127) como punto de corte para determinar la positividad de los anticuerpos, 9/47 (19%) de las pacientes con fibromialgia mostraron anticuerpos anti-GFAP. Más aún, las pacientes con fibromialgia registraron un incremento numérico de los valores séricos de GFAP: $244,0$ pg/ml $\pm 82,5$ SD contra $211,4 \pm 65,2$ del grupo control con significancia estadística limítrofe ($p = 0,057$).

Figura 1. Curva ROC de la capacidad de la galectina-3 para detectar disfunción sistólica subclínica del ventrículo izquierdo. (P06)



Conclusiones: Las personas que sufren fibromialgia tienen concentraciones séricas significativamente más elevadas de anticuerpos anti-GFAP y también muestran mayor expresión numérica de la proteína GFAP circulante. Estos resultados iniciales proponen un mecanismo novedoso mediante el cual diversos tipos de estrés podrían sensibilizar a los núcleos nerviosos de los ganglios de las raíces dorsales encargados de modular el dolor y así llevar a un estado de dolor generalizado. La GFAP puede jugar un papel importante en la patogenia de la fibromialgia. Este trabajo estuvo financiado por la beca CONAHCYT CF-2023-G-1190.

Bibliografía

- Martínez-Lavín M. Dorsal root ganglia: fibromyalgia pain factory. Clin Rheumatol. 2021;40:783-787.
- Krock E, Morado-Urbina CE, Menezes J, et al. Fibromyalgia patients with elevated levels of anti-satellite glia cell immunoglobulin G antibodies present with more severe symptoms. Pain. 2023;164:1828-1840.

Po8

DAPAGLIFLOZINA PREVIENE LA HIPERGLUCEMIA INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES: RESULTADOS DEL ENSAYO CLÍNICO FASE II DAPACOID

E.J. Díaz-Huerta¹, G. Duarte-Bojórquez², C.G. Hernández-Guzmán², O.N. Chávez-Hernández², C. Zepeda-Moreno², V.E. Velázquez-Díaz², E. Pacheco-Zavala², B. Sandoval-Pérez², A. Álvarez-Salinas², L.F. Amador-Medina²

⁽¹⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades No. 1, Centro Médico Nacional del Bajío, IMSS, León, Guanajuato, ⁽³⁾Departamento de Medicina y Nutrición, División de Ciencias de la Salud, Universidad de Guanajuato, León, México

Introducción: A pesar de sus frecuentes efectos adversos, el uso de glucocorticoides continua en aumento¹ debido a sus potentes propiedades antiinflamatorias, inmunomoduladoras y bajo costo². La hiperglucemia es su efecto adverso más común² y posee una incidencia en pacientes hospitalizados que varía entre 1,8% y 98%^{3,4}. Este riesgo está influido por el régimen terapéutico (altas dosis/duración prolongada) y especialmente por factores individuales vinculados con el síndrome metabólico^{3,5}. En la actualidad, los tratamientos con insulina o antidiabéticos orales carecen de evidencia sólida para su uso generalizado⁶. Una alternativa emergente es la dapagliflozina, un inhibidor del cotransportador renal de sodio-glucosa tipo 2, que ofrece un control glucémico rápido y seguro mediante un mecanismo independiente de insulina⁷. Además, proporciona beneficios en reducción de la presión arterial, pérdida de peso y mejoría en múltiples desenlaces cardiovasculares y metabólicos, lo cual podría contrarrestar algunos efectos adversos de los glucocorticoides⁶⁻⁸.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la dapagliflozina en la prevención de la hiperglucemia inducida por glucocorticoides.

Material y métodos: Criterios de selección: adultos hospitalizados (> 18 años) con indicación para iniciar o incrementar el tratamiento con glucocorticoides a dosis altas (> 30 mg/día de prednisona). Criterios de exclusión: uso reciente de glucocorticoides en dosis altas (últimos 30 días), glucemia > 140 mg/dL al ingreso, uso actual de inhibidores del cotransportador renal de sodio-glucosa tipo 2, contraindicaciones estándar para su uso, inadecuada vigilancia glucémica o adherencia terapéutica. Intervención y seguimiento: los participantes se asignaron de forma aleatoria a recibir dapagliflozina de 10 mg/día (iniciada junto con los glucocorticoides o en < 12 h) o vigilancia glucémica estándar; se evaluó mediante glucosa capilar preprandial (tres veces al día) y una glucosa central en ayuno. Para evaluar el control glucémico se definió la hiperglucemia inducida por glucocorticoides en dos umbrales dentro de 24 horas: intensivo ≥ 2 lecturas y ≥ 140 mg/dL y permisivo ≥ 2 lecturas y ≥ 180 mg/dL. Además, se incluyó el informe del requerimiento de insulina y los efectos adversos en ambos grupos.

Resultados: Características de los pacientes: se aleatorizó a 54 sujetos (edad media, 44,9 $\pm$ 16,4 años; 64% de mujeres), 27 por grupo, con una

media de seguimiento de cuatro días. Respecto de las características del síndrome metabólico a la inclusión: 9% (n = 10) tenía diagnóstico de diabetes tipo 2, 22% (n = 12) hipertensión y 14% (n = 8) obesidad clínica. La exposición previa y las dosis de glucocorticoides indicadas fueron similares entre los grupos. El 52% recibió tratamiento de pulsos y, de estos individuos, un 80% recibió dosis equivalentes > 1 000 mg/día de prednisona (**Tabla 1**). Desenlaces primarios: la dapagliflozina no redujo significativamente la incidencia de hiperglucemia en umbrales intensivos (≥ 140 mg/dL; p = 0,273). Sin embargo, sí logró mantenerse dentro de los umbrales permisivos (≤ 180 mg/dL), con diferencia significativa entre grupos (p = 0,025). La hiperglucemia permisiva ocurrió en 11% (n = 3) del grupo experimental contra 33% (n = 10) del grupo control (**Tabla 2**). Desenlaces secundarios: en el grupo control todos los individuos con hiperglucemia permisiva requirieron insulina, lo que fue significativamente más frecuente que en el grupo de dapagliflozina (p = 0,008). No se informaron efectos adversos relevantes en ninguno de los grupos (**Tabla 2**).

Conclusiones: La coadministración de dapagliflozina y glucocorticoides parece ser una estrategia segura y eficaz para prevenir la hiperglucemia inducida (en umbrales permisivos) y reducir el uso de la insulina. Es posible que, en pacientes seleccionados, su uso temprano y continuo pueda mejorar el control glucémico y atenuar otros efectos del síndrome metabólico relacionado con el tratamiento con glucocorticoides.

Tabla 1. Características basales de los pacientes. (P08)

Características	Total de pacientes (n = 54)	Dapagliflozina (n = 27)	Vigilancia (n = 27)	Valor p
Edad (años)				
Media $\pm$ DE	44,94 $\pm$ 16,35	40,70 $\pm$ 13,28	49,19 $\pm$ 18,20	0,075***
Sexo, n (%)				
Mujer	34 (62,9)	17 (62,9)	17 (62,9)	
Hombre	20 (37,0)	10 (37,1)	10 (37,1)	1 *
IMC (kg/m ²)	Media $\pm$ DE	28,22 $\pm$ 6,09	28,04 $\pm$ 6,58	26,23 $\pm$ 4,70
Peso (kg)	Media $\pm$ DE	76,30 $\pm$ 18,82	74,89 $\pm$ 20,01	68,56 $\pm$ 14,56
Talla (cm)	Media $\pm$ DE	1,64 $\pm$ 0,10	1,62 $\pm$ 0,10	1,61 $\pm$ 0,09
Comorbilidades relacionadas con síndrome metabólico, n (%)				
Sobrepeso	4 (7,4)	3 (11,1)	1 (3,7)	
Obesidad clínica	8 (14,8)	4 (14,8)	4 (14,8)	
Prediabetes	1 (1,9)	0 (0)	1 (3,7)	
Diabetes tipo 2	10 (9,2)	3 (7,5)	7 (25,9)	
Hipertensión arterial sistémica	12 (22,2)	5 (18,5)	7 (25,9)	
Enfermedad arterial periférica	1 (1,9)	0 (0)	1 (3,7)	
Sin comorbilidades	23 (42,6)	13 (48,1)	10 (22,3)	0,520*
Tratamientos farmacológicos ambulatorios para diabetes tipo 2, n (%)				
Glibenclamida	3 (5,5)	1 (3,7)	2 (7,4)	
Insulina	2 (3,7)	0 (0)	2 (7,4)	
Linagliptina	1 (1,8)	0 (0)	1 (3,7)	
Metformina	8 (3,9)	1 (3,7)	7 (25,9)	
Sitagliptina	3 (5,5)	1 (3,7)	2 (7,4)	
Sin tratamiento antidiabético	43 (79,6)	25 (88,9)	18 (48,2)	0,105*
Glucosa sérica (mg/dL) al ingreso	Media $\pm$ DE	104,22 $\pm$ 22,63	95,44 $\pm$ 16,15	113 $\pm$ 24,96
Creatinina sérica (mg/dL) al ingreso	Media $\pm$ DE	0,80 $\pm$ 0,56	0,70 $\pm$ 0,26	0,88 $\pm$ 0,64
Seguimiento (días)	Mediana (IQR)	4 (2)	3 (2)	5 (4)

*Valor de p calculado con la prueba ji cuadrada para variables categóricas.

**Valor de p calculado con prueba exacta de Fisher.

***Valor de p calculado con prueba t de Student o U de Mann-Whitney, según fuera la distribución de los datos.

Tabla 2. Resultados de los objetivos primarios y secundarios. (P08)

Resultados	Total de pacientes (n = 54)	Dapagliflozina (n = 27)	Vigilancia (n = 27)	Valor p
Objetivos primarios				
Incidencia de hiperglucemia inducida por glucocorticoides (HIG):				
Persistencia ≥ 140 mg/dL, n (%)				
Sí	30 (55,5)	13 (48,1)	17 (62,9)	
No	24 (44,5)	14 (51,9)	10 (37,1)	0,273*
Persistencia ≥ 180 mg/dL, n (%)				
Sí	13 (22,2)	3 (11,2)	10 (33,4)	
No	41 (77,8)	24 (88,8)	17 (66,6)	0,025**
Incidencia acumulada (días):				
Persistencia ≥ 140 mg/dL	Media ± DE	1,11 ± 1,05	1 ± 1,11 1,11 ± 1,05	
Persistencia ≥ 180 mg/dL	Media ± DE	2,1 ± 1,68	1,17 ± 0,98	2,38 ± 1,60
Objetivos secundarios				
Requerimiento de insulina, n (%)				
Sí	12 (22,2)	2 (7,4)	10 (37,1)	
No	42 (77,8)	25 (92,6)	17 (62,9)	0,008**
Efectos adversos, n (%)				
Hiponatremia moderada	1 (1,8)	1 (3,7)	0 (0)	
Úlcera duodenal	1 (1,8)	0 (0)	1 (3,7)	
Sin efectos adversos	52 (96,4)	26 (96,3)	26 (96,3)	0,367**

*Los valores de p se calcularon mediante la prueba ji cuadrada para variables categóricas.

**El valor de p se calculó mediante la prueba exacta de Fisher.

***El valor de p se calculó mediante la prueba t de Student.

Bibliografía

- Huerta EJD, Bojórquez GD, Guzmán CGH, *et al.* Dapagliflozin prevents glucocorticoid-induced hyperglycaemia: results from the DAPA-COVID Phase II Clinical Trial. *Diabetes Obes Metab.* 2025;1-5.
- Pofi R, Caratti G, Ray DW, *et al.* Treating the side effects of exogenous glucocorticoids; can we separate the good from the bad? *Endocr Rev.* 2023;44(6):975-1011.
- Tamez-Pérez HE, Quintanilla-Flores DL, Rodríguez-Gutiérrez R, *et al.* Steroid hyperglycemia: prevalence, early detection and therapeutic recommendations: a narrative review. *World J Diabetes.* 2015;6(8):1073-1081.
- Golubic R, Mumbole H, Coleman RL, *et al.* Glucocorticoid-induced hyperglycemia in hospitalized adults: a matched cohort study (2013-2023). *Diabetes Obes Metab.* 2025;27:3635-3644.
- Tamez-Pérez HE, de Ossio MDG, Quintanilla Flores DL, *et al.* Glucose disturbances in non-diabetic patients receiving acute treatment with methylprednisolone pulses. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58(1):125-128.
- Donihi AC, Raval D, Saul M, *et al.* Prevalence and predictors of corticosteroid-related hyperglycemia in hospitalized patients. *Endocr Pract.* 2006;12(4):358-362.
- Struja T, Nitritz N, Alexander I, *et al.* Treatment of glucocorticoid induced hyperglycemia in hospitalized patients—a systematic review and meta-analysis. *Clin Diabetes Endocrinol.* 2024;10(1):8.
- Bailey CJ, Iqbal N, T'joen C, *et al.* Dapagliflozin monotherapy in drug-naïve patients with diabetes: a randomized-controlled trial of low-dose range. *Diabetes Obes Metab.* 2012;14(10):951-959.
- Kahwash R, Butler J. Sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors as enablers of chronic glucocorticoid therapy. *JACC Adv.* 2023;2(4):100343.

P09

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-TRAMPAS EXTRACELULARES DE NEUTRÓFILOS Y SU RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

A. Hernández-López¹, N.R. Mejía-Domínguez¹, Y. Reyna-Juárez¹, J.T. Balderas-Miranda¹, B. Alcalá-Carmona¹, C.A. Núñez-Álvarez¹, M.E. Baños-Laredo¹, A.A. Sierra-Salazar¹, J. Camacho-Pérez¹, M.A. Martínez-Rivera², D. Gómez-Martín¹, J.J. Torres-Ruiz¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: Los pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) tienen una mayor producción y una menor eliminación de trampas extracelulares de neutrófilos (NET), lo que puede promover la producción de anticuerpos anti-NET.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de anticuerpos anti-NET en las MII y su relación con las características clínicas y la actividad de la enfermedad.

Material y métodos: En este estudio de cohorte prospectivo se incluyó a 157 pacientes con MII, según los criterios ACR/EULAR o de Con-nors. Se evaluaron las características clínicas, las enzimas musculares, la actividad de la enfermedad, la acumulación de daño y los anticuerpos de miositis mediante Lineblot. Los anticuerpos IgM e IgG anti-NET y los remanentes de NET (complejos de elastasa de neutrófilos-ADN) en suero se midieron con ELISA. Se determinó el punto de corte del análisis de anticuerpos anti-NET como el percentil 99° de 26 donantes sanos pareados por edad y sexo (0,183 unidades arbitrarias [UA] para IgG y 0,772 UA para IgM). La positividad para los anticuerpos anti-NET se confirmó mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI). Se evaluaron las relaciones entre los anticuerpos anti-NET, los fenotipos de MII y las características clínicas mediante χ^2 , U de Mann-Whitney y rho de Spearman. En 68 pacientes con muestras de suero pareadas correspondientes a enfermedad activa e inactiva se comparó la cantidad de anticuerpos anti-NET y los remanentes de NET con la prueba de Wilcoxon.

Resultados: Un total de 115 (73,2%) pacientes correspondió a mujeres con una mediana e intervalo intercuartílico (IIC) de edad al momento de la inclusión de 52 años (40-59). El diagnóstico más frecuente fue la dermatomiositis (DM) (n = 104, 66,2%), seguida del síndrome antisintetasa (SA) (n = 17, 10,8%). Hasta 37 pacientes (23,5%) tuvieron anticuerpos IgG anti-NET positivos y ninguno fue positivo para el isotipo IgM. La **Figura 1** muestra una IFI representativa para anticuerpos anti-NET positivos (1A) y negativos (1B). La positividad para anti-NET estuvo estrechamente relacionada con el SA (RM, 6,1; IC95%, 1,5-27,8; p < 0,05), y con anticuerpos anti-PL12 positivos (RM, 12,1; IC95%, 2,3-91; p < 0,05). Como se muestra en la **Figura 2**, los anticuerpos IgG anti-NET y los remanentes de NET disminuyeron cuando la enfermedad se volvió inactiva (0,09 [0,02-0,19] vs. 0,008 [0-0,14]; p < 0,0001) (2A) y (1,19 [1,03-1,52] vs. 0,95 [0,86-1]; p < 0,0001) (2B), respectivamente. Entre los participantes con SA, los pacientes con anticuerpos anti-NET presentaron un incremento de leucocitos/mm³ (7 300 [5 900-9 600] vs. 4 700 [3 900-6 300]; p = 0,04), proteína C reactiva (4,2 mg/dL [1,8-8,8] vs. 0,7 [0,2-2,4]; p = 0,04), velocidad de sedimentación globular (24 mm/h (8-36,5 vs. 5 [2,2-8]; p = 0,02), escala visual análoga (EVA) de actividad cardiovascular (0 [0-10] vs. 0 [0-0]; p = 0,03) y muscular (4 [0-7] vs. 0 [0-3,5]; p = 0,04), mayor extensión del daño (0,18 [0,07-1] vs. 0,06 [0,06-0,09]; p = 0,03) y EVA de daño esquelético (0 [0-1] vs. 0 [0-0]; p = 0,05). En la **Figura 2C** se muestran las correlaciones significativas entre los anticuerpos IgG anti-NET y las características clínicas de los pacientes con SA.

Conclusiones: Éste es el primer estudio que registra la prevalencia de anticuerpos IgG anti-NET en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) (23,5%). Los anticuerpos anti-NET se vincularon estrechamente con el SA y sus características clínicas. Los anticuerpos anti-NET y los remanentes de NET disminuyeron en pacientes con enfermedad inactiva.

Bibliografía

- Lundberg IE. Idiopathic inflammatory myopathies. *Nat Rev Dis Primers.* 2021 Dec 2;7(1):86.
- Torres-Ruiz J. Inflammatory myopathies and beyond: the dual role of neutrophils in muscle damage and regeneration. *Front Immunol.* 2023 Feb 27;14:1113214.
- Carrillo-Vázquez DA. Characterization of anti-neutrophil extracellular traps (NET) antibodies according to systemic lupus erythematosus clinical phenotypes. *Immunol Res.* 2025;73(1):79.

P10

BETA DEFENSINA 3 Y ZONULINA EN ARTRITIS REUMATOIDE

J.I. Gámez-Nava¹, H. Jacobo-Cuevas¹, A.J.L. Brambila-Tapia¹, A.M. Saldaña-Cruz¹, J.M. Ponce-Guarneros¹, S.G. Gallardo-Moya¹, E.G. Cardona-Muñoz¹, D. Cardona-Müller¹, F. González-Ponce¹, M.F. Alcaraz-López², L. González-López¹

⁽¹⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara,

⁽²⁾Hospital General Regional No. 46, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: En la artritis reumatoide (AR) se han identificado alteraciones de la permeabilidad intestinal. Esto puede llevar al paso de antígenos y otras moléculas inflamatorias que promuevan la inflamación articular. El estudio de dos nuevas moléculas ha cobrado realce en diversas enfermedades autoinmunes: zonulina y β -defensina 3 humanas. Hasta la fecha existe poca información de la interacción entre una y otra en los pacientes con artritis reumatoide.

Objetivo: Evaluar los valores séricos de zonulina y la β -defensina 3 en los pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Diseño del estudio: transversal analítico. Se incluyó a 101 pacientes con AR de acuerdo con los criterios de ACR y 51 controles. Se realizó un cuestionario estructurado para evaluar variables clínicas, epidemiológicas y terapéuticas. Se empleó DAS28-VSG para investigar la actividad de la enfermedad y HAQ-Di para la funcionalidad. La cuantificación de las concentraciones de zonulina y β -defensina 3 se realizó por medio de la técnica de ELISA de acuerdo con los manuales del fabricante. Las variables cuantitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas como medias y desviación estándar. Se consideró una significancia estadística de $p < 0,05$. Se utilizó el software estadístico spss versión 25.

Resultados: Los valores de zonulina fueron similares entre pacientes con AR y controles ($12,0 \pm 6,6$ vs. $13,6 \pm 6,0$; $p = 0,15$); en cambio, las cifras de β -defensina 3 fueron significativamente menores en pacientes con AR que en controles ($0,73 \pm 0,6$ vs. $2,0 \pm 2,3$; $p < 0,001$) con un índice zonulina/ β -defensina más alto en pacientes con AR respecto de los controles ($26,1 \pm 22,3$ vs. $12,5 \pm 9,7$; $p < 0,001$). En relación con las características clínicas de la AR, los valores de zonulina fueron similares entre los pacientes con AR activa comparados con los inactivos ($12,6 \pm 6,5$ vs. $11,2 \pm 7,0$; $p < 0,31$); sin embargo, los de β -defensina estuvieron significativamente más elevados en pacientes con AR activa que en pacientes inactivos ($0,89 \pm 0,69$ vs. $0,46 \pm 0,25$; $p < 0,001$). Al correlacionar con diferentes variables clínicas se observó una correlación significativa entre los valores de β -defensina y el número de articulaciones dolorosas ($r = 0,29$; $p = 0,004$), con gravedad de la rigidez ($r = 0,20$; $p = 0,05$) y con DAS28-VSG ($r = 0,25$; $p = 0,014$). En comparación, las concentraciones de zonulina no mostraron correlación con el número de articulaciones dolorosas o inflamadas, la rigidez o el DAS28-VSG y sólo se correlacionó con la velocidad de sedimentación globular ($r = 0,21$; $p = 0,035$). De modo similar, el índice β -defensina/zonulina tuvo correlación con VSG ($r = -0,27$; $p = 0,007$). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Correlación de los valores séricos de zonulina, β -defensina 3 y el índice BD3/Z con variables clínicas de pacientes con artritis reumatoide. (P10)

Características	Zonulina		B-defensina 3		Índice BD3/Z	
	r	p	r	p	r	p
VSG	0,21	0,035	-0,13	0,181	-0,27	0,007
Articulaciones dolorosas	0,19	0,069	0,29	0,004	0,16	0,116
EVA: rigidez	-0,06	0,553	0,20	0,050	0,21	0,036
DAS28-VSG	0,15	0,144	0,25	0,014	0,14	0,168
EVA: actividad de la enfermedad	-0,10	0,322	0,13	0,193	0,21	0,040

VSG, volumen de sedimentación globular; EVA, escala análoga visual; BD3, β -defensina 3; Z, zonulina. Se consideró una significancia estadística de $p < 0,05$.

Conclusiones: Este resultado muestra una disregulación de zonulina- β -defensina 3 en pacientes con AR con una relación de las concentraciones de β -defensina 3 con la actividad inflamatoria. Es de relevancia continuar la investigación del papel de ambas moléculas en las reactivaciones de la enfermedad y su evolución a largo plazo.

Bibliografía

1. Tajik N, Frech M, Schulz O, *et al.* Targeting zonulin and intestinal epithelial barrier function to prevent onset of arthritis. *Nat Commun.* 2020;11:1995.
2. Mohammed NUG, Gorial FI, Khaleel FM, *et al.* Role of human β -defensin-3 in rheumatoid arthritis: an observational single-center study. *Al-Rafidain J Med Sci* 2023;5(1S):S71-75.

P11

EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE lncRNAs Y GENES REGULADORES DE m6A EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE PACIENTES CON SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS

C.A. Guzmán-Martín¹, E. Aranda-Cano¹, M. Peña-Peña¹, R. Bojalil-Parrá², F. Sánchez-Muñoz¹, Y. Juárez-Vicuña¹, L.A. Martínez-Martínez¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽²⁾Universidad Autónoma Metropolitana

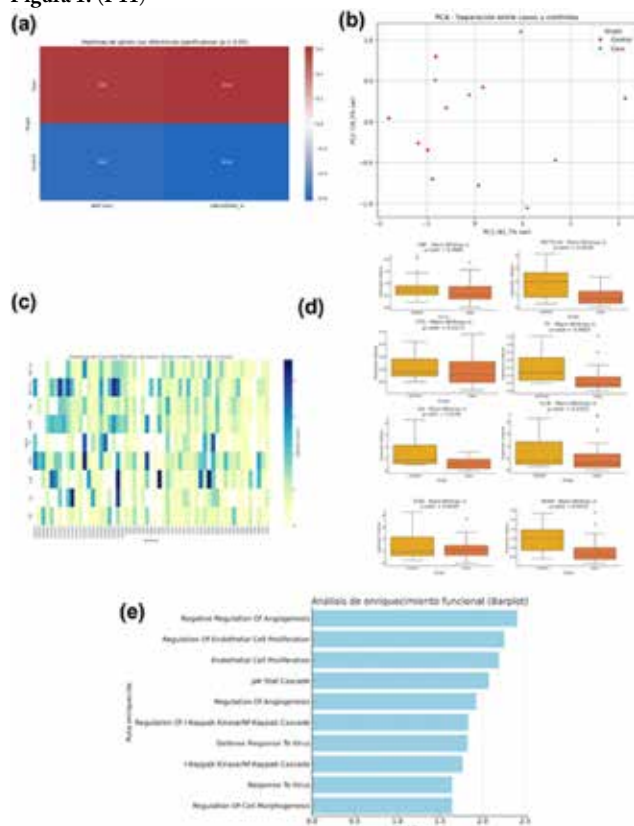
Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) es una enfermedad autoinmune caracterizada por un estado procoagulante e inflamatorio que genera trombosis y complicaciones obstétricas. Aunque los criterios diagnósticos actuales se basan en pruebas serológicas y clínicas, no están disponibles biomarcadores moleculares que permitan una estratificación temprana y precisa. La modificación epitranscriptómica N6-metiladenosina (m6A) en RNA largos no codificantes (lncRNAs) ha emergido como un regulador clave de procesos inflamatorios y endoteliales, pero su papel en el SAF aún no se ha explorado en profundidad.

Objetivo: Evaluar la expresión diferencial de lncRNAs relacionados con inflamación y autoinmunidad en PBMC de pacientes con SAF, explorar su relación con genes reguladores de la modificación m6A y caracterizar su potencial como biomarcadores diagnósticos y funcionales.

Material y métodos: Se incluyeron inicialmente muestras de PBMC de pacientes con SAF ($n = 7$) y controles sanos ($n = 7$), analizadas mediante RT² lncRNA PCR Arrays. Con posterioridad se analizaron los genes participantes en el proceso de metilación e inflamación identificados y se validaron en una cohorte ampliada (35 pacientes SAF y 24 controles) mediante qPCR. Se realizaron análisis estadísticos no paramétricos (U de Mann-Whitney), análisis de componentes principales (PCA) y curvas ROC para evaluar la capacidad discriminativa. Por último, se llevaron a cabo análisis bioinformáticos de redes ceRNA y enriquecimiento funcional de las vías relacionadas.

Resultados: En el cribado inicial, los lncRNAs MZF1-AS1 y LINC000941 se encontraron significativamente sobreexpresados en SAF en comparación con los controles ($p = 0,026$ y $p = 0,030$, respectivamente). El PCA mostró una clara separación entre casos y controles, y representó el 81,7% y el 18,3% de la variabilidad en PC1 y PC2, respectivamente. En la cohorte ampliada se identificó un incremento significativo de METTL14 ($p = 0,0038$), TF ($p = 0,0092$) e IL6 ($p = 0,0140$) en el SAF, en tanto que otros genes como METTL3, FTO e IL1B mostraron tendencias de aumento. El análisis ROC evidenció una adecuada capacidad discriminativa para WTAP (AUC = 0,811; IC95%, 0,668-0,954; $p = 0,001$), TF (AUC = 0,804; IC95%, 0,663-0,944; $p = 0,002$) e IL6 (AUC = 0,804; IC95%, 0,654-0,953; $p = 0,002$), además de METTL3, METTL14, FTO e IL1B (AUC, 0,702-0,751). El análisis ceRNA integró los lncRNAs MZF1-AS1 y LINC00662 con miRNA reguladores (familia let-7, miR-21-5p, miR-26a-5p) y genes blanco implicados en m6A (WTAP, METTL3, FTO) y vías inflamatorias (IL6, TF, TLR4). El análisis de enriquecimiento reveló procesos centrales como regulación negativa de la angiogénesis, proliferación endotelial, cascada JAK-STAT, vía NF- κ B y respuesta antiviral. Véase la **Figura 1**.

Figura 1. (P11)



Conclusiones: Estos hallazgos muestran que los lncRNAs relacionados con la maquinaria m6A y genes inflamatorios como IL6 y TF se encuentran diferencialmente expresados en pacientes con SAF. Estos biomarcadores poseen una buena capacidad diagnóstica y se integran en redes funcionales relacionadas con disfunción endotelial, inflamación y estado procoagulante. El estudio propone un marco mecanístico en el que la modificación m6A en lncRNAs contribuye al fenotipo patológico del SAF, lo que abre nuevas perspectivas para el desarrollo de biomarcadores y tratamientos dirigidos.

Bibliografía

- Barbhaiya M, Zuily S, Naden R, *et al.* (2023). 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria. *Annals of the Rheumatic Diseases*, ard-2023-224609. <https://doi.org/10.1136/ard-2023-224609>
- López-Pedraza C, Barroja N, Patiño-Trives AM, *et al.* New biomarkers for atherothrombosis in antiphospholipid syndrome: genomics and epigenetics approaches. *Frontiers in Immunology*. 2019;10(MAR):764. <https://doi.org/10.3389/FIMMU.2019.00764/XML/NLM>
- Wiener D, Schwartz S. (2020). The epitranscriptome beyond m6A. *Nature Reviews Genetics*. 2020;22:2, 22(2);119-131. <https://doi.org/10.1038/s41576-020-00295-8>.

P12

ASOCIACIÓN DE LINFOCITOS T PERIPHERAL HELPER CIRCULANTES CCR2+/CCR5+ DE ACUERDO CON CLASES HISTOLÓGICAS EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA

J. Velador-Mendoza¹, K.R. Félix-Murray¹, M. Marín-Rosales¹, L.P. Herrera-González¹, P. Ortiz-Nazareno², N. Espinoza-García¹, D.C. Salazar-Camarena¹, C.A. Sánchez-Palafox¹

⁽¹⁾Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Centro de Investigación Biomédica de Occidente

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una de las complicaciones más graves del lupus eritematoso sistémico (LES) y tiene una elevada morbilidad y mortalidad. En Latinoamérica, más del 60% de los pacientes con LES desarrolla NL y hasta un 20% evoluciona a la enfermedad renal crónica terminal. En fecha reciente se ha descrito una subpoblación de linfocitos T denominada *peripheral helper* (Tph), que participa en la actividad sistémica de enfermedades autoinmunes. Estos linfocitos expresan receptores quimiotácticos como CCR2 y CCR5, que podrían favorecer su atracción hacia sitios de inflamación crónica, incluida la corteza renal, lo que promueve la formación de estructuras linfoides terciarias y contribuye al daño tisular.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de linfocitos Tph circulantes con expresión variable de CCR2 y CCR5 en pacientes con LES, con y sin actividad renal, y analizar su relación con hallazgos histopatológicos en biopsias de NL.

Material y métodos: Se estudió a 40 pacientes con LES y 30 controles sanos (CCS). Se obtuvieron muestras de sangre periférica, separadas por gradiente de densidad y analizadas por citometría de flujo (Tabla 1). Se definieron células Tph como CD4+ CXCR5- PD1+ y se evaluó la expresión de CCR2 y CCR5. Diez pacientes con NL se sometieron además a biopsia renal, procesada con tinciones convencionales e inmunofluorescencia directa (IgG, IgA, IgM, C1q y C4c). Las lesiones se clasificaron según ISN/RPS y los índices de actividad y cronicidad de NIH (Tabla 2). Para el análisis estadístico se emplearon las pruebas de Shapiro-Wilk, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis con Dunn y correlación de Spearman.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de pacientes con LES, NL y CCS. (P12)

Variables	LES n = 40	CCS n = 30	p
Edad en años (media ± DE)	41,28 ± 14,38	33,6 ± 10,3	0,015*
Sexo femenino, n (%)	36 (90%)	26 (86,6%)	
Actividad de la enfermedad			
SLEDAI 2K mediana (p25°-p75°)	1,5 (p25° 0, p75° 7,5)		
SLEDAI 2K ≥ 6, n (%)	13 (32,5%)		
SLEDAI 2K < 6, n (%)	27 (67,5%)		
NL, n (%)	16 (40%)		
NL biopsia, n (%)	10 (25%)		
Tratamiento			
Prednisona, n (%)	21 (52%)		
Antimaláricos, n (%)	25 (62%)		
Metotrexato, n (%)	7 (17%)		
Micofenolato, n (%)	19 (47%)		
Azatioprina, n (%)	12 (62%)		

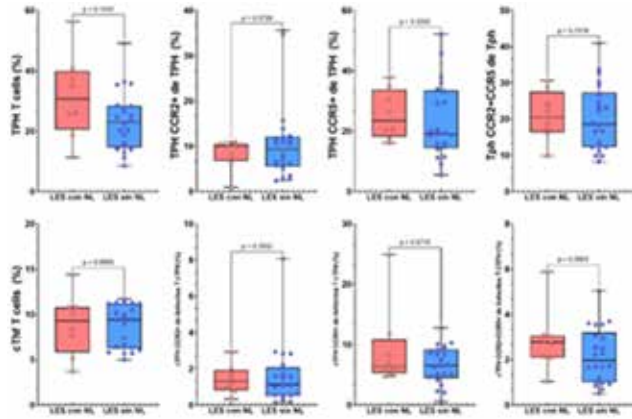
Tabla 2. Clases histopatológicas de NL ISR/RPS (n = 10). (P12)

Clases histopatológicas de NL ISR/RPS (n = 10)	
Clase II	n = 1
Clase III	n = 2
Clase IV	n = 3
Clases IV/V	n = 4
Inmunofluorescencia (+) IgG	n = 10
Inmunofluorescencia (+) IgA	n = 9
Inmunofluorescencia (+) IgM	n = 8
Inmunofluorescencia (+) C1q	n = 1
Inmunofluorescencia (+) C3c	n = 11
Inmunofluorescencia (+) C4c	n = 4
Patrón de full house	n = 3
Índice de actividad NIH modificado	9,636 ± 7,487
Índice de cronicidad NIH modificado	4 ± 2

Resultados: De los 40 pacientes con LES, 16 (40%) tenían NL; 90% correspondió a mujeres (relación, 9:1). Los CCS se parearon por sexo, pero fueron significativamente más jóvenes (41,3 ± 14,4 vs. 33,6 ± 10,3 años; p < 0,015). Los pacientes con NL mostraron mayor actividad sistémica por SLEDAI-2K respecto de los individuos sin NL (p = 0,0007). Los tratamientos más frecuentes fueron antimaláricos (62%), corticoides (52%) y micofenolato-

to (47%). El porcentaje de Tph circulantes fue mayor en LES que en CCS (mediana, 24,9% vs. 12,3%; $p < 0,0001$). En cuanto a las subpoblaciones, los pacientes con LES tendieron a presentar más Tph CCR2-CCR5+ (20,1% vs. 13,2%; $p = 0,076$), mientras que los CCS tuvieron mayor coexpresión CCR2+CCR5+ (23,2% vs. 18,9%; $p = 0,0126$). No hubo diferencias significativas entre LES con y sin NL en la frecuencia global de Tph. En biopsias renales, las clases proliferativas (III y IV) mostraron porcentajes más altos de Tph (41,0-41,7%) que la clase mixta IV/V (23,4%) ($p < 0,01$). La clase IV mostró una tendencia a mayor proporción de Tph CCR2-CCR5+ (25,7% vs. 11,1%; $p = 0,057$) (**Figura 1**). No se observaron diferencias significativas entre índices de actividad o cronicidad y las subpoblaciones de Tph, aunque una tendencia de Tph CCR2+ se vinculó con puntuaciones relacionados con riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica.

Figura 1. (P12)



Conclusiones: Los pacientes con LES mostraron un incremento significativo de Tph circulantes respecto de los individuos sanos, con predominio de la subpoblación CCR5+. En contraste, los controles registraron mayor frecuencia de Tph CCR2+CCR5+. Aunque no se hallaron diferencias entre LES con y sin NL, los casos con formas proliferativas evidenciaron mayor proporción de Tph, especialmente CCR5+, lo que sugiere un papel en la patogenia renal. No se confirmó un nexo con los índices de actividad o cronicidad, pero la tendencia observada indica que estas células podrían constituir un biomarcador emergente y potencial blanco terapéutico en la nefritis lúpica.

Bibliografía

1. 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.
2. Chen W, Yang F, Lin J. Tph cells expanded in primary Sjögren's syndrome. *Front Med*. 2022;9(June):1-7.

P13

ABUSO O NEGLIGENCIA EN LA INFANCIA ASOCIADOS A MARCADORES DE INMUNOSENESCENCIA EN ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN CLÍNICA SOSTENIDA

G.A. Guaracha-Basáñez, V. Pascual-Ramos, I. Contreras-Yáñez, G. Lima, M.L. López-Ávila, I. Flores-Hernández, L. Ledón-Llanes, L.G. Llorente-Peters

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica que acelera el envejecimiento inmunológico¹. Las experiencias adversas en la infancia, como el abuso o la negligencia (ANI), se han relacionado con pobres desenlaces en salud, sociales y marcadores de

inflamación². Se desconoce si esta relación está presente en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Objetivo: Comparar marcadores inmunológicos de senescencia entre pacientes con AR en remisión sostenida con y sin antecedentes de ANI, así como describir la frecuencia y características de dichas experiencias en esta población.

Material y métodos: Estudio transversal dentro de una cohorte de AR de reciente inicio en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, realizado entre agosto de 2024 y febrero de 2025. Se incluyó a pacientes con AR en remisión sostenida definida ésta por DAS28-VSG ≤ 2.6 , durante al menos seis meses consecutivos. Se aplicó la escala validada en población mexicana del norte del país de abuso y negligencia infantil (CANeS)³. Se definió exposición a ANI si el paciente seleccionó una respuesta de 1 a 4 en al menos un reactivo de la CANeS. Se evaluaron subpoblaciones T senescentes mediante citometría de flujo (CD27-, CD28-, CD45RA+, CD57+) en linfocitos CD4+ y CD8+. Se usaron pruebas estadísticas apropiadas para comparar grupos de acuerdo con la distribución de las variables.

Resultados: Se incluyó a 55 pacientes, el 90,9% ($n = 50$) de ellos mujeres, de 45 años (RIQ, 34-55), con 7,3 (RIQ, 3,2-10,9) años de evolución de la AR. El 83,6% ($n = 46$) de los pacientes tenía antecedentes de ANI. Ambos grupos fueron similares en variables demográficas y clínicas, tratamiento y desenlaces informados por los pacientes, salvo una peor calidad de vida, no así en la calidad de vida relacionada con la salud, evidente en el grupo con ANI. Los pacientes con ANI mostraron porcentajes similares relativos de linfocitos T CD3+, CD4+ y CD8+ y de linfocitos B CD19+ respecto de sus contrapartes. Tampoco hubo diferencias en las subpoblaciones de células CD4 y CD8 (*naïve*, memoria central, efectora y células de memoria diferenciadas). Los pacientes con ANI tuvieron mayores marcadores de inmunosenescencia celular en los linfocitos T (**Tabla 1**). Las dimensiones del CANeS afectadas con más frecuencia se reflejan a la **Figura 1**. La mayoría de los pacientes refirió dos o más dimensiones afectadas de la CANeS ($n = 37$, 81,4%).

Conclusiones: En pacientes con AR en remisión sostenida, la percepción de abuso o negligencia en la infancia se vinculó con mayor expresión de marcadores de senescencia inmunológica. Estos hallazgos sugieren un efecto biológico persistente de las experiencias adversas tempranas sobre el sistema inmunológico y, dada la alta prevalencia en este país de este fenómeno que afecta a los derechos humanos, debe atenderse como un problema de salud pública.

Bibliografía

1. Costenbader KH, Prescott J, Zee RY, *et al.* Immunosenescence and rheumatoid arthritis: does telomere shortening predict impending disease? *Autoimmun Rev*. 2011;10(9):569-73. doi: 10.1016/j.autrev.2011.04.034.
2. Danese A, Pariante CM, Caspi A, *et al.* Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007;104(4):1319-24. doi: 10.1073/pnas.0610362104.
3. Esparza-Del Villar OA, Montañez-Alvarado P, Gutiérrez-Vega M, *et al.* Past child abuse and neglect in adults from northern Mexico: development of a scale and prevalence. *J Interpers Violence*. 2022;37(5-6):2851-76.

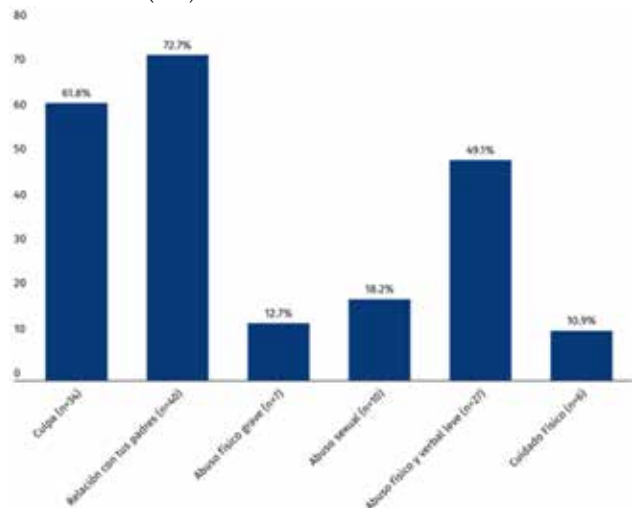
Tabla 1. Resultados de la citometría de flujo. (P13)

	Pacientes con ANI n = 46 (83,6%)	Pacientes sin ANI n = 9 (16,4%)	p
Linfocitos			
CD3+	66,05 (58,9-70,3)	59,5 (58,8-69,7)	0,369
CD3+ CD4+	63,85 (56,3-70,15)	70,3 (54,1-77,65)	0,625
CD3+ CD8+	27,9 (22,5-35,83)	24,4 (15,6-30,65)	0,241
CD3+ CD19+	9,67 (6,71-12,65)	12,4 (8,71-15,65)	0,186
CD4			
CD4+ naïve	39,2 (21,87-61,55)	44,6 (30,55-54,7)	0,856
CD4+ CM	46,5 (30,65-58,07)	54 (39,95-64,6)	0,251
CD4+ ME	4,08 (0,06-14,05)	2,57 (0,58-3,98)	0,554

CD4+ TEMRA	1,93 (0,58-8,09)	1,06 (0,35-5,29)	0,609
CD8			
CD8+ naïve	30,3 (20,3-46,58)	26,4 (12,62-32,75)	0,625
CD8+ CM	29,35 (20,4-51,27)	41,7 (20,7-66,35)	0,375
CD8+ EM	10,9 (3,1-20,88)	9,86 (3,94-29,6)	0,495
CD8+ TEMRA	11,25 (2,65-26,15)	5,99 (15-88,4)	0,228
Senescencia			
CD4+CD27-	17 (11,38-24,48)	7,18 (6,19-16,45)	0,019
CD4+CD28-	6,76 (1,93-12,3)	0,66 (0,17-3,23)	0,007
CD4+CD45RA+	31,15 (19,63-39,25)	40 (28,7-49,05)	0,036
CD4+CD57+	6,94 (2,12-23,43)	21,8 (2,03-32,35)	0,547
CD8+ CD28-	49,7 (33,35-60,75)	22 (16,6-39,1)	0,013
CD8+CD27-	50,2 (33,1-61,95)	27,4 (17,15-47,05)	0,028
CD8+CD45RA+	54,5 (45,58-67,88)	65 (40,3-78,15)	0,649
CD8+CD57+	18,45 (5,06-38,95)	17,2 (11,4-33,3)	0,856
CD4+Th			
Th1	62,85 (26,28-74,9)	76,6 (61,05-90,05)	0,047
Th2	46 (32,73-60,68)	59,8 (50,95-82,9)	0,036
Th17	46,1 (24,48-56,5)	40,2 (17,1-49,1)	0,369
CD25+			
CD3+_CD25+	1,69 (0,25-3,96)	2,44 (0,92-2,82)	0,410
CD4+_CD25+	10,5 (5,71-18,7)	15,6 (6-16,95)	0,479
CD8+_CD25+	1,19 (0,46-4,61)	2,47 (1,16-7,54)	0,219
CD19+_CD25+	6,07 (2,28-17,4)	4,83 (2,77-16,4)	0,807
CD69+			
CD3+_CD69+	1,48 (0,87-1,95)	1,85 (1,35-2,77)	0,203
CD4+_CD69+	0,94 (0,63-1,35)	1,15 (0,76-2)	0,250
CD8+_CD69+	1,49 (0,78-2,28)	2,09 (1,27-2,91)	0,260
Th1_CD69+	0,48 (0,29-0,74)	0,7 (0,19-1,71)	0,524
Th2_CD69+	1,44 (0,69-3,35)	2,29 (1,95-4,78)	0,116
Th17_CD69+	1,46 (0,79-2,04)	1,77 (1,33-3,91)	0,092
HLADR+			
CD3+_HLADR+	14,5 (6,1-34,9)	18,6 (7,54-33,2)	0,944
CD4+_HLADR+	12,6 (5,84-23,85)	13,2 (4,18-32,75)	0,790
CD8+_HLADR+	16,9 (6,82-42,3)	22,6 (8,59-37,15)	0,880

Los datos se presentan como mediana y rango intercuartílico del porcentaje de las subpoblaciones.

Figura 1. Frecuencia de las dimensiones de CANeS afectadas en la población de estudio. (P13)



P14

FIRMA INMUNOLÓGICA DE LA VASCULOPATÍA EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: DESEQUILIBRIO Y DISFUNCIÓN NEUTRÓFÍLICA

D.A. Carrillo-Vázquez, B. Alcalá-Carmona, J.T. Balderas-Miranda, Y. Reyna-Juárez, M.J. Ostos-Prado, S. Govea-Peláez, N.R. Mejía-Domínguez, G. Juárez-Vega, K. Santana-De Anda, 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 autoinmunes que se caracterizan por inflamación muscular y manifestaciones sistémicas. Dentro de estas últimas, las complicaciones vasculopáticas (incluidas úlceras cutáneas, calcinosis, necrosis y enfermedad pulmonar intersticial difusa [EPID]) representan un factor de mal pronóstico y contribuyen a la morbilidad. Los neutrófilos, por lo regular considerados células efectoras de vida corta, se reconocen actualmente como actores centrales en la inmunopatología de las MII, con evidencia de subpoblaciones funcionalmente diversas. Se ha descrito la participación de las trampas extracelulares de neutrófilos (NET) y de los granulocitos de baja densidad (LDG), pero el papel de otras poblaciones mieloides, como neutrófilos vírgenes, en retrotransmigración (rTEM), mieloides supresores (MDSC) y reguladores, aún se desconoce, en especial en relación con la vasculopatía e independientemente del grado de actividad de la enfermedad.

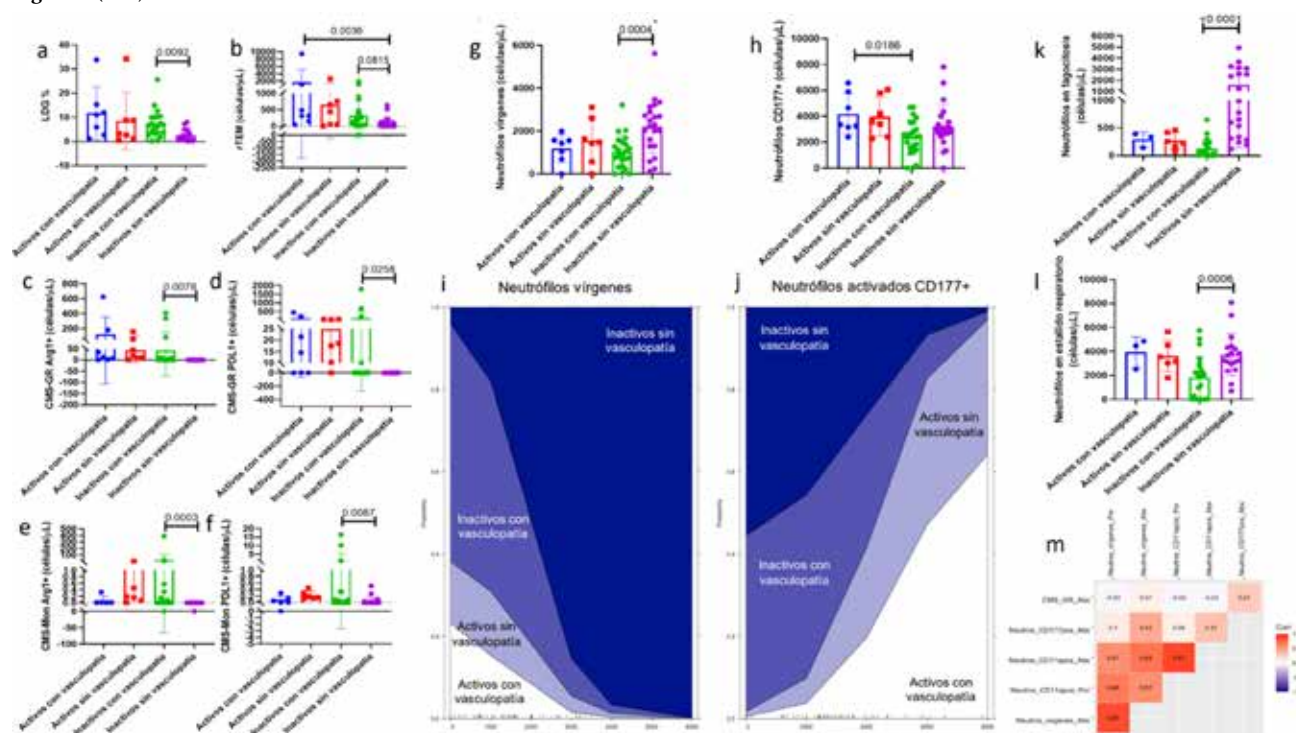
Objetivo: Caracterizar el perfil fenotípico y funcional de subpoblaciones de neutrófilos y su relación con manifestaciones vasculopáticas en pacientes con MII, con control de la actividad clínica de la enfermedad.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y unicéntrico en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se incluyó a 59 pacientes adultos con diagnóstico de MII confirmado por biopsia muscular y clasificados de acuerdo con los criterios ACR/EULAR 2017. Los pacientes se estratificaron por presencia de vasculopatía (úlceras, calcinosis, necrosis o EPID) y por actividad de la enfermedad según la evaluación clinimétrica estandarizada IMACS (MMT8 < 136 o CDASIa > 6 = activo), así como caracterización serológica. Se realizó inmunofenotipificación mediante citometría de flujo multiparamétrica para identificar subpoblaciones mieloides (neutrófilos naïve, LDG, rTEM, MDSC y reguladores). Asimismo, se evaluaron funciones efectoras como fagocitosis y estallido respiratorio mediante análisis de pHRhodo y DHR123+, respectivamente. Se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas y modelos de regresión multivariada para explorar predictores independientes entre subpoblaciones mieloides y fenotipo vasculopático, con ajuste por actividad global de la enfermedad.

Resultados: Se incluyó a 59 pacientes, de los cuales siete fueron activos con vasculopatía, siete activos sin vasculopatía, 23 inactivos con vasculopatía y 22 inactivos sin vasculopatía (**Figura 1**). Hasta 48 (81,3%) fueron mujeres, con una mediana de edad de 52,5 años. Los pacientes con enfermedad activa sin vasculopatía mostraron menor fuerza muscular ($p = 0,0011$), elevación de CPK ($p = 0,0006$) y ferritina ($p = 0,004$). En los inactivos con vasculopatía se observó un menor recuento de neutrófilos ($p = 0,0129$). Los autoanticuerpos más frecuentes en la vasculopatía fueron anti-MDA5 (23,7%) y anti-Ro52 (11,9%). No hubo diferencias significativas en CDASI ni en los tratamientos inmunosupresores. Los pacientes con vasculopatía mostraron una expansión de subpoblaciones proinflamatorias como LDG ($p = 0,0092$), CMS granulocíticas y monocíticas arginasa-1* ($p = 0,0078$ y $p = 0,0003$) y PDL1* ($p = 0,0258$ y $p = 0,0087$), así como un gradiente biológico con tendencia significativa en neutrófilos rTEM ($p = 0,0775$). En contraste, registró una reducción significativa de neutrófilos vírgenes ($p = 0,0004$) y de funciones efectoras como fagocitosis ($p < 0,0001$) y estallido respiratorio ($p = 0,0006$). La regresión multivariada identificó a los neutrófilos vírgenes y los CD177* activados como predictores independientes de vasculopatía ($\chi^2 = 20,76$ y $13,48$, $p = 0,00012$ y $0,0037$, respectivamente). Se observó una correlación positiva entre neutrófilos activados y neutrófilos vírgenes, lo que sugiere un eje funcional alterado en este fenotipo (**Tabla 1**).

Conclusiones: Los pacientes con MII y manifestaciones vasculopáticas

Figura 1. (P14)



presentan un perfil inmunológico diferencial caracterizado por desequilibrio entre subpoblaciones neutrofílicas proinflamatorias y reguladoras, así como una disfunción funcional característica. Estos hallazgos abren la posibilidad de utilizar estos perfiles como biomarcadores y potenciales blancos terapéuticos.

Bibliografía

1. Rawat S, Vrat S, Banerjee A. Neutrophils at the crossroads of acute viral infections and severity. *Molecular Aspects of Medicine*. 2021;81:100996.
2. Torres-Ruiz J, Carrillo-Vázquez DA, Leal-Alanis A, *et al*. Low-density granulocytes and neutrophil extracellular traps as biomarkers of disease activity in adult inflammatory myopathies. *Journal of Clinical Rheumatology: Practical Reports on Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*. 2022;28(2):e480-e7.
3. Owen-Woods C, Joulia R, Barkaway A, *et al*. Local microvascular leakage promotes trafficking of activated neutrophils to remote organs. *The Journal of Clinical Investigation*. 2020;130(5):2301-18.
4. 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 (Oxford, England)*. 2023;62(2):775-84.
5. 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.
6. Euwer RL, Sontheimer RD. Amyopathic dermatomyositis: a review. *The Journal of Investigative Dermatology*. 1993;100(1):124s-7s.
7. Connors GR, Christopher-Stine L, Oddis CV, *et al*. Interstitial lung disease associated with the idiopathic inflammatory myopathies: what progress has been made in the past 35 years? *Chest*. 2010;138(6):1464-74.
8. Seto N, Torres-Ruiz JJ, Carmona-Rivera C, *et al*. Neutrophil dysregulation is pathogenic in idiopathic inflammatory myopathies. *JCI Insight*. 2020;5(3).2010;138(6):1464-74.

Tabla 1. Subpoblaciones mieloides y su relación con actividad de la enfermedad y fenotipo vasculopático mediante análisis univariado y multivariado. (P14)

Análisis univariado para actividad de la enfermedad		
Variable	χ^2	Valor p
Neutrófilos CD11b+ (cel/μl)	4,58	0,032
Neutrófilos CD11b+ (IMF)	6,70	0,0096
Neutrófilos CD177+ (cel/μl)	5,86	0,015
Neutrófilos CD177+ (IMF)	4,13	0,042
CMS granulocíticas (%)	5,38	0,020
CMS granulocíticas (cel/μl)	6,25	0,012
CMS granulocíticas maduras (%)	6,51	0,010
CMS granulocíticas maduras (cel/μl)	8,28	0,004
CMS granulocíticas inmaduras (cel/μl)	7,28	0,007
Monocitos con fagocitosis (cel/μl)	3,98	0,046
Valor p significativo < 0,05.		
Análisis univariado para vasculopatía		
Variable	χ^2	Valor p
Neutrófilos vírgenes (%)	8,05	0,0046
Neutrófilos vírgenes (cel/μl)	9,88	0,0017
Neutrófilos CD11a+ (%)	6,62	0,010
Neutrófilos CD11a+ (cel/μl)	7,56	0,006
CMS granulocíticas inmaduras (cel/μl)	6,36	0,012
Neutrófilos con fagocitosis (cel/μl)	5,22	0,022

Valor p significativo < 0,05.

Análisis multivariado para vasculopatía

Variable	χ^2	Valor p
Neutrófilos vírgenes (cel/ μ l)	20,76	0,00012
Neutrófilos CD177+ (cel/ μ l)	13,48	0,0037

Valor p significativo < 0,05.

P15

ANÁLISIS DEL PERFIL METABOLÓMICO EN SUERO Y ORINA ACOPLADO A DETERMINACIÓN DE CITOCINAS URINARIAS EN PACIENTES CON NEFROPATÍA LÚPICA

M. Jiménez-Tirado, K. Santana-De Anda, J.J. Torres-Ruiz, J.T. Balderas-Miranda, N. Mejía-Domínguez, J.C. Páez-Franco, H. Sánchez-Vidal, I.C. Zarzoza-Mendoza, D. Gómez-Martín

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una de las manifestaciones más graves y prevalentes y puede presentarse en el 50% de los pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG). El estándar de oro diagnóstico es la biopsia renal, la cual puede tener complicaciones dado que es un procedimiento invasivo. Por lo anterior, existe interés en técnicas no invasivas para el diagnóstico de esta patología, como el análisis metabólico y la determinación de citocinas de líquidos biológicos. En las publicaciones médicas se han descrito metabolitos y citocinas con adecuada capacidad de discriminación de pacientes con NL en comparación con controles sanos y pacientes con LEG sin actividad renal. Sin embargo, no se ha estudiado el papel del análisis conjunto de citocinas urinarias y el perfil metabólico en suero y orina en pacientes con NL respecto de aquellos que han alcanzado respuesta renal posterior a la terapia de inducción y que la han mantenido a lo largo del seguimiento.

Objetivo: Caracterizar el perfil de citocinas urinarias y el perfil metabólico en suero y orina de tres grupos de pacientes representativos del espectro de actividad y respuesta clínica de la NL.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de LEG de acuerdo con los criterios ACR/EULAR 2019 y se dividieron en tres grupos. El grupo 1 incluyó a pacientes con NL activa definida por índice de proteinuria-creatinuria > 500 mg/día, sedimento activo, aumento de la creatinina > 0,3 mg/dL respecto de la basal o hallazgos histológicos consistentes con lesiones proliferativas con o sin componente membranosos. El grupo 2 incluyó a pacientes con respuesta renal completa o parcial a los seis meses del tratamiento de inducción. El grupo 3 incluyó a pacientes con respuesta renal sostenida por al menos dos años. Se realizó el análisis metabólico no dirigido en orina y suero por medio de cromatografía de gas acoplada a espectrometría, así como la determinación de citocinas urinarias por medio del Bio-Plex Pro Human Cytokine 17-plex Assay del laboratorio Bio-Rad.

Resultados: Se incluyó a 21, 21 y 20 pacientes en los grupos 1, 2 y 3 respectivamente, para un total de 62 pacientes. La mediana de edad fue de 36 años y el 87% de los pacientes correspondió a mujeres. De los metabolitos identificados, 12 en suero y 10 en orina mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En orina, 15 citocinas estaban incrementadas en el grupo 1. Se realizó una regresión logística multinomial, cuyos resultados se ilustran en la **Tabla 1**. Se encontró que los pacientes del grupo 1 registraban concentraciones mayores de ácido tréónico en orina. Por otro lado, los pacientes del grupo 2 mostraron menores concentraciones de sacarosa urinaria y mayores de glicerol sérico que los pacientes del grupo 3. En cuanto a las citocinas urinarias, el aumento de interleucina 10 se acompañó de un mayor riesgo de pertenecer al grupo 1, mientras que el aumento del factor estimulante de crecimiento de colonias de granulocitos demostró ser discriminativo de los pacientes del grupo 2 respecto de los del grupo 3.

Conclusiones: El perfil metabólico en orina y suero, aunado a la cuantificación de citocinas urinarias, posee capacidad discriminativa de los

pacientes con NL activa en comparación con aquellos que han logrado y mantenido la respuesta al tratamiento. Estos hallazgos sustentan el potencial de ambos métodos como técnicas no invasivas para el diagnóstico y el seguimiento de la NL.

Tabla 1. Regresión logística multinomial. (P15)

	Grupo 1 vs 2 OR (IC 95%)	Grupo 2 vs 3 OR (IC 95%)	Grupo 1 vs 3 OR (IC 95%)
Sacarosa urinaria	NS	0.9809 (IC 95% 0.9802-0.981)	NS
Ácido tréónico urinario	0.33 (IC 95% 0.17-0.63)	0.9737 (IC 95% 0.9734-0.9741)	0.32 (IC 95% 0.16-0.62)
Glicerol sérico	NS	1.049 (IC 95% 1.048-1.05)	NS
IL-10	1.25E-12 (IC 95% 2.02E-17- 7.76E-08)	0.9354 (IC 95% 0.8913- 0.9817)	1.17E-12 (IC 95% 1.80E-17- 7.62E-08)
G-CSF	NS	0.5538 (IC 95% 0.5517-0.5559)	NS

NS: no significativo; E: exponencial; G-CSF: factor estimulante de crecimiento de colonias de granulocitos.

Bibliografía

- Barone FP, Lourenço SV, Azevedo LS, *et al.* Metabolomics and biomarkers for lupus nephritis – a systematic review. *Surg Exp Pathol.* 2023;6(1).
- Vodenhall S, Mohan C. Urinary biomarkers for active Lupus Nephritis that have survived independent validation across cohorts. *Kidney Int.* 2024;106(6):1135-1145.

P16

IMPLICACIÓN DE VARIANTES GENÉTICAS DE LA VÍA HIF-1 ALFA EN LA SUSCEPTIBILIDAD DE LA ENFERMEDAD DE SJO-GREN PRIMARIA

G.A. Martínez-Nava¹, A. López-Reyes¹, J. Fernández-Torres¹, N. Pérez-Hernández², J.M. Rodríguez-Pérez³, G. Hernández-Molina

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽²⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽³⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ESj) primaria es una entidad autoinmune caracterizada por inflamación crónica de glándulas exocrinas y manifestaciones sistémicas. Diversos estudios sugieren que la hipoxia tisular y la activación de la vía del factor inducible por hipoxia 1 alfa (HIF-1 α) participan en la regulación de procesos inmunes, angiogénesis y remodelación tisular, fenómenos relevantes en la patogenia de la ESj. Los genes regulados por HIF-1 α , como *VEGFA*, *EDN1* y *PIK3R1*, modulan tanto la respuesta inflamatoria como la supervivencia celular en ambientes hipóxicos. Por ello, el análisis de variantes genéticas en la vía de HIF-1 α podría aportar información sobre la susceptibilidad individual a desarrollar ESj primaria.

Objetivo: Evaluar la relación de variantes genéticas en genes de la vía de HIF-1 α con la susceptibilidad a ESj primaria.

Material y métodos: Se incluyó a 98 pacientes con ESj primaria y 196 controles sanos. A partir de muestras de sangre periférica se extrajo ADN genómico. Mediante una plataforma de genotipificación de baja densidad (Open-Array, Applied Biosystems) se analizaron 42 polimorfismos en 22 genes relacionados con la vía de señalización de HIF-1 α . La relación de las variantes genéticas con el diagnóstico de Sjögren se evaluó mediante modelos de regresión logística ajustados por edad y sexo. También se reali-

zaron modelos de regresión logística multivariada para variables clínicas de relevancia para la enfermedad con las variantes relacionadas.

Resultados: Se identificó una relación significativa positiva con tres SNP de los genes *EDN1*, *VEGFA* (rs1570360) y *PIK3R1*; y negativa con tres SNP de los genes *GSK3B*, *VEGFA* (rs729761) y *COL2A1* con el diagnóstico de ESj primaria (Tabla 1). De éstos se encontró que los portadores del alelo T del polimorfismo del gen *EDN1* tienen tres veces más posibilidades de presentar parotiditis que los portadores del alelo G ($p = 0,002$); asimismo, se identificó que los portadores del alelo A del SNP rs1570360 del gen *VEGFA* tienen 3,12 veces menos posibilidades de ser positivos para anticuerpos antinucleares ($p = 0,002$), respecto de los portadores del alelo G. Por último, se observó que los portadores del alelo A del polimorfismo del gen *PIK3R1* tienen 2,17 menos posibilidades de ser positivos a anticuerpos anti-La ($p = 0,009$).

Conclusiones: Estos resultados apoyan la participación de la vía de HIF-1 α en la susceptibilidad genética a la ESj primaria. Además, sugieren que los mecanismos de hipoxia, angiogénesis e inflamación mediados por HIF-1 α contribuyen a la heterogeneidad clínica de la enfermedad y podrían representar biomarcadores de susceptibilidad.

Bibliografía

Seo Y, Ji YW, Lee SM, *et al.* Activation of HIF-1 α (hypoxia inducible factor-1 α) prevents dry eye-induced acinar cell death in the lacrimal gland. *Cell Death Dis.* 2014;5(6): e1309. doi: 10.1038/cddis.2014.260. Erratum in: *Cell Death Dis.* 2014;5:e1421.

Tabla 1. Razones de momios para los genotipos y alelos menores de los polimorfismos relacionados con el diagnóstico de enfermedad de Sjögren primaria. (P16)

Gen	SNP	Genotipo	RM*	IC95%	P
<i>GSK3B</i>	rs6438552	A/A	referencia		
		A/G	0,88	0,38-2,01	0,75
		G/G	0,18	0,04-0,70	0,01
		G	0,52	0,30-0,93	0,03
<i>EDN1</i>	rs5370	G/G	referencia		
		G/T	1,50	0,66-3,44	0,33
		T/T	5,08	1,02-25,40	0,05
		T	2,02	1,08-3,79	0,03
<i>VEGFA</i>	rs1570360	G/G	referencia		
		G/A	1,93	0,88-4,26	0,10
		A/A	2,61	1,00-6,82	0,05
		A	1,77	1,02-3,10	0,04
	rs729761	G/G	referencia		
		G/T	0,20	0,07-0,55	< 0,01
		T/T	0,18	0,02-1,55	0,12
		T	0,25	0,11-0,56	< 0,01
<i>COL2A1</i>	rs1793953	G/G	referencia		
		G/A	0,28	0,12-0,66	< 0,01
		A/A	0,48	0,16-1,41	0,18
		A	0,60	0,36-1,02	0,06
<i>PIK3R1</i>	rs3730089	G/G	referencia		
		G/A	1,51	0,68-3,36	0,31
		A/A	9,30	2,40-36,10	< 0,01
		A	3,34	1,36-4,03	< 0,01

RM, razón de momio; IC, intervalo de confianza.

*Razón de momios ajustada por edad y sexo. Los valores en negritas señalan significancia estadística.

P17

INCREMENTO EN LA FRECUENCIA DE LINFOCITOS B DE MEMORIA ATÍPICA (CD11c+) EN ENFERMEDAD DE SJÖGREN Y SU ASOCIACIÓN CON VARIABLES CLÍNICAS

V.M. Menchaca-Tapia¹, D.C. Salazar-Camarena², P.C. Ortiz-Lazareno³, M. Marín-Rosales⁴, N. Espinoza-García², A. López-Llamas¹, C.A. Palafox-Sánchez¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Instituto de Biología Molecular en Medicina y Terapia Génica, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Centro de Investigaciones Biomédicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, ⁽⁴⁾Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Los linfocitos B de memoria atípica son una subpoblación heterogénea cuya activación y diferenciación ocurre fuera de los centros germinales¹ y se caracterizan por la ausencia de CXCR5/CD21 y la expresión de CD11c y T-bet². Se encuentran altamente expandidas en enfermedades autoinmunes, tienen afinidad por autoantígenos y se diferencian en células productoras de autoanticuerpos^{2,3}. La expansión no controlada de células B de memoria atípica es el sello de la respuesta extrafolicular en autoinmunidad⁴. La enfermedad de Sjögren (SjD) es una alteración autoinmune de progresión lenta que afecta glándulas exocrinas debido a la presencia de infiltrado linfocitario crónico, en el que hay activación y diferenciación de linfocitos B⁵. Los linfocitos B que resultan de esta interacción tienen un perfil atípico y se informan expandidas en el 100% de las biopsias de pacientes con SjD^{6,7}. Los linfocitos B de memoria atípica no se han explorado en sangre periférica de pacientes con SjD.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de linfocitos B de memoria atípica CXCR5-CD11c+ y su relación con las características clínicas y actividad de la enfermedad.

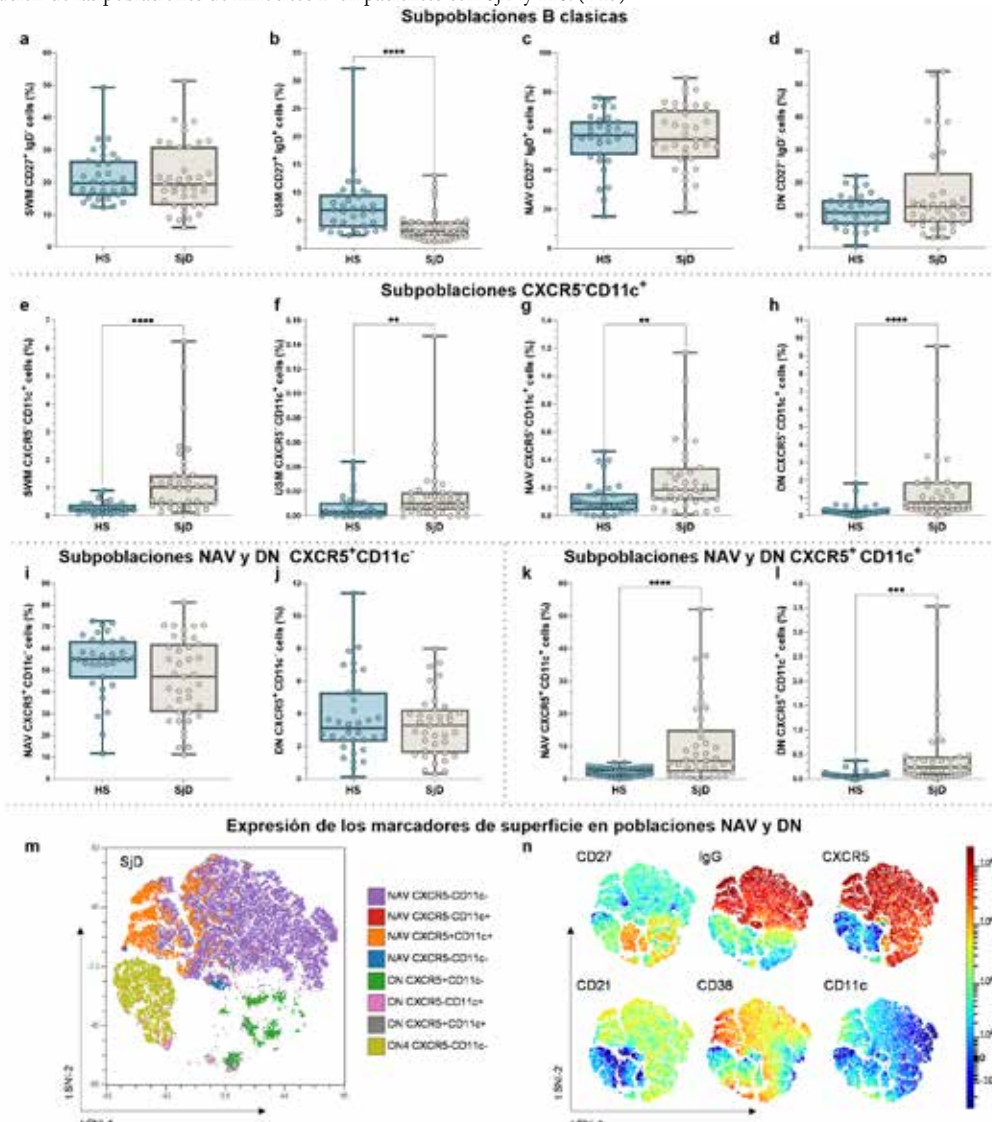
Material y métodos: Se incluyó a 40 pacientes con SjD y 34 controles clínicamente sanos (HS) a los cuales se les realizó prueba de Schirmer al momento de la evaluación; además, se sometieron a ESSPRI, ClinESSDA y SSDDI. Se identificaron por medio de citometría las frecuencias de linfocitos B: doble negativas (DN) (CD27-IgD-), *naïve* (NAV) (CD27-IgD+), *switched memory* (SWM) (CD27+IgD-) y *unswitched memory* (USM) (CD27+IgD+).

Se estratificaron como atípicas las CXCR5-CD11c+; además, se les evaluó la expresión de CD38 y CD21. Para el corte de CD11c se utilizó un control de FMO.

Resultados: Las características clínicas y demográficas se resumen en la Tabla 1. Los pacientes con SjD presentaron una disminución de la frecuencia de USM, sin diferencias en las otras tres subpoblaciones (Figura 1, A-D). En el SjD se observó una expansión de la frecuencia de linfocitos B con marcaje atípico CXCR5-CD11c+ (Figura 1, E-H) y en las poblaciones DN y NAV atípicas CXCR5+CD11c+ (Figura 1, K-L), sin diferencias entre las poblaciones DN y NAV típicas CXCR5+CD11c- (Figura 1, J-K). Los linfocitos DN CD11c+ registraron cifras elevadas de CD38 y reducción de la expresión de CD21. Por el contrario, los subconjuntos de NAV CD11c+ fueron positivos a CD21 y con menor expresión de CD38 (Figura 1, M-N). Se identificó una correlación positiva entre la edad de los pacientes con SjD y los linfocitos DN CXCR5-CD11c+ ($r = 0,47$; IC, 0,27-0,63; $p = < 0,0001$); sin embargo, las diferencias entre grupos persistió al realizar la corrección por edad ($F, 1,70 = 8,20$; $p = 0,006$; $\eta^2 p = 0,105$). Por último, la actividad de la enfermedad, medida por ClinESSDAI, mostró una correlación negativa con la frecuencia de células NAV CXCR5+CD11c+ ($r = -0,29$; IC95%, -0,56 a -0,04; $p = 0,03$) (Figura 2, A), mientras que el daño medido por SSDDI se correlacionó negativamente con la frecuencia de USM ($r = -0,43$ IC, -0,66 a -0,13; $p = 0,002$; Figura 2, B) y NAV CXCR5 + CD11c+ ($r = -0,40$; IC, -0,63 a 0,08; $p = 0,006$) (Figura 2, C).

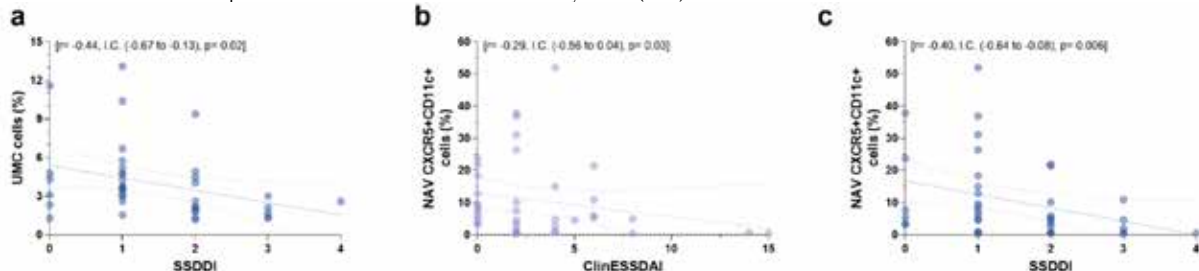
Conclusiones: Los linfocitos B de memoria atípica CXCR5-CD11c+ se encuentran expandidos en el SjD y además se observó la expansión de la población DN CXCR5+CD11c+ previamente descrita en LES como DN3 y NAV CXCR5+CD11c+ que no se ha informado en enfermedades autoinmunes. Este estudio sugiere una importante función de las poblaciones atípicas CD11c+ en la patogénia de SjD.

Figura 1. Distribución de las poblaciones de linfocitos B en pacientes con SjD y HS. (P17)



a. Frecuencia de linfocitos SWM en HS y SjD. b. Frecuencia de linfocitos USM en HS y SjD. c. Frecuencia de linfocitos NAV en HS y SjD. d. Frecuencia de linfocitos DN en HS y SjD. e. Frecuencia de linfocitos SWM CXCR5-CD11c+ en HS y SjD. f. Frecuencia de linfocitos USM CXCR5-CD11c+ en HS y SjD. g. Frecuencia de linfocitos NAV CXCR5-CD11c+ en HS y SjD. h. Frecuencia de linfocitos DN CXCR5-CD11c+ en HS y SjD. i. Frecuencia de linfocitos NAV CXCR5+CD11c- en HS y SjD. j. Frecuencia de linfocitos DN CXCR5+CD11c- en HS y SjD. k. Frecuencia de linfocitos NAV CXCR5+CD11c+ en HS y SjD. l. Frecuencia de linfocitos DN CXCR5+CD11c+ en HS y SjD. m. t-SNE que representa la distribución de las subpoblaciones de células B NAV y DN en linfocitos B CD19+. n. superposición de los marcadores CD27, IgD, CXCR5, CD21, CD38 y CD11c en linfocitos B CD19+. SjD, enfermedad de Sjögren; HS, Sujetos clínicamente sanos; NAV, naïve; DN, doble negativo; SWM, switched memory; USM, unswitched memory. U de Mann-Whitney para comparaciones de dos grupos.

Figura 2. Correlación de las subpoblaciones con los índices de actividad y daño. (P17)



a. Correlación entre la frecuencia de células UMC y el SSDDI. b. Correlación entre la frecuencia de células NAV CXCR5+CD11c+ y el SSDDI. c. Correlación entre la frecuencia de células NAV CXCR5+CD11c+ y el SSDDI. SjD, enfermedad de Sjögren; HS, Sujetos clínicamente sanos; NAV, naïve; DN, doble negativo; SWM, switched memory; USM, unswitched memory. Correlación de Spearman con regresión lineal simple.

Bibliografía

1. Sutton HJ, Aye R, Idris AH, *et al.* Atypical B cells are part of an alternative lineage of B cells that participates in responses to vaccination and infection in humans. *Cell Rep.* 2021;34(6):108684.
2. Jenks SA, Cashman KS, Zumaquero E, *et al.* Distinct effector b cells induced by unregulated toll-like receptor 7 contribute to pathogenic responses in systemic lupus erythematosus. *Immunity.* 2018;49(4):725-39.e6.
3. Rincon-Arevalo H, Wiedemann A, Stefanski A-L, *et al.* Deep phenotyping of CD11c+ B cells in systemic autoimmunity and controls. *Frontiers in Immunology.* 2021;12.
4. He Y, Vinuesa CG. Chapter Four - Germinal center versus extrafollicular responses in systemic autoimmunity: Who turns the blade on self? In: Alt FW, Murphy KM, editors. *Advances in Immunology.* 162: Academic Press; 2024:109-33.
5. Elsner RA, Shlomchik MJ. Germinal Center and Extrafollicular B Cell Responses in Vaccination, Immunity, and Autoimmunity. *Immunity.* 2020;53(6):1136-50.
6. Verstappen GM, Ice JA, Bootsma H, *et al.* Gene expression profiling of epithelium-associated FcRL4(+) B cells in primary Sjögren's syndrome reveals a pathogenic signature. *J Autoimmun.* 2020;109:102439.
7. Haacke EA, Bootsma H, Spijkervet FKL, *et al.* FcRL4+ B-cells in salivary glands of primary Sjögren's syndrome patients. *Journal of Autoimmunity.* 2017;81:90-8.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de la población. (P17)

Variable	SjD = 40	HS = 34	p
Edad (años)	55 ± 14	47 ± 13	0,009
Sexo (femenino)	40 (100)	34 (100)	NA
Prueba de Shirmer I, mm	5 ± 5	20 ± 10	NA
Duración de las enfermedades (años)	3 [1-7,7]	NA	NA
Disminución del flujo salival	15 (38)	NA	NA
Disminución del flujo lagrimal	24 (60)	NA	NA
Biopsia positiva (focus score ≥ 1)	31/32 (96)	NA	NA
Focus score	3 [2-4]	NA	NA
Autoanticuerpos			
Anticuerpos antinucleares	29/37 (78)	NA	NA
Anti-Ro/SSA	18/32 (56)	NA	NA
Características del laboratorio			
Hemoglobina en g	13,4 ± 1,3	13,6 ± 1,2	< 0,001
Leucocitos 10 ³ /mm ³	6,8 ± 1,6	6,0 ± 2,2	< 0,001
Linfocitos 10 ³ /mm ³	1,8 ± 0,5	1,9 ± 0,8	0,1
Plaquetas 10 ³ /mm ³	297,0 ± 66,5	255,9 ± 105,7	0,052
Velocidad de sedimentación globular en mm/h	27 ± 13	19,2 ± 10	0,01
Proteína C reactiva, mg/dL	0,08 ± 0,34	NA	NA
Tratamiento actual			
Prednisona	7 (18)	NA	NA
Metotrexato	17 (43)	NA	NA
Hidroxicloroquina/cloroquina	22 (55)	NA	NA
Azatioprina	2 (5)	NA	NA
Ciclofosfamida	1 (2,5)	NA	NA
Micofenolato	2 (5)	NA	NA
Leflunomida	2 (5)	NA	NA
Actividad de la enfermedad			
Manifestaciones sistémicas	29 (73)	NA	NA
ESSPRI	5 [3-6,2]	NA	NA
SSDDI	[1-2]	NA	NA
ClinESSDAI	2 [0-4]	NA	NA

Articular	15 (38)	NA	NA
Hematológico	14 (35)	NA	NA
Glandular	9 (23)	NA	NA
Linfadenopatía	2 (5)	NA	NA
Cutáneo	1 (2,5)	NA	NA
Pulmonar	1 (2,5)	NA	NA
Renal	1 (2,5)	NA	NA
Clasificación por puntuación ClinESSDAI			
Inactivo (ClinESSDAI = 0)	11 (28)	NA	NA
Baja actividad (ClinESSDAI < 5)	15 (38)	NA	NA
Actividad moderada (ClinESSDAI 5 ≤ y ≤ 13)	12 (30)	NA	NA
Alta actividad (ClinESSDAI ≥ 14)	2 (5)	NA	NA

Los resultados se expresan como n (%) o mediana (IQR) y media ± DE.

SjD, enfermedad de Sjögren; HS, control clínicamente sano; ClinESSDAI, Clinical EULAR Sjögren's syndrome disease activity index; ESSPRI, EULAR Sjögren's syndrome patient-reported index; SSDDI, Sjögren's syndrome disease damage index.

P18

GDF-15 CIRCULANTE SE ASOCIA CON MENOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ANÁLISIS CLÍNICO Y BIOINFORMÁTICO (microRNAs)

F. Sánchez-Muñoz¹, M. Peña-Peña¹, J. Roldán-Ortega¹, E. Aranda-Cano², L. Viruel¹, I. Palafox-Sosa¹, D. Vera-Bustamante¹, Y. Juárez-Vicuña¹, A. Martínez-Martínez¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽²⁾Hospital Militar Central

Introducción: La depresión es una comorbilidad frecuente en pacientes con artritis reumatoide y tiene un efecto significativo en la evolución de la enfermedad. El factor de diferenciación del crecimiento 15 (GDF-15), miembro de la familia TGFβ, se ha relacionado con la disfunción endotelial y diversas enfermedades mentales, como la depresión y la psicosis.

Objetivo: Determinar las diferencias en los valores de GDF-15 entre pacientes con AR, con y sin síntomas depresivos, y explorar la correlación entre los valores de GDF-15 y los síntomas depresivos.

Material y métodos: Estudio observacional transversal que incluyó a pacientes que cumplían los criterios de clasificación ACR/EULAR de 2010 para AR seropositiva. Se excluyó a los pacientes con actividad moderada o grave de la enfermedad según el DAS28 y fibromialgia. Se utilizó el PHQ-9 para evaluar los síntomas depresivos y se consideró una puntuación de 10 como punto de corte. El GDF-15 se midió en suero mediante ELISA y se expresó en picogramos/mililitros. Se realizó un análisis bioinformático exploratorio a través de la plataforma miRNet 2.0 (<https://www.mirnet.ca/>) para explorar los reguladores de microRNA compartidos que podrían vincular estas afecciones en pacientes con AR. Este análisis se realizó al seleccionar "enfermedades" como categoría de entrada para incluir la artritis reumatoide y la depresión, y "genes" para incluir el GDF-15. Los datos se presentan como porcentajes, medias ± desviaciones estándar o medianas, y rangos intercuartílicos (RIC), de acuerdo con sus distribuciones. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para la comparación. La correlación entre la puntuación del GDF-15 y la del PHQ-9 se evaluó con el método de Spearman. Un valor de p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 56 pacientes; sin embargo, dos se excluyeron por presentar resultados negativos para FR y ACPA, 10 por mostrar actividad moderada o grave de la AR y cinco por tener fibromialgia. Se analizó a 39 pacientes. Treinta y seis (92%) eran mujeres. La edad media fue de 58 ± 11 años. Treinta y cuatro se encontraban en remisión y sólo cinco tenían actividad leve de la enfermedad, según el DAS28. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (41%), diabetes (26%) y síndrome de Sjögren (15%). En el grupo de pacientes con menos síntomas depresivos (PHQ-9 < 10, n = 30), la puntuación media del GDF-15 fue de 1 410

(993-2 359), mientras que fue de 1 027 (697-1 236) en el grupo con síntomas depresivos graves (PHQ-9 > 10, n = 9); **Figura 1** (p = 0,007). Se encontró una correlación negativa entre los valores de PHQ-9 y GDF-15 (rho = -0,377, p = 0,018). Según los datos bioinformáticos (**Figura 2**), el análisis identificó dos microRNA, hsa-miR-16-5p y hsa-miR-92a, como elementos compartidos relacionados con la AR, el GDF-15 y la depresión. **Conclusiones:** Los valores de GDF-15 se correlacionan inversamente con la gravedad de la depresión; cabe mencionar que se han descrito resultados similares en otras enfermedades mentales (psicosis). Podría existir una posible conexión molecular entre la AR y los síntomas depresivos, sobre todo a través de mecanismos relacionados con GDF-15 e independientemente del estado inflamatorio activo. Sin embargo, se necesitan más estudios.

Bibliografía

1. Brock J, Basu N, Schlachetzki JCM, *et al.* Immune mechanisms of depression in rheumatoid arthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2023 Dec;19(12):790-804. doi: 10.1038/s41584-023-01037-w. Epub 2023 Nov 3. PMID: 37923863.
2. Kumar P. *SciRep.* 2017;7(1):7906.

Figura 1. (P18)

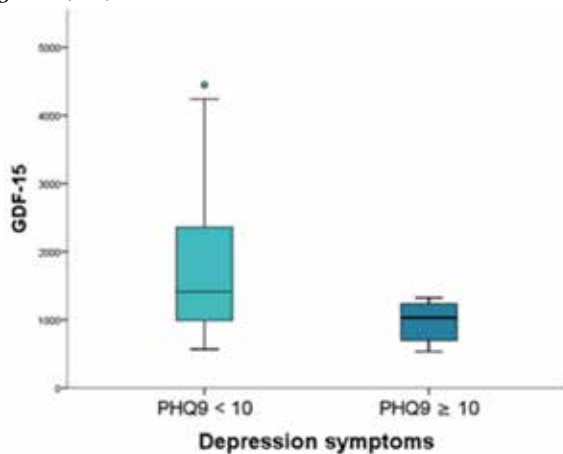
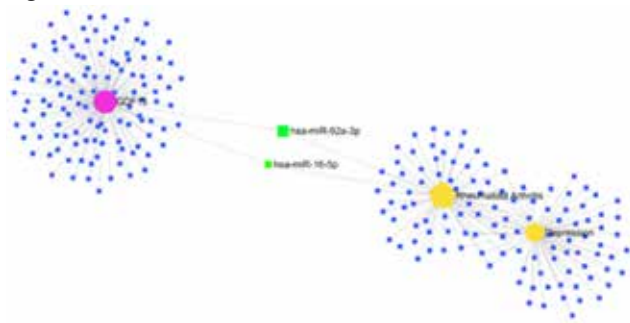


Figura 2. (P18)



P19

REMISIÓN, BAJA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y RECAÍDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO DE INICIO JUVENIL, ADULTO Y TARDÍO

A.E. Vázquez-Hernández, E. Godínez-Lazarini, E. Cimé-Aké, H. Frago-Loyo

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En el lupus eritematoso generalizado (LEG) existen diferencias entre los pacientes de acuerdo con la edad de inicio de la enfermedad.

Objetivo: Evaluar la remisión, la baja actividad de la enfermedad y la recaída en pacientes con LEG en distintas edades de inicio del trastorno (juvenil, adulto y tardío).

Material y métodos: Diseño: cohorte retrospectiva. Se incluyó a pacientes clasificados con LEG (criterios EULAR/ACR 2019), divididos de acuerdo con la edad de inicio: juvenil (LEGj < 18 años), en la edad adulta (LEGa, 18-49 años) y tardío (LEGt ≥ 50 años)¹. Se excluyó a los individuos con otras enfermedades autoinmunes, excepto los síndromes antifosfolípido o de Sjögren. La información se recopiló mediante la revisión de expedientes clínicos para obtener las características demográficas, patológicas, cifras de autoanticuerpos, tratamiento y desenlaces: remisión (definida de acuerdo con DORIS), baja actividad de la enfermedad (de acuerdo con LLDAS) y recaída (definida por SELENA-SLEDAI FI)². El periodo de análisis comenzó en la fecha del diagnóstico del LEG e incluyó todas las visitas de seguimiento reumatológico hasta la recaída, el fallecimiento o la última valoración registrada antes de diciembre 2024. Análisis estadístico: pruebas ji cuadrada, Kruskal-Wallis, modelo de Kaplan-Meier y regresión de Cox.

Resultados: Se incluyó a 289 pacientes con LEG: 96 en el grupo LEGj, 96 en el grupo LEGa y 97 en el grupo LEGt. El 90,5% correspondió a mujeres. Al inicio de la enfermedad, los pacientes con LEGa mostraban mayor actividad medida por SLEDAI-2K en comparación con los otros grupos. Las manifestaciones neuropsiquiátricas fueron más frecuentes en el grupo LEGj, mientras que las mucocutáneas y la nefritis lúpica fueron más prevalentes en el grupo LEGa (**Tabla 1**). El grupo con LEGa, en comparación con los grupos de LEGj y LEGt, registró mayor prevalencia de anticuerpos positivos para anticardiolipina IgG (46,2% vs. 34,2% vs. 14,0%, p < 0,001), IgM (54,9% vs. 50,6% vs. 20,9%, p < 0,001) y anti-coagulante lúpico (27,3% vs. 16,9% vs. 7,1%, p = 0,002). Los pacientes con LEGj recibieron bolos de glucocorticoides, ciclofosfamida, micofenolato de mofetilo y rituximab más a menudo en comparación con LEGa y LEGt (p < 0,001). La remisión y la baja actividad se alcanzaron con mayor frecuencia en el grupo LEGt respecto de los otros grupos (**Figura 1**). La edad de inicio tardía fue el factor independiente vinculado con remisión y baja actividad (HR 2,8; IC95%, 1,9-4,0; p = 0,004; y HR 2,4; IC95%, 1,7-3,4; p = 0,006, respectivamente). Las recaídas fueron más comunes en el grupo con LEGj en comparación con los grupos LEGa y LEGt (87,5% vs. 66,7% vs. 24,7%, p < 0,001). Los factores de riesgo relacionados con la recaída incluyeron la edad de inicio juvenil (HR 2,1; IC95%, 1,5-2,9; p = 0,006) y las manifestaciones constitucionales (HR 1,6; IC95%, 1,2-2,4; p = 0,018). Las muertes se presentaron con mayor frecuencia en el grupo con LEGt y las infecciones fueron la principal causa.

Tabla 1. Datos demográficos, clínicos, autoanticuerpos, tratamiento y desenlaces de los pacientes estudiados. (P19)

Variable	LEG inicio juvenil, n = 96 (%)	LEG de inicio en el adulto, n = 96 (%)	LEG de inicio tardío n = 97 (%)	p
<i>Características demográficas</i>				
Sexo femenino	89 (92,7)	87 (90,6)	86 (88,7)	0,627
Edad de inicio (años)	14,0 (12,0-16,0)	27,0 (22,0-32,0)	58,0 (54,5-65,0)	< 0,001*
Seguimiento (años)	12,5 (8,2-18,7)	7,6 (3,7-11,9)	4,9 (2,8-11,8)	< 0,001*
<i>Características clínicas y serológicas al inicio</i>				
Constitucional	39 (40,6)	39 (40,6)	30 (30,9)	0,274
Neuropsiquiátrico	14 (14,6)	2 (2,1)	2 (2,1)	< 0,001*
Mucocutáneo	84 (87,5)	91 (94,8)	75 (77,3)	0,002*
Articular	77 (80,2)	73 (76,0)	82 (84,5)	0,333
Nefritis lúpica	34 (35,4)	43 (44,8)	21 (21,6)	0,003*
Cardíaco	2 (2,1)	3 (3,1)	0	0,237
Pulmonar	0	3 (3,1)	3 (3,1)	0,218
Gastrointestinal	2 (2,1)	1 (1,0)	1 (1,0)	0,773
Serositis	18 (18,8)	20 (20,8)	5 (5,2)	0,004*

Leucopenia	35 (36,5)	21 (21,9)	48 (49,5)	< 0,001*
AHAI	16 (16,7)	5 (5,2)	7 (7,2)	0,016*
Trombocitopenia	20 (20,8)	22 (22,9)	24 (24,7)	0,811
Serológico	87 (90,6)	77 (80,2)	64 (66,0)	< 0,001*
Anti-DNAc, UI/mL	24,0 (6,7-96,3)	91,3 (15,5-372,8)	52,3 (8,8-145,6)	< 0,001*
SLEDAI-2K	12,0 (9,3-18,0)	14,0 (11,0-18,0)	10,0 (7,0-12,0)	< 0,001*
<i>Características clínicas durante el seguimiento</i>				
Constitucional	50 (52,1)	44 (45,8)	32 (33,0)	0,024*
Neuropsiquiátrico	22 (22,9)	10 (10,4)	2 (2,1)	< 0,001*
Mucocutáneo	87 (90,6)	93 (96,9)	76 (78,4)	< 0,001*
Articular	89 (92,7)	81 (84,4)	85 (87,6)	0,196
Nefritis lúpica	50 (52,1)	59 (61,5)	24 (24,7)	< 0,001*
Cardíaco	6 (6,3)	6 (6,3)	0	0,042*
Pulmonar	3 (3,1)	4 (4,2)	4 (4,1)	0,913
Gastrointestinal	3 (3,1)	1 (1,0)	1 (1,0)	0,439
Serositis	28 (29,2)	32 (33,3)	10 (10,3)	< 0,001*
Leucopenia	53 (55,2)	37 (38,5)	57 (58,8)	0,011*
AHAI	25 (26,0)	9 (9,4)	7 (7,2)	< 0,001*
Trombocitopenia	29 (30,2)	32 (33,3)	29 (29,9)	0,850
Serológico	93 (96,9)	84 (87,5)	69 (71,1)	< 0,001*
SLEDAI-2K en el último seguimiento	12,0 (6,0-14,0)	6,0 (4,0-12,0)	1,0 (0,0-4,0)	< 0,001*
SDI en el último seguimiento	0 (0-0)	0 (0-0)	1,0 (0,0-3,0)	< 0,001*
<i>Desenlaces</i>				
LLDAS	37 (38,5)	61 (63,5)	87 (89,7)	< 0,001*
Remisión	32 (33,3)	54 (56,3)	83 (85,6)	< 0,001*
Recaída	84 (87,5)	64 (66,7)	24 (24,7)	< 0,001*
Muerte	0	1 (1,0)	18 (18,6)	< 0,001*

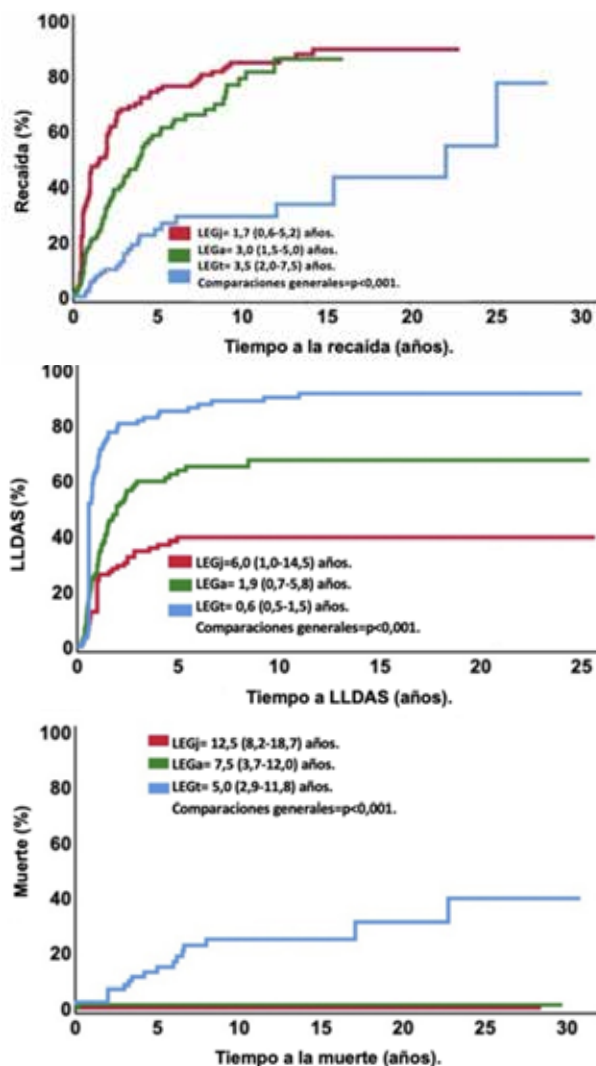
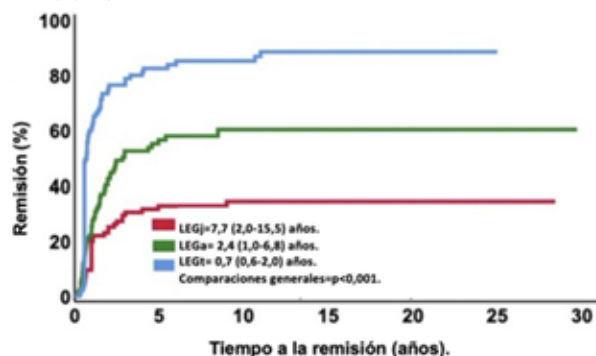
Los datos se expresan como número (porcentaje) o mediana (rango intercuartílico). Análisis estadístico: se utilizó la prueba ji cuadrada para las variables nominales y la prueba de Kruskal-Wallis para las numéricas.

SAF, síndrome antifosfolípido; AHAI, anemia hemolítica autoinmune; SLEDAI-2K, índice de actividad de la enfermedad de LES 2000; SDI, índice de daño SLICC/ACR; LLDAS, estado de baja actividad de la enfermedad. *Estadísticamente significativo.

Análisis estadístico: se utilizó la prueba de rangos logarítmicos para determinar las diferencias en el tiempo transcurrido hasta la aparición de los diferentes resultados, tras comparar la edad de inicio de los grupos con LEG.

LLDAS, estado de baja actividad de la enfermedad.

Figura 1. Análisis de supervivencia de los desenlaces según los grupos de LEG (n = 289). (P19)



Conclusiones: Los pacientes con LEGj sufrieron recaídas con mayor frecuencia; la edad de inicio juvenil y las manifestaciones constitucionales se acompañaron de mayor riesgo de recaída. Los pacientes en el grupo LEGt alcanzaron la remisión y baja actividad de la enfermedad con más frecuencia. La edad de inicio tardío fue el factor independiente vinculado con remisión y baja actividad.

Bibliografía

1. 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 Mar 19.
2. Fanouriakis A, Tziolos N, Bertsias G, *et al.* Update on the diagnosis and management of systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis. 2021;80(1):14-25.

P20

ASOCIACIÓN DEL POLIMORFISMO rs355687 EN CXCL13 CON LA SUSCEPTIBILIDAD AL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Y. Juárez-Vicuña, R. Springall, L.H. Silveira, L.M. Amezcua-Guerra, L.A. Martínez-Martínez, C.A. Guzmán-Martín

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: Las quimiocinas son proteínas de bajo peso molecular (8-14 kD) que regulan la atracción de leucocitos en condiciones fisiológicas y patológicas, incluidas infecciones y procesos inflamatorios. Asimismo, participan en el tránsito leucocitario específico de órganos y en la inflamación relacionada con enfermedades autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico (LES). Entre ellas, CXCL13 (también denominada BCA-1 o BLC) ejerce una potente quimiotaxis sobre los linfocitos B, mediante su interacción con el receptor CXCR5, lo que favorece el inicio y la perpetuación de la respuesta inflamatoria en el LES. Diversos estudios han demostrado que las concentraciones séricas de CXCL13 se encuentran elevadas en pacientes con LES, en particular en aquellos positivos a anticuerpos anti-dsDNA. Además, la concentración de CXCL13 en suero se incrementa en grado significativo en los pacientes con la enfermedad activa. El polimorfismo de nucleótido único (SNP) rs355687 se localiza en el gen de CXCL13 y podría influir en la susceptibilidad al LES.

Objetivo: Evaluar la relación entre el SNP rs355687 en el gen CXCL13 y la susceptibilidad al LES.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con LES que cumplieron los criterios de clasificación de SLICC del 2012 o del ACR/EULAR del 2019; la actividad de la enfermedad se valoró mediante el índice SLEDAI-2K. Se extrajo el ácido desoxirribonucleico (ADN) genómico a partir de muestras de sangre periférica y el SNP rs355687 se genotipificó mediante discriminación alélica (Tabla 1). Las frecuencias genotípicas se determinaron por conteo directo y las frecuencias alélicas se calcularon con posterioridad. La relación entre el SNP rs355687 y la susceptibilidad al LES se evaluaron mediante regresión logística, al calcular el coeficiente β , el *odds ratio* (OR), el intervalo de confianza (IC) al 95% y el valor de p.

Resultados: Se estudió a 149 pacientes con LES y 98 donadores sanos como controles. La mediana de edad de los pacientes con LES fue de 37 años (IQR: 29-47), mientras que en el grupo control fue de 33 (30-36) años. La mediana del índice del SLEDAI-2K en los individuos fue de 3 (0-6). La distribución genotípica del SNP rs355687 se encontró en equilibrio de Hardy-Weinberg en ambos grupos. En los sujetos con LES, las frecuencias genotípicas fueron de 8,7% (n = 13) en CC, 44,3% (n = 66) en CT y 47,0% (n = 70) en TT; en los controles: 6,1% (n = 6) en CC, 30,6% (n = 30) en CT y 63,3% (n = 62) en TT. Se observó una diferencia significativa en las frecuencias genotípicas del SNP rs355687 entre grupos (p = 0,04). El genotipo TT, el más frecuente en la población, mostró relación con mayor riesgo de desarrollar LES (coeficiente β = 0,57; OR = 1,77; IC95%, 1,3-2,76; p = 0,01).

Tabla 1. Frecuencia genotípica y alélica del SNP rs355687 en el gen CXCL13 en pacientes con LES y donadores sanos. (P20)

rs355687	LES (n = 149)	Controles (n = 98)	p
Alelos			
C	92 (69,1)	42 (78,6)	0,02
T	206 (30,9)	154 (21,4)	
Genotipos			
CC	13 (8,7)	6 (6,1)	0,04
CT	66 (44,3)	30 (30,6)	
TT	70 (47,0)	62 (63,3)	

LES, lupus eritematoso sistémico. Los valores de p se calcularon mediante el análisis de ji cuadrada y los datos se muestran como n y frecuencias.

Conclusiones: El genotipo TT del SNP rs355687 en CXCL13 se relaciona de forma significativa con una mayor susceptibilidad al LES en la población estudiada. Estos hallazgos sugieren una posible participación genética de CXCL13 en el desarrollo de la enfermedad.

Bibliografía

- Lindblom J, Beretta L, Borghi MO, PRECISEADS Clinical Consortium, *et al.* Serum profiling identifies CCL8, CXCL13, and IL-1RA as markers of active disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Front Immunol.* 2023;14:1257085. doi: 10.3389/fimmu.2023.1257085. PMID: 38098483; PMCID: PMC10720584.
- Zeng Y, Zhang Y, Lin Y, *et al.* The CXCL13 chemokine serves as a potential biomarker to diagnose systemic lupus erythematosus with disease activity. *Clin Exp Med.* 2021;21(4):611-619. doi: 10.1007/s10238-021-00707-x. Epub 2021 Apr 12. PMID: 33844093.

P21

ASOCIACIÓN ENTRE POLIMORFISMOS DE UN SOLO NUCLEÓTIDO DE LOS GENES NLRP3 E INTERLEUCINA-1 BETA Y LA SUSCEPTIBILIDAD A ARTRITIS REUMATOIDE

D. Mares-Alvarado¹, V. Medina-Cadenas², C.E. Teja-Tovar³, I.A. Flores-Diego⁴, A.M. Alarcón-Evtoukh⁴, J.D. Robles-Salas⁴, A. Bernal-González⁴, A. Peña-Ayala⁴, D. Clavijo-Cornejo⁴

⁽¹⁾Universidad Autónoma de Baja California, ⁽²⁾Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, ⁽³⁾Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽⁴⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, inflamatoria y crónica de origen multifactorial; su principal órgano blanco es la membrana sinovial y se caracteriza por inflamación poliarticular simétrica de pequeñas y grandes articulaciones. Hoy en día existen pocos informes en la población mexicana de los polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) de los genes de la vía de señalización del inflammasoma y su relación con la AR. Se ha notificado la vinculación del polimorfismo rs10754558 del gen de la proteína 3 con dominio similar a receptor NOD que contiene el dominio pirina (NLRP3) con la AR en las poblaciones brasileña, iraní y china¹⁻³; por su parte, el SNP rs3806268 sólo se ha encontrado relacionado con la gota en la población mexicana y la china^{5,6}. El SNP rs1143623 de interleucina 1 beta (IL-1 β) se ha vinculado con la AR en la población británica⁴.

Objetivo: Determinar la relación entre AR y los polimorfismos de un solo nucleótido de los genes del inflammasoma NLRP3 e IL-1 β .

Material y métodos: El estudio se realizó en una población mexicana de hombres y mujeres que incluyó a 112 pacientes con AR y 42 controles, todos con al menos dos generaciones nacidas en México. Los pacientes con AR cumplían con los criterios de clasificación del *American College of Rheumatology* y la *European League Against Rheumatism* (ACR/EULAR). Se realizó una química sanguínea de tres elementos (glucosa, colesterol y triglicéridos) y se aplicó un cuestionario de estudio sociodemográfico. Se analizaron tres SNP de genes de la vía de señalización del inflammasoma, dos del gen NLRP3 (rs3806268 y rs10754558) y uno del gen de IL-1 β (rs1143623); el análisis de la relación se ajustó al sexo, peso y estatura. La discriminación alélica se analizó con el programa StepOne v2.3. Las comparaciones estadísticas se llevaron a cabo con la prueba t de Student y fue significativa una p < 0,05.

Resultados: Las variables analizadas mostraron que la edad es mayor en los pacientes comparados con los controles (54,45 $\pm$ 12,66 y 46,64 $\pm$ 14,93 años, respectivamente; p = 0,0015). Se identificó una diferencia significativa entre los grupos respecto del peso (p = 0,0059) y estatura (p = 0,0150). El valor de los triglicéridos, colesterol y glucosa no mostró diferencia significativa entre pacientes y controles; los datos preliminares muestran que en esta población total estudiada los tres SNP analizados no estaban vinculados en ningún modelo de herencia con la AR; sin embargo, cuando se efectuaron el análisis y la división por sexo se encontró que el SNP rs3806268 (alelo A/A) tenía un efecto protector para desarrollar artritis reumatoide en hombres (razón de momios [IC95%] = 0,06 [0,00-0,68]; p < 0,05). De igual manera, se identificó que el SNP rs1143623 (alelo C/G) también podría estar relacionado con la protección en hombres (razón de momios [IC95%] = 0,16 [0,03-0,86]; p < 0,05).

Conclusiones: Éste es el primer estudio realizado de los SNP de los genes del inflammasoma en una población mexicana. Los resultados sugieren que los SNP rs3806268 y rs1143623 podrían tener un papel en la protección para desarrollar AR en la población masculina mexicana; sin embargo, es importante validar estos datos con una población de estudio mayor.

Bibliografía

- Addobbati C, da Cruz HLA, Adelino JE, *et al.* Polymorphisms and expression of inflammasome genes are associated with the development and severity of rheumatoid arthritis in Brazilian patients. *Inflamm Res.* 2018;67(3):255-264. doi: 10.1007/s00011-017-1119-2. Epub 2017 Dec 11. PMID: 29230505.
- Nasrollahzadeh Sabet M, Nasrabadi N, Jalili Z, *et al.* Association of three functional polymorphisms in the nlrp3 gene with susceptibility to rheumatoid arthritis in the iranian population. *Iran J Immunol.* 2021;18(3):249-258. doi: 10.22034/iji.2021.89507.1950. PMID: 34596590.

3. Cheng L, Liang X, Qian L, *et al.* NLRP3 gene polymorphisms and expression in rheumatoid arthritis. *Exp Ther Med.* 2021;22(4):1110. doi: 10.3892/etm.2021.10544. Epub 2021. PMID: 34504564; PMCID: PMC8383757.
4. Harrison P, Pointon JJ, Chapman K, *et al.* Interleukin-1 promoter region polymorphism role in rheumatoid arthritis: a meta-analysis of IL-1B-511A/G variant reveals association with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2008;47(12):1768-70. doi: 10.1093/rheumatology/ken374. Epub 2008. Erratum in: *Rheumatology (Oxford).* 2011;50(6):1179. PMID: 18838388.
5. Zhang B, Mayina K, Zhang XB, *et al.* NLRP3 susceptible gene polymorphisms in patients with primary gouty arthritis and hyperuricemia. *Biomed Res Int.* 2022; 2022:1427607. doi: 10.1155/2022/1427607. PMID: 36051474; PMCID: PMC9427315.
6. Fernández-Torres J, Martínez-Nava GA, Martínez-Flores K, *et al.* The interplay between HLA-B and NLRP3 polymorphisms may be associated with the genetic susceptibility of gout. *Mol Biol Rep.* 2022;49(11):10205-10215. doi: 10.1007/s11033-022-07895-z. Epub 2022 Sep 3. PMID: 36057006.

P22

ALTERACIONES DEL EJE PD-1/PD-L EN LINFOCITOS cTfh/Tph Y CÉLULAS B DE MEMORIA ATÍPICA EN PACIENTES CON LES

R. Chávez-Mireles¹, P.C. Ortiz-Lazareno², M. Marín-Rosales³, N. Espinoza-García¹, D.C. Salazar-Camarena¹, C.A. Palafox-Sánchez¹

⁽¹⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara,

⁽²⁾Centro de Investigación Biomédica de Occidente (CIBO), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Jalisco, ⁽³⁾Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud, Jalisco

Introducción: El LES es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por una ruptura de la tolerancia inmunológica. Se expresa con respuestas extrafoliculares en las que los linfocitos cTfh (CD4+CXCR5+PD-1+) y Tph

(CD4+CXCR5-PD-1+) proveen ayuda (IL-21, CD40L, ICOS) a células B en tejidos inflamados y promueven la generación de autoanticuerpos; en paralelo, los linfocitos B atípicos (atmB; CD11c+CD21-CXCR5-), como las DN2, aNAV y SWM/USM activadas, se expanden y muestran perfiles de activación/*checkpoint* (PD-1/PD-L1) distintivos. En el SLE se ha descrito un aumento de PD-1 en estas subpoblaciones de linfocitos T y alteraciones de PD-L1/PD-L2 en células B; estos cambios coexisten con ejes de activación como ICOS/CD69. Comprender la expresión íntegra del eje PD-1/PD-L en cTfh/Tph y atmB es crucial para mapear la pérdida de tolerancia y perfiles biomarcadores celulares con potencial clínico en el LES.

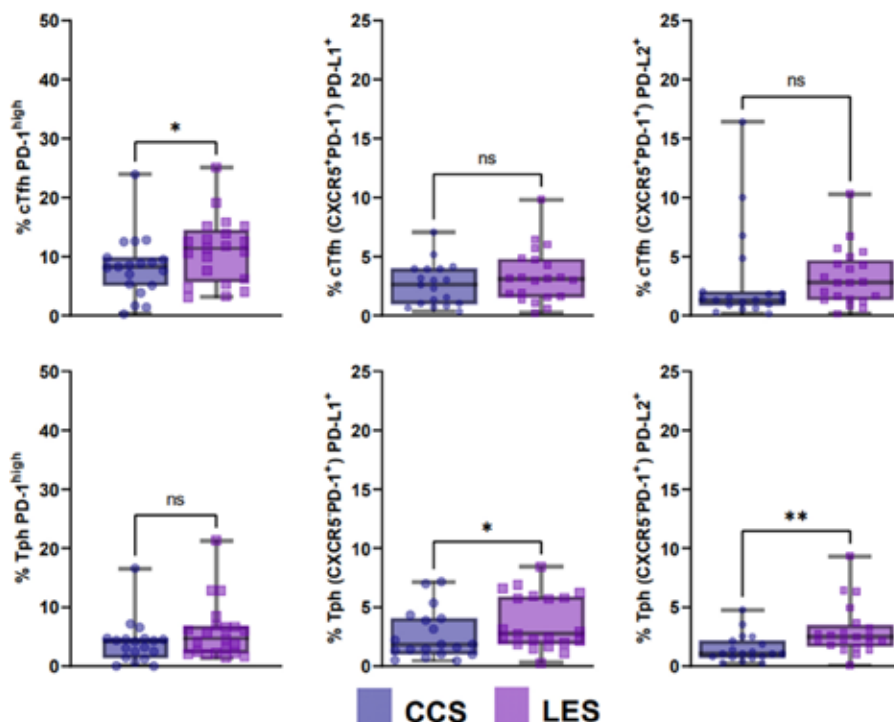
Objetivo: Evaluar la expresión del eje PD-1/PD-L en las subpoblaciones de linfocitos B de memoria atípica, cTfh y Tph, en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal analítico descriptivo en el que se incluyó a 20 pacientes con LES y 16 CCS. Se aislaron células mononucleares de sangre periférica (PBMC) y se analizaron por citometría de espectro completo (Aurora Cyteck) para evaluar la frecuencia de las subpoblaciones de cTfh, Tph y B atípicas, así como la expresión de PD-1, PD-L1, PD-L2 y marcadores de activación (CD69, ICOS). Se consideró un grado de significancia con un alfa del 5% ($p < 0,05$).

Resultados: Los pacientes con LES mostraron un aumento significativo de la frecuencia de células cTfh y Tph ($p < 0,05$). El perfil de activación celular (CD69/ICOS) en cTfh fue significativamente mayor en LES respecto de CCS ($p < 0,05$), no para las Tph. PD-L1/L2 fue significativamente mayor en LES de Tph ($p < 0,05$) pero no de cTfh. Las cTfh expresaron mayor PD-1 ($p < 0,05$) que las Tph en los pacientes. No se observaron diferencias en las poblaciones de linfocitos B. Se identificaron diferencias significativas ($p < 0,05$) en las atmB SWM PD-L1/L2 de los pacientes y en las típicas USM PD-1/PD-L1 en LES. Las DN2 se encontraron significativamente elevadas en LES en comparación con CCS ($< 0,0001$) y no se observaron diferencias en la expresión del eje PD-1/L en las subpoblaciones de DN.

Conclusiones: Los resultados aportan evidencia de que los subconjuntos cTfh, Tph y atmB muestran un “estado de activación sostenido”; en paralelo, las Tph revelan un incremento de PD-L sin aumento de PD-1, lo que sugiere un ajuste coinhibidor compensatorio. Las atmB SWM, junto con las típicas USM y DN1, muestran una distribución dispar de la expresión del eje PD-1/L. El perfil de expresión celular evaluado de PD-1/PD-L1/PD-L2 + ICOS/CD69 en linfocitos T y de CXCR5/CD11c/

Figura 1. (P22)



CD21 y subtipos atípicos (aNAV/SWM CXCR5-CD11C+/USM CXCR5-CD11C+/DN2) en linfocitos B emerge con un potencial de estratificación biológica y monitoreo (**Figura 1** y **Tabla 1**). Estos hallazgos subrayan la relevancia del desequilibrio en el eje PD-1/PD-L como un mecanismo que contribuye a la inmunopatogenia del LES y como un posible blanco inmunorregulador.

Tabla 1. (P22)

Células	Significativo	P
cTfh	Sí	0,0145
cTfh PD1+	Sí	0,0386
cTfh PDL1+	No	0,1278
cTfh PDL2+	No	0,593
Tph	Sí	0,0119
Tph PD1+	No	0,0992
Tph PDL1+	Sí	0,044
Tph PDL2+	Sí	0,0013
SWM CXCR5-CD11c+	No	0,0921
SWM CXCR5-CD11c+PD1+	No	0,1235
SWM CXCR5-CD11c+PDL1+	Sí	0,0236
SWM CXCR5-CD11c+PDL2+	Sí	0,0474
USM	Sí	0,0013
USM CXCR5+CD11c-	Sí	0,0006
USM CXCR5+CD11c-PD1+	Sí	0,0009
USM CXCR5+CD11c-PDL1+	Sí	0,032

Bibliografía

1. Sagero-Fabela N, Chávez-Mireles R, Salazar-Camarena DC, *et al.* Exploring the Role of PD-1 in the Autoimmune Response: Insights into Its Implication in Systemic Lupus Erythematosus. Vol. 25, International Journal of Molecular Sciences. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2024.
2. 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.

P23

ANÁLISIS DEL POLIMORFISMO rs16944 DEL GEN IL1B Y SU ASOCIACIÓN CON LA SUSCEPTIBILIDAD A MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

I. Mendoza-Lujambio¹, I. García-De la Torre², L. Andrade-Ortega³, M. Vázquez-Del Mercado⁴, K. Lamadrid-Gámez², C. Pérez-Rostro¹, D. Pérez-Covarrubias⁵

⁽¹⁾Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, ⁽²⁾Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco, ⁽³⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽⁴⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁵⁾Centro de Estudios de Investigación Básica y Clínica

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo de enfermedades autoinmunes y sistémicas que afectan al músculo esquelético. Su origen no se conoce completamente. Se caracterizan por debilidad proximal, elevación de enzimas musculares, sobre todo creatina cinasa (CPK), afectación multiorgánica, casi siempre pulmonar, infiltración leucocitaria en el tejido muscular y presencia de autoanticuerpos específicos.

Objetivo: Investigar la posible relación entre el polimorfismo IL1B rs16944 y la susceptibilidad a desarrollar MII.

Material y métodos: Se extrajo ADN de muestras de sangre de 57 pacientes con MII y 50 controles sanos. Se analizó el polimorfismo IL1B rs16944. Se determinaron los autoanticuerpos específicos y relacionados de miositis (MSA y MAA) y los anticuerpos antinucleares (ANA).

Resultados: Las MII encontradas en los pacientes fueron: dermatomiositis, polimiositis, dermatomiositis amiofática, dermatomiositis juvenil, miositis relacionada con cáncer, escleromiositis y síndrome antisintetasa. Las tres MII más frecuentes identificadas en esta cohorte fueron dermatomiositis (47,4%), polimiositis (22,8%) y miositis relacionada con cáncer (17,5%). Con respecto a los anticuerpos antinucleares (ANA), los tres patrones más frecuentes en los pacientes fueron: AC-4, moteado fino nuclear (40%), AC-21, retículo citoplasmático/AMA (10%) y AC-19, moteado fino denso citoplasmático (8,6%), mientras que el 15,7% fue negativo. Los autoanticuerpos específicos de IIM más frecuentes fueron Ro52 (27,8%), Ku (13%), y MDA5 y SAE1 (ambos con 11,1%). El análisis del polimorfismo IL1B rs16944 reveló una relación significativa con la susceptibilidad a las miopatías inflamatorias idiopáticas, con un OR de 4,187 (IC95%, 1,46-7,22; p = 0,0038) en el modelo codominante (CC *vs.* CT) y con OR = 2,482 y 3,249 en los modelos dominante y sobredominante, respectivamente. Al considerar el grupo femenino, entre casos y HC, los modelos genéticos codominante (CC *vs.* CT), dominante y sobredominante presentaron OR significativos (OR = 8,7179, 6,399 y 4,504, respectivamente). **Conclusiones:** Este estudio ha revelado por primera vez la relación del polimorfismo rs16944 de IL1B con el genotipo CC (modelos codominante y dominante) y con CCTT (sobredominante) con el fenotipo MII.

Bibliografía

1. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. N Engl J Med. 1975;292(7):344-77.
2. Lundberg IE, Tjarnlund A, Bottai M, *et al.* 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.

P24

EVALUACIÓN DE LA VARIANTE rs10036748 DEL GEN TNIP1 Y LA SUSCEPTIBILIDAD PARA PRESENTAR ENFERMEDAD DE SJÖGREN EN PACIENTES MEXICANOS

D. Díaz-Urbe¹, R.E. Barbosa-Cobos¹, I. Montúfar-Robles¹, L.V. Ma-ya-Piña¹, C. Hernández-Díaz¹, J. Ramírez-Bello²

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: TNIP1 (también conocido como ABIN1, Naf1 o VAN1) es un gen regulador que interactúa con la proteína 3 inducida por TNFα (TNFAIP3) e inhibe la señalización inflamatoria mediada por los receptores tipo toll (TLR). Se ha observado que la deficiencia o presencia de variantes genéticas en TNIP1 se relacionan con una mayor susceptibilidad a afecciones autoinmunes, como la enfermedad de Sjögren. Hasta el momento, las variantes del gen TNIP1 se han analizado principalmente en poblaciones caucásicas y asiáticas, y se ha identificado una relación sólo en la población caucásica. Tras considerar las diferencias genéticas de la población de estudio en comparación con otras etnias, resulta relevante investigar si dichas variantes representan factores de riesgo para la enfermedad de Sjögren en pacientes mexicanos.

Objetivo: Evaluar si la variante rs10036748 del gen TNIP1 está vinculada con susceptibilidad para desarrollar enfermedad de Sjögren en individuos mexicanos.

Material y métodos: Estudio de casos y controles que incluyó a 98 mujeres con enfermedad de Sjögren (criterios ACR/EULAR 2016) y 144 mujeres sanas del Hospital Juárez de México. Se realizó la extracción de DNA seguida de la genotipificación mediante técnica RT-PCR con uso de sondas TaqMan. La búsqueda de relación entre las variantes genéticas y la enfermedad de Sjögren se determinó con el programa SNPStas y se consideró un valor de p < 0,05 como estadísticamente significativo.

Resultados: Se determinaron las frecuencias genotípicas y alélicas para la variante rs10036748 C/T y los resultados mostraron una relación con

la enfermedad de Sjögren bajo el modelo codominante y dominante (OR = 2,71; p = 0,037; y OR = 2,28; p = 0,035, respectivamente; **Tabla 1**). Bajo el modelo alélico no se reconoció ninguna relación.

Conclusiones: Este estudio reveló que la variante rs10036748 localizada en el gen *TNFI1* es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad de Sjögren en pacientes mexicanos.

Bibliografía

1. Lessard CJ, Li H, Adrianto I, *et al.* Variants at multiple loci implicated in both innate and adaptive immune responses are associated with Sjögren's syndrome. *Nat Genet.* 2013;45(11):1284-92.
2. Li Y, Zhang K, Chen H, *et al.* A genome-wide association study in Han Chinese identifies a susceptibility locus for primary Sjögren's syndrome at 7q11.23. *Nat Genet.* 2013;45(11):1361-1365.

Tabla 1. Frecuencias alélicas y genotípicas del SNV rs10036748 del gen *TNFI1* y análisis de relación en pacientes con enfermedad de Sjögren. (P24)

Gen	Modelo	Genotipo	Control	Enfermedad de Sjögren	Odds ratio	
SNV		o alelo	n (%)	n (%)	IC95%	p
TNFI1	Codominante	CC	27 (18,8%)	9 (9,2%)		
rs10036748 C/T		CT	63 (43,8%)	57 (58,2%)	2,71 (1,18-6,26)	0,037
		TT	54 (37,5%)	32 (32,6%)		
	Dominante	CC	27 (18,8%)	9 (9,2%)		
		CT+TT	117 (81,2%)	89 (90,8%)	2,28 (1,02-5,10)	0,035
	Alélico	C	117 (41%)	75 (38%)		
		T	171 (59%)	121 (62%)	1,1 (0,76- 1,6)	0,6

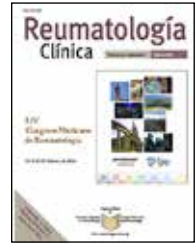
SNV, variante de un solo nucleótido; CI, intervalo de confianza; p < 0,05 estadísticamente significativo.



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiainclinica.org



LIV Congreso Mexicano de Reumatología

SIMULTÁNEAS

So1

AFECTACIÓN SUBCLÍNICA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: HALLAZGOS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA

I.P. García-Herrera, M. León-Bonifacio, J. González-Vélez, A.B. García-Herrera, O. Palestina-Carro, L.A. Aparicio-Vera

Hospital para el Niño Poblano

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es un grupo de afecciones inflamatorias, la enfermedad reumatológica más común en niños y la principal forma de artritis crónica en las poblaciones pediátricas. La afectación de la articulación temporomandibular es una manifestación frecuente en la AIJ que puede ser unilateral o bilateral y aparecer durante estadios tempranos o tardíos de la enfermedad.

Objetivo: Reconocer la afectación subclínica de la articulación temporomandibular (ATM) en pacientes con diagnóstico de artritis idiopática juvenil, identificada con resonancia magnética en una cohorte mexicana de pacientes pediátricos.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y unicéntrico en el cual la muestra se tomó del periodo del 2020 al 2025, incluidos los pacientes con diagnóstico de AIJ del Hospital para el Niño Poblano en Puebla, México.

Resultados: De los 26 pacientes con AIJ sometidos a resonancia magnética, 57,6% correspondió a mujeres (n = 15) y 42,3% a hombres (n = 11), con edad promedio de 10,6 años (intervalo, 4-17 años). Los subtipos de AIJ identificados fueron la AIJ poliarticular con factor reumatoide (FR) positivo (n = 8), la poliarticular con FR negativo (n = 11), la oligoarticular persistente (n = 2), la relacionada con entesitis (n = 3), la indiferenciada (n = 1) y la relacionada con enfermedad inflamatoria intestinal (n = 1). Todos los pacientes se sometieron a exploración física, con 92,3% que no refirieron síntomas relacionados con la disfunción de la ATM; sin embargo, dos mostraron dolor bilateral (de predominio izquierdo), chasquido y limitación de la apertura oral. Se realizó resonancia magnética en los 26 pacientes, con una media de ocho meses después del diagnóstico de AIJ; 23,08% mostró resultados normales, mientras que el 76,92% reveló hallazgos agudos y crónicos de afectación de la ATM. En el 46,15% de los pacientes se encontraron hallazgos agudos, con afectación unilateral de predominio izquierdo, y en el 42,3% se reconoció afectación crónica, también de predominio izquierdo.

Conclusiones: Todos los pacientes con diagnóstico o sospecha de artritis idiopática juvenil deben evaluarse con resonancia magnética y métodos apropiados para reducir y prevenir complicaciones. El tratamiento de la afectación de la ATM debe ser multidisciplinario y está indicada la transición de reumatología pediátrica a reumatología de adultos, cualquiera que sea la actividad actual de la ATM.

Bibliografía

1. Zaripova LN, Midgley A, Christmas SE, *et al.* Juvenile idiopathic arthritis: from aetiopathogenesis to therapeutic approaches. *Pediatr Rheumatol.* 2021;19:135. <https://doi.org/10.1186/s12969-021-00629-8>.

2. Stoll ML, Guleria S, Mannion ML, *et al.* Defining the normal appearance of the temporomandibular joints by magnetic resonance imaging with contrast: a comparative study of children with and without juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Rheumatol.* 2018;16:8. <https://doi.org/10.1186/s12969-018-0223-3>.

So2

PERCEPCIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y SU ASOCIACIÓN CON AUTONOMÍA Y DIGNIDAD PERCIBIDAS

G.A. Guaracha-Basáñez, I. Contreras-Yañez, M.L. López-Ávila, A.V. Mendoza-Vigueras, F. Carvajal-Medina, L. León-Llanes, V. Pascual-Ramos

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La toma de decisiones compartida (TDC) es esencial en el modelo de atención médica centrado en el paciente y se ha relacionado con mejores resultados clínicos y experiencias de atención¹. La TDC implica el reconocimiento y ejercicio del principio de autonomía, el cual algunos autores proponen como un sinónimo del principio de dignidad.

Objetivo: Comparar la percepción del proceso de TDC entre pacientes con enfermedades reumatológicas y sus reumatólogos tratantes, identificar factores vinculados con la percepción de una TDC adecuada por parte de los pacientes (TDCa) y explorar su posible nexo con la dignidad percibida.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal entre septiembre de 2024 y abril de 2025. Se incluyó a pacientes consecutivos con diagnósticos reumatológicos confirmados por sus reumatólogos tratantes. Al término de la consulta, los pacientes completaron versiones validadas en español del cuestionario de TDC (SDM-Q-9)², el Inventario Mexicano de Dignidad del Paciente para enfermedades reumáticas (PDI-Mx)³ y otros desenlaces informados por pacientes (**Tabla 1**); los reumatólogos tratantes completaron la versión para médicos del cuestionario de TDC (SDM-Q-Doc). Se definió percepción de TDCa como una puntuación $\geq 72,6$ en el SDM-Q-9². Se realizó una regresión logística para identificar los factores relacionados y correlaciones de Spearman para explorar la vinculación entre el TDC y la dignidad percibida. El estudio recibió aprobación del CEI de la institución participante.

Resultados: Se recopilaron datos de 426 consultas médicas consecutivas, de las cuales 170 cumplían con los criterios mínimos para una evaluación válida del proceso de TDC². Las características relevantes de los participantes se resumen en la **Tabla 1**. Participaron 14 reumatólogos certificados, en su mayoría mujeres de mediana edad y con amplia experiencia y 10 residentes de reumatología.

Las puntuaciones del SDM-Q-9 y el SDM-Q-Doc fueron similares: 84,4 (55,6-100) contra 80 (55,4-100), $p = 0,503$; sin embargo, los pacientes puntuaron significativamente más alto (mejor) en los reactivos relacionados con la información sobre la toma de decisiones, las opciones y riesgos del tratamiento y en la facilitación de la comprensión de la información.

El 66,5% (n = 113) de los pacientes percibió una TDCa. La **Tabla 1** resume la comparación entre el grupo de pacientes con TDCa y su contraparte de las diferentes características analizadas. Una mayor duración de la enfermedad reumatológica (RM: 1,046; IC95%, 1,008-1,085; p = 0,017) y haber experimentado una modificación en el tratamiento durante la consulta (RM: 2,099; IC95%, 1,073-4,105; p = 0,030) se relacionaron con una TDCa. No se identificó una correlación significativa entre la puntuación total de TDC y la dignidad percibida ($\rho = -0,112$; p = 0,138), aunque se observó una relación débil pero significativa con el reactivo del instrumento de TDC, que evalúa el interés del médico en el ideal del paciente para el ejercicio del principio de autonomía ($\rho = -0,160$; p = 0,037).

Conclusiones: La percepción de la TDC fue similar entre los pacientes y sus reumatólogos. La duración de la enfermedad reumatológica y los cambios de tratamiento durante la consulta se relacionaron con TDCa, observada en dos tercios de los participantes. Se identificó una correlación débil pero significativa, entre el ideal de autonomía de los pacientes en el proceso de TDC y su dignidad percibida.

Bibliografía

1. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making* 2015;35(1):114-31. Epub 2014/10/30. 10.1177/0272989X14551638.

Tabla 1. Características de los pacientes que participaron en los encuentros médicos con datos completos del proceso de TDC y comparación entre pacientes con y sin TDCa. (S02)

Variable	Población, n = 170	Con TDCa, n = 113	Sin TDCa, n = 57	p
Características sociodemográficas				
Sexo femenino*	149 (87,6)	101 (89,4)	48 (84,2)	0,333
Edad (años)	50 (39-57)	50 (39,5-57)	50 (35,5-57,5)	0,639
Años de escolaridad formal	12 (9-16)	12 (9-16)	12 (9-16)	0,468
Nivel socioeconómico medio-bajo*	154 (90,6)	101 (89,4)	153 (93)	0,582
Puntuación de alfabetización en salud	10 (7-12)	10 (7-12)	10 (7,5-12)	0,532
Variables relacionadas con las enfermedades reumatológicas				
Lupus eritematoso generalizado	60 (35,3)	41 (36,3)	19 (33,3)	0,737
Artritis reumatoide	73 (42,9)	35 (46,9)	20 (35,1)	0,189
Años de evolución de la enfermedad	13 (7-20,5)	14 (9-21,5)	9,5 (5-18)	0,010
Puntuación RAPID-3 (escala 0-30)	6,8 (1,9-14,3)	6,8 (1,7-15)	6,7 (2-11,6)	0,246
Pacientes con control adecuado de la actividad de la enfermedad*	128 (75,3)	82 (72,6)	46 (80,7)	0,246
Pacientes con discapacidad (HAQ-DI $\geq 0,5$)	75 (44,1)	55 (48,7)	20 (35,1)	0,092
Puntuación del cuestionario de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF)				
Dimensión de salud física	53,6 (42,9-71,4)	50 (39,3-67,9)	53,6 (42,9-75)	0,105
Dimensión de salud psicológica	62,5 (50-75)	62,5 (54,2-72,9)	58,3 (50-75)	0,591
Dimensión de relaciones sociales	50 (47,9-75)	58,3 (50-75)	50 (41,7-67,7)	0,388
Dimensión de entorno	50 (46,1-63,3)	50 (46,9-65,6)	50 (43,8-59,4)	0,200
Comorbilidades				
Puntuación del Índice de Comorbilidad de Enfermedad Reumática ¹	1 (0-1)	0 (0-1)	1 (0-1)	0,741
Variables relacionadas con el tratamiento				
Uso de FAME convencionales*	141 (82,9)	95 (84,1)	46 (80,7)	0,581
Uso de FAME biológicos*	18 (10,6)	12 (10,6)	6 (10,5)	0,985
Uso de glucocorticoides*	52 (30,6)	38 (33,6)	14 (24,6)	0,290
Modificación del tratamiento en la consulta médica*	92 (54,1)	67 (59,3)	25 (43,6)	0,057
Escalamiento del tratamiento ^{2,*}	48 (28,2)	38 (33,6)	10 (17,5)	0,153
Desescalamiento por control de la actividad de la enfermedad ^{2,*}	37 (40,2)	24 (35,8)	13 (52)	0,159
Desescalamiento por efectos adversos ^{2,*}	2 (1,2)	2 (1,8)	0	1
Cambio de tratamiento por disponibilidad de fármacos ^{2,*}	5 (2,9)	3 (2,7)	2 (3,5)	0,610
Variables relacionadas con salud mental				
Comorbilidad previa relacionada con salud mental*	21 (12,4)	10 (8,8)	11 (19,3)	0,051
DASS-21 $\geq$ gravedad moderada ^{3,*}				
Depresión	35 (20,6)	20 (17,7)	15 (26,3)	0,190
Ansiedad	56 (32,9)	35 (31)	21 (36,8)	0,442
Estrés	25 (14,7)	13 (11,5)	12 (21,1)	0,097
Puntuación del cuestionario de resiliencia breve	16 (12-17)	15 (12-16,5)	16 (12-18)	0,607
Puntuación PDI-Mx	34 (27-48,3)	33 (27-49)	34 (27,5-48)	0,874
Puntuación de confianza en el médico	10 (7-12)	10 (7-12)	10 (7,5-12)	0,532
Proceso de SDM				
Puntuación SDM-9-Q	84,4 (55,6-100)	95,6 (84,4-100)	40 (21-55,6)	$\leq 0,0001$
Puntuación SDM-Q-Doc	80 (55,4-100)	80 (60-98,9)	80 (48,9-100)	0,867

Los datos se presentan como mediana (Q1-Q3), salvo que se indique lo contrario. *Número (%) de pacientes.

¹England BR, Sayles H, Mikuls TR, Johnson DS, Michaud K. *Validation of the rheumatic disease comorbidity index*. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015;67(6):865-72. doi:10.1002/acr.22456. PMID: 25186344.

² Entre quienes cumplieron la característica.

³ Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the depression anxiety & stress scales*. 2ª ed. Sidney: Psychology Foundation; 1995.

- Doherr H, Christalle E, Kriston L, *et al.* Use of the 9-item Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q-9 and SDM-Q-Doc) in intervention studies—A systematic review. *PLoS ONE* 2017;12(3):e0173904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173904>.
- Pascual-Ramos V, *et al.* *J Clin Rheumatol.* 2024;30(4):e115-e121. doi: 10.1097/RHU.0000000000002083. Epub 2024 Mar 9. PMID: 38595276.

S03

DEFICIENCIA DE VITAMINA A EN ENFERMEDAD DE SJÖGREN PRIMARIA

E. Cimé-Aké, L.R. Escamilla-Méndez, I. Torres-Acosta, E. Gómez-Francisco, D. Gómez-Velasco, N. Ruiz-Quintero, L. Llorente, G. Lima, D.F. Hernández-Ramírez, I. Cruz-Bautista, G. Hernández-Molina

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La vitamina A tiene un papel inmunomodulador y mantiene la integridad de superficies epiteliales y mucosas. Su deficiencia podría relacionarse con manifestaciones clínicas e inflamación crónica en la enfermedad de Sjögren (ESj) primaria.

Objetivo: Evaluar los valores de retinol sérico, así como la ingestión dietética de vitamina A en la ESj primaria y su nexa con características clínicas/serológicas, síntomas *sicca* y quimiocinas/citocinas en muestras de saliva y lágrimas.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a 74 pacientes con ESj primaria según criterios ACR/EULAR 2016. Se excluyó a los individuos con consumo de complementos de vitamina A o alcoholismo. Se registraron variables demográficas, manifestaciones glandulares y extra-glandulares, y serología del expediente. Se midió el flujo salival no estimulado, se realizó la prueba de Schirmer y se calificaron el ESSDAI, ESSDAI acumulado y SSDDI, y los síntomas *sicca* mediante el ESSPRI y EVA de resequeidad ocular y oral. Se cuantificó el retinol sérico mediante cromatografía líquida de alta resolución (HPLC) y se clasificó a los pacientes con deficiencia (< 20 µg/dL) y sin deficiencia (≥ 20 µg/dL). La ingestión dietética de vitamina A y sus formas (retinol, carotenoides y β-caroteno) se obtuvo a través de un recordatorio de consumo de alimentos de 24 h analizado con el software *Food Processor Nutrition Analysis*. En un subgrupo de pacientes (n = 26) se realizaron tinción de Van Bijsterveld (VBJ) y OSS, cuestionario de síntomas oculares OSDI, medición del tiempo de lavado menisco-lagrimal y medición de CXCL8, CXCL9, CXCL10, CCL2 en lágrimas y saliva, y de IL-21 e IL-22 en lágrimas mediante ELISA.

Resultados: Un total de 47 pacientes (63,5%) tuvo deficiencia de retinol. Las características demográficas, clínicas, serológicas, prueba de Schirmer, ESSDAI, ESSDAI acumulado, SSDDI, ESSPRI y EVA de resequeidad oral y ocular fueron similares entre los grupos, con excepción de la linfadenopatía que fue más frecuente en el grupo con deficiencia (Tabla 1). Se observó una correlación positiva entre el retinol sérico y la ingestión dietética de retinol ($r = 0,381$, $p < 0,001$), pero no con el resto de las formas de vitamina A. En el subgrupo de 26 pacientes, aquellos con deficiencia de retinol tuvieron mayor positividad de tinciones oculares VBJ (86% *vs.* 33%, $p = 0,014$), y OSS (86% *vs.* 42%, $p = 0,038$), pero fueron similares en el resto de variables oftalmológicas y puntuación de OSDI. Se observó una correlación negativa entre el retinol sérico y los valores de CXCL8 lagrimal; y la ingestión dietética de retinol se correlacionó negativamente con la IL-22 en saliva y CXCL9 en lágrimas, mientras que la ingestión de carotenoides y β-caroteno se correlacionó con CXCL8 en lágrima (Figura 1).

Conclusiones: En la ESj, la deficiencia de retinol sérico se vinculó con mayor frecuencia de queratoconjuntivitis *sicca* y linfadenopatías, pero no con síntomas orales u oculares ni actividad sistémica. La vitamina A, como retinol sérico, y la ingestión dietética de sus vitámeros se correlacionaron con algunas quimiocinas y citocinas salivales/lagrimalas, lo que sugiere que la vitamina A interviene en procesos inflamatorios glandulares.

Bibliografía

Szodoray P, Horvath IF, Papp G, *et al.* The immunoregulatory role of vitamins A, D and E in patients with primary Sjogren's syndrome. *Rheumatology* 2010;49(2):211-7.

Figura 1. Correlaciones entre las formas de vitamina A séricas y de ingestión con quimiocinas/citocinas en lágrimas y saliva en 26 pacientes con ESj primaria. (S03)

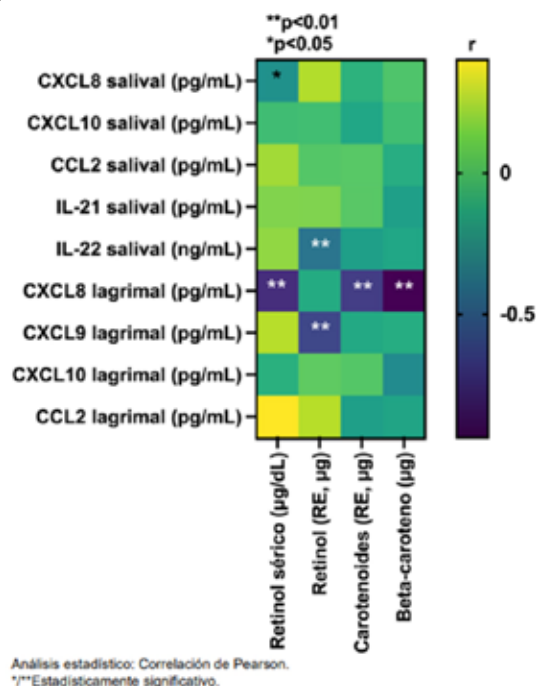


Tabla 1. Características clínicas y serológicas de los pacientes. (S03)

Variables	Todos n = 74 (%)	Grupo deficiente retinol sérico, n = 47 (%)	Grupo no deficiente retinol sérico, n = 27 (%)	p
<i>Características demográficas</i>				
Mujeres	69 (93)	44 (94)	25 (93)	0,606
Edad en años	55,8 ± 11,9	55,8 ± 12,0	55,7 ± 11,9	0,971
Duración de enfermedad, años	11,7 ± 3,5	11,3 ± 3,0	12,3 ± 4,4	0,613
<i>Antecedentes de manifestaciones clínicas</i>				
Linfadenopatía	16 (22)	14 (30)	2 (7)	0,021*
Linfoma	3 (4)	2 (4)	1 (4)	0,700
Articular	29 (39)	17 (36)	12 (44)	0,483
Vasculitis	6 (8)	3 (6)	3 (11)	0,381
Pulmonar	4 (5)	1 (2)	3 (11)	0,135
Renal	6 (8)	5 (11)	1 (4)	0,282
SNP/SMC	18 (24)	13 (28)	5 (19)	0,378
Hematológico	16 (22)	12 (26)	4 (15)	0,219
<i>Clinimetría</i>				
FSNE anormal ≤ 0,1 mL/min	38 (51)	27 (57)	11 (41)	0,166
Prueba Schirmer anormal ≤ 5 mm/5 min	65 (88)	43 (92)	22 (82)	0,183
VAS ocular	7,4 ± 2,2	7,6 ± 2,3	7,0 ± 2,1	0,244
VAS oral	7,3 ± 2,3	7,4 ± 2,1	7,2 ± 2,6	0,672
ESSPRI	6,3 ± 2,0	6,3 ± 1,9	6,3 ± 2,1	0,964
ESSDAI	1,9 ± 0,2	1,8 ± 0,2	2,0 ± 0,2	0,620

ESSDAI acumulado	9,7 ± 1,8	9,7 ± 0,8	9,7 ± 0,9	0,991
SSDDI	3,1 ± 0,9	3,2 ± 0,9	3,0 ± 0,2	0,599
Laboratorios				
C3 bajo	8 (11)	4 (9)	4 (15)	0,319
C4 bajo	19 (26)	11 (23)	8 (30)	0,555
Globulinas, g/dL	4,0 ± 0,5	4,1 ± 0,6	3,9 ± 0,3	0,665
Factor reumatoide	50 (68)	32 (68)	18 (67)	0,900
Anticuerpos antinucleares	37 (50)	23 (49)	14 (52)	0,809
Anti-Ro/SSA	65 (88)	42 (89)	23 (85)	0,427
Anti-La/SSB	39 (53)	24 (51)	15 (56)	0,709

Los datos se expresan como número (porcentaje) o media (± DE).

Análisis estadístico: se utilizaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher para variables nominales, y t de Student para variables numéricas.

IMC, índice de masa corporal; SNP, sistema nervioso periférico; SNC, sistema nervioso central; FSNE, flujo salival no estimulado; VAS, Visual analogue scale; ESS-PRI, EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index; ESSDAI, EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index; SSDDI, Sjögren's Syndrome Disease Damage Index.

*Estadísticamente significativo.

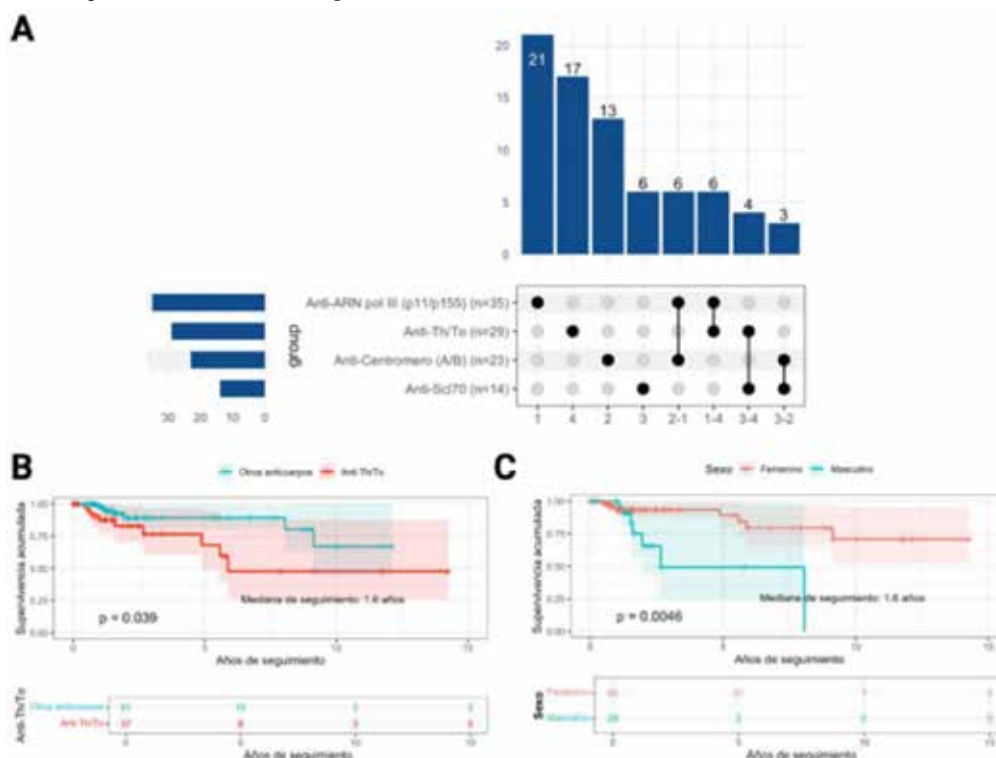
S04

FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y POSITIVIDAD A ANTICUERPOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA

K. Chacón-Abril, F.M. Serrano-Carrillo, D.I. Velazco-Muciño, N.I. Ruiz-Gómez, G.B. Garduño-Arriaga, M.I. González-Pérez, M. Mejía, J. Rojas-Serrano

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Figura 1. A, diagrama de anticuerpos específicos de ES positivos en la cohorte. B, curva de Kaplan-Meier de mortalidad de acuerdo con la positividad a anti-Th/To. C, curva de Kaplan-Meier de mortalidad según el sexo. (S04)



Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación frecuente y grave de la esclerosis sistémica (ES). Algunos pacientes con EPI muestran manifestaciones clínicas o autoanticuerpos positivos de ES sin alcanzar los criterios de clasificación; forman parte del espectro de la "neumonía intersticial con rasgos de autoinmunidad" (IPAF). La EPI-ES se relaciona con una mayor mortalidad, por lo que la detección temprana de factores pronósticos en todos los pacientes con EPI y anticuerpos de ES es fundamental para estratificar el riesgo de mortalidad y guiar el tratamiento.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo (clínicos, serológicos y funcionales) relacionados con mortalidad en pacientes con EPI y positividad a anticuerpos de ES dentro de una cohorte prospectiva en un centro de referencia nacional.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo. Se incluyó a los pacientes con EPI diagnosticada por TCAR y anticuerpos positivos para ES por inmunoblot (EUROLINE). Los pacientes se evaluaron de modo sistemático por la clínica de enfermedades pulmonares intersticiales difusas (CEPID) y la clínica de reumatología. Se registraron las variables demográficas, clínicas, serológicas, de función respiratoria y de imagen. Se calculó un HR con el método de regresión de Cox, tanto crudo como ajustado a variables confusoras. Véanse la **Tabla 1** y la **Figura 1**.

Resultados: Se identificó a 122 pacientes con EPI y positividad a anticuerpos de ES, de los cuales el 22,13% cumplió con criterios ACR/EULAR 2013 para ES y 63% criterios para IPAF. Predominó el patrón tomográfico NINE (77,05%). Se observó progresión funcional en el 24,1% y una mortalidad de 13,93%. En el análisis univariado, las variables vinculadas con mortalidad fueron el sexo masculino, la extensión de la fibrosis por puntuación de Goh y los anticuerpos anti-Th/To, después de ajustar por edad, sexo, extensión de la fibrosis, y anti-Th/To; las variables relacionadas con mortalidad fueron edad, extensión de la fibrosis y el anticuerpo anti-Th/To.

Conclusiones: Los anticuerpos anti-Th/To se relacionan con mayor mortalidad en comparación con los otros anticuerpos, además de la mayor extensión de la fibrosis en la evaluación basal y la mayor edad.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas, tomográficas y funcionales de la cohorte y predictores de mortalidad. (S04)

Variable	Total (n = 122)	Muertos (n = 17)	Vivos (n = 105)	p
Mujeres, n (%)	94 (77,05)	10 (58,82)	84 (80)	0,054
Edad, años (media $\pm$ DE)	63,27 $\pm$ 11,46	65,41 $\pm$ 10,64	62,93 $\pm$ 10,64	0,41
ES ACR/EULAR, n (%)	27 (22,13%)	4 (23,53%)	23 (21,90%)	0,88
IPAF ATS/ERS, n (%)	77 (63,11%)	11 (64,71%)	66 (62,86%)	0,88
Manifestaciones clínicas				
Fenómeno de Raynaud	30 (24,79)	3 (17,65)	27 (25,96)	0,34
Engrosamiento cutáneo	15 (12,3)	3 (17,65)	12 (11,43)	0,34
Edema de dedos	14 (11,48)	3 (18,75)	18 (17,14)	0,55
mRSS	4 (4-8)	7 (4-14)	8,5 (4-13)	0,88
Tos	91 (74,59)	11 (64,71)	80 (76,19)	0,31
Disnea	100 (81,97)	16 (94,12)	84 (80)	0,16
Serología, n (%)				
ANA	95 (77,87)	14 (82,35)	81 (77,1)	0,63
Anti-Th/To	38 (31,15)	9 (52,94)	29 (27,62)	0,036
Patrón tomográfico por TCAR, n (%)				
NINE	94 (77,05)	14 (82,35)	80 (76,19)	0,49
NIU	23 (18,5)	2 (11,76)	21 (20)	
Puntuación de Goh, mediana (RIC)				
Total	66,38 (50-84)	82 (70-88)	70 (46-82)	0,04
Goh-vidrio despolido	57,5	56,76	58,68	0,38
Goh-fibrosis	(48,36-67,24)	(51,12-61,76)	(47,24-70)	< 0,001
	14,32	29,52	12,48	
	(8,36-24,96)	(24,62-39,6)	(8,02-21,32)	
Pruebas de función respiratoria, media (DE)				
CVF%	64,09 $\pm$ 20,69	58,06 $\pm$ 26,99	65,05 $\pm$ 21,91	0,25
DLCO%	51,07 $\pm$ 23,66	39,5 $\pm$ 27,95	52,31 $\pm$ 23,19	0,08
C6M	338,26 $\pm$	313,81 $\pm$	339,98 $\pm$	0,53
	129,72	140,60	129,23	
Predictores de mortalidad				
Variable	HR ajustado*	IC95%	p	
Edad	1,05	0,99-1,11	0,08	
Sexo masculino	1,937	0,609-6,158	0,26	
Anti-Th/to	5,23	1,55-17,63	0,008	
Índice Goh fibrosis	1,10	1,05-1,16	< 0,0001	

El HR se ajustó a las variables: edad, sexo, extensión de la fibrosis y anti-Th/To.

Bibliografía

- Hoffmann-Vold AM, Allanore Y, Alves M, *et al.* Progressive interstitial lung disease in patients with systemic sclerosis-associated interstitial lung disease in the EUSTAR database. *Ann Rheum Dis* 2021;80(2):219-27.
- Mejía M, Ramos-Martínez E, Vázquez-Becerra LE, *et al.* Pulmonary manifestations and prognosis of a cohort of patients with interstitial lung disease and positive to anti-Th/To autoantibodies. *Medicina Clínica*. 2024;162(8):378-84.

S05

ANÁLISIS DE HAPLOTIPOS DE *IRAK1* Y SU ASOCIACIÓN CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL SUR DE MÉXICO

P.M. Coronado-Carrillo¹, J.F. Muñoz-Valle¹, C.J. Baños-Hernández¹, J.E. Navarro-Zarza², S. García-Arellano¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, ⁽²⁾Hospital IMSS Bienes-tar Raymundo Abarca Alarcón

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune caracterizada por inflamación crónica de la membrana sinovial, destrucción progresiva articular e incapacidad funcional con predominio en mujeres. La respuesta crónica de los linfocitos T interviene en la inmunopatología; por lo tanto, los genes participantes en la regulación de las respuestas de estos linfocitos, como el gen *IRAK1*, localizado en el cromosoma Xq28, que interviene en la vía de señalización TLR/IL-1R, se ha vinculado con diversas enfermedades autoinmunes, en especial lupus eritematoso sistémico. Existen cuatro polimorfismos (rs7061789, rs5945174, rs763737 y rs2239673) de interés heredados en haplotipos (GGGC). Sin embargo, pese a la evidencia del papel de este gen en enfermedades autoinmunes, existe escasa información sobre la distribución de sus haplotipos y su correlación con la clínica en AR.

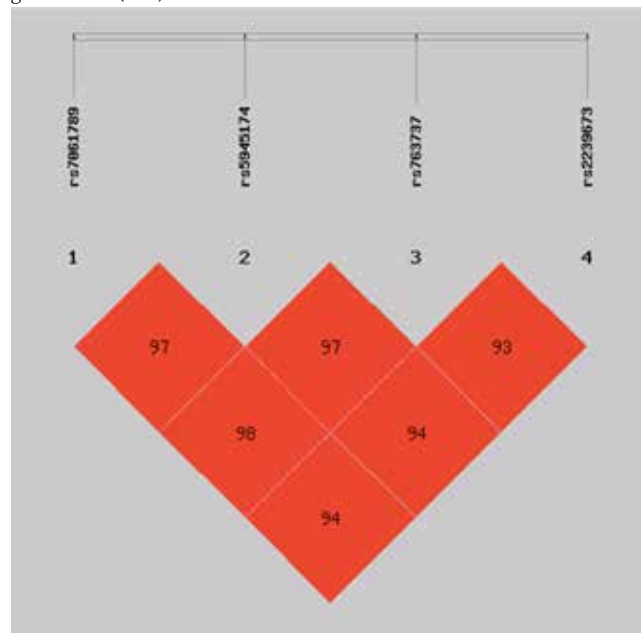
Objetivo: Analizar la frecuencia genotípica y alélica de los polimorfismos de *IRAK1* (rs7061789, rs5945174, rs763737 y rs2239673) con características clínicas de pacientes con AR del sur de México.

Material y métodos: Estudio de casos y controles; se incluyó a 300 pacientes con AR (del sur de México) y 300 sujetos clínicamente sanos como grupo control (SC) del género femenino. En el grupo de AR se evaluó el índice de actividad clínica (DAS-28) y la discapacidad funcional (HAQ-DI) y se efectuó una evaluación clínica. La genotipificación se realizó por discriminación alélica mediante la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (qPCR) con sondas Taqman. El análisis estadístico se efectuó mediante el software GraphPad Prism 9.5.

Resultados: Se evaluó la distribución de los polimorfismos y se observó una mayor frecuencia del alelo G para las tres variantes en AR en comparación con SC (rs7061789; 73 *vs.* 63%, OR = 1,62), (rs5945174; 74% *vs.* 63%, OR = 1,68), (rs763737; 74% *vs.* 63%, OR = 1,69). Para la variante rs2239673, el alelo C también se identificó con mayor frecuencia en AR (74% *vs.* 63%, OR = 1,64). El análisis de haplotipos en pacientes con AR en comparación con SC reveló que el haplotipo GGGC posee un OR = 1,73 (p = < 0,0001), lo que indica una relación significativa entre este haplotipo y la presencia de AR (**Figura 1**). Por otro lado, también se observó un nexo del haplotipo GGGC con las variables clínicas como DAS28 y FR.

Conclusiones: Las frecuencias alélicas y genotípicas de los polimorfismos rs7061789, rs5945174 y rs763737 del gen *IRAK1* mostraron una mayor prevalencia del alelo G y lo mismo para el rs2239673, en el cual se observó que el alelo C tiene mayor frecuencia en pacientes con AR en comparación con SC. Por otro lado, se observa que el haplotipo GGGC se vincula de manera significativa con la enfermedad, lo cual sugiere que los individuos portadores de este haplotipo tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en

Figura 1. Prueba de desequilibrio de ligamiento para polimorfismos del gen *IRAK1*. (S05)



comparación con SC, por lo que a futuro podría ser de utilidad como un biomarcador genético de la enfermedad.

Bibliografía

- Smolen JS, Aletaha D, Barton A, *et al.* Rheumatoid arthritis. Nat Rev Dis Primers. 2018 Feb 8;4.
- 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 Jan 1 [cited 2023 Apr 12];86(SUPPL. 86):3-8. Available from: <https://www.jrheum.org/content/86/3>
- Flannery S, Bowie AG. The interleukin-1 receptor-associated kinases: critical regulators of innate immune signalling. Biochem Pharmacol [Internet]. 2010 Dec 15 [cited 2023 Apr 13];80(12):1981-91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20599782/>
- Su LC, Xu WD, Huang AF. IRAK family in inflammatory autoimmune diseases. Autoimmun Rev. 2020;19(3):102461.
- Su J, Richter K, Zhang C, *et al.* Differential regulation of interleukin-1 receptor associated kinase 1 (IRAK1) splice variants. Mol Immunol [Internet]. 2007 Feb [cited 2023 Apr 13];44(5):900-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16690127/>
- Rao N, Nguyen S, Ngo K, *et al.* A Novel Splice Variant of Interleukin-1 Receptor (IL-1R)-Associated Kinase 1 Plays a Negative Regulatory Role in Toll/IL-1R-Induced Inflammatory Signaling. Mol Cell Biol [Internet]. 2005 Aug 1 [cited 2023 Apr 13];25(15):6521. Available from: <https://pmc/articles/PMC1190355/>

S06

DAÑO ACUMULADO Y ANTICUERPOS DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS (MII) COMO NUEVOS FACTORES DE RIESGO PARA MORTALIDAD EN MIOSITIS

A. Hernández-López, B. Alcalá-Carmona, N.R. Mejía-Domínguez, Y. Reyna-Juárez, J.T. Balderas-Miranda, M.J. Ostos-Prado, C.A. Núñez-Álvarez, M.E. Baños-Laredo, D. Gómez-Martín, J.J. Torres-Ruiz

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por inflamación muscular que pueden afectar a cualquier órgano o sistema. Las tasas de mortalidad publicadas alcanzan el 23 a 73% debido al diagnóstico tardío, la afectación cardíaca y pulmonar o la debilidad muscular grave, así como infecciones y neoplasias relacionadas. Sin embargo, las principales causas de mortalidad varían globalmente según las diferentes cohortes publicadas.

Objetivo: Evaluar los factores de riesgo de mortalidad en las MII.

Materiales y métodos: En este estudio de cohorte prospectivo se incluyó a 219 pacientes con MII según los criterios ACR/EULAR o de Connors. Se evaluaron las características clínicas, las enzimas musculares, la herramienta de evaluación de la actividad de la enfermedad de miositis (MDAAT), el índice de daño de miositis (MDI), la discapacidad (HAQ-DI), el examen muscular manual 8 (MMT8), la escala visual análoga (EVA) de actividad de la enfermedad por el paciente y el médico, y los anticuerpos específicos y relacionados con MII mediante Lineblot. Se realizó un seguimiento prospectivo de todos los pacientes para determinar el desenlace primario, que fue la mortalidad. Para evaluar los predictores independientes de mortalidad se llevaron a cabo una regresión logística multivariada y un análisis de Cox para calcular las razones de momios (RM) y riesgos (RR) con un intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Resultados: De los 219 pacientes, 164 (74,8%) eran mujeres y el diagnóstico más frecuente fue el de dermatomiositis (n = 157, 71,6%). Tras una mediana de seguimiento de 62 meses, fallecieron 32 pacientes (14,6%). Los individuos que murieron en el seguimiento fueron mayores respecto del momento de la inclusión (47 años [39-52] *vs.* 41 [31-52], *p* = 0,04), tenían con mayor frecuencia anti-SRP (12,5% *vs.* 1,6%, *p* = 0,009) y anti-MDA5 (28,1% *vs.* 11,7%, *p* = 0,024), cáncer (15,6% *vs.* 3,7%, *p* = 0,018), valores inferiores de albúmina sérica (2,9 [2,5-3,6] *vs.* 3,9 [3,3-4,2], *p* < 0,0001) y una mediana

(mn-mx) más alta de EVA de daño gastrointestinal (GI) (0 [0-10] *vs.* 0 [0-7], *p* = 0,0003) y cardiovascular (CV) (0 [0-10] *vs.* 0 [0-6], *p* = 0,04). Los predictores independientes de mortalidad fueron SRP+ (RM 26,24; IC95%, 2,95-283,1; *p* = 0,008), MDA5+ (4,13 [1,23-13,63], *p* = 0,038), malignidad (6,5 [1,20-33,43], *p* = 0,006), albúmina (0,26 [0,12-0,51], *p* < 0,0001), EVA de daño GI (1,41 [1,12-1,81], *p* = 0,006) y EVA de daño CV (2,01 [1,38-3,43], *p* = 0,0001). Tras el análisis de Cox se identificaron los siguientes factores de riesgo de mortalidad: SRP+ (RR 19,8; IC95%, 5,52-71,0; *p* < 0,001), MDA5+ (4,92 [1,89-12,8], *p* = 0,001), edad en el momento de la inclusión (1,05 [1,01-1,09], *p* = 0,011), tabaquismo (3,21 [1,35-7,66], *p* = 0,009), EVA de actividad por el médico (1,27 [1,05-1,53], *p* = 0,015), albúmina (0,33 [0,17-0,66], *p* = 0,002), aspartato aminotransferasa (1,00 [1,00-1,00], *p* < 0,001), EVA de daño CV (1,76 [1,37-2,24], *p* < 0,001), daño infeccioso (1,25 [1,09-1,43], *p* = 0,002) y daño por malignidad (1,41 [1,17-1,70], *p* < 0,001). En la **Figura 1** se muestra una representación gráfica del efecto de cada factor de riesgo de mortalidad y en la **Figura 2** se representan las RR de mortalidad en pacientes con MII.

Conclusiones: Este estudio prospectivo de pacientes con MII reveló que los anticuerpos anti-SRP y MDA5 y la acumulación de daño gastrointestinal, cardiovascular, infeccioso y por cáncer son nuevos factores de riesgo de mortalidad en este grupo de enfermedades.

Figura 1. Representación gráfica del efecto de cada uno de los factores de riesgo para mortalidad en pacientes con MII. (S06)

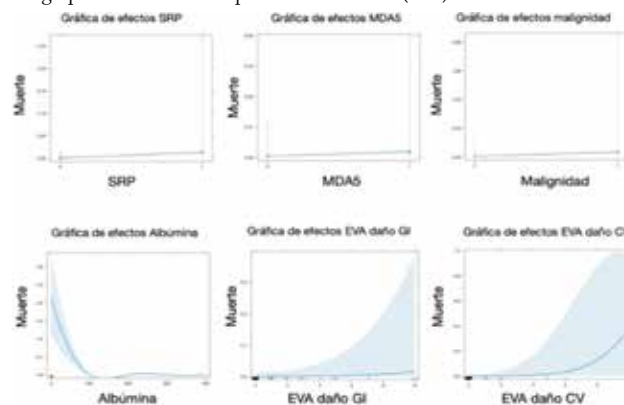
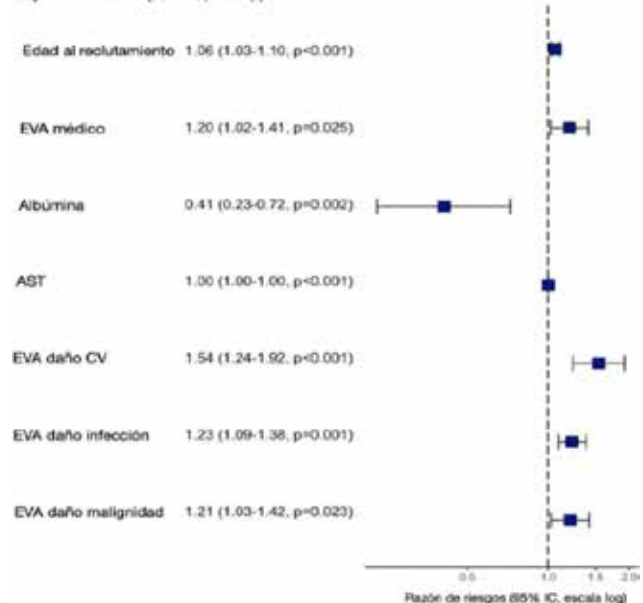


Figura 2. Razón de riesgos de cada variable independiente relacionada con mortalidad en pacientes con MII. (S06)

Supervivencia: RR (95% IC, valor *p*)



Bibliografía

1. Lundberg IE, Fujimoto M, Vencovsky J, *et al.* Idiopathic inflammatory myopathies. Nat Rev Dis Primers, 2021;7:86.
2. Qiao P. "Long-term secular trends in dermatomyositis and polymyositis mortality in the USA from 1981 to 2020 according to underlying and multiple cause of death mortality data." Arthritis Research & Therapy. 2023;25(1).

S07

TRAYECTORIAS DIAGNÓSTICAS EN LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA Y FACTORES ASOCIADOS AL RETRASO DIAGNÓSTICO PROLONGADO

G.A. Guaracha-Basáñez, I. Contreras-Yañez, R. Pérez-Gamboa, I.P. García-Herrera, V. Pascual-Ramos

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad psoriásica (EP) es un trastorno inflamatorio crónico que se diagnostica con frecuencia de forma tardía, particularmente en países de ingresos medios. Estos retrasos tienen consecuencias clínicas negativas, como daño articular irreversible y menor respuesta terapéutica¹. En América Latina, la fragmentación del sistema de salud, la escasez de especialistas y el uso de medicina tradicional se han identificado como barreras clave². Sin embargo, los factores vinculados con el retraso diagnóstico prolongado no se han estudiado de forma amplia.

Objetivo: Describir las trayectorias diagnósticas en pacientes con EP, identificar los factores relacionados con el retraso diagnóstico prolongado y analizar la tendencia del tiempo al diagnóstico en las últimas décadas en un centro académico de la Ciudad de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal con uso de datos de la cohorte IMPACTO del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de psoriasis y artritis psoriásica (AP). El retraso diagnóstico se definió como el intervalo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico confirmado por un especialista. Un retraso diagnóstico prolongado se consideró cuando superaba los 12 meses. Se aplicaron modelos de regresión logística para identificar factores vinculados con el retraso diagnóstico prolongado, ajustados por la duración de los síntomas. La regresión lineal evaluó las tendencias en el retraso diagnóstico, según el año de inicio de los síntomas. El estudio recibió aprobación del CEI de la institución.

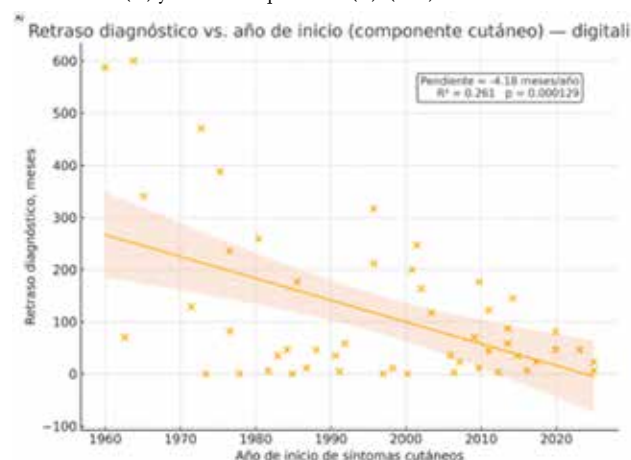
Resultados: Se analizaron los datos de 135 pacientes: 37% (n = 50) con psoriasis y 63% (n = 85) con AP; las características de las trayectorias diagnósticas se resumen en la **Tabla 1**. La mediana de retraso diagnóstico fue de 12 meses en ambos grupos. Un retraso diagnóstico prolongado se observó en el 38,5% (n = 52) de pacientes con psoriasis y en el 45,9% (n = 39) de aquellos con AP. En la psoriasis, los factores vinculados con un retraso prolongado fueron un mayor tiempo en buscar la primera atención médica (RM: 1,06; IC95%, 1,02-1,09) y ausencia de un diagnóstico correcto en la primera consulta de la vía diagnóstica (RM: 0,30; IC95%, 0,13-0,69). En la AP, un mayor tiempo en buscar la primera atención médica (RM: 1,03; IC95%, 1,007-1,05) se relacionó con retraso, mientras que la primera consulta proporcionada por un reumatólogo (RM: 0,26; IC95%, 0,09-0,73) y el uso de antiinflamatorios no esteroideos (RM: 0,25; IC95%, 0,07-0,82) fueron factores protectores. Se observó una reducción significativa del retraso diagnóstico en las últimas décadas ($p < 0,001$) en ambas enfermedades (**Figura 1**).

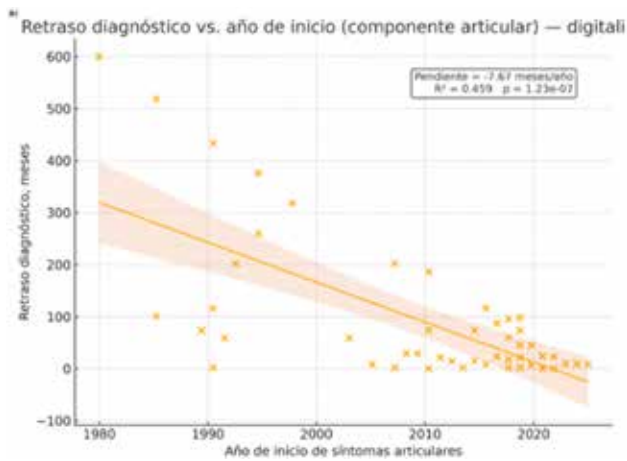
Conclusiones: Los pacientes con psoriasis y AP de esta institución tienen trayectorias diagnósticas particulares. Un número significativo de ellos posee retraso diagnóstico prolongado, el cual se vincula con características de la vía diagnóstica. El retraso diagnóstico se ha reducido en la última década. Los hallazgos apoyan fortalecer la referencia oportuna, la sospecha clínica y los modelos de atención multidisciplinaria. La evidencia generada puede orientar estrategias y políticas para reducir brechas de acceso y, potencialmente, favorecer mejores resultados en esta población.

Tabla 1. Características generales y de la trayectoria diagnóstica de los pacientes con enfermedad psoriásica. (S07)

Características	EP (n = 135)
Mujer (%)	73 (54,1)
Edad, años (media, IQR)	57 (48-66)
Escolaridad, años (media, IQR)	12 (9-16)
Duración AP, años (media, IQR)	2 (0-9)
Duración psoriasis, años (media, IQR)	10 (4-21)
Comorbilidades antes del diagnóstico de EP (%)	60 (44,4)
Visitaban a un médico antes del diagnóstico de EP (%)	62 (45,9)
Tempo en acudir a consulta médica por manifestaciones de la piel, meses (mediana, RIQ)	6 (2-12)
Tipo de médico al que acudió por manifestaciones de la piel (%)	
Médico general	44 (32,6)
Dermatólogo	68 (50,4)
Médico internista	12 (8,9)
Diagnóstico sugerido por la manifestación en piel:	
Psoriasis	74 (54,8)
Sin diagnóstico	23 (17)
Dermatitis seborreica	8 (5,9)
Se indicó tratamiento, (%)	118 (87,4)
Diagnóstico correcto de psoriasis (%)	74 (54,8)
Tempo en acudir a consulta médica por manifestaciones musculoesqueléticas, meses (mediana, RIQ)	6 (2-22)
Tipo de médico al que acudió por manifestaciones musculoesqueléticas (%)	
Médico general	18 (21,2)
Dermatólogo	12 (14,1)
Reumatólogo	42 (49,4)
Diagnóstico sugerido por las manifestaciones musculoesqueléticas:	
Artritis no especificada	22 (25,9)
Osteoartritis	8 (9,4)
Artritis psoriásica	42 (49,4)
Se indicó tratamiento, (%)	85 (100)
Diagnóstico correcto de AP (%)	42 (49,4)

Figura 1. Tendencia temporal del retraso diagnóstico de las manifestaciones cutáneas (A) y musculoesqueléticas (B). (S07)





Bibliografía

1. Haroon M, Gallagher P, FitzGerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:1045-1050.
2. Bautista-Molano, Wilson. Continental perspectives on managing axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis: approaches and insights from Latin America. *Current Opinion in Rheumatology* 2025;37(4):276-281.

S08

SLEDAI-2K ACUMULADO EN LOS PRIMEROS TRES AÑOS DE EVOLUCIÓN COMO PREDICTOR DE RECAÍDAS EN EL LUPUS ERMATOSO SISTÉMICO

E. Godínez-Lazarini, A. Vázquez-Hernández, H. Frago-Loyo, E. Címé-Aké

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La actividad persistente durante los primeros años de evolución del lupus eritematoso sistémico (LES) puede relacionarse con recaída de la enfermedad durante el seguimiento.

Objetivo: Proponer y validar la medición del SLEDAI-2K acumulado como una escala de predicción de recaída del LES durante los primeros tres años de evolución.

Material y métodos: Casos y controles anidados en una cohorte. Se incluyó a pacientes clasificados con LES (criterios EULAR/ACR 2019) durante el periodo 1980-2020, con al menos tres años de seguimiento desde su diagnóstico. Se excluyó a los pacientes con otras enfermedades autoinmunes, excepto los síndromes antifosfolípido o de Sjögren. El SLEDAI-2K acumulado se calculó a partir de la sumatoria de las puntuaciones SLEDAI-2K semestrales durante los primeros tres años de evolución de la enfermedad. Los pacientes con recaída (casos) se identificaron de acuerdo con la definición de SELENA-SLEDAI FI. Como controles se incluyó a los pacientes que no sufrieron recaída. Para llevar a cabo la validación interna de la escala se dividieron aleatoriamente a todos los pacientes incluidos, en dos grupos estratificados por la presencia o ausencia de recaída: el 70% en el grupo de entrenamiento y el 30% en el grupo de validación. El periodo de seguimiento comenzó en la fecha del diagnóstico del LES e incluyó todas las visitas de seguimiento hasta la recaída o la última valoración antes de diciembre 2024. La información se recopiló mediante la revisión de expedientes para obtener las características demográficas y clínicas: actividad (SLEDAI-2K), baja actividad (LLDAS), remisión (DORIS) y daño acumulado (SDI). El punto de corte óptimo del SLEDAI-2K acumulado para predecir recaída se estableció en el grupo de entrenamiento, mediante curvas ROC y el máximo valor del índice de Youden. Posteriormente, dentro del grupo de validación, los pacientes se dividieron de acuerdo con el punto de

corte óptimo establecido. Análisis estadístico: ji cuadrada, Fisher, suma de rangos de Wilcoxon, Kaplan-Meier y regresión de Cox.

Resultados: Se incluyó a 240 pacientes, 164 casos y 76 controles. En el grupo de entrenamiento se incluyó a 167 pacientes y 73 en el de validación. El punto de corte óptimo fue de 20 puntos de SLEDAI-2K acumulado con la mejor tasa de verdaderos positivos (0,746) y falsos positivos (0,321), así como un área bajo la curva de 0,711. En el grupo de validación, un SLEDAI-2K acumulado ≥ 20 tuvo una sensibilidad de 82,0% (IC95%, 73,2-90,8%), especificidad de 65,2% (IC95%, 54,3-76,1%), valor predictivo positivo de 83,7% (IC95%, 75,2-92,2%), valor predictivo negativo de 62,5% (IC95%, 51,4-73,6%) y razón de verosimilitud positiva de 2,3 para predecir recaída. En el grupo de validación, la presencia del sexo femenino y la edad al diagnóstico fueron menores en el grupo de SLEDAI-2K acumulado ≥ 20 . Los pacientes del grupo SLEDAI-2K ≥ 20 tuvieron una mayor frecuencia de actividad mucocutánea y serositis, mayor positividad para anti-DNAc, así como menor estado de baja actividad y remisión (Tabla 1). En el grupo de validación, un SLEDAI-2K acumulado ≥ 20 redujo el tiempo a recaída en comparación con un SLEDAI-2K acumulado menor (Figura 1). Luego de ajustar por edad al diagnóstico y seguimiento, un SLEDAI-2K acumulado ≥ 20 se mantuvo relacionado con alto riesgo de recaída (HR, 2,7; IC95%, 1,2-6,6; $p = 0,026$).

Conclusiones: El SLEDAI-2K acumulado en los primeros tres años podría ser un factor pronóstico útil para determinar el riesgo de recaída en pacientes con LES.

Bibliografía

Altabás-González I, Rua-Figuerola I, Mouriño C, *et al.* Damage in a large systemic lupus erythematosus cohort from the Spanish Society of Rheumatology Lupus Registry (RELESSER) with emphasis on the cardiovascular system: a longitudinal analysis. *Lupus Sci Med*. 2024;11(2):e001064.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y serológicas de los pacientes en el grupo de validación. (S08)

Variable	Todos los pacientes, n = 73 (%)	SLEDAI-2K acumulado ≥ 20 , n = 49 (%)	SLEDAI-2K acumulado < 20, n = 24 (%)	p
<i>Características demográficas</i>				
Sexo femenino	63 (86,3)	39 (79,6)	24 (100,0)	0,013*
Edad al diagnóstico (años)	25,0 (15,0-52,0)	17,0 (13,0-29,0)	56,0 (30,0-62,0)	< 0,001*
Seguimiento (años)	9,9 (6,0-15,4)	9,9 (6,8-16,1)	9,0 (4,5-15,2)	< 0,634
<i>Características clínicas durante el seguimiento</i>				
Actividad				
Constitucional	32 (43,8)	24 (49,0)	8 (33,3)	0,206
Neuropsiquiátrica	9 (12,3)	8 (16,3)	1 (4,2)	0,133
Mucocutánea	68 (93,2)	49 (100,0)	19 (79,2)	0,003*
Osteomuscular	65 (89,0)	45 (91,8)	20 (83,3)	0,239
Nefritis lúpica	36 (49,3)	28 (57,1)	8 (33,3)	0,056
Cardiaca	4 (5,5)	5 (8,2)	0	0,195
Pulmonar	5 (6,8)	5 (10,2)	0	0,127
Serositis	26 (35,6)	22 (44,9)	4 (16,7)	0,016*
Leucopenia	35 (47,9)	20 (40,8)	15 (62,5)	0,081
AHAI	11 (15,1)	10 (20,4)	1 (4,2)	0,064
Trombocitopenia	22 (30,1)	16 (32,7)	6 (25,0)	0,503
SLEDAI-2K último seguimiento	8,0 (2,0-12,0)	10,0 (6,0-13,0)	2,0 (0,0-4,0)	< 0,001*
SDI último seguimiento	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-2)	0,257

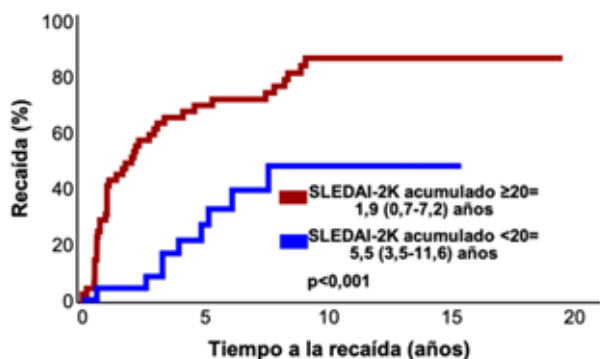
LLDAS	42 (57,5)	20 (40,8)	22 (91,7)	< 0,001*
Remisión	38 (52,1)	17 (34,7)	21 (87,5)	< 0,001*
Recaída	50 (68,5)	41 (83,7)	9 (37,5)	< 0,001*
Anticuerpos				
Anti-DNAcd	64 (87,7)	46 (93,9)	18 (75,0)	0,030*
Anti-Sm	22 (30,1)	17 (34,7)	5 (20,8)	0,225
Antinucleosomas	25 (34,2)	20 (40,8)	5 (20,8)	0,091
Anti-RNP	11 (15,1)	9 (18,4)	2 (8,1)	0,223
Anticardiolipinas IgG	26 (35,6)	18 (36,7)	8 (33,3)	0,776
Anticardiolipinas IgM	28 (38,4)	19 (38,8)	9 (37,5)	0,916
Anti-β2 glucoproteína I IgG	25 (34,2)	20 (40,8)	5 (20,8)	0,091
Anti-β2 glucoproteína I IgM	13 (17,8)	10 (20,4)	3 (12,5)	0,315
Anticoagulante lúpico	12 (16,4)	9 (18,4)	3 (12,5)	0,393

Los datos se expresan como número (porcentaje) o mediana (rango intercuartílico). Análisis estadístico: se utilizaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher para las variables nominales y la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para las numéricas.

AHA1, anemia hemolítica autoinmune; SLEDAI-2K, índice de actividad de la enfermedad de LES 2000; SDI, índice de daño SLICC/ACR; LLDAS, estado de baja actividad de la enfermedad.

*Estadísticamente significativo.

Figura 1. Análisis de supervivencia libre de recaída de acuerdo con el punto de corte óptimo para el SLEDAI-2K acumulado en el grupo de validación. Se expresan medianas y rangos intercuartílicos. Análisis estadístico: prueba de log-rank para determinar las diferencias en el tiempo libre a la recaída. (S08)



Se reportan medianas y rangos intercuartiles. Análisis estadístico: prueba de log-rank para determinar las diferencias en el tiempo libre a la recaída.

S09

EJERCICIO ACUÁTICO ADAPTADO EN LES: BENEFICIOS PERCIBIDOS, EMOCIONALIDAD Y AGENCIA EN UN ESTUDIO MIXTO MULTICÉNTRICO (2022-2025)

L.I. Athié-Juárez¹, E. Calleja-Macedo

Centro de Estudios Transdisciplinarios Athié-Calleja por los Derechos de las Personas con Lupus A.C.

Introducción: La actividad física acuática es una intervención no farmacológica relevante para el lupus eritematoso sistémico (LES), con capacidad de mejorar movilidad y dolor, así como regular la emocionalidad. Se presenta un análisis intermedio de un estudio mixto multicéntrico (2022-2025) en nueve ciudades de México que documenta beneficios percibidos, emociones

relacionadas con la inmersión y elementos de agencia en personas con LES: Tuxtla Gutiérrez, Ciudad de México, Ciudad del Carmen, Atizapán de Zaragoza, Toluca, Torreón, San Luis Potosí, Puebla y Querétaro.

Objetivo: Determinar en una cohorte multicéntrica de México si la práctica acuática adaptada en personas con lupus eritematoso sistémico se vincula con mejoras percibidas en movilidad, dolor, energía y emocionalidad; analizar diferencias por años con diagnóstico y experiencia previa; y contrastar estos hallazgos con participantes con otras enfermedades crónico-degenerativas, tras considerar el aporte de la agencia del paciente y la práctica compartida con personal sanitario.

Material y métodos: Diseño mixto convergente. Se diseñaron cuestionarios semiestructurados para explorar las experiencias y expectativas de las personas participantes en la Brazada por los Derechos de las Personas con Lupus (n = 265), de los cuales 207 correspondieron estrictamente a LES. Se realizaron descripciones y codificación temática de beneficios y emociones; se estratificó por años con diagnóstico cuando estuvo disponible (1-3, 4-7, 8-10, 11+). Los hallazgos se basan en percepción directa de pacientes, lo que orienta las prioridades clínicas y de investigación; como siguiente paso se añadirá medición preestandarizada y posestandarizada para robustecer las inferencias.

Resultados: En el grupo LES (n = 207), las mujeres representaron el 71,5% y los hombres el 28,5%. Entre quienes refirieron años con diagnóstico (n = 45), el promedio fue de 9,37 años; distribución: 1-3 (13,33%), 4-7 (15,56%), 8-10 (20,00%) y 11+ (51,11%). Los beneficios más frecuentes fueron movilidad/flexibilidad (32,65%), menos dolor (20,41%), más energía (10,20%), mejor respiración/resistencia (8,16%) y menos inflamación (4,08%). Con datos de participación previa (n = 242), 22,31% ya había participado; en este subgrupo se concentraron menciones de mejoría en movilidad (50%) y dolor (22,22%) y predominó la alegría/felicidad (71,43%) en emociones. La emocionalidad pareció modularse por años con diagnóstico: mayor positividad en 4-7 años y mayor heterogeneidad afectiva en 11+. Las menciones de derechos se centraron en salud/atención/medicamentos, información/educación y trabajo. Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Beneficios, emocionalidades y agencia de las personas con lupus que practican actividades acuáticas. (S09)

Ejes vinculados con la decisión de participar en la actividad acuática	Principales beneficios referidos al nadar
1. Beneficios percibidos de la actividad física acuática como parte del tratamiento no farmacológico	Movilidad/articulaciones/flexibilidad: 32,65% Menos dolor: 20,41% Menos fatiga/más energía: 10,20% Mejor respiración/capacidad/resistencia: 8,16% Menos inflamación: 4,08%
2. Emocionalidad y fortalecimiento del control del estrés	Ánimo/menos ansiedad-estrés/relajación: 24,49% Alegría/felicidad: 89,5% Esperanza/gratitud: 5,3% Paz/tranquilidad: 2,6%
3. Temores y resiliencia frente a los cambios físicos (antes de nadar)	Miedo/ansiedad: 2,6%
4. Agencia y percepciones al participar (participo por)	Apoyo a la causa/visibilización (5%)

Fuente: elaboración propia de Athié-Calleja, 2025.

Conclusiones: La práctica acuática adaptada en LES se relaciona con beneficios percibidos en movilidad y dolor y con afecto positivo predominante, especialmente en participantes con experiencia previa. El tiempo con diagnóstico podría modular la vivencia emocional del agua, con perfil más positivo en 4-7 años y variabilidad en 11+. Se recomienda incorporar la prescripción de ejercicio acuático con progresión individualizada y circuitos de derivación a alberca, y priorizar futuros estudios con desenlaces preestandarizados y posestandarizados, control de confusión y evaluación de dosis-respuesta (frecuencia, tiempo, intensidad).

Bibliografía

1. Denzin NK, Lincoln YS, editors. The SAGE handbook of qualitative research. 6th ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications, Inc.; 2023.

2. Ahearn LM. Language and agency. *Annu Rev Anthropol.* 2001;30:109-37. doi:10.1146/annurev.anthro.30.1.109.
3. Blaess J, Geneton S, Goepfert T, *et al.* Recommendations for physical activity and exercise in persons living with systemic lupus erythematosus (SLE): Consensus by an international task force. *RMD Open.* 2024;10(2):e004171. doi:10.1136/rmdopen-2024-004171.

S10

FACTORES ASOCIADOS A ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

M. Valdez-López, G.A. Guaracha-Basáñez, F.J. Merayo-Chalico, I. Contreras-Yáñez, L. León-Llanes, C.A. Abitia-Borboa, I.P. García-Herrera, R. Pérez-Gamboa

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las alteraciones de la función sexual son un problema subestimado en pacientes con espondiloartritis (EspA); la interacción entre el perfil clínico y la función sexual permanece poco explorada. Identificar factores relacionados y perfiles diferenciados permitiría guiar estrategias de atención integral en este grupo de pacientes.

Objetivo: Determinar los factores clínicos relacionados con la disfunción sexual en EspA e identificar perfiles diferenciados mediante análisis de conglomerados.

Material y métodos: Estudio transversal: se registraron variables sociodemográficas, clínicas y PRO. La función sexual se evaluó mediante el cuestionario *Changes in sexual functioning questionnaire* (CSFQ-14), que incluye cinco dimensiones relacionadas con la sexualidad. Se realizaron análisis bivariados y un modelo de regresión logística para identificar factores vinculados. Por último, se realizaron dos análisis de conglomerados jerárquicos: el primero con las dimensiones del CSFQ-14 y el segundo con variables clínicas (ASDAS-PCR, BASFI y ASQoL). La relación entre los perfiles clínicos y sexuales se exploró mediante la prueba ji cuadrada. El estudio recibió aprobación del comité de ética e investigación.

Resultados: Se incluyó a 106 pacientes, 64,2% (n = 68) de ellos hombres, con una mediana de edad de 49 años (RIC, 36-58,2) y un tiempo de 11 años (RIC, 3,8-21,3) de evolución de la EspA. El 30,2% (n = 32) correspondió a EspA axial radiográfica, el 16% (n = 17) a EspA axial no radiográfica, el 22,6% (n = 24) a EspA periférica y el 19,8% (n = 21) a artritis psoriásica periférica (**Tabla 1**). Se identificó deterioro de la función sexual de manera global en el 38,7% (n = 41) y deterioro en los siguientes dominios: placer (91,5%), frecuencia (77,4%), interés (90,6%), excitación (79,2%) y orgasmo (84%). El 82,1% (n = 87) de los pacientes señaló que alguna manifestación de su enfermedad afectaba su sexualidad, en especial dolor articular (55,7%), dolor axial (51,9%) y rigidez axial (30,2%).

En el modelo de regresión logística, el sexo femenino (RM, 4,95; IC95%, 1,7-14,5; p = 0,003) y la hipertensión arterial (RM, 6,44; IC95%, 1,2-

Tabla 1. Características generales de la población del estudio, puntuaciones y desenlaces señalados por pacientes, de acuerdo con la presencia o ausencia de disfunción sexual. (S10)

	Población total n = 106	Sin disfunción sexual n = 65	Con disfunción sexual n = 41	p
Características sociodemográficas				
Hombre, n (%)	68 (64,2)	47 (72,3)	21 (51,2)	0,03
Edad, años, RIC	49 (36-58,2)	47 (34-55,5)	52 (42,5-61)	0,09
Con pareja, n (%)	27 (25,5)	43 (66,2)	32 (78)	0,27
Escolaridad, años, RIC	15 (10-16)	15 (12-16)	13 (10-16)	0,05
IMC, kg/m ² , RIC	27,2 (23,4-29,9)	27,4 (24,3-30,2)	27,1 (22,9-28,4)	0,19
Características propias de la EspA				
Años de evolución, RIC	11 (3,8-21,3)	12 (3-23)	10 (4-19)	0,61
EspA periférica, n (%)	24 (22,6)	19 (29,2)	5 (12,2)	0,05
AP periférica, n (%)	21 (19,8)	11 (16,9)	10 (24,4)	0,45
AP axial, n (%)	10 (9,4)	5 (7,7)	5 (12,2)	0,50
EspA axial radiográfica, n (%)	32 (30,2)	14 (21,5)	18 (43,9)	0,018
EspA axial no radiográfica, n (%)	17 (16)	16 (24,6)	1 (2,4)	0,002
HLAB-27 positivo, n (%)	53 (59,5)	35 (53,8)	18 (43,9)	0,37
Comorbilidades				
Comorbilidad adicional, n (%)	62 (58,4)	38 (58,5)	24 (58,5)	1,00
Hipertensión arterial, n (%)	13 (12,3)	3 (4,6)	10 (24,4)	0,005
DT2, n (%)	15 (14,2)	9 (13,8)	6 (14,6)	1,00
Tabaquismo actual, n (%)	16 (15,1)	13 (20)	3 (7,3)	0,09
Consumo de alcohol actual, n (%)	42 (39,6)	30 (46,2)	12 (29,3)	0,10
Tamizaje para ansiedad positivo por HAQ, n (%)	56 (52,8)	33 (50,8)	23 (56,1)	0,69
Tamizaje para depresión positivo por HAQ, n (%)	20 (18,9)	8 (12,3)	12 (29,3)	0,04
Tratamiento				
FARME sintéticos, n (%)	52 (49,1)	29 (44,6)	23 (56,1)	0,31
Metotrexato, n (%)	39 (36,8)	21 (32,3)	18 (43,9)	0,30
Sulfasalazina, n (%)	33 (31,1)	17 (26,2)	16 (39)	0,19
FARME biológicos, n (%)	44 (41,5)	26 (40)	18 (43,9)	0,84
Anti-TNF, n (%)	29 (27,4)	17 (26,2)	12 (29,3)	0,82
Anti IL-17, n (%)	14 (13,2)	11 (16,9)	3 (7,3)	0,23
AINE, n (%)	34 (32,1)	22 (33,8)	12 (29,3)	0,67
Desenlaces referidos por pacientes				
Quali-sex 12, RIC	2 (0,5-4,5)	1,1 (0,3-2,8)	4,1 (2,1-5,3)	< 0,001

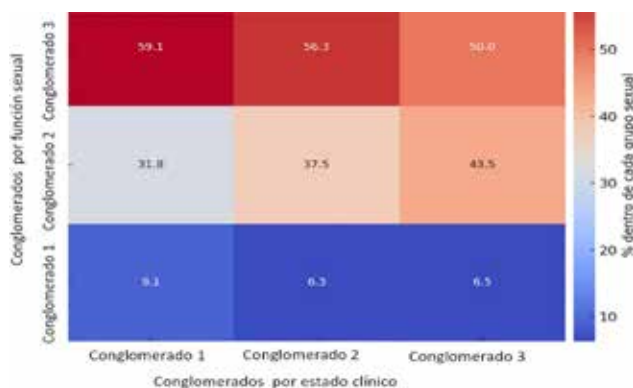
BASDAI actividad > 4	40 (37,7)	23 (35,4)	17 (41,4)	0,54
ASAS-HI > 5	50 (47,2)	27 (41,5)	23 (56,1)	0,16
ASQoL (calidad de vida), RIC	5 (1,8-9)	6 (1-9)	5 (2-9,5)	0,52
BASFI limitación funcional, n (%)	30 (28,3)	16 (24,6)	14 (34,1)	0,37
ASDAS PCR, RIC	1,8 (1,2-2,7)	1,8 (1,1-2,8)	1,7 (1,2-2,6)	0,69
Prueba de Schober modificada, cm, RIC	5,5 (4,5-6,5)	5 (4-6,5)	6 (5-6,3)	0,24
HAQ dicotómico (> 0,5), n (%)	35 (33)	18 (27,7)	17 (41,5)	0,20

ASAS-HI, *Assessment of SpondyloArthritis International Society Health Index*; ASDAS-PCR, *Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score* calculado con proteína C reactiva (PCR); ASQoL, *Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire*; AP, artritis psoriásica; BASDAI, *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*; BASFI, *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index*; DT2, diabetes tipo 2; EspA, espondiloartritis; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*; HLA-B27, antígeno leucocitario humano B27; IMC, índice de masa corporal; RIC, rango intercuartílico.

33,5; $p = 0,03$) se relacionaron de manera independiente con el deterioro de la función sexual global, mientras que la EspA axial no radiográfica (RM, 0,03; IC95%, 0,004-0,31; $p = 0,002$) y la EspA periférica (RM, 0,18; IC95%, 0,05-0,61; $p = 0,006$) mostraron un efecto protector.

El análisis de conglomerados sexual identificó tres perfiles: conglomerado 1: función sexual conservada en todas las dimensiones; conglomerado 2: deterioro focalizado en el deseo; conglomerado 3: deterioro sexual generalizado. El análisis de conglomerados clínicos mostró también tres perfiles: conglomerado 1: el mejor estado clínico; conglomerado 2: grupo intermedio; conglomerado 3: peor estado clínico respecto de las variables (ASDAS-PCR, BASFI y ASQoL). El análisis cruzado entre ambos conglomerados mostró que los perfiles sexuales y clínicos fueron estadísticamente independientes ($\chi^2 = 1,397$; $p = 0,845$), lo que indica que el deterioro de la función sexual no se explica tan sólo por las características clínicas. Se identificaron subgrupos relevantes: “pacientes invisibilizados” (buen estado clínico, pero deterioro sexual grave y “pacientes resilientes” (con peor estado clínico, pero vida sexual preservada, **Figura 1**).

Figura 1. Mapa de calor que muestra la distribución porcentual de los pacientes entre los tres conglomerados sexuales y los tres clínicos. El porcentaje de participantes de un conglomerado clínico que pertenece a un conglomerado de función sexual correspondiente se indica dentro de cada celda. La escala de colores indica porcentajes menores en azul y porcentajes mayores en rojo. La variabilidad en los colores refleja la falta de correspondencia significativa entre ambas agrupaciones. (**S10**)



Conclusiones: El deterioro de la función sexual en pacientes con EspA es frecuente y no depende del estado clínico de la enfermedad; los perfiles identificados sugieren que algunos pacientes mantienen una vida sexual funcional a pesar de una gran carga de la enfermedad; otros sufren deterioro sexual aún con buen control clínico. Incorporar la evaluación y el control de las alteraciones sexuales es indispensable en la atención integral en este grupo de pacientes.

Bibliografía

Healey EL, Haywood KL, Jordan KP, *et al.* Ankylosing spondylitis and its impact on sexual relationships. *Rheumatology* (Oxford). 2009;48(11):1378-1381. doi:10.1093/rheumatology/kep143.

S11

INCREMENTO DE PRDM1 Y BCL6 Y SU ASOCIACIÓN CON LA FRECUENCIA DE CÉLULAS Tph Y cTfh EN PACIENTES CON LES

K.R. Félix-Murray¹, N. Espinoza-García², J. Velador-Mendoza¹, P.C. Ortiz-Lazareno³, M. Marín-Rosales⁴, D.C. Salazar-Camarena², C.A. Palafox-Sánchez¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (IICB), Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Instituto de Biología Molecular en Medicina y Terapia Génica, ⁽³⁾Centro de Investigación Biomédica de Occidente (CIBO), Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽⁴⁾Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune heterogénea, crónica y multiorgánica que se caracteriza por la sobreactivación de la respuesta inmune mediada por células B y T^H. En fecha reciente se ha descrito la expansión de un subconjunto de células singulares en pacientes con enfermedades autoinmunes, las células *T peripheral helper* (Tph: CD4+/CXCR5-/- PD1+), que pueden atraer a células B a los sitios de inflamación y no necesariamente a los centros germinales^{2,3}. A diferencia de las células *T follicular helper* (Tfh: CD4+/CXCR5+/- PD1+), las células Tph, que han perdido la expresión de CXCR5, no se encuentran en los órganos linfoides, sino que se acumulan en los órganos inflamados³⁻⁶. Los mecanismos moleculares que dirigen la diferenciación de las células cTfh y Tph en los pacientes con lupus aún no están completamente elucidados, pero se ha propuesto la participación de factores transcripcionales como BLIMP1, BCL6, MAF y SOX4⁷.

Objetivo: Determinar la frecuencia de las células Tph y cTfh en sangre periférica y los niveles de expresión génica de los factores transcripcionales de interés en células TCD4+ de 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 40 pacientes con diagnóstico de LES⁸, así como de 30 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 (PBMC) y posterior citometría de flujo. Por su parte, la evaluación de los niveles de expresión génica se efectuó a partir del cDNA sintetizado del RNA total extraído de células T CD4+ aisladas a partir de PBMC.

Resultados: Los sujetos control presentaron 5,54%, 2,72 (mediana, IQR) de células cTfh y 10,93%, 3,55 (mediana, IQR) de células Tph; mientras que los pacientes con LES tuvieron una mayor frecuencia de ambas subpoblaciones celulares ($p < 0,05$), con un 11,20%, 3,22 (mediana, IQR) de células cTfh y un 31,20%, 3,45 (mediana, IQR) de células Tph. De modo más específico, la frecuencia de células cTfh PD1hi y Tph PD1hi fue significativamente mayor en los pacientes con LES; además, al evaluar la relación lineal entre la frecuencia de células TphPD1hi con SLEDAI2-K, ésta resultó positiva y significativa ($\rho = 0,30$; $p < 0,05$). En cuanto a la expresión relativa de los factores transcripcionales evaluados en las células TCD4+ de los pacientes con LES respecto de los sujetos sanos, se identificó un aumento de PRDM1 y BCL6 (6,06 y 2,41 veces respectivamente;

expresión relativa 2-ddCt) y una disminución de la expresión de MAF y SOX4 (-2,09 y -1,95 veces, respectivamente; expresión relativa 2-ddCt).

Conclusiones: El incremento de las células T_{fh} y T_{ph} en pacientes con LES en comparación con sujetos control se ha demostrado en múltiples cohortes, aunque los mecanismos moleculares por los cuales las células T CD4⁺ adquieren estos fenotipos aberrantes aún continúan en investigación; los hallazgos mostrados en este estudio aportan información sobre los mecanismos transcripcionales que regulan la diferenciación de estos subconjuntos celulares.

Bibliografía

1. Tsokos GC. Systemic Lupus Erythematosus. New England Journal of Medicine [Internet]. 2011;365(22):2110-21. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMra11003>
2. Marks KE, Rao DA. T peripheral helper cells in autoimmune diseases*. Immunol Rev. 2022;307(1):191-202.
3. 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):110-4.
4. 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).
5. Sasaki T, Bracero S, Keegan J, et al. Longitudinal immune cell profiling in patients with early systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheumatol. 2022;74(11):1808-21.
6. Sagrero-Fabela N, Ortiz-Lazareno PC, Salazar-Camarena DC, et al. BAFRR 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.
7. Shan Y, Nakayama S, Nawata A, et al. TGF-β3 in differentiation and function of T_{ph}-like cells and its relevance to disease activity in patients with systemic lupus erythematosus. Rheumatology (United Kingdom). 2023;62(7):2464-74.
8. 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;78(9):1151-9.

S12

HALLAZGOS HISTOLÓGICOS ÚTILES PARA DIFERENCIAR ENFERMEDAD DE SJÖGREN EN PACIENTES CON SÍNDROME SECO

E. Altamirano-Molina, C.A. Lozada-Pérez, E.G. Estrada-Villaseñor, R. Pichardo-Bahena, R. Espinosa-Morales

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: El análisis histológico de las glándulas salivales menores es útil para el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad de Sjögren (ESj)^{1,2}. El estándar de oro para el diagnóstico ha sido la sialoadenitis linfocítica focal (SLF) en la biopsia de glándula salival menor (BGSM), que es el hallazgo de un foco de 50 o más células mononucleares, informado mediante el *Focus Score* (número total de focos entre la superficie glandular, multiplicado por 4)³. Sin embargo, existen controversias acerca de su presencia en un 9% de la población sana o su ausencia en un 18 a 40% de los pacientes con ESj⁴. Por ello se buscan otros parámetros de la BGSM capaces de ayudar al diagnóstico correcto.

Objetivo: Evaluar los hallazgos histológicos de la BGSM para diferenciar la enfermedad de Sjögren en pacientes con síndrome seco, además de los focos de células mononucleares.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional en el que se analizaron todas las laminillas de las BGSM realizadas en pacientes con síndrome seco y sospecha de ESj en el departamento de reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación LGII de enero del 2013 a marzo del 2025. Las laminillas se dividieron en tres grupos: ESj primaria (ESjp), ESj relacionada (ESjr) con otra enfermedad reumatológica autoinmune,

y controles con síndrome seco sin criterios de ESj. Se excluyeron aquellas muestras que median < 4 mm². A través de un cuestionario clínico estructurado se recabaron datos epidemiológicos del expediente electrónico. Las laminillas se tiñeron con H/E y las revisaron dos patólogos, basados en las recomendaciones del consenso de estandarización histológica de BGSM del EULAR 2017³. Se realizó un análisis descriptivo de las variables epidemiológicas. Se usaron estadística bivariada para contrastar pruebas de hipótesis entre grupos y pruebas paramétricas y no paramétricas, según fuera la distribución de la variable a analizar. Los análisis se efectuaron con STATA.

Resultados: Se encontraron 116 biopsias de glándula salival menor y sólo 86 glándulas tenían un tamaño ≥ 4 mm² y por lo menos cuatro lóbulos para su análisis. De las 86 pacientes, 56 se diagnosticaron con ESj (ESjp 17, ESjr 39) y 30 controles sin ESj. Sólo 5% correspondió a hombres y 95% a mujeres. La edad promedio al momento de la BGSM fue de 59 años (DS, 12,6). No existió diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. Al comparar los hallazgos histológicos de ESj respecto de los controles se encontró diferencia estadística en: foco de 50 células mononucleares (89,28% vs. 0%), foco perivascular (87,5% vs. 13,33%), hiperplasia del conducto (19,64% vs. 0%), lesión prelinfocitopitelial (16,07% vs. 0%), lesión linfocitopitelial (53,57% vs. 3,33%) e infiltrado de células plasmáticas (89,28% vs. 30%). El infiltrado inespecífico fue el único mayor en los controles (8,92% vs. 50%). Véase la **Tabla 1**. No se encontró diferencia entre los tres grupos en las variables de cantidad de lóbulos, superficie de análisis, atrofia, fibrosis, infiltración grasa, dilatación ductal, metaplasia y centros germinales. Comparas las ESjp y ESjr no se identificaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 1. Hallazgos histopatológicos con H/E. (S12)

	Total (%)	ESjp (%)	ESjr (%)	Ctr (%)	Valor p [*]
Pacientes	86	17 (19,77)	39 (45,35)	30 (34,88)	
N. lóbulos GSM	7,10 media	8,17	7,43	6,06	0,101
Superficie mm ²	5,75 media	6,35	5,76	5,4	0,457
<i>Focus score</i>					0,000
- 0	36 (41,86)	4 (23,53)	2 (5,13)	30 (100)	
- < 1	1 (1,16)	0	1 (2,56)	0	
- 1	11 (12,79)	2 (11,76)	9 (23,07)	0	
- 2	10 (11,63)	3 (17,65)	7 (17,95)	0	
- > 2	28 (32,55)	8 (47,05)	20 (51,28)	0	
Infiltrado inespecífico	20 (23,26)	2 (11,76)	3 (7,69)	15 (50)	0,001
Atrofia	59 (68,60)	14 (82,35)	25 (83,33)	20 (66,66)	0,366
Fibrosis	63 (73,25)	14 (82,35)	27 (69,23)	22 (73,33)	0,765
Grasa	55 (63,95)	12 (70,58)	25 (64,1)	18 (60)	0,267
Foco perivascular	53 (61,63)	15 (88,24)	34 (87,18)	4 (13,33)	0,000
Dilatación ductal	60 (69,76)	12 (70,58)	28 (71,79)	20 (66,6)	0,911
Hiperplasia del conducto	11 (12,79)	3 (17,64)	8 (20,51)	0	0,032
Metaplasia ductal	0	0	0	0	0
Lesión prelinfocitopitelial	9 (10,47)	0	9 (23,08)	0	0,002
Lesión linfocitopitelial	31 (36,05)	10 (58,82)	20 (51,28)	1 (3,33)	0,000
Centros germinales	2 (2,33)	0	2 (5,13)	0	0,680
Células plasmáticas	59 (68,6)	16 (94,11)	34 (87,17)	9 (30)	0,000
Diagnóstico histológico					0,000
- Normal	13 (15,12)	0	0	13 (43,33)	
- FSL	50 (58,14)	13 (76,47)	37 (94,87)	0	
- SCNE	18 (20,93)	3 (17,65)	2 (5,13)	13 (43,33)	
- Grasa	4 (4,65)	0	0	4 (13,33)	
- Atrofia	1 (1,16)	1 (5,88)	0	0	

H/E, hematoxilina/eosina; ESj, enfermedad de Sjögren; ESjp, enfermedad de Sjögren primaria; ESjr, enfermedad de Sjögren relacionada (antes secundaria); Ctr, controles con síndrome seco y biopsia sin enfermedad de Sjögren; N. lóbulos GSM, número de lóbulos de la muestra de glándula salival menor; FSL, sialoadenitis linfocítica focal; SCNE, sialoadenitis crónica no específica.

^{*}Se compara la enfermedad de Sjögren con controles; p < 0,05 se considera significativa.

Conclusiones: Se reconocieron características histológicas en la BGSM, además del foco mononuclear, que permiten la diferenciación de los pacientes con enfermedad de Sjögren en pacientes con síndrome seco. No se identificaron diferencias en los hallazgos histológicos de biopsia de glándula salival entre pacientes con enfermedad de Sjögren primaria y relacionada.

Bibliografía

1. Fisher BA, Brown RM, Bowman SJ, *et al.* A review of salivary gland histopathology in primary Sjögren's syndrome with a focus on its potential as a clinical trials biomarker. *Ann Rheum Dis.* 2015;74:1645-50.
2. Zabotti A, Giovannini I, Longhino S, *et al.* Nuts and bolts of salivary gland pathology in primary Sjögren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol.* 2023;41(12):2525-2537.
3. Fisher BA, Jonsson R, Daniels T, *et al.* Sjögren's histopathology workshop group (appendix) from ESSENTIAL (EULAR Sjögren's syndrome study group). Standardisation of labial salivary gland histopathology in clinical trials in primary Sjögren's syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(7):1161-1168.
4. Kroese FGM, Haacke EA, Bombardieri M. The role of salivary gland histopathology in primary Sjögren's syndrome: promises and pitfalls. *Clin Exp Rheumatol.* 2018 May-Jun;36 Suppl 112(3):222-233. Epub 2018. PMID: 30156550.

S13

SÍNTOMAS NASOSINUSALES AUTOPERCIBIDOS, HALLAZGOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS Y DAÑO RADIOGRÁFICO EN PACIENTES CON GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS

A. Hinojosa-Azaola, E. Jiménez-Téllez, M.T. Sánchez-González, M.I. Guzmán-Soto, E. Salas-Olvera, E. Martín-Nares

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La granulomatosis con poliangitis (GPA) es una vasculitis relacionada con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) que se vincula con mayor frecuencia con la positividad de proteinasa 3 (PR3-ANCA, 65-75%). Los síntomas nasosinusales ocurren en el 64 a 80% de los pacientes, tienen un efecto negativo en la calidad de vida e incluyen sinusitis crónica, formación de costras, rinorrea, obstrucción, epistaxis, perforación septal y deformidad nasal en silla de montar. Los hallazgos en tomografía computarizada (TC) incluyen engrosamiento mucoso, destrucción ósea y septal, esclerosis, neoosteogénesis, calcificaciones y opacificación sinusal. El cuestionario *Sinonasal Outcome Test* de 22 reactivos (SNOT-22) evalúa el efecto de la rinosinusitis crónica de cualquier origen en la calidad de vida relacionada con la salud.

Objetivo: Evaluar la relación entre los síntomas nasosinusales informados por el cuestionario SNOT-22 con otros desenlaces de la enfermedad y describir los hallazgos de la exploración otorrinolaringológica y tomográfica en pacientes con GPA.

Material y métodos: Estudio transversal llevado a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán de noviembre de 2024 a julio de 2025. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de GPA de acuerdo con la nomenclatura de la Conferencia de Consenso de Chapel Hill 2012 o los criterios de clasificación ACR/EULAR 2022 que contaran con TC de senos paranasales en los dos años previos. Se recabaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y terapéuticas. Se evaluó la actividad de la enfermedad mediante el índice de actividad de Birmingham (BVAS/GPA) y daño acumulado mediante el índice VDI. Todos los pacientes completaron el cuestionario SNOT-22 (puntuación, 0-110) y el AAV-PRO (instrumento de desenlace registrado por los pacientes con vasculitis relacionada con ANCA). También se realizaron valoraciones globales del paciente y el médico (PtGA y PhGA, respectivamente) en escala de 0 a 100. Las TC de senos paranasales se revisaron para identificar variables relacionadas con daño sinonasal. Se realizaron estadística descriptiva, análisis de correlación y modelos de regresión lineal.

Resultados: Se incluyó a 50 pacientes. Las características clínicas y demográficas se muestran en la **Tabla 1**. Los reactivos del cuestionario SNOT-22 que mostraron mayor puntuación fueron los relacionados con el sueño, fatiga y disminución de la productividad. Los hallazgos más frecuentes en la exploración ORL fueron: cornetes hipertróficos (36%), mucosa hiperémica (36%), rinorrea hialina (64%), hiposmia (30%) y costras nasales (34%), mientras que los hallazgos tomográficos más frecuentes incluyeron sinusitis crónica (46%), bordes irregulares de las paredes internas (28%), engrosamiento óseo esclerótico (28%) y destrucción ósea de senos paranasales (32%). Las correlaciones entre el cuestionario SNOT-22 y las variables clínicas se muestran en la **Figura 1**; destacan la baja correlación con reactantes de fase aguda e índices de actividad y daño, y sólida correlación con evaluación global del paciente y los dominios del instrumento AAV-PRO. Los dominios del AAV-PRO de efectos secundarios del tratamiento y de síntomas específicos de órgano predijeron la puntuación total del SNOT-22 ($R^2 = 0,50$ y $R^2 = 0,49$, $p < 0,001$, respectivamente).

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes. (S13)

Variable	n (%) o mediana (RIC)
Mujeres	32 (64)
Edad, años	49,5 (40-61)
Duración de la enfermedad, meses	88,5 (34-148)
PR3-ANCA positivo al diagnóstico	43 (86)
Comorbilidades al diagnóstico	
Tabaquismo	4 (8)
Obesidad	14 (28)
Diabetes mellitus	10 (20)
Hipertensión arterial	20 (40)
Dislipidemia	20 (40)
ERCT	7 (14)
Tratamiento actual	
Prednisona	27 (54)
Prednisona dosis, mg	5 (2,5-5)
Rituximab	25 (50)
Azatioprina	14 (28)
Metotrexato	8 (16)
Ciclofosfamida	2 (4)
Proteína C reactiva, mg/dL	0,21 (0,14-0,68)
VSG, mm/h	2 (2-5)
BVAS/GPA, puntos	0 (0-1)
VDI, puntos	3 (2-4)
PtGA, mm	10,7 (1,8-33,9)
PhGA, mm	1,8 (0-5,4)
Dominios del AAV-PRO	32,5 (20-55)
Síntomas específicos de órgano	43,75 (12,5-68,75)
Síntomas sistémicos	25 (10-55)
Efectos secundarios del tratamiento	
Efecto social y emocional	33,33 (16,67-58,33)
Preocupación del futuro	40 (20-65)
Función física	12,5 (0-37,5)
Puntuación total SNOT-22	30,5 (18-43)

PR3-ANCA, proteinasa 3-ANCA; ERCT, enfermedad renal crónica terminal; VSG, velocidad de sedimentación globular; BVAS/GPA, índice de actividad de Birmingham para granulomatosis con poliangitis; VDI, índice de daño de vasculitis; PtGA, evaluación global del paciente; PhGA, evaluación global del médico; AAV-PRO, instrumento de desenlaces señalados por los pacientes con vasculitis relacionada con ANCA; SNOT-22, cuestionario nasosinusal de 22 reactivos.

Conclusiones: Los síntomas nasosinuales señalados por los pacientes con GPA se correlacionan con la evaluación global del paciente y los dominios del AAV-PRO, pero no con reactantes de fase aguda ni con índices de actividad y daño de la enfermedad. Integrar estas herramientas en la práctica clínica ofrece información valiosa sobre las experiencias de los pacientes y complementa las evaluaciones de los médicos.

Bibliografía

1. Cazzador D, Padoan R, Colangeli R, *et al.* Health-Related Quality of Life in Patients With ANCA-Associated Vasculitis and Sinonasal Involvement: A Single-Center Cross-Sectional Study. *J Clin Rheumatol.* 2022;28(1):e89-e94.
2. Khan AH, Reaney M, Guillemin I, *et al.* Development of sinonasal outcome test (snot-22) domains in chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *Laryngoscope.* 2022;132(5):933-41.
3. Romich E, Banerjee S, Amudala N, *et al.* Patient-reported sinonasal symptoms and risk of relapse in antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2024;76(8):1099-108.

S14

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS LAGRIMALES Y SALIVALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

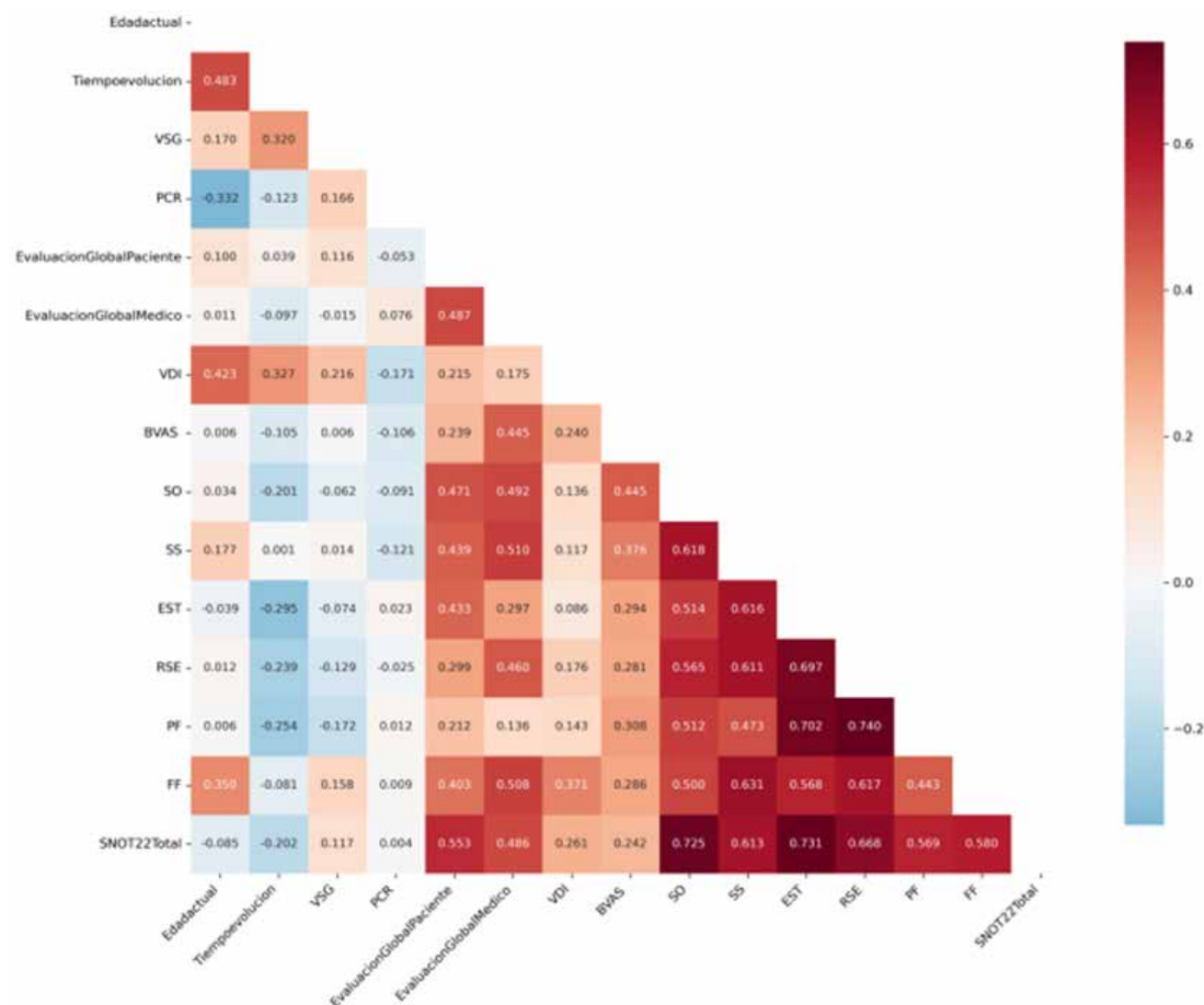
R.E. Cervantes-Ramírez¹, C.J. Pineda-Villaseñor¹, G. Hernández-Molina², N.C. Ruiz-Quintero², D.I. Rojas-Abarca¹, C.V. Montiel-Castañeda¹, A.R. Morales-Mesa¹, A.I. Maldonado-Luna², F.B. Sánchez-Abundio¹, R.C. Soto-Fajardo¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS,

⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica que afecta principalmente a las glándulas exocrinas. La ecografía de glándulas salivales en el SS ha cobrado importancia debido

Figura 1. Matriz de correlación entre el cuestionario SNOT-22 y otras variables clínicas. VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva; VDI, índice de daño; BVAS, índice de actividad de Birmingham; SO, síntomas específicos de órgano; SS, síntomas sistémicos; EST, efectos secundarios del tratamiento; RSE, efecto social y emocional; PF, preocupación del futuro; FF, función física; SNOT22, cuestionario nasosinusal de 22 reactivos. (S13)



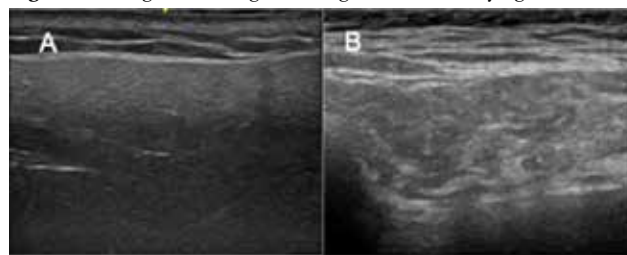
a su buen rendimiento diagnóstico, su naturaleza no invasiva, la ausencia de radiación, el bajo costo y su reproducibilidad. Sin embargo, existe información limitada sobre la ecografía de glándulas lagrimales.

Objetivo: Determinar la utilidad de la ecografía de glándulas lagrimales y salivales en el diagnóstico de pacientes con SS primario de inicio reciente en comparación con el síndrome seco idiopático (SICCA).

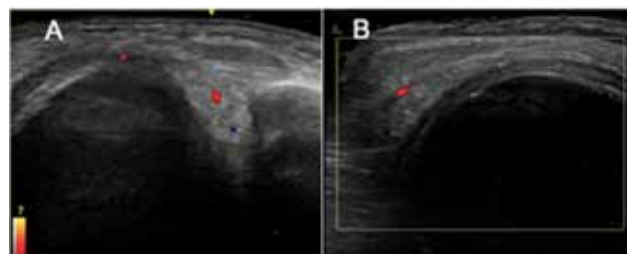
Material y métodos: Se incluyó a pacientes con SS primario de inicio reciente (≤ 5 años) que cumplieran los criterios ACR/EULAR de 2016. También se incluyó a controles SICCA y sujetos sanos emparejados por edad y sexo. Un oftalmólogo evaluó la queratoconjuntivitis seca, incluidas la prueba de Schirmer, la escala OSS y la escala de Van Bijsterveld. Se evaluaron los cuestionarios ESSPRI y *Ocular surface disease index* [OSDI]. Se excluyó a los sujetos con diabetes mellitus sin control metabólico u obesidad. La evaluación ecográfica de las glándulas lagrimales y salivales (parótida y submandibular) se realizó con un dispositivo GE LOGIQe y una sonda lineal de 8-18 MHz (**Figura 1**). Se utilizaron las escalas de ecografía OMERACT y Hocevar para las glándulas salivales, y la escala descrita por Kim *et al.* para las glándulas lagrimales.

Resultados: Se incluyó a 15 pacientes con SS primario, 15 controles con SICCA y 15 sujetos sanos. Los grupos de SS y SICCA registraron puntuaciones ESSPRI similares (6 y 5 puntos). El grupo de SS mostró un mayor grado de disfunción lagrimal que el de SICCA y sujetos sanos (46,7%, 53,3% *vs.* 20% y 80% con daño moderado y leve, respectivamente; y 6,7% con disfunción leve en el de sujetos sanos $p < 0,001$). El grupo de SS y el de SICCA tuvieron puntuaciones OSDI similares. Con respecto a los hallazgos ecográficos de la glándula lagrimal, la presencia de una rama arterial intraglandular y la pérdida de homogeneidad en ambas glándulas fueron las variables identificadas con mayor frecuencia y permitieron diferenciar entre el grupo de SS y los otros (**Tabla 1**). Tanto las escalas de glándulas salivales como las de glándula lagrimal tuvieron un excelente rendimiento diagnóstico. La escala de Kim tuvo una AUC de 0,97 (IC95%, 0,93-1). En cuanto a las glándulas salivales, la puntuación de OMERACT fue la que mostró el mejor rendimiento, con un AUC de 0,97 (IC95%, 0,89-1; $p < 0,0001$). La escala de Hocevar, con dos puntos de corte de 14 y 17 puntos, reveló un rendimiento diagnóstico bueno y adecuado, con un AUC de 0,93 (IC95%, 0,82-1; $p < 0,0001$) y 0,9 (IC95%, 0,77-1; $p < 0,0001$), respectivamente. Por

Figura 1. Hallazgos ultrasonográficos de glándulas salivales y lagrimales. (S14)



A, glándula parótida sana (OMERACT 0). B, glándula parótida con pérdida moderada de homogeneidad del parénquima con áreas hipo/anecoicas focales, rodeadas por tejido normal (OMERACT 2)



A, presencia de rama intraglandular de arteria lagrimal. B, rama extraglandular de arteria lagrimal.

último, se observaron correlaciones moderadas entre los hallazgos ecográficos de la glándula lagrimal y la tinción de lisamina ($\rho = 0,65$ $p < 0,001$), el grado de disfunción lagrimal ($\rho = 0,58$ $p < 0,001$) y la prueba de Schirmer ($\rho = -0,60$ $p < 0,001$).

Conclusiones: La ecografía de las glándulas lagrimales y salivales es una herramienta diagnóstica valiosa debido a su buen rendimiento diagnóstico,

Tabla 1. Datos demográficos, clínicos y ultrasonográficos de la población estudiada. (S14)

Variables		Pacientes con Sjögren, n (%) o mediana (RIC 25-75) n = 15	Pacientes SICCA, n (%) o mediana (RIC 25-75) n = 15	Sujetos sanos, n (%) o mediana (RIC 25-75) n = 15	P
Edad		49 (40-57)	49 (35-56)	49 (35-56)	1,000
Factor reumatoide		38,6 (13,7-63,9)	/	/	/
SSA/Ro		443,70 (216,60-913,8)	/	/	/
SSB/La		36,9 (5,4-487,2)	/	/	/
ESSPRI		6,07 (1,3)	5 (2)	/	1,000
Tiempo de síntomas (meses)		60 (48-72)	48 (18-60)	/	0,466
Grado de disfunción (%)	Sin disfunción	0 (0)	0	14 (93,33)	< 0,001
	Leve	8 (53,3)	12 (80)	1 (6,67)	
	Moderado	7 (46,7)	0	0	
	Grave	0	3 (20)	0	
Tinción de lisamina (ojo derecho)	0	9 (60)	9 (64,3)	13 (86,67)	0,001
	1	2 (13,33)	4 (28,6)	1 (6,67)	
	2	2 (13,33)	0	1 (6,67)	
	3	2 (13,33)	1 (7,1)	0	
Tinción de lisamina (ojo izquierdo)	0	5 (33,3)	8 (53,3)	13 (86,67)	0,001
	1	4 (26,7)	3 (20)	1 (6,67)	
	2	1 (6,7)	3 (20)	1 (6,67)	
	3	5 (33,3)	1 (6,7)	0	
Hocevar 14 puntos o más		13 (100)	2 (13,33)	0	< 0,001
Hocevar 17 puntos o más		11 (73,33)	0	0	< 0,001
OMERACT ≥ 2 para ≥ 1 glándulas		15 (100)	1 (6,67)	0	< 0,001
Glándula lagrimal ≥ 3 puntos		15 (100)	3 (20)	0	< 0,001

lo que permite identificar a pacientes con SS primario de inicio reciente y diferenciarlos de los enfermos con SICCA y sujetos sanos. Los hallazgos ecográficos de la glándula lagrimal tienen una correlación moderada con los hallazgos clínicos oftalmológicos.

Bibliografía

- Kim, Se Hee, *et al.* Ultrasonographic evaluation of lacrimal glands in patients with primary Sjögren's syndrome. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2022;40(12):2283-2289. <https://doi.org/10.55563/clinexp Rheumatol/em2xlu>.
- Kim SH, Min HK, Lee SH, *et al.* Ultrasonographic evaluation of lacrimal glands in patients with primary Sjögren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol*. 2022;40(12):2283-2289. doi: 10.55563/clinexp Rheumatol/em2xlu. Epub 2022 Sep 6. PMID: 36067215.

S15

ASOCIACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE CALPROTECTINA CON PERFIL DE CITOCINAS PROINFLAMATORIAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL SUR DE MÉXICO

P.M. Navarro-Rodríguez¹, H.R. Ceja-Gálvez¹, A.F. Muñoz-Jaimes¹, J.E. Navarro-Zarza², F.J. Turrubiates-Hernández¹, C.O. Hernández-Ramírez¹, S. Ramírez-De los Santos¹, C.J. Baños-Hernández¹, J.F. Muñoz-Valle¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, ⁽²⁾Hospital IMSS Bienestar Raymundo Abarca Alarcón, Chilpancingo de los Bravo

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por inflamación sistémica, infiltración de neutrófilos, monocitos, fagocitos y linfocitos T en articulaciones, lo que conduce a destrucción progresiva del cartilago, hueso y tejidos blandos periarticulares¹. La calprotectina (CLP) se expresa en neutrófilos y monocitos, y promueve la liberación de citocinas proinflamatorias a través de los receptores TLR4 y RAGE. En la AR, el incremento de citocinas constituye un factor

Tabla 1. Variables sociodemográficas y clínicas en pacientes con AR del sur de México. (S15)

Variables	AR, n = 41
Demográficos	
Edad (años) ^a	36 (23-61)
Sexo, % (n)	
Hombre	0
Mujer	100 (41)
Evaluación clínica	
Evolución de la enfermedad (años) ^a	5 (1-23)
Puntuación ^a DAS28	3,32 (1,99-7,63)
DAS28, % (n)	
Remisión (< 2,6)	22 (66)
Baja actividad (≥ 2,6 < 3,2)	24 (72)
Moderada actividad (≥ 3,2 < 5,1)	31,67 (95)
Alta actividad (≥ 5,1)	22,33 (67)
Parámetros de laboratorio	
HAQ-DI, 0-3 escala ^a	0,28 (0-1,6)
Calprotectina (ng/mL)	327 (112-522)
FR, % (n)	
Negativo (< 20 UI/mL)	13,51 (25)
Positivo (≥ 20 UI/mL)	86,49 (160)
Anti-CCP (U/mL) ^a	102 (2-900)
Anti-CCP % (n)	
Negativo (≤ 5 U/mL)	8,47 (25)
Bajo positivo (5,1-14,9 U/mL)	7,46 (22)
Alto positivo (≥ 15 U/mL)	84,07 (248)

clave en la perpetuación de la respuesta inmunológica y la progresión del daño articular².

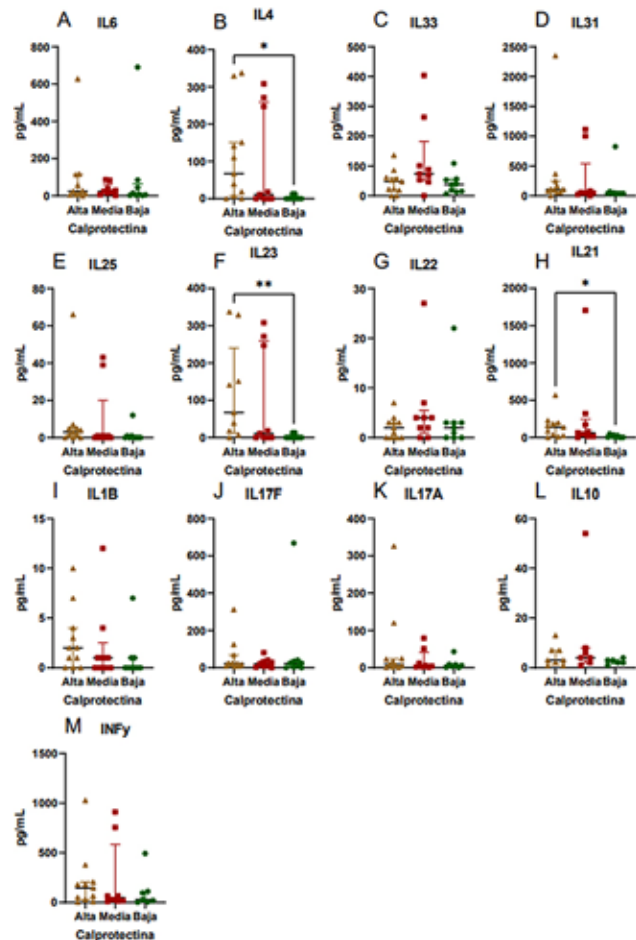
Objetivo: Relacionar las concentraciones séricas de CLP con citocinas proinflamatorias en pacientes con AR del sur de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en el que se incluyó a 41 pacientes con AR del sur de México (Tabla 1). Los valores séricos de CLP se determinaron mediante el kit Human Calprotectin ELISA S100A8/9 (Abcam) y las citocinas proinflamatorias se cuantificaron con el sistema BioPlex MagPix. Los pacientes con AR se clasificaron en terciles de acuerdo con sus concentraciones séricas de CLP (bajas ≤ p33, intermedias > p33 ≤ p66, altas > p66). Se utilizó un valor de p < 0,05 para determinar la significancia estadística.

Resultados: Se observó que los pacientes con concentración alta de CLP registraron concentraciones significativamente mayores de IL-4 (alta = 67,00 pg/mL vs. baja = 0 pg/mL; p = 0,0144) (Figura 1B), IL-23 (alta = 67,00 pg/mL vs. baja = 0 pg/mL; p = 0,0262) (Figura 1F) e IL-21 (alta = 137 pg/mL vs. baja = 4,00 pg/mL; p = 0,0262) (Figura 1H) en comparación con concentraciones bajas. En contraste, no se identificaron diferencias significativas para IL-6, IL-17F, IL-25, IL-22, IL-1β, IL-33, IL-17A, IL-10 e IFN-γ (Figura 1). Además, la CLP se correlacionó de manera positiva con el tiempo de evolución (r = 0,3184; p = 0,0424), IL-1B (r = 0,3986; p = 0,0322), IL-21 (r = 0,4735; p = 0,0094), IL-23 (r = 0,5507; p = 0,0019), IL-25 (r = 0,4409; p = 0,0166) e IL-31 (r = 0,4520; p = 0,0138).

Conclusiones: Los valores séricos de CLP reflejan un estado proinflamatorio en la artritis reumatoide del sur de México, con modulación de la respuesta inmune a través de la participación de citocinas como IL-4, IL-23 e IL-21, lo que consolida su papel como mediador central en la patogénesis de la enfermedad y ofrece una perspectiva valiosa para su potencial como biomarcador en el control clínico de la enfermedad. Sin embargo, es

Figura 1. (S15)



necesario realizar estudios posteriores con un mayor tamaño de muestra y diseño longitudinal para validar su aplicabilidad clínica en la estratificación y la vigilancia de la enfermedad.

Bibliografía

- Guo Q, Wang Y, Xu D, *et al.* Rheumatoid arthritis: pathological mechanisms and modern pharmacologic therapies. *Bone Res.* 2018;6:15.
- Wang S, Zhang C, Li J, *et al.* S100A8/A9 in inflammation. *Front Immunol.* 2018;9:1298.

S16

ASOCIACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTI-ARS CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN SÍNDROME ANTISINTETASA: CLASS PROJECT

D. Rivero-Gallegos¹, F. Bozán², S. Bae-Sangmee³, G. Zanframundo⁴, S. Faghihi-Kashani⁵, I. Bauer-Ventura⁶, E. Dourado⁷, Loganathan Aravinthan⁸, G. Sambataro⁹, A. Yoshida¹⁰, J. Rojas-Serrano¹, L. Cavagna¹¹, R. Aggarwal¹²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, ⁽²⁾Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago de Chile, ⁽³⁾David Geffen School of Medicine, University of California, Los Angeles, USA, ⁽⁴⁾University of Pavia, Lombardy, Italy, ⁽⁵⁾Stanford University Medical Center, Redwood City, USA, ⁽⁶⁾University of Chicago, Chicago, USA, ⁽⁷⁾Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, Aveiro, Portugal, ⁽⁸⁾Arthritis Australia, Broadway, Glebe, NSW, Australia, ⁽⁹⁾Regional Referral Center for Rare Lung Disease, Policlinico "G. Rodolico-San Marco", University of Catania, Catania, Italy, ⁽¹⁰⁾Nippon Medical School Graduate School of Medicine, Tokyo, Japan, ⁽¹¹⁾Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Lombardy, Italy, ⁽¹²⁾University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, USA

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) se caracteriza por la presencia de anticuerpos anti-ARS y un espectro clínico heterogéneo. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es el principal determinante de mortalidad. Anti-Jo1, el subtipo más frecuente, se relaciona con mayor frecuencia de manifestaciones musculoesqueléticas, patrones inflamatorios

como la neumonía intersticial no específica y la neumonía organizada, y buena respuesta a los inmunosupresores. En contraste, los subtipos distintos de Jo1, en particular PL7 y PL12, se han vinculado con afección pulmonar aislada, mayor extensión fibrótica en la tomografía, menor supervivencia y alto riesgo de fibrosis pulmonar progresiva.

Objetivo: Comparar la gravedad de la enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con anticuerpos anti-Jo1 respecto de los distintos de Jo1, con uso de los datos de la cohorte internacional CLASS Project.

Material y métodos: Se utilizaron datos del registro internacional CLASS Project, que incluye a 103 centros de 30 países. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con anticuerpos anti-ARS documentados localmente y EPI confirmada por tomografía de alta resolución (TACAR); se excluyeron los casos sin serología o con doble positividad a anti-ARS. Los pacientes se clasificaron como anti-Jo1 y no Jo1 (PL7, PL12, EJ, OJ, KS, Zo, YRS/Ha). Las variables evaluadas incluyeron datos sociodemográficos, antecedente de tabaquismo, síntomas respiratorios, tiempo diagnóstico entre EPI y SAS, patrón tomográfico inicial y función pulmonar en la basal y al seguimiento. Se realizaron modelos de regresión lineal multivariable para dos desenlaces: la última DLCO disponible y el cambio anualizado de DLCO. Las covariables se seleccionaron de acuerdo con la relevancia biológica y significancia en los análisis univariados ($p < 0,10$). Los resultados se expresaron como coeficientes β con IC95%.

Resultados: Se incluyó a 1 729 pacientes con SAS-ILD (1 068 anti-Jo1 y 661 distintos de Jo1). Estos últimos tuvieron edad más avanzada al diagnóstico, mayor frecuencia de síntomas respiratorios, mayor tiempo de evolución entre el diagnóstico de EPI y SAS y peor función pulmonar tanto al inicio como en el seguimiento (Tabla 1). Los modelos multivariados mostraron que la positividad para PL-7 se vinculó con menor DLCO final, incluso tras ajustar por el tiempo de evolución ($\beta = -15,74 [-29,40 \text{ a } -2,07]$, $p = 0,024$). Además, la positividad para PL-7 se relacionó con un mayor deterioro anual de la DLCO ($\beta = -5,53 [-10,19 \text{ a } -0,86]$, $p = 0,021$) (Figura 1) y con pacientes pediátricos (23%) por causas sin relación directa con la actividad de la AT (hemorragia cerebral, glomerulonefritis de rápida progresión, insuficiencia cardíaca aguda por cambio valvular).

Conclusiones: Los pacientes con anticuerpos distintos de Jo-1, especialmente PL-7, presentaron una EPI más grave. Estos hallazgos apoyan la estratificación del riesgo basada en anticuerpos y la necesidad de intervenciones tempranas. Se requieren más estudios para definir el papel de inmunosupresores y antifibróticos en SAS-EPI.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con síndrome antisintetasa. (S16)

Variable	n	Todos los pacientes, n = 1.729	Anti-Jo1, n = 1.068	Anti no-Jo1, n = 661	Valor de p*
Sociodemográficas					
Edad, años, promedio $\pm$ DE	1 664	52,4 $\pm$ 15,4	50,5 $\pm$ 15,9	55,6 $\pm$ 14,0	< 0,001 [†]
Sexo, femenino, n (%)	1 728	1.229 (71,1%)	760 (71,2%)	469 (71,0%)	0,903
Etnicidad hispana o latina, n (%)	1 616	473 (29,3%)	288 (28,9%)	185 (29,9%)	0,667
Exposicionales					
Fumador ≥ 100 cigarrillos, n (%)	1 189	397 (33,4%)	233 (30,9%)	164 (37,6%)	0,019
Síntomas respiratorios					
Disnea, n (%)	1 729	991 (57,3%)	566 (53,0%)	425 (64,3%)	< 0,001
Disnea de esfuerzo, n (%)	1 729	1.156 (66,9%)	682 (63,9%)	474 (71,7%)	0,001
Tos, n (%)	1 729	675 (39,0%)	359 (33,6%)	316 (47,8%)	< 0,001
Línea de tiempo diagnóstica					
Tiempo desde el diagnóstico de EPI hasta diagnóstico de SAS (días) mediana (RIC)	1 415	61 (0-334)	28 [-6-206]	143 (15,25-554)	< 0,001 ^a
Patrón en TACAR					
UIP, n (%)	1 729	149 (8,6%)	85 (8,0%)	64 (9,7%)	0,215
NSIP, n (%)	1 729	822 (47,5%)	483 (45,2%)	339 (51,3%)	0,014
OP, n (%)	1 729	276 (16,0%)	158 (14,8%)	118 (17,9%)	0,092
DAD, n (%)	1 729	5 (0,3%)	4 (0,4%)	1 (0,2%)	0,655 ^f
LIP, n (%)	1 729	8 (0,5%)	4 (0,4%)	4 (0,6%)	0,491 ^f

Pruebas de función pulmonar					
Basal					
FVC, %, mediana (RIC)	1 186	70 [56-86]	73 [59-88]	67 [53-82]	0,032 ^a
DLCO, %, mediana [RIC]	1 003	57 [44-70]	60 [47-72]	52 [40-65]	< 0,001 ^a
Última					
Última FVC, %, mediana (RIC)	564	80 [64-95]	81 [67-98]	77 [59-91]	0,008 ^a
Última DLCO, %, mediana (RIC)	524	60,5 [45-76]	64 [48-78]	56 [41-71]	< 0,001 ^a

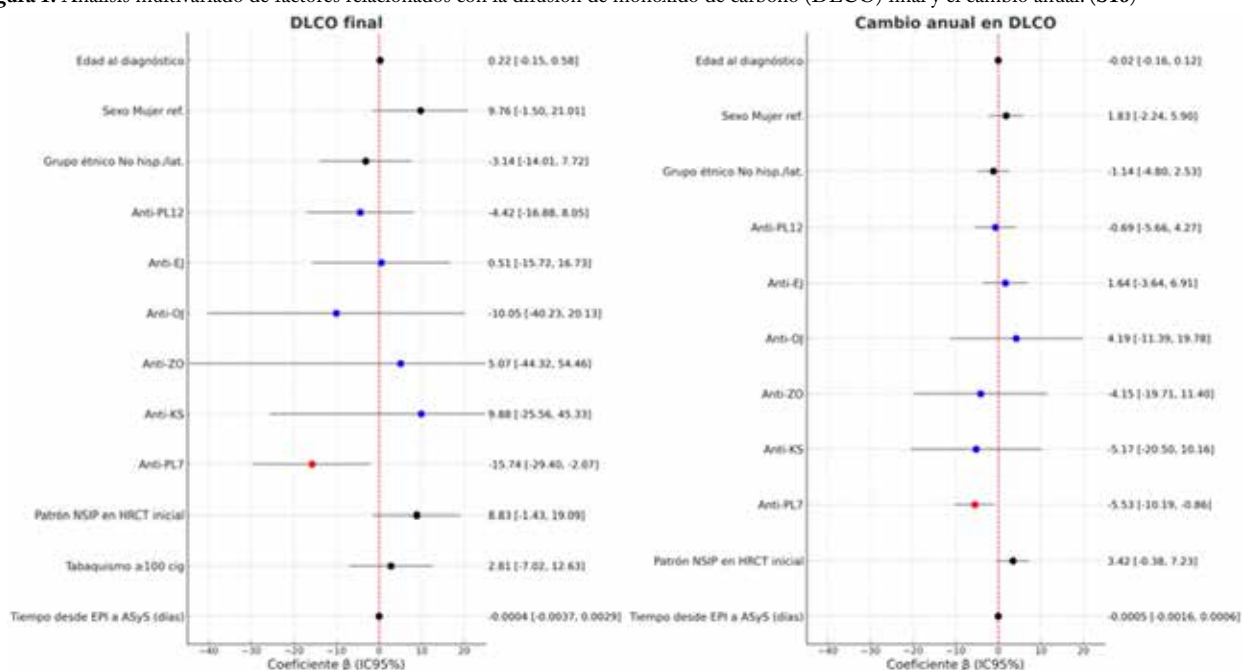
UIP, neumonía intersticial usual; NSIP, neumonía intersticial no específica; OP, neumonía organizada; DAD, daño alveolar difuso; LIP, neumonía intersticial linfóide.

La información se presenta en frecuencias y porcentajes; de otra manera, se indica como media $\pm$ desviación estándar o mediana y rango intercuartílico (RIC), de acuerdo con la distribución calculada con la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

*La prueba ji cuadrada se utilizó para variables nominales y categóricas con un valor esperado > 10; †prueba exacta de Fisher para valores esperados < 10; ‡prueba t de Student; §prueba U de Mann-Whitney.

La significancia se muestra en negritas y se estableció en un valor de $p \leq 0,05$.

Figura 1. Análisis multivariado de factores relacionados con la difusión de monóxido de carbono (DLCO) final y el cambio anual. (S16)



Rojo, anti-PL7; azul, otros anticuerpos anti-ARS; negro, covariables clínicas. Los coeficientes β se muestran con sus intervalos de confianza al 95%. $R^2 = 0,127$ para DLCO final y $R^2 = 0,126$ para cambio anual en DLCO.

Bibliografía

- Huang K, Aggarwal R. Antisynthetase syndrome: a distinct disease spectrum. *J Scleroderma Relat Disord*. 2020;5(3):178-188. doi:10.1177/2397198320923765
- Marco JL, Collins BF. Clinical manifestations and treatment of antisynthetase syndrome. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2020;34(4):101503. doi: 10.1016/j.berh.2020.10150.

S17

VASCULITIS POR IgA Y EMBARAZO: HALLAZGOS PLACENTARIOS Y RESULTADOS PERINATALES

M.C. Zamora-Medina, E.I. Mendoza-Ríos, D.Y. Copado-Mendoza, O.A. Orozco-Guillén, M. Palafox-Vargas, M.J. Rodríguez-Sibaja, R. Jiménez-Soto, S. Acevedo-Gallegos, M.I. Lumberras-Márquez

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Introducción: La vasculitis por IgA (IgA-V) es una vasculitis sistémica de vasos pequeños que afecta principalmente a la población pediátrica. Existe poca información sobre los desenlaces del embarazo en mujeres con antecedente de IgA-V y no se dispone de datos acerca de los hallazgos placentarios en estos embarazos.

Objetivo: Comparar los desenlaces vasculíticos, maternos y fetales, así como los hallazgos placentarios en mujeres embarazadas con antecedente de IgA-V frente a pacientes sanas.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva comparativa en un centro de tercer nivel en la Ciudad de México. Se incluyó a mujeres embarazadas con diagnóstico previo de IgA-V e histopatología placentaria disponible. El grupo control se integró con mujeres embarazadas sanas, pareadas por edad, número de embarazos, número de fetos, índice de masa corporal y antecedente de tabaquismo. Los hallazgos placentarios se categorizaron de acuerdo con los criterios del Grupo de Trabajo de Ámsterdam 2016: a) mala perfusión vascular materna, b) mala perfusión vascular fetal, c) inflamación/infección y d) villitis de causa desconocida.

Resultados: Se analizaron 20 embarazos en pacientes con antecedente de IgA-V y 60 controles pareados. La mediana de edad al diagnóstico de IgA-V fue de 12,0 años (RIC 7,5-15,5) y la edad materna promedio al

embarazo fue de $25,10 \pm 4,90$ años. Durante la gestación, dos pacientes (10%) presentaron brote con manifestaciones cutáneas. No se observaron diferencias significativas en trastornos hipertensivos del embarazo (5% vs. 6,7%; $p = 0,99$), diabetes gestacional (0% vs. 3,3%; $p = 0,99$), parto de pre-término (edad gestacional promedio al nacimiento ($38,83 \pm 0,99$ vs. $38,49 \pm 2,16$ semanas; $p = 0,50$), restricción del crecimiento fetal (15% vs. 5%; $p = 0,16$), óbito fetal (0% vs. 1,7%; $p = 0,99$), ingreso a UCIN (5% vs. 6,8%; $p = 0,99$) o muerte perinatal (5% vs. 1,7%; $p = 0,44$). El peso placentario promedio en el grupo IgA-V fue de $443,62 \pm 85,61$ g, similar al del grupo control ($p = 0,45$). La mala perfusión vascular materna (45% vs. 36,7%; $p = 0,599$) y la mala perfusión vascular fetal (40% vs. 23%; $p = 0,16$) fueron los principales hallazgos placentarios en ambos grupos (Tabla 1).

Tabla 1. Desenlaces fetales, neonatales, obstétricos y placentarios. (S17)

	Vasculitis IgA	Controles	Valor p
Desenlace	n = 20	n = 60	
Peso fetal calculado en último ultrasonido, gramos, media, SD	2652,90 $\pm$ 585,82	2492,30 $\pm$ 670,88	0,340
Percentil del peso fetal calculado en último ultrasonido, media, SD	44,90 $\pm$ 26,83	37,82 $\pm$ 21,52	0,240
n (%)	3 (15,0)	3 (5,0)	0,161
Muerte fetal, n (%)	0 (0,0)	1 (1,7)	0,999
Estados hipertensivos del embarazo, n (%)	1 (5,0)	4 (6,7)	0,999
Diabetes gestacional, n (%)	0 (0,0)	2 (3,3)	0,999
Muerte materna, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	--
Edad gestacional a la resolución, semanas, media SD	38,83 $\pm$ 0,99	38,49 $\pm$ 2,16	0,500
Modo de resolución de embarazo (%)			0,539
Espontáneo vaginal	11 (55,0)	28 (46,7)	
Vaginal	2 (10,0)	3 (5,0)	
Cesárea electiva	6 (30,0)	20 (33,3)	
Cesárea de urgencia	C1 (5,0)	9 (15,0)	
Óbito	0 (0,0)	0 (0,0)	
Peso al nacimiento, gramos, media, SD	3013,85 $\pm$ 358,91	3031,67 $\pm$ 535,12	0,890
Apgar, mediana, IQR	9 [9, 9]	9 [9, 9]	0,220
Admisión a UCIN, n (%)	1 (5,0)	4 (6,8)	0,999
Muerte perinatal, n (%)	1 (5,0)	1 (1,7)	0,440
Peso placentario, gramos, media, SD	443,62 $\pm$ 85,61	465,24 $\pm$ 93,06	0,450
Peso placentario < 10 percentil, n (%)	3 (23,1)	11 (21,6)	0,999
Mala perfusión vascular materna, n (%)	9 (45,0)	22 (36,7)	0,599
Mala perfusión vascular fetal, n (%)	8 (40,0)	14 (23,3)	0,161

Conclusiones: Las mujeres con antecedente de vasculitis por IgA tenían desenlaces maternos y fetales favorables, comparables con los de la población sana pareada por edad. Los hallazgos placentarios, como mala perfusión vascular materna y mala perfusión vascular fetal, no fueron más frecuentes en pacientes con IgA-V.

Bibliografía

MC Besse, F Perrotin, A Aouba, *et al.* Pregnancy outcome in patients with a medical history of immunoglobulin A vasculitis: a case-control study. *Scand J Rheumatol.* 2024 Jan;53(1):36-43.

S18

NEURODESARROLLO Y TAMIZAJE PARA TDAH Y TEA EN HIJOS DE MADRES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

C.E. López-Cardona, S.G. Rosiles-De la Garza, A.J. Rangel-Elizondo, A.V. Villarreal-Treviño, F. García-Rodríguez, N.E. Rubio-Pérez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas son trastornos inflamatorios crónicos que afectan principalmente a mujeres en edad fecunda y se relacionan con mayor riesgo de complicaciones obstétricas, así como alteraciones en el neurodesarrollo de sus hijos, probablemente debido a la exposición prenatal a autoanticuerpos maternos. Se calcula que entre 20 y 80% de los hijos de estas mujeres presentará algún tipo de alteración del desarrollo a lo largo de su vida, como trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno del espectro autista (TEA); sin embargo, la evidencia existente sobre el pronóstico a largo plazo es todavía limitada.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de alteraciones en las pruebas de tamizaje del neurodesarrollo, TDAH y TEA, en hijos mayores de dos años de mujeres con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo. Para identificar alteraciones del neurodesarrollo, además de signos de alerta para TEA o TDAH, se utilizaron los cuestionarios *Ages & Stages Questionnaire-3* (ASQ-3), M-CHAT y los criterios para TDAH del DSM-V. Se incluyó sólo a niños de dos a cinco años, hijos de madres con enfermedades reumáticas diagnosticadas antes o durante el embarazo. Los cuestionarios se entregaron y los completó el cuidador principal de cada niño acompañado de un profesional médico.

Resultados: El estudio incluyó a 42 niños, con una mediana de edad de 48 (IQR, 36-60) meses, 19 (45,2%) fueron masculinos, 11 (26,2%) prematuros, 11 (26,2%) tenían alguna comorbilidad y 35 (83,3%) recibieron lactancia materna. De las enfermedades maternas, 18 (43,9%) correspondieron a artropatías (AR y AP) y 23 (56,1%) a enfermedades del tejido conectivo (LES, Sjögren, SAF y DM). En los resultados del ASQ-3, 10 (23,8%) niños se encontraron con deficiencia en al menos un dominio. Las áreas afectadas con mayor frecuencia fueron habilidades comunicativas (5, 11,9%) y motora fina (4, 9,52%). Al evaluar la posibilidad de desarrollar un trastorno del espectro autista, 37 (88,09%) de los niños tenían un riesgo bajo, 4 (9,52%) riesgo medio y 1 (2,38%) riesgo alto.

Respecto de la prevalencia de TDAH, 30 (71,4%) pacientes no cumplieron con criterios para considerarse dentro del trastorno; 7 (16,7%) mostraron predominio hiperactivo, 3 (7,1%) subtipo combinado y 2 (4,8%) predominio de déficit de atención.

Conclusiones: Una notable proporción de niños nacidos de madres con enfermedades reumáticas reveló alteraciones en el neurodesarrollo, en particular en las áreas de habilidades comunicativas y motor fino, si bien la mayoría de los niños obtuvo resultados de bajo riesgo para TEA, además de no cumplir con criterios para TDAH; casi uno de cada cuatro mostró retrasos en el desarrollo, lo que resalta la importancia de un seguimiento cercano durante sus primeros años de vida. Estos hallazgos subrayan la necesidad de una vigilancia multidisciplinaria que permita identificar y abordar de manera temprana posibles alteraciones en el neurodesarrollo.

Bibliografía

1. Yousef Yengej FA, van Royen-Kerkhof A, Derksen RHW, *et al.* The development of offspring from mothers with systemic lupus erythematosus. A systematic review. *Autoimmun Rev.* 2017;16(7):701-11.
2. Vinet É, Bernatsky S. Outcomes in children born to women with rheumatic diseases. *Rheumatic Disease Clinics of North America.* 2017;43(2):263-73.

S19

IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON hEDS/HSD MEDIANTE ANÁLISIS DE CLÚSTERES NO SUPERVISADO

C.V. Elizondo-Solís, D.J. Pacheco-Estrella, V. Saldana-Fraire, V. Villarreal-Villarreal, C. Ayala-García, A.P. Montemayor-Zarazúa, O. Ilizaliturri-Guerra, A.C. Arana-Guajardo, E. Purón-González, N.E. Rubio-Pérez, K. Silva-Luna, M.R. García-Pompermayer, L.I. Lozano-Plata, M.A. Garza-Elizondo

Centro Médico Zambrano Hellion TecSalud

Introducción: El síndrome de Ehlers-Danlos hiper móvil (hEDS) y el trastorno del espectro de hiper movilidad (HSD) son entidades clínicamente heterogéneas, caracterizadas por hiper movilidad articular, dolor crónico y manifestaciones multisistémicas variables. La ausencia de biomarcadores y la variabilidad en la presentación clínica dificulta su diagnóstico y atención. La identificación de subgrupos sintomáticos mediante análisis de conglomerados puede ayudar a reconocer patrones y orientar estrategias terapéuticas más personalizadas.

Objetivo: Identificar a subgrupos de pacientes con hEDS/HSD que comparten perfiles sintomáticos similares, a partir de variables clínicas y encuestas estandarizadas.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en la Clínica de Hiper movilidad Articular del Centro Médico Zambrano Hellion que incluyó a pacientes con diagnóstico de hEDS/HSD atendidos entre noviembre de 2024 y agosto de 2025. Se recopilaron datos demográficos, antecedentes clínicos, hallazgos de exploración física, fuerza prensil, resultados de la encuesta Spider para manifestaciones multisistémicas y del *Central Sensitization Inventory* (CSI). Se analizaron 105 variables y se excluyó la variable de diagnóstico final. Las variables categóricas se codificaron mediante *one-hot encoding* y las numéricas se estandarizaron; los valores faltantes se imputaron con la media (numéricas) o la moda (categóricas). La dimensionalidad se redujo con SVD y se mantuvo el 90% de la varianza explicada y se aplicó *k-means* al evaluar $k = 2$ a 8 y seleccionar el número óptimo por *silhouette score*. Por último, se describieron los perfiles clínicos de cada conglomerado mediante medias y porcentajes de síntomas.

Resultados: Se incluyó a 111 pacientes, con edad media de $41,5 \pm 16,3$ años y predominio femenino (87%). El mayor *silhouette score* se obtuvo con $k = 2$, tras identificar dos fenotipos principales. El conglomerado 0 ($n = 57$) mostró mayor edad (48,4 años) y menores puntuaciones en los dominios de la encuesta Spider (fatiga, 22,7; ansiedad, 22,4; disautonomía, 12,9) y en CSI (27,8), con menor prevalencia de síntomas autonómicos y afectivos. El conglomerado 1 ($n = 54$) fue más joven (32,6 años) y mostró puntuaciones elevadas en Spider (fatiga, 60,5; ansiedad, 56,7; disautonomía, 44,0) y en CSI (57,0), junto con mayor frecuencia de ansiedad (80% vs. 26%), cansancio constante (63% vs. 18%), mareo o síncope ortostático (49% vs. 3%) y fatiga muscular tras actividades diarias (60% vs. 15,8%) (Figura 1). Además, la puntuación promedio de Beighton fue superior en el conglomerado 1 (6,6 puntos) frente al conglomerado 0 (5,3 puntos), con una diferencia de +1,3 puntos, lo que indica mayor hiper movilidad articular en el grupo más sintomático. El mapa de calor evidenció que las principales diferencias se concentraron en síntomas de fatiga, ansiedad, disautonomía, dolor y síntomas gastrointestinales, así como la edad.

Conclusiones: Mediante el análisis de conglomerados no supervisados se identificaron dos fenotipos principales en pacientes con hEDS/HSD, diferenciados principalmente por edad, grado de hiper movilidad y síntomas multisistémicos. Estos hallazgos respaldan la existencia de subgrupos clínicos con perfiles sintomáticos distintivos, lo que refuerza la necesidad de un abordaje diagnóstico y terapéutico diferenciado. La caracterización por fenotipos a partir de herramientas de análisis multivariado constituye un primer paso hacia la estratificación clínica y el diseño de estrategias de medicina personalizada en hEDS/HSD.

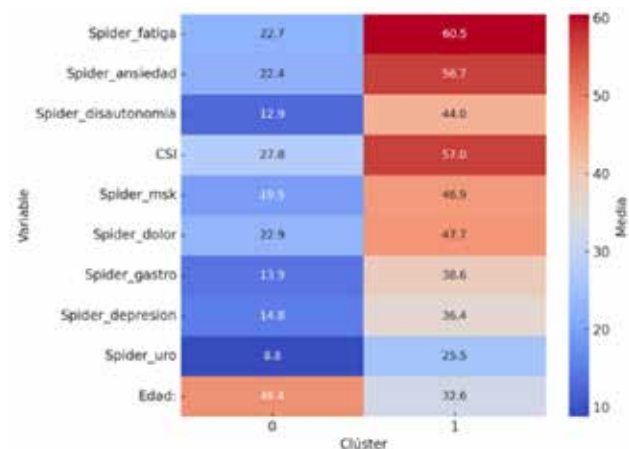
Bibliografía

1. Darakjian AA, Bhutani M, Fairweather D, *et al.* Similarities and differences in self-reported symptoms and comorbidities between hypermo-

bile Ehlers-Danlos syndrome and hypermobility spectrum disorders. *Rheumatol Adv Pract.* 2024;8(4):rkac134. doi:10.1093/rap/rkac134. PMID: 39660107; PMCID: PMC11630848.

2. Ritelli M, Chiarelli N, Cinquina V, *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.* 2024;194(2):174-194. doi:10.1002/ajmg.a.63426. PMID: 37774134.

Figura 1. Diferencias en síntomas multisistémicos y sensibilización central entre conglomerados de pacientes con HSD. Mapa de calor de medias de las variables diferenciales entre conglomerados. Los colores indican la magnitud relativa de cada variable (azul = menor, rojo = mayor). El conglomerado 1 mostró mayores puntuaciones en síntomas multisistémicos, mientras que el conglomerado 0 reveló menores valores en estos dominios y mayor edad promedio. (S19)



S20

ASOCIACIÓN DE ANTI-CarP Y ANTI-Sa CON SEVERIDAD DE PERIODONTITIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

P. Herrera-Sandate¹, J.A. Esquivel-Valerio¹, J. Riega-Torres¹, B.R. Garza-Salinas², M.I. Alarcón-Jarquín¹, H.A. Martínez-Espinosa¹, L.B. Chávez-García¹, E.A. Hernández-Hernández³, A.E. Partida-García¹, Y.Y. Gaytán-García¹, D.A. Galarza-Delgado¹

(¹)Hospital Universitario José Eleuterio González, (²)Universidad Autónoma de Nuevo León, (³)Departamento de Farmacología, Universidad Emiliano Zapata

Introducción: El vínculo entre la artritis reumatoide (AR) y la periodontitis se ha explicado por una fisiopatología compartida de naturaleza crónica e inflamatoria¹. La producción de anticuerpos modificados de forma post-traducciona en tejidos gingivales inflamados tales como los anticuerpos antiproteínas carbamiladas (anti-CarP) y anticuerpos antivimentina citrulinada (anti-Sa) se ha propuesto como un vínculo entre ambas enfermedades². Se plantea que un proceso odontogénico grave podría dar lugar a un mayor título de autoanticuerpos en pacientes con AR.

Objetivo: Describir la relación entre la gravedad de la periodontitis y el título de anticuerpos anti-CarP y anti-Sa en pacientes con AR.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y analítico en 65 pacientes con AR. Se invitó a participar a pacientes mayores de 18 años de edad que cumplieran criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 para AR. La gravedad de la periodontitis se definió por una periodoncista certificada con base en los criterios del Centro para Control y Prevención de Enfermedades y la Academia Americana de Periodontología del 2012. Los criterios de exclusión incluían diabetes mellitus, embarazo, otras enfermedades autoinmunes y tratamiento periodontal previo en los últimos tres meses. Se recabaron características demográficas y clínicas,

así como los cuestionarios HAQ (Cuestionario de Evaluación de Salud) y GOHAI (Índice de Evaluación de Salud Geriátrica). La actividad de la enfermedad se evaluó por el DAS28-PCR. Los estudios de laboratorio incluyeron los anticuerpos FR, anti-CCP, anti-CarP y anti-Sa medidos por ELISA de segunda generación. El presente estudio recibió aprobación del comité de ética con clave de registro RE24-00009.

Resultados: Se encontró una prevalencia elevada de periodontitis (95%) en pacientes con AR, con predominio de intensidad moderada (58%) y grave (37%) (Figura 1). La positividad global a anticuerpos anti-CarP fue del 12% y en anti-Sa del 23%. No se identificó relación entre la positividad de anticuerpos FR, anti-CCP y anti-CarP con la gravedad de la periodontitis. Se informó una diferencia estadísticamente significativa en la positividad a anticuerpos anti-Sa entre pacientes con periodontitis grave respecto de no grave ($p = 0,028$), así como en los títulos de estos anticuerpos ($p = 0,041$). Véase la Tabla 1.

Figura 1. Se describe el porcentaje de pacientes que pertenece a cada categoría de gravedad de periodontitis en pacientes con artritis reumatoide. (S20)

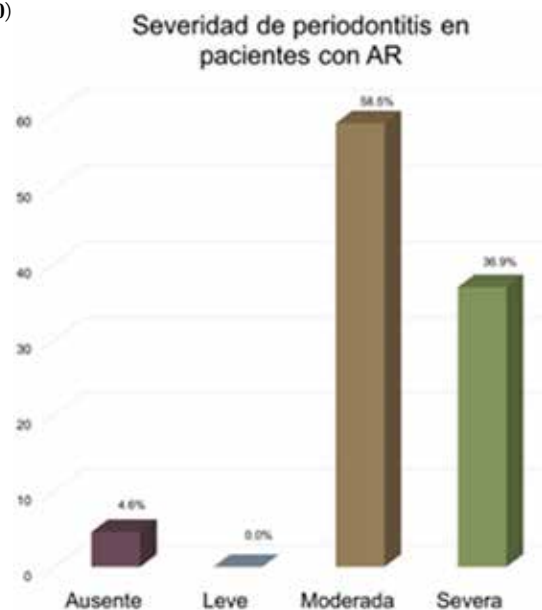


Tabla 1. Se describe la relación entre la positividad a los anticuerpos y la gravedad de la periodontitis. Se especifica la cantidad disponible de pacientes con los que se contaba por anticuerpo. (S20)

Anticuerpos (n = 65)	Periodontitis no grave (n = 41)	Periodontitis grave (n = 24)	p
FR, n (%)	32,0 (78,0)	19,0 (79,2)	0,916
Anti-CCP, n (%)	14,0 (34,1)	13,0 (54,2)	0,114
Anticuerpo (n = 52)	Periodontitis no grave (n = 21)	Periodontitis grave (n = 31)	p
Anti-CarP, n (%)	4,0 (19,0)	4,0 (12,9)	0,700
Anticuerpo (n = 36)	Periodontitis no grave (n = 22)	Periodontitis grave (n = 14)	p
Anti-Sa, n (%)	6,0 (27,2)	9,0 (64,2)	0,028*

Anti-CarP, anticuerpos antiproteínas carbamiladas; anti-CCP, anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado; anti-Sa, anticuerpos antivimentina citrulinada; FR, factor reumatoide.

Conclusiones: Los anti-CarP no mostraron una vinculación significativa con la gravedad de la periodontitis. La positividad y los títulos de los anticuerpos anti-Sa se relacionaron con una periodontitis grave. No se encontró relación entre los anticuerpos FR y anti-CCP y la gravedad de la periodontitis. Estos resultados plantean la utilidad de los anticuerpos anti-Sa como factor vinculado con la periodontitis grave.

Bibliografía

1. de Molon RS, Rossa CJ, Thurlings RM, *et al.* Linkage of periodontitis and rheumatoid arthritis: current evidence and potential biological interactions. *Int J Mol Sci.* 2019;20(18).
2. Bright R, Proudman SM, Rosenstein ED, *et al.* Is there a link between carbamylation and citrullination in periodontal disease and rheumatoid arthritis? *Med Hypotheses.* 2015;84(6):570-6.

S21

EVALUACIÓN DE LA VARIANTE rs10036748 DEL GEN *TNIP1* Y SU ASOCIACIÓN PARA PRESENTAR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTES MEXICANOS

J.R. Marino-Sánchez, I. Montúfar-Robles, R.E. Barbosa-Cobos, J. Ramírez-Bello, C. Hernández-Díaz, L.V. Maya-Piña

Hospital Juárez de México

Introducción: *TNIP1* codifica a ABIN-1, un regulador negativo de la vía NF- κ B que, en conjunto con A20, favorece la desubiquitinación de proteínas señalizadoras y atenúa la transcripción de genes proinflamatorios; de este modo modula la inmunidad innata y adaptativa y previene respuestas desproporcionadas que favorecen la autoinmunidad. En el lupus eritematoso sistémico (LES), *TNIP1* se reconoce como un nexo entre la predisposición genética y mecanismos inmunes dependientes de la vía A20/NF- κ B participantes en la generación de autoanticuerpos y en la respuesta de interferones tipo I. La relación de *TNIP1* con susceptibilidad a LES se ha evaluado en poblaciones europeas y asiáticas mediante estudios de relación del genoma completo (GWAS) y metaanálisis; el polimorfismo rs10036748, ubicado en 5q33, ha mostrado una relación global significativa (OR = 1,38), con variación del tamaño del efecto según la población.

Objetivo: Identificar si el polimorfismo rs10036748 de *TNIP1* se relaciona con susceptibilidad para presentar LES en población mexicana.

Material y métodos: Estudio de casos y controles. Se incluyó a 130 mujeres con LES y 145 mujeres sanas, todas mexicanas, ≥ 18 años y con consentimiento informado. La genotipificación de rs10036748 se realizó en ADN de sangre periférica mediante sondas TaqMan por PCR en tiempo real (qPCR; CFX Opus 96, Bio-Rad) con discriminación alélica estándar. El análisis descriptivo se efectuó en IBM SPSS v25 y la relación genética en SNPSats (y Epidat, cuando correspondía), mediante las pruebas χ^2 o exacta de Fisher; se calcularon OR con IC95% y se consideró significancia estadística una $p < 0,05$.

Resultados: Se analizó a 145 controles y 130 casos con LES. Las frecuencias genotípicas fueron prácticamente superponibles entre grupos: CC 27/145 (19%) vs. 25/130 (19%); CT 63/145 (44%) vs. 54/130 (42%); TT 54/145 (38%) vs. 51/130 (39%). La comparación CT vs. CC arrojó OR 0,93 (IC95% 0,48-1,78; $p = 0,93$). A nivel alélico, C 117 (41%) vs. 104 (40%) y T 171 (59%) vs. 156 (60%), con OR del alelo T vs. C de 1,02 (IC95% 0,73-1,44; $p = 0,88$). En conjunto, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución genotípica ni alélica entre casos y controles (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencias alélicas y genotípicas del SNV rs10036748 del gen *TNIP1* y análisis de relación en pacientes con LES (n = 130) y sujetos control (n = 145). (S21)

Gen SNV	Modelo	Genotipo o alelo	Co n (%)	LES n (%)	OR IC95%	p
<i>TNIP1</i> Rs10036748 C/T	Codominante	CC	27 (19,0%)	25 (19,0%)	0,93 (0,48-1,78)	0,93
		CT	63 (44,0%)	54 (42,0%)		
		TT	54 (38,0%)	51 (39,0%)		
	Alelo	C	117 (41%)	104 (40%)	1,02 (0,73-1,44)	0,88
		T	171 (59%)	156 (60%)		

SNV, variante de un solo nucleótido; OR, odds ratio; CI, intervalo de confianza; $p < 0,05$, estadísticamente significativa, Co, sujetos control, LES, lupus eritematoso sistémico.

Conclusiones: En esta cohorte mexicana, rs10036748 de *TNIP1* no mostró relación con susceptibilidad para presentar LES. Se requieren tamaños muestrales mayores, análisis por haplotipos y estudios funcionales para precisar el papel de *TNIP1* en LES en la población mexicana.

Bibliografía

- Shamilov R, Aneskievich BJ. *TNIP1* in autoimmune diseases: regulation and function. *J Immunol Res*. 2018;2018:3491269.
- Kariuki SN, Ghodke-Puranik Y, Dorschner JM, *et al.* Multiple autoimmune disease loci associated with SLE. *Genes Immun*. 2015;16:15-23.

S22

ASOCIACIÓN DE LA VARIANTE -511A>G DEL GEN *IL1B* CON EL DESARROLLO DE ARTRITIS REUMATOIDE EN POBLACIÓN DEL SUR DE MÉXICO

I.V. Román-Fernández¹, A.A. González-Marmolejo², J.F. Muñoz-Valle¹, J.E. Navarro-Zarza³, C.J. Baños-Hernández¹, S. García-Arellano¹, J. Hernández-Bello¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Centro Universitario de Ciencias Exactas e Ingenierías, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Hospital IMSS Bienestar Raymundo Abarca Alarcón, Chilpancingo de los Bravo, Guerrero

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune compleja en la que el desarrollo y la perpetuación de la inflamación sinovial dependen de interacciones celulares y moleculares muy reguladas. Entre los efectores solubles que intervienen en este proceso, la citocina IL-1 β tiene un papel clave. En la AR, los macrófagos, linfocitos, neutrófilos y fibroblastos sinoviales producen la IL-1 β . Esta citocina contribuye directamente al daño tisular al promover la infiltración leucocitaria, la proliferación de fibroblastos y la activación de condrocitos y osteoclastos. Además, la IL-1 β induce la producción de otras citocinas proinflamatorias (IL-6, TNF- α) y metaloproteinasas de matriz¹. Los estudios han demostrado que las variantes genéticas en la región promotora en genes de citocinas pueden modular su expresión y, por lo tanto, influir en la susceptibilidad a enfermedades autoinmunes. De modo específico, la variante genética -511 A>G del gen *IL1B* se ha relacionado con la regulación transcripcional y valores alterados de la citocina. Esta variante se ha vinculado con el desarrollo de AR y otras alteraciones autoinmunes en diversas poblaciones²; sin embargo, la información en grupos étnicos de Latinoamérica, particularmente en el sur de México, aún es limitada y requiere mayor caracterización para entender la contribución genética local en el desarrollo de la enfermedad.

Objetivo: Evaluar la relación de la variante genética -511 A>G del gen *IL1B* con la susceptibilidad a desarrollar artritis reumatoide, los valores séricos de IL-1 β y las características clínicas de la enfermedad en una población del sur de México.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio de casos y controles que incluyó a un total de 212 pacientes con AR y a 212 sujetos control (SC), mexicanos de origen mestizo, del sur de México. La genotipificación de la variante genética -511 A>G (rs16944) del gen *IL1B* se realizó mediante la técnica de discriminación alélica por qPCR. Los valores séricos de IL-1 β se cuantificaron a través de un análisis multiplex basado en perlas magnéticas (Tabla 1). Las determinaciones clínicas de los pacientes con AR incluyeron anti-CCP, FR, pCr, VSG, y DAS28. El análisis estadístico se efectuó con el paquete STATA v12.0.

Resultados: Se identificó una mayor frecuencia del genotipo GA en SC (50%) en comparación con los pacientes con AR (39%), lo cual se relacionó con un papel protector para el desarrollo de la enfermedad (OR = 0,62; IC95%, 0,40-0,94; p = 0,019); esta relación también se observó al aplicar el modelo dominante (AA *vs.* GA+GG; OR = 0,64; IC95%, 0,43-0,96; p = 0,025). No se encontraron diferencias significativas en las frecuencias alélicas. Asimismo, no se identificaron diferencias significativas al comparar anti-CCP, FR, pCr, VSG y DAS28 en los pacientes con AR estratificados de acuerdo con el modelo dominante. Los pacientes con AR registraron valores incrementados de IL-1 β en comparación con SC (1,24 [0,03-13,25] pg/mL *vs.* 0,22 [0,05-2,21] pg/mL; p = 0,0047); sin embargo,

no se observaron diferencias significativas en las cifras de IL-1 β al estratificar a los pacientes por genotipo o al aplicar los modelos genéticos para la variante -511 A>G del gen *IL1B*.

Tabla 1. Frecuencias genotípicas y alélicas de la variante genética -511 A>G (rs16944) del gen *IL1B*. (S22)

-511 A>G (rs16944)	AR % (n = 212)	SC % (n = 212)	Valor de p	OR (IC95%)	Valor de p
Genotipo					
AA*	51 (108)	40 (85)	0,167	1	-
GA	39 (83)	50 (106)		0,62 (0,40-0,94)	0,019
GG	10 (21)	10 (21)		0,79 (0,38-1,63)	0,482
Alelo					
A*	71 (299)	65 (276)		1	-
G	29 (125)	35 (148)		0,78 (0,58-1,05)	0,091
Modelo genético					
Do					
AA*	51 (108)	40 (85)		1	-
GA+GG	49 (104)	60 (127)		0,64 (0,43-0,96)	0,025
Re					
AA+GA*	90 (191)	90 (191)		1	-
GG	10 (21)	10 (21)		1 (0,50-2)	1,00

*Genotipo o alelo de referencia.

OR, *odds ratio*; IC, intervalo de confianza; Do, modelo dominante de herencia genética; Re, modelo recesivo de herencia genética.

Prueba ji cuadrada, equilibrio de Hardy-Weinberg: SC, p = 0,398.

Conclusiones: El genotipo GA de la variante genética -511 A>G del gen *IL1B* desempeña un papel protector para desarrollar artritis reumatoide, pero no influye en la presentación de las características clínicas o en los valores séricos de IL-1 β en una población del sur de México.

Bibliografía

- Kondo N, Kuroda T, Kobayashi D. Cytokine networks in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Int J Mol Sci*. 2021;22(20):10922.
- Harrison P, Pounton JJ, Chapman K, *et al.* Interleukin-1 promoter region polymorphism role in rheumatoid arthritis: a meta-analysis of IL-1B-511A/G variant reveals association with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2008;47(12):1768-70.

S23

EXPRESIÓN DE RECEPTORES DE ESTRÓGENOS EN CÉLULAS Tph, cTfh y B DN; ASOCIACIÓN CON LA ACTIVIDAD DEL LES

J.A. Corona-Ángeles¹, M. Marín-Rosales², P.C. Ortiz-Lazareno³, E. Oreón-Romero¹, C.A. Palafox-Sánchez¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, ⁽²⁾Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco, ⁽³⁾División de Inmunología, Centro de Investigación Biomédica de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la producción de autoanticuerpos y compromiso multisistémico. Afecta predominantemente a mujeres, lo que sugiere un papel de los estrógenos en su evolución¹. Estas hormonas actúan a través de los receptores nucleares ER α y ER β , los cuales modulan las respuestas inmunitarias de células T y B. En los últimos años se ha reconocido la participación de subconjuntos celulares, incluidos los linfocitos *T peripheral helper* (Tph), *circulating T follicular helper* (cTfh) y las células B doble negativas (B DN) en la patogénesis del LES^{3,4}. Sin embargo, el papel específico de los receptores de estrógenos en estas poblaciones y su relación con la actividad de la enfermedad permanecen poco esclarecidos.

Objetivo: Evaluar la expresión de ER α y ER β en los subconjuntos de células Tph, cTfh y B DN de pacientes con LES y examinar su vinculación con la actividad de la enfermedad.

Material y métodos: Se incluyó a 13 pacientes con LES y ocho controles clínicamente sanos (CCS). La actividad de la enfermedad se evaluó mediante la puntuación SLEDAI-2K. Se analizaron las poblaciones celulares cTfh, Tph y B DN, así como la expresión de TLR7, ER α y ER β mediante citometría de flujo espectral (Cytek® Aurora). El análisis de *gating* y la reducción de dimensionalidad UMAP se realizaron con el software FlowJo v10.10.0. Las comparaciones entre grupos se llevaron a cabo con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Resultados: La frecuencia de los subconjuntos Tph y cTfh fue significativamente mayor en los pacientes con LES (Tph: 19,6% CCS *vs.* 30,8% LES, $p = 0,0103$; cTfh: 4,71% CCS *vs.* 7,55% LES, $p = 0,0123$). Asimismo, las células Tph y cTfh de los pacientes con LES mostraron una mayor expresión de ER α (Tph: 12,1% CCS *vs.* 39,35% LES, $p = 0,0001$; cTfh: 2,1% CCS *vs.* 47,75% LES, $p = 0,0001$). En pacientes con LES, las células B DN revelaron una expresión mayor de ER α y ER β (ER α : 22,3% CCS *vs.* 59,80% LES, $p = 0,0004$; ER β : 1,01% CCS *vs.* 2,59% LES, $p = 0,0119$). Por último, el análisis UMAP evidenció un enriquecimiento de células B DN que coexpresan TLR7*, ER α * y ER β * en los pacientes con LES.

Conclusiones: Los individuos con LES poseen una mayor frecuencia de los subconjuntos Tph y cTfh, ambos caracterizados por una expresión elevada de ER α , así como de células B DN (PSCA1) con una expresión incrementada de TLR7, ER α y ER β .

Bibliografía

- Ameer MA, Chaudhry H, Mushtaq J, *et al.* An overview of systemic lupus erythematosus (SLE) pathogenesis, classification, and management. *Cureus*. 2022 Oct 15;14(10):e30330.
- Fuentes N, Silveyra P. Estrogen receptor signaling mechanisms. En: Donev R, editor. *Intracellular signalling proteins*. Advances in protein chemistry and structural biology. Academic Press Inc. 2019;116:135-170.
- Yoshitomi H, Ueno H. Shared and distinct roles of T peripheral helper and T follicular helper cells in human diseases. *Cellular & Molecular Immunology*. 2021 Mar;18(3):523-527.
- Chung MKY, Gong L. Functions of double-negative B cells in autoimmune diseases, infections, and cancers. *EMBO Molecular Medicine*. 2023 Sep;15(9):e17341.

S24

DAÑO MIOCÁRDICO SUBCLÍNICO DETERMINADO POR DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA EN PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA IDIOPÁTICA DEL OCCIDENTE DE MÉXICO

L. Flores-González¹, E.A. Villaseñor-Rodríguez², M. Vázquez Del Mercado-Espinosa¹, T. Miranda-Aquino³, S.E. Pérez-Topete⁴, J.E. Hernández-Del Río³

⁽¹⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Hospital Civil de Oriente, ⁽³⁾Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, ⁽⁴⁾Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas son un grupo de enfermedades caracterizadas por lesión muscular, impulsada por procesos inmunológicos y degenerativos. Incluyen dermatomiositis, polimiositis, miositis por cuerpos de inclusión y miopatía autoinmune necrosante. La afectación extramuscular es común y la afectación cardiovascular es una de las principales causas de morbilidad. Por lo general, la evaluación de la afección miocárdica se realiza de manera conjunta por medios clínicos, de laboratorio, electrocardiográficos y ecocardiográficos; estos últimos son la piedra angular en virtud de su disponibilidad y su carácter no invasivo. La evaluación de la deformación miocárdica ha reforzado su utilidad para identificar la alteración miocárdica subclínica, que es más común que las alteraciones manifiestas en la contractilidad y la FEVI.

Objetivo: Identificar si existe disminución de la deformación longitudinal global del ventrículo izquierdo en pacientes conocidos con miopatía

confirmada mediante estudio histológico sin síntomas cardiovasculares.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional, prospectivo y analítico que incluyó a pacientes con miopatía inflamatoria de acuerdo con los criterios de ACR/EULAR 2017 de la consulta del HCJIM. Se excluyó a los pacientes con antecedente de cardiopatía isquémica, cirugía cardíaca, EPOC, fibrilación auricular o taquicardia supraventricular. El ecocardiograma transtorácico analizó el SLG del VI mediante el software *Velocity vector imaging* (VVI); $\geq 18\%$ se tomó como afección miocárdica subclínica. Se usaron t de Student para las variables paramétricas, ji cuadrada para las categóricas y medidas de tendencia central para variables cuantitativas y de frecuencia para las cualitativas, con sus respectivas medidas de dispersión. Se realizó un análisis de regresión múltiple y se analizó de forma independiente cada variable, con avance al siguiente modelo si tenían $p < 0,1$. Se consideró significativo todo valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se evaluó a 18 pacientes con miopatía, 10 con dermatomiositis y ocho con polimiositis que se compararon con 20 controles sanos; en los pacientes con miopatía se observó menor SLG del VI ($-19,4 < 2,5$ y $-22,2 > 1,5$, respectivamente, $p = < 0,001$), además de afectación miocárdica subclínica en tres pacientes del grupo con miopatía (SLG $> -18\%$ [17%], $p = 0,3$; **Tabla 1**).

Tabla 1. Características demográficas y ecocardiográficas de los pacientes del estudio. (S24)

Variable	Miopatía inflamatoria	Controles	p
n	18	20	
Género (femenino)	14 (78%)	18 (90%)	0,6
Edad	50 (± 15)	52 (± 8)	0,6
IMC	25,6 ($\pm 4,1$)	27 ($\pm 4,2$)	0,3
HAS	4 (22%)	0 (0%)	0,09
DM2	4 (22%)	0 (0%)	0,09
Geometría, normal	8 (44%)	10 (50%)	0,6
Geometría, remodelado concéntrico	9 (50%)	10 (50%)	0,6
Geometría, hipertrofia concéntrica	1 (6%)	0 (0%)	0,4
Disfunción diastólica	5 (28%)	0 (0%)	0,03
FEVI	60 (± 7)	63 (± 4)	0,1
Volumen indexado AD	25 (± 12)	22 (± 6)	0,5
Volumen indexado AI	23 (± 5)	22 (± 5)	0,5
TAPSE	20,6 (± 4)	22,5 (± 3)	0,1
Onda S tricuspídea	12,5 (± 3)	12,6 (± 1)	0,9
FAC VD	45 (± 8)	51 (± 6)	0,01
Strain longitudinal AI	44 (± 12)	57 (± 23)	0,04
SLG VI	-19,4 ($\pm 2,5$)	-22,2 ($\pm 1,5$)	< 0,001
SLG VI $\geq 18\%$	3 (17%)	0 (0%)	0,3
Strain longitudinal pared libre VD	-20,6 ($\pm 5,4$)	-23,2 ($\pm 3,1$)	0,07

Se reconoció una relación positiva de la afección miocárdica subclínica mediante SLG del VI en pacientes con miopatías ($p = 0,0001$). Se evaluó la relación entre los pacientes con afección miocárdica y los anticuerpos presentes y fue positiva con anti-Mi2 β , anti-Mi2, anti-EJ y anti-Ro52, pero no estadísticamente significativa (**Tabla 2**).

Tabla 2. Asociación de parámetros clínicos y de laboratorio de pacientes con miopatías y la afección subclínica determinada por SLG del VI. (S24)

Variables	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	β	p	β	p	β	p
Miopatía inflamatoria	0.578	0.0001	0.494	0.002	0.494	0.002
HAS	0.476	0.002	0.352	0.03	0.352	0.03
DM2	-0.054	0.7				

MDI	0.576	0.01			0.547	0.02
MYOACT	0.360	0.14				
MMT8	-0.215	0.4				
Anticuerpos	β	p				
Anti-NXP2	-0.457	0.06			-0.412	0.1
Anti-KU	-0.062	0.8				
Anti-SSA/60	-0.062	0.8				
Anti-RNPC	-0.062	0.8				
Anti-RNP70	-0.062	0.8				
Anti-JO1	-0.263	0.3				
Anti-PM/SCL100	-0.039	0.9				
Anti-Mi2B	0.344	0.2				
Anti-Mi2	0.140	0.6				
Anti-MDAS	-0.361	0.1				
Anti-SAE	-0.299	0.2				
Anti-PL7	-0.363	0.1				
Anti-Ro52	0.072	0.8				
Anti-EJ	0.341	0.2				
Seronegativos	0.365	0.1				

Conclusiones: En este grupo de estudio no se encontró una diferencia significativa entre la FEVI y la función diastólica alterada, pero sí valores más bajos de SLG del VI, así como una relación estadísticamente significativa de la afección subclínica con los pacientes con miopatía.

Bibliografía

Machado LSG, Oliveira ACD, Mancuso FJN, *et al.* First study demonstrating speckle tracking echocardiography has prognostic value in patients with idiopathic inflammatory myopathies. *Int J Cardiovasc Imaging* [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10554-023-02925-8>.

S25

PARTICIPACIÓN DEL INDUCTOR DE METALOPROTEINASAS DE MATRIZ EXTRACELULAR (EMMPRIN) CD147 EN DERMATOMIOSITIS

G. Fonseca-Camarillo¹, J. Furuzawa-Carballeda², D. Aguilar-León², L.M. Amezcua-Guerra¹, M.L. Loredó¹, A. Aranda-Fraustro¹, L.H. Silveira-Torre¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las miopatías inflamatorias son un grupo heterogéneo de enfermedades musculares de rara recurrencia que implican inflamación muscular crónica. La EMMPRIN es una glucoproteína transmembranal que interviene en la inflamación mediante la sobreexpresión de la expresión de las MMP. Los estudios previos demuestran una sólida expresión de EMMPRIN en miofibroblastos y células estromales.

Objetivo: Evaluar la participación del inductor de metaloproteinasas de matriz extracelular (EMMPRIN) en biopsias de músculo de pacientes con diagnóstico confirmado de miopatía inflamatoria y su colocación *in situ* de metaloproteinasas (MMP10 y MMP23B).

Material y métodos: Se emplearon bloques de parafina de biopsia de músculo esquelético de seis pacientes con diagnóstico confirmado de dermatomiositis, obtenidos del departamento de patología del INCICH. El diagnóstico y la evaluación de la actividad de la enfermedad en tejido muscular se basaron y confirmaron por criterios histopatológicos.

Se realizó la técnica de inmunohistoquímica doble para la detección de EMMPRIN+/MMP10+ y EMMPRIN+/MMP23B+. El análisis estadístico se efectuó con *Holm-Sidak's multiple comparisons test* en el programa GraphPad Prism 6.

Resultados: Los seis pacientes con dermatomiositis activa tenían una edad media de 56,7 años. El 100% de los pacientes fue positivo a los anticuerpos antinucleares con capilaroscopia anormal. El tratamiento farmacológico de estos pacientes incluía glucocorticoides (n = 3,60%), metotrexato (n = 3, 60%) y un paciente con azatioprina. En los hallazgos histopatológicos de las biopsias de músculo se detectó un infiltrado inflamatorio perivascular y perimisial con predominio de linfocitos T CD4+ y linfocitos B, consistente con diagnóstico de dermatomiositis. Se encontró un aumento del porcentaje de células dobles positivas EMMPRIN+/MMP10+ (p = 0,02) en comparación con la subpoblación de células EMMPRIN+/MMP23B+ en las zonas de los infiltrados perivascular y perimisial de las biopsias de músculo de pacientes con dermatomiositis.

Conclusiones: La regulación de la síntesis tisular de EMMPRIN está aumentada en pacientes con dermatomiositis, lo cual favorece la respuesta inflamatoria y la acumulación de metaloproteinasas (MMP10 y MMP23B) que dañan el tejido conectivo y muscular; estos hallazgos sugieren el papel del regulador maestro EMMPRIN en la fisiopatología de las miopatías inflamatorias.

Bibliografía

Kieseier BC, Schneider CQ, Clements JM, *et al.* Expression of specific matrix metalloproteinases in inflammatory myopathies. *Brain*. 2001;124(2):341-51.

S26

UN POLIMORFISMO EN RETROVIRUS ENDÓGENOS ASOCIADO A HLA-B27 SE ASOCIA CON RESPUESTAS DE LINFOCITOS T ESPECÍFICAS EN ESPONDILOARTRITIS

J.P. Romero-López¹, L. Marston-Jez², B. Campos Casado-Lima³, P. Bowness⁴, D. Nixon³

⁽¹⁾Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, ⁽²⁾Weill Cornell Medical College ⁽³⁾Institute of Translational Research, Feinstein Institutes for Medical Research, ⁽⁴⁾Botnar Research Centre, Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences, University of Oxford

Introducción: La espondiloartritis (SpA) es una enfermedad inflamatoria crónica sólidamente relacionada con el alelo HLA-B27. Sin embargo, los mecanismos que vinculan este marcador genético con la pérdida de tolerancia inmunológica no se han definido por completo. Los retrovirus endógenos humanos (HERV) se han referido como posibles moduladores de la inmunidad adaptativa.

Objetivo: Evaluar el efecto de una variación de nucleótido único (SNV) en secuencias HERV localizadas en la región genómica de HLA-B27 sobre la unión de péptidos y su posible participación en la patogenia de la SpA.

Material y métodos: Se analizó el polimorfismo rs13202464, que genera una mutación antisentido (Met→Thr) mediante modelado *in silico* con la base de datos de epítomos inmunitarios (IEDB). Se compararon las afinidades de unión peptídicas predichas de péptidos propios y microbianos en portadores de HLA-B27 con y sin la variante genética. Además, se evaluó la reactividad de las células T frente a antígenos derivados de HERV mediante análisis ELISPOT.

Resultados: Los análisis bioinformáticos mostraron una reducción aproximada de 10 veces en la afinidad de unión (ANN IC50) de HLA-B27 para péptidos propios y de origen microbiano en presencia de la variante rs13202464. Este hallazgo sugiere alteraciones en la selección tímica y la tolerancia inmunológica. Asimismo, se identificó una similitud de secuencia entre péptidos derivados de herpes simple (HSV) y proteínas codificadas por HERV, lo que plantea un escenario de mimetismo molecular capaz de inducir respuestas autorreactivas. Los estudios funcionales mostraron la presencia de clones de linfocitos T específicos para antígenos de HERV.

Conclusiones: La presencia del SNV rs13202464 en regiones HERV vinculadas con HLA-B27 podría modificar la unión de péptidos y favorecer fenómenos de mimetismo molecular con virus como HSV. Estos resultados respaldan la hipótesis de que la interacción genética-viral contribuye a la patogenia de la SpA y sugieren nuevas vías de investigación orientadas a la modulación inmunológica y el diseño de tratamientos dirigidos.

Bibliografía

1. Bowness P. Hla-B27. *Annu Rev Immunol.* 2015;33:29-48.
2. Dopkins N, Nixon DF. Activation of human endogenous retroviruses and its physiological consequences. *Nature Reviews Molecular Cell Biology.* 2023;25:3.

S27

EFFECTO DE LA IL-22 E IL22BP EN UN MODELO DE OSTEOPROLIFERACIÓN *IN VITRO*

E. Cerón-Cruz¹, I.I. Ortega-Mejía², M.L. Domínguez-López², A.L. García-Hernández¹, E. Reyes-Maldonado², J.L. Prieto-Chávez³, J.C. Casasola-Vargas⁴, J.P. Romero-López¹

⁽¹⁾Universidad Nacional Autónoma de México, ⁽²⁾ENCB, Instituto Politécnico Nacional, ⁽³⁾Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, ⁽⁴⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Las espondiloartritis (SpA) son trastornos inflamatorios con manifestaciones clínicas compartidas, como sacroilitis, artritis periférica, entesitis, dactilitis, psoriasis, uveítis y enfermedad inflamatoria intestinal. Se caracterizan por una inflamación crónica en la que participan citocinas como IL-17A e IL-22, aunque el papel de esta última en la osteoproliferación es incierto. Los estudios de este grupo indican una disminución de IL-22BP (inhibidor natural de IL-22) en los pacientes, lo que sugiere una regulación ineficiente.

Objetivo: Evaluar el efecto de IL-22 e IL-22BP sobre la osteoproliferación en un modelo *in vitro*; el efecto de la IL-22 e IL-22BP sobre la formación de matriz extracelular y expresión de fosfatasa alcalina; y la expresión del receptor de IL-22 en los osteoblastos estimulados con IL-6, IL-23, TGF- β y LPS.

Material y métodos: Se obtuvo la línea celular de osteoblastos hFOB 1.19 y se estimularon con distintas citocinas (IL-6, IL-23 y TGF- β) para evaluar la expresión de IL-22R por medio de citometría de flujo. Con posterioridad se realizó una curva de crecimiento con estímulos de IL-22 (50, 250, 500 ng/mL) e IL-22BP (1, 10 y 100 ng/mL) para determinar el tiempo y la concentración óptima para el tratamiento de los experimentos posteriores. Se analizó la capacidad de formación de matriz ósea de los osteoblastos estimulados con IL-22 e IL-22BP mediante tinción de rojo de alizarina. Por último, se identificaron los osteoblastos maduros mediante la tinción de fosfatasa alcalina.

Resultados: Se estableció un banco celular de osteoblastos hFOB1.19 y se determinó la concentración óptima de IL-22 e IL-22BP para los tratamientos. Además, se comprobó la expresión inducible del receptor IL-22R bajo estímulo con IL-6, IL-23 y TGF- β . Se observó un aumento de la osteoproliferación y la formación de matriz extracelular en los osteoblastos estimulados con IL-22.

Conclusiones: Se comprobó que IL-22 e IL22BP tienen un efecto sobre la osteoproliferación y que la IL-22 promueve la formación de matriz extracelular.

Bibliografía

1. Romero-López JP, Elewaut D, Pacheco-Tena C, *et al.* Inflammatory foot involvement in spondyloarthritis: from tarsitis to ankylosing tarsitis. *Front Med (Lausanne).* 2021;8:730273. doi: 10.3389/fmed.2021.730273. PMID: 34692724; PMCID: PMC8531414.
2. van Tubergen A. The changing clinical picture and epidemiology of spondyloarthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2015;11(2):110-8. doi: 10.1038/nrrheum.2014.181.

3. Shevryev D, Tereshchenko V. Treg heterogeneity, function, and homeostasis. *Front Immunol.* 2020;10:3100. doi: 10.3389/fimmu.2019.03100.
4. Jung MK, Kwak JE, Shin EC. IL-17A-producing Foxp3+ regulatory T cells and human diseases. *Immune Netw.* 2017;17(5):276-86. doi: 10.4111/in.2017.17.5.276.
5. Simone D, Penkava F, Ridley A, *et al.* Single cell analysis of spondyloarthritis regulatory T cells identifies distinct synovial gene expression patterns and clonal fates. *Communications Biology.* 2021;4(1). https://doi.org/10.1038/s42003-021-02931-3.
6. Lindahl H, Olsson T. Interleukin-22 influences the Th1/Th17 axis. *Front Immunol.* 2021;12:618110. doi: 10.3389/fimmu.2021.618110.

S28

NIVELES SÉRICOS DE MIOSTATINA EN MUJERES CON Y SIN OSTEOPOROSIS EN ARTRITIS REUMATOIDE

M. Ramírez-Villafañá¹, F. González-Ponce², E.E. Gómez-Ramírez¹, L.R. Rodríguez-Santillán¹, T.Y. Villa-Olivares³, S.E. Totsuka-Sutto², E.G. Cardona-Muñoz², J.I. Gámez-Nava¹, L. González-López¹

⁽¹⁾Departamento de Fisiología (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Departamento de Aparatos y Sistemas II, Universidad Autónoma de Guadalajara, ⁽³⁾Programa Nacional de Servicio Social en Medicina, Secretaría de Salud, México

Introducción: La osteoporosis (OP) constituye la enfermedad ósea más frecuente en pacientes con artritis reumatoide (AR), vinculada con mayor riesgo de fracturas, caídas y mortalidad. La miostatina es una miosina de gran relevancia en la regulación de la masa muscular y el metabolismo óseo que participa al parecer en la activación osteoclástica en la membrana sinovial, lo que contribuye a la destrucción ósea. No obstante, su relación con la OP en la AR aún es poco clara, lo que destaca la necesidad de conducir nuevas investigaciones.

Objetivo: Comparar las concentraciones séricas de miostatina en mujeres de AR con y sin osteoporosis.

Material y métodos: Diseño transversal que incluyó a 84 mujeres con AR. Se evaluaron las características sociodemográficas y clínicas (duración de la enfermedad, DAS28, HAQ-DI, tratamiento). Las características de composición corporal (masa magra y masa grasa) y la densidad mineral ósea (DMO) se determinaron mediante absorciometría dual de rayos X (DXA). El diagnóstico de OP se estableció mediante los criterios ISCD. Los valores séricos de miostatina se determinaron con ELISA tipo sándwich. Análisis estadístico: t de Student y χ^2 para comparación entre grupos; prueba de Pearson para la correlación de variables de interés.

Resultados: La edad promedio de las pacientes fue de $59,5 \pm 10,9$ años, con una duración media de la AR de $13,1 \pm 8,7$ años. El 42,9% presentó discapacidad funcional y el 63% un estado activo de la enfermedad. Todas las pacientes tenían diabetes mellitus, el 92,9% menopausia, el 63,1% sedentarismo, el 36,9% un IMC normal o bajo y el 38,1% baja masa muscular. Se diagnosticó osteoporosis en el 40,5%. Los valores séricos promedio de miostatina fueron de $25,9 \pm 33,2$ ng/mL. Las pacientes de AR con osteoporosis registraron concentraciones más elevadas de miostatina en comparación con aquellas sin osteoporosis ($35,1 \pm 41,3$ vs. $19,4 \pm 24,4$ ng/mL). Las cifras séricas de miostatina se correlacionaron con mayor actividad de la AR ($r = 0,20$, $p = 0,05$) y concentraciones más altas de PCR ($r = 0,44$, $p < 0,001$). En contraste, se correlacionaron con un menor IMC ($r = -0,27$, $p = 0,005$), menor masa muscular esquelética ($r = -0,29$, $p = 0,004$) y menor DMO en cuello femoral medio ($r = -0,20$, $p = 0,04$).

Conclusiones: Los valores elevados de miostatina sérica se relacionaron con mayor actividad y deterioro de la masa muscular y la densidad mineral ósea en mujeres con AR. Estos resultados apoyan el posible papel de la miostatina como biomarcador de inflamación y fragilidad musculoesquelética. Su incorporación como marcador en la práctica clínica podría favorecer un abordaje integral y mejorar el pronóstico funcional de los pacientes con AR.

Bibliografía

- Li WJ, Yin RY, Xia XX, *et al.* Correlations of serum myostatin and irisin with sarcopenia and osteoporosis in rheumatoid arthritis patients: a cross-sectional study. *Sci Rep.* 2025 2;15(1):23068.
- González-Ponce F, Ramírez-Villafañá M, Gómez-Ramírez EE, *et al.* Role of myostatin in rheumatoid arthritis: a review of the clinical impact. *Diagnostics (Basel).* 2024;14(11):10.

S29

IMPACTO DE LA AFECTACIÓN PERIFÉRICA EN LA FUNCIÓN, ACTIVIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

J.C. Casasola-Vargas¹, E. Ponce-Morales¹, E. Ramírez-Ibarra¹, I.L. Gámez-Saiz¹, I.V. Sánchez-Peribán¹, S. Pérez-Sánchez²

⁽¹⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽²⁾Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, IPN

Introducción: La afectación periférica en la espondiloartritis axial se ha notificado hasta en el 30% de las series. Los estudios previos han mostrado que los pacientes con compromiso periférico tienen índices de actividad más elevados, así como mayor afectación de la capacidad funcional, con una menor prevalencia de HLA B27.

Objetivo: Describir la frecuencia y el efecto en la capacidad funcional, actividad de la enfermedad y calidad de vida en los pacientes con afectación periférica en la espondiloartritis axial.

Material y métodos: Estudio transversal analítico y comparativo de la cohorte ESPALDA México (Registro de ESPondiloartritis Axial de América). Muestra: pacientes de una clínica de atención especializada en espondiloartritis que cumplieron criterios de ASAS 2009 y que se registraron en una base de datos en línea en REDCAP (ESPALDA; PANLAR) que incluyó datos demográficos, clínicos, clínicos, clínicos y terapéuticos. Los pacientes se clasificaron con afectación axial si tenían como primera manifestación dolor espinal de tipo inflamatorio y los de afectación periférica si tenían artritis periférica, dactilitis o entesitis. Se compararon los dos grupos en relación con las variables antes descritas. Análisis estadísticos: pruebas t de Student, χ^2 , exacta de Fischer, razón de momios y correlaciones.

Resultados: Se incluyó a 145 pacientes, 96 de ellos hombres (66%), con una edad promedio de 47 ($\pm$ 12,6), con tiempo de evolución de 6 ($\pm$ 1,2) años; no hubo diferencia en la edad de inicio del primer síntoma, pero sí en la edad del diagnóstico, 26 ($\pm$ 12) años en los periféricos y 32 ($\pm$ 13) en los axiales, $p < 0,002$. La prevalencia de HLA B27 fue de 38% para periféricos contra 61,1% de los axiales. Los pacientes con afectación axial consumen más alcohol (32%) que los periféricos (18%), sin diferencias en cuanto el consumo de tabaco; 52 (66%) pacientes con afectación periférica tuvieron BASDAI > 4 comparado con el 29 (48%) con afectación axial, $p < 0,003$. Entesis: MASES axial: 1,79 *vs.* 0,86 en periféricos $< 0,001$. Hasta 50 pacientes (64%) con afectación periférica tuvieron BASFI > 4 en comparación con 30 (50%) del grupo de afectación axial. El compromiso de cadera fue más frecuente en el grupo de compromiso periférico (61% *vs.* 6%, $p < 0,000$), al igual que el compromiso del tarso en el grupo periférico (42% *vs.* 14%, $p < 0,003$); la afectación de rodilla se presentó en 96% en el grupo periférico y en 60,7% en el grupo axial con valor de $p < 0,000$. No hubo diferencias en el compromiso del tobillo en ambos grupos. La afectación radiológica de las articulaciones sacroilíacas en el grupo periférico fue de 48 pacientes (60%) contra 58 (89%) del grupo axial. No hubo diferencias en el ASAS Hi y SF36 entre ambos grupos. ASQoL fue mayor en el grupo de afectación axial (9,61) respecto del grupo de afectación periférica (7,19).

Conclusiones: Los pacientes mestizos mexicanos tienen mayor afectación periférica que repercute en la capacidad funcional, con mayor compromiso de la cadera, rodilla y tarso.

Bibliografía

Puche-Larrubia MA, López-Medina C, Ziadé N. Peripheral spondyloarthritis: What have we learned? *Best Pract Res Clin Rheumatol.*

2023;37(3):101862. doi: 10.1016/j.berh.2023.101862. Epub 2023 Aug 19. PMID: 37599204.

S30

DOLOR NOCIPLÁSTICO Y SU CORRELACIÓN CON NIVELES DE INTERLEUCINA 6 EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

S.I. Viruete-Lerma, G.E. Martínez-Bonilla, S. Cerpa-Cruz, I.V. Reyes-Pérez, N.A. Aguillón-Peña, E. González-Maldonado, D. Deossa-Piedrahita, P.L. Ibarra-De la Torre

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El dolor nociplástico se puede definir como el aquel que surge de la función alterada de las vías sensoriales relacionadas con el dolor en la periferia y en el sistema nervioso central. La prevalencia del dolor nociplástico tiene una gran variabilidad, pero se ha encontrado en la población general en 5 a 15% y, en las enfermedades reumatológicas subyacentes, hasta en 25%. El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune heterogénea caracterizada por un curso de la enfermedad y pronóstico variables. Se conoce que el dolor es común en pacientes con LES y que éste puede afectar la calidad de vida. Para el médico que evalúa a estos pacientes, el desafío es comprender el origen del dolor y determinar si existe relación con la inflamación. Dentro de la fisiopatología de la enfermedad, la interleucina 6 (IL-6) es fundamental para la formación de reactantes de fase aguda, la maduración de células B y la producción de autoanticuerpos.

Objetivo: Conocer la correlación entre el dolor nociplástico y los valores de IL-6 en pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y de correlación en mujeres del servicio de reumatología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de 18 a 65 años con LES por criterios ACR/EULAR 2019. Se aplicó la herramienta NFF (características nociplásticas de la fibromialgia) para conocer la prevalencia del dolor nociplástico en individuos con LES. Se documentaron sus características clínicas y se tomaron muestras séricas de IL-6.

Resultados: Hasta 25,4% de las pacientes con LES evaluadas tenían dolor nociplástico. Se observó una mayor puntuación en la escala MEX-SLEDAI (mediana 3 *vs.* 0, $p = 0,048$), de artritis (50% *vs.* 9,4%, $p < 0,001$) y de fiebre/fatiga (44,4% *vs.* 9,4%, $p = 0,002$) en las pacientes con dolor nociplástico en comparación con aquellas sin este tipo de dolor. Se encontró disminución de las puntuaciones de SF-36 y mayores en la escala visual análoga del dolor en las pacientes con dolor nociplástico. Se identificó un aumento de las concentraciones de IL-6 en las pacientes con dolor nociplástico (mediana 4,84 *vs.* 1,3, $p = 0,306$), si bien con una diferencia estadísticamente no significativa. Entre los valores séricos de IL-6 y la presencia de dolor nociplástico se encontró una correlación de 0,122 ($p = 0,309$). Existió una correlación positiva de 0,293 ($p = 0,013$) entre las concentraciones de IL-6 y el aumento de la puntuación MEX-SLEDAI.

Conclusiones: Una proporción de 25,4% de las pacientes con LES evaluadas sufría dolor de tipo nociplástico, lo que indica que es un tipo de dolor frecuente en esta población. Las pacientes que mostraron dolor nociplástico tenían mayores puntuaciones de MEX-SLEDAI y dentro de sus dominios evaluados destacaban la presencia de fiebre/fatiga y artritis. Las pacientes con dolor de tipo nociplástico registraron mayores valores séricos de IL-6, con una diferencia estadísticamente no significativa. No se halló una correlación significativa entre los valores séricos de IL-6 y la presencia del dolor nociplástico, pero sí una correlación positiva débil entre la puntuación MEX-SLEDAI y las cifras de IL-6, lo que sugiere que los valores altos de esta interleucina se vinculan con la actividad inflamatoria sistémica de la enfermedad. La calidad de vida y el aumento del dolor en las pacientes con dolor nociplástico son características consistentes de esta entidad, por lo que es importante establecer un diagnóstico oportuno e instituir tratamiento integral.

Bibliografía

1. Murphy AE, Minhas D, Clauw DJ, *et al.* Identifying and managing nociceptive pain in individuals with rheumatic diseases: a narrative review. *Arthritis Care Res.* 2023;75(10):2215-22.
2. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, *et al.* Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *The Lancet.* 2021;397(10289):2098-110.

S31**EVALUACIÓN DE DAÑO UTILIZANDO EL ÍNDICE DE DAÑO DE LA ENFERMEDAD RELACIONADA A IgG4**

E. Martín-Nares, G. Hernández-Molina

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es un trastorno fibroinflamatorio crónico que afecta a múltiples órganos y puede ocasionar daño irreversible. En fecha reciente se derivó y evaluó el índice de daño de la ER-IgG4 (IgG4-RD DI) como una herramienta para medir el daño en esta enfermedad. El desempeño del IgG4-RD DI sólo se ha evaluado en la población china.

Objetivo: Evaluar el daño en pacientes mexicanos con ER-IgG4 mediante el IgG4-RD DI e identificar diferencias específicas por fenotipo y factores relacionados con el daño.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes con ER-IgG4 que cumplieran con los criterios diagnósticos revisados de 2020 o los criterios de clasificación del ACR/EULAR 2019 para ER-IgG4. Todos los pacientes tuvieron un seguimiento mínimo de un año. El daño se definió como disfunción o falla orgánica irreversibles causadas por ER-IgG4 o por procedimientos realizados para su diagnóstico o tratamiento, y que persistió al menos seis meses. El daño se evaluó en la última visita de seguimiento con el IgG4-RD DI.

Resultados: Se incluyó a 70 pacientes con una edad promedio de 52,1 ± 15,6 años, de los cuales 34 (48,6%) eran hombres. La duración mediana de la enfermedad (desde el inicio de los síntomas hasta el último seguimiento) fue de 77,5 meses (RIC, 54-133). En el último seguimiento se detectó daño en 56 pacientes (80%). La puntuación mediana del IgG4-RD DI para toda la cohorte fue de 1 (RIC, 0-3), mientras que para los pacientes con daño fue de 2 (RIC, 1-3; intervalo, 1-9). Los pacientes con el fenotipo limitado a cabeza y cuello tuvieron puntuaciones más bajas del IgG4-RD DI ($p = 0,05$). Los dominios específicos afectados con más frecuencia en el IgG4-RD DI fueron: páncreas (31,4%), pulmón (15,7%), riñón (11,4%), retroperitoneo/mediastino (8,6%) y hígado/vía biliar (8,6%). El dominio "otros" fue puntuado en 26 pacientes (37,1%), en especial por resección parcial o total de órganos (22,8%), diabetes mellitus relacionada con la enfermedad o con el tratamiento (15,7%) y daño en otros órganos (14,3%). Veintiocho pacientes (40%) mostraron daño no incluido en el IgG4-RD DI.

El dominio retroperitoneo/mediastino se puntuó con mayor frecuencia en el fenotipo retroperitoneal/aórtico ($p < 0,001$), en tanto que el dominio páncreas se puntuó más en los fenotipos pancreatobiliar y Mikulicz/sistémico ($p = 0,001$). El dominio riñón se puntuó con mayor frecuencia en el fenotipo retroperitoneal/aórtico ($p = 0,01$), debido a la nefropatía obstructiva. El fenotipo proliferativo presentó con mayor frecuencia daño en el dominio páncreas ($p = 0,01$), mientras que el fenotipo fibrótico en los dominios retroperitoneo/mediastino ($p < 0,001$) y tiroides ($p = 0,02$). Los valores elevados de IgG se vincularon con un mayor riesgo de daño (RM, 4,67; IC, 1,06-20,83; $p = 0,04$), en tanto que el fenotipo limitado a cabeza y cuello resultó protector (RM, 0,16; IC, 0,04-0,64; $p = 0,009$).

Conclusiones: El daño evaluado por el IgG4-RD DI es común y varía según sean los fenotipos clínicos: el dominio páncreas es el afectado más a menudo. El fenotipo limitado a cabeza y cuello parece ser protector contra el daño, mientras que las concentraciones elevadas de IgG se relacionan de manera significativa con daño en el último seguimiento. Las resecciones de órganos con fines diagnósticos o terapéuticos y la toxicidad por glucocorticoides son contribuyentes clave al daño acumulativo en ER-IgG4.

Bibliografía

- Peng L, Li J, Zhou J, *et al.* The development and initial validation of IgG4-related disease damage index: a consensus report from Chinese IgG4-RD Consortium. *RMD Open.* 2024;10(1):e003938.

S32**RELACIÓN ENTRE LA MOVILIDAD AXIAL LIMITADA Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS PSORIÁSICA**

O.A. Garza-Flores, F.M. García-García, E.C. Garza-González, V. Cervantes-Ramírez, A. Leal-Valdez, R.L. Polina-Lugo, A. González-Meléndez, A.L. Guajardo-Aldaco, 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 artritis psoriásica contribuye al aumento del riesgo cardiovascular al generar un estado proinflamatorio crónico que favorece la disfunción endotelial y la aterosclerosis. El índice BASMI evalúa la movilidad axial en pacientes con espondiloartritis mediante medidas de límites de movimiento, aunque no proporciona información sobre la funcionalidad del paciente. Un BASMI en límites moderados podría reflejar una mayor actividad inflamatoria persistente, lo cual no sólo limita la movilidad axial, sino que también podría vincularse con un riesgo cardiovascular elevado al mantener activa la inflamación sistémica.

Objetivo: Determinar la vinculación entre un BASMI elevado y una mayor actividad de la enfermedad, así como su relación con un riesgo cardiovascular incrementado en pacientes con artritis psoriásica.

Material y métodos: Se condujo un estudio transversal y comparativo que incluyó a pacientes con artritis psoriásica de 35 a 75 años que cumplieran con los criterios CASPAR de 2006 (**Tabla 1**). Se excluyó a los pacientes con enfermedad cardiovascular previa, embarazo y síndromes de superposición. Los pacientes se dividieron en dos grupos: aquellos con BASMI ≤ 3 y sujetos con BASMI > 3 . La actividad de la enfermedad y su efecto se evaluaron con las escalas PCR, VSG, DAS28-CRP, DAS28-ESR, DAPSA, PsAID-12, BASFI, HAQ, PASI y NAPSÍ. Las mediciones por ultrasonido se efectuaron con ultrasonografía en modo B; la presencia de placa carotídea (PC) se definió como un engrosamiento difuso de la íntima-media carotídea (GIMc) $\geq 1,2$ mm o un engrosamiento focal $\geq 0,5$ mm, y la hiperplasia carotídea se determinó por un aumento del GIMc ($\geq 0,8$ mm). Las mediciones ecocardiográficas se realizaron mediante modo B, modo M, Doppler espectral, Doppler a color y Doppler tisular; la geometría cardíaca, la función diastólica y la función sistólica se clasificaron de acuerdo con los criterios ASE/EACVI de 2016. La normalidad se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones se llevaron a cabo con las pruebas t de Student, ji cuadrada y U de Mann-Whitney, según correspondiera. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: Los pacientes con un BASMI moderado mostraron una mayor actividad de la enfermedad comparados con aquellos con BASMI bajo, según lo revelaron las puntuaciones significativamente más altas en DAS28-CRP, DAS28-VSG, DAPSA, PsAID12 y BASFI (todos con $p < 0,05$). También hubo mayor uso de AINE, metotrexato y antihipertensivos en este grupo. En cuanto al riesgo cardiovascular, se observaron diferencias significativas en el grosor parietal relativo (GPR, $p = 0,034$), la velocidad de la onda S ($p = 0,013$) y la puntuación de Framingham-Lipids ($p = 0,036$), sin diferencias significativas en la presencia de placas carotídeas ni en otras medidas ecocardiográficas.

Conclusiones: Los pacientes con un BASMI elevado mostraron mayor actividad de la enfermedad, revelada por puntuaciones más altas en las escalas de la enfermedad. No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de aterosclerosis subclínica ni en la mayoría de los parámetros ecocardiográficos. Sin embargo, sí se reconocieron diferencias significativas en el riesgo cardiovascular determinado por la calculadora Framingham-Lipids, en el grosor parietal relativo y en la velocidad de la onda S'.

Bibliografía

Liu L, Cui S, Liu M, *et al.* Psoriasis increased the risk of adverse cardiovascular outcomes: a new systematic review and meta-analysis of cohort study. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2022;9:829709.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas. (S32)

Variable	BASMI bajo n = 39	BASMI alto n = 36	Valor de p
Edad, media ± SD	50,87 ± 13,48	52,77 ± 12,50	0,529
Mujeres, n (%)	24 (61,53)	25 (66,44)	0,472
Duración de la enfermedad en años, mediana (RIC)	2,00 (1,00-8,50)	6,00 (1,00-11,25)	0,084
Factores de RCV			
Peso, media ± SD	79,35 ± 17,51	80,00 ± 15,74	0,867
IMC, media ± SD	28,16 ± 5,04	30,00 ± 5,29	0,130
DM, n (%)	2 (5,12)	10 (27,77)	0,008
HTA, n (%)	6 (15,38)	12 (33,33)	0,069
DLP, n (%)	20 (51,28)	18 (50,00)	0,912
Obesidad, n (%)	14 (35,89)	15 (41,66)	0,608
Tabaquismo, n (%)	12 (30,76)	13 (36,11)	0,624
Actividad de la enfermedad			
PCR, mediana (RIC)	0,250 (0,180-0,510)	0,640 (0,287-1,280)	< 0,001
VSG, mediana (RIC)	13 (9,50-26,00)	24 (14,00-34,00)	0,015
DAS28-CRP, media ± SD	2,98 ± 1,35	4,15 ± 1,45	< 0,001
DAS28-ESR, media ± SD	3,62 ± 1,49	4,71 ± 1,65	0,004
DAPSA, media ± SD	15,97 ± 14,40	25,35 ± 19,93	0,023
PsAID12, media ± SD	1,89 ± 1,88	4,37 ± 2,20	< 0,001
BASFI, media ± SD	1,74 ± 2,22	3,91 ± 2,81	0,005
HAQ, mediana (RIC)	0,25 (0,00-0,75)	0,81 (0,50-1,53)	0,017
PASI, mediana (RIC)	0,20 (0,00-1,21)	0,40 (0,00-1,20)	0,345
NAPSI, mediana (RIC)	0,00 (0,00-2,50)	0,00 (0,00-3,00)	0,392
Tratamiento			
Prednisona, n (%)	8 (20,51)	8 (22,22)	0,857
Metotrexato, n (%)	12 (30,76)	21 (58,33)	0,016
FARME, n (%)	10 (25,64)	8 (22,22)	0,729
AINE, n (%)	15 (38,46)	25 (69,44)	0,007
Antihipertensivo, n (%)	6 (15,38)	14 (38,88)	0,021
Estatina, n (%)	13 (33,33)	11 (30,55)	0,797
Calculadoras de RCV			
Framingham-Lipids, mediana (RIC)	4,00 (2,20-7,21)	5,60 (3,40-12,00)	0,036
ACC/AHA, mediana (RIC)	2,70 (1,10-6,90)	4,25 (1,42-9,25)	0,256
QRISK 3, mediana (RIC)	2,40 (1,25-8,10)	5,35 (1,55-10,92)	0,290
Ultrasonido carotídeo			
Placa carotídea, n (%)	14 (36,84)	16 (44,44)	0,506
Hiperplasia carotídea, n (%)	2 (6,25)	7 (20,00)	0,149
Geometría ventricular			
Normal, n (%)	19 (48,71)	14 (38,88)	0,392
Remodelado concéntrico, n (%)	8 (20,51)	9 (25,00)	0,642
Hipertrofia concéntrica, n (%)	3 (7,69)	6 (16,66)	0,232
Hipertrofia excéntrica, n (%)	9 (23,07)	7 (19,44)	0,701
IMVI, mediana (RIC)	74,98 (67,99-121,03)	80,65 (58,12-122,81)	0,713
ERP, mediana (RIC)	0,360 (0,328-0,415)	0,410 (0,350-0,490)	0,034
Función diastólica			
Normal, n (%)	1 (2,56)	1 (2,77)	0,954
DDS grado 1, n (%)	2 (5,12)	1 (2,77)	0,604
DDS grado 2, n (%)	29 (74,35)	28 (77,77)	0,729

DDS grado 3, n (%)	7 (17,94)	7 (19,44)	0,868
Función sistólica			
FEVI, mediana (RIC)	60,50 (58,00-63,75)	59,00 (57,00-63,00)	0,454
SGL, media ± SD	-20,20 ± 2,29	-19,64 ± 2,68	0,429
TAPSE, mediana (RIC)	22 (20,00-24,75)	22 (19,75-24,00)	0,633
PSAP, media ± SD	20,33 ± 8,72	21,46 ± 7,88	0,561
Onda S'	8,01 ± 6,19	3,91 ± 5,60	0,013

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; RCV, riesgo cardiovascular; IMC, índice de masa corporal; DM, diabetes mellitus; HTA, hipertensión arterial; DLP, dislipidemia; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; DAS28, índice de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones; DAPSA, índice de actividad de la enfermedad para artritis psoriásica; PsAID-12, cuestionario de 12 reactivos sobre el efecto de la artritis psoriásica; BASFI, índice funcional de espondilitis anquilosante de Bath; HAQ, cuestionario de evaluación de la salud; PASI, índice de gravedad del área de psoriasis; NAPSI, índice de gravedad de la psoriasis ungueal; FARMEb, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; AINE, antiinflamatorios no esteroideos; ACC/AHA, Colegio Americano de Cardiología y Asociación Americana del Corazón; QRISK3, puntuación de riesgo cardiovascular 3; IMVI, índice de masa ventricular izquierda; ERP, espesor relativo parietal; DDS, disfunción diastólica subclínica; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; SGL, *strain* longitudinal global; TAPSE, excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo; PSAP, presión sistólica arterial pulmonar.

S33

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RE-TROMBOSIS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO BASADO EN UNA COHORTE MEXICANA

S. Muñoz-López¹, R. Morán-Contla², L. Andrade-Ortega¹, F.C. Irazoque-Palazuelos¹

⁽¹⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽²⁾CMN Manuel Ávila Camacho, IMSS

Introducción: El riesgo de retrombosis en pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) se incrementa con el tiempo de evolución de la enfermedad con una recurrencia trombótica del 49% a los 10 años de evolución. Existen diferentes calificaciones con el objetivo de predecir el riesgo de trombosis; sin embargo, ninguno de ellas incluye a la población mexicana para su aplicación.

Objetivo: Determinar factores de riesgo relacionados con riesgo de retrombosis en pacientes con síndrome antifosfolípido en la población mexicana.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con síndrome antifosfolípido primario y secundario pertenecientes a una cohorte prospectiva de un hospital de tercer nivel. Para su estudio se dividió a la población en dos grupos: retrombosis (n = 31) y sin retrombosis (n = 34). Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para la comparación entre grupos. En las variables que presentaron un valor de p < 0,05 se determinó el riesgo relativo (RR) con un intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Se analizó a un total de 65 pacientes con SAF con una media de seguimiento de 16 años, con un máximo de 36 años en dos pacientes y un mínimo de un año en un paciente. Se dividieron de acuerdo con la aparición de retrombosis. De las variables estudiadas (demográficas, clínicas, serológicas, factores de riesgo cardiovascular habituales), las encontradas con relación de riesgo de retrombosis fueron edad al momento del diagnóstico > 45 años, obesidad > IMC 30 y anticoagulación subóptima (INR < 2,5) al momento de la trombosis (**Tabla 1**). Se determinó el RR de cada una de estas variables con los siguientes resultados: edad > de 45 años (RR 1,45 [1,01-2,08]), obesidad (RR 1,37 [1,02-1,82]) y anticoagulación subóptima (RR 2,9 [1,7-4,8]). No se identificó como variable significativa ser portador de SAF primario o secundario.

Conclusiones: Los factores hallados en esta cohorte de pacientes con SAF vinculados con retrombosis son una edad mayor al diagnóstico, obesidad y estado de anticoagulación subóptimo. Ningún factor serológico ni clínico fue estadísticamente significativo. Perspectivas de este estudio: mayor inclusión de pacientes para construir posteriormente una calificación de riesgo.

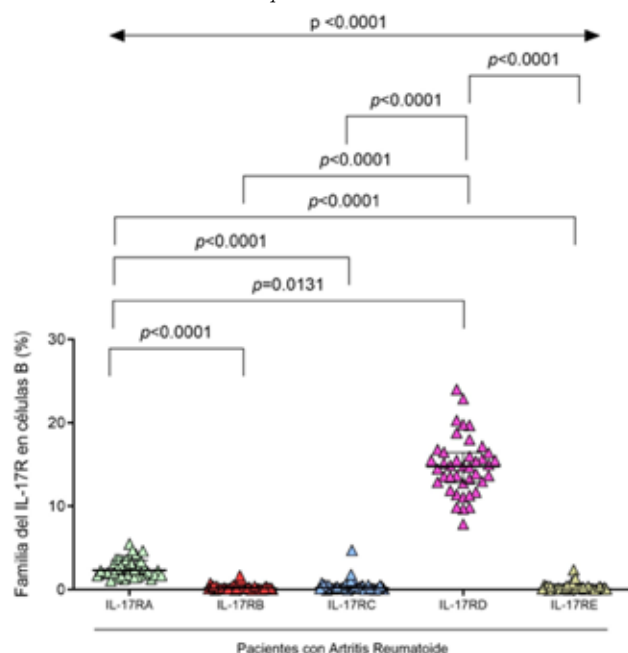
Bibliografía

1. Bazzan M, Vaccarino A, Stella S, *et al.* Patients with antiphospholipid syndrome and thrombotic recurrences: a real world observation (the Piedmont cohort study). *Lupus*. 2016;25(5):479-85.
2. Niznik S, Rapoport MJ, Avnery O, *et al.* Patterns of recurrent thrombosis in primary antiphospholipid syndrome-multicenter, real-life long-term follow-up. *Front Immunol*. 2022;13:843718.

Tabla 1. (S33)

Variables de estudio	Valor de p
Edad > 45	0,036
Sexo	0,151
SAF secundario	0,352
Trombosis arterial al diagnóstico	0,440
Trombosis venosa al diagnóstico	0,085
Trombocitopenia	0,959
Presencia de úlceras atípicas	0,191
ACL IgG/IgM	0,355
B2 IgG/IgM	0,826
Anticoagulante lúpico	0,567
Triple positivo	0,621
Hiperlipidemia	0,071
Hipertensión arterial sistémica	0,627
Obesidad IMC >30	0,025
Diabetes tipo 2	0,139
Tabaquismo	0,191
Anticoagulación subóptima al momento de trombosis	< 0,001
Calificación aGAPPS	0,499
Calificación aGAPPScdv	0,119

Figura 1. Porcentaje de expresión de los receptores IL-17RA, IL-17RB, IL-17RC, IL-17RD e IL-17RE en células B de pacientes con AR. Los datos se expresan como medianas y rangos intercuartílicos. Las comparaciones estadísticas entre los receptores se realizaron mediante la prueba de Kruskal-Wallis con corrección *post hoc* de Dunn. (S34)



S34

EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE LA FAMILIA IL-17R EN LINFOCITOS B: NUEVAS PERSPECTIVAS EN LA INMUNOPATOGENIA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

J.J. Morales-Núñez, C.F. Coronado-González, J. Hernández-Bello, J.F. Muñoz-Valle, S. Sifuentes-Franco

Universidad de Guadalajara

Introducción: Los linfocitos B desempeñan un papel clave en la inmunopatogenia de la artritis reumatoide (AR), no sólo mediante la producción de autoanticuerpos, sino también a través de su interacción con citocinas proinflamatorias. Entre estas interacciones se encuentra la familia de receptores de IL-17 (IL-17R) (IL-17RA a IL-17RE), los cuales varían en estructura y función, y participan en procesos esenciales de los linfocitos B como la proliferación, la diferenciación a células plasmáticas y la maduración por afinidad. A pesar de su posible relevancia, el perfil de expresión de los IL-17R en linfocitos B en AR aún no está bien definido.

Objetivo: Contrastar la expresión de la familia de receptores de IL-17 en linfocitos B y su relación con variables clínicas en pacientes con AR en comparación con sujetos control.

Material y métodos: Se aislaron células mononucleares de sangre periférica de 42 pacientes con AR y 20 controles sanos. Se utilizó citometría de flujo para evaluar la expresión superficial de CD19 y de los receptores de IL-17 (IL-17RA, IL-17RB, IL-17RC, IL-17RD e IL-17RE). Se analizaron tanto el porcentaje de linfocitos B positivos para cada receptor como el índice de fluorescencia media. La actividad clínica se evaluó mediante el índice DAS28 (*Disease Activity Score-28*). Para las comparaciones se utilizaron las pruebas de U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados: IL-17RA, IL-17RC e IL-17RD fueron los receptores más expresados en linfocitos B, mientras que IL-17RB e IL-17RE mostraron valores casi indetectables (< 0,3%) (**Figura 1**). Se observó una menor proporción de células IL-17RA⁺ (p = 0,0021) e IL-17RC⁺ (p = 0,0411) en pacientes con AR respecto de los controles. No se hallaron diferencias en la expresión de IL-17RD. En cuanto a IFM, IL-17RC reveló la mayor intensidad en ambos grupos. La expresión de los receptores no mostró correlación significativa con la actividad clínica medida por DAS28, aunque se identificaron diferencias en el perfil de expresión dentro de cada nivel de actividad según el receptor, especialmente en pacientes en remisión, con actividad leve y moderada.

Conclusiones: La expresión diferencial de los receptores IL-17R en linfocitos B de pacientes con AR sugiere posibles alteraciones fenotípicas con relevancia funcional en esta enfermedad autoinmune. La disminución de IL-17RA e IL-17RC podría reflejar mecanismos patológicos o adaptativos frente a la inflamación crónica. Estos hallazgos respaldan el interés en los receptores IL-17R como potenciales blancos terapéuticos.

Bibliografía

1. Ma K, Du W, Xiao F, *et al.* IL-17 sustains the plasma cell response via p38-mediated Bcl-xL RNA stability in lupus pathogenesis. *Cell Mol Immunol*. 2021;18(7):1739-50.
2. Bie Q, Jin C, Zhang B, *et al.* IL-17B: A new area of study in the IL-17 family. *Molecular Immunology*. Elsevier Ltd. 2017;90:50-6.

S35

EVALUACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA MASA MUSCULAR POR ULTRASONIDO EN PACIENTES CON RIESGO DE OSTEOSARCOPENIA

A.R. Morales-Meza, R.C. Soto-Fajardo, C.J. Pineda-Villaseñor, A.A. Martínez-Villarreal, D. Alpizar-Rodríguez, A.H. Peña-Ayala, R. Coronado-Zarco, M.A. Soria-Bastida, A. López-Reyes, R.E. Cervantes-Ramírez, D.I. Rojas-Abarca, C.V. Montiel-Castañeda, A. Bernal-González, F.B. Sánchez-Zamudio, M. Lozano-Hernández

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La osteoporosis se caracteriza por la disminución de la masa ósea y el deterioro de su microarquitectura, mientras que la sarcopenia se define como la pérdida de masa muscular y fuerza. La coexistencia de ambas se vincula con fragilidad, mayor riesgo de fracturas, discapacidad, reducción de la calidad de vida y aumento de la mortalidad. La absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) es el estándar de referencia para la detección de ambas afecciones. Sin embargo, este método no se encuentra ampliamente disponible para la detección de la composición corporal, por lo cual han surgido otros métodos de imagen para su detección, entre los que destaca el ultrasonido (US). Existen varios parámetros por los cuales el US puede evaluar la masa muscular, incluidos modelos de predicción para determinar la masa muscular apendicular (MMA) de forma similar a la DXA.

Objetivo: Determinar el rendimiento diagnóstico del US para la detección de masa muscular baja.

Material y métodos: Estudio transversal analítico que incluyó a sujetos > 60 años con riesgo de tener osteosarcopenia. Se excluyó a los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas, consumo de glucocorticoides, insuficiencia cardíaca o renal, cirrosis hepática, enfermedad renal crónica, neuropatía periférica o con antecedente de colocación de prótesis o material de osteosíntesis. Se les realizó una evaluación clínica que incluía el cuestionario SARC-F, densitometría ósea de columna y cadera, composición corporal por DXA, pruebas funcionales y ultrasonido de grupos musculares del lado dominante (bíceps, flexores de los dedos, cuádriceps y tibial anterior). Para el cálculo de la MMA ultrasonográfica se utilizó un Equipo LOGIQe con sonda lineal de 4-12MHz y el cálculo se realizó mediante el modelo de ABE 2018.

Resultados: Hasta el momento se ha incluido a 56 pacientes, 89,1% de ellos mujeres, con una mediana de edad de 68 (64-73) años. El 12,7% tuvo un cuestionario SARC-F positivo. Con respecto a las pruebas funcionales, el 43,6% tuvo un *sit-to-stand* positivo y el 29,1% mostró fuerza de prensión disminuida. La mediana de MMA determinada por DXA y USG fue de 14,89 (13,08-16,73) y 14,36 (13-15,76) kg, respectivamente. El 14,8% y el 20% de los pacientes tuvieron MMA baja determinada por DXA y USG. El USG mostró un excelente rendimiento diagnóstico con una AUC de 0,98 (IC95%, 0,95-1), con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 93%, un valor predictivo positivo de 73% y un valor predictivo negativo del 100%. No se identificó ninguna diferencia en las características sociodemográficas, pruebas funcionales ni hallazgos en la DMO entre los pacientes que tuvieron masa muscular baja y los que mostraron masa muscular normal (Tabla 1). De los pacientes que tuvieron masa muscular baja por DXA, el 50% tuvo diagnóstico confirmado de sarcopenia por DXA. Con respecto a los hallazgos de la DMO, sólo el 7,1% tuvo una DMO normal, el 52,4% presentó osteopenia y el 40% osteoporosis. Por último, sólo el 7,3% tuvo diagnóstico confirmado de osteosarcopenia.

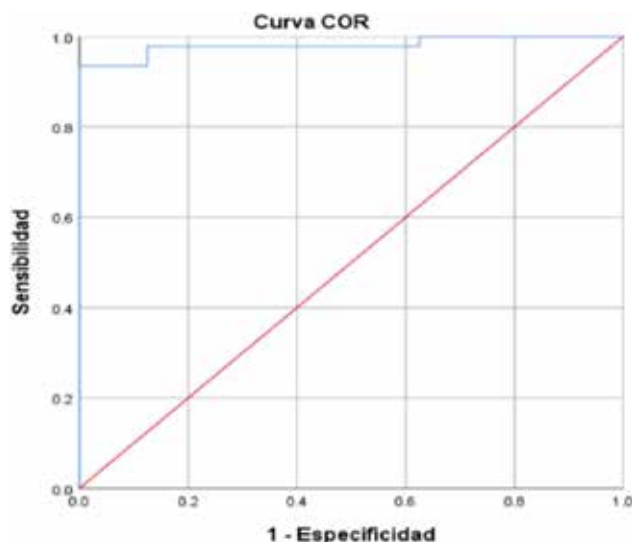
Tabla 1. Tabla de datos demográficos de los pacientes con masa muscular normal y disminuida. (S35)

		Masa muscular normal	Masa muscular disminuida	p estadística
Edad		68 (64-73)	67 (62,75-70)	0,27
Peso		67,8 (59,6-67,8)	55,9 (51,6-68,5)	0,46
Talla		1,54 (1,49-1,6)	1,55 (1,52-1,6)	0,56
IMC		28,35 (25,58-31,5)	23,99 (21,31-25,98)	0,018
Sexo	Mujer	42 (89,4)	7 (87,5)	0,63
	Hombre	5 (10,6)	1 (12,5)	

Cuestionario SARC-F (puntuación > 4 puntos)	7 (14,9%)	0 (0)	0,028
Disminución de la fuerza de presión	12 (25,5%)	4 (50%)	0,25
Disminución de la fuerza medida por <i>sit-to-stand</i>	20 (42,6%)	7 (87,5%)	0,40
DMO con osteopenia	18 (38,3%)	4 (50%)	0,54
DMO con osteoporosis	15 (31,9%)	2 (25%)	
FRAX FOP	9,6 (5,25-13,0)	6,2 (4,15-9,95)	0,171
FRAX cadera	2,3 (0,9-3,75)	1,6 (0,5-3,87)	0,482

Conclusiones: Hasta la fecha se ha encontrado una baja prevalencia de osteosarcopenia (7,3%), con una prevalencia cercana al 15% de masa muscular baja y del 40% de osteoporosis. El US demostró tener un excelente rendimiento diagnóstico con una sensibilidad del 100% (Figura 1), lo que sugiere que podría utilizarse como un método diagnóstico alternativo para la detección de MMA, sobre todo en los sujetos en los que no es posible realizar DXA.

Figura 1. Rendimiento diagnóstico del US para determinar MMA comparado con DXA. (S35)



Bibliografía

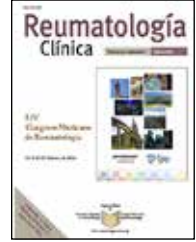
1. Van den Broeck J, Buzzatti L, Jager-Wittenaar H, *et al.* The validity of ultrasound-derived equation models to predict whole-body muscle mass: A systematic review. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2021;46:133-141.
2. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, *et al.* Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWG-SOP2), and the Extended Group for EWG-SOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31.



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



LIV Congreso Mexicano de Reumatología

CASOS CLÍNICOS

CC001

ARTRITIS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INDISPENSABLE EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

A. Sánchez-Polendo, K.B.M. Franco-Morataya, V.L. De León-De León, P.B. Lara-Herrera, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La leucemia linfooblástica aguda (LLA) es el tipo más común de cáncer pediátrico y la artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más frecuente. En las dos entidades nosológicas, la artritis-artralgia es un elemento en común. Ambas tienen por coincidencia una incidencia mayor entre los dos y cuatro años de edad. La mayoría de los pacientes con leucemia muestra síntomas como anemia, leucopenia y trombocitopenia. Sin embargo, las manifestaciones musculoesqueléticas se producen en aproximadamente el 30% de los casos y la artritis es la más frecuente¹. En ocasiones, los síntomas articulares son los únicos presentes en las leucemias, lo que conduce a un diagnóstico erróneo y tratamiento equivocado que puede enmascarar y retrasar el tratamiento oncológico. El abordaje clínico y paraclínico adecuado es indispensable para el correcto diagnóstico reumático u oncológico.

Presentación del caso: Se presentan los casos de dos pacientes referidos con sospecha inicial de artritis idiopática juvenil.

Caso 1: Paciente femenino de 12 años con poliartralgias migratorias de cuatro meses de evolución que se tornaron incapacitantes, sin respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y relacionadas con despertares nocturnos. La valoración reumatológica documentó artritis oligoarticular y pérdida ponderal de 1,8 kg en el último mes, astenia y adinamia, cefalea, caída de cabello y cambios en el comportamiento. Exploración física: artritis en cuatro articulaciones, adenomegalia retroauricular y hepatomegalia. Biometría hemática: neutropenia, sin blastos, anemia normocítica normocrómica leve, reactantes de fase aguda positivos, ANA y factor reumatoide negativos, transaminasemia y aumento de DHL. Se solicitó abordaje infeccioso para inicio de FARME. Sin embargo, acudió a urgencias dos semanas después por fiebre y síntomas respiratorios de cinco días de evolución; la biometría hemática registró presencia de blastos (5%) y el aspirado de médula ósea mostró 94.5% de blastos; se confirmó diagnóstico de LLA.

Caso 2: Paciente masculino de ocho años con cuadro subagudo de un mes de evolución caracterizado por poliartralgias migratorias e incapacitantes, con respuesta parcial a AINE, junto con despertares nocturnos, sudoración nocturna, hiporexia, pérdida ponderal de 6 kg, adenomegalias retroauriculares, astenia y adinamia. Exploración física: artritis en cuatro articulaciones, adenomegalias generalizadas y hepatoesplenomegalia. Biometría hemática: neutropenia leve y blastos (28%), reactantes de fase aguda elevados, pruebas de función hepática con incremento de DHL; aspirado de médula ósea con 94.5% de blastos; se confirmó diagnóstico de LLA.

Discusión: La LLA puede simular artritis idiopática juvenil. El diagnóstico de AIJ se establece por exclusión. La semiología y hallazgos de la

artritis en la exploración física en el paciente pediátrico permiten determinar el adecuado diagnóstico. El dolor articular en AIJ suele ser insidioso y crónico, mejora con el movimiento y empeora con el reposo, con intensidad moderada, proporcional a la sinovitis y responde a AINE. En contraste, existen datos de alarma que orientan a neoplasia: dolor articular intenso, migratorio y persistente, con pobre o nula respuesta a AINE, de inicio agudo o subagudo y con predominio nocturno que puede despertar al paciente, junto con síntomas constitucionales como pérdida ponderal, megalias, citopenias, elevación de DHL2 y, sobre todo, presencia de blastos en sangre periférica. El reconocimiento temprano de estas características permite evitar retrasos diagnósticos y complicaciones vinculadas con un tratamiento inapropiado con inmunosupresores.

Conclusiones: La artritis como forma de presentación de la LLA es un reto diagnóstico. El reumatólogo pediatra debe mantener un alto índice de sospecha y realizar una evaluación integral para descartar neoplasias antes de confirmar AIJ.

Bibliografía

1. Torres A, Solís E, Céspedes A, *et al.* Differences between leukemic arthritis and juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Rheumatol.* 2023;21:50. <https://doi.org/10.1186/s12969-023-00836-5>.
2. Demir F, Eroglu N, Bahadır A, *et al.* A case of acute lymphoblastic leukemia mimicking juvenile idiopathic arthritis. *North Clin Istanbul.* 2019;6(2):184-188. doi: 10.14744/nci.2018.48658. PMID: 31297487; PMCID: PMC6593923.

CC002

TENOSINOVITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA COINFECCIÓN INMUNOMEDIADA

E.S. Acevedo-Castañeda¹, N.A. Zarazúa-Martínez², S. Viramontes-Martínez², J.J. Arriaga-Ramírez³, M.M. Fonseca-Hernández³

⁽¹⁾Hospital General de Zona Medicina Familiar #1 San Luis Potosí, ⁽²⁾Universidad Autónoma de San Luis Potosí, ⁽³⁾Hospital General de Zona #1 San Luis Potosí

Introducción: La tenosinovitis tuberculosa es una manifestación extrapulmonar poco frecuente, de curso insidioso y diagnóstico complejo, y puede simular actividad del trastorno inflamatorio subyacente. Se presenta el caso de un paciente ya diagnosticado con lupus eritematoso sistémico en remisión, que muestra sinovitis asimétrica secundaria a tuberculosis, confirmada por estudio histopatológico.

Presentación del caso: Hombre de 38 años, previamente sano; en marzo del 2023 sufrió un evento vascular cerebral (EVC) isquémico con disartria, afasia y hemiparesia derecha. Resonancia magnética: infarto en el territorio de la arteria cerebral media izquierda. Durante su seguimiento se documentaron anticuerpos antinucleares positivos, sin evidencia de causas embólicas u

obstructivas. La evolución posterior mostró sinovitis no erosiva, úlceras orales, linfopenia y se estableció el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) con manifestación inicial trombótica. En marzo de 2024 desarrolló sinovitis dolorosa localizada en las articulaciones metacarpofalángicas izquierdas. La persistencia y evolución del cuadro llevaron a solicitar estudio de imagen. La resonancia magnética mostró una tumoración en la vaina de los tendones flexores del 3° y 4° dedos, indicativa de tumoración. En mayo de 2024 se resecó quirúrgicamente, con hallazgos consistentes con tenosinovitis tuberculosa, confirmada por baciloscopia positiva (tinción de Ziehl-Neelsen). Recibió tratamiento antituberculoso completo, sin recidiva. Actualmente, el paciente se encuentra en remisión clínica, sin actividad lúpica evidente y con adecuada tolerancia al metotrexato, prednisona e hidroxycloquina.

Discusión: La tenosinovitis tuberculosa (TT) es una manifestación extrapulmonar rara de la tuberculosis (TB), por lo general secundaria a diseminación hematogénea desde un foco latente y más frecuente en zonas endémicas. Representa menos del 5% de los casos de TB musculoesquelética. Su presentación clínica suele ser insidiosa, caracterizada por tumefacción local, dolor progresivo, limitación funcional y, en algunos casos, compresión nerviosa. Las manos y los carpos son el sitio más frecuente, con afectación de la vaina del tendón flexor y la bursa radiocubital (**Figura 1**). El diagnóstico es complejo debido a la presentación subaguda, baja carga bacilar y pruebas inmunológicas casi siempre negativas. La resonancia magnética es clave para evaluar la extensión y guiar la biopsia. Los hallazgos histológicos y microbiológicos son esenciales para confirmar el diagnóstico. En este caso, la TT se presentó como pseudotumor palmar y requirió resección. En personas con LES, el riesgo de infección por TB se incrementa por el uso de inmunosupresores, así como disfunción inmunitaria intrínseca. Los estudios demuestran que hasta 50% de pacientes con LES puede desarrollar infecciones graves, y la TB es una de las más importantes por su avance insidioso y gran capacidad mimética. Este caso destaca la importancia de no atribuir de modo inicial los síntomas musculoesqueléticos a la actividad lúpica, especialmente ante manifestaciones atípicas. La coexistencia de TB y LES, aunque infrecuente, requiere alto índice de sospecha para evitar retrasos diagnósticos que comprometan la vida o la función.

Figura 1. (CC002)



Conclusiones: La TT en pacientes con LES es infrecuente, pero clínicamente relevante. La presentación como sinovitis subaguda en un paciente inmunocomprometido debe levantar sospecha sobre una causa infecciosa. El diagnóstico requiere confirmación histopatológica y microbiológica. El tratamiento se basa en esquema antituberculoso completo y sinovectomía en casos avanzados. Este caso enfatiza el valor del enfoque multidisciplinario (neurología, reumatología, infectología y cirugía) para lograr un resultado clínico favorable.

Bibliografía

1. Feldman CH, Hiraki LT, Winkelmayer WC, *et al.* Serious infections among adult Medicaid beneficiaries with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. *Arthritis Rheumatol.* 2015;67(6):1577-85.

2. Pattamapaspong N, Muttarak M, Sivasomboon C. Tuberculosis arthritis and tenosynovitis. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2011;15(5):459-69.

CC003

GOTA TOFÁCEA CERVICAL, REPORTE DE UN CASO CON MÚLTIPLES TOFOS DISEMINADOS

E.D. Álvarez-Boizo¹, E. Cime², M. Baca¹, M. Castro¹

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La gota tofácea crónica representa la etapa más avanzada de la gota. Los tofos suelen depositarse por debajo de la piel y alrededor de las articulaciones; sin embargo, en ocasiones pueden generar erosiones en diversas estructuras óseas.

Presentación del caso: Hombre de 51 años con antecedentes hereditarios de tío paterno y hermano con gota tofácea. Antecedente personal de hipertensión y gota tofácea desde 1995. Recibió tratamiento intermitente con colchicina (1 mg/día). Una semana antes de su ingreso presentó eritema, aumento de volumen e hipertermia del primer dedo del pie derecho, con salida de material purulento y fétido. Durante esa semana se trató con ciprofloxacina (200 mg dosis única) y, ante la falta de mejoría, acudió a urgencias del HGZ/MF 29. A su ingreso se registraron TA 123/88 mmHg, FC 90 lpm, FR 20 rpm, T 36°C. Al interrogatorio refirió parestesia en cara lateral del hombro y brazo superior bilateral. En la exploración destacaron tofos bilaterales prominentes en codos, cara externa de antebrazos, muñecas y falanges, así como rodillas, cara anterior de la pierna, maleolos internos y externos. El primer dedo del pie derecho presentaba solución de continuidad, de coloración violácea con salida de material purulento fétido. Los estudios de laboratorio revelaron creatinina (1,89 mg/dL) y ácido úrico (10,79 mg/dL) (**Tabla 1**). Se obtuvo cultivo de herida y se iniciaron curaciones y ceftriaxona empírica. A su ingreso en medicina interna se realizaron radiografías de extremidades y se identificaron múltiples erosiones óseas, sobre todo en las superficies articulares de los metatarsianos del pie derecho y la articulación tarsometatarsal e interfalángica del primer dedo, con presencia de imágenes radiolúcidas de características aéreas en la parte posterior del pie derecho. Dada la neuropatía sensitiva en miembros torácicos se solicitó estudio tomográfico de la columna cervical que informó fractura por erosión del muro anterior del cuerpo de C5, así como erosiones en cuerpos vertebrales C4-C6, lo que confirmó la gota cervical (**Figura 1**). El ultrasonido renal identificó litiasis no obstructiva. Comenzó tratamiento con alopurinol (100 mg/día). En el cultivo se aisló *Morganella morganii* sp por lo que se ajustó el tratamiento a ciprofloxacina. Luego de siete días, el paciente no experimentó mejoría, por lo que se llevó a cabo amputación del primer dedo del pie derecho y aseo quirúrgico, con los siguientes hallazgos: necrosis del dedo, lisis ósea, múltiples tofos y úlcera en cara posterior de pierna derecha. Continuó con curaciones diarias y antibiótico dirigido. En virtud de su buena evolución fue egresado con tratamiento hipouricemiente, antihipertensivo y antibiótico junto con pregabalina.

Discusión: La gota axial es una rara alteración de la gota crónica, y la zona lumbar es el área afectada con más frecuencia en la columna vertebral. El compromiso cervical se ha notificado en escasa medida en las publicaciones médicas; en el conocimiento de los autores, menos de 25 casos se han informado. Los cambios degenerativos y erosiones óseas se atribuyen a la presencia de tofos. El diagnóstico de esta manifestación puede ser un reto y es un diagnóstico diferencial de infecciones o masas cervicales, por lo que los estudios de imagen son herramientas útiles en este contexto.

Conclusiones: La gota tofácea cervical debe considerarse una posibilidad diagnóstica cuando existan síntomas neuropáticos en pacientes con antecedentes de gota tofácea diseminada de larga evolución. Su tratamiento depende del cuadro neuropático y los hallazgos imagenológicos.

Bibliografía

- Louie PK, Kumar R, Ruhoy S, *et al.* Gout-Induced cervical deformity and progressive myelopathy mimicking infection requiring cervical reconstruction. *World Neurosurg.* 2024;182:112-115.

Tabla 1. Estudios de laboratorio iniciales del paciente. (CC003)

Hematología			Bioquímica			Urianálisis		
Ítem	Paciente	Ref. valor	Ítem	Paciente	Ref. valor	Ítem	Paciente	Ref. valor
Leucocitos (cel/μl)	7,57	3,9-10,1	Glucosa (mg/dL)	90,9	70-99	Color	Yellow	
Neutrófilos (cel/μl)	5,41	2-7,2	Nitrógeno ureico en sangre – BUN (mg/dL)	46,96	7-25	Densidad	1,02	1,005-1,03
Linfocitos (cel/μl)	1,78	0,8-3,3	Proteínas totales (g/dL)	6,71	6,4-8,9	Glucosa (mg/dL)	Neg.	Neg.
Eosinófilos (cel/μl)	0,008	0-0,5	Albumina (g/dL)	3,08	3,5-5,7	Proteínas (mg/dL)	sign	Neg.
Monocitos (cel/μl)	0,32	0,3-0,9	Globulinas (g/dL)	3,63	1,9-3,7	Cetonas (mg/dL)	Neg.	Neg.
Basófilos (cel/μl)	0,056	0-0,1	AST (U/l)	15,7	13-39	Leucocitos	6-8	Neg.
Hemoglobina (g/dL)	13,3	13,1-18,1	ALT (U/l)	21,8	7-52	Cristales	Neg.	Neg.
Hematócrito (%)	39,8	38,5-53,6	Creatinina (mg/dL)	1,89	0,7-1,3	pH	6	5-8
Plaquetas (cel/μl)	324,5	147-402	Ácido úrico (mg/dL)	10,79	2,3-7,6	Eritrocitos	10-15	Neg.
			Urea (mg/dL)	100,5	2,33-46,7			

Figura 1. Hallazgos en estudio tomográfico de la columna cervical. Cortes sagital, coronal y axial, respectivamente, en los que se observan fractura por erosión del muro anterior del cuerpo de C5, así como erosiones en cuerpos vertebrales en C4-C6. (CC003)

CC004

INFECCIÓN ESTREPTOCÓCICA COMO DESENCADENANTE INMUNOLÓGICO DE POLIARTERITIS NODOSA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

C.C. León-Rodríguez, A. Bernabé-Jiménez, I. Kattan-Mejía, P. Lara-Herrera, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La poliarteritis nodosa es una vasculitis necrosante que afecta arterias de mediano calibre y se caracteriza por compromiso cutáneo, neuromuscular y visceral. Su presentación en edad pediátrica es poco

frecuente y el diagnóstico puede ser complejo por la similitud clínica con otras enfermedades posinfecciosas. Una infección estreptocócica previa puede actuar como desencadenante inmunológico, aunque la relación no se encuentra claramente establecida.

Presentación del caso: Paciente femenino de nueve años de edad, previamente sana. Inició en diciembre de 2024 con rinorrea hialina, sin fiebre ni odinofagia. En enero de 2025 mostró mialgias, artritis migratorias en tobillos, rodillas, codos y carpos, junto con nódulos subcutáneos dolorosos en extremidades, además de pérdida de peso. Laboratorios iniciales: títulos de antiestreptolisinas positivos en dos determinaciones (791 y 887 UI/mL), PCR (16,7 mg/dL), VSG (38 mm/h), factor reumatoide (< 9,75 IU/mL), ANA moteado fino (1:80); examen general de orina: normal. Ecocardiografía: sin evidencia de carditis. Valoración dermatológica con diagnóstico de eritema nodoso postestreptocócico. Biopsia de piel: panculitis lobulillar con arteritis aguda extensa. Estudios complementarios: electromiografía: miopatía con inestabilidad de membrana. Angiorresonancia: irregularidades en tronco braquiocefálico, arteria renal izquierda e ilíacas. Panarteriografía: microaneurismas bilaterales en arterias renales, así como vasos mesentéricos e intestinales. Se establece el diagnóstico de poliarteritis nodosa sistémica.

Tratamiento: bolos de metilprednisolona (3), prednisona a dosis plena con descenso gradual, metotrexato semanal y ciclofosfamida mensual. Evolución: remisión clínica progresiva, ausencia de artritis y nódulos subcutáneos, PCR negativa, función renal y hepática conservada.

Discusión: La poliarteritis nodosa en la edad pediátrica es infrecuente. La presentación de antiestreptolisinas elevadas y antecedente de infección de vías respiratorias superiores plantearon inicialmente diagnósticos diferenciales, como fiebre reumática o artritis postestreptocócica, los cuales se descartaron por ausencia de carditis, características articulares y evolución del cuadro. Independientemente de considerar los diagnósticos diferenciales, el adecuado abordaje multidisciplinario y el hallazgo histopatológico de la biopsia dérmica establecieron el diagnóstico de poliarteritis nodosa.

Conclusiones: El abordaje diagnóstico multidisciplinario y los estudios paraclínicos en pacientes con artritis y nódulos subcutáneos permitieron integrar el diagnóstico de poliarteritis nodosa. La identificación temprana y el tratamiento inmunosupresor intensivo son clave para prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico. Los procesos infecciosos en la edad pediátrica son frecuentes y constituyen desencadenantes importantes de enfermedades autoinmunes, particularmente infecciones por estreptococo betahemolítico del grupo A. La elevación de antiestreptolisinas indica infección estreptocócica reciente y, aunque puede ser un desencadenante, no es específica de la poliarteritis nodosa.

Bibliografía

Cheng W, Yin W, Liu F, *et al.* Case report: a case of cutaneous polyarteritis nodosa in a child following a streptococcal infection. *Front Pediatric* 2025;13:1553118. doi:10.3389/fped.2025.1553118.

CC005

MANIFESTACIONES PULMONARES ATÍPICAS EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE CON Anti-Ro52 POSITIVO

C.V. Elizondo-Solís, O. Ilizaliturri-Guerra, A.P. Montemayor-Zarazúa, K. Silva-Luna, M.A. Garza-Elizondo

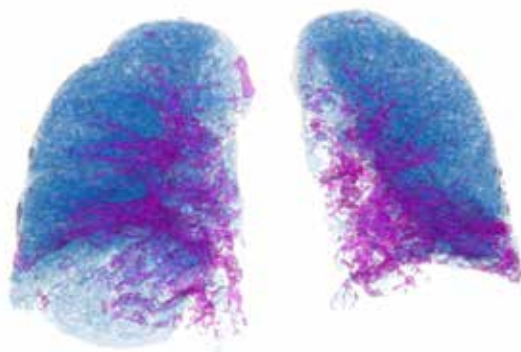
Instituto de Medicina Interna, Centro Médico Zambrano Hellion TecSalud

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica que afecta sobre todo a las articulaciones sinoviales. La afectación pulmonar en AR es una manifestación extraarticular importante que puede incluir enfermedad intersticial, derrame pleural y nódulos pulmonares. La presencia de anticuerpos como anti-Ro52, característica de síndromes del espectro miosítico, puede ocasionar un cuadro pulmonar atípico. Este caso ilustra la importancia de una evaluación integral en pacientes con síntomas sistémicos y compromiso pulmonar.

Presentación del caso: Paciente femenina de 40 años que acude a valoración en diciembre del 2024 por cuadro de dolor articular intenso con patrón poliarticular aditivo y simétrico, con afectación de manos, codos, rodillas y tobillos, en relación con rigidez. Se la trata de modo inicial con prednisona (10 mg) y luego se agrega hidroxiquina, sin mejoría. Durante su evolución presentó disnea, diaforesis, tos seca y desaturación al esfuerzo (hasta 87% AA), con sibilancias y posteriormente crépitos difusos en la exploración pulmonar. Ante la sospecha de enfermedad infecciosa o inflamatoria pulmonar, se hospitalizó en dos ocasiones, con obtención de tomografía de tórax que documentó derrame pleural bilateral de predominio izquierdo, atelectasias subsegmentarias basales bilaterales, bronquiectasias discretas, infiltrados intersticiales perihiliares bilaterales y un porcentaje de fibrosis de 9,4% (Figura 1). La espirometría reveló patrón restrictivo moderado, sin respuesta a los broncodilatadores, con capacidad vital forzada y FEV₁ por debajo del límite inferior de la normalidad, capacidad pulmonar total disminuida y DLCO reducida, consistente con afectación intersticial moderada. Los estudios inmunológicos fueron positivos: FR, IgM, IgA, anti-Ro52 y anti-Ku. Reactantes de fase aguda persistentemente elevados (PCR, 58,9 mg/dL, VSG 40 mm/h). Se integró el diagnóstico de artritis reumatoide con positividad a anti-Ro52 y manifestaciones pulmonares significativas. En la actualidad, la paciente se encuentra con pulsos de metilprednisolona, prednisona oral a dosis altas (60 mg/día), ácido micofenólico, metotrexato subcutáneo semanal, ácido fólico y profilaxis gástrica y ósea, con mejoría parcial del cuadro inflamatorio y persistencia de la disfunción pulmonar.

Discusión: Se presenta un caso de AR seropositiva con compromiso pulmonar intersticial y positividad a anti-Ro52, hallazgo poco frecuente en la AR típica, pero relacionado con formas con superposición inmunológica. La presencia de este anticuerpo, descrito en síndromes del espectro miosítico, se ha vinculado con mayor riesgo de neumopatía, evolución más agresiva y menor respuesta a fármacos convencionales. Los hallazgos tomográficos

Figura 1. Reconstrucción tridimensional de tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) en paciente con AR seropositiva y anti-Ro52+. El color azul representa el tejido preservado, mientras que las zonas en color morado indican áreas de fibrosis pulmonar. (CC005)



(infiltrados, bronquiectasias y fibrosis incipiente) y espirométricos (patrón restrictivo y DLCO disminuida) confirman daño pulmonar activo. La respuesta parcial al tratamiento inmunosupresor subraya la necesidad de un abordaje temprano y multidisciplinario en pacientes con manifestaciones extraarticulares graves y perfil serológico atípico.

Conclusiones: El compromiso pulmonar en la artritis reumatoide representa una complicación grave que ocasiona morbilidad significativa, especialmente cuando existe positividad a anticuerpos como anti-Ro52.

Bibliografía

1. Decker P, Moulinet T, Pontille F, *et al.* An updated review of anti-Ro52 (TRIM21) antibodies impact in connective tissue diseases clinical management. *Autoimmun Rev.* 2022;21(3):103013. doi:10.1016/j.autrev.2021.103013. PMID: 34896652.
2. Nayeirad S, Mohamadi A, Yousefi-Koma H, *et al.* Association of anti-Ro52 autoantibody with interstitial lung disease in autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Respir Res.* 2023;10(1):e002076. doi:10.1136/bmjresp-2023-002076. PMID: 38030264; PMCID: PMC10689422.

CC006

SÍNDROME DE SJÖGREN CON PAQUIMENINGITIS HIPERTRÓFICA NODULAR: REPORTE DE CASO

A.P. Montemayor-Zarazúa¹, E. Purón-González¹, S. Martínez-Cadena², C.V. Elizondo-Solís¹, M.A. Garza-Elizondo¹

⁽¹⁾Instituto de Medicina Interna, Centro Médico Zambrano Hellion TecSalud,

⁽²⁾Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Introducción: La paquimeningitis hipertrófica (PH) es una entidad infrecuente caracterizada por engrosamiento inflamatorio crónico de la duramadre que puede presentarse de forma difusa o nodular. Su origen incluye causas infecciosas, neoplásicas y autoinmunes. Entre las enfermedades sistémicas relacionadas se encuentra el síndrome de Sjögren (SS), una afección autoinmune que típicamente afecta a glándulas exocrinas, pero que también puede manifestarse con compromiso del sistema nervioso central. Este caso describe a una paciente con PH nodular en contexto de SS seropositivo, con énfasis en su evolución clínica, estudios diagnósticos y respuesta al tratamiento inmunosupresor.

Presentación del caso: Paciente femenina de 46 años sin antecedentes relevantes, referida por cefalea intermitente de cinco años de evolución. En abril de 2024 experimentó agudización de la cefalea acompañada de diplopía horizontal y oftalmoplejía del ojo izquierdo. La resonancia magnética de encéfalo con contraste reveló engrosamiento meníngeo nodular bilateral en la tienda del cerebelo, lóbulos occipitales y lóbulo temporal izquierdo, hallazgos consistentes con paquimeningitis hipertrófica nodular (Figuras 1 y 2). Se descartó una causa infecciosa con estudios negativos para tuberculosis, coccidioidomicosis y meningitis. Se inició tratamiento con prednisona (50 mg/día), posteriormente reducida tras mejoría clínica inicial. En evaluación por reumatología se identificó xerostomía con Schirmer positivo, sin xeroftalmia, artralgias o lesiones cutáneas. Los estudios inmunológicos registraron ANA (1:100 patrón moteado fino), anti-Ro (67,9 U/mL) e hipocomplementemia (C3: 170 mg/dL, C4: 31 mg/dL). Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de síndrome de Sjögren con manifestación neurológica central. Se añadió azatioprina (50 mg/día) como ahorrador de esteroide. Durante el seguimiento clínico, la paciente sufrió recaída de la cefalea al reducir los esteroides, por lo que se reintrodujo la prednisona (5 mg/día). Se interconsultó con neurología que ajustó el tratamiento y agregó carbamazepina y venlafaxina, con mejoría sostenida. En los controles posteriores (enero a agosto de 2025), los estudios de laboratorio mostraron PCR y VSG en descenso (PCR, 2,3 a 0,9 mg/dL; VSG, 24 a 18 mm/h), sin alteraciones hematológicas ni hepáticas. Se mantuvo buena tolerancia al tratamiento inmunosupresor con estabilidad clínica.

Discusión: Este caso resalta una manifestación atípica del síndrome de Sjögren, en la cual la paquimeningitis hipertrófica nodular fue la forma de presentación. La cefalea crónica y los signos neurológicos localizados,

Figura 1. Engrosamiento nodular y realce de la duramadre a nivel de la base del cráneo, en las regiones supraselar y perisinusal, consistente con paquimeningitis hipertrófica nodular. Se observa realce meníngeo bilateral, sin alteraciones del parénquima encefálico adyacente. (CC006)

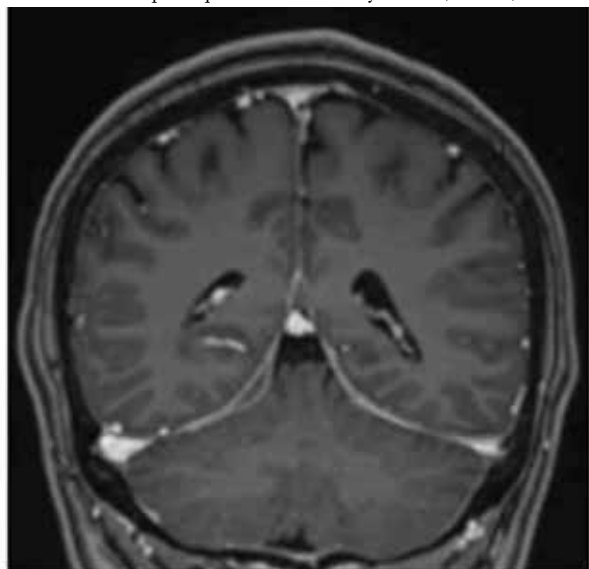
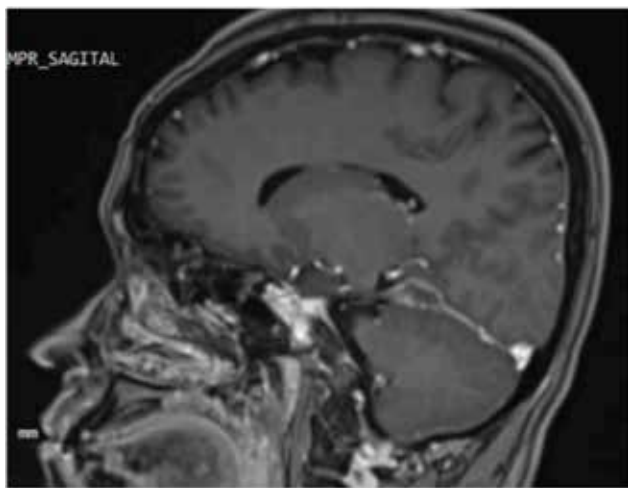


Figura 2. Imagen en T1 sagital contrastada con gadolinio en la que se observa realce paquimeningeo nodular hacia la tienda del cerebelo y seno cavernoso, así como la corteza cerebral con focos de realce nodular. (CC006)



como la oftalmoplejía, llevaron a obtener neuroimagen que permitió identificar el engrosamiento meníngeo. El abordaje integral incluyó la exclusión de causas infecciosas y neoplásicas, así como la identificación de un perfil autoinmune positivo, en particular anti-Ro y ANA, que orientó hacia un diagnóstico de Sjögren.

Aunque las manifestaciones neurológicas del Sjögren suelen ser periféricas, este caso ilustra que también puede afectar al sistema nervioso central con compromiso meníngeo. La respuesta clínica favorable al tratamiento con esteroides y azatioprina refuerza la hipótesis de una base autoinmune en la fisiopatología de la PH en esta paciente. La resonancia magnética cerebral fue fundamental tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de la evolución.

Conclusiones: La paquimeningitis hipertrófica nodular debe considerarse dentro del espectro de manifestaciones neurológicas del síndrome de Sjögren, especialmente ante hallazgos indicativos en neuroimagen y serología autoinmune positiva. El diagnóstico oportuno y el tratamiento inmunosupresor adecuado permiten controlar la progresión y mejorar la calidad de

vida del paciente. Este caso destaca la importancia de un abordaje multidisciplinario y una vigilancia clínica estrecha ante síntomas neurológicos persistentes en pacientes con sospecha de enfermedad autoinmune.

Bibliografía

1. Heo Y, Kim T. Case report: hypertrophic pachymeningitis associated with Sjögren's syndrome. *Neurol Sci.* 2019;40(4):879-882. doi:10.1007/s10072-018-3637-2. PMID: 30430316.
2. Nakano Y, Yamamoto M, Komatsu K, *et al.* Hypertrophic pachymeningitis in Sjögren's syndrome. *Intern Med.* 2018;57(3):413-415. doi:10.2169/internalmedicine.9406-17. PMID: 29093421; PMCID: PMC5827326.

CC007

SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN ARTRITIS REUMATOIDE SEROPositiva Y PSORIASIS VULGAR: EVOLUCIÓN COMPLEJA Y RESPUESTA A BARICITINIB

A. Hernández-Miranda, M. Moreno-Ramírez

Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez

Introducción: La coexistencia de artritis reumatoide (AR) y psoriasis representa un síndrome de superposición. La prevalencia global oscila entre 0,2 y 1%, con gran heterogeneidad según sea la población. En México, los informes son escasos; las series de artritis inflamatorias describen coexistencia menor de 1% y usualmente en informes aislados. El tratamiento se complica cuando existen infecciones graves que contraindican el uso de anti-TNF y cuando la aparición de psoriasis obliga a suspender otros fármacos biológicos. El baricitinib, un inhibidor selectivo de JAK1/JAK2, ha demostrado eficacia en AR en múltiples estudios clínicos (RA-BEAM, RA-BUILD, RA-BEGIN), con tasas de respuesta ACR20 > 60% y mejorías rápidas en DAS28 y HAQ-DI7-9. En la psoriasis, un estudio de fase 2b mostró mejorías significativas en PASI75 con baricitinib de 4 mg. En la artritis psoriásica, el estudio BE ACTIVE publicó una eficacia clínica sostenida.

Presentación del caso: Mujer de 59 años con diagnóstico de AR seropositiva de 35 años de evolución, con hipertrofia sinovial y subluxación de metacarpofalángicas bilaterales (PCR, 112 mg/L; factor reumatoide, 153 UI/mL; anti-CCP positivo) e hipertensión arterial sistémica. Inicialmente recibió FARMES convencionales con pérdida de eficacia en 2018, por lo que se decidió usar adalimumab (40 mg SC cada 15 días) con buena respuesta inicial. En 2013 y 2015 se realizó artroplastia total de rodilla izquierda y derecha, con reimplante en 2018, pero desarrolló múltiples infecciones protésicas recurrentes, lo que obligó a suspender el adalimumab. En 2019 desarrolló osteomielitis con fracaso a antibióticos y fue necesaria la amputación supracondílea derecha en 2020. Entre 2020 y 2021 se trató con metotrexato (10-15 mg/sem) y leflunomida (20 mg/día), además de glucocorticoides, sin alcanzar remisión, por lo que en 2022 se inició abatacept (125 mg SC semanal), con suspensión de glucocorticoides y remisión clínica. En 2024 mostró lesiones eritematoescamosas en cara y extremidades (superficies articulares), con afectación palmoplantar y ungueal (2-3 pits por lámina). Se la valoró en el servicio de dermatología, que tras un protocolo diagnóstico estableció psoriasis vulgar, con PASI 9,3 y NAPSÍ 80, además de afectación grave de la calidad de vida. Se suspendió el abatacept y, en conjunto con el servicio de dermatología, se decidió iniciar baricitinib (4 mg/día VO) junto con metotrexato (15 mg/sem) y ácido fólico. Tras cuatro meses de tratamiento (julio de 2025) se documentó mejoría clínica significativa: PASI 0, NAPSÍ 17, EVA 0, y DAS28-PCR en remisión, con notable recuperación funcional y de calidad de vida.

Discusión: La coexistencia de AR y psoriasis es rara. En el plano internacional se calcula que entre 0,5 y 1,3% de los pacientes con AR desarrolla psoriasis, mientras que hasta el 5% de los pacientes con psoriasis puede presentar AR concomitante. El baricitinib, aunque sin aprobación para la psoriasis, cuenta con sólida evidencia en AR y eficacia notificada en estudios de psoriasis y artritis psoriásica. Este caso documenta respuesta cutánea completa (PASI 0, NAPSÍ 17) y remisión articular (DAS28-PCR en remisión) con baricitinib en un síndrome de superposición AR-psoriasis,

lo que sustenta su papel potencial como tratamiento de rescate en escenarios clínicos complejos. La evaluación integral con índices dermatológicos (PASI, NAPSI) y reumatológicos (DAS28-PCR, EVA) fue crucial para objetivar la respuesta y reflejar la mejoría multidimensional.

Conclusiones: La superposición AR y psoriasis es infrecuente y clínicamente relevante. Las infecciones graves y las manifestaciones cutáneas llevaron a suspender los fármacos biológicos previos. El baricitinib, pese a no estar aprobado para la psoriasis, ofreció una respuesta clínica eficaz en piel y articulaciones. Este caso subraya la importancia de individualizar el tratamiento y el abordaje multidisciplinario.

Bibliografía

1. Liao KP, Diogo D, Okada Y, *et al.* Coexistence of rheumatoid arthritis and psoriasis: epidemiology and clinical characteristics. *J Rheumatol.* 2021;48(6):908-15.
2. Polachek A, Li S, Chandran V, *et al.* Risk of developing rheumatoid arthritis in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res.* 2017;69(8):1165-70.

CC008

PACIENTE FEMENINO CON VASCULITIS ASOCIADA A ANCA CON POLINEUROPATÍA INICIAL Y PROGRESIÓN RENAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE QUERÉTARO 2025

A. Martínez-Franco, G.A. Portillo-Esparza, D.F. García-Rodríguez

Hospital General de Querétaro

Introducción: La vasculitis relacionada con anticuerpos contra el citoplasma de neutrófilos (ANCA) es una vasculitis de vasos pequeños con predilección por el riñón y el pulmón. La afectación neurológica periférica como forma inicial es menos frecuente y puede retrasar el diagnóstico. El reconocimiento temprano permite iniciar inmunosupresión y limitar el daño orgánico. Se presenta un caso con inicio otorrinolaringológico y polineuropatía, seguido de deterioro renal.

Presentación del caso: Mujer de 35 años previamente sana. A lo largo de varios meses mostró un cuadro de vía respiratoria superior con hipoacusia y tinnitus, seguido por parestesias y debilidad de instalación rápida que iniciaron en miembros inferiores y progresaron a miembros superiores, con limitación para la deambulación. Se agregó edema de extremidades inferiores y parálisis facial periférica derecha. La exploración física destacó disartria y oftalmoplejía derecha, disminución de fuerza en extremidades y edema maleolar bilateral. Los estudios de laboratorio mostraron hemoglobina (8,8 g/dL), leucocitos ($26,12 \times 10^9/L$), plaquetas ($599 \times 10^9/L$), sodio (114 mmol/L), urea (205 mg/dL) y creatinina (9,66 mg/dL). El examen general de orina demostró proteinuria y hematuria. La serología registró C-ANCA positivo 1:320, con P-ANCA negativo. La recolección de orina de 24 horas cuantificó proteinuria de 1,88 g/24 h. El electromiograma evidenció ausencia de respuesta bioeléctrica en nervios peroneo y tibial bilaterales, latencia prolongada y amplitud disminuida en mediano derecho, y potenciales de deservación en tibial anterior y gemelo medial, consistentes con polineuropatía axonal sensitivomotora. La tomografía de cráneo fue normal. El ultrasonido renal sugirió nefritis intersticial sin lesiones focales. Se administraron pulsos de metilprednisolona (1 g/día por 3 días), hemodiálisis y recambio plasmático (5 sesiones). Después recibió ciclofosfamida intravenosa ajustada a función renal y, en seguimiento, rituximab. Evolucionó con mejoría clínica, incremento de la diuresis y reducción de proteinuria a 0,76 g/24 h.

Discusión: La polineuropatía como manifestación temprana de vasculitis ANCA positiva es menos habitual y puede retrasar la sospecha diagnóstica. Las recomendaciones actuales apoyan los glucocorticoides combinados con rituximab o ciclofosfamida para la inducción en enfermedad amenazante de órgano. El abordaje integrado entre reumatología, neurología y nefrología es clave cuando coexisten manifestaciones otorrinolaringológicas, neurológicas y renales.

Conclusiones: La vasculitis ANCA puede iniciar con síntomas de vía respiratoria superior y evolucionar a polineuropatía de rápida progresión y compromiso renal. Mantener un alto índice de sospecha ante esta combinación

facilita el diagnóstico oportuno. La inmunosupresión de inducción intensiva conforme a recomendaciones vigentes puede preservar la función neurológica y renal y mejorar el pronóstico.

Bibliografía

1. Koike H, Nishi R, Ohya K, *et al.* ANCA-associated vasculitic neuropathies: a review. *Neurol Ther.* 2022;11(1):21-38.
2. Hellmich B, Sánchez-Alamo B, Schirmer JH, *et al.* EULAR recommendations for the management of ANCA-associated vasculitis: 2022 update. *Ann Rheum Dis.* 2024;83(1):30-47. doi:10.1136/ard-2022-223764.

CC009

LUPUS TUMIDUS: UNA FORMA INFRECUENTE DE LUPUS CUTÁNEO, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

A.K. Díaz-Sandoval, I. Lepe-Álvarez, J.A. Martínez-Díaz, D. García-Cerda

Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

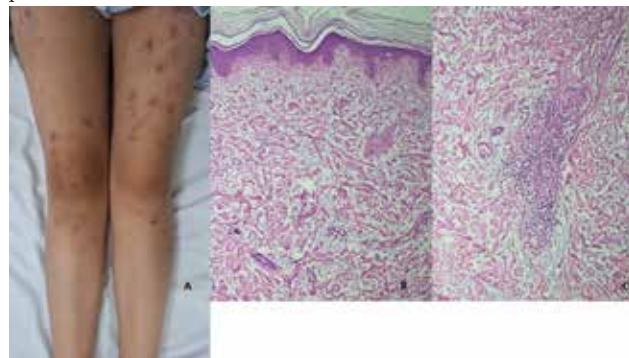
Introducción: El lupus tumidus es un trastorno poco común y se desconoce su prevalencia e incidencia exacta; se ha observado una mayor presentación en el género femenino, alrededor de los 30 a 40 años. Es rara su vinculación con el lupus eritematoso sistémico y se caracteriza por una detección menos frecuente en la positividad de anticuerpos (anticuerpos antinucleares < 20%, anti-Ro, anti-La, anti-dsDNA).

Presentación del caso: Paciente femenino de 19 años de edad que inicia su padecimiento con dermatosis ampollosa aguda y generalizada que afecta la región facial y antebrazos, con extensión a miembros pélvicos, sin compromiso de palmas y plantas, y con resolución espontánea no cicatrizal.

Con posterioridad se agregan síntomas sistémicos: astenia, adinamia, caída de cabello, úlceras orales, gingivorragia, edema palpebral, depresión y alucinaciones auditivas, así como disnea y síndrome anémico. Exploración física: alopecia difusa, lesiones faciales descamativas, hiperqueratosis, máculas residuales en extremidades superiores, placas ovales de 8-14 mm, de superficie eritematosa puntiforme y bordes irregulares, con mácula circular < 15 mm, color marrón y lisa acompañada de costras color negro y xerosis, con ANA positivo (1:3200, AC-4 patrón moteado fino) que cumple criterios SLICC 2012 para lupus eritematoso sistémico. La biopsia en sacabocado y el estudio histopatológico revelan vasculitis leucocitoclástica de vaso pequeño y mucinosis cutánea, indicativa de la variedad tímida de lupus eritematoso (**Figura 1**).

Discusión: Este caso muestra una dermatosis representativa de esta variante cutánea, la cual se acompañó de afectación generalizada y actividad grave de la enfermedad, por lo cual recibió tratamiento con corticoides sistémicos. Aunque son pocos los casos descritos, puede coexistir la relación

Figura 1. A, dermatosis constituida por máculas y pápulas hiperpigmentadas con bordes mal definidos, algunas con restos de costra hemática y otras en fase de resolución, distribución bilateral simétrica e irregular. B, corte histológico con el depósito de mucina. C, corte histológico con infiltrado perivascular. (**CC009**)



sistémica con seropositividad en un porcentaje menor. Esta alteración suele caracterizarse por ausencia de obstrucción folicular, atrofia o cicatrización, y afectar a zonas fotoexpuestas (principalmente región facial, tórax anterior y posterior, extremidades superiores y en menor frecuencia extremidades inferiores). Muchas veces se acompaña de alopecia, edema periorbitario (fases iniciales), placas y pápulas que pueden simular un lupus subagudo anular por su distribución *blaschkoides*; es por ello que su clasificación es aún controvertida y algunos la consideran como un tipo de lupus cutáneo intermitente o incluso como un padecimiento independiente.

Conclusiones: Su diagnóstico suele ser difícil debido a su resolución espontánea, su baja vinculación con la afectación sistémica y la escasa positividad de anticuerpos; sin embargo, su pronóstico es casi siempre favorable, al ser una entidad autolimitada, la cual tiende a resolverse sin cicatrices, atrofia o despigmentación y por su adecuada respuesta a la fotoprotección, y tratamiento tópico y antipalúdico.

Bibliografía

- Wallace DJ, Hahn B. Dubois' lupus erythematosus and related syndromes. Philadelphia, PA: Elsevier; 2025.
- Femia Alisa N, MD. Tumid lupus erythematosus. Uptodate. July 2024. https://www.uptodate.com/contents/tumid-lupuserythematosus?search=lupus+tumidus&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.

CC010

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: UNA CADENA FAMILIAR

C.J. Corona-Echauri, C.N. Chávez-Ruiz, O.L. Gómez-Campos, M. Marín-Rosales

Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad reumática inflamatoria crónica del esqueleto axial, las entesis y con frecuencia las grandes articulaciones periféricas. Es el prototipo y la mejor conocida del grupo de las espondiloartritis. Se caracteriza por lumbalgia inflamatoria crónica y sacroileitis radiográfica. También suele mostrar manifestaciones extraarticulares, en particular uveítis anterior aguda, psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal. El objetivo de este trabajo es describir una serie de cinco casos de familiares directos con espondilitis anquilosante atendidos en el servicio de reumatología en el Hospital General de Occidente.

Presentación del caso: Se realizó la descripción retrospectiva en forma de serie de casos, que incluyó a cinco pacientes con diagnóstico confirmado

de espondilitis anquilosante, todos pertenecientes a familiares de primer grado, atendidos en el servicio de reumatología. La información se obtuvo a partir de la revisión de los expedientes clínicos y se registraron variables como género, edad actual, tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de cambios radiográficos, clasificación según los criterios modificados de Nueva York, clinimetría actual, tratamiento instituido y antecedentes personales relevantes.

De los cinco casos analizados, tres correspondieron a mujeres (60%) y dos a hombres (40%), con edades que oscilaban entre los 33 y 73 años, con un promedio de $56 \pm 19,3$ años. El tiempo de evolución de la enfermedad varió entre 5 y 48 años, con un promedio de $27,5 \pm 19,9$ años. Todos los pacientes se clasificaron mediante clínica y hallazgo radiográfico; tres pacientes mostraron anquilosis total al diagnóstico y dos tenían grado III según los criterios de Nueva York. El tratamiento predominante incluyó antiinflamatorios no esteroideos y sulfasalazina, complementado en algunos casos con metotrexato, leflunomida o agentes biológicos como el infliximab. Se obtuvo remisión clínica por ASDAS en sólo el 40% de casos. Dentro de las complicaciones, dos pacientes tenían antecedente de tuberculosis latente y uno de cáncer de mama (Tabla 1). En conjunto, se observó un patrón de evolución prolongada, con diagnóstico en fases avanzadas y necesidad de tratamientos combinados.

Discusión: La presente serie de casos ilustra la importancia de la carga genética en la espondilitis anquilosante. Se ha descrito que la enfermedad es mucho más frecuente en los familiares de primer grado positivos a HLA-B27, de los cuales entre 10 y 30% pueden desarrollar signos o síntomas de EA, y hasta un 30% de los familiares aparentemente sanos cumple criterios de clasificación para espondiloartritis axial. A pesar de no contar con HLA-B27, ante el contexto de una lumbalgia inflamatoria se debe buscar de forma intencionada un cribado oportuno y disminuir o retrasar la anquilosis.

Conclusiones: En esta serie de casos, la carga genética cobra gran importancia clínica y diagnóstica en la espondilitis anquilosante, preferentemente asistida con HLA27 en familiares de primer grado, para establecer un diagnóstico oportuno de espondiloartritis y disminuir la posibilidad de evolución a la anquilosis, lo cual refuerza la importancia de la vigilancia clínica y el abordaje individualizado para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

- Taylor W, Linden S, Robinson P, *et al.* Axial Spondyloarthritis. In: Firestein GS, McInnes IB, Koretzky G, *et al.*, editors. Firestein & Kelley's Textbook of Rheumatology. 12th ed. Philadelphia: Elsevier. 2024:1309-1336.
- E Collantes Estévez. Espondilitis anquilosante. En: Alperi-López M, Balsa-Criado A, Blanco-Alonso R, *et al.*, eds. Manual SER de enfermedades reumáticas. 6ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014:261-269.

Tabla 1. Características clínicas al momento de la valoración. (CC010)

Género/edad	Tiempo evolución	NY	Clinimetría actual Remisión (ASDAS) Sí/no		Tratamiento actual	Otros
F/37	17	III	BASMI 2,1 ASDAS 1,6 BASDAI 1,4 SPARCC 0	No	INF 200 mg/bimestre *MTX 15 mg/sem AINE	Antecedente TB latente
F/73	48	IV	BASMI 6,94 BASFI 7 SPARCC 3	Sí	SSZ 1 g/día AINE	Antecedente Ca de mama
F/68	ND	IV	BASMI 3,8 ASDAS 1,24 BASDAI 1,2	Sí	SSZ 1 g/día AINE	Ninguno
M/69	40	IV	BASMI 2,7 ASDAS 1,9 BASFI 4,8 SPARCC 0	No	SSZ 1,5 g/día AINE	Antecedente TB latente
M/33	5	III	BASMI 2 ASDAS 3,5 SPARCC 0	No	*LEF 20 mg/día SSZ 3 g/día AINE	Ninguno

NR, no realizado; ND, sin dato; NY, criterios radiográficos de Nueva York; MTX, metotrexato; LEF, leflunomida; SSZ, sulfasalazina; AINE, antiinflamatorio no esteroideo.

*Manifestaciones extraaxiales.

CC011

DERMATOMIOSITIS JUVENIL CON OSTEOPOROSIS GRAVE (FRACTURAS MÚLTIPLES VERTEBRALES)

A.T. Campa-Ferrusca, J.C. Ramírez-Sánchez, F. Martínez-De la Hoya, C. Abud-Mendoza, D.A. Herrera-Van Ostdam

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: La dermatomiositis juvenil (DMJ) es la miopatía inflamatoria idiopática (MII) más común en niños. Se caracteriza por debilidad muscular y lesiones cutáneas. El tratamiento prolongado con glucocorticoides, fundamental en esta alteración, induce pérdida de masa ósea, con riesgo superlativo de osteoporosis y potencial de fracturas vertebrales.

Presentación del caso: Niño de nueve años con hipotiroidismo desde 2024 con control adecuado. En septiembre de 2024 inició con tos, astenia, adinamia, fatiga y debilidad, dermatosis palpebral, en codo izquierdo y tibia derecha, con diagnóstico presuntivo de "dermatitis atópica". Es referido a esta institución en abril del 2025: muestra astenia, eritema malar y heliotropo, artralgias, debilidad muscular, tos crónica, pápulas de Gottron, máculas en codos, y alteraciones capilares en pliegues ungueales.

Ante la dermatomiositis juvenil se prescribieron MTX (12,5 mg/sem), HCQ (200 mg/día), PDN (50 mg/día) y ácido fólico (5 mg). En junio, en consulta externa, refirió dolor dorsolumbar y las radiografías revelaron fracturas por compresión de todas las lumbares (**Figura 1**).

Figura 1. (CC011)



Discusión: Una complicación poco frecuente pero clínicamente significativa de los pacientes pediátricos con DMJ son las fracturas vertebrales múltiples; asimismo, las complicaciones óseas metabólicas se han subestimado, especialmente en etapas tempranas del tratamiento.

Se plantea la importancia de instituir estrategias preventivas o terapéuticas tempranas. El abordaje del paciente con DMJ no debe limitarse sólo al control de la enfermedad subyacente, sino incluir evaluación integral del crecimiento, estado nutricional, salud ósea y complicaciones del tratamiento.

Conclusiones: La DMJ es una entidad autoinmune poco frecuente que puede mostrar complicaciones musculoesqueléticas graves. La detección oportuna de alteraciones óseas permite intervenir de forma temprana para prevenir secuelas funcionales.

Bibliografía

1. Rhim JW. Juvenile dermatomyositis. Journal of Rheumatic Diseases [Internet]. 2022;29(1):14-21.
2. Tau C, Russo R. Severe osteoporosis with vertebral crushes in juvenile dermatomyositis. Effect of oral alendronate therapy. Medicina (B. Aires). 2007;67(1):53-6.

CC012

MÁS ALLÁ DE LA PIEL: HIDRADENITIS SUPURATIVA COMO MANIFESTACIÓN EXTRAARTICULAR DE ESPONDILOARTRITIS

A. D. Illescas-Ochoa, L. Gómez-Limón

Hospital General Regional No 45, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La espondiloartritis axial (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta de modo predominante al área lumbar, con manifestaciones extraarticulares, por lo regular con uveítis e infrecuentemente relacionada con hidradenitis supurativa (HS). Esta última es una dermatosis caracterizada por una inflamación crónica del epitelio folicular de las glándulas apocrinas que se ha vinculado con espondiloartropatías seronegativas, ya que comparte mecanismos etiopatogénicos por alteraciones de la inmunidad innata y adaptativa, en la que desempeñan un papel importante las citocinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) y las interleucinas 1, 17 y 23. Se presenta el caso de un paciente con manifestaciones extraarticulares antes de la aparición de síntomas de EA.

Presentación del caso: Paciente masculino de 33 años. Al interrogatorio negó enfermedades autoinmunes, autoinflamatorias en heredofamiliares y sin antecedentes personales patológicos de importancia. Inició cuatro años antes con episodios de uveítis recurrentes de manera bilateral, siete en total con predominio derecho. Se trató con glucocorticoide y AINE tópico. A los dos años experimentó un episodio de HS en ambas regiones axilares (**Figura 1**) y recibió tratamiento con clindamicina al 1% tópica e isotretinoína oral por tres meses y remitió.

Seis meses antes sufre talalgia izquierda (4/10 ENA) relacionada con lumbalgia intermitente (3/10 ENA), ambas de características inflamatorias. Niega rigidez matutina, artritis, entesitis y artralgias de otros sitios. La revisión identifica dolor a la palpación en la base del calcáneo

Figura 1. Región axilar derecha del paciente. (CC012)



izquierdo y a la movilización de tibioastragalina ipsilateral. Sin artritis o entesitis de otros sitios. Clinimetría: Schober de 8 cm, dedo piso (0 cm), flexión lateral lumbar (10 cm), trago pared (9 cm), intermaleolar (110 cm), rotación cervical derecha de 60° e izquierda de 70°. Índice MASEI de 1 punto.

Ante la sospecha de espondiloartritis axial se solicitan estudios complementarios: HLA B27 positivo, PCR de 12 mg/dL, ultrasonido articular con índice MASEI de 13 puntos. Clasificación OMERACT-EULAR de grado I en cuarta metacarpofalángica bilateral, tibioastragalina izquierda y segunda metatarsofalángica bilateral. Radiografía de sacroilíacas en posición de Ferguson: sin datos de sacroilítis, RMI que clasifica ASDAS de 2,3 puntos, moderada actividad, BASFI 1, BASDAI 1. Se inician sulfasalazina (1 g/12 h VO) e indometacina (50 mg/12 h) con mejoría clínica de 60%, ASDAS de 1,7 y baja actividad. En protocolo para inicio de secukinumab.

Discusión: La finalidad es alentar la búsqueda activa de síntomas articulares o dolor inflamatorio en pacientes con HS para determinar un diagnóstico oportuno y lograr un efecto favorable en la calidad de vida de los pacientes.

Conclusiones: La relación entre la HS y la EA se describió desde 1982, con una baja prevalencia (0,4-1,1%); sin embargo, la importancia de su reconocimiento temprano radica en que el 50% de los casos precede a las manifestaciones articulares de EA 1 y se relaciona con un inicio temprano de los síntomas articulares y con mayor actividad de la enfermedad acorde a BASFI.

Bibliografía

- Ortega L, Fornons-Servent R, Nolla J, *et al.* Prevalencia de hidrosadenitis supurativa en pacientes con espondiloartritis axial. *Reumatología Clínica.* 2025;21(2):501808.
- Fauconier M, Reguiat Z, Barbe C, *et al.* Association between hidradenitis suppurativa and spondyloarthritis. *Joint Bone Spine.* 2018;85(5):593-597.
- Martorella A, García-Martínez F, Jiménez-Gallo D, *et al.* An update on hidradenitis suppurativa (part I): epidemiology, clinical aspects, and definition of disease severity. 2015:70-715.

CC013

LIPOSARCOMA MIXOIDE EN UN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE BAJO TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB, REPORTE DE UN CASO

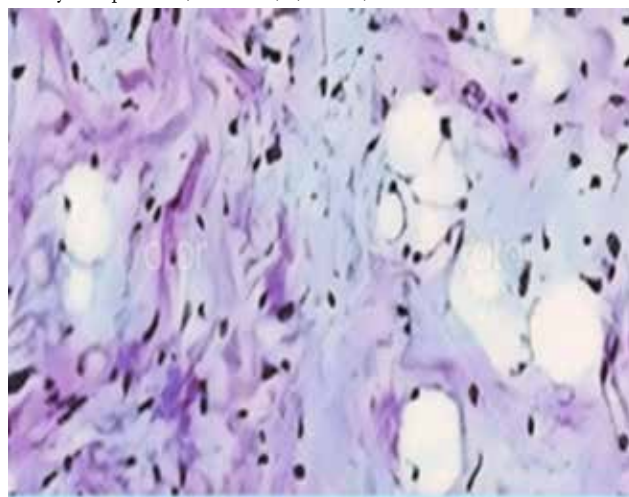
A.L. González-Rodríguez, Z. Castro-Colín

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Los inhibidores del factor de necrosis tumoral son fármacos cada vez más utilizados para distintas enfermedades reumatológicas. Un metaanálisis de 74 estudios controlados aleatorizados con pacientes que usaron estos biológicos, durante al menos cuatro semanas, mostró que el riesgo relativo de cualquier neoplasia maligna aumentó en 2,02 (IC95%, 1,11-3,95).

Presentación del caso: Paciente masculino de 41 años con espondilitis anquilosante HLA B27 positivo desde 22 años antes en tratamiento actual con adalimumab (40 mg SC cada 15 días) desde el 2022, así como dislipidemia desde los 18 años de edad en tratamiento con simvastatina/ezetimiba. Se indicó el fármaco biológico por la uveítis anterior del ojo derecho recurrente, además de dolor axial resistente a AINE. En abril del año en curso, el paciente detecta lesión redondeada en el miembro inferior izquierdo, 10 cm debajo del borde inguinal, semimóvil, no dolorosa, sin síntomas constitucionales adjuntos; el 12/05/2025 se practicó la resección de ésta, que se identificó como neoplasia mesenquimal mixoide de tamaño 5,5 x 4,5 cm con índice mitótico de 5 mitosis en 10 campos, necrosis no identificada, por lo que en junio se decide suspender el fármaco biológico. La inmunohistoquímica fue indicativa de liposarcoma mixoide (grado bajo G1) completamente resecado,

Figura 1. Biopsia de la masa del miembro pélvico izquierdo resecada. Era una neoplasia mesenquimal compuesta de nidos y láminas de células poligonales acompañadas de vasculatura fina y prominente, conformada por adipocitos con atipia nuclear y caracterizada por irregularidades de la membrana nuclear, hipercromasia y nucleolos prominentes (anticuerpo S100 y P16 positivos, ki67 10%). (CC013)



localizado a 1 mm del lecho quirúrgico (Figura 1). El paciente recibió además 30 sesiones de radioterapia externa al lecho quirúrgico y se realizaron estudios de extensión tumoral: TAC contrastada de tórax, abdomen y pelvis, y RM del muslo izquierdo, con resultado negativo de evidencia de actividad tumoral y continúa en seguimiento en el servicio de oncología médica y radiooncología.

Discusión: En las publicaciones médicas hay pocos casos notificados de este efecto adverso: sólo dos informes de caso, el último en el 2019 en una paciente con artritis psoriásica de 47 años y sin comorbilidades adjuntas. Por lo tanto, este caso es de interés médico debido al pobre conocimiento y la relación de este tipo de carcinomas con el adalimumab.

Conclusiones: Los anti-TNF tienen riesgo atribuible principalmente a las neoplasias cutáneas de tipo no melanoma, linfomas y varios cánceres sólidos, pero con escasas publicaciones de liposarcomas mixoides.

Bibliografía

- Rodríguez-Cerdeira C, Neissa-Vázquez J, Carnero-Gregorio M, *et al.* Myxoid liposarcoma associated with adalimumab treatment: a case report. *Mol Clin Oncol.* 2019;10(4):454-456.
- Farshid G, Prowse P, True B. Epithelioid myxofibrosarcoma developing at the injection site of adalimumab therapy for psoriatic synovitis. *Eur J Rheumatol.* 2018;5(2):131-134.

CC014

ENFERMEDAD AORTOILIACA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO

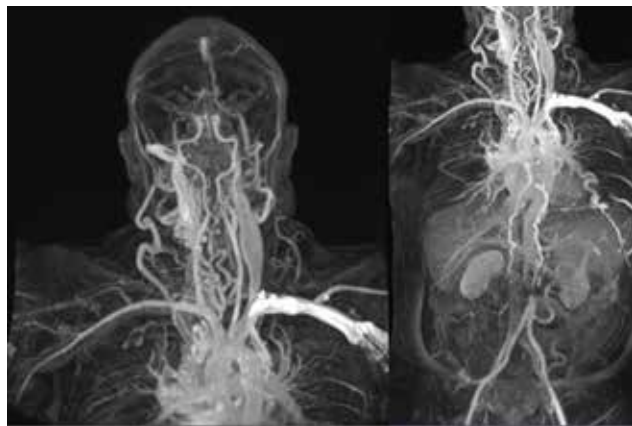
A. Ordóñez-Saucedo, A. Torres-Machorro, G.A. Altamirano-Solórzano, L.H. Silveira-Torre, A. Vargas-Guerrero

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La enfermedad aortoiliaca afecta a la aorta abdominal y sus ramas principales y se caracteriza por claudicación y alteración de pulsos en miembros pélvicos. Las principales causas son aterosclerosis y vasculitis; se conocen informes aislados de episodios trombóticos arteriales por síndrome antifosfolipídico (SAF).

Presentación del caso: Hombre de la quinta década de la vida, quien inició cuatro años antes de su valoración con claudicación progresiva e hipotermia de los miembros pélvicos hasta que se tornaba incapacitante, además de disminución bilateral de los pulsos en miembros inferiores (femoral, popliteo, tibial anterior y pedio). La angiotomografía revela pérdida de la continuidad de la aorta abdominal, circulación disminuida de las arterias ilíacas bilaterales y engrosamiento de la pared aórtica. Se sospechó arteritis de Takayasu y se inició tratamiento con glucocorticoides orales y metotrexato. Se solicitó angiografía que reveló oclusión de la aorta abdominal infrarrenal con afectación de ambas arterias renales y recanalización por arriba de la bifurcación ilíaca a través de la mesentérica inferior, además de trombosis venosa crónica oclusiva de la vena yugular interna derecha y vena cava superior con múltiples colaterales; sin datos de engrosamiento de la pared o calcificaciones (**Figura 1**). Plaquetas 133 000; anticuerpos antifosfolípidos con anticoagulante lúpico positivo; anticardiolipina IgG 1 477,3 CU, IgM 25,7 CU y anti-β2 glucoproteína I, IgG 4 703,3 CU, IgM 39,5 CU. Estos hallazgos llevaron a diagnosticar SAF con perfil de alto riesgo protrombótico (triple positivo). En el preoperatorio se realizaron tres sesiones de plasmáferesis. Se practicó un puente aorto-aórtico con injerto de dacrón más reimplante de arteria mesentérica inferior, con recuperación de la circulación. Evolucionó con mejoría clínica y egresó sin complicaciones en tratamiento con antagonistas de la vitamina K (INR 2-3) y dosis bajas de ácido acetilsalicílico. El informe histopatológico registró engrosamiento fibroso de la capa íntima por continuidad con un trombo organizado antiguo, adelgazamiento de la capa media e inflamación aguda y crónica perivascular de la capa adventicia.

Figura 1. Angiografía magnética de aorta y vasos supraaórticos. A, trombosis de vena yugular izquierda con múltiples colaterales. B, oclusión de la aorta abdominal infrarrenal con afectación de ambas arterias renales. (CC014)



Discusión: La enfermedad aortoiliaca, como presentó inicialmente este paciente, puede tener diversas causas. En la angiotomografía se mostró engrosamiento de la pared aórtica, pero la angiografía confirmó la trombosis arterial y venosa que, junto con el resultado de serología, confirmó el SAF. La enfermedad oclusiva aortoiliaca suele ser secundaria a

aterosclerosis; no obstante, las vasculitis de grandes vasos y trombosis pueden ser la causa en una minoría de casos. La trombosis arterial en el SAF se presenta hasta en el 25% de los pacientes; la gran mayoría de éstos corresponde a episodios vasculares cerebrales, pero se desconoce la frecuencia real de la trombosis aórtica. Sin embargo, es un síndrome que afecta también el territorio venoso y las trombosis crónicas pueden favorecer una gran circulación colateral, como la de este paciente. En términos histopatológicos, la ausencia de panaortitis granulomatosa y el engrosamiento de la media no son consistentes con arteritis, mientras que la fibrosis adyacente al trombo organizado con inflamación inespecífica es característica de la trombosis.

Conclusiones: Los casos como éste, que cuentan con clínica atípica, requieren interrogatorio y exploración exhaustivos y deben complementarse con diversas técnicas de imagen vascular para establecer un diagnóstico adecuado e instituir un tratamiento oportuno. El diagnóstico diferencial, sobre todo en casos crónicos e insidiosos, representa un reto. Los hallazgos quirúrgicos e histopatológicos son fundamentales en el diagnóstico diferencial.

Bibliografía

1. Ofer-Shiber S, Molad Y. Frequency of vascular and pregnancy morbidity in patients with low vs. moderate-to-high titers of antiphospholipid antibodies. *Blood Coagulation and Fibrinolysis*. 2015;26(3):261-6. doi:10.1097/mbc.0000000000000218.
2. Wang H, Li L, Wang L, *et al.* Comparison of clinical and pathological characteristics of isolated aortitis and Takayasu arteritis with ascending aorta involvement. *Journal of Clinical Pathology*. 2012;65(4):362-6. <https://doi.org/10.1136/jclinpath-2011-200424>

CC015

SÍNDROME DE CAPLAN. REPORTE DE CASO

C.A. Guillén-Durano, M.E. Santiago-Manzano

Hospital General Pachuca

Introducción: La artritis reumatoide (AR) tiene manifestaciones extraarticulares de presentación variable. El pulmón puede verse comprometido en cualquiera de sus compartimientos: parénquima, vía respiratoria, vasos arteriales o pleura. El síndrome de Caplan (SC), que corresponde a la presencia de nódulos reumatoides relacionados con la exposición a carbón o sílice, se presenta en el 0,4% de los pacientes y alcanza una incidencia de 0,75% en Japón y de 1,5% en Estados Unidos. El SC se caracteriza por la presencia de múltiples nódulos pulmonares en la periferia del pulmón y ocurre en individuos con antecedente de exposición a polvos inorgánicos y artritis reumatoide. El diagnóstico de SC en la práctica clínica es todavía un desafío debido a superposición de características radiológicas de otras manifestaciones pulmonares de la AR. Se presenta el caso de un paciente con SC.

Presentación del caso: Paciente masculino de 66 años, minero de carbón durante aproximadamente 40 años, con seguimiento previo en medio privado por médico general por disnea progresiva, con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) a finales de 2024 y diagnóstico de artritis reumatoide en 2022, sin tratamiento.

Acudió al servicio de urgencias en febrero de 2025 debido a actividad inflamatoria articular, pérdida de peso mayor de 13 kg en tres meses y disnea con esfuerzos mayores; el interrogatorio dirigido mostró un inicio desde 2024 atribuido a secuelas de neumonía no especificada presentada en julio de 2023. Sufrió disnea progresiva desde noviembre de 2024, de medianos a pequeños esfuerzos al ingreso a urgencias, acompañada de tos productiva con expectoración hialina. Durante la estancia hospitalaria lo valora el servicio de reumatología y se registra AR DAS 28 (índice de actividad de la enfermedad de 28 articulaciones) de 4,76, con actividad moderada de la enfermedad, además con factor reumatoide (FR) de 92 UI/mL y anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP) de 65 U/mL; la tomografía de tórax simple identifica nódulos múltiples, con borde liso y bien definido, de 5 mm a 10 mm de diámetro, algunas

calcificaciones cercanas a ellos, en regiones pulmonares periféricas bilateralmente; se toman tres baciloscopias con resultado negativo, más cultivos de expectoración negativos, ELISA (enzimoinmunoanálisis de adsorción) para VIH (virus de inmunodeficiencia humana) no reactivo y pruebas de función pulmonar con patrón obstructivo. Lo valora el servicio de neumología que determina el diagnóstico de neumoconiosis, por lo que se inicia tratamiento.

Discusión: El SC es una presentación infrecuente en la práctica clínica, por lo que es necesario abordarlo y conocerlo.

Conclusiones: La causa es aún poco clara; se han propuesto un vínculo causal entre la inhalación de sílice y las enfermedades autoinmunes. Este proceso conduce a la producción de diversas citocinas, como la interleucina 1 y el factor de necrosis tumoral alfa, al activar a macrófagos y perpetuar la actividad inmunitaria crónica y la fibrosis a través de la presentación de antígenos a los linfocitos T CD (clúster de diferenciación) 4 por células dendríticas. Este ciclo resulta en una actividad inmunitaria sostenida y fibrosis, lo que lleva a la producción de autoantígenos. La presencia de anti-CCP a títulos altos se vincula con la presencia del SC. Es un desafío distinguirlo de la tuberculosis pulmonar, los tumores y los nódulos pulmonares reumatoideos mediante imágenes debido a su relación común. El SC, aunque poco común, merece consideración en individuos con antecedentes de exposición al polvo y manifestaciones articulares. Actualmente no hay intervenciones farmacológicas específicas diseñadas para el SC.

Bibliografía

1. Saavedra FT, Sierra LL, Zuluaga AM, *et al.* Diagnosing Caplan syndrome in a patient with silicosis and rheumatoid arthritis: imaging shows miliary pattern and cavity lung lesions. *Lancet* 2023;401:2148.
2. Schreiber J, Koschel D, Kekow J, *et al.* Rheumatoid pneumoconiosis (Caplan's syndrome). *Eur J Intern Med* 2010;21:168-172.

CC16

GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA Y HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN UNA PACIENTE CON POLIANGEÍTIS MICROSCÓPICA

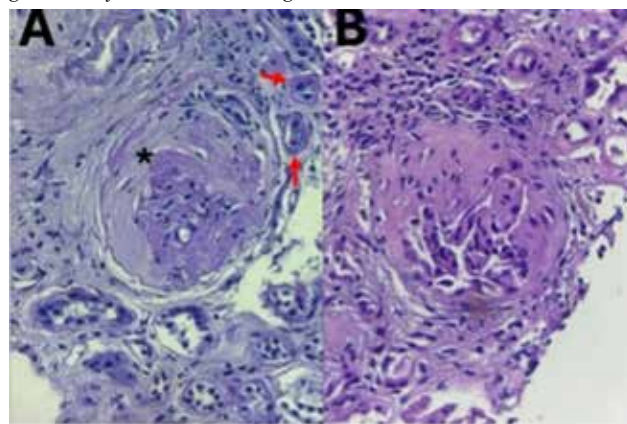
A.G. Arias-Peralta, T.A. Dunaway-Pineda, L.M. Rizo-Topete
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La poliangeítis microscópica (PAM) es una vasculitis necrosante rara, vinculada con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) y anticuerpos antimieloperoxidasa (MPO). Es uno de los llamados síndromes pulmón-riñón y se caracteriza por la inflamación de vasos pequeños, la ausencia de granulomas en la histopatología y la presencia de ANCA circulantes. Al ser un trastorno que puede presentarse con glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) o con hemorragia alveolar difusa es importante su reconocimiento temprano y un tratamiento oportuno.

Presentación del caso: Paciente femenina de 67 años originaria de Tamaulipas sin antecedentes relevantes. Inició dos semanas antes de su llegada con tos seca, la cual avanza hasta ser productiva y con posterioridad, cuatro días antes de su ingreso, sufre hemoptisis con más de 20 episodios. A su llegada se encuentra con presión arterial de 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 92 lpm, saturación de oxígeno de 89% al aire ambiente y una frecuencia respiratoria de 25 rpm. En sus estudios de laboratorio se identifica proteinuria en spot urinario único de 172 mg/dL y hematuria > 50 eritrocitos por campo. Asimismo, se reconoce lesión renal con creatinina sérica de 5,8 mg/dL, nitrógeno ureico sanguíneo en 67 mg/dL y fósforo sérico en 5,1 mg/dL, así como una acidosis metabólica progresiva que no respondió a medidas convencionales y por lo que se decidió colocar catéter Niágara. La radiografía de ingreso mostraba una opacificación difusa en el pulmón izquierdo, motivo por el cual se realiza TAC de tórax; ésta muestra una imagen consistente con hemorragia alveolar difusa en la región parahiliar izquierda que más adelante se confirmó mediante lavado broncoalveolar con prueba de alícuotas positiva. Se envían muestras de sangre para detección de autoanticuerpos y éstos resultan positivos a anticuerpos anti-ANCA y anti-MPO, por lo que se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona y luego ciclofosfamida.

Debido a la evolución de la lesión renal con creatinina en 6,6 mg/dL y BUN en 123 mg/dL, aunado al resultado de anticuerpos, se efectúa una biopsia renal en la cual se identifican siete glomérulos, cinco de ellos con esclerosis global y dos con esclerosis segmentaria, además de semilunas difusas (**Figura 1**). Se colocó un catéter de Tenckhoff para el control de la enfermedad renal crónica. Se estableció el diagnóstico de PAM con afectación renal y pulmonar, caracterizada por GNRP y hemorragia alveolar, respectivamente, confirmada por serología positiva para ANCA-MPO, hallazgos histopatológicos indicativos de GNRP.

Figura 1. Biopsia renal. A, se observan esclerosis global del glomérulo (asteriscos) y engrosamiento de la pared vascular (flecha roja). B, esclerosis glomerular junto con semilunas glomerulares. (CC016)



Discusión: Este caso ejemplifica la dificultad de diagnosticar la PAM en etapas tempranas debido a sus síntomas inespecíficos, como tos y hemoptisis. La PAM debe diferenciarse de otras alteraciones autoinmunes que muestran síntomas pulmonares y renales, como el síndrome de Goodpasture, el lupus eritematoso sistémico y la granulomatosis con poliangeítis. La biopsia renal reveló cambios patológicos graves con presencia de semilunas en la mayoría de los glomérulos y esclerosis en los restantes, lo cual confirma el diagnóstico de GNRP y predice un mal pronóstico renal. Este hallazgo enfatiza el carácter agresivo de la PAM, especialmente en pacientes mayores y con valores elevados de creatinina en el momento del diagnóstico.

Conclusiones: Este caso resalta la necesidad de un alto índice de sospecha para PAM en pacientes con síntomas de afección pulmón-riñón con ANCA-MPO positivos. La PAM, aunque infrecuente, es una anomalía crítica que requiere una identificación temprana y una intervención rápida debido a su curso de rápida progresión y sus complicaciones multisistémicas.

Bibliografía

1. Lababidi MH, Odigwe C, Okolo C, *et al.* Microscopic polyangiitis causing diffuse alveolar hemorrhage and rapidly progressive glomerulonephritis. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2015;28(4):469-71.
2. Hoch VL, Burke P, Hans AS. A refractory case of rapidly progressive glomerulonephritis due to microscopic polyangiitis. *Cureus*. 2024;16(5):e60366. doi:10.7759/cureus.60366.

CC017

SACROILEÍTIS Y ACNÉ CONGLOBATA COMO MANIFESTACIONES INICIALES DE SÍNDROME DE SAPHO

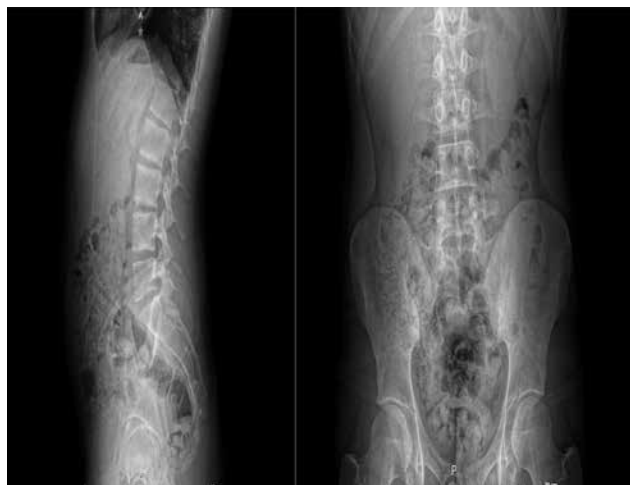
A. Franco-González, A. Sánchez-González, R.A. Salazar-Mendoza
Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El síndrome de SAPHO es una enfermedad inflamatoria que tiene como manifestaciones clínicas sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis. Dado que es una enfermedad rara se desconoce su

incidencia. Por lo general, el diagnóstico lo realizan un reumatólogo o un dermatólogo, tras identificar las características clínicas, radiológicas y de laboratorio. El tratamiento se basa en antiinflamatorios no esteroideos, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales y biológicos.

Presentación del caso: Hombre de 21 años de edad, sin enfermedades crónicas degenerativas. Tiene antecedentes de acné en el 2019 controlado con tratamiento tópico. Inicia en el mismo año artralgiyas de rodillas y recibe tratamiento analgésico con mejoría parcial. En el 2020 sufre artralgiyas con características inflamatorias de codos, hombros y dolor lumbar de las mismas características. Ese mismo año presenta artritis en codos y lesiones por acné conglobata. La exploración física revela artritis de codos, sinovitis subaguda en ambos carpos, sin entesitis. Estudios de laboratorio: PCR 69,9 mg/L, FR negativo, HLA B27 negativo, ANA negativos, radiografías de columna lumbar con encuadramiento anterior de L3-L5 y discartrosis en L5-S1, con afectación de sacroilíacas de grado II, bilateral y con esclerosis marginal, pseudoensanchamiento y sacroilíaca derecha aserrada (**Figura 1**); las radiografías de manos no delinear alteraciones. Se integra el diagnóstico de síndrome de SAPHO. Lo valora el servicio de dermatología, que indica tratamiento para el acné con isotretinoína y prednisona. El servicio de reumatología inicia tratamiento con metotrexato (25 mg/sem SC), sulfasalazina (1 g/día) y ácido fólico. Se lo valora a los tres meses y se observa mejoría de los síntomas y disminución de reactantes de fase aguda. Durante el seguimiento se identifican pústulas en tórax posterior, frente y región malar, con artralgiyas de hombro y tórax anterior, y se agrega tratamiento analgésico con mejoría en la consulta subsecuente. En la actualidad tiene lesiones cicatriciales en cara, piel cabelluda y tórax, sinovitis crónica en metacarpofalángicas e interfalángicas proximales.

Figura 1. Radiografías de la columna lumbar que muestran encuadramiento anterior de L3-L5 y discartrosis en L5-S1, con afectación de sacroilíacas de grado II, bilateral, y con esclerosis marginal, pseudoensanchamiento y sacroilíaca derecha aserrada. (CC017)



Discusión: Se describe el caso de un hombre de 21 años con artritis, dolor lumbar, acné conglobata y compromiso de las articulaciones sacroilíacas, diagnosticado con síndrome de SAPHO. Aunque es más frecuente en mujeres y con una media de 30 a 50 años, se han informado casos en la adolescencia. Durante su abordaje se descartaron lupus eritematoso sistémico, artritis y otras artropatías seronegativas. La administración de analgésicos y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad produjo mejoría clínica.

Conclusiones: El síndrome de SAPHO, pese a que es una enfermedad rara, debe considerarse en todo paciente joven, con presencia de acné conglobata e afectación de las articulaciones. Un correcto abordaje evita diagnósticos erróneos y por tanto produce un adecuado tratamiento. La presentación de este caso clínico destaca la importancia de tomar en cuenta el síndrome de SAPHO como diagnóstico diferencial en todo paciente joven con acné grave y compromiso articular de tipo inflamatorio para un

tratamiento oportuno, con valoración de la respuesta al tratamiento para evitar las limitaciones funcionales.

Bibliografía

- Demirci Yildirim T, Sari İ. SAPHO syndrome: current clinical, diagnostic and treatment approaches. *Rheumatol Int.* 2024;44:2301-2313.
- Kishimoto M, Taniguchi Y, Tsuji S, *et al.* SAPHO syndrome and pustulotic arthro-osteitis. *Mod Rheumatol.* 2022;32(4):665-674.
- Li SWS, Roberts E, Hedrich C. Treatment and monitoring of SAPHO syndrome: a systematic review. *RMD Open.* 2023;9(4):e003245.

CC018

USO CONCOMITANTE DE BIOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE Y ASMA EOSINOFÍLICA: REPORTE DE UN CASO

B.A. Almeida-Zárate, L. Ortiz-Treviño, D.O. Grageda-Portes, Y. Mejía-Holguín, L.B. De la Cruz-Becerra

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por células T y B, con potencial progresivo de erosión articular y discapacidad. El tratamiento ha evolucionado desde fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) convencionales hasta tratamientos biológicos dirigidos. Sin embargo, las guías ACR/EULAR 2022 desaconsejan el uso simultáneo de dos fármacos biológicos por el mayor riesgo de infecciones graves y falta de beneficio clínico demostrado. Aunque en la práctica clínica se han notificado casos aislados de pacientes con enfermedades inmunomediadas concomitantes tratados con dos medicamentos biológico, estos escenarios no forman parte de las recomendaciones oficiales.

Presentación del caso: Mujer de 37 años, originaria y residente de Juárez, Nuevo León, con antecedentes de asma desde los siete años; en 2014 se diagnosticó AR y padece diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, y fibromialgia. Antecedente familiar: madre con AR y asma.

En la evolución reumatológica se documentó seropositividad a AR (FR y anti-CCP positivos). Recibió metotrexato (2014-2023), suspendido por intolerancia gastrointestinal, y luego leflunomida (septiembre de 2024), sulfasalazina (noviembre de 2024) y cloroquina (mayo de 2025). En enero 2025, dada la persistencia de la actividad inflamatoria, inició etanercept (50 mg/sem SC), con buena respuesta inicial. En agosto de 2025 experimentó falla secundaria (DAS28-PCR 5,19), por lo que se decidió cambiar a rituximab (1 g IV, dos dosis).

Respecto del asma, muestra un fenotipo grave eosinofílico, con exacerbaciones frecuentes, síntomas nocturnos y eosinofilia > 500/μL a pesar del tratamiento inhalado máximo (ICS/LABA + LAMA). En enero de 2024 inició benralizumab (anti-IL5Rα), dos dosis con respuesta parcial, suspendido sin registro de infecciones graves. En octubre de 2024 inició mepolizumab (anti-IL5) y se consigue reducción significativa de las crisis asmáticas.

Entre enero y agosto de 2025, la paciente recibió simultáneamente etanercept para AR y mepolizumab para el asma, además de FARME convencionales y prednisona en dosis bajas, sin sufrir infecciones graves ni complicaciones atribuibles. Tras la falla secundaria al etanercept, se cambió a rituximab, y se mantuvo el mepolizumab; continuará la valoración de la evolución clínica.

Discusión: ACR/EULAR no recomienda el uso concomitante de dos fármacos biológicos en AR; los estudios clínicos previos con combinaciones como etanercept + anakinra y abatacept + etanercept mostraron aumento del riesgo de infecciones graves sin beneficio adicional en eficacia. Por lo tanto, el tratamiento secuencial es todavía el estándar recomendado.

No obstante, en escenarios clínicos complejos en los que coexisten enfermedades inmunomediadas resistentes, algunos informes han documentado la utilización de dos fármacos biológicos con desenlaces favorables. Malik *et al.* publicaron los casos de tres pacientes con artritis inflamatoria y asma tratados con combinaciones, como etanercept + mepolizumab, tocilizumab + mepolizumab y ustekinumab + omalizumab, con seguimientos hasta de

36 meses sin identificar infecciones graves. Estos hallazgos aportan evidencia de vida real, aunque no modifican las recomendaciones oficiales.

En este caso, la decisión de mantener dos fármacos biológicos respondió a la coexistencia de AR resistente y asma eosinofílica grave, anomalías que exigían abordajes terapéuticos distintos. La transición a rituximab fue consistente con el tratamiento de la AR resistente, mientras que la continuidad del mepolizumab permitió el control del asma.

Conclusiones: Este caso ejemplifica los retos en pacientes con enfermedades inmunomediadas coexistentes. La paciente recibió etanercept y mepolizumab simultáneos junto con FARME convencionales, sin desarrollar complicaciones infecciosas. Con posterioridad se cambió a rituximab para la AR resistente y se mantuvo el mepolizumab para el control del asma. La experiencia refuerza la necesidad de individualizar el tratamiento, optimizar la seguridad y favorecer la colaboración interdisciplinaria, sin perder de vista que el uso de dos fármacos biológicos no está avalado por las guías y debe considerarse sólo en circunstancias excepcionales.

Bibliografía

- 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. doi:10.1136/ard-2022-223356.
- Malik M, Jones B, Williams E, *et al.* Dual biologic therapy for the treatment of rheumatic diseases and asthma: a case series. *Rheumatol Adv Pract.* 2023;7(1):rkad018. doi:10.1093/rap/rkad018.

CC019

EXPRESIÓN MULTIFACÉTICA DE PANARTERITIS NODOSA

D. Ordaz-Macías, P.A. Morales-Sosa, L.F. Martínez-De la Hoya, A.T. Campa-Ferrusca, D.A. Herrera-Van Oostdam

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: La panarteritis nodosa (PAN) es una vasculitis necrosante de arterias de mediano y pequeño calibres. La incidencia publicada es de 1 caso por millón anual en Europa. Afecta de manera característica a adultos de 40 a 60 años, sin diferencias por sexo.

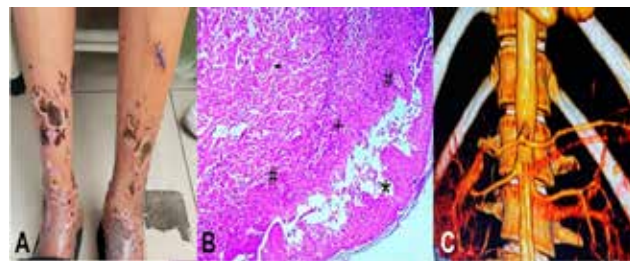
Presentación del caso: Mujer de 19 años que acudió a urgencias con cuadro clínico de 20 días de evolución por dermatosis ampollosa diseminada en extremidades inferiores, en distintas etapas evolutivas y tamaño variable, sin tensión y con contenido seroso, algunas confluentes y necróticas, de bordes eritematosos y costras hemorrágicas. Antecedente de antimicrobiano y AINE por procedimiento dental dos semanas previas; días antes consumió cocaína; tiene tatuajes y perforaciones y se la hospitalizó en otra institución por hemorragia digestiva que requirió dos concentrados eritrocitarios 10 días antes. Exploración física: no se identifican datos además de la dermatosis. Destacó anemia de grado 1 de la OMS, normocítica normocrómica, y elevación de transaminasas, VSG 20 mm/h. Diagnóstico diferencial: vasculitis ANCA, PAN, vasculitis IgA, LES y APS.

Las lesiones de mayor tamaño evolucionaron a ulceraciones necróticas en sacabocado; el resto continuó en fase ampollosa. Se solicitan biopsia cutánea y angiogramografía (**Figura 1**). ANA 1:160, ANCA, APL y panel viral negativos.

Se indicó prednisona (1 mg/kg) y ciclofosfamida IV (500 mg); egresa por mejoría tras 13 días de estancia; se mantienen el metotrexato (12,5 mg/sem), esquema de reducción de prednisona hasta 7,5 mg/día, ácido fólico y atorvastatina.

Discusión: La mayoría de los pacientes con PAN tiene enfermedad sistémica heterogénea diagnosticada con base en la clínica, datos angiográficos e histológicos. Esta paciente se presenta con PAN típica y afectación vascular de tres órganos, pero sólo manifestaciones en dos de ellos; la afectación gastrointestinal y renal es menos frecuente en general para PAN. La paciente mostró ANA, aunque en las publicaciones médicas se destaca la ausencia de autoanticuerpos específicos de enfermedades reumáticas en PAN y, en su caso, suelen ocurrir a títulos bajos. Existe un informe reciente

Figura 1. Características del caso. A, dermatosis que consiste en ulceraciones necróticas, tejido de fibrina, bordes y base eritematosos, algunas ampollas residuales y costras hemorrágicas; destaca el sitio de la biopsia en la pierna izquierda. B, biopsia cutánea vista en aumento medio que demuestra epidermolisis (*), infiltrado inflamatorio dérmico (+), destrucción de vasos sanguíneos por dicho infiltrado y necrosis fibrinoide (#), edema y paniculitis del tejido celular subcutáneo (-). C, reconstrucción angiográfica de la aorta abdominal que muestra dilatación aneurismática proximal al tronco celiaco y alteraciones en las arterias renales y esplénica. (CC019)



en una paciente japonesa, con anti-Scl70 y anti-dsDNA y diagnóstico final de PAN.

En formas graves deben indicarse glucocorticoides y ciclofosfamida, como en el caso de esta paciente que tuvo un FFS de 1. El mantenimiento recomendado puede basarse en azatioprina, metotrexato o micofenolato. Hay evidencia de beneficio potencial con algunos fármacos biológicos.

Conclusiones: PAN es una vasculitis rara potencialmente grave que exige un abordaje amplio debido a su espectro clínico y, como se demuestra en este caso, serológico.

Bibliografía

- Karadag O, Bolek EC, Ayan G, *et al.* Clinical Characteristics and Outcomes of Polyarteritis Nodosa: An International Study. *Arthritis Rheumatol.* 2024;76(7):1120-9.
- Takeuchi M, Murakami T, Noguchi N, *et al.* An autopsy case of polyarteritis nodosa accompanied with multiple immune-specific autoantibodies and rhabdomyolysis. *Rinsho Shinkeigaku.* 2023;63(1):21-6.

CC020

GLOMERULONEFRITIS EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

C.L. Bautista-Hernández, G.C. Cortina-Olvera, M. Sánchez-Urbe, A.I. Céspedes-Cruz, A.R. Torres-Jiménez

Hospital General Gaudencia González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (Pediatría)

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) se caracteriza por un compromiso de glándulas salivales y lagrimales, así como afectación extraglandular, con una incidencia de 5% de alteración renal en estos pacientes. La enfermedad glomerular es menos común y casi siempre implica un proceso mediado por complejos inmunológicos.

Presentación del caso: Paciente femenino de 10 años de edad, sin antecedentes hereditarios reumatológicos, con esquema de vacunación completo y diagnóstico de rinitis alérgica en 2024. Inicia su padecimiento en abril de 2024, con lumbalgia en fosa renal derecha sin otro síntoma; el tratamiento es concordante con infección de vías urinarias; el examen general de orina muestra proteínas de 300 mg/dL y un mes después cursa con proteinuria persistente (proteínas en orina de 553 mg/24 h); el nefrólogo indica deflazacort (6 mg/día) y micofenolato (2 g/día). Con posterioridad es enviada a un inmunólogo privado con los siguientes indicadores de laboratorio: anti-DNA 53,4 (corte 40), C3 123,3 y C4 14; en agosto 2024 se diagnostica lupus con afectación renal. En octubre de 2024 se valora por primera vez en esta institución, donde se corrobora proteinuria leve de 13 mg/m² 2 h, creatinuria 4,0 mg/kg/día, índice prot/crea 1,6 y

TFG Scwhartz 101, anti-Ro 253 (positivo), anti-DNA 16 (negativo), y USG renal que revela cambios parenquimatosos renales bilaterales de tipo inflamatorio. Durante el seguimiento se encuentra persistencia de titulación elevada de anti-Ro, complemento normal, anti-DNA y anticuerpos antifosfolípidos negativos; la biopsia de glándulas salivales en noviembre 2024 revela sialoadenitis linfocítica focal y Greenspan 0,6/4 mm². Se practica una biopsia renal que indica glomérulos con celularidad mesangial leve de manera segmentaria, esclerosis focal de 1 de 15 glomérulos, y el análisis inmunohistoquímico revela depósito de Cd4 en mesangio y asas capilares de manera segmentaria, granular grueso y lineal discontinuo. La inmunofluorescencia muestra depósitos de IgM en 13 glomérulos con depósitos granulares focales en asas y mesangio +/-++.

Estudios de laboratorio:

(11/10/24) Crea 0,37, BUN 8,32, urea 17,8, creatinina C 0,78, c3 165, c4 29, IgG 896, leu 9 980, neu 6 860, linf 2 480, hb 15,3, hto 45,4, plaq 303 000, VSG 13, TP 11,7, TTP 29,7, cociente lúpico 0,83 (-), anti-DNA 18,9 (-), anticardiolipina IgG 16,2(-), anticardiolipina IgM 2,50 (-), anti-Sm 0 (-), anti-Ro 253 (corte 20), anti-La 0, β 2-glucoproteína IgG 1,20.

(21/11/24) Anti-Ro 204, anti-DNA 22, anti-La 0.

(16/1/25) Anti-Ro 159, anti-DNA 16,4 anti-La 0.

Se integra síndrome de Sjögren con afectación de glándulas salivales y renal por criterios ACR/EULAR de 6 puntos (3 de anti-Ro+, 3 de biopsia de glándula salival con sialoadenitis de 3 puntos). Se prescriben micofenolato (1,5 g/día), prednisona (5 mg/día) y enalapril (5 mg/día), con adecuada respuesta clínica.

Discusión: La afectación glomerular durante la edad pediátrica vinculada con síndrome de Sjögren representa un desafío diagnóstico, ya que los síntomas clínicos suelen ser insidiosos y pueden preceder a los síntomas secos. La principal manifestación es un síndrome nefrótico caracterizado por proteinuria intensa, hipoalbuminemia y edema periférico, como se muestra en este caso que inició con proteinuria persistente. La fisiopatología está relacionada con el depósito de complejos inmunes y el consumo de C4 debido a la activación de la vía clásica del complemento.

Conclusiones: El síndrome de Sjögren se distingue por manifestación glandular; en pacientes pediátricos el inicio puede mostrar compromiso renal, como nefritis tubulointersticial o glomerulonefritis, incluso sin presentar síntomas secos de manera inicial. Son importantes su diagnóstico y el tratamiento oportuno para disminuir la tasa de lesión renal crónica en estos pacientes.

Bibliografía

1. La Bella S, Vivarelli M, Di Ludovico A, *et al.* Kidney manifestations of pediatric Sjögren's syndrome. *Pediatr Nephrol* [Internet]. 2024;39(1):711-721. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00467-023-06135-1>.
2. Porto-Fuentes O, González-Cepeda J, Vega-Cabrera C, *et al.* Afectación renal en el síndrome de Sjögren: más allá de la nefritis tubulointersticial. *Nefrología* [Internet]. 2025;(501341):501341. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2025.501341>.

CC021

NEUROLUPUS FAMILIAR: PRESENTACIÓN SIMULTÁNEA EN DOS GENERACIONES. REPORTE DE CASO

A.X. Hinojosa-Enciso¹, D.X. Xibillé-Friedmann², S.M. Carrillo-Vázquez¹

⁽¹⁾Hospital Regional 1 de Octubre, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca José G. Parres

Introducción: El compromiso neuropsiquiátrico del LES (LESNP) es heterogéneo y más frecuente en el inicio pediátrico; la psicosis y las convulsiones son síndromes reconocidos. La agregación familiar del LES implica un riesgo elevado de desarrollar enfermedad en familiares de primer grado, pero el LESNP en familiares de primera línea es infrecuente y está poco caracterizado.

Presentación del caso: Mujer de 51 años residente de la Ciudad de México con antecedente familiar de autoinmunidad: hija con LES (inició con

neuro lupus a los 13 años en el 2015) y madre con AR. Sin antecedentes personales de importancia. Inició el 30/05/24 con crisis convulsiva tónico-clónica generalizada de un minuto de duración, pérdida de esfínteres, seguida de confusión posictal. Interrogatorio dirigido: trastorno con un mes de evolución, astenia, adinamia, pérdida de peso > 12 kg, fiebre, eritema malar, alopecia, fenómeno de Raynaud, úlceras orales y poliartralgias relacionadas con debilidad muscular proximal. Exploración física: signos vitales estables, orientada, palidez cutáneo-mucosa, eritema malar, alopecia difusa, úlceras orales y fuerza muscular proximal disminuida (**Figura 1**). Indicadores de laboratorio: hemoglobina 7,4 g/dL, reticulocitos 8,9%, VSG 47 mm/h, PCR 3,66 mg/dL, autoanticuerpos: ANA 1:320 (patrón moteado nuclear), anti-DNA 214 UI/mL, anti-Sm 28,2 U/mL, anti-Ro 77,6 U/mL, anti-La positivo, anticoagulante lúpico 37,5 s, hipocomplementemia: C3 66 mg/dL, C4 2,9 mg/dL. LCR: claro, proteínas y glucosa normales, sin pleocitosis, cultivo negativo. RM cerebral con gadolinio: lesiones hiperintensas en sustancia blanca periventricular y subcortical, sin realce. EEG: descargas epileptiformes focales temporales derechas. EMG: patrón miopático proximal. Se establece LES activo de acuerdo con los criterios de clasificación EULAR/ACR 2019 y compromiso neurológico, hematológico, mucocutáneo y musculoesquelético. Se indicó tratamiento con glucocorticoide, micofenolato de mofetilo, hidroxicloroquina y vitamina D. En los primeros días se observa mejoría progresiva de astenia, lesiones cutáneas y artralgias, úlceras orales en resolución, sin nuevas crisis convulsivas, mejor fuerza muscular proximal, deambulación tolerada y vía oral sin dificultad. VSG y PCR en descenso; persistencia de hipocomplementemia pero franca mejoría clínica.

Discusión: La afectación neurológica, agrupada como manifestaciones neuropsiquiátricas del LES, ocurre en 10 a 30% de los pacientes y las crisis convulsivas son una de sus presentaciones. En familiares de primer grado, el riesgo de desarrollar LES es de 4 a 8%, lo que sugiere mayor probabili-

Figura 1. Lesiones cutáneas en paciente con lupus eritematoso sistémico activo: eritema malar, lesiones purpúricas y ulceraciones en región perioral y cejas. (CC021)



dad de desarrollar neurolupus si hay antecedentes directos. Los principales genes relacionados con la susceptibilidad de neurolupus incluyen *HLA-DRB1*, *IRF5*, *STAT4*, *PTPN22*, *TREX1*, *TNFAIP3*, *BLK* y *BANK1*, que intervienen en la regulación inmune, señalización de interferón tipo I y activación de células B1-2.

Conclusiones: Las manifestaciones neuropsiquiátricas en diferentes generaciones sugieren mecanismos hereditarios de susceptibilidad. El LESNP puede presentarse de forma intergeneracional con síndromes distintos. Reconocer los antecedentes familiares del neurolupus debe alertar al clínico sobre un mayor riesgo de enfermedad grave en pacientes susceptibles. Se propone considerar un tamizaje clínico-serológico dirigido en familiares de primer grado ante antecedentes de LESNP grave y documentar biomarcadores/neuroimágenes para perfilar riesgo y guiar un tratamiento temprano.

Bibliografía

1. Deng Y, Tsao BP. Genetic susceptibility to systemic lupus erythematosus in the genomic era. *Nat Rev Rheumatol*. 2010;6(12):683-92.
2. Bertias GK, Ioannidis JP, Boletis J, *et al*. EULAR recommendations for neuropsychiatric lupus. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(12):2074-82.

CC022

MANIFESTACIONES SUTILES, GRAN IMPACTO: DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE SÍNDROME ANTISINTETASA EN ADULTO JOVEN

A. Olmeda-García¹, C.E. Flores-Aceves², J. Delgado-Guevara³

⁽¹⁾Hospital de Alta Especialidad, ISSSTE Tlajomulco, ⁽²⁾Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽³⁾Panamerican Clinical Research, México

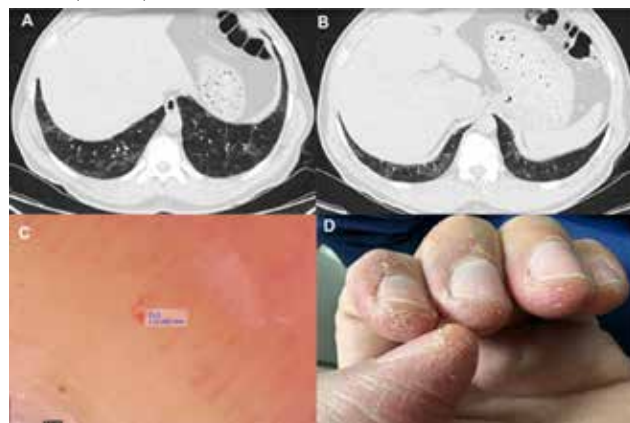
Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) se define como un subtipo de miopatías inflamatorias idiopáticas, pero con una presentación clínica que supera el plano muscular. Es una enfermedad rara con una incidencia de 0,56 por cada 100 000 y prevalencia de 9,21 por cada 100 000. Se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos contra las aminoacil-ARN de transferencia sintetasas (ARS), que se encuentran en un 11 a 39% y el anti-Jo-1 es el más frecuente (hasta en 30%). La presencia simultánea de otros ARS se ha considerado mutuamente excluyente, aunque se ha descrito el anti-Ro52 como el relacionado con más frecuencia (65% de los casos). El SAS se considera un cuadro clínico heterogéneo y desafiante, en el cual las manifestaciones clínicas más frecuentes son la miositis y la enfermedad pulmonar intersticial (90% y 71%, respectivamente) y el resto con gran variabilidad en frecuencia.

Presentación del caso: Paciente masculino de 43 años. Labora como oficinista. Comenzó con artralgias de características inflamatorias en marzo del 2025 que ceden con indometacina (25 mg al día). Como antecedente de importancia refiere que desde el 2020, posterior a infección por COVID-19, padece disnea de grandes esfuerzos. Tiene en ambas manos engrosamiento cutáneo en canto externo, *pitting* en pulpejos y estertores crepitantes finos, basales y bilaterales (**Figura 1**). Estudios de gabinete: ANA 1:320 AC-19, anti-Ro52 de 110 (corte superior de 10), anti-Jo1 de 125 (corte superior de 10). Tomografía: hallazgos incipientes de neumonía intersticial no específica (NINE) de localización basal y subpleural. La capilaroscopia demostró dilataciones capilares hasta de 52 mm. Se comenzó con micofenolato de mofetilo a 1,5 g/día, lo que mejoró los síntomas articulares y pulmonares en un lapso de tres meses.

Discusión: Este caso subraya que un motivo de consulta aparentemente benigno (artralgias aisladas) puede ser la puerta de entrada a un diagnóstico complejo, poco frecuente y potencialmente grave como el síndrome antisintetasa.

La detección de hallazgos sutiles (*pitting* en pulpejos, engrosamiento cutáneo palmar y disnea de grandes esfuerzos), así como el conocimiento del espectro clínico del síndrome antisintetasa, hizo posible orientar la sospecha diagnóstica y confirmar la enfermedad. Si se considera que el SAS es una entidad de baja prevalencia y gran heterogeneidad clínica, la identificación temprana en fases iniciales es determinante para prevenir complicaciones, en

Figura 1. A y B, estudio tomográfico que muestra hallazgos pulmonares incipientes de enfermedad pulmonar intersticial con patrón de neumonía intersticial no específica (NINE). C, dilatación capilar. D, manos de mecánico. (CC022)



particular la enfermedad pulmonar intersticial. Publicar este caso permite sensibilizar a la comunidad médica sobre la relevancia de no subestimar síntomas aislados, integrar los hallazgos físicos menores y aplicar un abordaje clínico integral que modifique de manera positiva el pronóstico.

Conclusiones: Este caso clínico pone de manifiesto que el síndrome antisintetasa, pese a su baja prevalencia y habitual presentación con miositis o enfermedad pulmonar intersticial, puede iniciar de manera atípica con síntomas articulares aislados. La identificación de hallazgos sutiles durante la exploración física, junto con una correlación clínica adecuada, resultó determinante para establecer el diagnóstico de forma temprana e iniciar un tratamiento inmunosupresor oportuno. Este escenario subraya la importancia de la pericia médica y la valoración integral en pacientes con quejas musculoesqueléticas inespecíficas, ya que un abordaje meticuloso puede modificar de manera significativa el pronóstico y prevenir complicaciones potencialmente graves.

Bibliografía

1. Coffey CM, Hulshizer CA, Crowson CS, *et al*. Epidemiology of antisynthetase syndrome and risk of malignancy in a population-based cohort (1998–2019). *J Rheumatol*. 2025;52(3):280-284. doi:10.3899/jrheum.2024-0945.
2. Opinc AH, Makowska JS. Antisynthetase syndrome-much more than just a myopathy. *Semin Arthritis Rheum*. 2021;51(1):72-83. doi:10.1016/j.semarthrit.2020.09.020.

CC023

SÍNDROME DE POEMS QUE SIMULA LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME DE SJÖGREN SECUNDARIO: REPORTE DE CASO

E. Aranda-Cano, O.E. Muñoz-Monroy, M.X. Aguilar-Manuel, A. Carrillo-Jurado, L.S. Briseño-Flores

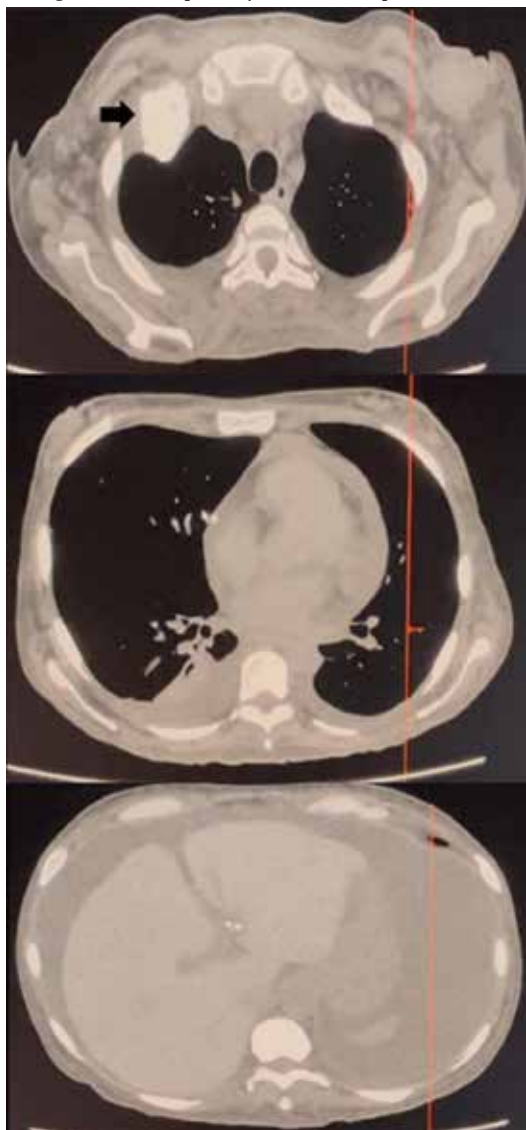
Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional

Introducción: El síndrome POEMS es un trastorno complejo caracterizado por proliferación monoclonal de células B, así como manifestaciones incluidas en el acrónimo polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, pico monoclonal y cambios en piel (*skin*).

Presentación del caso: Paciente de 41 años de edad con diabetes tipo 2 de reciente diagnóstico. Inicia con pérdida de 10 kg de peso en dos meses, gonalgia bilateral, astenia, adinamia y debilidad de miembros inferiores, la cual evoluciona hasta la incapacidad al subir escaleras y se acompaña de hipoestesia y alodinia por lo que acude con neurólogo quien diagnostica

polineuropatía axonal motora e inicia tratamiento con gabapentina. Dos meses después aumenta la debilidad a extremidades superiores, se agregan náusea, fatiga y diarrea y se lo envía al servicio de urgencias donde lo valora el servicio de neurología y se establece el diagnóstico de polirradiculopatía inflamatoria desmielinizante crónica. La exploración física revela facies marasmática, hiperpigmentación periorbitaria, eritema facial, adenopatías cervicales y axilares, tórax con ruidos respiratorios disminuidos de predominio basal derecho, abdomen con líquido de ascitis, extremidades superiores atroficas con fuerza muscular disminuida 1/5 y edema, tenosinovitis flexora leve bilateral, extremidades inferiores atroficas con fuerza muscular 1/5, hiporreflexia, hipoestesia, con edema godete +++/+++ sin artritis. Indicadores de laboratorio: leu 5,40, Hb 8,50, PLT 283 000, glucosa 91, urea 74, BUN 35, ANA positivo 1:80 nuclear homogéneo, ac. anti-DNA doble cadena negativo, ac. anti-Smith negativo, ac. anti-RNP U1 negativo, ac. anti-SS-A (Ro 60) > 1374 positivo, ac. anti-SS-B (La) negativo, ac. anti-Scl-70 negativo. La TAC delinea múltiples lesiones blásticas en columna vertebral, esternón, segundo arco costal derecho, junto con adenopatías axilares y supraclaviculares, derrame pericárdico grave, derrame pleural y ascitis multiespacial (Figura 1).

Figura 1. TAC que revela lesión blástica en segundo arco costal derecho (flecha). Formación de tercer espacio por edema de tejido blando, derrame pericárdico grave, derrame pleural y ascitis multiespacial. (CC023)



Biopsia de hueso trabecular: cambios regenerativos, actividad osteoblástica, proliferación fibroblástica con infiltrado linfocitario, ecocardiograma con pericarditis y alta probabilidad de HAP. Dado que se sospecha un origen inmune se inicia tratamiento con metilprednisolona y después prednisona, con poca respuesta y se observa aumento de serositis. En virtud de la elevada sospecha de LES + síndrome de Sjögren por anticuerpo anti-Ro a títulos altos, se administran inmunoglobulina intravenosa y rituximab, sin buena respuesta al tratamiento y empeoran la serositis y la pancitopenia. La biopsia de glándula salival no revela alteraciones y se continúa abordaje de otras causas; se identifica una elevación monoclonal inespecífica en electroforesis sérica y por tal motivo se inicia estudio de gammopatía monoclonal, conforme a la evolución. La paciente cumplió criterios Dispenzieri mayores: polineuropatía, elevación monoclonal de IgG lambda, lesiones blásticas (escleróticas) y criterios menores, como linfadenopatía, derrame pleural, ascitis, endocrinopatía (hipotiroidismo), hiperpigmentación de piel y papiledema.

Discusión: El síndrome POEMS tiene una incidencia del 1%, se presenta alrededor de los 50 años y es más común en hombres con una relación 2:1, a diferencia de este paciente que era femenino. Si bien la paciente satisfizo criterios diagnósticos para síndrome POEMS, muchas de sus manifestaciones clínicas, estudios de laboratorio, incluidos los anticuerpos positivos, eran indicativas de enfermedad autoinmune. En algunos estudios se ha determinado que la actividad de LES contribuye al desarrollo de gammopatía monoclonal; sin embargo, no se ha estudiado esta relación en pacientes con síndrome POEMS.

Conclusiones: Es necesario reevaluar a los pacientes con enfermedades autoinmunes con poca respuesta al tratamiento de primera y segunda líneas, y considerar gammopatías monoclonales y síndrome POEMS como parte de los diagnósticos diferenciales.

Bibliografía

1. Jaccard A, Pascal V, Magy L, *et al.* POEMS Syndrome. *Presse Med.* 2025;54(1):104270.
2. Dispenzieri A. POEMS syndrome: 2019 Update on diagnosis, risk-stratification, and management. *Am J Hematol.* 2019;94(7):812-827.

CC024

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTE MASCULINO CON DEBUT NEUROLÓGICO: UN RETO DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE Y CLÍNICAMENTE TRASCENDENTE

C.N. Chávez-Ruiz, C.J. Corona-Echauri, G. Cruz-Sandoval, K. Lama-drid-Gómez, D. García-Cerda

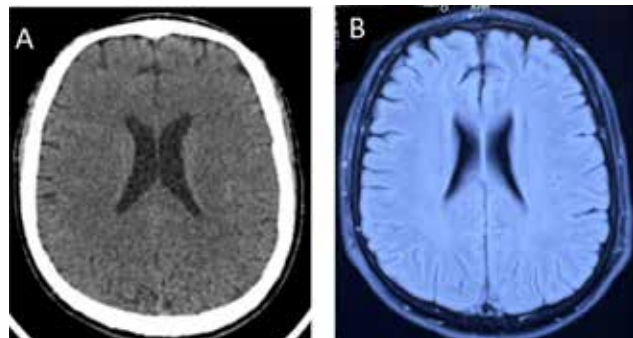
Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria multisistémica con claro predominio en mujeres jóvenes. Entre sus manifestaciones, el lupus neuropsiquiátrico (LESNP) abarca un amplio espectro de alteraciones neurológicas y psiquiátricas que incluyen desde cuadros difusos como estado confusional agudo, cefalea, psicosis y trastornos del ánimo hasta manifestaciones focales como convulsiones, mielopatía y corea. La presentación inicial con compromiso neurológico en un paciente masculino es poco frecuente, dificulta el diagnóstico y retrasa el abordaje terapéutico oportuno.

Presentación del caso: Se presenta el caso de un paciente masculino de 40 años de edad sin antecedentes crónicos degenerativos conocidos; acudió por cuadro de cinco días de evolución caracterizado por estado confusional con desorientación y episodios de fiebre, pérdida de peso no intencionada de aproximadamente 20 kg en tres meses; al interrogatorio dirigido refiere alteración de la marcha y poliartralgias de características inflamatorias. La exploración física revela orientación en persona y tiempo, desorientación en espacio y circunstancia; Babinski y sucedáneos negativos. Los estudios de laboratorio registran serologías para VIH, VHC y VHB negativas, pero con VDRL positivo 1:4, por lo que se solicita tomografía simple de cráneo que no identifica lesiones. Se decide practicar punción lumbar por sospecha de neurosífilis y se solicita VDRL en LCR con resultado negativo y pruebas treponémicas en suero con resultado negativo. El análisis citoquímico

de LCR tampoco arroja datos de infección y la resonancia magnética de cráneo no reconoce lesiones intraaxiales o extraaxiales (**Figura 1**). Cuenta con una recolección de proteínas en orina en 24 horas con un resultado de 0,48 mg/24 h y al descartar una causa infecciosa como parte de su abordaje para enfermedad autoinmune se solicitan ANA con resultado positivo 1:1 280 patrón homogéneo, factor reumatoide 72 positivo, VSG 44 mm/h, PCR 35 mg/dL, hipocomplementemia a razón de c3 33 mg/dL, c4 5,7 mg/dL, ac. anti- β 2 glucoproteínas 1 IgM 27, 66 UR/mL, ac. anticardiolipinas IgG 3,98 U IgG-FL/mL, así como anti-SM y anti-dsDNA positivos. Con base en la clínica, serología autoinmune y criterios ACR/EULAR 2019 se estableció el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con manifestaciones neurológicas.

Figura 1. A, tomografía multiplanar de la base a la convexidad de cráneo, en fase simple, sin alteraciones estructurales. B, resonancia magnética de cráneo en fase FLAIR, sin evidencia de lesiones intraaxiales o extraaxiales. (CC024)



Discusión: El LES predomina en mujeres en una proporción de 9:1, mientras que en varones suele presentarse con mayor agresividad y daño orgánico. La afectación neurológica puede ser la manifestación inicial y simular otras anomalías infecciosas o desmielinizantes, lo que complica el diagnóstico. En este caso, tras descartar neurosífilis mediante pruebas negativas y neuroimagen normal, la positividad de ANA, anti-SM y anti-dsDNA orientó hacia LES. Ninguna prueba analítica ni de imagen es suficientemente sensible ni específica para confirmar el lupus neuropsiquiátrico (LESNP); el diagnóstico se establece caso a caso con una evaluación clínica exhaustiva y estudios complementarios.

Conclusiones: El LES con manifestaciones neurológicas representa un reto diagnóstico por la falta de pruebas específicas y exige un abordaje clínico individualizado. Este caso enfatiza la necesidad de considerar enfermedades autoinmunes en pacientes con síntomas neurológicos de causa no explicada, especialmente en varones en los que suele estar subdiagnosticado, por lo que mantener un alto índice de sospecha es clave para un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Bibliografía

1. Dall'era M. Clinical features of systemic lupus erythematosus In: Firestein GS, McInnes IB, Kozetzky G, *et al.*, editors. Firestein & Kelley's Textbook of Rheumatology. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2024:1404-1429.
2. I. Villa-Blanco, J. Calvo-Alén. Lupus eritematoso sistémico. En: Alperi-López M, Balsa-Criado A, Blanco-Alonso R, *et al.*, eds. Manual SER de enfermedades reumáticas. 6ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014:335-348.

CC025

NEUROPATÍA CRANEAL MÚLTIPLE COMO MANIFESTACIÓN DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS: REPORTE DE UN CASO

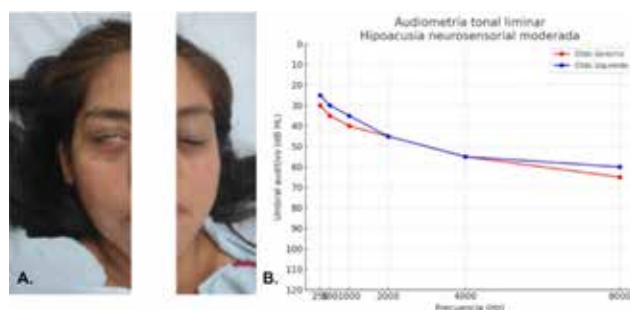
F.L. Jiménez-Ávila¹, S.M. Carillo-Vázquez¹, G. De Hoyos-Rodríguez¹, D.X. Xibillé-Friedmann², A.M. Cervantes-González¹

⁽¹⁾HR 1º Octubre, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca José G. Parres

Introducción: El SNC se ve afectado en menos del 15% de los pacientes con vasculitis relacionada con ANCA, pero representa gran parte de la morbilidad en dichos pacientes. La parálisis de los nervios craneales se presenta en 4,7 a 6% de los pacientes con granulomatosis con poliangeitis (GPA), entre los cuales los nervios craneales más comúnmente afectados son II, VI y VII.

Presentación del caso: Paciente femenino de 43 años con antecedente de sinusitis crónica, quien ingresa al servicio de urgencias por cuadro de parálisis facial periférica derecha (A) y disminución súbita de la agudeza auditiva (B); se realiza perfil TORCH y la TAC de cráneo no revela alteraciones cerebrales, pero identifica pansinusitis, mastoiditis izquierda y septum nasal con solución de continuidad, por lo que se realiza interconsulta con el servicio de reumatología. Se inicia abordaje y se obtienen c-ANCA (PR3) 75,40 UR/mL, VSG 28 mm/h, PCR 13 mg/dL, audiometría con hipoacusia moderada sensorial (**Figura 1**), TACAR con dos nódulos sólidos en lóbulo superior de 5 mm y 3 mm de diámetro; la biopsia de cornete medio e inferior derecho muestra inflamación crónica granulomatosa y necrosis fibrinoide multifocal; se inicia tratamiento de inducción con pulsos de metilprednisolona y luego rituximab con mejoría clínica.

Figura 1. A, imagen con autorización del paciente. B, audiometría tonal liminar que registra hipoacusia neurosensorial moderada. (CC025)



Discusión: Este caso destaca por la afectación craneal múltiple, poco frecuente, y que se relaciona con un curso grave de la enfermedad que requiere la introducción temprana de inmunosupresores para prevenir la recaída. La afectación granulomatosa de los tejidos nasales o paranasales puede extenderse a las meninges contiguas, lo que resulta en parálisis de los nervios craneales. Sin embargo, esta afectación meníngea es poco frecuente y se observa sólo en el 1% de los casos; al parecer se produce por efecto directo por lesión granulomatosa local o vasculitis de la *vasa nervorum*.

Conclusiones: La afectación múltiple de los nervios craneales exige una mayor atención, ya que puede ser un modo de presentación inicial y único que puede dejar déficits irreversibles (oftalmoplejía, hipoacusia/sordera, parálisis facial) sin el tratamiento adecuado y oportuno.

Bibliografía

1. Zheng Y, Zhang Y, Cai M, *et al.* Central nervous system involvement in ANCA-associated vasculitis: What neurologists need to know. Front Neurol. 2018;9:1166. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2018.01166>
2. Zhang S, Yuan D, Tan G. Neurological involvement in primary systemic vasculitis. Front Neurol. 2019;10:430. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2019.00430>

CC026

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA COMO PRESENTACIÓN INICIAL Y COMPLICACIÓN RESPIRATORIA CRÍTICA DE LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO

A. Hernández-Reyes, M.F. Mendoza-Rodríguez, F.M. Rivas-Vega, G.A. Valero-Gaona

Hospital Juárez de México

Introducción: Las manifestaciones pulmonares del lupus eritematoso sistémico ocurren en un 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 de la interfaz capilar-alveolar; posee una prevalencia de 0,5 a 5,7% y una mortalidad de 50 a 90%.

Presentación del caso: Mujer de 29 años sin antecedentes crónicos relevantes que muestra dos meses antes de su ingreso fiebre de predominio nocturno, a la que se añaden un mes después astenia, adinamia, ictericia, ortopnea y disnea progresiva de grandes a pequeños esfuerzos. La exploración física destaca alopecia no cicatricial bitemporal, ictericia conjuntival, úlcera en labio superior, disminución bilateral del murmullo vesicular, estertores crepitantes bilaterales, aumento de vibraciones vocales y matidez subescapular. Tras su ingreso se observa aumento del requerimiento de oxígeno con criterios para intubación orotraqueal y por consiguiente continuó su abordaje diagnóstico en la unidad de cuidados intensivos adultos.

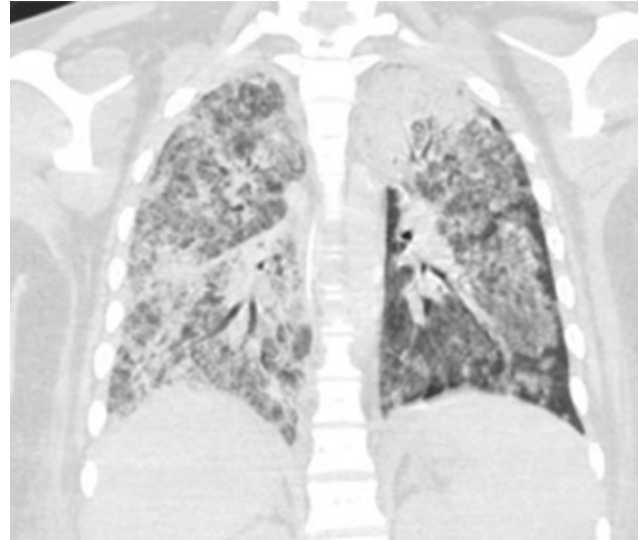
Estudios complementarios: recolección de orina de 24 horas que muestra depuración de creatinina de 11,9 mL/min, proteínas totales negativas y microalbuminuria de 14,9 mg/24 h. Coombs directo positivo (**Tabla 1**). La radiografía de tórax revela opacidades difusas en ambos hemitórax y el broncograma aéreo apical izquierda, con cardiomegalia de grado IV e índice cardíaco de 0,90 (**Figura 1**). Ecocardiograma: separación de hojas pericárdicas ≥ 20 mm, variabilidad de flujo $\geq 25\%$ con colapso del ventrículo derecho. Tomografía de tórax: hallazgos indicativos de hemorragia alveolar difusa, consolidación apical izquierda y engrosamiento pericárdico de 23 mm. Se realiza pericardiocentesis con drenaje de 200 mL y líquido alveolar por broncoscopia, con moderados eritrocitos, abundantes neutrófilos y macrófagos hemosiderófagos con escasas células epiteliales. Hemocultivos y cultivos de líquido pericárdico y alveolar sin desarrollo bacteriano.

Tabla 1. (CC026)

Estudios de laboratorio	Parámetros
Biometría hemática	
Leucocitos	19,46 10^3 /ul
Hemoglobina	7,6 g/dL
Plaquetas	147 10^3 /ul
Neutrófilos	16,33 10^3 /ul
Química sanguínea	
Creatinina	1,15 mg/dL
Urea	21 mg/dL
Ácido úrico	9,8 mg/dL
Pruebas de función hepática	
Bilirrubina directa	5,21 mg/dL
Bilirrubina total	7,52 mg/dL
DHL	213 UI/L
TGO	59 U/L
TGP	43 U/L
Fosfatasa alcalina	159 U/L
GGT	216 UI/L
Inmunológicos	
ANA screen	1:10 000 en células Hep20, patrón nuclear granular fino y citoplasmático granular fino denso
Anti-DSDNA	65,5 UI/mL
Anti-SM	≥ 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	≤ 2 U/mL
ANCA	Negativo
Anti-MPO	2,19 UR/mL
Anti-PR3	≤ 2 UR/mL
C3	22,3 mg/dL
C4	7,35 mg/dL

Discusión: La hemorragia alveolar difusa es una complicación respiratoria grave desencadenada por capilaritis pulmonar inducida por inmunocomplejos y secundaria a hemorragia blanda que ocasiona daño en la membrana basal y fuga de eritrocitos al espacio alveolar. Su identificación

Figura 1. Tomografía de tórax en fase simple; el corte coronal muestra 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. (CC026)



diagnóstica se basa en el estudio clínico e imagenológico con radiografía y tomografía de tórax de alta resolución, así como broncoscopia para el análisis del líquido alveolar; en la actualidad existen diversos tratamientos que incluyen metilprednisolona, ciclofosfamida, plasmaféresis, inmunoglobulina y rituximab. En el escenario descrito se identificó una hemorragia alveolar difusa como complicación crítica del lupus eritematoso sistémico que exigió abordaje avanzado de la vía respiratoria e ingreso a la unidad de cuidados intensivos adultos, en la que se administraron metilprednisolona y ciclofosfamida y se realizó plasmaféresis; sin embargo, experimentó un desfavorable pronóstico y desenlace.

Conclusiones: Se destaca en este caso clínico una compleja presentación del lupus eritematoso sistémico con compromiso pulmonar que representa la hemorragia alveolar difusa. La identificación temprana de complicaciones potencialmente letales es crucial 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.

CC027

ABDOMEN AGUDO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

E.J. Juárez-Benítez, P.B. Lara-Herrera, E. Faugier-Fuentes, I.G. Kattan-Mejía, B.R. Gallegos-Tirado

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La naturaleza sistémica del lupus eritematoso sistémico (LES) realza la diversidad de presentaciones iniciales y posibles complicaciones, relacionadas con la evolución natural de la enfermedad y su tratamiento. En las presentaciones atípicas al inicio se ha establecido una

relación con la hiperactividad inmunitaria subclínica anterior al establecimiento completo de la enfermedad (autoinmunidad subclínica).

Presentación de los casos:

Caso 1: Paciente de 13 años con antecedente de hospitalización un mes previo en otra institución por neumonía adquirida en la comunidad, vinculada con derrame pericárdico de origen no determinado y disfunción diastólica secundaria a probable insuficiencia cardíaca. Requirió ventilación mecánica y antibioticoterapia de amplio espectro. En cultivo se aisló *Pseudomonas aeruginosa*. Un día posterior al egreso se la valoró en un contexto extrahospitalario mediante tomografía abdominal simple por ausencia de evacuaciones, dificultad para eliminar gases y dolor abdominal intenso y progresivo. La TAC delineó masa intraabdominal, por lo que acudió al HIMFG. Al interrogatorio dirigido refirió pérdida de peso de 11 kg en un mes y caída de cabello. En la exploración física se palpó masa en el cuadrante superior derecho, sin signos de irritación peritoneal. La tomografía toracoabdominal contrastada mostró derrame pericárdico moderado y lesión quística hepática con contenido hipodenso y heterogéneo (Figura 1). Los indicadores de laboratorio registraron anemia normocrómica-normocítica, trombocitosis e hipoalbuminemia, por lo que se solicitó interconsulta con el servicio de reumatología. Con posterioridad, los anticuerpos solicitados resultaron positivos. Durante la estancia hospitalaria se documentó crecimiento progresivo de la masa, cambios en la densidad por imagen y descenso de hemoglobina sin evidencia de hemólisis. Ante estos hallazgos, se realizó laparoscopia diagnóstica que identificó bilioperitoneo y píocolecisto perforado. Se drenaron aproximadamente 300 cc de líquido biliar y se observaron múltiples adherencias asa-pared y asa-hígado.

Caso 2: Paciente de 14 años recién diagnosticada con LES con afectación neurológica, renal, hematológica e inmunológica, en tratamiento con esteroides y FARME. Acude a urgencias por edema progresivo y dolor abdominal. La exploración física identificó edema considerable en extremidades inferiores, área genital y ascitis a tensión. Los estudios de laboratorio mostraron leucopenia, neutropenia, hiperlactatemia y reactantes de fase aguda elevados, por lo que se integró el diagnóstico de choque séptico con sospecha de foco abdominal y se inició tratamiento antibiótico y vasopresor. Sin embargo, ante la evolución tórpida, signos de abdomen agudo y evidencia radiográfica de aire libre subdiafragmático (Figura 1), se decidió realizar laparotomía exploratoria por sospecha de perforación intestinal: se localizó una peritonitis generalizada y parches de vasculitis en yeyuno e íleon, con abundante líquido inflamatorio. Véase la Tabla 1.

Discusión: El lupus puede presentarse como urgencia quirúrgica en pacientes no diagnosticados o durante el curso de la enfermedad, concomitante o similar a alteraciones abdominales agudas. Estas presentaciones atípicas pueden retrasar el diagnóstico o ser complicaciones que elevan la morbilidad.

Conclusiones: Son necesarias valoraciones multidisciplinarias, correlación clínica y de laboratorio y un diagnóstico oportuno para optimizar el tratamiento y mejorar el pronóstico de los pacientes con presentaciones atípicas tanto al inicio como durante el curso de la enfermedad.

Figura 1. A, TAC de abdomen (caso 1) que muestra lesión quística con contenido hipodenso y heterogéneo a expensas de hígado. B, radiografía toracoabdominal en bipedestación (caso 2): se observa una imagen indicativa de aire libre subdiafragmático. (CC027)

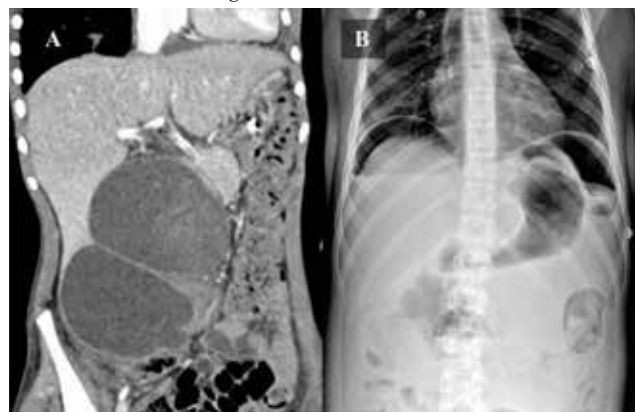


Tabla 1. (CC027)

Criterios ACR 1997	Caso 1	Caso 2
Eritema malar o discoide	+	-
Serositis	Derrame pleural y pericárdico	-
Úlcera oral	En encía interdental de 1er y 2do molares superiores derechos. Dolorosa	Palatina, no dolorosa
Afectación renal	PO 12 horas en intervalo significativo (36 mg/m ² /h); < TFG (107 mL/min/m ²)	Índice proteína/creatinina urinaria > 3
Afectación articular	Artritis de interfalángicas proximales bilaterales	Artritis en 28 articulaciones
Afectación hematológica	Linfopenia en dos determinaciones	Leucolinfopenia en dos determinaciones
Afectación inmunológica	Anti-DNAs > 800; Anti-Sm > 200	Anti-DNAs > 800
Afectación neurológica	-	Psicosis, alucinaciones, SPECT cerebral alterado
ANA +	Homogéneo 1:1 280; citoplasmático 1:80	Homogéneo 1:320
Otros datos útiles	Antinucleosomas > 200; hipocomplementemia C3 y C4; Coombs directo AHG +++, IgG +++	Anticardiolipinas IgG > 120; Antinucleosomas > 200; Anti-RNP 168,2; Anti P ribosomal > 200; Hipocomplementemia C3 y C4.

Bibliografía

- Mercado U, Torres K, Soto DR. Lupus eritematoso sistémico como manifestación inicial en pacientes admitidos a urgencias médicas. Med Int Méx. 2023;39(5):815-820.
- Louthrenoo W, Gumtornip W, Thanunchai P, et al. Clinical features, imaging findings, and outcomes of acute abdominal pain in systemic lupus erythematosus: comparing mesenteric vasculitis, non-mesenteric vasculitis, and surgical conditions. Clin Rheumatol. 2024;43(12):3699-3712.

CC028

DERMATOMIOSITIS ASOCIADA A CARCINOMA PARATIROIDEO QUE SIMULÓ ADENOMA TIROIDEO. RETO DIAGNÓSTICO

A.A. Barrera-Rodríguez¹, O.C. Pérez-García², B.D. Franco-Rivera², G.C. Solís-Jiménez², J.G. Herrera-Polanco²

⁽¹⁾Instituto Mexicano del Seguro Social, Mérida, Yucatán, ⁽²⁾Hospital General Regional # 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mérida, Yucatán

Introducción: La dermatomiositis (DM) es una enfermedad poco frecuente que se manifiesta clínicamente con debilidad y dolor en los músculos proximales, así como lesiones cutáneas. Su incidencia es de 1/100 000 habitantes, con elevaciones en niños (cinco y 15 años) y adultos (45 y 60 años). Una quinta parte de los casos se relaciona con la aparición de un tumor maligno.

Presentación del caso: Mujer de 61 años que tiene como antecedentes una abuela con cáncer gástrico; padece hipertensión arterial sistémica controlada con losartán (50 mg al día), litiasis renal en dos ocasiones a los 48 y 53 años; gesta 4, partos 4, abortos 0; detecciones de cáncer (mamario y cervicouterino) negativas. Inicia en enero de 2025 con debilidad muscular y dolor articular, acompañado de edema de miembros superiores e inferiores,

eritema "sarpullido" en región facial, codos y antebrazos, fotosensibilidad; en mayo experimenta mayor debilidad muscular, con incapacidad para la extensión cefálica y postración. La exploración revela eritema en heliotropo con coloración violácea y acromia en la región frontal, signo del chal en cuello con nodulación fija en cadena anterior de cuello, no dolorosa; las extremidades superiores revelan eritema rosa pálido y manos de mecánico; fuerza muscular disminuida, reflejos osteotendinosos normales y limitación de movimiento. Extremidades inferiores: fuerza muscular disminuida, reflejos osteotendinosos normales, limitación de movimiento, MMT8 30/150.

Tomografía simple y contrastada de cuello: glándula tiroides de morfología y tamaño normal, con parénquima homogéneo; en el polo superior del lóbulo tiroideo derecho se observa una imagen nodular (6 mm) con densidad de 141 UH, asimétrica respecto del lóbulo contralateral.

Gammagrama tiroideo: incremento de la concentración del trazador en hemitiroides derecha.

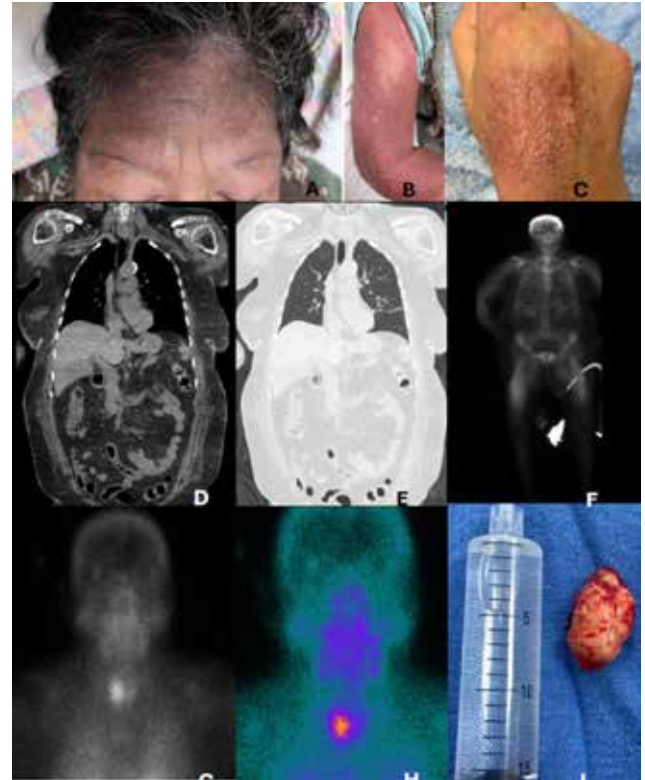
Patología: bandas fibrosas gruesas que se extienden desde la cápsula paratiroidea, cambios anaplásicos, figuras mitóticas y un aumento de la relación núcleo/citoplasma. Véanse la **Tabla 1** y la **Figura 1**.

Tabla 1. Estudios de laboratorio durante la evaluación. (CC028)

Glucosa 127 mg/dL	Antinucleares 1:1 280, patrón moteado fino
Urea 64,25 mg/dL	Anti-DNAc negativo
Nitrógeno ureico 30 mg/dL	Complemento 3 140 mg/dL
Creatinina 0,8 mg/dL	Complemento 4 30,6 mg/dL
Ácido úrico 10,30 mg/dL	Factor reumatoide < 20 UI/L
Colesterol total 193 mg/dL	H. estimulante tiroidea 2,42 mU/L
Triglicéridos 214 mg/dL	Triyodotironina libre 2,21 ng/dL
Proteínas totales 5,90 g/L	Tiroxina total 5,5 µg/dL
Albumina 3,3 g/L	PCR 12,63 mg/dL
Globulina 2,60 g/L	Hormona paratiroidea 69,8 S/U
Alaninotransferasa 371 UI/L	Anti-CCP negativo
Aspartatransferasa 208 UI/L	Hemoglobina glicada 5,59%
Deshidrogenasa láctica 586 UI/L	Vitamina D 20,39 ng/mL
γ-glutamiltanspeptidasa 305 UI/L	
Fosfatasa alcalina 127 UI/L	Perfil miositis
Tiempo de protrombina 10,6"	Anti-Mi2 alfa positivo
Tempo parcial de tromboplastina 22,0"	Anti-Mi2 beta positivo
INR 0,96	Anti-Jo-1 negativo
Sodio 137 mmol/L	Anti-Ku negativo
Potasio 4,4 mmol/L	Anti-TIF1γ negativo
Cloro 102 mmol/L	Anti-PM-100 negativo
Calcio 14,4 mg/dL	Anti-SCL-70 negativo
Fósforo 3,0 mg/dL	Anti-PL 7 negativo
Magnesio 1,30 mg/dL	Anti-PL 12 negativo
Bilirrubina 0,6 mg/dL	Anti-DNAc negativo
Leucocitos 9,380 cel/mcL	Antihistona negativo
Linfocitos 5%	Anti-SM negativo
Neutrófilos 89%	Anti-SSA negativo
Hemoglobina 10,8 g/dL	Anti-SSB negativo
Plaquetas 246,000 u/mcL	Anticentrómero negativo
CK 2241 UI/L	
CK MB 319 UI/L	

Discusión: La etiopatogenia de la DM aún no es clara, pero se ha descrito que diferentes factores, como la predisposición genética, los desencadenantes ambientales y los mecanismos inmunológicos, influyen en su desarrollo. La DM se caracteriza por miotoxicidad mediada por linfocitos T y microangiopatía mediada por el complemento. Se ha considerado que los blancos principales en la DM son los capilares endomisiales, que son atacados por el complejo de ataque membrana y los fragmentos C4b. La dermatomiositis vinculada con las neoplasias son poco frecuente y su elevada relación con hipercalcemia y PTH, lo cual incrementa la sospecha de una neoplasia de paratiroides o de otro tumor neuroendocrino o adenocarcinoma. Como se presenta en este caso, se descartó toda posibilidad y sólo resultó evidente la nodulación en cuello, que exigió resección quirúrgica y tratamiento complementario con FARME para el control de la miopatía, aunado al seguimiento de ambas anomalías para garantizar un éxito a largo plazo.

Figura 1. A-C, lesiones dérmicas. D-E, pantomografía. F, gammagrama con metilendifosfonato 99mTc. G-H, gammagrama tiroideo con sestamibi 199-mTc. I, tumor tiroideo y paratiroideo. (CC028)



Conclusiones: La relación paraneoplásica entre la dermatomiositis (DM) y el cáncer subyacente está bien establecida. Este caso confirma el valor diagnóstico y terapéutico de la búsqueda de neoplasias malignas en pacientes con DM de localización común (cáncer de ovario, mama, próstata, pulmón, nasofaringe y colorrectal y linfomas no Hodgkin); sin embargo, cuando existen marcadores atípicos las causas pueden ampliarse a cuello, esófago y tórax. Por lo tanto, el reconocimiento temprano de los síndromes paraneoplásicos vinculados con la DM puede facilitar una intervención temprana y optimizar la evolución del paciente. Se presenta el primer caso en la península, donde la causa fue un carcinoma de la paratiroides.

Bibliografía

- Didona D, Rallo A, Carugno A, *et al.* Paraneoplastic dermatoses: a clue for underlying malignancies. *J Clin Med.* 2025;14(3):1014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm14031014>
- Tanabe S, Mitomi H, Sada M, *et al.* Parathyroid hormone-related protein production by adenocarcinoma in Barrett's esophagus patient with dermatomyositis. *Dig Dis Sci.* 2001;46(7):1584-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1010620811410>

CC029

TENOSINOVITIS FIBRÓTICA DIAGNOSTICADA POR ECOGRAFÍA EN PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA: CASO ILUSTRATIVO

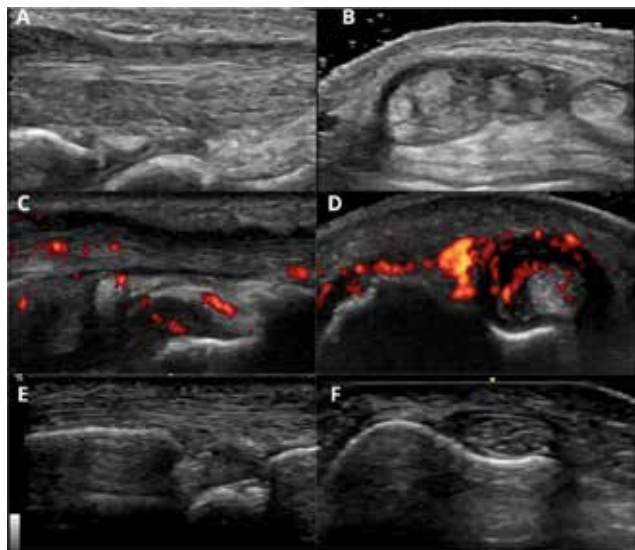
F.B. Sánchez-Zamudio, D.I. Rojas-Abarca, C.V. Montiel-Castañeda, R.C. Soto-Fajardo, A.A. Martínez-Villareal

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La esclerosis sistémica es una enfermedad del tejido conectivo inmunomediada caracterizada por activación fibroblástica, vasculopatía y fibrosis de piel y órganos internos, en la que además se observan manifestaciones osteoarticulares, como sinovitis y tendinopatía, con engrosamiento, fibrosis y roce de los tendones; la tenosinovitis fibrosante es una manifestación poco informada y su prevalencia oscila entre 5 y 37%, pero es altamente específica, sobre todo en formas difusas de la enfermedad.

Presentación del caso: Mujer de 28 años sin antecedentes de relevancia. Inició con fenómeno de Raynaud de tipo bifásico tres años antes. Ha padecido artralgias de tipo inflamatorio en manos desde hace 18 meses acompañadas de edema de manos (*puffy hands*), motivo por el que acude a esta institución. Durante su valoración se reconoce esclerodactilia, sin edema de manos, y al interrogatorio dirigido sólo se refieren síntomas relacionados con ERGE. El ultrasonido de manos muestra tenosinovitis con infiltración dentro de la vaina del tendón de tejido hipoecoico, con señal Doppler de poder en los compartimientos extensores segundo a cuarto y flexores a nivel del túnel del carpo de ambas manos, sin evidencia de compromiso articular (**Figura 1**). La capilaroscopia revela un patrón temprano. Estudio inmunológico con ANA 1:1 280, anticentrómero > 708,9 CU* y anti-Scl70 2,9 CU, con lo que suma 16 puntos de los criterios de clasificación ACR/ EULAR 2013 para SSc. Se confirma el diagnóstico de esclerosis sistémica.

Figura 1. A, vista longitudinal del extensor de los dedos y el índice con infiltrado isoeoico entre la vaina tendinosa y las fibras de los tendones. B, vista transversal del extensor de los dedos y el índice con infiltrado isoeoico entre la vaina tendinosa y las fibras de los tendones. C, vista longitudinal de extensor cubital del carpo (ECC), con ensanchamiento anecoico anormal de la vaina tendinosa y presencia de señal Doppler de poder. D, vista transversal del ECC con ensanchamiento anecoico anormal de la vaina tendinosa y presencia de señal Doppler de poder. E y F, vista transversal y longitudinal de ECC normal. (CC029)



Discusión: Este caso resalta la importancia del ultrasonido como herramienta complementaria para el diagnóstico de la esclerosis sistémica. La paciente mostró síntomas iniciales inespecíficos, como artralgias y edema, que pueden observarse en diversas enfermedades reumáticas. No obstante, el ultrasonido permitió identificar una manifestación específica de esclerosis sistémica de forma no invasiva y dinámica.

En México, si bien los estudios son limitados, la información disponible resalta la importancia de estas manifestaciones en la enfermedad. Un estudio publicado de Saint Riquier *et al.* (2020) encontró que este hallazgo, a pesar de tener una baja prevalencia (13,9%), posee una especificidad muy alta (98% IC95%, 91–99%). El mismo estudio demostró que al sustituir este hallazgo o la presencia de estenosis de la arteria ulnar por ítems de capilaroscopia o compromiso pulmonar, los criterios de clasificación

ACR/EULAR 2013 mantuvieron un excelente rendimiento diagnóstico. El ultrasonido proporciona de forma oportuna una imagen objetiva a nivel de carpos y otras extremidades con afectación en fase temprana. Cabe mencionar que, en comparación con otras herramientas, tiene la ventaja no sólo de evitar la radiación al paciente, sino también de ser un método con una relación costo-beneficio con mejor adaptabilidad. Estas ventajas permiten usarlo como una herramienta auxiliar en pacientes con afecciones reumatológicas para poder apoyar el criterio médico y generar un diagnóstico certero.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia del ultrasonido como un auxiliar en el diagnóstico de esclerosis sistémica, sobre todo en etapas tempranas. La identificación de la tenosinovitis fibrosante es un hallazgo muy específico que podría ayudar a determinar el diagnóstico de esta anomalía en fases tempranas.

Bibliografía

1. De Saint Riquier M, Ballerie A, Robin F, *et al.* Hand ultrasound for the diagnosis of scleroderma: a scoring strategy including US items and items from the EULAR/ACR classification. *Clin Exp Rheumatol.* 2020;38 Suppl 125: P1140-PF147.
2. Camargo-Ibarias KM, Pineda-Villaseñor C, Lozada-Pérez CA, *et al.* Infrared, Reporte de caso clínico. Imagenología integrada en el diagnóstico temprano de esclerosis sistémica. *Investigación en Discapacidad.* 2018;7(2):67-71. Recibido 10 Oct 2017, Aceptado 25 Mar 2018.

CC030

PRESENTACIÓN INUSUAL DE VASCULITIS ASOCIADA A ANCA MPO+ O SOBREPOSICIÓN CON ARTRITIS REUMATOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. García-Rojas, J.D. Centeno-Valadez, N.N. Del Real-Aldana, C. Silva-Álvarez, A.G. Olguín-Holguín

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

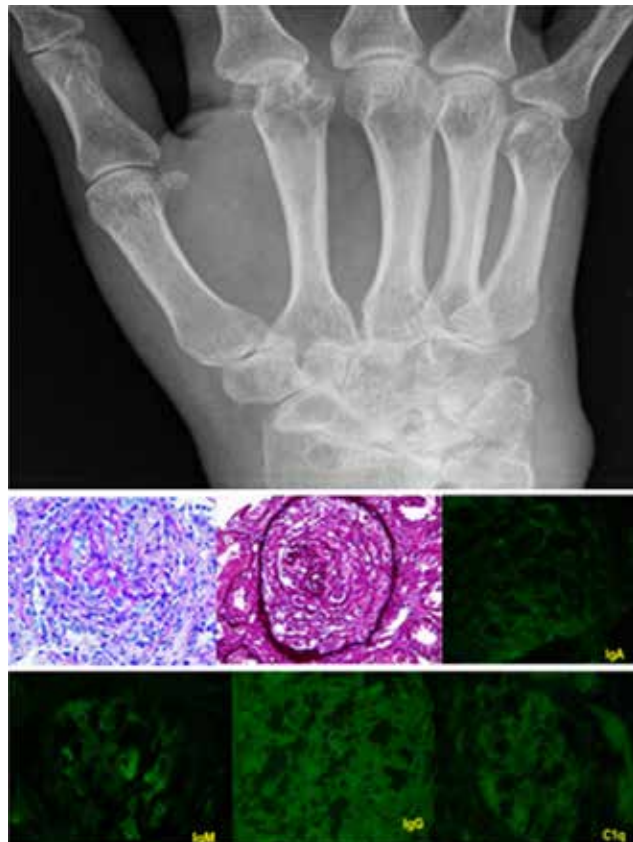
Introducción: Las vasculitis relacionadas con ANCA comprenden un espectro de enfermedades con mecanismos fisiopatológicos comunes y amplia gama de manifestaciones clínicas. La artritis es una manifestación bien documentada y se presenta en el 30 a 65% de los casos; son más frecuentes los patrones oligoarticular o monoarticular en grandes articulaciones. Las formas poliarticulares simétricas, típicas de artritis reumatoide (AR), son menos comunes, pero se han publicado.

Presentación del caso: Mujer de 42 años con inicio de artralgias y sinovitis simétrica de pequeñas articulaciones 12 años antes. Se identificaron erosiones en carpo y segunda metacarpofalángica derecha (**Figura 1**). Factor reumatoide positivo (88,8 UI/mL). Se clasificó como AR y recibió tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) convencionales y etanercept, con apego irregular. En fecha reciente presentó fiebre vespertina diaria de 39°C, intolerancia oral, lesiones dérmicas (manchas eritematosas y úlceras en labios, mucosa oral y nasal, región malar, tórax, y dedos de los pies), adenopatías múltiples, anemia y leucopenia persistentes. La biopsia de ganglio cervical y la tinción de Grocott revelaron microorganismos intracelulares indicativos de histoplasma. Se diagnosticó histoplasmosis diseminada y se trató con anfotericina B por dos semanas, seguida de itraconazol.

Durante el seguimiento presentó edema grave de extremidades inferiores, incremento de azoads, hipertensión y proteinuria (10 933,5 mg/24 h). Se diagnosticó síndrome nefrótico que requirió tratamiento sustitutivo renal. Los estudios inmunológicos revelaron ANCA MPO positivos (123,7 CU). La biopsia renal mostró glomerulonefritis proliferativa extracapilar paucimune. Se inició tratamiento de inducción con megadosis de glucocorticoides y ciclofosfamida.

Discusión: El cuadro plantea dos posibles diagnósticos: una vasculitis relacionada con ANCA (AAV) con manifestación articular atípica o una verdadera sobreposición AR-poliangitis microscópica (MPA). La sinovitis erosiva inicial y el factor reumatoide positivo apoyan el diagnóstico de

Figura 1. A, erosiones en segunda MCF y carpo (hueso ganchoso). B, glomerulonefritis proliferativa extracapilar activa pauciinmune. (CC030)



AR. La aparición tardía del síndrome sistémico, ANCA MPO positivos y glomerulonefritis pauciinmune indican vasculitis activa consistente con MPA.

La infección por *Histoplasma capsulatum* complica el cuadro, ya que puede imitar enfermedades autoinmunes con fiebre, lesiones pulmonares y mucocutáneas, adenopatías e incluso ANCA positivos transitorios. Sin embargo, en este contexto, y dada la prueba objetiva de la biopsia renal, es más probable que la histoplasmosis actuara como desencadenante o amplificador. Existen informes de pacientes con AR que desarrollan AAV años después. También se han descrito presentaciones articulares tipo AR en AAV, aunque sin erosiones ni deformidad, una diferencia crucial en este caso.

Conclusiones: Este caso es consistente con una verdadera sobreposición entre AR y MPA más que una presentación articular atípica de vasculitis.

La evolución prolongada con sinovitis erosiva anterior al brote vasculítico, junto con los hallazgos histológicos y serológicos, sustentan esta interpretación. La infección por histoplasma complicó el curso clínico, pero no explica por sí sola el daño renal ni la glomerulonefritis. Este caso refuerza la importancia de considerar distintas manifestaciones articulares en pacientes con AAV, sin dejar de lado la posibilidad siempre tangible de tratarse de una sobreposición de dichas entidades.

Bibliografía

1. Fagni F, Bozzalla-Cassione E, Bortoluzzi A, *et al.* ANCA-associated vasculitis: from pathogenesis to treatment. *Int J Mol Sci.* 2023;26(18):6065. doi:10.3390/ijms26186065
2. Hassan AS, Meyer SA, Vadlamudi NB, *et al.* The co-existence of rheumatoid arthritis and granulomatosis with polyangiitis. *Cureus.* 2021;13(8):e17103. doi:10.7759/cureus.17103
3. Albayrak-Dilaver E, Turgay M, Kasifoglu T, *et al.* The joint involvement pattern of granulomatous polyangiitis changed? Multicenter study. *Clin Rheumatol.* 2023;42(9):2601-2609. doi:10.1007/s10067-025-07551-4.

CC031

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Almendras-Flores, V.A. Álvarez-Sánchez, S. Muñoz-López, F.C. Irazoque-Palazuelos, L. Andrade-Ortega

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El síndrome hemofagocítico (SHF) es un subtipo de linfocitosis hemofagocítica secundaria que produce un estado hiperinflamatorio potencialmente letal que se relaciona con enfermedades reumáticas; es una manifestación poco común de la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC).

Presentación del caso: Paciente masculino de 41 años, con cuatro años de evolución de poliartritis simétrica, edema en manos, fenómeno de Raynaud trifásico, fiebre, fatiga, cefalea, inyección conjuntival, mialgias, debilidad muscular, úlceras orales, genitales y anales, además de dolor neuropático en patrón de guante y calcetín. Se consideró enfermedad de Behçet y recibió tratamiento con esteroide, azatioprina y neuromodulador. En 2023 se añadió metotrexato al esquema terapéutico y en enero de 2024 manifestó empeoramiento de síntomas constitucionales y mayor debilidad muscular; se agregó baricitinib, pero al cabo de un mes se suspendió debido a tuberculosis ganglionar y recibió tratamiento antifímico. Es referido a este hospital en septiembre de 2024, donde se documentaron fiebre de 39°C, telangiectasias en mejillas y nariz, úlceras orales, lesiones de aspecto sal y pimienta en frente, tórax y extremidades, fenómeno de Raynaud (Figura 1), hepatoesplenomegalia y MMT8 de 36/40 puntos. Los estudios paraclínicos revelaron citopenias (neutrófilos 160/mm³, linfocitos 280

Figura 1. A, fenómeno de Raynaud. B, úlceras orales. C, lesiones en sal y pimienta. D, RM con hiperseñal en STIR de los músculos de la cintura pélvica y muslos. (CC031)



mm³, plaquetas 28 000 mm³), elevación de enzimas hepáticas (AST 445 U/l, ALT 249 U/l) y musculares (CKT 3.155), reactantes de fase aguda elevados, hipertrigliceridemia (427 mg/dL), hiperferritinemia (6.262 mg/dL), electromiografía con patrón miopático y resonancia magnética con hiperseñal en T2 y STIR de los músculos de la cintura pélvica y muslos bilateral. ANA 1:80 con patrón homogéneo difuso, factor reumatoide 33,5, anti-Sm 146 (positivo fuerte), anti-U1-RNP 640 (positivo fuerte); el resto de especificidades fue negativo. Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de EMTC con cuatro criterios según Alarcón-Segovia, así como manifestación atípica y grave SHF, con 5/8 criterios HLH-2004 de la *Histiocyte Society*, además de un HScore de 246 puntos, con 99% de probabilidad de SHF (Tabla 1). El paciente recibió esteroide a dosis variables, inmunoglobulina intravenosa y se esplenectomizó; en la actualidad se encuentra en mantenimiento con rituximab y micofenolato, en remisión de la enfermedad.

Tabla 1. HScore para síndrome hemofagocítico. (CC031)

Hallazgos		Score	Paciente
Fiebre	< 38,4°C	0	
	38,4-39,4°C	33	X
	> 39,4°C	49	
Organomegalia	Ausente	0	
	Hepatomegalia o esplenomegalia	23	
	Hepatomegalia y esplenomegalia	38	X
Citopenias	Una línea celular	0	
	Dos líneas celulares	24	X
	Tres líneas celulares	34	
Triglicéridos (mg/dL)	< 132,7 mg/dL	0	
	132,7-354 mg/dL	44	
	> 354 mg/dL	64	X
Fibrinógeno (mg/dL)	> 250 mg/dL	0	X
	< 250 mg/dL	30	
AST (U/L)	< 30 U/l	0	
	> 30 U/l	19	X
Ferritina (ng/L)	< 2 000 ng/ml	0	
	2 000-6 000 ng/ml	35	
	> 6 000 ng/ml	50	X
Hemofagocitosis	Ausente	0	X
	Presente	35	
Inmunosupresión	Ausente	0	
	Presente	18	X
Total		246	puntos

Discusión: La EMTC es una enfermedad autoinmune que combina características de varias entidades como lupus eritematoso sistémico, esclerodermia y dermatomiositis, y el resultado es una disfunción inmunitaria generalizada. Estos pacientes presentan un estado de inmunomodulación alterada, lo que eleva el riesgo de complicaciones inmunológicas, incluidas las respuestas hiperactivas del sistema inmunológico. Por otro lado, el SHF es una anomalía de activación inmunitaria descontrolada, con infiltración de macrófagos y liberación de citocinas proinflamatorias, que puede desencadenarse por infecciones, neoplasias o enfermedades autoinmunes. La relación entre EMTC y SHF radica en que la autoinmunidad puede favorecer una hiperactivación del sistema inmunológico y facilitar la aparición de SHF; no se ha publicado su prevalencia, sólo informes de casos. Los estudios han demostrado que la trombocitopenia < 50 000 y el tratamiento inmunosupresor al momento del diagnóstico, como en esta paciente, se acompañaron significativamente de mayor mortalidad. Por lo tanto es

fundamental mantener un alto índice de sospecha ante manifestaciones atípicas para establecer un diagnóstico temprano, un tratamiento oportuno y mejorar así los resultados clínicos.

Conclusiones: La interacción entre la EMTC y el SHF en este paciente ejemplifica la complejidad de las enfermedades autoinmunes y su capacidad de desencadenar respuestas inmunológicas descontroladas. El diagnóstico temprano y el tratamiento dirigido a ambas alteraciones son cruciales, dado que la coexistencia de ambos puede complicar el pronóstico y aumentar la morbimortalidad.

Bibliografía

- Atteritano M, David A, Bagnato G, *et al.* Haemophagocytic syndrome in rheumatic patients. A systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2012;16(10):1414-24.
- Dhote R, Simon J, Papo T, *et al.* Reactive hemophagocytic syndrome in adult systemic disease: report of twenty-six cases and literature review. *Arthritis Rheum.* 2003; 49(5):633-9.

CC032

VASCULITIS ANCA EN PACIENTE GERIÁTRICO: UN CASO DE ÉXITO

A.G. Olguín-Holguín, E. García-Rojas, J.D. Centeno-Valadez, P.A. Carrillo-Gómez

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

Introducción: La poliangitis microscópica (PAM) es una vasculitis necrosante relacionada con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA), en particular MPO-ANCA, caracterizada por afectación renal y pulmonar potencialmente grave. Se manifiesta casi siempre como glomerulonefritis de rápida progresión (GNRP) y hemorragia alveolar difusa (HAD), entidades que constituyen urgencias reumatológicas con elevada morbimortalidad. El tratamiento actual se basa en inmunosupresión con glucocorticoides a dosis altas y agentes como ciclofosfamida o rituximab, complementados con plasmaféresis en casos seleccionados. Se presenta un caso de PAM activa con HAD y GNRP en paciente añoso, con buena respuesta al tratamiento combinado.

Presentación del caso: Mujer de la octava década de vida, con antecedentes de osteoporosis, hipertiroidismo y síndrome de intestino irritable. Ingresó el 12 de junio de 2025 por cuadro de un mes de tos no productiva que evolucionó a expectoración hemoptoica, dolor pleurítico y disnea progresiva. Previamente se descartó tuberculosis mediante baciloscopias negativas. A su ingreso presentó saturación de 77 a 80% al aire ambiente y taquicardia, con necesidad de ventilación mecánica no invasiva.

La tomografía de tórax reveló patrón en vidrio despulido y nódulos bilaterales. Se documentó anemia grave (Hb mínima, 5,7 g/dL), proteinuria subnefrótica y creatinina elevada (3,7 mg/dL; basal 1,3), consistentes con glomerulonefritis de rápida progresión. La PCR múltiple respiratoria y la procalcitonina fueron negativas, lo que descartó infección bacteriana significativa.

Se diagnosticó PAM MPO+ activa, BVAS3 = 13, con HAD y compromiso renal. Se administraron bolos de metilprednisolona (500 mg/día por tres días) seguidos de plasmaféresis (dos sesiones de 4,5 L de recambio) con albúmina al 20%. Se transfundieron dos concentrados eritrocitarios. El 18 de junio se inició rituximab sin eventualidades. La paciente mejoró de forma progresiva: suspensión de oxígeno el 19 de junio, estabilización de Hb en 7,9 g/dL y disminución de creatinina. Egresó el 21 de junio de 2025 con rehabilitación pulmonar y dieta nefropática.

Discusión: Este caso ilustra la forma típica de la PAM con afectación pulmonar y renal grave, confirmada por hemorragia alveolar difusa y GNRP. La HAD es una complicación potencialmente letal, presente hasta en 30% de los pacientes con PAM, y constituye una causa frecuente de ingreso en cuidados críticos. La combinación de inmunosupresión con glucocorticoides en pulsos y rituximab, junto con plasmaféresis, resultó decisiva para el control del cuadro, concordante con la evidencia que respalda este esquema en pacientes con compromiso pulmonar-renal grave.

Aunque el uso sistemático de la plasmaféresis en las vasculitis positivas a ANCA se ha objetado tras el estudio PEXIVAS, en casos con hemorragia alveolar grave como éste aún se considera una medida terapéutica válida, sobre todo en adultos mayores con alto riesgo vital.

El abordaje multidisciplinario (nefrología, neumología, reumatología y rehabilitación) permitió estabilizar la función respiratoria y renal. Este caso resalta la importancia de un diagnóstico temprano y la implementación rápida de inmunosupresión intensiva en escenarios de síndrome pulmón-riñón, en el cual el retraso terapéutico incrementa la mortalidad.

Conclusiones: La PAM puede presentarse con compromiso pulmonar y renal simultáneo, lo que constituye una emergencia médica. El tratamiento combinado con pulsos de esteroides, rituximab y plasmaféresis permitió controlar la enfermedad en este caso. A pesar de la controversia sobre plasmaféresis, todavía es una opción razonable en la HAD grave relacionada con ANCA. El tratamiento multidisciplinario y el inicio oportuno de inmunosupresión son determinantes para mejorar la supervivencia.

Bibliografía

- Jennette JC, Falk RJ. Small-vessel vasculitis. *N Engl J Med.* 1997;337(21):1512-23.
- Comarmond C, Cacoub P. Granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis: systemic vasculitides with heterogeneous clinical presentations. *Autoimmun Rev.* 2014;13(9):1009-17.
- Cordier JF. Pulmonary manifestations of ANCA-associated vasculitides. *Presse Med.* 2013;42(4 Pt 2):585-95.
- Stone JH, Merkel PA, Spiera R, *et al.* Rituximab versus cyclophosphamide for ANCA-associated vasculitis. *N Engl J Med.* 2010;363(3):221-32.
- Jayne DRW, Bruchfeld AN, Harper L, *et al.* Randomized trial of C5a receptor inhibitor avacopan in ANCA-associated vasculitis. *J Am Soc Nephrol.* 2017;28(9):2756-67.
- Walsh M, Merkel PA, Peh CA, *et al.* Plasma exchange and glucocorticoids in severe ANCA-associated vasculitis. *N Engl J Med.* 2020;382(7):622-31.

CC033

CONEXIONES INVISIBLES: PULMONES, RIÑONES Y AUTOINMUNIDAD EN LAS VASCULITIS DE VASOS PEQUEÑOS

C.S. Pérez-Coronado, A.L. Flores-Cisneros, F. Juárez-Hernández, L.F. Flores-Suárez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Introducción: Es conocida la superposición de poliangitis microscópica y esclerodermia, pero otra enfermedad reumatológica autoinmune dentro del diagnóstico diferencial es la enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMTC). Existen pocos informes de ésta con vasculitis vinculada con ANCA y tampoco es frecuente con lupus eritematoso generalizado (LEG).

Presentación del caso: Mujer de 64 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica y LEG diagnosticado en 2015 en medio externo y tratado con micofenolato de mofetilo (MMF) e hidroxicloroquina. En mayo 2024 inició con disnea progresiva de medianos esfuerzos, tos no productiva, xeroftalmía, artritis de carpos, metacarpofalángicas (MCF) e interfalángicas proximales (IFP) y fenómeno de Raynaud. En mayo 2025

se la envía a revaloración al agregarse pérdida ponderal de 5 kg, edema de manos, úlceras digitales y pápulas de Gottron. EF: estertores crepitantes bibasales y edema distal; se corroboraron datos previos y se halló anemia de grado IV (OMS). TACAR de tórax: neumonía intersticial usual (NIU) con escasas áreas en vidrio deslustrado, sin signos de hemorragia alveolar (**Figura 1**). Por el deterioro renal (**Tabla 1**) y el antecedente de LEG se efectuó biopsia renal, que mostró glomerulonefritis extracapilar con semilunas y necrosis segmentaria, consistente con vasculitis relacionada con ANCA (clasificación de Berden con predominio de semilunas) e índice de cronicidad de Mayo/RPS 5/10 (cambios crónicos moderados). En conjunto con la serología (**Tabla 2**) y los hallazgos intersticiales pulmonares se estableció el diagnóstico de poliangitis microscópica (PAM). Se solicitó "panel" de esclerodermia y miositis por inmunoblot, que fueron negativos o no concluyentes ("zona gris"). Se estableció el diagnóstico de síndrome de superposición de EMTC con PAM. Se consideró que el diagnóstico previo de LEG no podía sostenerse. Ante el diagnóstico de PAM con actividad renal demostrada histológicamente se trató con pulsos de metilprednisolona (3 g totales), prednisona oral (1 mg/kg/día) y rituximab (2 g totales), con mejoría de la función renal.

Discusión: Los síndromes de superposición requieren estudios detallados que pueden exigir demostración histológica a pesar de la presencia de biomarcadores característicos. Esto es más evidente si existe deterioro clínico súbito. En conjunto con el predominio de una u otra de estas enfermedades, lo mencionado guiará el tratamiento adecuado del sujeto. La trascendencia radica en reconocer que los síndromes de superposición con afecciones a ANCA representan la posibilidad de un deterioro rápido con riesgo elevado de progresión a enfermedad renal crónica avanzada y deterioro respiratorio.

Conclusiones: La coexistencia de EMTC y PAM y vasculitis es un inusual reto diagnóstico y terapéutico. Este caso subraya la necesidad de mantener un alto índice de sospecha de vasculitis en pacientes con enfermedades autoinmunes establecidas que muestran deterioro renal o pulmonar, ya que

Figura 1. TACAR de tórax. A, ventana pulmonar a nivel de los segmentos superiores, vidrio esmerilado (*), engrosamiento septal y área de distorsión en S1+2 en donde además existen bronquiectasias y disminución de volumen (flecha vacía). B, a nivel de segmentos pulmonares medios e inferiores, el vidrio esmerilado es más extenso (*); se observan algunas áreas focales de afectación perilobulillar (flecha sólida), hallazgo frecuente en la neumonía organizada. C, reconstrucción sagital en la que se observa la extensión del vidrio esmerilado y la distorsión con disminución de volumen del lóbulo superior izquierdo. (CC033)

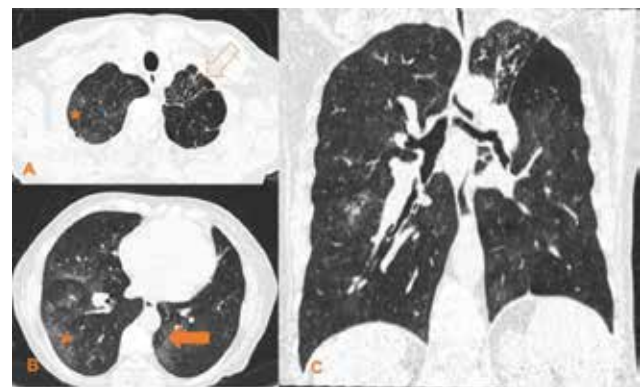


Tabla 1. Evolución de los parámetros de función renal. (CC033)

Fecha	Creatinina (mg/dL)	Urea (mg/dL)	BUN (mg/dL)	Microalbúmina 24 h (mg)	Depuración creatinina (mL/min/SC)	Cistatina C (mg/L)
26/02/2025	1,39	41	19	ND	ND	ND
30/04/2025	3,24	93	44	ND	ND	ND
02/05/2025	3,25	106	49	602,40	12,02	3,96
09/05/2025	4,23	163	76	ND	ND	ND
03/07/2025	1,37	37	17	424,00	31,05	2,33

ND, no determinado.

Tabla 2. Estudios serológicos de autoinmunidad. (CC033)

Prueba	21/03/2025	09/06/2025
AAN (IFI)	Moteado grueso 1:2560	AC-20 citoplasmático granular fino 1:1 280, AC-4 nuclear granular fino 1:2 560
ANCA (IFI)	Negativo	P-ANCA 1:80
Anti-nRNP/Sm	> 200 U/mL	> 200 U/mL
Anti-Sm	32,1 U/mL	34,27 U/mL
Anti-SSA (Ro)	Negativo	ND
Anti-SSB (La)	Negativo	ND
Anti-CCP	Negativo	ND
Anti-dsDNA	15 U/mL	ND
Anti-Scl-70	Negativo	ND
MPO-ANCA	ND	117,48 UR/mL
PR3-ANCA	ND	< 2 UR/mL

AAN, anticuerpos antinucleares; ANCA, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo; dsDNA, ADN de doble cadena; anti-CCP, anticuerpos contra péptido cíclico citrulinado; MPO-ANCA, anticuerpos contra mieloperoxidasa; PR3-ANCA, anticuerpos contra proteinasa-3; ND, no determinado.

el tratamiento oportuno puede estabilizar la función orgánica y mejorar la supervivencia.

Bibliografía

1. Murakami M, Shimane K, Takahashi H, *et al.* ANCA-associated vasculitis with dual ANCA positivity in coexistence with mixed connective tissue disease. *Mod Rheumatol.* 2013;23(1):156-61.
2. Martín-Nares E, Zúñiga-Tamayo D, Hinojosa-Azaola A. Prevalence of overlap of antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis with systemic autoimmune diseases: an unrecognized example of polyautoimmunity. *Clin Rheumatol.* 2019;38(1):97-106.

CC034

GRANULOMA LAGRIMAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE SARCOIDOSIS MULTISISTÉMICA

C.J. Arequipa-Loachamin, J.A. Álvarez-Meza, E.A. Galindo-Calvillo, M.A. Villarreal-Alarcón, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de causa desconocida, caracterizada por la formación de granulomas no caseificantes en múltiples órganos, en especial pulmones y ganglios mediastínicos. La presentación más común es la afectación torácica con adenopatías hiliares bilaterales y síntomas respiratorios. Tiene una prevalencia variable según sean la raza y la región, y es más frecuente en afroamericanos y mujeres jóvenes. La fisiopatología incluye una respuesta inmune excesiva ante un antígeno desconocido, con activación de linfocitos T CD4+ y macrófagos, producción de citocinas proinflamatorias y formación de granulomas. Aunque muchas veces es autolimitada, puede cronicarse y causar fibrosis y disfunción orgánica.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente de 58 años con antecedentes de hipertensión arterial de difícil control y un accidente isquémico transitorio previo. Refiere contacto domiciliario con un caso confirmado de tuberculosis. Acudió por presentar blefarodema derecho recurrente resistente al tratamiento con antiinflamatorios. La evaluación por imágenes mostró compromiso de la glándula lagrimal derecha y el estudio histopatológico reveló granulomas no caseificantes, sin evidencia de infección micótica o micobacteriana. Con posterioridad desarrolló artralgias con predominio en miembros inferiores y dolor torácico. Una tomografía de tórax delineó adenopatías mediastínicas múltiples en conglomerado (**Figura 1**), cuya biopsia también mostró granulomas no caseificantes y ausencia de malignidad. Se completó el estudio de exclusión: VIH, VDRL, ANCA, anti-Ro y Quantiferon TB Gold negativos, con valores de IgG4 en límites normales, 106 mg/dL. Las pruebas de función pulmonar mostraron una restricción leve.

Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de sarcoidosis multisistémica, con afectación de la glándula lagrimal derecha y adenopatías mediastínicas. Se inició tratamiento con prednisona oral (1 mg/kg/día) con reducción progresiva. Sin embargo, persistieron las artralgias, por lo que se añadió metotrexato como agente inmunosupresor de fondo.

Durante el seguimiento se observó normalización de las pruebas de función pulmonar, resolución del dolor articular y regresión del tamaño de la glándula lagrimal a su estado basal, y control adecuado de la enfermedad.

Figura 1. Tomografía pulmonar que muestra ventana mediastínica y conglomerado de adenopatías mediastínicas. (CC034)



Discusión: La sarcoidosis puede mostrarse como un padecimiento heterogéneo, capaz de afectar a muchos órganos y sistemas, por lo que es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial, que incluye sobre todo infecciones por hongos, micobacterias, exposición a metales, polvos orgánicos, vasculitis, Sjögren, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad por IGG4, neoplasias y linfoma. Cabe recordar que en muchos pacientes la enfermedad se autolimita y en otros cede sin tratamiento. Respecto del control farmacológico, la evidencia actual muestra que la prednisona es una buena alternativa, ya que logra una respuesta más temprana en la enfermedad; también es posible prescribir metotrexato que, si bien tiene un efecto más lento, logra el mismo objetivo que el corticoide, con la ventaja adicional de poder evitar los efectos adversos de éste. En cuanto al tratamiento de tercera línea pueden administrarse inhibidores TNF- α con buena respuesta, aunque existen otras alternativas, según sea el sistema comprometido.

Conclusiones: La sarcoidosis posee un amplio espectro de manifestaciones clínicas, por lo que es fundamental descartar sus diagnósticos diferenciales para establecer un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado. Una intervención oportuna permite prevenir complicaciones, evitar el daño orgánico progresivo y mejorar en grado significativo la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Drent M, Crouser ED, Grunewald J. Challenges of sarcoidosis and its management. *New England Journal of Medicine.* 2021;385(11):1018-32.
2. Neves FS, Pereira IA, Sztajnbock F, *et al.* Sarcoidosis: a general overview. Vol. 64, *Advances in Rheumatology.* BioMed Central Ltd; 2024.

CC035

RECAÍDA DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS CON COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y AFECTACIÓN SELAR: REPORTE DE CASO

E.E. Aguilar-Oliva, H. Silveira-Luis

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La granulomatosis con poliangitis (GPA) es una vasculitis sistémica relacionada con ANCA que afecta a vasos pequeños y en ocasiones de mediano calibre, con inflamación necrosante y formación de granulomas; su causa no se ha establecido. Compromete principalmente al tracto respiratorio superior, los pulmones y los riñones. La afectación del sistema nervioso central es poco frecuente y la de la región selar aún más rara, con una frecuencia calculada de 1 a 2% de los casos.

Presentación del caso: Paciente masculino de 24 años con diagnóstico de GPA y anticuerpos anti-PR3 positivos desde 2020, con inicio de la enfermedad ocular y rinosinusal. En 2024 sufrió una recaída caracterizada por estenosis laríngea leve, nódulos pulmonares, compromiso ocular y rinosinusal; recibió tratamiento de inducción con ciclofosfamida IV, dosis acumulada de 7 g; posteriormente recibió tratamiento de mantenimiento con azatioprina y prednisona en dosis de reducción. En julio de 2025 el paciente consultó por diplopía, hemianopsia temporal izquierda, dolor ocular y cefalea. La exploración física reveló facies cushinoide, conjuntiva con áreas de escleromalacia, sin escleritis ni episcleritis; anisocoria izquierda por midriasis con abolición del reflejo fotomotor; parálisis del VI nervio del cráneo izquierdo y hemianopsia temporal izquierda. En los estudios de laboratorio destacan leucocitos $20,8 \times 10^9/L$; neutrófilos $16,6 \times 10^9/L$; hemoglobina 15,1 g/dL; plaquetas $457 \times 10^9/L$. Química: creatinina 1,16 mg/dL, glucosa 66 mg/dL, VSG 11 mm/h y proteína C reactiva 7,58 mg/L. Perfil tiroideo: TSH 1,4 mUI/L, T3 libre 1,07 pg/mL, T4 libre 0,32 ng/dL. Examen general de orina normal. TAC de cráneo: lesión expansiva en región selar de $18 \times 15 \times 14$ mm, de densidad homogénea, que se extiende a la región paraselar e infiltra los senos venosos adyacentes, con lesiones hipodensas en la región temporal derecha y orbitofrontal derecha, indicativas de edema. Sinusitis maxilar derecha con desviación septal y engrosamiento de cornetes (**Figura 1**). Se inició tratamiento de reinducción con rituximab, acompañado de glucocorticoide en dosis altas, y se solicitaron estudios complementarios para caracterizar la lesión selar y su repercusión funcional, incluidos resonancia magnética de hipófisis y perfil hormonal hipofisario completo, que aún están pendientes.

Figura 1. Tomografía axial computarizada de cráneo. (CC035)



Discusión: En la GPA se han identificado tres mecanismos patogénicos que podrían explicar la afectación selar: a) vasculitis de los vasos hipofisarios que altera la perfusión glandular, b) extensión directa de granulomas adyacentes del tracto otorrinolaringológico hacia la hipófisis y c) inflamación granulomatosa primaria *in situ*.

Desde el punto de vista clínico, la afectación selar se presenta típicamente con hipopituitarismo, diabetes insípida y síntomas relacionados con efecto de masa, incluidos cefalea, alteraciones del campo visual y déficits neurológicos focales. El tratamiento se basa en inmunosupresión intensiva y reposición hormonal, con consecución de la remisión en la mayoría de los casos

El pronóstico depende de la reversibilidad de la disfunción hipofisaria y es frecuente la secuela endocrina permanente hasta en un 63% de los casos, especialmente hipopituitarismo anterior.

Conclusiones: La afectación selar en la GPA es una manifestación poco frecuente, pero clínicamente significativa, que puede comprometer las funciones hipofisaria y visual. El presente caso destaca la importancia de una valoración interdisciplinaria temprana, con estudios de imagen y perfil hormonal completos, para guiar el control terapéutico. La disfunción hipofisaria suele ser irreversible, lo que subraya la necesidad de un seguimiento estrecho endocrinológico y reumatológico para optimizar el pronóstico y prevenir complicaciones de largo plazo.

Bibliografía

1. Kapoor E, Cartin-Ceba R, Specks U, *et al.* Pituitary dysfunction in granulomatosis with polyangiitis: The Mayo Clinic experience. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99:3988-94.
2. Abushamat LA, Kerr JM, Lopes MBS, *et al.* Very unusual sellar/suprasellar region masses: a review. *J Neuropathol Exp Neurol.* 2019;78:673-84.
3. Padoan R, Campaniello D, Gatto M, *et al.* Current clinical and therapeutic approach to tumour-like mass lesions in granulomatosis with polyangiitis. *Autoimmun Rev [Internet].* 2022;21:103018. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2021.103018>.

CC036

VASCULITIS IgA GRAVE POR ISQUEMIA INTESTINAL Y COMPROMISO RENAL EN ADULTO

A. Bautista-De la Cruz, J.R. Marino-Sánchez, L.V. Maya-Piña, R.E. Barbosa-Cobos, G.E. Lugo-Zamudio

Hospital Juárez de México

Introducción: La vasculitis IgA suele tener un curso más agresivo en la edad adulta por afectación renal e intestinal. Las manifestaciones intestinales se presentan en aproximadamente 40 a 60% de los casos y puede evolucionar de dolor abdominal y sangrado oculto a isquemia o perforación, lo cual exige evaluación integral y tratamiento oportuno.

Presentación del caso: Paciente masculino de 52 años con dolor abdominal de cuatro semanas de evolución y artralgias en codos y tobillos, además de lesiones en miembros pélvicos de una semana de evolución; acudió al servicio de urgencias siete días después por agudización del cuadro abdominal y se encontró al paciente con dolor a la exploración de codos y tobillos sin sinovitis, dermatosis localizada a ambas piernas caracterizada por múltiples máculas y pápulas purpúricas irregulares, algunas confluentes, con áreas costrosas y necrosis acral, sin patrón lineal ni reticulado de distribución no dependiente (**Figura 1A**) y abdomen agudo; se practicó laparotomía exploradora y se concluyó isquemia intestinal (**Figura 1B**). Durante la estancia hospitalaria presentó sangrado del tubo digestivo alto, elevación de azoados con proteinuria en límites subnefróticos y posterior choque séptico por neumonía nosocomial, el cual requirió tratamiento avanzado de vía respiratoria y doble soporte vasopresor. Se realizaron estudios inmunológicos: AcL negativo, anticuerpos anti-DNAs, -Sm, cardiolipina IgG e IgM, -β2GPI IgG e IgM, -MPO, -PR3 negativos; panendoscopia: úlceras Forrest III; biopsia cutánea: vasculitis leucocitoclástica; biopsia renal: nefropatía por IgA con esclerosis glomerular focal y daño crónico tubulointersticial del 25%; inmunofluorescencia directa positiva para depósitos de IgA de intensidad moderada. Clasificación de Oxford: M0 E0 S0 T1 C0. El paciente cumplió con criterios de clasificación EULAR/PRINTO/PRES 2008 de vasculitis IgA: púrpura no trombocitopénica en miembros pélvicos, dolor abdominal, artralgias, vasculitis leucocitoclástica y manifestaciones renales. Se prescribió tratamiento con pulsos de metilprednisolona seguidos de azatioprina y prednisona en esquema de reducción progresiva con evolución favorable.

Discusión: La afectación gastrointestinal en la vasculitis IgA es frecuente, casi siempre manifestada con náusea, vómito y sangrado; en pocas ocasiones suele ser grave y aparece con isquemia, intususcepción o perforación,

Figura 1. A, lesiones purpúricas irregulares con áreas necróticas y costrosas, distribuidas en la cara anterior de pierna. B, asas intestinales engrosadas, violáceas, con congestión y hemorragia subserosa difusa sin perforación. (CC036)



complicaciones con elevada mortalidad, por lo que deben buscarse intencionadamente en todos los casos de vasculitis IgA. Los glucocorticoides sistémicos están indicados en casos graves con afectación gastrointestinal o renal y la inmunosupresión en formas graves o de rápida evolución, como en éste.

Conclusiones: La vasculitis IgA en adultos se vincula con mayor gravedad y riesgo de complicaciones viscerales. El compromiso intestinal debe buscarse de manera intencionada y sospecharse ante dolor abdominal o sangrado en presencia de púrpura palpable. La afectación renal es el principal factor pronóstico. Es imperativo el diagnóstico temprano para un tratamiento oportuno.

Bibliografía

1. Gan MY, Chua FZY, Chang ZY, *et al.* Navigating adult-onset IgA vasculitis-associated nephritis. *Life* (Basel). 2023;13(6):1337.
2. Draibe J, Salama AD. Association of ANCA associated vasculitis and rheumatoid arthritis: a lesser recognized overlap syndrome. *Springer-Plus*. 2015;4:50.

CC037

MIOPATÍA INMUNOMEDIADA ANTI-KU EN UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LARGA EVOLUCIÓN: PRESENTACIÓN DE UN CASO

B. Licon-Isidro, F. Irazoque-Palazuelos, L. Andrade-Ortega

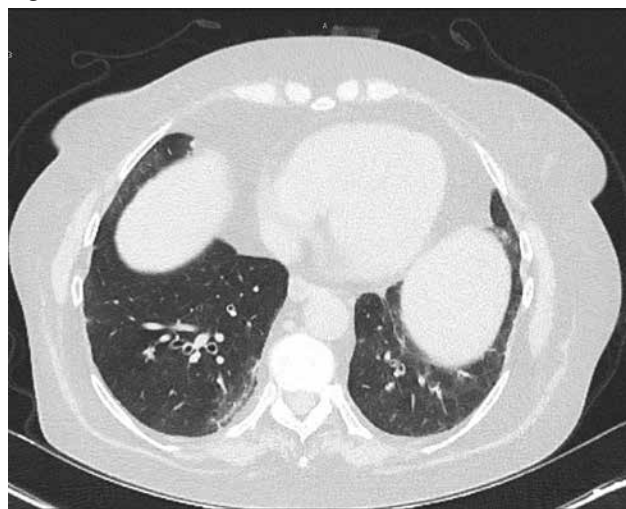
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Los síndromes de superposición se caracterizan por la coexistencia de dos o más enfermedades reumatológicas que ocurren de forma simultánea o con un intervalo corto de tiempo. Entre ellos, la relación de artritis reumatoide (AR) con miopatías inflamatorias idiopáticas es poco frecuente, pero clínicamente relevante por los retos diagnósticos y terapéuticos que representa. Se presenta el caso de una paciente con AR seropositiva de larga evolución que más adelante mostró datos clínicos y serológicos consistentes con una miopatía inmunomediada.

Presentación del caso: Paciente femenina de 62 años con diagnóstico de AR seropositiva (FR y anti-CCP positivos) desde 1994, en tratamiento con metotrexato (25 mg) y glucocorticoides a bajas dosis (5 mg). Con posterioridad, cinco años después, presentó debilidad proximal progresiva en cintura pélvica y escapular, mialgias, disfagia a sólidos y elevación

persistente de enzimas musculares (CPK 2052, DHL 385). La exploración física reveló poliartritis activa, fuerza 2/5 en musculatura proximal, sin lesiones cutáneas específicas. Los estudios complementarios mostraron anticuerpos anti-Ku positivos. Además, se identificó enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) con patrón NINE mediante TACAR (Figura 1). Se descartaron causas secundarias de miopatía. Se estableció el diagnóstico de miopatía inflamatoria relacionada con AR (síndrome de superposición). Se optimizó inmunosupresión con suspensión de metotrexato, inicio de micofenolato de mofetilo (2 g/día) y aumento temporal de prednisona (0,5 mg/kg/día), con respuesta clínica y disminución de CPK.

Figura 1. (CC037)



Discusión: Los síndromes de superposición corresponden a aproximadamente un 10% de los pacientes con enfermedades del espectro reumatológico mixto. La coexistencia de AR con miopatía inflamatoria es aún más rara y, en general, documentada en notificaciones o series de casos. Entre los autoanticuerpos descritos en estos cuadros destacan los anti-Ku y los anticuerpos antisintetasa.

Los anticuerpos anti-Ku se vinculan de manera característica con superposición de esclerodermia y polimiositis y también se han descritos en lupus, esclerosis sistémica y miositis. Su presencia suele vincularse con fenotipos clínicos que incluyen miositis, EPID, artritis, fenómeno de Raynaud y disfunción esofágica.

Este caso es de interés porque muestra que una paciente con AR de larga evolución puede desarrollar tardíamente una miopatía inmunomediada, lo que resalta la importancia de la vigilancia clínica y serológica periódica en enfermedades reumatológicas crónicas para detectar cambios en su comportamiento y ajustar el tratamiento oportunamente.

Conclusiones: La coexistencia de AR y miopatía inflamatoria es poco frecuente, pero debe sospecharse en pacientes con AR que desarrollen debilidad muscular proximal y elevación de enzimas musculares. El abordaje diagnóstico debe ser integral y deben descartarse causas secundarias.

Bibliografía

1. Smolen JS. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2022;81(3):287-297.
2. Lundberg IE. 2017 EULAR/ACR Classification criteria for Idiopathic inflammatory myopathies. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(12):1955-1964.
3. Lundberg IE, de Visser M, Werth VP. Classification of myositis. *Nat Rev Rheumatol*. 2021;17(5):269-283.
4. Mecoli CA. Management of myositis. *Curr Opin Rheumatol*. 2021;33(6):501-509.
5. Mimori T. Autoantibodies in connective tissue diseases: clinical significance of anti-Ku antibody. *Arthritis Res Ther*. 2005;7(3):R1112-R1118.

CC038

LEUCEMIA DE LINFOCITOS GRANDES ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE, REPORTE DE CASO

D. Escobar-Alvarado, J. Hadid-Smeke, F. Irazoque-Palazuelos, M.A. Villada-Aguilar

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La leucemia de linfocitos grandes granulares es una entidad poco frecuente, perteneciente al mismo espectro de trastornos que el síndrome de Felty que puede presentarse en pacientes con artritis reumatoide (AR) de larga evolución. Clínicamente se caracteriza por neutropenia persistente e incremento de la susceptibilidad a infecciones bacterianas, junto con una expansión clonal de linfocitos atípicos y esplenomegalia. Se diagnostica con mayor frecuencia en pacientes con AR seropositiva con daño estructural, manifestaciones extraarticulares y valores persistentemente altos de factor reumatoide y VSG.

Presentación del caso: Paciente femenina de 69 años con diagnóstico de AR desde 1993, en tratamiento inicial con FARME convencional (metotrexato y leflunomida) hasta 2005 cuando se inicia anti-TNF por actividad articular. En 2024 desarrolla neutropenia por lo que se realiza aspirado de médula ósea y se identifica celularidad de 80% en las tres líneas, hiperplasia eritroide, granulopoyesis retenida, relación mielóide eritroide de 2 a 1 e inmunohistoquímica-cd117 negativo-cd34 negativo-mieloperoxidasa positivo, citometría de flujo con células NK 65%, predominio CD8 72%; se establece el diagnóstico de leucemia de linfocitos grandes granulares (LLGG), motivo por el que se suspende anti-TNF y se continúa con metotrexato, ya sin datos de actividad.

Discusión: La LLGG es una leucemia crónica caracterizada por expansión monoclonal de linfocitos, fenotipo LT, citotóxicos activados o, menos a menudo, nk5. La edad media del diagnóstico es de 60 años, en relación frecuente con enfermedades autoinmunitarias, en particular AR, aunque también se ha descrito en la colitis ulcerosa, el síndrome de Sjögren, el lupus eritematoso sistémico y la esclerosis múltiple. Los pacientes con LLGG vinculada con AR tienen una presentación clínica similar a la del síndrome de Felty. Suelen ser pacientes con AR de larga evolución, con daño articular grave y secuelas graves, y mayor frecuencia de manifestaciones extraarticulares, como nódulos reumatoides, linfadenopatías, úlceras pretibiales, pleuritis, pigmentación cutánea, neuropatía o episcleritis. En la mayoría de los casos de LLGG, la forma de presentación consiste en neutropenia grave relacionada con infecciones bacterianas recurrentes. Los microorganismos aislados con más frecuencia son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp* y bacilos gramnegativos. El diagnóstico de LLGG se basa en el hallazgo de una expansión monoclonal de IgG en sangre periférica y médula ósea con un inmunofenotipo característico (cd3+, cd4-, cd8+, cd16+, cd28- y cd57+). La clonalidad se confirma mediante el estudio del reordenamiento del gen del TCR. Tiene un curso crónico e indolente, con una supervivencia promedio de 10 años en casos infrecuentes, sobre todo cuando la expansión es de LLG con fenotipo de NK; esta leucemia puede tener un comportamiento más agresivo. El tratamiento de primera línea en la LLGG son los fármacos inmunosupresores en monoterapia, de manera específica metotrexato, ciclosporina o ciclofosfamida por vía oral. Este tratamiento es efectivo en casi el 50% de los pacientes y logra la corrección de las citopenias, aunque sin erradicar las células leucémicas.

Conclusiones: El diagnóstico de LLGG relacionada con AR requiere un alto grado de sospecha y es necesario considerar antecedentes personales, criterios analíticos y radiológicos, así como confirmar un inmunofenotipo característico en la sangre periférica o la médula ósea. La descripción detallada de nuevos casos podría contribuir a un mejor conocimiento de esta entidad; es importante resaltar la relevancia de un diagnóstico y una intervención terapéutica tempranos ya que se han publicado elementos fisiopatológicos similares para ambos trastornos.

Bibliografía

1. Marchand T, Pastoret C, Moignet A, *et al.* Large granular lymphocyte leukemia: a clonal disorder with autoimmune manifestations. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2024;2024(1):143-149.

2. Iglesias A, Giraldo S, Corral B, *et al.* Leucemia de linfocitos grandes granulares como complicación de artritis reumatoide. *Reumatología Clínica.* 2012;8:365-367.

CC039

SÍNDROME ANTISINTETASA Y CÁNCER DE MAMA: EXPRESIÓN PARANEOPLÁSICA DE UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE

A. Carrasco-Chapa, O. Ilizaliturri-Guerra, K. Silva-Luna, M.A. Garza-Elizondo

Instituto de Medicina Interna, Centro Médico Zambrano Hellion, Tec Salud, NL

Introducción: El síndrome antisintetasa (SA) es un tipo de miopatía inflamatoria autoinmune infrecuente caracterizada por la presencia de autoanticuerpos contra aminoacil-ARNt sintetasa y los más comunes son anti-Jo1, anti-PL7 y anti-PL12. Se manifiesta clínicamente con miositis, artritis, fenómeno de Raynaud, manos de mecánico y enfermedad pulmonar intersticial (EPI). La relación entre la dermatomiositis, la polimiositis y el cáncer está bien establecida. Sin embargo, la evidencia sobre la relación del SA con la neoplasia es motivo de debate. Los estudios recientes muestran que la prevalencia de cáncer en el SA varía entre 6 y 15%. El tipo de cáncer más notificado es el de pulmón, aunque se han descrito casos aislados de cáncer de colon y mama.

Presentación del caso: Mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2. Inició con parestesias en extremidades superiores, poliartritis erosiva, acompañada de síndrome seco ocular y oral de un mes de evolución. En la exploración física destacó sinovitis grave. Los estudios iniciales mostraron VSG 80 mm/h, PCR positiva, ANA positivo (1:3 200, moteado fino) y factor reumatoide en bajo título, con anti-CCP negativo. El panel de miositis resultó positivo para anti-Ro52 y anti-OJ. Se documentó elevación intermitente de CPK (hasta 350 U/L) y velocidad de conducción nerviosa consistente con enfermedad desmielinizante leve en ambas extremidades superiores. Clínicamente evolucionó con disnea de grandes esfuerzos, crepitantes bibasales y sibilancias. Una tomografía de tórax de alta resolución evidenció infiltrado intersticial y áreas de fibrosis en las bases pulmonares. Con la combinación de artritis, miositis, EPI y positividad para anticuerpos antisintetasa se estableció el diagnóstico de SA basado en los criterios de Conor. El tratamiento de inducción incluyó prednisona y micofenolato, con suspensión de esteroide de mantenimiento, además de pilocarpina, complementos de calcio y vitamina D. La paciente presentó mejoría de la artritis y estabilidad de la EPI durante el seguimiento.

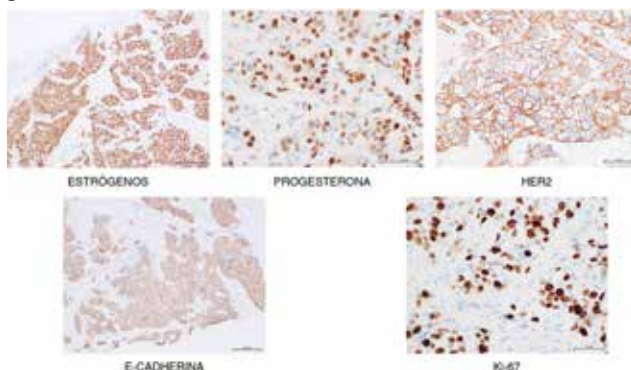
Como tamizaje oncológico se realizaron mamografía y ultrasonido mamario bilateral, que mostraron un nódulo irregular espiculado en la mama derecha, en relación con adenopatía axilar ipsilateral. La biopsia confirmó carcinoma de mama ductal invasivo con receptores hormonales y HER2 positivos (**Figura 1**), además de un ganglio axilar afectado por la neoplasia. Se clasificó como estadio II, por lo que cumplía criterios para tratamiento premastectomía con quimioterapia y bloqueo de HER2.

Discusión: El SA representa un reto diagnóstico debido a la heterogeneidad de sus manifestaciones y la necesidad de pruebas inmunológicas específicas. La relación entre miopatías inflamatorias idiopáticas y cáncer está bien documentada, especialmente en la dermatomiositis.

En el SA, la evidencia es inconsistente: algunos estudios sugieren efecto protector, mientras que otros han señalado incremento de la incidencia de cáncer de mama, pulmón y ovario. La copositividad con anticuerpos anti-Ro52 se ha vinculado con mayor riesgo de EPI y malignidad. Probar o refutar esta vinculación es un desafío debido a la rareza del síndrome y los retrasos significativos en el diagnóstico. La recomendación actual es realizar cribado oncológico acorde con la edad y factores de riesgo en todo paciente con SA.

Conclusiones: El presente trabajo ilustra un caso de SA con anticuerpos anti-OJ y anti-Ro52 relacionados con carcinoma de mama ductal invasivo, lo que subraya la importancia del abordaje multidisciplinario y el tamizaje oncológico oportuno. Este caso enfatiza la necesidad de un alto índice de

Figura 1. Panel inmunohistoquímico: E-cadherina positiva difusa; RE 99% (Allred 8/8); RP 70% (Allred (8/8); HER2 3+; Ki-67 70%; p63 negativo. (CC039)



sospecha diagnóstica y la relevancia de excluir malignidad como una posible causa subyacente.

Bibliografía

1. Coffey CM, Hulshizer CA, Crowson CS, *et al.* Epidemiology of antisynthetase syndrome and risk of malignancy in a population-based cohort (1998-2019). *J Rheumatol.* 2025;52(3):280-284.
2. Pokharel A, Karageorgiou I, Acharya I, *et al.* Antisynthetase syndrome with paraneoplastic antibodies. *Cureus.* 2023;15(6):e40354.

CCo40

NEURO-BEHÇET: UN DIAGNÓSTICO A TRAVÉS DEL SIGNO DE LA CASCADA Y HLA-B51

D. Escobar-Alvarado, F. Irazoque-Palazuelos, J. Hadid-Smeke, B. Verea-Martínez

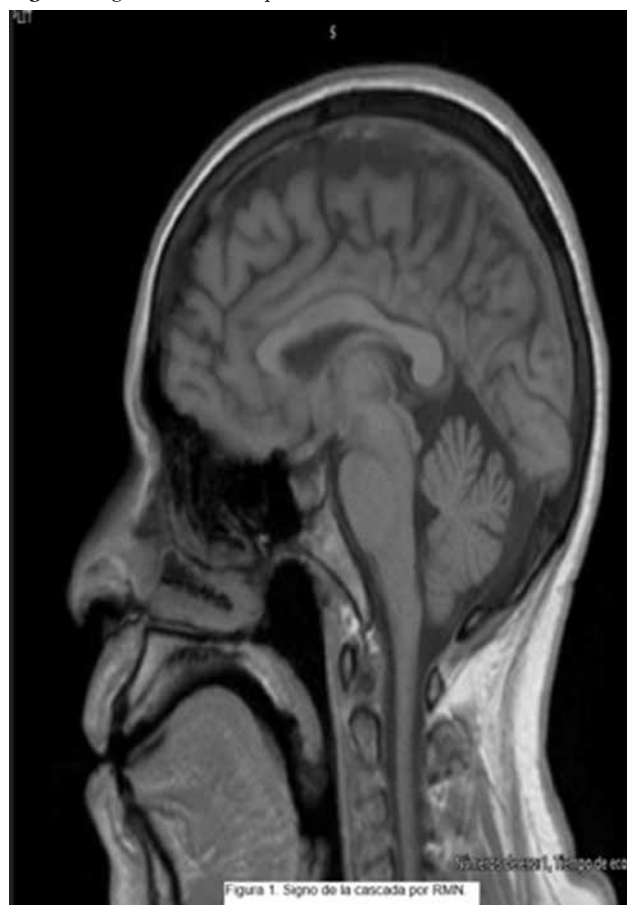
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La afectación neurológica por enfermedad de Behçet, o neuro-Behçet, es una manifestación rara con una elevada carga de morbilidad y secuelas, de la cual hay pocos casos descritos. Para su diagnóstico son de utilidad los hallazgos de resonancia magnética (RM), líquido cefalorraquídeo y serología (HLA-B51). Se ha publicado una prevalencia de 5 a 15%, con predominio en hombres y edad media de 20 a 40 años; puede preceder al diagnóstico en un 6% y su presentación más común ocurre a los tres a seis después del diagnóstico de la enfermedad. Se presenta el caso de un paciente femenino, previamente sano, con diagnóstico reciente de neuro-Behçet, con manifestaciones neurológicas, signo de la cascada por RM y HLA-B51 positivo.

Presentación del caso: Paciente femenino de 52 años sin antecedentes de importancia que inicia el padecimiento en febrero de 2025 con desviación de comisura labial hacia la derecha, cefalea tipo opresiva y síndrome piramidal faciocrorporal derecho. Posteriormente experimenta alucinaciones visuales y auditivas, así como disminución de la agudeza visual. Sin síntomas de otros niveles. Acude a hospital correspondiente donde se realiza RM y ésta revela lesión hiperintensa en T2/FLAIR, bordes bien definidos, desde el pedúnculo cerebral izquierdo hasta la cápsula interna izquierda en todos sus segmentos; la principal sospecha es proceso neoplásico o inflamatorio, por lo que se refiere a esta institución. Durante su abordaje se descarta un proceso neoplásico y se realiza nueva RM que identifica el signo de la cascada (**Figura 1**), además de punción lumbar con linfocitosis, prueba de patergia negativo y HLA-B51 positivo, indicativos de neuro-Behçet; se inicia tratamiento con esteroide a dosis-reducción y ciclofosfamida, con mejoría y remisión del cuadro clínico.

Discusión: El neuro-Behçet es una manifestación infrecuente que puede preceder al diagnóstico en un 6% y a las manifestaciones cutáneas en

Figura 1. Signo de la cascada por RMN. (CC040)



un 25%; clínicamente puede tener una presentación parenquimatosa con afectación del tronco encefálico, cerebral (encefalopatía, hemiparesia, convulsiones, afasia, psicosis o alteraciones cognitivas), mielopatías o neuropatía óptica; o no parenquimatosa, con trombosis venosa cerebral, síndrome de hipertensión intracraneal y meningitis. Las características por RM son lesiones agudas/subagudas hipointensas en T1, hiperintensas en T2W y FLAIR, coeficiente de difusión aparente restringido y el tronco encefálico es el sitio más afectado; cuando hay extensión hacia el mesencéfalo, ganglios basales y diencefalo, se lo conoce como signo de la cascada; en el análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR) se identifican pleocitosis, hiperproteinorraquia y glucosa normal; otros marcadores son valores elevados de IL-6 y presencia de HLA-B51 (con una prevalencia de 40 a 65%, una sensibilidad del 50 a 80% y una especificidad de 20%); por último, las características histológicas por biopsia señalan una perivascularitis con infiltración de linfocitos y neutrófilos, y predominan de manera crónica la gliosis y la pérdida axonal.

Conclusiones: La afectación neurológica por Behçet es una entidad clínica poco común y aún más raro es el signo de la cascada, aunque específico, pues no se encuentra en ninguna otra anomalía. Se debe tener una alta sospecha clínica, identificar signos imagenológicos y obtener análisis de LCR y otros estudios como el HLAB51, los cuales pueden ayudar a determinar un diagnóstico y mejorar el pronóstico del paciente.

Bibliografía

1. Peño IC, De las Heras Revilla V, Carbonell BP, *et al.* Neurobehçet disease: clinical and demographic characteristics. *Eur J Neurol.* 2012;19(9):1224-7
2. Kalra S, Silman A, Akman-Demir G, *et al.* Diagnosis and management of Neuro-Behçet's disease: international consensus recommendations. *J Neurol.* 2014;261(9):1662-76.

CC041

MORFEA QUELOIDE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ESCLEROSIS SISTÉMICA LIMITADA: REPORTE DE UN CASO

C. Guzmán-Zúñiga, O.A. Romero-Argüello, F.I. Guerrero-Díaz, E.D. Cruz-Flores

Hospital Universitario de Saltillo

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune del tejido conectivo caracterizada por fibrosis progresiva, alteraciones vasculares y compromiso multiorgánico. Se clasifica en las formas difusa y limitada (ESL), que presentan anticuerpos específicos orientadores. La ESL suele evolucionar de manera insidiosa y, en ocasiones, inicia con lesiones cutáneas crónicas que dificultan el diagnóstico temprano. Se presenta el caso de una mujer de 71 años inicialmente diagnosticada con morfea queloide, cuyo cuadro y hallazgos histopatológicos e inmunológicos confirmaron ESL.

Presentación del caso: La paciente tenía antecedentes de hipertensión arterial, osteoartritis postraumática y síndrome de ojo seco. Ocho años antes del diagnóstico comenzó con lesiones papulares indoloras, no pruriginosas y de crecimiento radial en el abdomen, sin recibir tratamiento. Cinco años después desarrolló prurito y dolor leve, motivo por el que se la evaluó en el servicio de dermatología, donde se diagnosticaron cicatrices queloides y se administraron infiltraciones locales de esteroide durante cinco meses, sin respuesta. En marzo de 2025, ante la persistencia y progresión de las lesiones, acudió a reumatología. La exploración mostró placas circulares infiltradas, con bordes eritematosos sobreelevados y centro hipopigmentado en abdomen (**Figura 1**). Los diagnósticos diferenciales iniciales incluyeron morfea queloide, sarcoidosis, granuloma anular y linfoma cutáneo, por lo que se realizó biopsia.

El estudio histopatológico con tinciones específicas (trícromico de Mason, fibras elásticas) evidenció depósito de colágena, hierro coloidal y mucina intersticial; se estableció el diagnóstico de morfea queloide. Los estudios de laboratorio revelaron velocidad de sedimentación globular (VSG) de 30 mm/h, anticuerpos antinucleares (ANA) positivos a 1:160 con patrón homogéneo nuclear (AC-8) y AC-19 positivo; los anticuerpos anticentrómero y anti-Scl-70 fueron negativos. Con base en la clínica, histopatología e inmunología se estableció el diagnóstico de ESL con morfea queloide. Véase la **Tabla 1**.

Discusión: Este caso resalta la complejidad diagnóstica de la ES, particularmente cuando inicia con lesiones cutáneas atípicas que simulan entidades benignas como cicatrices queloides. La evolución lenta y la ausencia de anticuerpos específicos dificultaron su identificación temprana. Aunque las publicaciones médicas vinculan el anticentrómero a ESL y anti-Scl-70 con formas difusas, su ausencia no excluye la enfermedad. El hallazgo de ANA positivos y las características histopatológicas orientaron el diagnóstico definitivo. Los informes previos describen presentaciones iniciales similares

Figura 1. (CC041)



Tabla 1. Hallazgos inmunológicos comparativos. (CC041)

Anticuerpo	Resultado del paciente	Relación típica	Relevancia
ANA (AC-8)	Positivo 1:160	ES limitada y difusa	Orienta a autoinmunidad
AC-19	Positivo	ES y otras collagenopatías	Sugiere conectivopatía
Anticentrómero	Negativo	ES limitada	Su ausencia no descarta la enfermedad
Anti-SCL-70	Negativo	ES difusa	Su ausencia no descarta la enfermedad

y destacan que la morfea queloide puede representar una manifestación temprana de compromiso sistémico, sobre todo en adultos mayores.

El abordaje multidisciplinario entre dermatología y reumatología fue esencial, lo que subraya la importancia de las biopsias profundas y los estudios complementarios ante lesiones crónicas resistentes. La correlación clínica e histopatológica es clave, pues las lesiones tipo morfea pueden ocultar procesos sistémicos subyacentes. Reconocer estas formas atípicas permite implementar vigilancia estrecha y estrategias terapéuticas oportunas para prevenir complicaciones.

Conclusiones: Este caso demuestra que la esclerosis sistémica limitada puede iniciar con lesiones cutáneas que semejan cicatrices queloides, lo que retrasa su diagnóstico. La ausencia de anticuerpos específicos típicos no descarta la enfermedad y es fundamental integrar la evaluación clínica, histopatológica e inmunológica. Considerar esta entidad en pacientes con lesiones cutáneas crónicas inusuales favorece un diagnóstico temprano y tratamiento integral.

Bibliografía

- Yu D, Ibarra BS, Akkurt ZM, *et al.* Morphea with keloidal features: a case report and review of the literature. *Am J Dermatopathol.* 2020;42(10):766-8.
- Trufin II, Ungureanu L, Halmágyi SR, *et al.* Nodular/keloidal scleroderma with no systemic involvement—a case report and a review of the literature. *J Clin Med.* 2024;13(9):2662.

CC042

TERAPIA DUAL CON SECUKINUMAB Y BARICITINIB EN UNA PACIENTE CON SUPERPOSICIÓN DE ARTRITIS PSORIÁSICA Y DERMATITIS ATÓPICA REFRACTARIA

C.D. Placido-Cuenca¹, S. Gallegos-Nava¹, H. Menchaca-Aguayo², M.R. García-Salazar¹

⁽¹⁾Hospital General Darío Fernández Fierro, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital General Agustín O'Horan.

Introducción: La coexistencia de artritis psoriásica (AP) y dermatitis atópica (DA) es poco frecuente y representa un desafío terapéutico, dado que ambas enfermedades requieren abordajes inmunológicos distintos. La evidencia sobre estrategias combinadas en pacientes resistentes es limitada.

Presentación del caso: Mujer de 56 años con antecedente de espondiloartritis axial diagnosticada a los 44 años, con cuadro de dolor lumbar, entesitis, uveítis, sacroileítis y HLA-B27 positivo. En un inicio recibió tratamiento con metotrexato y golimumab; sin embargo, por efectos adversos al metotrexato se cambió a leflunomida, con lo que experimentó remisión clínica sostenida. Tras siete años de tratamiento, la paciente sufrió recaída articular acompañada de dermatosis caracterizada por placas eritemato-escamosas y pruriginosas en piel cabelluda, mama y pliegues inguinales, consistentes con psoriasis inversa; se reclasificó como AP.

Se cambió el fármaco biológico a secukinumab (300 mg mensuales) y tacrolimus al 0,1%, con consecución de remisión clínica. Después de dos años de tratamiento desarrolló una nueva dermatosis con placas eritematosas, xerosis y costras pruriginosas en cara, boca y manos (**Figura 1**). Se

Figura 1. (CC042)



realizó biopsia cutánea que registró dermatitis atópica. El servicio de dermatología la valoró y añadió antihistamínicos, pimecrolimus, corticoides tópicos y sistémicos, sin mejoría. En sesión conjunta de reumatología y dermatología se decidió agregar baricitinib (2 mg/día) y mantener el secukinumab. Con esta modalidad dual, la paciente logró una mejoría de la DA y la AP y permaneció en remisión.

Discusión: Este caso ilustra la viabilidad y eficacia potencial de combinar inhibidores de IL-17 y JAK en pacientes con superposición de enfermedades inmunomediadas resistentes. Aporta evidencia práctica sobre estrategias terapéuticas multidisciplinarias para afecciones complejas y refuerza la importancia de individualizar el tratamiento.

Conclusiones: La experiencia resalta que, en pacientes resistentes a múltiples líneas de tratamiento, la combinación de inhibidores de IL-17 y JAK puede ser una opción segura y eficaz. Este enfoque multidisciplinario permite un control integral de las enfermedades inmunomediadas coexistentes y abre posibilidades para estrategias terapéuticas innovadoras.

Bibliografía

1. Barry K, Zancanaro P, Casseres R, *et al.* Concomitant atopic dermatitis and psoriasis - a retrospective review. *J Dermatolog Treat.* 2021;32(7):716-720. doi: 10.1080/09546634.2019.1702147. Epub 2019 Dec 18. PMID: 31801394.
2. Furer V, Elkayam O. Dual biologic therapy in patients with rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. *Rambam Maimonides Med J.* 2023;14(2):e0007. doi: 10.5041/RMMJ.10494. PMID: 37116059; PMCID: PMC10147400.

CC043

SÍNDROME DE ACTIVACIÓN DE MACRÓFAGOS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME TAFRO-LIKE: UN RETO DIAGNÓSTICO EN REUMATOLOGÍA

C.R. Velarde-Plata, Y.A. Jiménez-Celis, M.A. Toledo-Morales, L.F. Vega-Sevilla, A.A. Gómez-Frías

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune de difícil clasificación por su variedad de presentación. El síndrome de activación de macrófagos (SAM) es una enfermedad sumamente letal (> 50% en pacientes tratados) y consiste en la activación celular descontrolada que induce hemofagocitosis. El SAM puede ser primario o resultado de trastornos autoinmunes, infecciones o neoplasias. La detección y tratamiento oportunos resultan fundamentales.

Una afección relevante es el síndrome TAFRO (trombocitopenia, anasarca, fiebre, fibrosis reticulínica y organomegalias), un subtipo de la enfermedad de Castleman, de causa desconocida. Existen pocos casos notificados en Latinoamérica. Diagnosticar TAFRO requiere excluir enfermedades autoinmunes; paradójicamente, se ha documentado a pacientes con LES y criterios completos para TAFRO, casos clasificados como *TAFRO-like* y el LES es la enfermedad autoinmune más relacionada.

Se describe un caso de LES complicado con SAM que cumplió criterios de TAFRO, alteraciones de difícil diagnóstico en medicina interna y reumatología.

Presentación del caso: Paciente femenino de 21 años diagnosticada con LES un mes antes de su ingreso que inició con actividad hematológica y renal. Acudió por crisis convulsivas generalizadas. Refirió fiebre, incremento del perímetro abdominal y petequias. Los estudios mostraron pancitopenia, hipofibrinogenemia y falla renal. Estudio citoquímico de LCR normal. La RMN contrastada cerebral reveló lesiones indicativas de vasculitis. La ultrasonografía abdominal delineó esplenomegalia y ascitis. Respondió a anticonvulsivos y se iniciaron pulsos de esteroide sin respuesta.

Empeoró y se inició inmunoglobulina IV y filgrastim. El aspirado de médula ósea confirmó síndrome de activación de macrófagos con hiperferritinemia marcada (16 232 ng/mL) e IgG sérica normal. Se la trató con esteroide y etopósido, sin respuesta. La biopsia de médula ósea informó fibrosis reticulínica de grado 2.

Durante su evolución desarrolló neutropenia febril y se identificó infección por citomegalovirus (CMV), tratada con valganciclovir. Se consideró el tratamiento con rituximab por la resistencia, pero experimentó deterioro con derrame pleural bilateral, hematuria y falleció tras 49 días de hospitalización.

Discusión: Una revisión publicó 94 casos de SAM relacionado con LES. Los criterios diagnósticos para SAM-LES incluyen manifestaciones clínicas (fiebre, visceromegalias, hemorragias, alteraciones neurológicas) y cifras de laboratorio (citopenia en ≥ 2 líneas celulares, leucocitos $\leq 4\,000$ cel/mm³, Hb ≤ 9 g/dL, plaquetas $\leq 150\,000$ cel/mm³, AST y LDH elevadas, hipofibrinogenemia, hipertrigliceridemia e hiperferritinemia) y estudio histopatológico opcional; se clasifica con 1 criterio clínico y 2 de indicadores de laboratorio. Hasta 30% de los casos de SAM-LES aparece en el primer mes de diagnóstico de LES, como en el paciente descrito.

La infección por CMV modificó el cuadro al ser el segundo agente más vinculado con SAM (9%), detrás del virus de Epstein-Barr (43%). El tratamiento con inmunoglobulina humana y rituximab para el SAM-LES demostró resultados favorables en estas poblaciones.

La ferritina sérica es clave para diferenciar el SAM de la actividad lúpica con sensibilidad y especificidad > 90% para ferritina > 10 000 ng/mL⁶. Se incluye el SAM en los síndromes hiperferritinémicos.

Se han publicado casos de pacientes clasificados como LES que cumplen los criterios de TAFRO: trombocitopenia, anasarca, fiebre, fibrosis reticulínica, disfunción renal, organomegalia, elevación de la fosfatasa alcalina, sin hipergammaglobulinemia y ganglio < 1,5 cm. Estos criterios se observaron por completo en el paciente descrito. En una revisión de 46 pacientes con LES, el 8,7% cumplió criterios para TAFRO, con mayor serositis, falla renal y trombocitopenia y menos artritis y anticuerpos detectables.

Conclusiones: Este caso expone la complejidad diagnóstica y terapéutica de un paciente con SAM-LES y criterios de TAFRO y demuestra su papel en el diagnóstico diferencial de LES con síntomas atípicos y refractarios.

Bibliografía

1. Puerta G, De Paz D, Aguirre-Valencia D, *et al.* TAFRO syndrome mimicking systemic lupus erythematosus: case report and literature review. *Rev Colomb Reumatol.* 2021;29(4):373-383.
2. Fernández MF, Zotter P, Poggio L, *et al.* Lupus eritematoso sistémico activo, síndrome de activación macrofágica y sepsis. *Rev Colomb Reumatol.* 2014;21(4):226-231.
3. Torres-Jiménez A, Solís-Vallejo E, Zeferino-Cruz M, *et al.* Síndrome de activación de macrófago como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico severo de inicio juvenil. Respuesta favorable a ciclofosfamida. *Reumatol Clin.* 2014;10(5):331-335.
4. Masaki Y, Ueda Y, Yanagisawa H, *et al.* TAFRO syndrome: A disease requiring immediate medical attention. *Internal Medicine.* 2023;62(1):27-32. doi:10.2169/internalmedicine.9622-22.
5. Eliseily EM, Cron RQ. Macrophage activation syndrome. *Curr Rheumatol Rep.* 2018;20(8):46.

6. Lange AV, Kazi S, Chen W, *et al.* Fatal case of macrophage activation syndrome (MAS) in a patient with dermatomyositis and cytomegalovirus (CMV) viraemia. *BMJ Case Reports*. 2018;2018.
7. Saldarriaga-Rivera LM, Sánchez-Ramírez N, Rodríguez-Conde L, *et al.* Síndrome de activación macrofágica como desenlace de enfermedades reumatológicas: reporte de 4 casos. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2021;28(3):221-6.
8. Poudel P, Swe T, Rayancha S. A rare case of macrophage activation syndrome presenting as the first manifestation of systemic lupus erythematosus. *Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports*. 2018;6.
9. Hasegawa E, Sato H, Wada Y, *et al.* Characterization of patients with systemic lupus erythematosus who meet the diagnostic criteria for TAFRO syndrome. *Lupus*. 2018;27(3):417-427.

CCo44

SOBREPOSICIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y HEPATITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE CON LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA

D. Rodríguez-Navarro, C. Peña-Segura, H.J. Hernández-Sánchez
 UMAE Hospital de Especialidades No. 25 del IMSS, Monterrey, NL

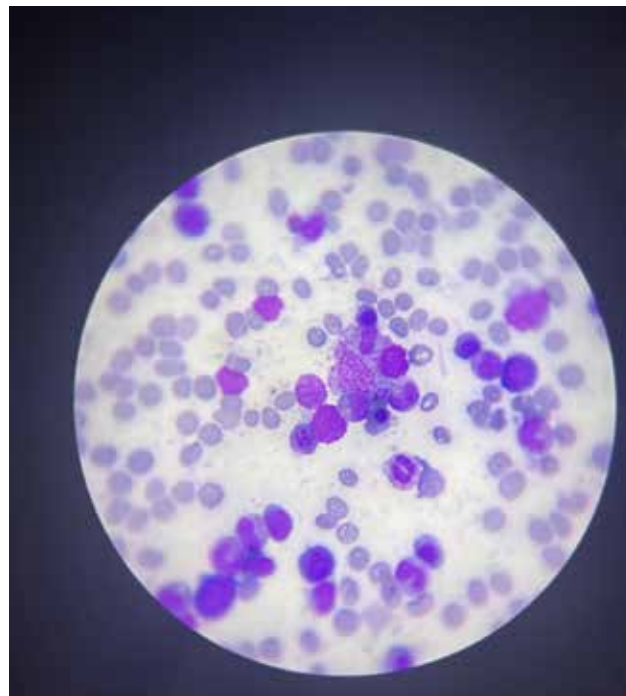
Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) una enfermedad autoinmune crónica y multisistémica caracterizada por inflamación y afectación inmunomediada. Por su parte, la hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad hepática progresiva, mediada por mecanismos inmunes, que conduce a cirrosis y falla hepática si no se trata. Por último, la linfocitosis hemofagocítica (LHH) es un síndrome hiperinflamatorio grave, secundario a diversas causas, incluidas las enfermedades autoinmunes. La coexistencia de LES y HAI con LHH secundaria es rara y representa un reto diagnóstico y terapéutico.

Presentación del caso: Mujer de 53 años con antecedentes hereditarios de cirrosis hepática, origen no dilucidado y consumo de alcohol en cantidad baja suspendido. Enfermedades crónicas, alergias y antecedentes quirúrgicos negados. En un estudio por fiebre de origen desconocido refirió episodios de 39°C de dos años de evolución, gingivorragia, epistaxis y alopecia. Exploración física: esplenomegalia de 3 cm bajo reborde costal. Estudios paraclínicos: hemoglobina 9,2 g/dL, leucocitos 2,23 K/uL, neutrófilos 1,2 K/uL, plaquetas 28,7 K/uL, fibrinógeno 350 mg/dL, glucosa 142 mg/dL, creatinina 0,5 mg/dL, ALT 58 U/L, AST 78 U/L, DHL 135 U/L, bilirrubina total 0,6 mg/dL, ferritina 175 ng/mL, triglicéridos 75 mg/dL. Panel viral negativo. Estudios inmunológicos: ANA 1:640 patrón nuclear moteado fino (positivo), anti-Ro > 1.374 UI/mL y anti-La > 1.550 UI/mL (positivos), antimúsculo liso 25,5 UI/mL (positivo débil), C3 65 mg/dL y C4 8,4 mg/dL (consumo), IgG 4.357 mg/dL. La tomografía muestra hepatopatía crónica, hipertensión portal, trombosis mesentérica superior y esplenomegalia. El USG Doppler portoesplénico revela hipertensión portal, vena porta con medida de 12,8 con flujo de 26 cm/s, vasculatura colateral portosistémica; el USG Doppler de la extremidad superior izquierda registra tromboflebitis de sistema superficial a nivel de la vena cefálica izquierda. Se realizan AMO y se encuentra hemofagocitosis (Figura 1). Se consideró sobreposición LES/HAI, que se trató con metilprednisolona e inmunoglobulina, sin respuesta adecuada. Se inició rituximab con mejoría hematológica. La paciente egresó con vigilancia y programación de biopsia hepática.

Discusión: El diagnóstico se estableció al aplicar criterios estandarizados. Para LES, los criterios EULAR/ACR 2019 requieren ANA positivos y al menos 10 puntos en dominios clínicos e inmunológicos. La paciente obtuvo 15 puntos por fiebre, trombocitopenia, alopecia y autoanticuerpos específicos, lo que respalda firmemente la clasificación.

En la HAI, las guías EASL 2025 establecen como criterios elevación de IgG, ANA y ASMA positivos, hepatopatías virales negativas y biopsia. En este caso había ANA y ASMA positivos, IgG > 1,1 veces el límite y panel viral negativo. La puntuación fue de 6, lo que corresponde a una HAI probable.

Figura 1. (CC044)



Para la LHH secundaria se calculó *HScore*, una herramienta pronóstica validada. La paciente obtuvo 160 puntos al reunir fiebre $\geq 39^\circ\text{C}$, esplenomegalia, citopenias en tres líneas, AST elevada y hemofagocitosis medular. Esta puntuación corresponde a 40% de probabilidad de LHH secundaria, lo que refuerza el diagnóstico pese a los valores discretos de ferritina y fibrinógeno.

Conclusiones: Esta entidad representa en conjunto un desafío clínico. El diagnóstico temprano y el tratamiento dirigidos son clave para mejorar el pronóstico. Este caso enfatiza la importancia de considerar síndromes de sobreposición en pacientes con fiebre persistente, citopenias y autoinmunidad confirmada.

Bibliografía

1. Siegel CH, Sammaritano LR. Systemic lupus erythematosus: a review. *JAMA*. 2024;331(14):E1-E12. doi:10.1001/jama.2024.2315.
2. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of autoimmune hepatitis. *J Hepatol*. 2025;83(3):453-501. doi: 10.1016/j.jhep.2025.03.017.
3. La Rosée P, Horne A, Hines M, *et al.* Recommendations for the management of hemophagocytic lymphohistiocytosis in adults. *Blood*. 2019;133(23):2465-77. doi:10.1182/blood.2018894618.

CCo45

URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA AUTOINMUNE ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE, A PROPÓSITO DE UN CASO

E.A. Velázquez-García, M.C. Chávez-Ávila, L.V. Maya-Piña, R.E. Barbosa-Cobos, G.E. Lugo-Zamudio

Hospital Juárez de México

Introducción: La urticaria crónica espontánea (UCE) se caracteriza por la aparición recurrente de habones o angioedema con más de seis semanas de evolución. Su prevalencia es de 0.5 a 1% y 30 a 50% se clasifica como tipo IIb con producción de anticuerpos IgG dirigidos contra receptores de IgE que activan a mastocitos y basófilos, lo que provoca la liberación de

mediadores inflamatorios y lesiones cutáneas características. La relación de UCE y artritis reumatoide (AR) tiene una prevalencia de 0,5 a 1% y sugiere un fenotipo autoinmune compartido.

Presentación del caso: Paciente femenino de 44 años con antecedentes de artroplastia total de cadera derecha de dos años, AR y fibromialgia de nueve años de diagnóstico en tratamiento con oregabalina (150 mg/día), sertralina (150 mg/día), leflunomida (20 mg/24 h), sulfasalazina (3 g/24 h) y baricitinib (4 mg/día). Presentó cuadro de ocho meses de evolución de lesiones eritematosas, escamosas y pruriginosas inicialmente en área genital y abdomen, con posterior extensión generalizada sin respetar cuero cabelludo, palmas y plantas (**Figura 1**). Se realizó abordaje multidisciplinario con los servicios de dermatología, toxicología y alergología, con los siguientes estudios de laboratorio (**Tabla 1**) y biopsia de piel en lesiones activas (**Figura 1**).

Se determinó urticaria crónica espontánea autoinmune relacionada con artritis reumatoide y se inició tratamiento con prednisona (50 mg) en dosis-reducción y cetirizina (10 mg/día).

Figura 1. A, lesiones eritematosas con afectación en pabellón auricular. B, lesiones eritematosas confluentes que afectan abdomen anterior con proceso descamativo. C, lesiones eritematosas y violáceas confluentes en miembros inferiores. D, biopsia de piel con hiperparaqueratosis e hipogranulosis difusa moderada con espongiosis moderada difusa y exocitosis linfocítica y edema dérmico difuso. E, infiltrado perivascular de pequeños vasos dérmicos superficiales y escasos eosinófilos. (CC045)

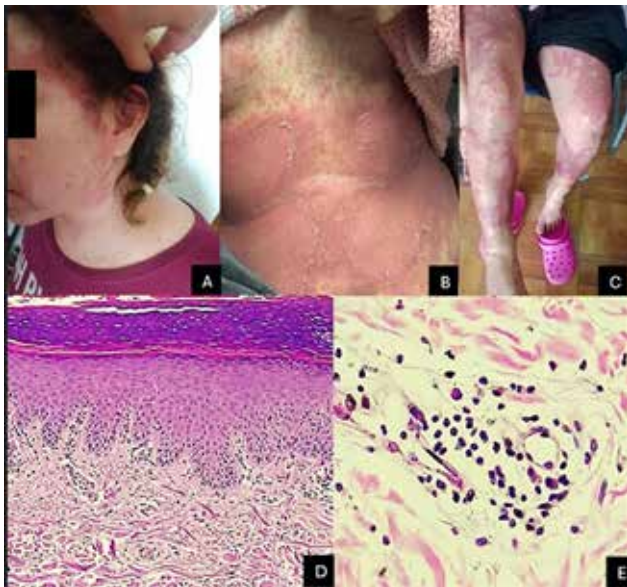


Tabla 1. Laboratorio. (CC045)

	Parámetros		Parámetros
EGO	No patológico	Linfocitos 10 ³ /ul	1.62
BT/BD (mg/dl)	0.29/0.12	HB mg/dl	10.4
Cr/Urea (mg/dl)	0.42/24	VCM/HCM (fL/pg)	84.0
Glucosa (mg/dl)	72	Plaquetas 10 ³ /ul	293
AST/ALT (U/L)	110/56	PCR/VSG (mg/dl- FR/Anti CCP (UI/mL-mm/hr	2.91/14 23.6/13.78
DHL (U/L)	246	Anti Ro/Anti La U/mL	<2/<2
Leucocitos 10 ³ /ul	10.26		
Neutrófilos 10 ³ /ul	7.24		

Discusión: Un abordaje integral desde fases iniciales ofrece el beneficio de controlar de forma simultánea la inflamación cutánea y articular, con mejoría de la calidad de vida y menor uso prolongado de corticoides. En el caso presentado, la paciente con AR de larga evolución desarrolló UCE

con lesiones cutáneas extensas y progresivas, respaldadas histopatológicamente por hallazgos de infiltrado perivascular y componente vasculítico y eosinofílico.

Conclusiones: La coexistencia de AR y UCE autoinmune constituye un ejemplo del modo en que las enfermedades autoinmunes sistémicas pueden compartir mecanismos inmunológicos y genéticos. La AR confiere un riesgo genético aumentado de desarrollar UCE y ello refleja un trasfondo autoinmune compartido.

Bibliografía

1. Kolkhir P, Altrichter S, Asero R, *et al.* Autoimmune diseases are linked to type IIb autoimmune chronic spontaneous urticaria. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2021;13(4):545-59.
2. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, *et al.* The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy.* 2022;77(3):734-66.

CC046

ANGIOSARCOMA METASTÁSICO CON PRIMARIO DESCONOCIDO EN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL POR NEFRITIS LÚPICA

B.B. García-Briones, C. Abud-Mendoza, D.A. Herrera-Van Ootsdam, L.G. Sosa-Esquível

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune con afectación multiorgánica y puede tener presentaciones atípicas secundarias a inmunosupresión, más aún en caso de enfermedad renal crónica terminal consecutiva a nefritis lúpica o práctica de trasplante renal.

Presentación del caso: Paciente femenino de 47 años con antecedente de lupus eritematoso sistémico de 15 años de evolución, con manifestación renal que avanzó a enfermedad renal crónica terminal. Requirió trasplante renal hace dos años. Un mes antes sufrió infecciones oculares y dérmicas por virus del herpes simple y toxoplasma. Ha recibido inmunosupresión con MMF, tacrolimus, ciclosporina, glucocorticoide e hidroxycloquina. Actualmente está hospitalizada por astenia, adinamia, pérdida de peso, fiebre y disminución de la agudeza visual. En la tomografía de abdomen destacaron múltiples lesiones hipodensas en hígado, así como masa dependiente del anexo derecho (**Figura 1**). Se realizaron biopsia hepática y aspirado de médula ósea, ambas con información de angiosarcoma. Ca 125 negativo. La masa anexial derecha posee apariencia quística que aumentó 1 cm en un mes. En la actualidad recibe quimioterapia a base de paclitaxel cada tres semanas.

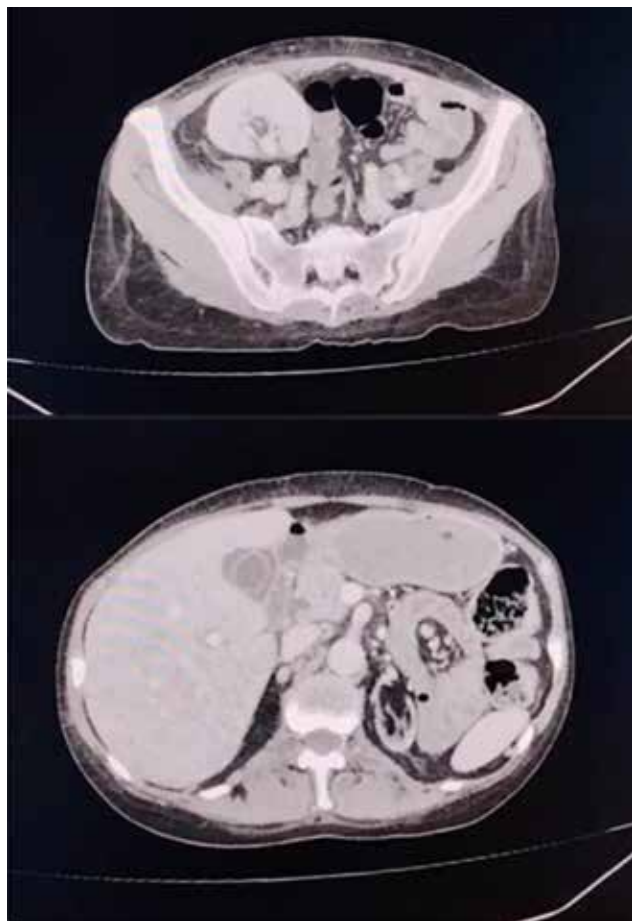
Discusión: El angiosarcoma es un tumor de origen epitelial, con predominio en la edad adulta y pobre pronóstico. La incidencia de tumores en la población sometida a trasplante renal es aproximadamente 10 veces superior respecto de la población general, aunque es raro.

Conclusiones: En las publicaciones médicas hay escasos informes y series de pacientes con angiosarcoma posterior a trasplante renal secundario a nefritis lúpica. Entre los factores de mal pronóstico se encuentran la edad avanzada, enfermedad metastásica, afección visceral hepática o cardíaca y alteración retroperitoneal. El pronóstico aún es reservado y tiene pobre supervivencia, con una sobrevida menor de 35% a cinco años.

Bibliografía

1. Anders HJ, Saxena R, Zhao MH, *et al.* Nefritis lúpica. *Nature Reviews Disease Primers.* 2020;6(1):7. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0141-9>
2. Ietto G, Gritti M, Pettinato G, *et al.* Tumores tras el trasplante renal: un estudio poblacional. *Revista Mundial de Oncología Quirúrgica.* 2023;21(1):18. <https://doi.org/10.1186/s12957-023-02892-3>
3. Enfermedad Renal: Grupo de Trabajo de Nefritis Lúpica de KDIGO. Guía de práctica clínica KDIGO 2024 para el manejo de la nefritis lúpica. *Kidney International.* 2024;105(1S):S1-S69. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.09.002>

Figura 1. (CC046)



4. Loffredo CA, Atkinson FD, Kallakury B, *et al.* Angiosarcoma hepático y otras neoplasias malignas hepáticas en la cohorte rusa de trabajadores nucleares de Mayak. *Radiation Research.* 2025;204(2):101-112. <https://doi.org/10.1667/RADE-23-00240.1>
5. Parikh SV, Almaani S, Brodsky S, *et al.* Update on lupus nephritis: Core Curriculum 2020. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation.* 2020;76(2):265-281. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.10.017>
6. Schlemmer M, Reichardt P, Verweij J, *et al.* Paclitaxel in patients with advanced angiosarcomas of soft tissue: a retrospective study of the EORTC soft tissue and bone sarcoma group. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990).* 2008;44(16):2433-2436. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.07.037>
7. Young RJ, Brown NJ, Reed MW, *et al.* Angiosarcoma. *The Lancet Oncology.* 2010;11(10):983-991. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70023-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70023-1)

CC047

PSEUDOGOTA EN LA ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR; MANIFESTACIONES TÍPICAS CON LOCALIZACIÓN ATÍPICA DE ARTROPATÍA POR CRISTALES DE PIROFOSFATO DE CALCIO

A. Díaz-Borjón, M. Hedrosa-Navarrete, C. Pérez Gavilán-García
Hospital Ángeles Lomas

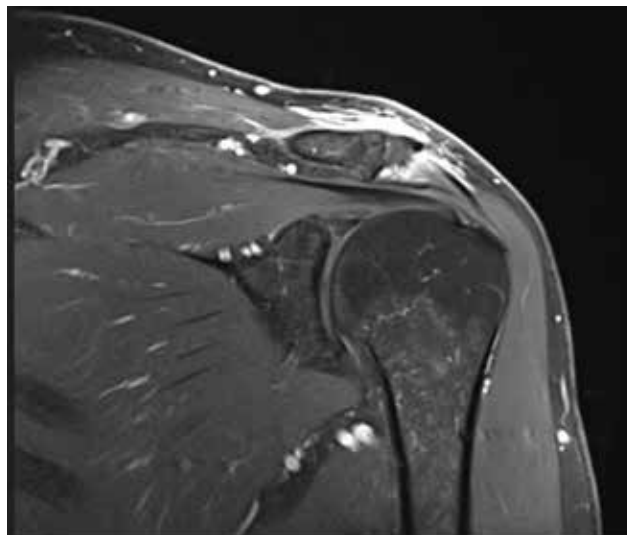
Introducción: La artropatía por depósito de cristales de pirofosfato de calcio, también conocida como pseudogota, se caracteriza por la formación de condrocalcinosis, es decir, la calcificación del cartílago debido a los cristales de pirofosfato de calcio, lo que permite diferenciarla de la “gota”. Clínicamente se presenta de forma típica como monoartritis y las articulaciones afectadas con más frecuencia son la femorotibial, femoropatelar, radiocarpiana, y la sínfisis del pubis. La afectación de la articulación acromioclavicular es poco frecuente, lo que retrasa el reconocimiento de la artropatía y puede confundir el diagnóstico con anomalías musculares o cardíacas. Reconocer las localizaciones atípicas es esencial para determinar un diagnóstico oportuno.

Presentación del caso: Ingresa al servicio de urgencias un paciente masculino de 48 años con antecedente único de dislipidemia; 24 horas antes de su ingreso sufre dolor súbito en el hombro izquierdo, transitorio, intenso y progresivo, sin mejoría con analgésicos. A su ingreso al servicio destacan asimetría en hombros, con aumento de volumen, y eritema en la región acromioclavicular con marcada limitación para la abducción.

En la radiografía de hombro se identificaron imágenes radiopacas en la articulación acromioclavicular indicativas de condrocalcinosis. La resonancia magnética reveló inflamación de tejidos blandos e imágenes indicativas de depósitos cristalinos intraarticulares (**Figura 1**).

Se integra el diagnóstico de monoartritis acromioclavicular con condrocalcinosis, lo que acentúa la sospecha diagnóstica de artropatía por depósito de pirofosfato de calcio. Se indicó antiinflamatorio no esteroideo, con mejoría parcial y se decide su egreso del servicio de urgencias para seguimiento por consulta externa.

Figura 1. (CC047)



Discusión: El cuadro clínico fue altamente revelador de pseudogota: monoartritis aguda, dolor intenso, eritema y limitación funcional. Sin embargo, la localización en la articulación acromioclavicular constituye una forma inusual. Los estudios epidemiológicos han demostrado que menos del 10% de los casos compromete las articulaciones atípicas, lo que contribuye a los retrasos diagnósticos. La condrocalcinosis es un hallazgo radiológico característico y representa la calcificación lineal de cartílago hialino y fibrocartilago por depósitos de cristales de pirofosfato de calcio. Este signo no aparece en la gota, enfermedad causada por cristales de ácido úrico que producen erosiones óseas, pero no calcificación cartilaginosa.

El caso enfatiza que, si bien la presentación clínica fue “típica”, la localización atípica hace indispensable integrar hallazgos radiológicos para establecer un diagnóstico correcto y no confundir con procesos sépticos, traumáticos o cardíacos.

Conclusiones: Pese a que afecta por lo general a articulaciones como la rodilla y la sínfisis púbica, la pseudogota es una artropatía cristalina que puede manifestarse en localizaciones atípicas como la acromioclavicular. En el caso presentado, la clínica fue muy indicativa por tratarse de una

monoartritis aguda con dolor intenso, eritema y limitación funcional, pero la localización inusual exigió un alto índice de sospecha. La radiografía que delineó la condrocalcinosis, hallazgo característico y distintivo de esta enfermedad, junto con la resonancia magnética que confirmó inflamación y depósitos cristalinos, permitieron establecer un diagnóstico muy probable y diferenciarlo de la gota y otras causas de monoartritis aguda. Reconocer estas formas poco frecuentes es fundamental en la práctica reumatológica, ya que posibilita un abordaje oportuno y un tratamiento eficaz y evita procedimientos innecesarios.

Bibliografía

- Rosales-Alexander JL, Balsalobre Aznar J, Magro-Checa C. Calcium pyrophosphate crystal deposition disease: diagnosis and treatment. *Open Access Rheumatol*. 2014;6:39-47.
- Bencardino JT, Hassankhani A. Calcium pyrophosphate dihydrate crystal deposition disease. *Semin Musculoskelet Radiol*. 2003;7(3):175-85.
- Abhishek A. Calcium pyrophosphate deposition disease: a review of epidemiologic findings. *Curr Opin Rheumatol*. 2016;28(2):133-9.

CCo48

PERICARDITIS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

B. Chura-Chipana, A.B. Bernabé-Jiménez, C.C. León-Rodríguez, B.R. Gallegos-Tirado, P.B. Lara-Herrera

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica que puede afectar a múltiples órganos en pediatría. El inicio puede ser insidioso o con manifestaciones clínicas graves, en especial afectación hematológica, renal o cutánea. La cardiaca, aunque descrita, rara vez forma parte de la presentación inicial. La pericarditis es una manifestación cardiaca frecuente pero aparece por lo general durante el curso de la enfermedad; su presentación como signo inicial en un paciente pediátrico supone un reto diagnóstico y clínico.

Presentación del caso: Adolescente masculino de 13 años, previamente sano, que ingresó por dolor torácico intenso, ortopnea y taquipnea. Diagnóstico: pericarditis aguda. De forma inicial se trata con AINE, pero la respuesta es parcial; muestra TP y TTPa prolongados, este último sin corrección en mezcla. El anticoagulante lúpico y aCL IgG son positivos, aunque sin manifestaciones reumatológicas habituales. Linfopenia, ANA patrón centrilobular 1:320, anti-SM y anti-DNA positivos (**Tabla 1**). Autoanticuerpos positivos por duplicado que se corroboran e hipocomplementemia y anticuerpos ribosomales elevados; se descartan causas infecciosas.

Durante la evolución sufrió derrame pericárdico masivo que exigió pericardiocentesis. Con SLEDAI de 16 puntos se integró el diagnóstico de LES con pericarditis inicial. Recibió tratamiento multiobjetivo con metilprednisolona, ciclofosfamida, azatioprina e inmunomodulación con hidroxiquina y vitamina, con evolución clínica estable.

Discusión: La pericarditis como inicio del LES pediátrico es infrecuente y representa un desafío diagnóstico. La aparición de anticuerpos positivos y la gran actividad de la enfermedad se acompañan de mayor riesgo de complicaciones cardíacas. Este caso enfatiza la importancia de considerar el lupus en el diagnóstico diferencial de la pericarditis atípica en niños e implementar un abordaje multidisciplinario temprano, lo que hace posible establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Conclusiones: La pericarditis puede ser la forma de inicio del lupus pediátrico, incluso sin signos reumatológicos típicos. La presencia de autoanticuerpos específicos y la gran actividad de la enfermedad deben alertar al clínico; el tratamiento temprano e intensivo es clave para prevenir complicaciones graves.

Bibliografía

- Gerardo-Morales V. Pericarditis and pericardial effusion as the first presentation of systemic lupus erythematosus. *Rev Alerg Mex*. 2019;66(1):132-9.

- Dein E, Douglas H, Petri M, *et al*. Pericarditis in lupus: epidemiology, risk factors, presentation, and treatment. *Cureus*. 2019;11(3):e4166.
- Azhar AS, Awlia OM, Muzaffer MA. Cardiovascular complications in paediatric SLE. *Clin Exp Rheumatol*. 2017;35(4):536-43.

Tabla 1. (CC048)

Cuadro de anticuerpos		
Fecha	10.07.2025	14.07.2025
Anti-DNAs	91,99 IU/mL	189,28 IU/mL
ANA	MG 1:40 C: 1:320	MG 1:80 C: 1:320
Antinucleosomas	19,40 RU/mL	47,23
Anti-Sm IgG	> 200 RU/mL	> 200
Complemento C3	36,1 mg/dL	
Anti-p ribosomal		> 200
Complemento C4	2,2 mg/dL	
VDRL	-	
AL	3,44	
aCL	IgG 12,42 IgM 3,81	
Anti-β2 GP	IgG 6,06 RU/mL IgM 9,50 RU/mL	
Coombs	-	IgG +3 C3d +1 AHG 3+

Anti-DNAs, anti-ADN de doble cadena; ANA, antinucleares; anti-Sm IgG, anti-Smith IgG; C3, complemento 3; anti-p ribosomal, antiproteína ribosomal P; C4, complemento 4; VDRL, *Venereal Disease Research Laboratory*; AL, anticoagulante lúpico; aCL, anticardiolipina; anti-β2 GP I, anti-β2 glucoproteína I; Coombs, prueba de Coombs directa.

CCo49

SÍNDROME DE WILKIE COMO COMPLICACIÓN INUSUAL DE ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA

D.L. Carrera-Cruz, J.A. Álvarez-Meza, C.J. Arequipa-Loachamin, G. Figueroa-Parra, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La afectación gastrointestinal en la esclerosis sistémica (ES) es frecuente y puede avanzar a dismotilidad grave con desnutrición. El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS o síndrome de Wilkie) es una obstrucción duodenal extrínseca rara favorecida por pérdida ponderal; en la ES, la desnutrición reduce el ángulo aortomesentérico y puede precipitar SAMS, potencialmente reversible con apoyo enteral o parenteral. También se han descrito presentaciones en ES cutánea difusa, incluidas series breves de casos.

Presentación del caso: Hombre de 38 años con ES difusa (ANA 1:2 560 homogéneo y 1:5 120 nucleolar; anti-Scl70 positivo elevado), alergia a rituximab, con múltiples complicaciones y extensión cutánea con calcinosis (**Figura 1**), además de mal apego terapéutico, con dos meses de vómito progresivo e intolerancia a la vía oral, caquexia y úlceras cutáneas en espalda y pierna izquierda con sangrado activo por calcinosis. Exploración física: Rodnan 45, microstomía, limitación articular y lesiones ulceradas; signos vitales con presión arterial 90/60 mm Hg. El laboratorio informa anemia profunda (hemoglobina nadir 6,4 g/dL; frotis con hipocromía y anisopoikilocitosis; esquistocitos escasos; LDH 135-175 U/L), hipoproteinemia y proteinuria en orina de 24 h de 1,97 g que descendió a 0,165 g tras la reanimación. Urocultivo subsecuente con *Citrobacter freundii*; hemocultivo de CVC preliminar negativo. La TAC de abdomen delinea

SAMS (Figura 2); la TAC de tórax muestra hallazgos basales inespecíficos. Eco-Doppler de miembro inferior: estenosis poplítea y tibial y oclusión pedia; angio-TAC con paso de contraste.

Figura 1. Afectación cutánea: calcinosis cutis. (CC049)



Figura 2. Hallazgo de reducción del ángulo de la arteria mesentérica por reconstrucción tridimensional. (CC049)



Discusión: La relación de dismotilidad por ES y pérdida ponderal favoreció el SAMS con vómito e intolerancia a la vía oral, lo que produjo desnutrición y empeoró la cicatrización de úlceras por calcinosis. La anemia se debió de manera predominante a pérdidas cutáneas, sin datos bioquímicos de hemólisis significativa. La proteinuria se interpretó como funcional al reducirse con volumen y se descartó inicialmente compromiso glomerular activo. El tratamiento multidisciplinario permitió estabilización con apoyo, antibiótico dirigido, nutrición parenteral total e intervención quirúrgica definitiva; cuando las medidas conservadoras no son suficientes, la derivación duodenoyeyunal es una opción efectiva, tal y como se ha informado en SMAS vinculado con ES.

Conclusiones: En ES difusa con vómito, distensión posprandial y pérdida ponderal debe sospecharse SAMS de forma temprana. La anemia en ES puede ser multifactorial; hay que buscar de manera activa sangrado en úlceras por calcinosis. Cuando falla el tratamiento conservador del SAMS, la derivación duodenoyeyunal es efectiva para reanudar la vía oral y mejorar el estado nutricional. Es importante no escalar la inmunomodulación durante la infección o la desnutrición; deben priorizarse la curación local, el

control del dolor y el apoyo interdisciplinario terapéutico en casos resistentes, así como la salud mental para mejorar la adherencia.

Bibliografía

1. Chua CG, Wansaicheong GKL, Lim WC, *et al.* Superior mesenteric artery syndrome: a potentially fatal but reversible gastrointestinal manifestation of systemic sclerosis. *Case Rep Rheumatol.* 2020;2020:8831417.
2. Gowda SK, Garg S, Khajjayam A, *et al.* Superior mesenteric artery syndrome - An unusual presentation associated with diffuse cutaneous systemic sclerosis in two cases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2024;1-3. doi:10.25259/IJDVL_315_2024.
3. Lepri G, Di Battista M, Codullo V, *et al.* Systemic sclerosis: one year in review 2024. *Clin Exp Rheumatol.* 2024;42(8):1517-1528. Epub 2024 Jul 26. doi:10.55563/clinexprheumatol/is29he.

CC050

DERMATOSIS NEUTROFÍLICA FEBRIL AGUDA EN EL CONTEXTO DE ARTRITIS REUMATOIDE: UN RETO DIAGNÓSTICO

E. Ponce-Morales, P. Bulos-Rodríguez, G. Montes de Oca-Sánchez, L.M. Moreno-López, M.F. Linares-Cervantes

Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome de Sweet es una dermatosis caracterizada por la infiltración neutrofílica de la piel y puede acompañarse de manifestaciones sistémicas, enfermedades inflamatorias, neoplásicas y autoinmunes, aunque son poco frecuentes. Clínicamente, el diagnóstico suele representar un reto debido a la superposición con otras dermatosis, a las manifestaciones clínicas extracutáneas inespecíficas y a los hallazgos bioquímicos e histopatológicos.

Presentación del caso: Paciente femenino de 48 años que inicia padecimiento actual en 2023 con aparición súbita de placas y pápulas eritemato-violáceas, dolorosas, de aspecto ampoloso, localizadas en cara, extremidades superiores y tórax que se atenuaron parcialmente con el uso de esteroides tópicos y que dieron lugar a máculas posinflamatorias. Ante la persistencia de lesiones dérmicas de las mismas características se la valoró en el servicio de dermatología, que realizó biopsia de piel con hallazgo de hialinización de fibras de colágeno con leucocitoclasia e infiltrado inflamatorio neutrofílico intersticial y perivascular indicativo de síndrome de Sweet. Ante dichos hallazgos se indicó tratamiento con prednisona a 1 mg/kg con mejoría de las lesiones. A continuación, en abril del mismo año, sufre disnea de medianos esfuerzos y poliartralgias simétricas, aditivas y de pequeñas articulaciones, por lo que acude a valoración al servicio de urgencias de esta unidad, donde se documenta derrame pleural bilateral menor al 20% y se solicita valoración por reumatología. Al interrogatorio dirigido refiere poliartritis simétrica aditiva de pequeñas articulaciones de tres meses de evolución y niega rigidez articular matutina o síndrome seco. La exploración física identifica engrosamiento sinovial en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales y se solicitan estudios de laboratorio y gabinete que destacan factor reumatoide: 215 UI/mL, anticuerpos ACPA: 912 U/mL, PCR: 81 mg/L, VSG: 116 mm/h; el ultrasonido articular delinea sinovitis en articulaciones metacarpofalángicas. Como parte del protocolo diagnóstico se descartaron causas infecciosas y neoplásicas. Ante dichos hallazgos se integró el diagnóstico de artritis reumatoide seropositiva y se indicó tratamiento con metotrexato y prednisona en dosis-reducción, con mejoría clínica articular y remisión del derrame pleural.

Discusión: Notificar la coexistencia del síndrome de Sweet y artritis reumatoide permite profundizar las características clínicas y las presentaciones atípicas, que sirven para profundizar en el abordaje diagnóstico de manifestaciones dermatológicas que lleva a evaluar la presencia de un trastorno sistémico autoinmune activo en los pacientes afectados.

Conclusiones: El síndrome de Sweet y la artritis reumatoide es una relación poco frecuente; la identificación de manifestaciones clínicas y el trabajo interdisciplinario favorecen un diagnóstico correcto y temprano que permite instituir tratamiento oportuno, mejora en la apariencia física y aumento de la funcionalidad que se refleja en la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

- Joshi T, Friske S, Hsiou D, *et al.* New practical aspects of Sweet syndrome. *Am J Clin Dermatol*. 2022;23(3):301-318.
- Saeb-Lima M, Charli-Joseph Y, Rodríguez-Acosta E, *et al.* Autoimmunity-related neutrophilic dermatosis: a newly described entity that is not exclusive of systemic lupus erythematosus. *Am J Dermatopathol*. 2013;35(6):655-660.

CC051

REMISIÓN INDUCIDA POR RITUXIMAB DEL SÍNDROME DE EVANS EN UNA MUJER EMBARAZADA CON LUPUS RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADO

E.A. Galindo-Calvillo, I.C. Reynosa-Silva, L. Pérez-Barbosa, D.A. Galarza-Delgado, C.M. Skinner-Taylor

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

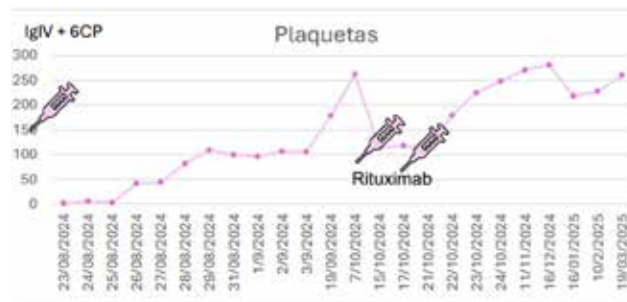
Introducción: El síndrome de Evans (SE) se describió en 1951 y se define como el desarrollo simultáneo o secuencial de anemia hemolítica autoinmune (AHAI) y púrpura trombocitopénica inmune (PTI). Se relaciona con un trastorno subyacente en la mitad de los casos, incluidos en particular lupus eritematoso sistémico, trastornos linfoproliferativos e inmunodeficiencia común variable. El tratamiento inicial son los corticosteroides, pero existe elevada probabilidad de recaída al reducirlos o suspenderlos. El rituximab (RTX), un anticuerpo monoclonal quimérico murino/humano anti-CD20, se utiliza como tratamiento del SE. La incidencia de PTI en el embarazo no se conoce con certeza. Un artículo de revisión de 2010 identificó un total de 14 embarazos. Desde entonces se han publicado informes de otros cinco casos.

La transferencia placentaria de FARMEB (fármacos modificadores de la enfermedad biológicos) es mínima en el primer trimestre y aumenta progresivamente desde el segundo trimestre. Se han publicado valores séricos de RTX hasta por 12 meses posteriores a la administración, con un tiempo medio de aclaramiento de seis meses. Se presenta el caso de una mujer embarazada que presenta SE como inicio clínico de LES.

Presentación del caso: Mujer de 24 años, sin antecedentes médicos, referida a este hospital por cefalea y equimosis de 20 días de evolución. Se encontraba en la semana 11 de gestación, en su segundo embarazo, con trombocitopenia de 1 000/ μ L y anemia hemolítica (Hb 8,05 g/dL, bilirrubina indirecta 2,14 mg/dL y LDH 429 U/L). El servicio de hematología observó en el frotis periférico esferocitos y Coombs directo (2+) y se diagnosticó síndrome de Evans (SE). Se solicitó interconsulta al servicio de reumatología. En la exploración física se observaron escleras pálidas, petequias en abdomen y extremidades superiores, así como equimosis en extremidades superiores. Los resultados de autoanticuerpos confirmaron una sobreposición LES/SAF. El tratamiento inicial incluyó inmunoglobulina intravenosa (1 mg/kg) y prednisona oral (20 mg/día) (**Figura 1**). Con el fin de mantener un recuento plaquetario estable y reducir la exposición fetal a corticoides, durante las semanas 13 y 15 de gestación se administró rituximab (RTX) (1 g/sem). Se la incluyó en la clínica de reproducción, embarazo y enfermedades reumáticas, con valoración multidisciplinaria (medicina materno-fetal, pediatría, psicología, trabajo social y nutrición). Se elevaron de modo gradual la hemoglobina y las plaquetas. Durante el embarazo se logró un seguimiento estrecho y adecuada adherencia al tratamiento, con desenlace por cesárea a las 38,1 semanas de gestación de producto femenino de 3 230 g, 50 cm, Apgar 9-9, con control posterior de BFH e inmunoglobulinas fetales y maternas dentro de parámetros.

Discusión: El rituximab tiene autorización para su uso durante el embarazo, pero debe considerarse que, a partir del segundo trimestre, puede acompañarse de un agotamiento transitorio de linfocitos B u otras citopenias en el neonato, las cuales suelen resolverse en un periodo aproximado de seis meses. En el caso presentado, la administración de RTX durante el segundo trimestre favoreció una evolución adecuada tanto del feto como de la madre. Resulta fundamental documentar y notificar estas experiencias, ya que contribuyen a generar evidencia útil para orientar el tratamiento de futuras pacientes con características similares.

Figura 1. Evolución de plaquetas posterior al tratamiento con inmunoglobulina (IgIV), seis concentrados plaquetarios (CP) y dos dosis de 1 g de rituximab. (CC051)



Conclusiones: El control de las manifestaciones poco frecuentes del LES durante el embarazo aún representa un desafío clínico. Es necesario ampliar la realización de estudios controlados en mujeres embarazadas con el fin de establecer la seguridad de los FARMEB y, de esta manera, incrementar las opciones terapéuticas disponibles.

Bibliografía

- Nause SL, Spiegler J, Weichert J, *et al.* Therapeutic management of Evans syndrome in a pregnancy with maternal systemic lupus erythematosus. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2015 Jun 30;219(4):190-2.
- Østensen M, Förger F. Treatment with biologics of pregnant patients with rheumatic diseases. *Current Opinion in Rheumatology*. 2011;23:293-8.

CC052

HIPERCALCEMIA SECUNDARIA A PROCESO GRANULOMATOSO POR ENFERMEDAD HUMANA POR APLICACIÓN DE MODELANTES CON OSTEOPOROSIS SECUNDARIA. REPORTE DE CASO

I. Gámez-Saiz, E. Ponce-Morales, D. Vargas-Gutiérrez, J.L. Armenta-González, E.F. Hammeken-Larrondo

Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad humana por sustancias modelantes es un proceso inflamatorio crónico granulomatoso, caracterizado por diversas manifestaciones clínicas y ocasionado por inflamación granulomatosa relacionada con sustancias. Existen informes de casos aislados de hipercalcemia secundaria a enfermedad granulomatosa por uso de modelantes, sarcoidosis y tuberculosis en el 1% de los casos. Se presenta el caso de un paciente con enfermedad por modelantes con hipercalcemia secundaria a hiper 25-OH-vitamina D y osteoporosis secundaria.

Presentación del caso: Paciente masculino transgénero de 47 años, con antecedente en 2005 de infiltración de aceite mineral, aproximadamente 1,5 litros en glúteos y 1,5 litros de biopolímeros. Inicia padecimiento actual en 2016 con paniculitis crónica y ulceración en glúteos (**Figura 1**), con migración del adyuvante a la región lumbar; en 2019 sufrió úlceras crónicas bilaterales sin buscar atención médica; en 2024 padeció cólico renoureteral, por lo que acudió al urólogo y se inició protocolo de estudio de litiasis renal, con informe de calcio sérico de 11,5 mg/dL. Se lo envía al servicio de endocrinología para el control de la hipercalcemia, con valores de hormona paratiroidea y 25-dihidroxitamina D bajos y calcio urinario aumentado. Se solicitó densitometría ósea con Z-score de -1,9 (DE) de L1-L4 y Z-score de -2,9 (DE) de cuello femoral; se indicó bifosfonato oral y se lo remitió al servicio de reumatología para completar el protocolo diagnóstico. Se concluyó que la hipercalcemia era secundaria a proceso granulomatoso con concentraciones séricas altas de 1-25-vitamina D y se inicia tratamiento con micofenolato de mofetilo (1, 5 g/día), glucocorticoide de depósito y colchicina; se consigue una reducción clínica de la inflamación y se normaliza el calcio sérico.

Figura 1. Área de piel atrofiada con hiperpigmentación y presencia de ulceración en la región glútea. (CC052)



Discusión: Las enfermedades granulomatosas crónicas se han relacionado con un aumento de la síntesis de alfa-hidroxi-lasa producida por las células dendríticas; esta enzima se encarga de catalizar la conversión de la vitamina D de su forma inactiva (25-OH-vitamina D) a su forma calciofílica y activa (1-25-vitamina D), lo cual explica la hipercalcemia, hipercalcúria y urolitiasis de la paciente, y en lo sucesivo reduce la cantidad de sustrato para la mineralización ósea que explica la osteoporosis; al final, al disminuir el proceso granulomatoso con inmunosupresores, se redujo la conversión de vitamina D y se regularon los valores séricos de calcio.

Conclusiones: La importancia de conocer las complicaciones y manifestaciones clínicas de la enfermedad humana por modelantes debe concienciar al personal médico. Si bien no es una forma común de hipercalcemia, debe conocerse parte de la fisiopatología y el proceso granulomatoso adjunto para proporcionar un tratamiento apropiado y disminuir el número de secuelas físicas y sociales, con una atención multidisciplinaria con cirugía plástica, reumatología y endocrinología.

Bibliografía

1. Kozeny GA, Barbato AL, Bansal VK, *et al.* Hypercalcemia associated with silicone-induced granulomas. *N Engl J Med.* 1984;311(17):1103-5.
2. Torres-Gómez B, Medrano-Ramírez G, Priego-Blancas R, *et al.* Enfermedad por la infiltración de sustancias modelantes con fines estéticos. *Cir Plast.* 2010;20:124-132.
3. Wilkie T. Late development of granuloma after liquid silicone injections. *Plast and Reconstr Surg.* 1977;60:179-188.
4. Torres-Gómez B, Burgos-Vargas R, Medrano-Ramírez G, *et al.* Instrumento para evaluar y estadificar el daño producido por la infiltración de sustancias modelantes *Cirugía Plástica* 2010;20:105-111.

CC053

DIABETES INSÍPIDA CENTRAL SECUNDARIA A GRANULOMATOSIS CON POLIANGÍTIS. REPORTE DE CASO

E. Ponce-Morales, I.L. Gámez-Saiz, R.E. Ramírez-Ibarra, D.S. Cabrera-Orejuela, K.I. Arias-Callejas

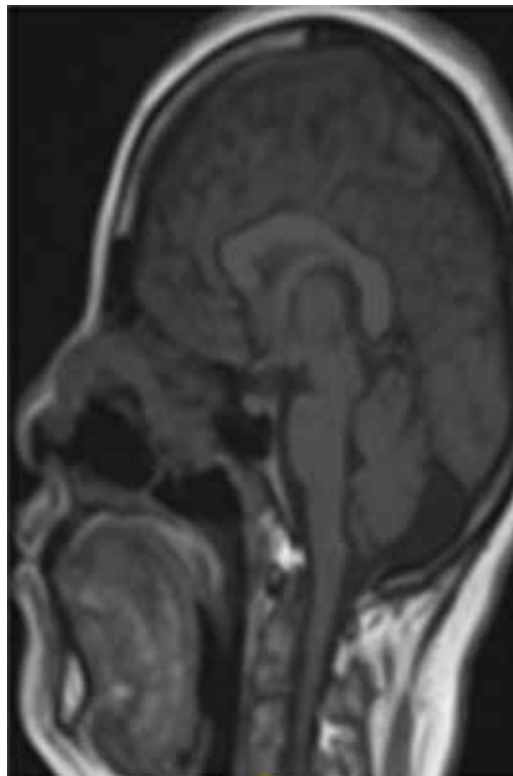
Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La granulomatosis con poliangitis (GPA) es una vasculitis sistémica que afecta típicamente a capilares, arteriolas y vénulas, en relación con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), con manifestaciones en oído, nariz, pulmones, riñón, piel y otros. El compromiso neurológico oscila entre 22 y 54%, con disfunción del sistema nervioso central (SNC) en 7 a 11%. Las manifestaciones del SNC son paquimeningitis hipertrófica crónica, vasculitis cerebral y compromiso de la hipófisis en < 1%. Se presenta el caso de una paciente con granulomatosis con poliangitis con diabetes insípida.

Presentación del caso: Mujer de 31 años que inicia su padecimiento en el 2022 con sinusitis de repetición, congestión nasal, descarga retrorinal,

epistaxis, costras sanguinolentas, perforación nasal y nariz en silla de montar. La biopsia nasal revela fibrosis e inflamación crónica moderada. Como parte de su abordaje se solicitan anticuerpos ANCA y anti-PR3 con resultado positivo, y cumple 8 puntos de los criterios de clasificación ACR/EULAR 2022 para GPA. Inició tratamiento con prednisona y azatioprina. Durante el seguimiento se detectó polidipsia y poliuria de 10 L. El servicio de endocrinología identifica hiposmolaridad urinaria, con prueba de privación hídrica positiva para deficiencia completa de vasopresina. La RM contrastada no proporciona evidencia de lesiones en la glándula hipófisis (**Figura 1**). Recibe tratamiento con desmopresina y se consiguen mejoría de la osmolaridad urinaria y normalización de la diuresis; se establece el diagnóstico de diabetes insípida central. Continuó el tratamiento con glucocorticoide e inmunosupresor.

Figura 1. (CC053)



Discusión: Las manifestaciones neurológicas en la vasculitis son infrecuentes, con una amplia variedad y en ocasiones comprometen a la hipófisis y con ello a la secreción hormonal. Se describe un caso de GPA con manifestaciones del SNC con diabetes insípida central; hasta el momento sólo existen escasos casos publicados de diabetes insípida en vasculitis. Las teorías del mecanismo fisiopatológico incluyen lesiones granulomatosas contiguas o localizadas, vasculitis o isquemia cerebral.

Conclusiones: La disfunción hipofisaria debida a vasculitis es una manifestación poco frecuente en la cual la presentación clínica y la sospecha son relevantes para iniciar un tratamiento. Se requieren pruebas complementarias para el diagnóstico de diabetes insípida con una atención multidisciplinaria. El tratamiento dirigido y oportuno con glucocorticoides e inmunosupresores es esencial para evitar secuelas neurológicas y prevenir futuras recaídas.

Bibliografía

1. Comarmond C, Cacoub P. Granulomatosis with polyangiitis (Wegener): clinical aspects and treatment. *Autoimmun Rev.* 2014;13:1121-1125.
2. Vega-Beyhart A, Medina-Rangel IR, Hinojosa-Azaola A, *et al.* Pituitary dysfunction in granulomatosis with polyangiitis. *Clin Rheumatol.* 2020;39:595-606.

CC054

SÍNDROME DE COGAN: DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN PACIENTE CON LABERINTOPATÍA BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

F.Y. Ayestarán-Figueroa¹, A. Pérez Bolde-Hernández², L. Garduño-Ángeles¹

⁽¹⁾Hospital General Toluca, ISSSTE, ⁽²⁾Toluca HGR 220, IMSS

Introducción: El síndrome de Cogan (SC) es una vasculitis de vasos variable caracterizada por queratitis intersticial vinculada con hipoacusia neurosensorial progresiva y alteraciones vestibulares semejantes a las de la enfermedad de Ménière. En la mayoría de los casos, las manifestaciones oculares y auditivo-vestibulares ocurren en un intervalo menor de dos años; cuando este periodo es mayor o se observan formas inflamatorias atípicas, se clasifica como SC atípico.

El SC puede acompañarse de manifestaciones sistémicas, como fiebre, pérdida de peso y compromiso de distintos órganos; la aortitis es la complicación cardiovascular más relevante, capaz de evolucionar hasta una insuficiencia aórtica grave con necesidad de recambio valvular. El diagnóstico del SC se fundamenta en criterios clínicos y la exclusión de otras anomalías. Hasta la fecha se han descrito unos 300 casos en adultos, lo que convierte su abordaje en un verdadero desafío clínico y terapéutico. El tratamiento de primera línea consiste en corticosteroides sistémicos, mientras que los inmunosupresores y los agentes biológicos se reservan para casos resistentes o con vasculitis sistémica. La rehabilitación vestibular y el uso de auxiliares auditivos constituyen medidas de apoyo fundamentales.

Presentación del caso: Paciente femenina de 53 años que refiere hipoacusia bilateral progresiva de inicio insidioso y sin causa aparente, acompañada de acúfeno bilateral de tono grave. Los antecedentes otológicos relevantes incluyen hipoacusia súbita izquierda ocho años antes e hipoacusia súbita derecha de un año de evolución, además de episodios de vértigo objetivo rotatorio de corta duración desde hace cinco años, acompañados de náusea y relacionados con cambios posturales. La exploración física muestra membranas timpánicas íntegras y opacas. Estudios complementarios:

Audiometría: hipoacusia neurosensorial bilateral de oído derecho profunda y de oído izquierdo moderada a profunda.

Timpanometría: curvas tipo A de Jerger bilaterales.

TAC de oídos: aumento de la densidad pericoclear.

Resonancia magnética: no hay lesiones estructurales relevantes ni cambios por microangiopatía crónica (Fazekas I).

Inmunología: anticuerpos HSP-70 positivos.

Debido al curso insidioso de la hipoacusia neurosensorial progresiva y alteraciones vestibulares se solicita valoración por el servicio de oftalmología, que refiere haces blanquecinos en parche, con discreta vascularización y opacidad corneales, y establece queratitis intersticial no sifilítica. La valora el servicio de los autores y se determina el diagnóstico de SC; actualmente se encuentra bajo tratamiento con prednisona y azatioprina, rehabilitación vestibular y uso de auxiliares auditivos bilaterales.

Discusión: El SC representa un reto diagnóstico en el que pueden predominar los síntomas audiovestibulares sin la manifestación ocular inicial. En este caso, la paciente presentó hipoacusia neurosensorial bilateral progresiva, acúfeno y vértigo, con hallazgos oftalmológicos leves e inmunológicos, lo cual orienta hacia una enfermedad autoinmune del oído interno como manifestación del síndrome.

Los diagnósticos diferenciales incluyen enfermedad de Ménière, neuritis vestibular, schwannoma vestibular, otosclerosis y otras causas de hipoacusia autoinmune.

Conclusiones: El SC debe considerarse en pacientes con hipoacusia neurosensorial bilateral progresiva y síntomas vestibulares, especialmente cuando se acompañan de hallazgos oftalmológicos e inmunológicos. La detección temprana y el inicio de inmunosupresores son claves para preservar la función auditiva y evitar complicaciones sistémicas.

Bibliografía

1. Wang Y, Tang S, Shao C, *et al.* Cogan's syndrome is more than just keratitis: a case-based literature review. BMC Ophthalmol [Internet].

2023;23(1):212. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12886-023-02966-6>.

2. Rücklová K, von Kalle T, Koitschev A, *et al.* Paediatric Cogan's syndrome - review of literature, case report and practical approach to diagnosis and management. Pediatr Rheumatol Online J [Internet]. 2023;21(1):54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12969-023-00830-x>.

CC055

ENTERITIS LÚPICA REFRACTARIA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: RESPUESTA FAVORABLE A RITUXIMAB

L.C. Hernández-Villarreal, M.A. Palacios-Guerrero, T.A. Dunaway-Pineda

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) constituye una enfermedad autoinmune sistémica prototípica, caracterizada por la generación de autoanticuerpos y la activación inflamatoria que afecta a múltiples órganos y da lugar a un espectro clínico amplio y heterogéneo. Las manifestaciones gastrointestinales son frecuentes en pacientes con LES; sin embargo, la mayoría es consecuencia de infecciones o efectos adversos secundarios a fármacos. La enteritis lúpica (EL), también denominada vasculitis mesentérica lúpica, es una complicación poco común, con una frecuencia informada de 0,2 a 9,7%, más prevalente en mujeres jóvenes. Sus manifestaciones clínicas principales incluyen dolor abdominal (97%), ascitis (78%), náusea (49%), vómito (42%), diarrea (32%) y fiebre (20%).

Presentación del caso: Paciente femenina de 34 años con antecedente de LES y dominio renal y hematológico, nefritis lúpica clase IV-V confirmada por biopsia desde 2021, síndrome de Sjögren secundario y múltiples hospitalizaciones por actividad de la enfermedad. En febrero de 2025 presentó un primer episodio de enteritis lúpica, tratado con tres pulsos de metilprednisolona, con mejoría parcial. En abril de 2025 reingresó por intolerancia a la vía oral, diarrea profusa (hasta 20 evacuaciones diarias), vómito, dolor abdominal tipo cólico, edema facial y de extremidades. La tomografía abdominal mostró enteropatía con edema submucosa y el hallazgo característico del signo de diana (**Figura 1**). Los estudios de laboratorio informan anemia normocítica, trombocitopenia leve, hiperpotasemia y acidosis metabólica. Durante la hospitalización desarrolló infecciones urinarias por *Escherichia coli* BLEE y *Enterococcus faecalis*, que requirieron antibioticoterapia. Se administró apoyo transfusional, se realizó desimpacción fecal y se efectuaron múltiples ajustes de antihipertensivos. Ante la resistencia clínica, el servicio de reumatología indicó inicio de fármaco biológico con rituximab, con lo cual se observó mejoría clínica a los cinco días y continuó con esteroide vía oral.

Figura 1. Tomografía abdominal con hallazgo característico de signo de diana en paciente con enteritis lúpica. (CC055)



Discusión: La enteritis lúpica presenta hallazgos clínicos e imagenológicos característicos, como el edema submucoso y el signo de diana en la tomografía. La paciente mostró un cuadro clínico típico en el contexto de nefritis lúpica y citopenias, lo cual concuerda con lo notificado en las publicaciones médicas. El tratamiento inicial recomendado incluye glucocorticoides a dosis altas; sin embargo, una proporción considerable de casos es resistente, con riesgo de recurrencia y complicaciones graves, como perforación, isquemia o hemorragia intestinal. A pesar de ello, la mortalidad notificada se mantiene baja (2-6%). En pacientes resistentes se han empleado inmunosupresores, como ciclofosfamida, micofenolato o azatioprina, e incluso rituximab. En los últimos años, el rituximab ha demostrado eficacia, con tasas de remisión superiores al 90% en enteritis lúpica moderada a grave, además de mejoría clínica y radiológica rápida, y un perfil de seguridad aceptable. Este caso subraya la relevancia del diagnóstico oportuno y del inicio temprano del tratamiento biológico ante resistencia, lo que destaca la importancia del abordaje multidisciplinario.

Conclusiones: La enteritis lúpica debe sospecharse en individuos con LES que padezcan dolor abdominal o diarrea persistente, sobre todo si coexiste compromiso renal y hematológico. El diagnóstico temprano mediante tomografía y el inicio oportuno del tratamiento son fundamentales para prevenir complicaciones graves. Este caso resalta la importancia de considerar el rituximab como alternativa terapéutica eficaz en la enteritis lúpica resistente y subraya el valor del enfoque multidisciplinario para optimizar el pronóstico.

Bibliografía

1. Almutairi R, Alotaibi A, Almogairin S, *et al.* Lupus enteritis: prevalence, clinical features and outcomes. *Cureus*. 2025;17(2):e75231. doi:10.7759/cureus.75231.
2. Muñoz-Urbano M, Sangle S, D'Cruz DP. Lupus enteritis: a narrative review. *Rheumatology (Oxford)*. 2024;63(6):1494-501. doi:10.1093/rheumatology/kead689.

CC056

HIPERURICEMIA COEXISTENTE CON OSTEOARTRITIS, SOBREPESACIÓN O CAUSALIDAD

J.C. Ramírez-Sánchez, E. Santillán-Guerrero, D.A. Herrera-Van Oostdam, A.T. Campa-Ferrusca, C. Abud-Mendoza

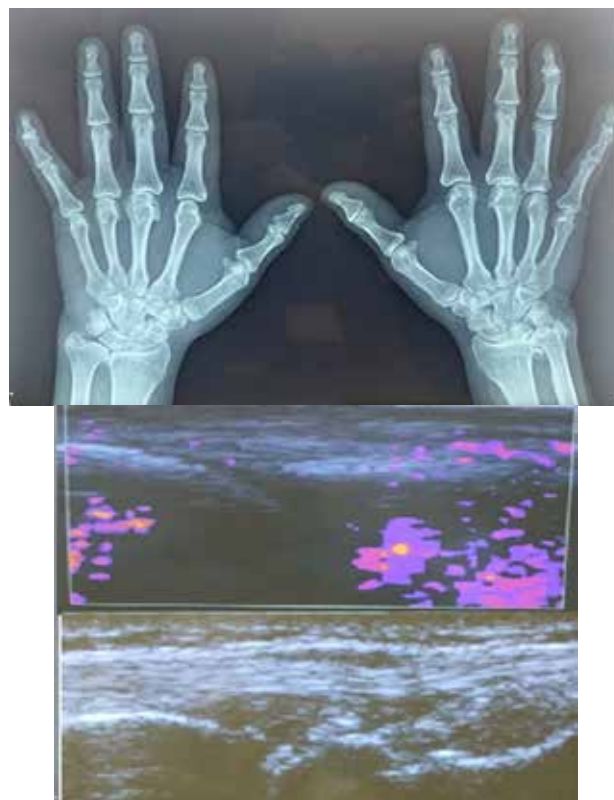
Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: La hiperuricemia es frecuente (20% global) y puede provocar artritis (3,9%). La osteoartritis es la forma más prevalente de artritis (10-15%) y a menudo coexiste con gota. La relación entre ambas no está claramente definida.

Presentación del caso: Hombre de 49 años, empleado de la construcción, con hipertensión arterial sistémica, consumo crónico de alcohol y alimentos ricos en purinas. Cuadro de podagra 10 años antes: inició antiinflamatorios no esteroideos y alopurinol (300 mg/día), con mal apego terapéutico. Ha presentado dos episodios en 10 años. Acude por dolor poliarticular (carpos, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y distales, rodillas y tobillos), con rigidez matutina. Negó acompañantes. Exploración física: flogosis en seis y dolor en cuatro articulaciones, nódulos de Heberden y Bouchard bilaterales. PCR 14 mg/dL, VSG 16 mm/H, FR < 20 UI/mL, ACPA negativo, anemia microcítica hipocrómica, ácido úrico 10,7 mg/dL. Las radiografías de manos y pies muestran esclerosis subcondral con imagen en "alas de gaviota", osteopenia yuxtaarticular, y disminución del espacio articular (**Figura 1**). El ultrasonido Doppler de manos identifica aumento de señal Doppler en carpos, hiperecogenicidad con patrón "cielo estrellado" e imagen en "doble contorno". Diagnóstico: artropatía por depósito de cristales e hiperuricemia. Se inició tratamiento con prednisona (5 mg/día), colchicina (1 mg/día), calcitriol (0,25 mcg/día) y paracetamol (500 mg) en caso de dolor, con respuesta adecuada.

Discusión: La osteoartritis y la gota comparten factores de riesgo como edad avanzada, obesidad y trama articular de repetición. Las articulaciones con brotes de gota tienen ocho veces más probabilidades de presentar

Figura 1. (CC056)



osteoartritis, y la presencia de depósitos de cristales de urato se vincula con mayor aparición de daño óseo en osteoartritis. Los estudios de líquido sinovial en osteoartritis (sin gota) han demostrado que el nivel de urato monosódico se correlaciona positivamente con la expresión de IL-1 β e IL-18, y mayor gravedad. Los estudios con imágenes destacan el depósito de cristales en tejidos en 25% de los individuos sin síntomas de gota. En etapas iniciales, el ultrasonido musculoesquelético puede demostrar el signo de doble contorno (depósito de cristales en cartilago hialino), patrón de "cielo estrellado" (cristales de urato monosódico < 1 mm). Sin tratamiento adecuado, las crisis pueden manifestarse en articulaciones de las manos, con patrón poliarticular y acompañarse de síntomas sistémicos, ocasionalmente en fases tempranas. El objetivo del tratamiento se enfoca en evitar las crisis gotosas y la lesión articular, con valores de ácido úrico < 5 mg/dL con gota grave y comorbilidades (cardiopatías, enfermedad vascular periférica o nefropatía), < 6 mg/dL en gota no grave sin tofos. La administración de glucocorticoides, colchicina y alopurinol es el pilar terapéutico. Para casos resistentes se requiere aumentar la dosis de alopurinol y administrar febuxostat, pegloticase o inhibidores de interleucina 1b.

Conclusiones: La relación entre osteoartritis, hiperuricemia y gota podría no ser casual, sino bidireccional. Podría ser útil evaluar estudios clínicos para determinar si el tratamiento para gota previene o lentifica la evolución de la osteoartritis.

Bibliografía

1. Neogi T, Krasnokutsky S, Pillinger MH. Urate and osteoarthritis: evidence for a reciprocal relationship. *Joint, Bone, Spine: Revue Du Rhumatisme*. 2019;86(5):576-582. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2018.11.002>
2. Nicola Dalbeth. In: Firestein, Budd, Gabriel, Koretzky, McInnes & O'Dell. *Firestein y Kelly Tratado de Reumatología*. 11ª edición. Philadelphia, EUA. Editorial Elsevier; 2022:1710-31e.
3. Dalbeth N, Gosling AL, Gaffo A, Abhishek A. Gout. *Lancet*. 2021;397(10287):1843-1855.
4. Sudol-Szopińska I, Afonso PD, Jacobson JA, *et al.* Imaging of gout: findings and pitfalls. A pictorial review. *Acta Reumatol Port*. 2020;45(1):20-5.

CC057

MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS Y ORBITARIAS COMO DEBUT DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Olivares-Martínez, J.M. Escalona-Rosales

Hospital General de Querétaro

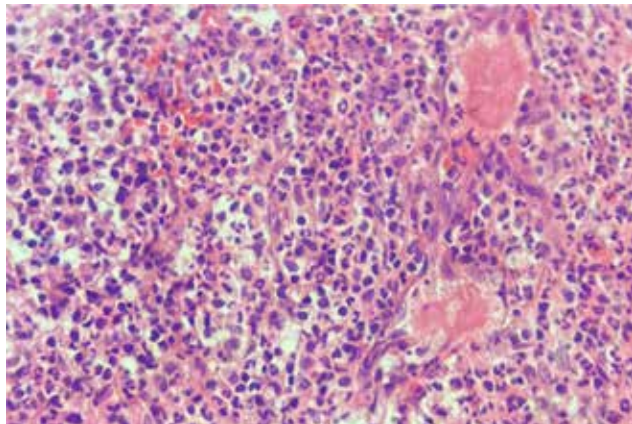
Introducción: La granulomatosis con poliangitis (GPA) es una vasculitis multisistémica de pequeños y medianos vasos, caracterizada por granulomas necrosantes en vías respiratorias, pulmones y riñones. La afectación ocular ocurre hasta en el 50% y es primaria en 8 a 16%. Su presentación puede confundirse con otras anomalías y retrasar el diagnóstico. Se informa el caso de una paciente cuyo motivo de consulta fueron los síntomas oculares, con antecedentes otorrinolaringológicos resistentes, inicialmente interpretados como infección orbitaria. Se destaca la importancia de una anamnesis detallada para el diagnóstico y tratamiento oportunos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 49 años que ingresó por edema periorbitario bilateral, proptosis, dolor ocular intenso y limitación de la motilidad de una semana de evolución. Tres meses antes presentó sinusitis y otitis media complicada con perforación timpánica bilateral, sin mejoría pese al tratamiento antibiótico. A su ingreso mostró disminución de la agudeza visual (OD 20/60, OI 20/40), blefarodema y proptosis bilateral. Los estudios de imagen evidenciaron sinusitis crónica con compromiso etmoidal y mastoideo. Se diagnosticó inicialmente con celulitis orbitaria y recibió antibióticos y esteroides, sin mejoría. Ante la persistencia de los síntomas se realizó etmoidectomía endoscópica con biopsia y se identificó granuloma necrosante con vasculitis (**Figura 1**). Los estudios complementarios mostraron PR3-ANCA positivos, VSG y PCR elevadas, lo que confirmó el diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis de presentación orbitaria.

Se inició tratamiento inmunosupresor con prednisona y posteriormente metotrexato, con mejoría parcial de los síntomas. La paciente continúa en seguimiento multidisciplinario, con la posibilidad de recibir rituximab según sea la evolución clínica.

Discusión: La clasificación de Chapel Hill (2012) define las vasculitis relacionadas con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) como trastornos multisistémicos que causan inflamación vascular. La granulomatosis con poliangitis (GPA) es una vasculitis sistémica necrosante de pequeños a medianos vasos, con incidencia de 12 casos por millón al año. Su fisiopatología consiste en la activación de neutrófilos y sistema del complemento y linfocitos T y produce daño tisular, endotelial y alteración del flujo sanguíneo. Clínicamente compromete las vías respiratorias superiores (90%), pulmón (80%) y riñón (75%). La afección orbitaria como manifestación inicial es inusual y puede cursar

Figura 1. Biopsia de mucosa etmoidal, tinción de hematoxilina y eosina a gran aumento. Muestra de tejido con evidentes granulomas, necrosis central y macrófagos en la periferia y células multinucleadas. (CC057)



con proptosis, escleritis, episcleritis, uveítis o conjuntivitis. Su similitud con otras infecciones más comunes genera dificultad diagnóstica. En este caso, aunque la consulta fue por síntomas oculares, la paciente presentaba meses antes signos otorrinolaringológicos que orientaron inicialmente a infección orbitosinusal crónica agudizada. En 2022, el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología establecieron criterios de clasificación de la GPA para diferenciarla de otras vasculitis. La GPA se vincula sólidamente con cANCA y PR3-ANCA, aunque un 8,5% de pacientes es seronegativo. La resonancia magnética resulta de alto valor para identificar lesiones orbitarias y extensión tisular, y debe complementarse con tomografía computarizada para evaluar senos e invasión ósea. La histología muestra vasculitis, inflamación granulomatosa y necrosis; en este caso, la biopsia obtenida mediante etmoidectomía fue determinante para confirmar el diagnóstico y preservar la función visual. El tratamiento en enfermedad no grave incluye inducción con metotrexato y glucocorticoides, seguido de mantenimiento con rituximab.

Conclusiones: La granulomatosis con poliangeítis de inicio orbitaria primaria es rara y de difícil diagnóstico, y exige la integración de hallazgos clínicos, serológicos, histopatológicos y de imagen. El abordaje multidisciplinario es crucial para el pronóstico, pues el retraso diagnóstico se relaciona con mayor gravedad y mortalidad. Este caso destaca la importancia de integrar y reconocer antecedentes de infecciones recurrentes y protocolos claros para optimizar el tratamiento y la calidad de vida.

Bibliografía

1. Byszewska A, Skrzypiec I, Rymarz A, *et al.* Ocular Involvement of Granulomatosis with Polyangiitis. J Clin Med. [Internet] 2023 [Consultado 22 Jun 2025];12(13). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm12134448>.
2. Chung SA, Langford CA, Maz M, *et al.* American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation guideline for the management of antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis. Arthritis Rheumatol [Internet] 2021 [Consultado 3 julio 2025];73:1366. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34235894/>.

CC058

NEFRITIS LÚPICA EN UN PACIENTE CON RUPUS, PRESENTACIÓN DE UN CASO

J. Álvarez-Meza, C.J. Arequipa-Loachamin, V. Caballero-Malacara, D.A. Galarza-Delgado, G. Figueroa-Parra

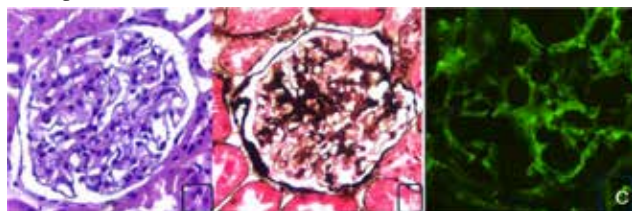
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus es un síndrome de superposición entre lupus eritematoso sistémico (LES) y artritis reumatoide (AR). Suele diagnosticarse alrededor de los 45 años, generalmente tras un curso de AR. Las manifestaciones articulares y hematológicas son las más frecuentes, mientras que la afectación renal es menos común. La nefritis lúpica (NL) constituye una de las complicaciones más frecuentes y graves del LES. Sus manifestaciones clínicas varían desde cuadros asintomáticos hasta compromiso renal grave, por lo que el tamizaje mediante la cuantificación de proteínas en orina de 24 horas es una estrategia esencial. Se presenta el caso de una mujer de 46 años con diagnóstico previo de AR con reciente aparición de lupus cutáneo y proteinuria. A continuación se revisan sus características clínicas y el abordaje diagnóstico y terapéutico.

Presentación del caso: Mujer de 46 años con antecedente de AR (FR positivo > 200 U/mL; aCCP > 200 UI/mL) de más de 20 años de evolución con mal apego a metotrexato (MTX) y uso frecuente de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Presentó en su consulta subsecuente recaída de poliartritis simétrica crónica de 22 articulaciones que limita el intervalo de movimiento, se documentan deformidades en *bouttonniere*, pulgares en Z, engrosamiento sinovial en 2ª y 3ª metacarpofalanges (MCF). Los estudios auxiliares registran anemia ferropénica (hierro: 23,2 ug/dL, % de saturación de transferrina: 5,49%, ferritina: 10,2 ng/mL, HGB: 10,9 g/dL, Htc: 32,7%, VCM: 99,1 fL, HCM: 33,7pg). Se

reanudó tratamiento con MTX VO (15 mg/sem) más ácido fólico con ajuste posterior a 20 mg/sem. Las radiografías mostraron osteopenia yuxtaarticular y erosiones marginales en MCF 2ª y 3ª bilaterales, además de desviación cubital. En cita subsecuente mostró síntomas constitucionales, fiebre, fatiga y malestar general, además de caída de cabello y un episodio autolimitado de edema en extremidades inferiores. Se solicitaron estudios complementarios: ANA-IFI patrón AC-1 homogéneo 1:5 120, C3: 122 mg/dL, C4: 7 mg/dL, anti-DNAc IFI (Chritidia): 1:640, ELISA > 800 U/mL. Se estableció diagnóstico de lupus y se agregó hidroxiquina (HCQ 5 mg/kg). En proteínas en orina de 24 horas se observó 0,63 g/24 h, sin evidencia de otra causa aparente, por lo que se solicitó biopsia renal y se inició tratamiento empírico con pulsos de metilprednisolona (500 mg/día por 3 dosis) seguido de prednisona (0,5 mg/kg/día) y micofenolato de mofetilo (2 g/día) en espera de resultado de biopsia. La biopsia renal indicó nefritis lúpica mesangial mínima, clase I (ISN/RPS), sin fibrosis intersticial ni atrofia tubular (Figura 1). Por el espectro clínico de la paciente se decidió tratamiento con rituximab (1 g c/14 días por 2 dosis) y se continuaron HCQ, MTX, con interrupción rápida de prednisona, además de medidas antiproteínúricas generales.

Figura 1. Asas capilares abiertas y mesangio expandido en algunas áreas resaltado con la tinción de PAS (A), sin proliferación mesangial. Con la tinción de plata metenamina de Jones no se observaron hoyuelos, espículas ni otras irregularidades de la membrana (B). No se observan datos de actividad lúpica a nivel glomerular. Inmunofluorescencia directa sin esclerosis. Reacciones de inmunofluorescencia directa positivas para IgG, IgM, C1q, C3c, kappa y lambda con intensidad de 1 a 2 (+) con patrón granular en el mesangio. Las reacciones contra IgA, C4c, fibrinógeno y albúmina resultaron negativas (C). (CC058)



Discusión: La afectación renal en LES es común, aunque la NL de clase I representa menos del 2% de los casos. En el contexto del lupus, la coexistencia de AR y LES con actividad resistente incrementa la complejidad terapéutica y los diagnósticos diferenciales. Las estrategias enfocadas en el bloqueo de vías fisiopatológicas comunes (células B) emergen como alternativas viables.

Conclusiones: Los pacientes con síndromes de sobreposición representan un reto diagnóstico y terapéutico. El tratamiento debe dirigirse a las manifestaciones predominantes o más graves. En estos escenarios clínicos es importante instituir un tratamiento individualizado que proporcione el mayor beneficio al paciente.

Bibliografía

- Alforaih N, Whittall-Garcia L, Touma Z. A review of lupus nephritis. *Journal of Applied Laboratory Medicine*. Oxford University Press. 2022;7:1450-67.
- Antonini L, Le Mauff B, Marcelli C, *et al.* Rhupus: a systematic literature review. *Autoimmunity Reviews*. Elsevier B.V. 2020;19.

CC059

DESENMASCARANDO LA SUPERPOSICIÓN: LA MIOSITIS CONDUCE AL DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C.J. Arequipa-Loachamin, V. Cantú-Martínez, I.C. Reynosa-Silva, M.A. Villarreal-Alarcón, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

96 *Reumatol Clín.* 2026;22 Sup.1

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica con presentaciones clínicas variables. La afectación muscular puede presentarse como parte del LES, suele ser leve y aparece en una etapa avanzada de la enfermedad. La superposición de miositis y LES puede presentarse de forma aislada o en el contexto de afecciones combinadas más complejas. Una presentación con predominio de características de miopatía inflamatoria, particularmente al inicio de la enfermedad, es poco frecuente y plantea desafíos diagnósticos.

Presentación del caso: Una mujer de 23 años que manifestó fiebre, poliartalgias, gingivorragia, hematuria y dermatosis diseminada a cuero cabelludo, pabellones auriculares y pulpejos, caracterizada por pápulas y placas eritematovioláceas, algunas escoriadas y exulceradas, además de afectación de mucosa oral con exulceraciones y úlceras bien delimitadas (Figura 1). También se identificaron debilidad y dolor muscular en la musculatura proximal.

Hemoglobina 11,6 g/dL, linfopenia 0,61 cel/uL, trombocitopenia grave 19 300 cel/uL, VSG 46 mm/h, LDH 1120 UI/L, CPK 6579 UI/L, ALT 172 UI/L y AST 409 UI/L. La serología muestra ANA AC-1 nuclear > 1:5 120, AC-21: citoplasma 1:1 280, anti-dsDNA positivo > 800 ELISA, IFI 1:160, anti-Smith negativo, complemento consumido, anti-Ro negativo, anti-el negativo, anti-RNP negativo, anti-β2 glucoproteína IGM > 109 (positivo), anticardiolipinas IGG 39,4 (positivo), anticoagulante lúpico positivo 1,52 y anti-Mi-2α: 67 (positivo moderado).

Con estos hallazgos se consideró sobreposición de lupus eritematoso sistémico con miopatía inflamatoria y el paciente recibió tres pulsos de metilprednisolona de 500 mg y después dosis-reducción de prednisona, ciclofosfamida (dosis calculada, 500 mg por SCT por 6 dosis), con cesación de lesiones en piel y recuperación completa de fuerza muscular, normalización de enzimas musculares, y mejoría en la escala MMT-8 de 123 a 150.

Figura 1. A, pápulas eritematovioláceas en pabellón auricular. B, exulceraciones y úlceras de fondo fibrinoide bien delimitadas en mucosa oral. (CC059)



Discusión: La relación de miositis y LES es infrecuente, ya que la miositis no es una característica constante del LES; esta característica potencialmente incapacitante puede pasarse por alto. La prevalencia en la que otras enfermedades autoinmunes acompañan al LES se aproxima a 30%; por su parte, la prevalencia de sobreposición de LES con miopatía inflamatoria es casi del 6%, sobre todo en las poblaciones afrodescendiente, hispana, asiática e infantil.

En pacientes con sobreposición LES-miopatía se debe conceder especial atención a la afectación pulmonar, ya que pueden desarrollar enfermedad inflamatoria intersticial; también suelen presentar más artritis erosiva, clínica de Sjögren secundario, mayor riesgo trombótico y, por otro lado, tienden a sufrir menos afectación renal y del sistema nervioso, y aun así tener mayor morbilidad que el grupo de pacientes con LES solo.

Conclusiones: El lupus eritematoso sistémico puede iniciar con manifestaciones atípicas, como la miositis, lo que obliga al abordaje exhaustivo de alguna otra causa autoinmune sobrepuesta, como es el caso de esta paciente con anticuerpos específicos de miositis, que por sí solo confiere mayor riesgo de manifestación pulmonar y cutánea y ello puede representar un pobre pronóstico.

Bibliografía

- Dayal NA, Isenberg DA. SLE/myositis overlap: are the manifestations of SLE different in overlap disease Lupus. 2002;11(5):293-8.
- Bitencourt N, Solow EB, Wright T, *et al*. Inflammatory myositis in systemic lupus erythematosus. Lupus [Internet]. 2020 Apr 11;29(7):776-81.

CCo60**PSICOSIS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

L.F. Martínez-De la Hoya, D. Ordaz-Macías, P.A. Morales-Sosa, A.T. Campa-Ferrusca, D.A. Herrera-Van Oostdam

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) muestra manifestaciones neuropsiquiátricas hasta en 35 a 95%. La psicosis lúpica representa aproximadamente el 8% de estas manifestaciones y constituye un reto diagnóstico por su similitud clínica con otras causas, como la psicosis por glucocorticoides o la participación de infecciones oportunistas, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos. La encefalitis por virus del herpes simple (VHS) es una infección poco frecuente, pero con elevada mortalidad si no se diagnostica y trata de manera oportuna. La superposición entre síntomas neuropsiquiátricos del LES y la encefalitis herpética representa un desafío clínico y requiere enfoque integral con pruebas moleculares específicas para confirmar el diagnóstico.

Presentación del caso: Mujer de 23 años con LES de siete años de evolución, en tratamiento con prednisona, ácido micofenólico, hidroxicloroquina y, debido a manifestaciones cutáneas graves, belimumab dos semanas antes de la hospitalización. Tres días antes de esta hospitalización presentó alteraciones del sueño, alucinaciones auditivas e ideas delirantes, sin fiebre ni cefalea. En virtud del brote cutáneo reciente se consideró psicosis lúpica, sin descartar como diferenciales psicosis vinculada con glucocorticoides o infección del sistema nervioso central (**Tabla 1**). Punción lumbar inicial: proteínas 21 mg/dL, glucosa 46 mg/dL, eritrocitos 50, leucocitos 2. Ante la evolución de la afección neurológica se inició mPDN y valproato. La resonancia magnética mostró atrofia cerebral sin lesiones indicativas de vasculitis ni trombosis (**Figura 1**). Dos semanas después del ingreso se obtuvo PCR positiva para virus del herpes simple tipo 1 en líquido cefalorraquídeo (encefalitis herpética), por lo que recibió aciclovir intravenoso durante 20 días, con mejoría.

Discusión: Esta paciente con LES y tratamiento inmunosupresor desarrolló alteraciones del comportamiento y alucinaciones, inicialmente atribuibles a psicosis lúpica; ante la persistencia de los síntomas, a pesar de dosis altas de mPDN y de que IRMI no reveló actividad inflamatoria significativa, se consideró infección viral. Es probable que el tratamiento inmunomodulador y el aciclovir contribuyeran a la recuperación neurológica. La encefalitis herpética en inmunocomprometidos puede tener un inicio atípico sin fiebre, pleocitosis ausente en 21% de casos y lesiones no evidentes en RM en etapas iniciales. Por ello, la PCR en LCR es la herramienta

Figura 1. Angiorresonancia de cráneo. (CC060)



diagnóstica de elección, con sensibilidad > 95%. El tratamiento antiviral temprano reduce la mortalidad de 70% a menos del 20%.

Conclusiones: En pacientes con LES e inmunosupresión con psicosis aguda es fundamental descartar encefalitis herpética mediante PCR en LCR, incluso cuando la neuroimagen y el citoquímico sean normales.

Bibliografía

- Abrol E, Coutinho E, Chou M, *et al*. Psychosis in systemic lupus erythematosus (SLE): 40-year experience of a specialist centre. Rheumatology. 2021;60(12):5620-9.
- Tenser RB, Nath A. Atypical manifestations and poor outcome of herpes simplex encephalitis in the immunocompromised. Neurology. 2013;81(5):514-4.

CCo61**VASCULITIS ANCA LIMITADA A RIÑÓN CON MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES SECUNDARIAS**

J. Hurtado-Díaz¹, M.L. Espinoza-Sánchez²

⁽¹⁾IMSS HGR 220 Toluca, Estado de México, ⁽²⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Las vasculitis relacionadas con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) se caracterizan por una inflamación necrosante de vasos pequeños. El espectro de manifestaciones clínicas es muy variado y

Tabla 1. Características de psicosis lúpica inducida por esteroides y encefalitis herpética. (CC060)

Diagnóstico	Manifestaciones clínicas	Características en LCR	Características en estudios de imagen
Psicosis lúpica	Alucinaciones, delirios, alteración del ánimo, estado confusional, inicio subagudo	IL-6 elevado en LCR, anticuerpos anti-Sm o anti-ribosoma P	RM: puede ser normal o mostrar hiperintensidades puntiformes en sustancia blanca subcortical y periventricular (T2/FLAIR) (hasta 88%), atrofia cortical leve, dilatación ventricular, lesiones inespecíficas en ganglios basales. Hallazgos no específicos ni siempre correlacionados con síntomas clínicos
Psicosis inducida por esteroides	Episodios maniacos, psicosis aguda, alteraciones del sueño y el humor	LCR normal, sin IL-6 ni anticuerpos específicos	Imagen normal
Encefalitis herpética	Fiebre (> 90%), alteración de conciencia, confusión, cambios de personalidad, convulsiones. En 5-10% puede presentarse sólo con psicosis aguda sin fiebre ni déficit neurológico	Pleocitosis variable (ausente en inmunosuprimidos hasta en 21%), proteínas elevadas, glucosa normal, PCR positiva para VHS-1; posible presencia de hemáties en necrosis hemorrágica	RM: hiperintensidad en T2/FLAIR en lóbulos temporales (mediales), región insular y límbica; restricción en difusión (DWI); puede ser normal en 5-10% en fases tempranas TAC: hipodensidad temporal, hemorragia ocasional

comprende desde formas con afectación aislada de un solo órgano hasta enfermedad multisistémica. La vasculitis ANCA limitada a riñón es una enfermedad reumatológica rara y de gran importancia.

Presentación del caso: Hombre de 49 años, sin crónico-degenerativos. Inicio dos meses antes de su ingreso con hipertensión arterial (176/92 mmHg) de difícil control que exigió antagonista del calcio, Ara II, beta-bloqueador, diurético de asa y ahorrador de potasio para controlarla. Acudió a urgencias por dolor torácico opresivo e interestapular transitorio, disnea, desaturación del 87%, cefalea y descontrol hipertensivo. El estudio ECOT delineó derrame pericárdico leve, separación de 7 mm sin colapso de cavidades, hipertrofia grave de ventrículo izquierdo y dilatación de aurícula izquierda grave, FEVI de 60%, así como derrame pleural izquierdo del 80%. Se descartó isquemia miocárdica, pero se encontró electrocardiograma con patrón S1Q3T3 con BNP de 18 652 pg/mL y dímero D de 50 003 ng/mL, por lo que se realizó angiografía con datos de TEP subsegmentaria derecha.

También se documentó deterioro renal con creatinina sérica de 18,59 mg/dL, urea 224 mg/dL, K 4,72 meq, examen general de orina con abundantes leucocitos, eritrocitos y 100 mg/dL de proteínas. El USG renal bilateral mostró tamaño renal conservado. Por consiguiente, se determinó glomerulonefritis de rápida progresión que requirió inicio de hemodiálisis urgente. Se extendió protocolo de estudio con PCR 21,97 mg/dL, VSG 32 mm/h, ferritina 2.212 ng/mL, albúmina 1,8 mg/dL, MPO ANCA 208,9, PR3 ANCA 3,5, ANA y ENA negativos. Los cultivos de sangre y orina no mostraron desarrollo y la serología viral para hepatitis B, C y VIH fue negativa. Clínicamente con disnea y desaturación, sin ojo rojo ni úlceras nasales u orales, ni tampoco deformidad de tabique nasal, dermatosis y artritis. Al interrogatorio dirigido refiere episodios de orina concentrada y hematuria macroscópica. Se estableció entonces vasculitis ANCA limitada a riñón con hipertensión arterial sistémica y cardiopatía hipertensiva secundaria, derrame pleural unilateral izquierdo y TEP subsegmentaria. Se inició inducción a la remisión con pulsos de metilprednisolona (500 mg IV tres dosis) y ciclofosfamida con esquema Cyclops ajustado a edad y función renal, así como anticoagulación con HBPM ajustado a función renal.

Discusión: Se presenta el caso de un hombre de 49 años con hipertensión arterial sistémica de difícil control, cardiopatía hipertensiva secundaria y derrame pleural unilateral. Se sospechó nefropatía subyacente no diagnosticada. Esto explicaría la hipertrofia ventricular y la dilatación auricular izquierdas, y la glomerulonefritis de rápida progresión por vasculitis ANCA sería el episodio descompensador. La ausencia de manifestaciones extrarrenales sugiere una vasculitis ANCA limitada al riñón. La tromboembolia pulmonar observada se considera multifactorial y, en este sentido, no se descarta un estado protrombótico inducido por la propia vasculitis ANCA. Aún se encuentra pendiente el resultado de antifosfolípidos. Se inició inducción a la remisión con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida con esquema Cyclops ajustado a edad y función renal, así como anticoagulación con HBPM, con lo que ha mejorado la función renal.

Conclusiones: Este caso ilustra cómo una vasculitis ANCA limitada puede manifestarse inicialmente como hipertensión arterial resistente. La forma limitada sin manifestaciones extrarrenales puede retrasar el diagnóstico. En pacientes con ANCA positivos y marcadores inflamatorios elevados siempre debe considerarse el riesgo trombótico como parte de sus manifestaciones.

Bibliografía

Khan AJJ, Khan NAJ. Renal limited ANCA-positive vasculitis: a rare manifestation of a rare disease. *J Investig Med High Impact Case Rep.* 2020;8:2324709620974874. doi: 10.1177/2324709620974874.

CC062

LESIÓN DE LABRUM ACETABULAR COMO PUERTA DE ENTRADA AL DIAGNÓSTICO DE ESPONDILOARTROPATÍA SERONEGATIVA: REPORTE DE CASO

K.F. García-Ravelo

Tecnológico de Monterrey

98 *Reumatol Clin.* 2026;22 Sup.1

Introducción: Las espondiloartropatías seronegativas (EAS) son un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas caracterizadas por compromiso axial, periférico y manifestaciones extraarticulares. Su diagnóstico suele retrasarse en promedio 6,7 años, especialmente en pacientes jóvenes, debido a la superposición con alteración musculoesquelética, lo que contribuye a un peor pronóstico funcional por el retraso del tratamiento. Por consiguiente, las identificaciones de hallazgos inusuales en la valoración ortopédica representan una oportunidad diagnóstica reumatológica.

Presentación del caso: Mujer deportista de 21 años, quien consultó al servicio de ortopedia por presencia de dolor intenso y agudo en cadera derecha sin antecedentes traumáticos. En la resonancia magnética se identificó un desprendimiento parcial de labrum acetabular por lo que se indicó fisioterapia. Tras seis semanas sin mejoría clínica se propuso realización de artroscopia, la cual no aceptó; como alternativa recibió infiltración intraarticular de esteroides de alta potencia. En la reevaluación refirió persistencia de dolor y dolor difuso intenso en la región lumbar durante la maniobra de Fadir, hallazgo no característico en una lesión aislada de labrum. Esto suscitó la sospecha de componente inflamatorio, por lo que se solicitó interconsulta al servicio de reumatología.

En la valoración reumatológica dirigida, la paciente refirió retrospectivamente dolor lumbar inflamatorio de inicio temprano, acompañado de mejoría con el ejercicio y AINE, atribuible al dolor deportivo. No tenía síntomas extraarticulares. Las radiografías solicitadas evidenciaron sacroileitis bilateral, mientras que los anticuerpos ANA y HLAB27 resultaron negativos. Con base en los criterios ASAS, se estableció el diagnóstico de espondiloartropatía seronegativa axial. Finalmente, y adicional al inicio del tratamiento reumatológico, aceptó la artroscopia de cadera para la resolución de la lesión mecánica.

Discusión: Este caso ilustra cómo una lesión considerada de origen mecánico puede ser la puerta de entrada para diagnosticar una enfermedad inflamatoria crónica. En la práctica clínica, el dolor de cadera en pacientes jóvenes suele atribuirse principalmente a causas mecánicas, lo que contribuye al retraso diagnóstico de EAS. La identificación de síntomas inflamatorios en evaluaciones ortopédicas permite levantar la sospecha para realizar una interconsulta temprana con reumatología. La trascendencia de este caso radica en mostrar la forma en que la interacción multidisciplinaria permitió establecer un diagnóstico y modificar potencialmente el curso de la enfermedad.

Conclusiones: El desprendimiento del labrum no fue la manifestación inicial de la EAS, pero sí el hallazgo que llevó a buscar una enfermedad inflamatoria subyacente. La detección de hallazgos inusuales en lesiones aparentemente mecánicas representa una ventana de oportunidad para mejorar el pronóstico de los pacientes con EAS al permitir diagnósticos y tratamientos oportunos.

Aún falta evidencia para determinar si la inflamación crónica en EAS modificó directamente la causa de la lesión labral o si la relación fue sólo incidental.

Bibliografía

1. Zhao S. Diagnostic delay in axial spondyloarthritis: a systematic review and meta-analysis [Internet]. Oxford Academy; 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33428758/>.
2. Ba R. Clinical evaluation of the painful adolescent and young adult hip [Internet]. Journal of the Pediatric Orthopaedic Society of North America; Elsevier; 2024. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2768276524008691>.

CC063

SÍNDROME DE PSEUDO-PSEUDO MEIGS COMO PRESENTACIÓN RARA DE SEROSITIS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

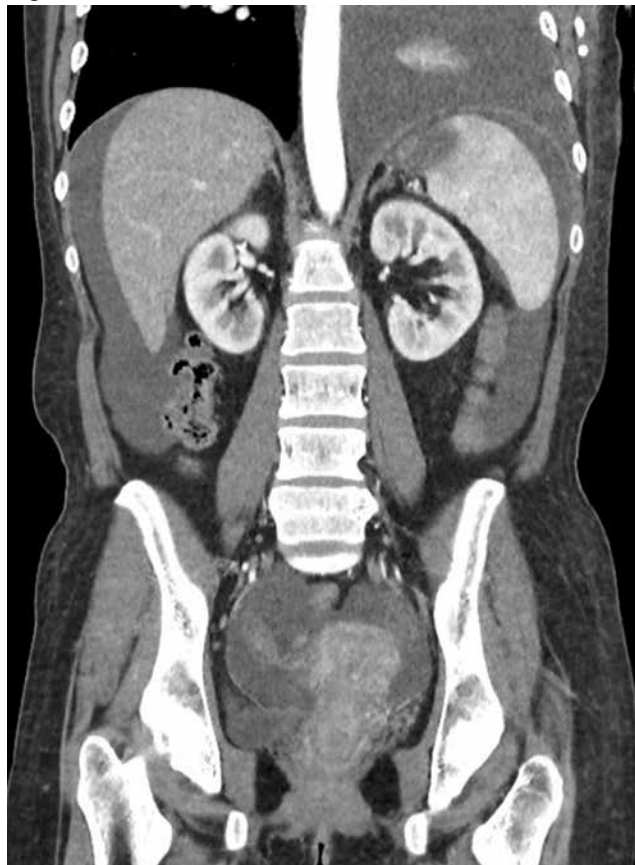
L.E. Alcalá-Muñoz, A.A. Ramírez-Pérez, J. González-Guzmán, Y. Ramírez-Menchaca, A.M. Arciniega-García

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune multisistémica con una amplia variedad de manifestaciones clínicas; entre éstas, la serositis es una manifestación frecuente que puede presentarse como pleuritis, pericarditis o ascitis; sin embargo, la coexistencia de ascitis, derrame pleural y elevación del CA-125, en ausencia de proceso maligno o tumor ovárico, configura una entidad clínica poco común conocida como síndrome de pseudo-pseudo Meigs. En estos casos, la ascitis y el derrame pleural son casi siempre estériles, exudativos y pueden ser ricos en células mononucleares. La elevación del marcador CA-125, por lo regular vinculado con cáncer de ovario, se interpreta como resultado de la irritación peritoneal y pleural, más que como un marcador tumoral específico; las teorías propuestas son la deposición de complejos inmunes y la oleada de citocinas inflamatorias en serosas.

Presentación del caso: Mujer de 34 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en 2021 a expensas de compromiso musculoesquelético, renal, mucocutáneo e inmunológico, quien se mantenía en control con hidroxyclo-roquina con aparente actividad baja de la enfermedad; sin embargo, desarrolló cuadro gastrointestinal infeccioso que produjo actividad de la enfermedad con aumento de proteínas en orina de 24 horas, leucocituria, eritrocituria, hipocomplementemia C3 y C4, elevación de anticuerpos anti-DNA de doble cadena, derrame pleural izquierdo > 50% con características de exudado (se excluyeron causas infecciosas bacterianas y tuberculosis) y líquido libre en cavidad abdominal que tras paracentesis se descartó infección mediante análisis citológico, citoquímico y cultivo; se calculó un gradiente albúmina sérica-ascitis < 1,1 mg/dL; se solicitó CA-125 que se encontraba elevado (556 mg/dL, referencia de < 35 mg/dL) y la tomografía contrastada abdominopélvica descartó tumoraciones en ovarios e intraabdominales (**Figura 1**). Se indicaron pulsos con metilprednisolona (1,5 g dosis total) y se inició micofenolato de mofetilo (3 g), con lo cual hubo remisión de actividad renal, además de prednisona a dosis alta con lo que mejoró la serositis, por lo que al descartar otras causas de ascitis y derrame pleural y buena respuesta a inmunosupresores se estableció el síndrome de pseudo-pseudo Meigs.

Figura 1. (CC063)



Discusión: En el caso presentado, una paciente con lupus previamente estable desarrolló ascitis, derrame pleural exudativo y elevación significativa del CA-125, hallazgos que típicamente elevan la sospecha de procesos neoplásicos, particularmente ginecológicos. No obstante, el contexto de actividad lúpica renal (proteinuria, hipocomplementemia, anti-dsDNA positivos), la exclusión de causas infecciosas y malignas, y la excelente respuesta al tratamiento inmunosupresor permitieron establecer el diagnóstico de síndrome de pseudo-pseudo Meigs.

Conclusiones: El síndrome de pseudo-pseudo Meigs, aunque raro, debe considerarse en pacientes con lupus que muestran serositis extensa y elevación de CA-125. Su diagnóstico oportuno evita procedimientos innecesarios y permite iniciar rápidamente el tratamiento inmunosupresor adecuado. El caso presentado destaca la importancia de un abordaje clínico integral y del conocimiento de esta entidad como parte del espectro de manifestaciones sistémicas del lupus.

Bibliografía

1. Meena DS, Kumar B, Gopalakrishnan M, *et al.* Pseudo-pseudo Meigs' syndrome (PPMS) in chronic lupus peritonitis: a case report with review of literature. *Mod Rheumatol Case Rep.* 2021;5(2):300-5.
2. Martins A, Pimenta S, Rato M, *et al.* Pseudo-pseudo Meigs syndrome: an uncommon onset of Systemic Lupus Erythematosus. *ARP Rheumatol.* 2022;3:315-318.

CC064

NEUMONÍA ORGANIZADA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO TARDÍO

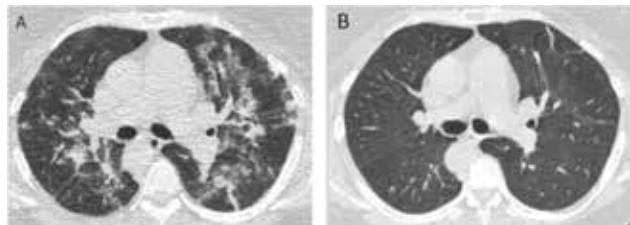
C.J. Arequipa-Loachamin, L.A. Álvarez-Meza, D.L. Carrera-Cruz, M.A. Villarreal-Alarcón, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico puede presentarse de forma muy heterogénea; las principales manifestaciones pulmonares son pleuritis, hemorragia alveolar, infecciones y son menos frecuentes la bronquiolitis, la neumonía intersticial, la fibrosis y los fenómenos tromboembólicos. En la neumonía organizada se forman tapones de tejido en la luz de las vías respiratorias, con inflamación circundante. Se deben descartar infecciones, antecedente de exposición a tóxicos inhalados y enfermedades autoinmunes. Esta afectación puede presentarse en 3 a 7% de los pacientes adultos y es mucho más frecuente en la población pediátrica (hasta 70%). Se propone que el daño alveolar por mecanismos inmunológicos es el causante de esta manifestación clínica, al igual que la posible vinculación con síndrome antifosfolípidos.

Presentación del caso: Paciente de 50 años con antecedente de nefrolitiasis e instrumentación urológica varios meses antes de su ingreso. Incidentalmente se encontró consolidación en el lóbulo inferior de pulmón derecho en imágenes solicitadas para el procedimiento mencionado, sin vincular clínica respiratoria. Con posterioridad acude a este hospital por disnea de grandes esfuerzos, tos, desaturación y en la imagen tomográfica de tórax se reconocen zonas de consolidación a nivel del lóbulo inferior derecho, patrón en vidrio despolido difuso y atelectasias subsegmentarias; muestra hemoglobina 9,80 g/dL, normocítica normocrómica, linfopenia 0,57 K/uL, creatinina 1,3 mg/dL, EGO con eritrocitos, sedimento blando y proteinuria de 24 h negativa. Resultados de influenza, VIH, Quantiferon TB negativos, ANA AC-1 homogéneo (nuclear) 1:5 120 por inmunofluorescencia, anti-DNA ELISA positivo 635 UI/mL (positivo > 100), anti-Ro negativo, anti-La negativo, anti-Smith negativo, anti-β2-glucoproteínas negativo y anticardiolipinas negativas. La broncoscopia mostró inflamación crónica de segmentos basales de lóbulo inferior derecho y la biopsia transbronquial con tinciones fue negativa para microorganismos; el informe histológico reveló focos de organización del parénquima pulmonar. Con estos hallazgos se determinó lupus eritematoso sistémico con neumonía organizada y se decidió tratamiento con metilprednisolona (1 g) por tres dosis y recibió inmunosupresión con ciclofosfamida (750 mg/m²) con buena respuesta clínica, disminución de disnea y adecuada mejoría imagenológica (**Figura 1**).

Figura 1. A, tomografía al ingreso hospitalario. B, tomografía posterior a la inmunosupresión. (CC064)



Discusión: La afectación pulmonar como neumonía organizada en pacientes con lupus eritematoso sistémico es poco frecuente y es necesario diferenciarla de causas infecciosas y otras anomalías autoinmunes, como artritis reumatoide, miopatías inflamatorias y enfermedad mixta del tejido conectivo. Se presenta como tapones de tejido fibroso en las vías respiratorias, acompañados de cambios inflamatorios. Existe poca información publicada sobre el tratamiento y, aunque existen datos discordantes en cuanto a la respuesta, en este caso se obtuvo buena evolución con el uso de corticoide sistémico e inmunosupresión, y resultaron útiles la sospecha clínica y el tratamiento temprano. Se ha mencionado que puede establecerse el diagnóstico de neumonía organizada con la tomografía, sin necesidad de esperar el resultado de la biopsia, y con ello instituir un tratamiento más temprano que mejore los desenlaces clínicos.

Conclusiones: El lupus eritematoso sistémico puede presentar una gama amplia de manifestaciones clínicas. En cuanto a la afectación pulmonar, la neumonía intersticial no es lo común e incluso es menos frecuente su manifestación como neumonía organizada; sin embargo, cabe tomarla en cuenta dentro del diferencial, ya que un tratamiento oportuno arroja resultados favorables para los pacientes.

Bibliografía

1. Taira M, Matsumura T, Sumita Y, *et al.* A rare case of acute fibrinous and organizing pneumonia associated with systemic lupus erythematosus and autoimmune-associated hemophagocytic syndrome: the involvement of cd163-positive macrophages. *Internal Medicine*. 2022;61(4):559-65.
2. Hariri LP, Unizony S, Stone J, *et al.* Acute fibrinous and organizing pneumonia in systemic lupus erythematosus: a case report and review of the literature. *Pathology International*. 2010 Nov;60(11):755-9.

CC065

SÍNDROME DE REYNOLDS: REPORTE DE CASO

A. González-MacGregor¹, L. Vidal-Arellano², J.M. Del Valle-López²

⁽¹⁾Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Pemex, ⁽²⁾Hospital Regional de Villahermosa, Pemex

Introducción: El síndrome de Reynolds es una entidad autoinmune poco documentada, cuyos mecanismos fisiopatológicos no están bien definidos. Se notificó por primera vez en 1970 con una prevalencia aproximada de 1 a 8%. Es efecto de la relación entre cirrosis biliar primaria y esclerosis sistémica.

Presentación del caso: Mujer de 40 años con sospecha de artritis reumatoide, tratada con azatioprina; los últimos análisis muestran transaminasas elevadas, motivo por el que se envía por sospecha de efecto secundario del fármaco. Al interrogatorio refirió desde 2019 (durante el embarazo) síntomas secos oculares y orales, aumento de parótidas, prurito nocturno, aparición de manchas acrómicas en tórax posterior, antebrazos y piernas. Se la valora en su momento y clasifica como colestasis intrahepática del embarazo y vitíligo. Véanse **Tablas 1 y 2**.

Al momento de la valoración refirió sensación de cuerpo extraño ocular, xerosis oral con presencia de caries y requerimiento de líquidos para mantener conversaciones prolongadas y, al ingerir alimentos, persistencia

Tabla 1. Clinimetría: índice de Rodnan modificado. (CC065)

Cara: 0
Tórax anterior: 0
Miembro torácico derecho (dedos: 0, dorso de mano: 0, antebrazo 0, brazo 0)
Miembro torácico izquierdo (dedos: 0, dorso de mano: 0, antebrazo 0, brazo 0)
Abdomen: 0
Miembro pélvico izquierdo (pie: 1, pierna: 0, muslo: 0)
Miembro pélvico derecho (pie: 1, pierna: 0, muslo: 0)
Promedio global: 2 puntos

Tabla 2. Análisis de laboratorio. (CC065)

Anticentrómero CENP-A/B	98 U/mL
Anti-SRP-54	10 U/mL
Anti-P ribosomal	12 U/mL
Anti-Ro 52/60	82/65 U/mL
Anti-pm-SCL 100	16 U/mL
Anti-sp100	97 U/mL
Anticuerpos antinucleares	positivos
Anticuerpos antimitocondriales	positivos
Fosfatasa alcalina	1919 U/L
Bilirrubina total	4,1 mg/dL

de prurito, oscurecimiento de piel y disnea de moderados esfuerzos que mejoraba en reposo. Además, reflujo gastroesofágico. Exploración física: orientada, *pool* salival conservado, cardiopulmonar normal, abdomen con hepatoesplenomegalia. Apertura oral de 5 cm. Dermatitis en sal y pimienta en antebrazos, tórax posterior (**Figuras 1 y 2**), V del escote, piernas en región anterior y porción inferior de abdomen. Telangiectasias palmares. Con base en lo anterior y la interpretación de los datos paraclínicos, la paciente cumplió criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 para esclerosis sistémica variedad limitada + cirrosis biliar primaria, lo que integró el diagnóstico de síndrome de Reynolds, además de síndrome de Sjögren secundario confirmado por biopsia.

Discusión: En esta paciente se realizó diagnóstico con base en los anticuerpos, la clínica y la capilaroscopia (**Figuras 3 a 5**). Al contar con AAM+ y en virtud de la gran sensibilidad y especificidad, no se consideró necesario realizar biopsia hepática. Asimismo, se descartaron otras causas de cirrosis como hepatitis virales o CEP. Se ajustó tratamiento con azatioprina, hidroxiquina y ácido ursodesoxicólico.

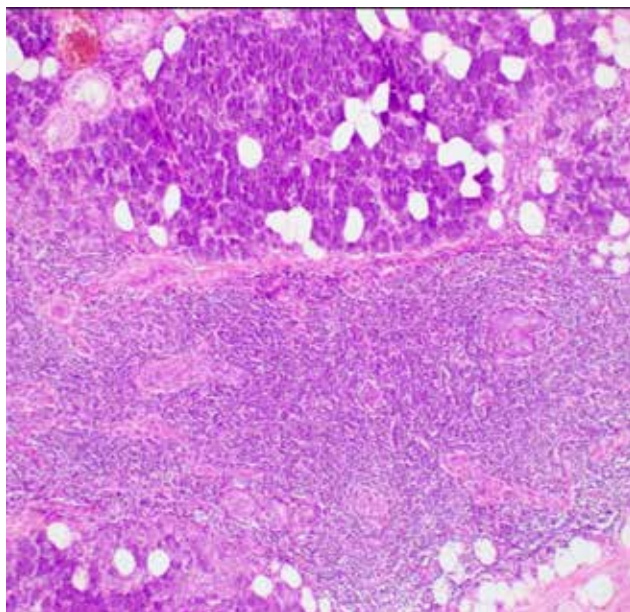
Figuras 1 y 2. Se observan zonas hipopigmentadas e hiperpigmentadas con aspecto de sal y pimienta. (CC065)



Figuras 3 y 4. Capilaroscopia: dedos segundo a quinto de ambas manos con patrón esclerodermiforme. (CC065)



Figura 5. Biopsia de glándulas salivales menores: sialoadenitis linfocítica focal en una de tres glándulas. (CC065)



Conclusiones: Es una entidad poco frecuente, pero al tener conocimiento de su existencia, puede realizarse un tamizaje y diagnóstico temprano, para instituir tratamiento oportuno y así evitar las complicaciones futuras, las cuales tienen alto efecto en la morbilidad de los pacientes con este diagnóstico.

Bibliografía

1. Rigamonti C, Bogdanos DP, Mytilinaou MG, *et al.* Primary biliary cirrhosis associated with systemic sclerosis: diagnostic and clinical challenges. *Int J Rheumatol.* 2011;2011:976427. doi:10.1155/2011/976427.
2. Floreani A, Franceschet I, Cazzagon N. Primary biliary cirrhosis: overlaps with other autoimmune disorders. *Semin Liver Dis.* 2014 Aug;34(3):352-60. doi:10.1055/s-0034-1383734.
3. Cabane J. Is Reynolds syndrome a genetic laminopathy? *Gastroenterol Clin Biol.* 2010 Oct;34(10):509-10. doi: 10.1016/j.gcb.2010.07.008.
4. Lepri G, *et al.* Systemic sclerosis and primary biliary cholangitis: an overlapping entity? *J Scleroderma Relat Disord.* 2019 Jun;4(2):111-17. doi:10.1177/2397198318802763.
5. Khan SI, Bachani P, Saleem A, *et al.* Primary biliary cholangitis and CREST syndrome: a rare, overlapping presentation with a review of the literature. *Cureus.* 2020 Dec 8;12(12):e11986. doi:10.7759/cureus.11986.
6. González-Huezo MS, Delgado-Ayala LY, Osorio-Núñez AL, *et al.* Asociaciones autoinmunes en una cohorte mexicana con colangitis biliar primaria. *Rev Gastroenterol Mex.* 2019;84(2):130-5.

CC066

TUBERCULOSIS PULMONAR Y TROMBOS INTRACAVITARIOS EN UNA PACIENTE CON LES JUVENIL Y SAF SECUNDARIO

I.M. Maldonado-Castelán, C.A. Arellano-Valdez, M. Méndez-Núñez, A.C. Portillo-Rivera, N.B. Castán-Ibarra

Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS (Pediatría)

Introducción: El síndrome antifosfolípidos (SAF) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por sucesos trombóticos y complicaciones obstétricas que afectan a cualquier órgano o sistema y presencia persistente de anticuerpos antifosfolípidos (aPL). Puede ser primario o secundario (50-70%) y este último se relaciona hasta en 40% con el lupus eritematoso sistémico (LES). No existen criterios de SAF en la población pediátrica y hoy en día se utilizan los de la ACR/EULAR 2023.

Presentación del caso: Paciente femenina de 14 años con diagnóstico de LES juvenil (criterios SLICC 2012) y SAF secundario triple positivo en junio de 2022 (trombosis venosa profunda femoral izquierda + trombocitopenia). Recibe tratamiento con anticoagulación oral hasta agosto de 2024, cuando se suspende por trombocitopenia grave de 2 000/mm³ y datos de sangrado activo, para lo que administra tratamiento con esteroide en pulsos y modalidad anti-CD20 con recuperación plaquetaria y mantenimiento posterior con ácido micofenólico. Inicia padecimiento actual en junio de 2025 con disnea de medianos esfuerzos y fatiga. Catorce días después presenta a las 8 am fiebre alta y dolor leve cervical y en espalda superior, con tos no expectorante ni emetizante, que se vuelve disneizante. A las 16 horas sufre cianosis distal, taquicardia, polipnea y disnea en reposo, con SpO₂ en 47%. Se aporta oxígeno con mascarilla/reservorio a 15 L/min y posteriormente tratamiento avanzado de la vía respiratoria, pero se informan secreciones asalmoneladas. Se sospechan tromboembolia pulmonar o hemorragia alveolar difusa; se inician pulsos de esteroide por tres días y extensión de abordaje con lavado bronquioalveolar que no identifica datos de sangrado. La angiotomografía de tórax muestra imagen hiperdensa de bordes mal delimitados, heterogénea, en segmento apical del lóbulo superior derecho, e imágenes hipodensas bien delimitadas, rodeadas por zonas hiperdensas y datos de trombosis, en rama de la arteria pulmonar derecha y arterias segmentarias izquierdas. El ecocardiograma suministra dos imágenes indicativas de trombos, adheridos al septum interauricular, pediculados, con protrusión al ventrículo derecho a través de la válvula tricúspide, de 19 x 17 mm y 21 x 13 mm (**Figura 1**). Inicia tromboprofilaxis secundaria. En abordaje infeccioso se confirma diagnóstico de tuberculosis (Tb) pulmonar (Xpert MTB) y se inicia fase intensiva de tratamiento antifímico. Un nuevo ECOTT establece la necesidad de trombectomía quirúrgica y se administran diversos hemocomponentes. Durante su estancia hospitalaria prolongada mantuvo índices de enfermedad inactiva mediante SLEDAI 2K. Se indicaron anticoagulante, antimalárico, esteroide en dosis de descenso y antifímico, con evolución favorable que permitió su egreso.

Discusión: El SAF secundario se encuentra relacionado a menudo con LES (hasta el 44%). Sin embargo, otras causas incluyen las infecciones, como en el caso de esta paciente, la cual mostraba actividad leve de la enfermedad; además, otro factor desencadenante fue la infección por TB pulmonar. La TB implica un incremento de la morbilidad y es un factor adicional que propicia el estado de inflamación y coagulación, lo cual es de gran importancia para determinar el diagnóstico diferencial para normar la terapéutica idónea.

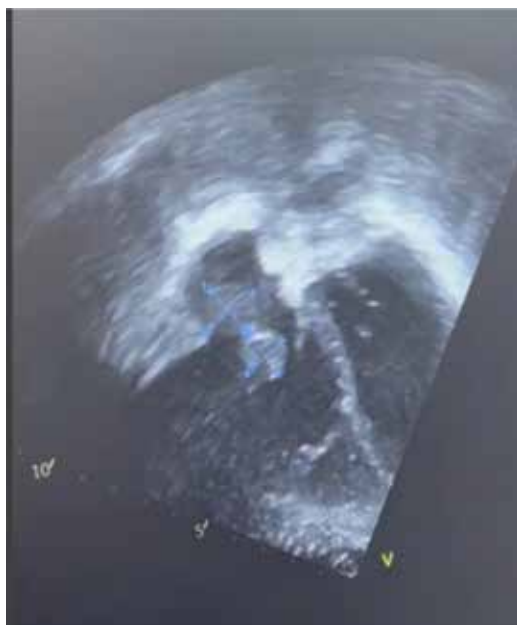
Conclusiones: Las manifestaciones tromboembólicas del SAF en pacientes pediátricos tienen una menor frecuencia de presentación con respecto a la población adulta. Las infecciones son una complicación frecuente que puede llevar a la reactivación de la enfermedad y a un incremento de la morbilidad, o bien puede ser el factor único desencadenante como en el caso de esta paciente en la que el tratamiento de la entidad infecciosa la llevó nuevamente al control de la enfermedad trombótica.

Bibliografía

1. Barbhuiya M, Zuily S, Naden R, *et al.* 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(10):1258-1270.

2. Osorio N, Reyes MM. Thromboembolic complications associated with tuberculosis: a pediatric case report. *Biomedica*. 2020;40(4):587-593.

Figura 1. ECOTT equipo Vivid S70: imágenes indicativas de trombos adheridos al septum interauricular, pediculados, y con protrusión al ventrículo derecho a través de la válvula tricúspide que miden 19 x 17 mm y 21 x 13 mm (representadas por líneas azules). (CC066)



CC067

DERMATOMIOSITIS DE INICIO TARDÍO CON MANIFESTACIONES CUTÁNEAS INUSUALES: REPORTE DE CASO EN PACIENTE DE 80 AÑOS

G. Vélez-Hurtado¹, B.E. Reyes-Torres¹, A. Fuentes-Venegas¹, P. Rodríguez-Henríquez¹, L. Becerril-Mendoza²

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

Introducción: La dermatomiositis de inicio tardío es infrecuente y se relaciona con mayor riesgo de síndrome paraneoplásico. Su presentación en pacientes geriátricos suele ser más agresiva y con manifestaciones atípicas. En este caso destaca la localización poco común de lesiones eritematosas en el cuero cabelludo, además de las manifestaciones habituales.

Presentación del caso: Mujer de 80 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica de larga evolución. Inicia un mes antes de su ingreso con debilidad proximal simétrica en extremidades superiores e inferiores con dificultad para la deambulación, edema facial y en extremidades, eritema y prurito en región frontal, malar y pabellones auriculares, con posterior adición de hiporexia y disfagia a sólidos. Al interrogatorio la paciente refirió pérdida de peso no intencionada en los últimos seis meses (10% de pérdida de peso corporal total). La exploración física destaca una dermatosis localizada en cabeza que afecta cara, de predominio en mejillas, frente y cuello, caracterizada por placas eritematosas irregulares (**Figura 1**). Se documentó además debilidad muscular proximal de las cuatro extremidades con fuerza de ++/++++. Se acompaña de aumento de enzimas musculares (CK: 9 648 IU/L, CK-MB: 547,5 ng/mL, mioglobina: 13 908,5 ng/mL, LDH: 1.166 IU/L, ALT: 174 IU/L, AST 565 IU/L).

Se integró el diagnóstico de dermatomiositis con una puntuación de 9,2, que representa 97% de probabilidad según los criterios de ACR/EULAR. Por el inicio tardío de la enfermedad y las manifestaciones atípicas se consideró como una posible enfermedad paraneoplásica.

Se realizaron tamizajes acordes a la edad: colonoscopia sin hallazgos indicativos de neoplasia y estudios de extensión que incluyeron tomografía de tórax, abdomen y pelvis (**Figura 2**). La paciente recibió tratamiento con esquema con hidrocortisona intravenosa (75 mg/8 h) y posteriormente se decidió iniciar ciclofosfamida (1,2 g) como primera dosis con mejoría de la movilidad y enzimas musculares.

Figura 1. A, dermatosis localizada en cabeza y cuello: lesiones eritematosas irregulares en frente, mejillas y pabellones auriculares en paciente con dermatomiositis de inicio tardío. B, evolución de CK-MB durante la hospitalización; se observa mejoría progresiva tras tratamiento con hidrocortisona y ciclofosfamida. (CC067)

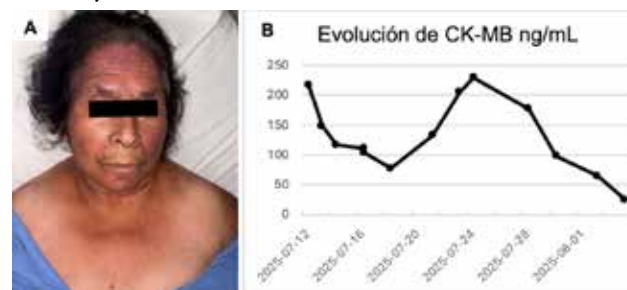
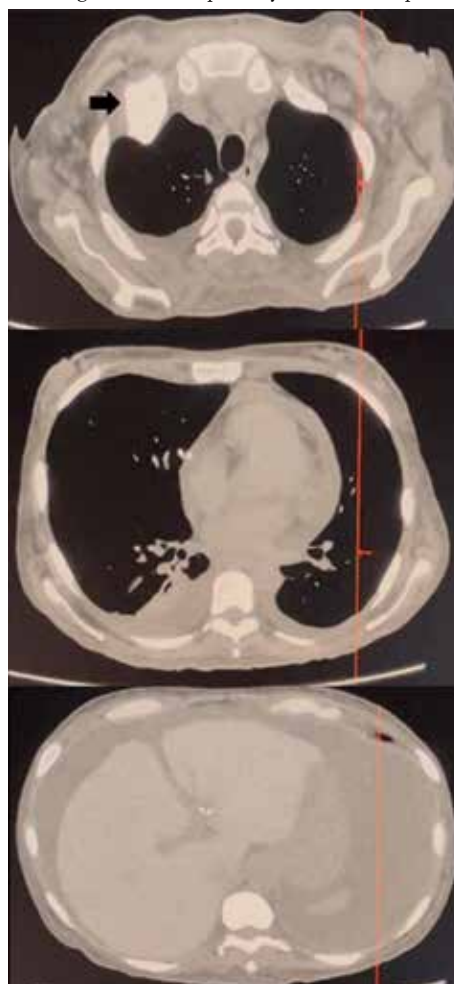


Figura 2. TAC que muestra lesión blástica en segundo arco costal derecho (flecha). Formación de tercer espacio por edema de tejidos blandos, derrame pericárdico grave, derrame pleural y ascitis multiespacial. (CC067)



Discusión: La dermatomiositis de inicio tardío constituye una entidad poco frecuente cuya presentación clínica suele diferir de la observada en pacientes más jóvenes, lo que representa un reto diagnóstico considerable. En este caso, las manifestaciones cutáneas atípicas (localizadas en cuero cabelludo y pabellones auriculares) fueron un hallazgo clave que permitió orientar el diagnóstico en una paciente geriátrica.

El reconocimiento temprano de estas variantes clínicas resulta fundamental para evitar retrasos en la identificación de la enfermedad y sus posibles vínculos paraneoplásicos, dado que este subgrupo de pacientes posee un mayor riesgo de neoplasias ocultas. La realización de estudios de tamizaje oncológico exhaustivos, como se llevó a cabo en esta paciente, es un componente esencial en el abordaje integral.

Conclusiones: El inicio oportuno del tratamiento inmunosupresor con glucocorticoides y ciclofosfamida se tradujo en mejoría clínica y bioquímica, lo que subraya la relevancia de instituir esquemas terapéuticos oportunos, tras considerar el balance riesgo-beneficio en este grupo vulnerable. Por último, este caso destaca la importancia de la observación clínica detallada, la correlación con hallazgos paraclínicos y la necesidad de difundir experiencias en escenarios poco comunes, a fin de enriquecer el conocimiento colectivo y contribuir al diagnóstico y tratamiento más preciso de la dermatomiositis de inicio tardío.

Bibliografía

1. Lundberg IE, de Visser M, Werth VP. Classification of myositis. *Nat Rev Rheumatol*. 2018;14(5):269-278.
2. Dalakas MC. Inflammatory muscle diseases. *N Engl J Med*. 2015;372(18):1734-1747.
3. Oldroyd A, Lilleker JB, Chinoy H. Idiopathic inflammatory myopathies: diagnostic criteria, subclassification, and treatment. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2019;33(4):101485.
4. Hill CL, Zhang Y, Sigurgeirsson B, *et al*. Frequency of specific cancer types in dermatomyositis and polymyositis: a population-based study. *Lancet*. 2001;357(9250):96-100.
5. Moghadam-Kia S, Oddis CV, Aggarwal R. Approach to treatment of myositis. *Curr Opin Rheumatol*. 2019;31(6):623-634.
6. Lundberg IE, Tjälrlund 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):1955-1964.

CCo68

PRESENTACION EXTRAORÍTICA DE ARTERITIS DE TAKAYASU: REPORTE DE CASO

J.E. Molar-López, E.N. Santillán-Guerrero, C. Abud-Mendoza, E. Cuevas-Orta, D.A. Herrera-Van Oostdam

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) tiene prevalencia mundial de 3,2 a 40,0 casos por millón e incidencia anual de 0,4 a 2,6 casos por millón. Suele aparecer entre los 20 y 30 años, pero no es infrecuente identificarla después de los 40 años, entre el 9 y el 32%. Aproximadamente 25% empieza antes de los 20 años y 10 a 20% de los enfermos después de los 40 años.

Presentación del caso: Mujer de 39 años que contaba con antecedente de tabaquismo (+) IT: 20, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina (850 mg/24 h), hipertensión arterial desde 21 años antes en tratamiento con enalapril (10 mg/24 h). Consume rivaroxaván (20 mg) desde hace un año, suspendido seis meses antes; neuropatía no especificada en tratamiento con gabapentina (300 mg/24 h). Cx (+): amputación infracondílea derecha un año y medio antes y un mes después supracondílea. Fx: (+) tobillo derecho, tx conservador. AGO: gesta: 3, cesáreas 3, primera cesárea por preeclampsia a las 34 SDG P: 3,055 kg; segunda cesárea por preeclampsia a las 35 SDG P: 3,5 kg; tercera cesárea por preeclampsia a las 35 SDG P: 3,05 kg. Menarca: 12 años. Ciclos regulares. PA: 15 días antes de su ingreso con dolor y necrosis en primera falange de pie derecho, drenaje de material seroso, claudicación. Acude a valoración

y ante sospecha de insuficiencia arterial periférica se la valora en cirugía vascular y se identifican ausencia de los pulsos braquial izquierdo, femoral izquierdo, popliteo izquierdo y pedio izquierdo, así como pulsos disminuidos en el miembro torácico derecho.

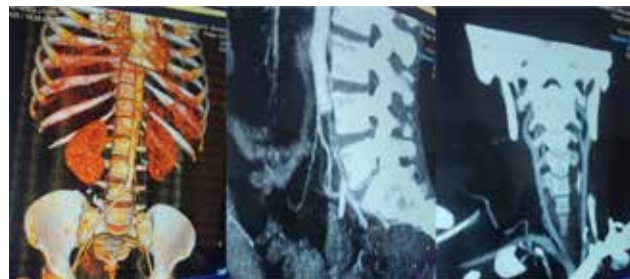
La EF reconoce soplo carotídeo izquierdo 2/6; tórax simétrico, ruidos respiratorios normales, sin estertores o sibilancias. Ausencia quirúrgica de miembro pélvico izquierdo, fuerza muscular 5/5 en escala MRC, sin edema, necrosis en primera falange pie derecho. Tampoco hay flogosis. Pulso braquial izquierdo disminuido en amplitud, radial izquierdo no palpable.

Estudios de laboratorio: leucocitos 8,5, neutrófilos 5,2, linfocitos 2,6, hemoglobina 8,8, plaquetas 598 000, glucosa 89,4, urea 4,3, creatinina 0,4, Na 134, K 4,2, Cl 108, PCR 1,5, colesterol 141, triglicéridos 89, LDL 76,8, HDL 47.

Ecocardiograma transtorácico: función sistólica de VI normal, disfunción diastólica grado II, insuficiencia tricúspide ligera, FEVI 60%, PSAP 38 mmHg, resto normal.

Evolución: durante su estancia en el HRAEIMP se tomó angiotomografía con contraste IV de tórax, abdomen y pelvis, en la que se identificó estenosis en la arteria subclavia izquierda y la arteria femoral común izquierda (**Figura 1**); se indica tratamiento de la arteritis de Takayasu y se inician MTX, GC y tocilizumab.

Figura 1. De izquierda a derecha: angiotomografía con reconstrucción vascular en la que se observa estenosis de la arteria iliaca izquierda; angiotomografía de aorta abdominal con estenosis de iliaca izquierda; y angiotomografía de vasos cervicales con estenosis de ramas procedentes de la arteria subclavia. (CC068)



Discusión: La AT es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a grandes vasos, en particular la aorta y sus ramas principales. La mayoría cursa con signos y síntomas de insuficiencia vascular e inflamación sistémica. Los soplos son el signo más frecuente y ocurren en 80%. La claudicación es dos veces más frecuente en extremidades superiores que en inferiores. La TA asimétrica se produce en la mitad de los pacientes. El sitio de afectación vascular más frecuente es la arteria subclavia en 93%; no obstante, en las extremidades inferiores (arteria iliaca) ocurre en 18%. La angiotomografía permite delimitar con precisión estenosis, oclusiones y aneurismas característicos de fases tardías de AT. Se ha referido aborto espontáneo en 16%, con prevalencia de hipertensión de 37% y preeclampsia de 14%.

Conclusiones: La presentación extraaórtica en AT es infrecuente, lo que puede llevar al retraso del diagnóstico y el tratamiento.

Bibliografía

1. Bhandari S, Butt SRR, Ishfaq A, *et al*. Pathophysiology, diagnosis, and management of Takayasu arteritis: a review of current advances. *Cureus* [Internet]. 2023;15(7):e42667. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.42667>
2. Joseph G, Goel R, Thomson VS, *et al*. Takayasu arteritis: JACC focus seminar 3/4. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2022;81(2):172-86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2022.09.051>
3. Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, *et al*. Tratado de reumatología. 11a ed. Elsevier; 2022.
4. Danda D, Manikuppam P, Tian X, *et al*. Advances in Takayasu arteritis: an Asia Pacific perspective. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2022;9:952972. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2022.952972>

CCo69

PRESENTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS PSICÓTICAS Y COMPROMISO MULTIORGÁNICO EN PACIENTE JOVEN

K.Y. Ojeda Lucero, M. Portela-Hernández

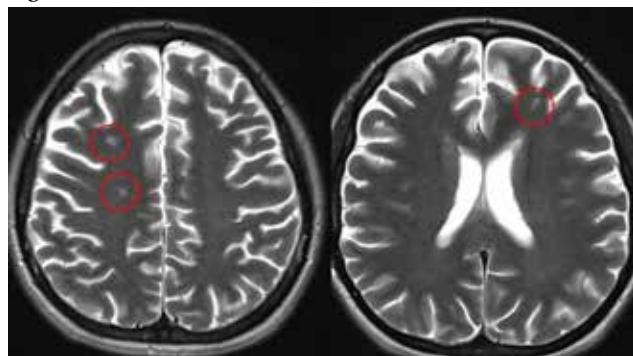
UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que afecta a múltiples órganos. Sus manifestaciones neuropsiquiátricas (LESNP) incluyen cefalea, convulsiones, depresión y psicosis, y puede representar la forma inicial hasta en el 22% de los casos. El diagnóstico requiere descartar infecciones y causas metabólicas, y el tratamiento combina inmunosupresores con medidas sintomáticas.

Presentación del caso: Mujer de 21 años con antecedentes de tabaquismo IT 0,35 y toxicomanías desde los 19 años, sin otros antecedentes personales de importancia. Inició en enero del 2025 con edema de extremidades inferiores y periorbitario de predominio matutino, fatiga y debilidad generalizada, caída de cabello abundante (> 20 cabellos/día), fenómeno de Raynaud trifásico, bromuria y hematuria. En marzo del 2025 se adicionó disnea de medianos esfuerzos, de corta duración, paroxístico, en relación con tos disneizante, con expectoración hialina y blanquecina; dolor pleurítico, hiporexia, fiebre > 38,6° de predominio vespertino, con respuesta parcial a los antipiréticos; eritema malar y síndrome poliarticular inflamatorio, simétrico, aditivo, de pequeñas y medianas articulaciones.

Se la hospitalizó para inicio de abordaje diagnóstico de síndrome consuntivo y síndrome febril; se reconocieron hipertrigliceridemia grave, lesión hepática multifactorial de patrón mixto y TEP segmentaria derecha aguda relacionada con infarto pulmonar. Reunió 17 puntos por criterios ACR/EULAR 2019 (fiebre +2, alopecia +2, leucopenia 3+, hipocomplementemia +4, anti-DNAc elevados +6) con SLEDAI-2K de 16 puntos (proteinuria > 500 mg/dL), hipocomplementemia (38,7 mg/dL) y C4 (3,67 mg/dL), anti-DNAc (> 666 mg/dL), eritrocituria (> 100 eritrocitos/campo), cilindros granulados (0-1/campo) por lo que se decidió inmunosupresión con metilprednisolona (1,5 g). Durante la hospitalización inició el 13 de junio del 2025 síntomas de corte psicótico: soliloquios, risas inmotivadas, ideas delirantes de referencia, alucinaciones visuales complejas antropomórficas con predominio nocturno, insomnio global, errores de juicio, conducta desorganizada, discurso parco, por lo que se inició antipsicótico atípico. Ante evolución tórpida y probable afección a SNC se inició inmunoglobulina (2 g/kg) por cursar con NAC concomitante; se descarta infección a SNC por panel de meningitis y además se solicitó RMN de cráneo (**Figura 1**) que muestra hiperintensidades de la sustancia blanca con patrón de afectación vascular tipo I de ARWMC y, ante persistencia de manifestaciones neuropsiquiátricas y sospecha de infección aguda nuevamente, se indicaron pulsos de metilprednisolona (1,75 g) para luego instituir tratamiento inmunosupresor con esquema NIH, ciclofosfamida (0,5 g/m² dosis de 750 mg, 08/07/2025). Una nueva RMN de encéfalo y médula espinal delineó

Figura 1. (CC069)



gliosis en área prefrontal ya documentada. Se concluye afectación a SNC, con un SLEDAI-SELENA de 20 puntos (proteinuria, leucoeritrocituria y síndrome cerebral orgánico).

Discusión: El LESNP puede iniciar en pacientes jóvenes y ello dificulta el diagnóstico al simular cuadros psiquiátricos primarios. En este caso, el paciente presentó psicosis junto con compromiso renal, hepático y tromboembólico, lo que refleja actividad sistémica grave. Las manifestaciones neuropsiquiátricas se atribuyeron al LES tras descartar infección mediante neuroimagen y punción lumbar. Los hallazgos de afectación vascular y gliosis, junto con la actividad inmunológica elevada, apoyan esta atribución. El tratamiento incluyó medidas sintomáticas con antipsicóticos e inmunosupresión intensiva (metilprednisolona, inmunoglobulina y ciclofosfamida), con lo que se logró mejoría clínica. Este caso subraya la importancia del reconocimiento temprano y del inicio de tratamiento intensivo en el LESNP grave.

Conclusiones: El LESNP debe considerarse en pacientes jóvenes con síntomas psiquiátricos agudos y datos sistémicos de LES. El uso oportuno de estudios inmunológicos y de imagen permite un diagnóstico certero y la institución de tratamiento inmunosupresor intensivo, clave para mejorar el pronóstico.

Bibliografía

1. Justiz-Vaillant AA. Lupus eritematoso sistémico neuropsiquiátrico. *Moléculas*. 2024;29(4):747.
2. Pamuk ON. Lupus neuropsiquiátrico en LES de inicio temprano y tardío: metaanálisis. *Reumatología (Oxford)*. 2024;63(1):8-15.
3. Jayasinghe M. Manifestaciones neurológicas del lupus eritematoso sistémico. *Cureus*. 2025;17(2):e79569.

CCo70

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE MIXTA COMO DIAGNÓSTICO DE SOBREPOSICIÓN DE LEG DE INICIO TARDÍO Y ESCLEROSIS SISTÉMICA

M. Arroyo-Machivelo, M. Jiménez-Tirado, G. Guaracha-Basáñez, V. Pascual-Ramos

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La anemia hemolítica autoinmune mixta (AHAI) se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos calientes (IgG) y fríos (IgM). Representa menos del 10% de las causas de anemia hemolítica autoinmune y la AHAI mixta tiene un curso clínico más grave, que requiere múltiples líneas de tratamiento con mayor dependencia transfusional. El lupus eritematoso generalizado (LEG) es una enfermedad autoinmune con cuadro clínico heterogéneo; una de las manifestaciones más graves es la anemia hemolítica autoinmune, informada en 10% de los pacientes con LEG. Sin embargo, la AHAI mixta es una manifestación rara del LEG. A continuación se presenta un caso clínico de sobreposición de esclerosis sistémica con LEG de inicio tardío, cuya manifestación inicial fue AHAI mixta.

Presentación del caso: Mujer de 63 años con antecedente de esclerosis sistémica, variedad limitada, con neumopatía intersticial inespecífica, diagnosticada a los 26 años, y trombocitopenia inmune primaria diagnosticada en 2024, actualmente en remisión y en tratamiento con eltrombopag (50 mg/48 h). Ingresó a hospitalización por disnea progresiva de pequeños esfuerzos y lipotimia. La exploración física a su ingreso destacó prueba de tracción capilar positiva, disminución de poza salival, púrpura húmeda, esclerodactilia y ausencia quirúrgica de falange distal de cuarto dedo izquierdo. Los estudios de laboratorio de ingreso mostraron bicitopenia con perfil de hemólisis positivo y anemia arregenerativa; se registraron crioprecipitinas positivas (1:1 024), por lo que se determinó el diagnóstico de anemia hemolítica autoinmune mixta. Se descartaron causas de malignidad hematológica con aspirado y biopsia de médula ósea. Se informaron linfopenia ($0,42 \times 10^3/\mu\text{L}$), hipocomplementemia de C4 (11,6 mg/dL), serologías positivas para lupus eritematoso generalizado con anticuerpos antinucleares positivos con patrón NuMA-1 (1:1 280), antinucleosomas positivos (118 U/mL), anti-DNA de doble cadena positivo (44,2 UI/mL) y anticardiolipina IgG positiva con

títulos bajos (8,8 UGPL). Recibió bolos de metilprednisolona (1 g/día por 3 días), con adecuada respuesta en todas las líneas celulares. Se inició inducción a la remisión con rituximab y eltrombopag.

Discusión: La AHAI puede ser primaria en 50% de los casos o secundaria a síndromes linfoproliferativos (20%), enfermedades autoinmunes (20%), infecciones o tumores sólidos. Serológicamente se clasifica en anticuerpos calientes (60%), fríos (30%) y mixtos (5%). La causa mixta tiene manifestaciones más graves y requiere tratamientos más intensivos. La AHAI se presenta en 10% de los pacientes con LEG y suele deberse a anticuerpos calientes. Un factor de riesgo es la presencia de anticuerpos anticardiolipina positivos. El tratamiento estándar incluye glucocorticoides a dosis altas y rituximab.

Conclusiones: La manifestación de AHAI mixta en el contexto de LEG es poco común y, aún más, como manifestación inicial, lo que representa un reto diagnóstico y terapéutico, sobre todo en el contexto de LEG de inicio tardío, en el que se pueden ocultar otras enfermedades como neoplasias hematológicas o infecciones.

Bibliografía

- Hill AQ, Stamps R, Massey E, *et al.* The diagnosis and management of primary autoimmune haemolytic anaemia. *Br J Haematol* 2016;176:395-411.
- Jäger U, Barcellini W, Broome CM, *et al.* Diagnosis and treatment of autoimmune hemolytic anemia in adults: recommendations from the First International Consensus Meeting. *Blood Rev* 2020;41:1-22.
- Jacobs JW, Raza S, Clark LM, *et al.* Mixed autoimmune hemolytic anemia: a systematic review of epidemiology, clinical characteristics, therapies, and outcomes. *Am J Hematol*. 2025;100:1397-1407.
- Suzuki E, Kanno T, Saito Y, *et al.* Systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome accompanied by mixed-type autoimmune hemolytic anemia. *Case Rep Rheumatol* 2021:1-7.
- Go RS, Winters JL, Kay NE. How I treat autoimmune hemolytic anemia. *Blood* 2017;22:2971-2979.

CC071

MANEJO CON ABATACEPT DEL SÍNDROME DE FELTY CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO DE BAJO RIESGO REFRACTARIO A FARME: REPORTE DE CASO

F.R. Ávila-Ferrera¹, J.E. Ávila-Ferrera², F. Ávila-Zapata³

⁽¹⁾UMAE Mérida, ⁽²⁾Universidad Marista de Mérida, ⁽³⁾Hospital Star Médica Mérida

Introducción: El caso demuestra la dificultad de tratar el síndrome de Felty (SF) en escenarios clínicos sin acceso a rituximab y sin respuesta a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME).

Presentación del caso: Paciente femenino de 65 años con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) de seis años de evolución y SF desde dos años antes, tratada con múltiples esquemas que incluyen metotrexato (suspendido por intolerancia gastrointestinal), leflunomida, hidroxicloroquina, prednisona y etanercept, sin lograr la remisión.

Acude a consulta por náusea, vómito, intolerancia a la vía oral y dolor cólico epigástrico. La exploración física revela esplenomegalia dolorosa palpable más allá del ombligo y nódulos reumatoideos en áreas extensoras de ambos codos. La biometría hemática muestra Hb 7,3 g/dL, leucocitos $2,01 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos $0,080 \times 10^3/\mu\text{L}$, VSG ≥ 150 mm/h y PCR 48,2 mg/L. El ultrasonido abdominal delinea esplenomegalia de 169 mm de diámetro máximo.

Se integró el diagnóstico de síndrome de Felty y se recomendó tratamiento con rituximab; sin embargo, en virtud del desabasto, se prescribió abatacept (125 mg/sem SC), ciclosporina (100 mg) y deflazacort (30 mg/24 h). Con posterioridad se realizó aspirado de médula ósea que informó síndrome mielodisplásico, clasificado de bajo riesgo por el Sistema Internacional de Puntuación Pronóstica Revisado (IPSS-R), por lo que se descartó el uso de factor estimulante de colonias de granulocitos (FEC-G) y se indicaron vigilancia y tratamiento del SF.

Durante el seguimiento se identificó un incremento del conteo de neutrófilos, hasta $3.441/\mu\text{L}$ a los tres meses, acompañado de reducción del tamaño del bazo, que era palpable a 1 cm del reborde costal.

Discusión: En el contexto del SF, el metotrexato y el rituximab se consideran fármacos de primera elección; sin embargo, la intolerancia al metotrexato y la falta de disponibilidad del rituximab complicaron el tratamiento. Si bien la ciclosporina y los glucocorticoides no son modalidades de primera línea por sus efectos adversos y su imposibilidad de usarlos en infecciones activas, respectivamente, han demostrado mejoría en otros casos de SF y resultaron clínicamente útiles y bien tolerados en esta paciente. Los inhibidores de TNF, a pesar de mejorar la sinovitis, no logran mejorar el recuento absoluto de neutrófilos en varios casos, lo cual coincide con la falta de remisión con etanercept de la paciente al consultar. En contraste, el abatacept se relacionó con recuperación hematológica y reducción esplenómica, en concordancia con casos previos que sugieren su beneficio en pacientes resistentes a FARME convencionales y al rituximab.

En cuanto al síndrome mielodisplásico, según la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), si éste se clasifica de bajo riesgo, aún se recomiendan la vigilancia y el control sintomático de las citopenias.

El diagnóstico diferencial del síndrome de Felty incluye lupus eritematoso sistémico, leucemia de linfocitos grandes granulares, leucemia de células pilosas, linfoma hepatoesplénico de células T, neutropenia inducida por fármacos, entre otros.

Conclusiones: Dado que no existen guías clínicas internacionales que estandaricen el tratamiento del SF, las decisiones terapéuticas dependen hoy en día de resultados en informes de caso y estudios de cohorte con bajo número de casos, razón por la cual este caso suma a la evidencia del abatacept como una opción eficaz en pacientes resistentes a FARME y sin acceso a rituximab, con beneficio sobre la neutropenia y la esplenomegalia.

Bibliografía

- Wegscheider C, Ferincz V, Schöls K, *et al.* Felty's syndrome. *Frontiers in Medicine*. 2023;10:1238405. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10619942/](https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1238405), <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1238405>. Accessed 7 Feb. 2024.
- Fenaux P, Haase D, Santini V, *et al.* Myelodysplastic syndromes: ESMO Clinical Practice Guidelines for Diagnosis, Treatment and Follow-Up. *Annals of Oncology*. 2020;32(2). <https://doi.org/10.1016/jannonc.2020.11.002>.

CC072

SÍNDROME DE SNEDDON. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Gámez-Saiz, E. Ponce-Morales, J.F. Moctezuma-Ríos, M. Espinoza-Ramos, F.A. Martínez-Miranda

Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome de Sneddon es una enfermedad rara, episódica o crónica, de lenta evolución neurocutánea, caracterizado por livedo racemosa y episodios cerebrovasculares recurrentes. Lo describió Ian Bruce Sneddon, un dermatólogo británico que publicó una serie de seis pacientes con livedo racemosa generalizada y episodios cerebrales vasculares recurrentes en 1965. Se calcula una incidencia de 4 casos por millón de personas-año. La lesión cutánea característica es una decoloración cutánea violácea, irregular y reticular, conocida como livedo racemosa. Esto suele preceder a la aparición de accidentes cerebrovasculares recurrentes en más de 10 años. Se presenta el caso de un paciente con episodios vasculares cerebrales y livedo racemosa.

Presentación del caso: Hombre de 50 años de edad que inicia su padecimiento en el año 2015 con episodio vascular cerebral en el lóbulo frontal tratado de forma conservadora, fuera de periodo de ventana para trombólisis, sin realizarse abordaje de enfermedades autoinmunes o trombofilia primaria; en el año 2016 se añade el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica. El tratamiento previo incluyó ácido acetilsalicílico (100 mg/día), atorvastatina (40 mg/día) y losartán (50 mg/12 h). Se agrega hace un año un nuevo episodio vascular cerebral en el lóbulo parietal derecho. La ex-

ploración física identifica livedo racemosa en ambas piernas de 10 años de evolución (**Figura 1**). Se lo envía a este servicio para valoración por sospecha de afección autoinmune. Se solicita perfil de cardioplipinas, con resultado de acL positivo 78,1 UI, anticardiolipina IgA 50 UI y IgG 320 UI, y se realiza un nuevo perfil ocho semanas después. La tomografía de cráneo simple en enero de 2025 delinea zonas de malacia frontales derecha y parietal, daños de enfermedad de pequeño vaso y pérdida de volumen cortical. Se integra el diagnóstico de síndrome de Sneddon, secundario a síndrome antifosfolípidos por criterios ACR/EULAR 2023. El tratamiento original con rivaroxabán (15 mg/día) se cambia a acenocumarina (28 mg/sem) y se agrega cloroquina (150 mg).

Figura 1. (CC072)



Discusión: El síndrome de Sneddon se clasifica principalmente como positivo o negativo para antifosfolípidos (aPL), según sean la presencia o la ausencia de cualquiera de estos tres anticuerpos: anticardiolipina, anticoagulante lúpico y anti- β_2 -glucoproteína I. Menos de la mitad de los pacientes con síndrome de Sneddon muestra anticuerpos aPL positivos. Sin embargo, menos de la mitad de los pacientes busca tratamiento para la livedo racemosa y ésta puede permanecer sin diagnosticar durante más de 10 a 20 años. En muchos casos, la importancia de las lesiones dérmicas sólo se reconoce después de la aparición del accidente cerebrovascular que, en el caso de este paciente, debió diagnosticarse años atrás, lo que habría instituido tratamiento oportuno, sin nueva aparición de un segundo episodio vascular cerebral.

Conclusiones: En general, el pronóstico cognitivo del SS es malo en comparación con otras afecciones no progresivas relacionadas con ictus en adultos jóvenes. Sin embargo, un estudio reciente mostró un pronóstico relativamente mejor, con un riesgo de recurrencia de ictus comparable a los 6,5 años, en una muestra de la misma edad. El diagnóstico oportuno ayuda a prevenir las secuelas a largo plazo con elevada comorbilidad en este grupo de pacientes si se sospecha dicha alteración de primera estancia.

Bibliografía

- Samanta D, Cobb S, Arya K. Sneddon syndrome: a comprehensive overview. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2019;28(8):2098-108.
- Muerza FM, González G, Ortiz E, *et al.* Hemorragia cerebral en el síndrome de Sneddon [Cerebral hemorrhage in Sneddon syndrome]. *Rev Neurol.* 1998;27(155):74-6.

CC073

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA ASOCIADA AL USO DE ADALIMUMAB

E. García-Rojas, L. Fajardo-Hermosillo, E.N. Quintero-Moro, C. Silva-Álvarez, N.N. Del Real-Aldana

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

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva de las neuronas motoras superiores e inferiores. Su origen es multifactorial y aún no completamente entendido; se han propuesto factores genéticos, ambientales e inmunológicos. El factor de necrosis tumoral alfa puede contribuir tanto a los mecanismos neuroprotectores como a los neurotóxicos en la fisiopatología de la ELA. Los inhibidores

del factor de necrosis tumoral alfa (α TNF- α), como el adalimumab, se han vinculado con la aparición o exacerbación de cuadros neurológicos de ELA. Aquí se presenta un caso en el que el uso prolongado del adalimumab para controlar la espondiloartritis axial contribuyó a la aparición de ELA.

Presentación del caso: Mujer de 57 años con diagnóstico de espondiloartritis axial desde dos décadas antes, tratada con sulfasalazina, y por persistencia de la actividad se agregó golimumab que luego se cambió a etanercept por falta de eficacia. Ante la falla terapéutica de este último se cambió a adalimumab (40 mg SC cada 15 días) desde el 2004. En septiembre de 2021 inició con disartria, disfagia progresiva, caídas frecuentes, disnea de decúbito y debilidad generalizada. La resonancia magnética cerebral no mostró lesiones estructurales. La electromiografía registró ondas positivas, fibrilaciones y fasciculaciones en extremidades superiores, lengua y masetero, con aumento de la actividad de la unidad motora; cumplía los criterios de Costa de Oro en los cuatro segmentos (bulbar, cervical, dorsal y lumbosacro) (**Figura 1**). El estudio de trago con bario mostró alteración en fases oral y faríngea con escasa aspiración. La paciente evolucionó con compromiso de las cuatro extremidades y limitación de la deambulación, con necesidad de gastrostomía. En la actualidad recibe oxcarbazepina, gabapentina y toxina botulínica para la sialorrea. Ante el diagnóstico de ELA se suspendió el adalimumab y se inició leflunomida (20 mg/día); hoy en día se encuentra en remisión de la espondiloartritis.

Discusión: La relación entre α TNF- α y aparición de ELA se ha documentado en algunos informes de casos y revisiones de farmacovigilancia, lo que sugiere un posible riesgo neurológico adverso con adalimumab, etanercept o infliximab. Los α TNF- α participan en la neuroinflamación de la ELA y su inhibición prolongada podría alterar el equilibrio neuroinmune y facilitar la degeneración motoneuronal. En este caso, la exposición continua de α TNF- α durante casi dos décadas llevó a la paciente al desarrollo de

Figura 1. Actividad espontánea en el músculo de la lengua. Se identifican potenciales de fibrilación (trazos superiores), los cuales tienen morfología bifásica, amplitud reducida y descarga regular. En los trazos intermedios se observan ondas positivas agudas, caracterizadas por una deflexión inicial positiva seguida de una fase negativa lenta. Ambos patrones electrofisiológicos son indicativos de deservación activa, hallazgo característico en casos de afectación bulbar secundaria a compromiso de la motoneurona inferior. (CC073)



un cuadro clínico y electromiográfico consistente con ELA. Este patrón coincide con otros informes en los cuales la exposición prolongada precede al inicio de síntomas neurológicos indicativos de ELA. Este caso demuestra la importancia de la vigilancia clínica en pacientes con enfermedades autoinmunes tratados con $\text{iTNF-}\alpha$, sobre todo ante síntomas neurológicos de nueva aparición como disartria, disfagia, bulbares y fasciculaciones.

Conclusiones: La exposición prolongada a $\text{iTNF-}\alpha$, como adalimumab en esta paciente con espondiloartritis, se vinculó con el desarrollo de un cuadro atípico de ELA. En pacientes con síntomas bulbares o de neurona motora inferior y superior se requiere un seguimiento estrecho y considerar la posibilidad de ELA como un diagnóstico diferencial, un trastorno que actualmente posee una gran demora diagnóstica y tiene un pronóstico desfavorable ante la falta de tratamientos eficaces para detener la evolución de la enfermedad.

Bibliografía

1. Dalmau-Carolà J. Amyotrophic lateral sclerosis: a causal or casual relationship with anti-TNF therapy—a clinical case. *Arch Med.* 2015.
2. Guidotti G, Scarlata C, Brambilla L, *et al.* Tumor necrosis factor alpha in amyotrophic lateral sclerosis: friend or foe *Cells.* 2021;10(3):518.
3. Gogulescu A, Blidisel A, Soica C, *et al.* Neurological side effects of $\text{TNF-}\alpha$ inhibitors revisited: A review of case reports. *Medicina.* 2024. PMID: PMC11433993
4. Banciu C, Chiriac S, Pojoga C, *et al.* An uncommon overlap syndrome between ankylosing spondylitis and amyotrophic lateral sclerosis—cCase report. *Medicina.* 2024;60(10):1703.
5. Petitpain N, Devos D, Bagheri H. Is TNF inhibitor exposure a risk factor for amyotrophic lateral sclerosis? *Fundam Clin Pharmacol.* 2019;33(6):650–652.
6. Arkema EV, Feltelius N, Olsson T, *et al.* No association between rheumatoid arthritis, amyotrophic lateral sclerosis, and tumour necrosis factor inhibitor treatment. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(11):2061–2064.
7. Tortorolo M, Lo Coco D, Veglianesi P. amyotrophic lateral sclerosis, a multisystem pathology: insights into the role of $\text{TNF}\alpha$. *Mediators Inflamm.* 2017;2017:2985051.

CC074

SIGNO DEL HALO POSITIVO EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: REPORTE DE CASO

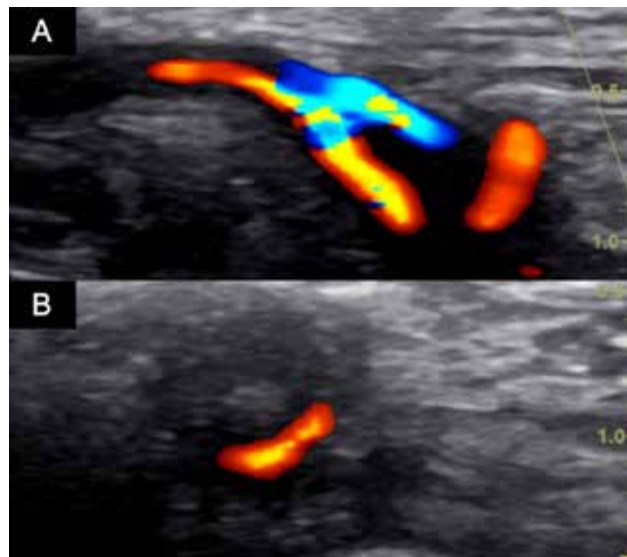
J.A. Molina-Barreto, V.A. Álvarez-Sánchez, F.C. Irazoque-Palazuelos, V.M. Rosales-Don Pablo

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis sistémica que se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 50 años. El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, las cuales suelen ser inespecíficas; la elevación de reactantes de fase aguda; los estudios de imagen o la biopsia de arteria afectada. Los corticoides representan el tratamiento inicial en la ACG. Se describe el caso de una mujer con presentación clínica y signo radiológico característico de la ACG.

Presentación del caso: Mujer de 81 años valorada por poliartralgias de características mecánicas, quien refiere cefalea de tres meses de evolución, acompañada de hiperalgesia en la región bitemporal y claudicación mandibular; niega alteraciones visuales. La exploración física identifica engrosamiento y dolor a la palpación en la región de la arteria temporal bilateral, articulación temporomandibular y valoración oftalmológica sin alteraciones. Los estudios de laboratorio registran elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR), 48 mm/h y 38 md/dL, respectivamente. El ultrasonido Doppler delinea engrosamiento de la pared mural y circunferencial (signo del halo) (Figura 1) hasta de 1,5 mm en ambas arterias temporales. Con base en lo anterior y tras aplicar los criterios ACR/EULAR 2022 se determinó el diagnóstico de ACG y se indicó tratamiento con prednisona (50 mg) con esquema de reducción gradual y metotrexato (10 mg/sem), con mejoría de los síntomas y se instituyó además protocolo para inicio de anti-IL6.

Figura 1. USG Doppler de la arteria temporal derecha que muestra el signo del halo. A, vista de la pared mural. B, vista de la pared circunferencial. (CC074)



Discusión: La ACG es una entidad poco frecuente que afecta de forma primordial a individuos mayores de 50 años, con una incidencia máxima alrededor de los 70 años, afecta más a mujeres que a hombres, y es más frecuente en países escandinavos; en México no se dispone de datos epidemiológicos sobre su frecuencia. En clínica suele presentarse con cefalea de inicio reciente, claudicación mandibular, astenia, fiebre y alteraciones visuales; estas últimas representan el síntoma más grave por la probabilidad de perder la visión por la neuropatía óptica isquémica. En el caso presentado se trata de una paciente mestiza, quien presentó un cuadro clínico típico sin las alteraciones visuales referidas ni evidenciadas en la exploración. El diagnóstico se apoya en criterios de laboratorio, imagen y biopsia: elevación de VSG o PCR, biopsia de arteria temporal positiva o signo del halo en la ecografía Doppler. Esta paciente mostró reactantes de fase aguda elevados y signo del halo en el ultrasonido Doppler, por lo que no fue necesario realizar biopsia para establecer el diagnóstico. Por lo anterior, se instituyó tratamiento farmacológico, con una adecuada respuesta clínica y serológica.

Conclusiones: El diagnóstico de ACG se basa en el cuadro clínico, que por lo general es inespecífico, la elevación de reactantes de fase aguda y las imágenes vasculares en ecografía o biopsia de la arteria temporal. La dificultad para la realización de esta última es un obstáculo para confirmar la sospecha diagnóstica, por lo que el hallazgo de signos ultrasonográficos es de gran ayuda como una herramienta no invasiva, que hace innecesaria la biopsia.

Bibliografía

1. Ponte C, Grayson P, Robson J, *et al.* 2022 ACR/EULAR Classification criteria for giant cells arteritis. *Arthritis & Rheumatology.* 2022;74(12):1872–80.
2. Sebastian A, Coath F, Innes S, *et al.* Role of the halo sign in the assessment of giant cell arteritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology Advances in Practice.* 2021;0:1–13.

CC075

PERICIA CLÍNICA EN LA INTERPRETACIÓN DE LIA EN LA COEXISTENCIA DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS DE MIOSITIS: REPORTE DE UN CASO

L. Acevedo-Ancona, M. Cabrera-López, A. Llamas-García, C.E. Juárez-Gómez, M. Vázquez-Del Mercado

Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) es una enfermedad autoinmune sistémica definida por la presencia de autoanticuerpos dirigidos contra las aminoacil-ARNt sintetetas. Hasta ahora se han identificado ocho anticuerpos específicos: anti-Jo-1, anti-PL-7, anti-PL-12, anti-EJ, anti-OJ, anti-KS, anti-Zo y anti-Ha. El estándar de oro para su detección es la inmunoprecipitación (IP), aunque no está disponible en la práctica clínica; el LIA (*line immunoassay*) es el método comúnmente empleado. En las miositis, el 87% de los pacientes es positivo a un anticuerpo específico de miositis (mutuamente excluyentes, coexistencia en el 0,2%), lo que influye en el fenotipo clínico. El SAS se caracteriza por la triada de artritis, enfermedad pulmonar intersticial y miositis. En cuanto a los criterios de clasificación, se considera como criterio inicial la positividad a un aminoacil-ARNt sinteteta, según los criterios más recientes publicados y validados por la ACR/EULAR 2024.

Presentación del caso: Hombre de 59 años con antecedentes de infección por SARS-CoV-2 en 2020. En el 2024 presentó cuadro de neumonía adquirida en la comunidad que requirió ingreso hospitalario; en la TACAR de tórax se observó el patrón de neumonía intersticial no específica (NINE). Ante la sospecha de neumopatía relacionada con autoinmunidad, se solicita *line blot* para miopatías (**Tabla 1**) y se encontró positividad para anti-Mi-2b, anti-PL-12, anti-PL-7, anti-EJ y anti-OJ. El paciente negó manifestaciones cutáneas típicas, así como artritis, miositis, manos de mecánico, fiebre y cualquier otro síntoma vinculado.

Tabla 1. *Line blot* de miopatías por inmunoensayo. (CC075)

Anticuerpo	Resultado cualitativo	Valor cuantitativo (RU/mL)	Clasificación
Mi-2a (AC-4)	Negativo	4	Negativo
Mi-2b (AC-4)	Positivo alto	75	+++ Positivo alto
TIF1 gamma (AC-4)	Negativo	2	Negativo
MDA5	Negativo	5	Negativo
NXP2	Negativo	6	Negativo
SAE1	Negativo	0	Negativo
Ku (AC-4)	Positivo	23	++ Positivo
PM-Scl100 (AC-8)	Negativo	7	Negativo
PM-Scl75 (AC-8)	Negativo	3	Negativo
Jo-1 (AC-20)	Negativo	1	Negativo
SRP (AC-19)	Dudoso	8	(+) Zona gris
PL-7 (AC-19)	Dudoso	9	(+) Zona gris
PL-12 (AC-19)	Positivo	54	++ Positivo
EJ	Positivo	28	++ Positivo
OJ	Positivo	15	(+) Zona gris
Ro-52	Negativo	4	Negativo
cN-1A	Negativo	0	Negativo
Ha	Negativo	3	Negativo
KS	Negativo	6	Negativo
Zo	Negativo	0	Negativo

Discusión: La pericia del clínico al momento de interpretar un *line blot* en casos de positividad múltiple para anticuerpos específicos de miositis es muy relevante. En este paciente se identificó en el LIA la presencia simultánea de cinco anticuerpos específicos de miositis, lo cual llama la atención porque en las publicaciones médicas se describen como mutuamente excluyentes (0,2%). El paciente no mostró las manifestaciones cutáneas habituales del anticuerpo anti-Mi 2b y, en cambio, se observó afectación pulmonar (NINE) relacionada principalmente con anticuerpos anti-PL7 y PL12, notificada en algunos casos como única manifestación de la enfermedad, es decir, mostró coexistencia de cinco anticuerpos específicos de miositis. Sin embargo, de acuerdo con los criterios de clasificación del 2024 para SAS, el paciente cumple criterios clasificatorios de esta entidad.

Conclusiones: Es importante priorizar la clínica del paciente como guía para el diagnóstico y ofrecer un tratamiento oportuno. En casos de discrepancia ante la positividad múltiple de anticuerpos específicos de miositis y la nula disponibilidad de la IP es necesario reforzar la anamnesis y la exploración física para lograr un abordaje correcto.

Bibliografía

Betteridge Z, Tansley S, Shaddick G, *et al*. Frequency, mutual exclusivity and clinical associations of myositis autoantibodies in a combined European cohort of idiopathic inflammatory myopathy patients. *J Autoimmun*. 2019 Jul;101:48-55. doi: 10.1016/j.jaut.2019.04.001. Epub 2019 Apr 13. PMID: 30992170; PMCID: PMC6580360.

CC076

DE LA NEUMONÍA INTERSTICIAL LINFOIDE SECUNDARIA A SÍNDROME DE SJÖGREN A LA VASCULITIS MPO-ANCA: REPORTE DE CASO

C.S. Pérez-Coronado, A.L. Flores-Cisneros, F. Juárez-Hernández, L.F. Flores-Suárez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSP) se caracteriza por infiltración linfocítica de glándulas exocrinas y, dentro de la afectación a otros órganos, la nefritis tubulointersticial crónica es la forma más frecuente en riñones. En el plano pulmonar, la neumonía intersticial linfóide (NIL) es característica en esta enfermedad. En las vasculitis MPO-ANCA positivas, la afectación renal y pulmonar es más frecuente que en el SSP, y la primera lleva a la insuficiencia renal crónica al menos en 17 e 30% de los pacientes.

Presentación del caso: Mujer de 65 años con diagnóstico de insuficiencia renal crónica de causa imprecisa desde 2023. En 2003 padeció poliartralgias, mialgias, xerostomía y xeroftalmía, a las que se agregaron tos seca y disnea progresiva. Agosto 2024: TACAR de tórax que identifica quistes parenquimatosos subpleurales y micronódulos (**Figura 1**); la biopsia de glándula salival menor informa sialoadenitis crónica focal y difusa (puntuación 2,0). Se diagnostica SSP con NIL secundaria. En abril de 2025 se la hospitaliza por el deterioro renal. Se obtuvieron creatinina sérica 1,96 mg/dL, con depuración de 23,5 mL/min/SC, y proteinuria subnefrótica, sedimento urinario con células epiteliales escamosas, 5 leucocitos/campo y 54 eritrocitos/campo. La biopsia renal reconoce glomerulonefritis paucimune con proliferación extracapilar fibrosa (clasificación de Berden, esclerótica) y nefritis tubulointersticial crónica. En la **Tabla 1** se muestran los estudios relevantes. Cabe resaltar que la paciente tomaba periódicamente indometacina/betametasona/metocarbamol (25 mg/0,75 mg/215 mg) por cuenta propia desde el inicio de los síntomas mioarticulares.

Discusión: El caso constituye la superposición de SSP con NIL y vasculitis renal limitada MPO-ANCA positiva. Las manifestaciones pulmonares son consistentes con afección por el SSP, mientras que los hallazgos de la biopsia renal y la serología apoyan la segunda anomalía. Es plausible la posibilidad de que esta última evolucione de modo indolente durante años ante la ingestión crónica de glucocorticoides. Infortunadamente, la lesión renal es irreversible; no obstante, para evitar recaída, lo cual puede ocurrir en 10 a 20% de los casos, se decidió administrar micofenolato de mofetilo como tratamiento de mantenimiento, tras considerar en particular la exclusiva afectación renal y el tipo de enfermedad pulmonar. Hasta donde saben los autores no se ha notificado una superposición de estos trastornos con las características presentadas.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia de integrar adecuadamente hallazgos clínicos, inmunológicos e histopatológicos para el diagnóstico oportuno de una vasculitis relacionada con ANCA, especialmente en forma limitada y con antecedente de enfermedad autoinmune previa con tratamiento crónico *ad libitum*, lo que puede retrasar la identificación y el inicio del tratamiento adecuado. La biopsia renal es fundamental para diferenciar la nefritis intersticial observada en el SSP de otras alteraciones glomerulares.

Figura 1. TACAR de tórax. A, ventana pulmonar a nivel del arco aórtico; se observan quistes pulmonares de tamaño mediano y localización perivas-
cular (flecha recta). B, en los segmentos pulmonares medios e inferiores, los quistes muestran un patrón de distribución atípico subpleural, similar a un patrón en “panal de abejas” (flecha curva), y es confluyente en el lóbulo medio (*). C, reconstrucción sagital que muestra la distribución difusa y extensa, con ligero predominio posterior de los quistes descritos. (CC076)

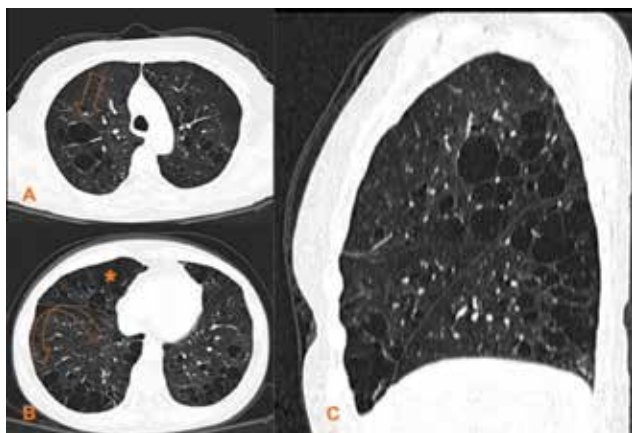


Tabla 1. Estudios serológicos de autoinmunidad. (CC076)

Fecha	ANA	ANCA (IFI)	MPO-ANCA (U/mL)	PCR (mg/dL)
29/10/2024	Negativos	Negativos	ND	ND
07/04/2025	1:160 citoplasmático ribosómico	ND	ND	4,33
14/05/2025	Negativos	ND	> 200	2,03
18/07/2025	N/A	P-ANCA 1:320	> 200	0,99

AAN, anticuerpos antinucleares; ANCA, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo; MPO-ANCA, anticuerpos contra mieloperoxidasa; PCR, proteína C reactiva; ND, no determinado.

Bibliografía

- Jennette JC. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference nomenclature of vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013;65(1):1-11.
- Falk RJ. ANCA-associated vasculitis. *N Engl J Med.* 2021;384(5):448-61.
- Arulkumaran N. Interstitial lung disease and ANCA-associated vasculitis: a clinical challenge. *Rheumatology (Oxford).* 2019;58:2100-2109.

CC077

PSEUDOTUMOR ORBITARIO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD POR IgG4: SERIE DE CASOS

G. Ferrer-Torres, Grupo de Estudio de Enfermedad Relacionada a IgG4
Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: En la enfermedad relacionada con inmunoglobulina G4 (ER-IgG4), el pseudotumor orbitario como primera manifestación es infrecuente y representa un reto diagnóstico por su similitud con neoplasias y otras entidades inflamatorias.

Presentación de los casos:

Caso 1: Mujer de 41 años con diabetes tipo 2 que presentó en septiembre de 2024 aumento progresivo del volumen en el ojo derecho. En noviembre desarrolló protrusión ocular, junto con opacidad corneal, hiperemia escleral y agrandamiento tiroideo. La TAC mostró asimetría orbitaria con desplazamiento ocular e infiltración de músculos extraoculares; la TC-TÉP delineó masa retroocular extraconal (SUVmax 4.6) y tiroides con nódulos

captantes (SUVmax 5.5). Estudios de laboratorio: hiperglobulinemia, relación albúmina-globulina invertida, IgG4 sérico normal. La biopsia de masa orbitaria reveló infiltrado plasmocitario polítipo, fibrosis y flebitis obliterante focal, con 40% de células IgG4 positivas. La biopsia tiroidea notificó tiroiditis linfocítica con abundantes células plasmáticas. Se inició tratamiento con glucocorticoides y posteriormente rituximab, con reducción de la masa orbitaria y el volumen tiroideo.

Caso 2: Mujer de 49 años con antecedente de asma e hipotiroidismo; en enero de 2025 presentó aumento de volumen en la región temporal de la órbita izquierda, identificado durante la valoración por el servicio de otorrinolaringología por hipoacusia bilateral y otorrea. La tomografía de cráneo delineó una masa orbitaria, por lo que fue referida a oftalmología, donde se realizó una biopsia. Histológicamente, la glándula lagrimal mostró infiltrado plasmocitario, fibrosis y vasos con colágena hialina, hallazgos consistentes con ER-IgG4. De manera inicial se indicó tratamiento con corticoesteroides y se obtuvo adecuada evolución posquirúrgica y sin recurrencia local. IgG4 sérica elevada (306 mg/dL), ANCA negativos, PCR elevada y cultivos de oído negativos. La audiometría confirmó hipoacusia mixta bilateral. Se indicó tratamiento con corticoesteroides y se añadió metotrexato, lo que produjo respuesta clínica. Véase la **Figura 1**.

Figura 1. (CC077)



Discusión: El pseudotumor orbitario como manifestación inicial de la ER-IgG4 es poco frecuente: afectación de la glándula lagrimal en 22 a 50% y la orbitaria en 4 a 22%. Hasta 40% de los casos clasificados como inflamación orbitaria idiopática corresponde a esta entidad, lo que resalta la necesidad de confirmación histológica. En cuanto a la afectación tiroidea, se ha descrito como parte del espectro de la enfermedad, con una elevación de IgG4 en casi 1 a 3% de los casos.

Estos pacientes tuvieron tiroiditis e hipoacusia, además de IgG4 normal, en un caso, hallazgo notificado hasta en 30% de los pacientes. La recurrencia depende de factores demográficos (hombres HR: 3,14), número de órganos afectados, concentraciones de IgG4, tratamiento y eosinofilia. Ambas pacientes respondieron a glucocorticoides; en una de ellas se indicó rituximab por el compromiso de órganos.

Conclusiones: El pseudotumor orbitario puede constituir la primera manifestación de ER-IgG4, incluso con IgG4 sérico normal. La correlación entre clínica, imagenología e histopatología es esencial para el diagnóstico. La detección temprana y el inicio de tratamiento inmunosupresor permiten prevenir complicaciones oculares y sistémicas irreversibles.

Bibliografía

1. Peyronel F, Della-Torre E, Maritati F, *et al.* IgG4-related disease and other fibro-inflammatory conditions. *Nat Rev Rheumatol.* 2025;21(5):275-290.
2. Ebbo M, Patient M, Grados A, *et al.* Ophthalmic manifestations in IgG4-related disease: Clinical presentation and response to treatment in a french case-series. *Medicine (Baltimore)* 2017;96:e6205.

CC078

OTRAS MANIFESTACIONES “NO CRITERIO” COMO DEBUT DE SAF

H.E. Esparza-Holguín¹, A.N. Rangel-Botello²

⁽¹⁾Consulta privada, ⁽²⁾Hospital Regional Poza Rica, Petróleos Mexicanos

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) es un trastorno autoinmune caracterizado por trombosis arterial y venosa, morbilidad en el embarazo y persistencia elevada de anticuerpos antifosfolípidos (aPL). Los aPL también se detectan en personas sanas: un porcentaje pequeño de éstos desarrolla SAF. Varias manifestaciones cardíacas, pulmonares, hematológicas, renales, dermatológicas y neurológicas se han considerado comunes en el SAF, pero no son específicas. Existen pocas investigaciones que indiquen la relación entre SAF y arritmia, en particular la fibrilación auricular (FA); las influencias electrofisiológicas de la inflamación representan un mecanismo relativamente novedoso, independientemente del desarrollo de la cardiopatía estructural. La trombocitopenia y la anemia hemolítica autoinmune (AHAI) en pacientes con SAF se han notificado en 19% y 5%, respectivamente.

Presentación del caso: Paciente femenino de 50 años con los siguientes antecedentes de importancia: diabetes mellitus 2 de 15 años de evolución, tratada con metformina (850 mg/24 h), hipertensión arterial sistémica de 20 años, tratada con amlodipina, indapamida, perindopril (10/2.5/10 mg/24 h), FA de cuatro años, tratada con rivaroxabán (20 mg/24 h), amiodarona (200 mg/24 h), metoprolol (100 mg/24 h), y AHAI de ocho meses de diagnóstico. Padecimiento actual: acude a urgencias por disnea progresiva hasta en el reposo de dos días de evolución. La exploración física destaca TA 100/70, FC 88 lpm, FR 22 rpm, SO₂ 92% al aire ambiente, temperatura 36°C, palidez mucotegumentaria, despierta, cooperadora, campos pulmonares con estertores crepitantes subescapulares bilaterales, precordio arritmico sin soplos, abdomen blando sin dolor, extremidades sin alteraciones, y ausencia de lesiones cutáneas. Estudios de laboratorio: biometría hemática con leucocitos 3,98 x 10⁹/L, neutrófilos 3,28 x 10⁹/L, hemoglobina 6,9 g/dL VCM 75%, plaquetas 72 x 10⁹/L VPM 13,9, glucosa 150 mg/dL, creatinina 1,63 mg/dL, urea 65,5 mg/dL, BUN 30,6 mg/dL, potasio 3,9 mEq/L, Na 136,1 mEq/L, BAAR y cultivo de expectoración negativo, coronavirus SARS-CoV-2 negativo, Coombs directo positivo, c-ANCA 1:20, ANA, anti-DNAc y P-ANCA: negativos, C3 92, C4 13,01, anti-β2 GP1 IgM 7,9 UA/mL (negativo < 10), anti-β2GP1 IgG > 100 UA/mL, anticardiolipina IgM 6,4 GPL U/mL (indeterminado 5,1-7,2), anticardiolipina IgG 81,08 GPL U/mL, anti-CI IgM 6,4 GPL U/mL, anticoagulante lúpico 1,97 (presencia moderada, 1,5 a 2,0). TAC de tórax: áreas de densidad en vidrio deslustrado y opacidades reticulonodulares (Figura 1). Se agregaron al tratamiento hidroxiquina (200 mg/24 h), prednisona (75 mg al día) con dosis de reducción, acenocumarina (5 mg) y se suspendió el rivaroxabán. Se la valora en consulta de seguimiento a los dos meses: uso de oxígeno complementario por razón necesaria, con biometría hemática: leucocitos 6,1 x 10⁹/L Hb 9,7 g/dL, plaquetas 143 x 10⁹/L.

Discusión: Los aPL pueden aparecer en diferentes infecciones, con predominio viral; en este caso fue negativo. La FA es la arritmia más común; el 34% de los pacientes con esta arritmia que han experimentado un episodio vascular isquémico muestra valores bajos o intermedios de anticuerpos anti-CI. Poco se sabe acerca del valor pronóstico de los aPL en FA. La trombocitopenia o AHAI en SAF se relacionan con un fenotipo más grave, como enfermedad microvascular y cardíaca.

Conclusiones: La detección de aPL en la población sana rara vez desencadena episodios trombóticos. En este caso particular, con los antecedentes

Figura 1. TAC de tórax al ingreso al hospital: áreas de densidad en vidrio deslustrado y opacidades reticulonodulares. (CC078)



clínicos comentados, aunados a la presencia de títulos moderados-altos de anticuerpos, se inició trombo profilaxis recomendada para SAF dado que es la primera entidad nosológica a considerar ante las manifestaciones actuales, aun sin antecedente de trombosis.

Bibliografía

1. Patriarches V, Tsamos G, VAsdeki D, *et al.* Antiphospholipid syndrome: a comprehensive clinical review. *J Clin Med.* 2025;14(3):733. Doi 10.3390/jcm14030733
2. Grygiel-Górniak B, Mazurkiewicz T. positive antiphospholipid antibodies: observation or treatment. *J Thromb Thrombolysis.* 2023;56(2):301-314. Doi: 10.1007/s11239-023-02834-6
3. Álvarez J, Ardila M, Urrego T, *et al.* Síndrome antifosfolípido no trombótico: manifestaciones inflamatorias hematológicas y neurológicas. *Iatreia vol 34, NO.4 Medellin Oct-Dec 2021 Epub Nob 19, 2021.*
4. Ertan Z, Leaf R, Andrade D, *et al.* Thrombocytopenia and autoimmune hemolytic anemia in antiphospholipid antibody-positive patient. *Lupus* 2005;34(6):617-624.
5. Hanarz M, Abczyk M, Natarska J, *et al.* Positive antiphospholipid antibodies increase the risk of ischemic stroke in patients with atrial fibrillation, J of thrombosis and haemostasis. 2024;22(10):2897-2809.
6. Smiyan S, Kuzmna G, Garmish O, *et al.* Infection triggered antiphospholipid syndrome: a critical review. *Open Access Rheumatology: Research and Reviews.* 2025;17:173-183.

CC079

TROMBOSIS, HEMORRAGIA Y TROMBOCITOPENIA: UN CASO COMPLEJO DE SAAF EN ADULTO JOVEN

J. Hurtado-Díaz¹, I. Espinoza-Sánchez²

⁽¹⁾Hospital General Regional 220, Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽²⁾Hospital General Regional N° 220, Toluca, Estado de México

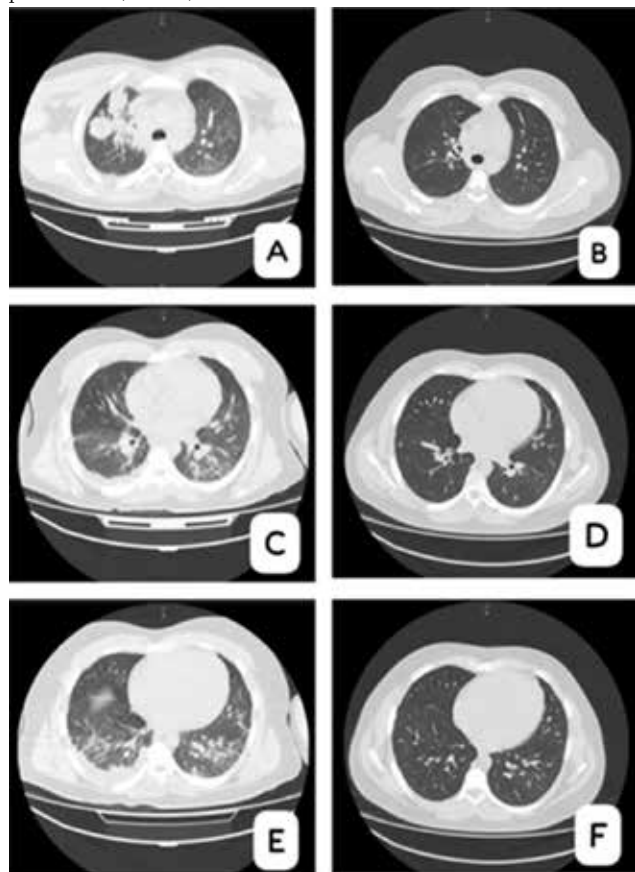
Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF) es una enfermedad autoinmune poco frecuente. El 50% de los pacientes presenta SAAF primario. Se caracteriza por la presencia de anticuerpos antifos-

folípidos junto con trombosis recurrente en venas o arterias, morbilidad obstétrica y diversas complicaciones no trombóticas. Los episodios trombóticos constituyen el rasgo clínico principal que afectan los territorios arteriales, venosos y microvasculares. Las venas profundas de las extremidades inferiores son el sitio más común de trombosis, con una prevalencia de 20 a 30% de los casos. La embolia pulmonar se reconoce en el 14% de los pacientes. Otras manifestaciones incluyen hipertensión pulmonar y hemorragia alveolar. La trombocitopenia tiene una incidencia de 22 a 42% y puede preceder o acompañar a los episodios trombóticos.

Presentación del caso: Hombre de 22 años que ingresó a hospitalización por disnea y diagnóstico inicial de neumonía de focos múltiples. Sin embargo, no mostró mejoría tras el inicio de antibiótico empírico, por lo que se solicitó TAC pulmonar (**Figura 1**). Ésta reveló opacidades bilaterales en vidrio deslustrado de distribución generalizada y tromboembolismo pulmonar crónico, por lo que se indicaron ECOTT y cateterismo cardíaco derecho y se concluyó hipertensión arterial pulmonar (HAP) grave, con presión sistólica de la arteria pulmonar de 91 mmHg. Durante su estancia se complicó con trombosis venosa profunda (TVP) de miembro pélvico izquierdo en la vena femoral común.

La presencia de trombocitopenia, TTPa prolongado y la edad del paciente despertaron la sospecha de SAAF, por lo que se realizó determinación de anticuerpos antifosfolípidos, y se registraron anticoagulante lúpico y anticardiolipinas positivas a títulos altos. Se concluyó SAAF con doble positividad y perfil de alto riesgo, con manifestaciones trombóticas por TVP de MPI, TEP crónico y HAP grupo 4, así como manifestaciones pulmonares no trombóticas por capilaritis pulmonar y hemorragia alveolar, y hematológicas por trombocitopenia. Se estableció SAAF con títulos elevados, doble positividad y perfil de alto riesgo, con manifestaciones trombóticas por trombosis venosa profunda en miembro pélvico izquierdo, tromboem-

Figura 1. TAC simple pulmonar. A, C, E, se identifican opacidades bilaterales en vidrio deslustrado de distribución generalizada y tromboembolismo pulmonar crónico. B, D, F, se observa la desaparición de las lesiones pulmonares. (CC079)



bolismo pulmonar crónico e hipertensión arterial pulmonar grupo 4. Además, se identificaron manifestaciones pulmonares no trombóticas, como capilaritis pulmonar y hemorragia alveolar, además de manifestaciones hematológicas definidas por trombocitopenia. Se inició tratamiento con acenocumarina hasta alcanzar INR de 2,5, y azatioprina (75 mg/día), con lo que mostró mejoría de las lesiones pulmonares y el recuento plaquetario y sin nuevos episodios de trombosis. Se mantuvo con oxígeno complementario por seis meses y sildenafil (50 mg/día).

Discusión: Se presenta un caso atípico de SAAF que evidencia la complejidad diagnóstica y terapéutica de esta entidad. El ingreso hospitalario por disnea y un diagnóstico inicial de neumonía de focos múltiples sin respuesta al tratamiento antibiótico empírico orientaron hacia una causa no infecciosa, lo cual se confirmó por estudios de gabinete. La trombosis venosa profunda reforzó la sospecha de un estado protrombótico subyacente. La trombocitopenia y TTPa prolongado, junto con la edad del paciente y la ausencia de factores de riesgo convencionales, obligaron a buscar anticuerpos antifosfolípidos (**Tabla 1**). La doble positividad, los títulos elevados y el perfil de alto riesgo tienen implicaciones pronósticas y terapéuticas importantes. El tratamiento con anticoagulante e inmunosupresor produjo una evolución clínica favorable.

Tabla 1. Valores bioquímicos. Se observa el seguimiento de las cifras de plaquetas y TTPa INR durante el seguimiento del paciente con SAAF, con elevación de la cifra plaquetaria e INR en objetivos terapéuticos. (CC079)

Medición	Plaquetas (mil/mm ³)	TTPa (s)	INR
1	218	71,6	1,41
2	78	85,7	1,51
3	77	60,1	1,33
4	83	64,5	1,62
5	80	62,1	1,68
6	147	77,8	1,30
7	141	71,3	1,36
8	104	84,5	1,06
9	239	73,8	2,02
10	200	70,7	2,31

Conclusiones: Este caso subraya la importancia de considerar el SAAF en el diagnóstico diferencial de enfermedades pulmonares no infecciosas y episodios trombóticos inexplicables, especialmente en pacientes jóvenes. Asimismo, resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario para el diagnóstico y el tratamiento oportuno para prevenir complicaciones a largo plazo.

Bibliografía

Mezhov V, Segan JD, Tran H, *et al.* Antiphospholipid syndrome: a clinical review. *Med J Aust.* 2019;211(4):184-188. doi:10.5694/mja2.50262.

CCo8o

VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA: PRIMERA SERIE DE CASOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE QUERÉTARO (2024-2025)

A. Martínez-Franco, G.A. Portillo-Esparza, D.F. García-Rodríguez

Hospital General de Querétaro

Introducción: Las vasculitis relacionadas con anticuerpos contra el citoplasma de neutrófilos (ANCA) son entidades poco frecuentes y se caracterizan por inflamación de vasos pequeños y medianos, con manifestaciones clínicas diversas. En México, los informes son limitados. En el contexto de un hospital de segundo nivel, como el Hospital General de Querétaro, la falta de biopsias disponibles obliga a sustentar el diagnóstico principalmente en la correlación clínico-serológica. No obstante, en un paciente

se contó con biopsia de piel que confirmó vasculitis de pequeño vaso. La determinación de los ANCA se realizó mediante técnica de ELISA y se consideraron positivos con un cociente > 1. Se presenta la primera serie de casos en esta institución durante el periodo 2024-2025.

Presentación de los casos:

Caso 1: Paciente femenino de 35 años que inició con hipoacusia, tinnitus y luego desarrolló polineuropatía periférica, oftalmoplejía y parálisis facial, además de afectación renal con oliguria y proteinuria. Requirió hemodiálisis y recambios plasmáticos. Serología: C-ANCA positivo (2,61). Se trató con pulsos de esteroide, ciclofosfamida IV y posteriormente rituximab, con mejoría parcial neurológica y control de la función renal.

Caso 2: Mujer de 47 años que ingresó por vértigo súbito, cefalea y vómito incoercible. La tomografía mostró infarto cerebeloso derecho en territorio PICA y la angiorresonancia reveló estenosis vertebral y carotídea significativa. La serología fue positiva para C-ANCA (1,75). Se determinó episodio vascular cerebral isquémico secundario a vasculitis ANCA. Recibió pulsos de esteroides con recuperación parcial.

Caso 3: Paciente masculino de 48 años que presentó deterioro progresivo del estado de alerta y encefalopatía con requerimiento de ventilación mecánica. La resonancia cerebral reveló isquemia occipital y descartó causas infecciosas y cardiovasculares. Inmunología: P-ANCA positivo (2,07). Se diagnosticó poliangeítis microscópica (PAM) con compromiso neurológico grave. Recibió tratamiento con pulso de esteroide y ciclofosfamida con recuperación clínica y extubación.

Caso 4: Mujer de 49 años que inició con otalgia e hipoacusia bilateral, con evolución a celulitis orbitaria y mastoiditis. La resonancia de senos paranasales mostró sinusitis etmoidoantral y mastoiditis bilateral. La biopsia reveló granuloma necrosante con vasculitis leucocitoclástica, consistente con granulomatosis con poliangeítis. Inmunología: C-ANCA positivo (3,96). Recibió esteroides y metotrexato con recuperación.

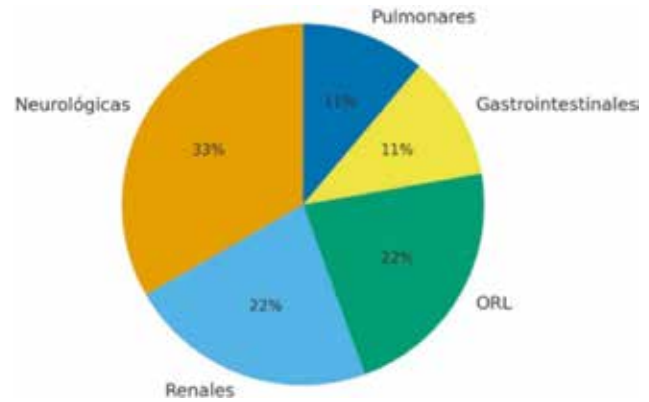
Caso 5: Paciente femenino de 39 años que ingresó por dolor abdominal y perforaciones yeyunales múltiples que requirieron resección de 140 cm de intestino delgado y yeyunostomía. Durante la evolución desarrolló infecciones oportunistas (aspergilosis pulmonar crónica, hallazgos nefrológicos de glomerulonefritis). La biopsia de piel registró vasculitis de pequeño vaso, con C-ANCA positivo (ELISA). La GPA sistémica mostró compromiso gastrointestinal. Recibió pulsos de esteroide, rituximab y ciclofosfamida. Falleció por complicaciones infecciosas. Véanse la **Tabla 1** y la **Figura 1**.

Discusión: Las manifestaciones fueron heterogéneas: 60% neurológicas, 40% renales, 20% pulmonares, 20% otorrinolaringológicas y 20% gastrointestinales. Predominaron C-ANCA/PR3 (60%) y P-ANCA/MPO (40%), con una mortalidad del 20% (1/5 casos), secundaria a complicaciones infecciosas por inmunosupresión, 80% con mejoría clínica.

En comparación con series nacionales, predomina el compromiso renal y pulmonar; estos hallazgos resaltan la frecuencia de manifestaciones neurológicas y gastrointestinales y la importancia de considerar cuadros atípicos. La ausencia de biopsias en los otros casos refleja la limitación diagnóstica en hospitales de segundo nivel, lo que obliga a un abordaje apoyado en clínica y serología para evitar retrasos terapéuticos.

Conclusiones: Esta primera serie de casos en el Hospital General de Querétaro destaca la diversidad de presentaciones clínicas de las vasculitis ANCA y la necesidad de un alto índice de sospecha en hospitales de segundo nivel.

Figura 1. Distribución de manifestaciones clínicas en cinco pacientes con vasculitis ANCA. Hospital General de Querétaro, 2024-2025. (CC080)



La correlación clínico-serológica, junto con la confirmación histopatológica en un caso, permitió un diagnóstico oportuno.

Bibliografía

- Pacheco-Tena C, Gutiérrez-Ureña S, Reyes PA. Vasculitis sistémicas en México: análisis de una cohorte multicéntrica. *Reumatol Clin.* 2015;11(1):15-22.
- Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, *et al.* 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013;65(1):1-11.

CCo81

ENFERMEDAD DE ORMOND ASOCIADA A ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4: UN REPORTE DEL FENOTIPO RETROPERITONEAL

J.L. Cervantes-Martínez, K.A. Gutiérrez-Méndez, D. Díaz-Urbe, L.V. Maya-Piña, R.E. Barbosa-Cobos

Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (IgG4-RD) es una enfermedad sistémica mediada por el sistema inmune que se caracteriza por la formación de infiltrados fibroinflamatorios en múltiples órganos, como páncreas, vías biliares, glándulas salivales y lacrimales, aorta, retroperitoneo, riñones, pulmones y órbitas. El fenotipo retroperitoneal/aórtico se presenta en aproximadamente el 24% de los casos e incluye la fibrosis retroperitoneal (enfermedad de Ormond) y se manifiesta cuando los infiltrados envuelven a los uréteres y grandes vasos, lo cual puede ocasionar obstrucción urinaria e insuficiencia renal. La enfermedad responde de ma-

Tabla 1. Características clínicas, serológicas y diagnósticas de los pacientes. (CC080)

Caso	Edad/sexo	Manifestaciones principales	ANCA/biopsia	Tipo de vasculitis	Tratamiento inicial
1	35F	ORL, neurológico, renal	C-ANCA (2,61, ELISA)	GPA sistémica con compromiso neurológico y renal	Esteroides, ciclofosfamida, rituximab, plasmaféresis, HD
2	47F	EVC cerebeloso, estenosis carotídea/vertebral	C-ANCA (1,75, ELISA)	Vasculitis ANCA con manifestación cerebrovascular (probable GPA limitada)	Esteroides, inmunosupresión
3	48M	Encefalopatía, lesiones occipitales, ventilación mecánica	P-ANCA (2,07, ELISA)	Poliangeítis microscópica (PAM) con compromiso neurológico	Metilprednisolona, ciclofosfamida
4	49F	ORL, orbitario, pulmonar, granuloma necrosante	C-ANCA (3,96, ELISA)	GPA con manifestaciones ORL y pulmonares	Esteroides, metotrexato
5	39F	Perforaciones yeyunales, infecciones, GN, biopsia piel, fallecimiento	C-ANCA (ELISA), biopsia piel, vasculitis de pequeño vaso	GPA sistémica con compromiso gastrointestinal	Rituximab, ciclofosfamida, antimicrobianos

nera característica a los glucocorticoides, pero las recaídas son frecuentes, por lo que en casos resistentes se requieren inmunosupresores o tratamiento biológico para mantener el control a largo plazo.

Presentación del caso: Mujer de 22 años sin antecedentes patológicos que inició con cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por fiebre, dolor abdominal punzante en flanco izquierdo y Giordano positivo ipsilateral, motivo por el cual se la hospitalizó. En el abordaje destacan PCR: 2,1 mg/dL y panel viral no reactivo; la RM contrastada mostró una imagen sólida e irregular de 51 x 40 x 37 mm, con bordes mal definidos, con refuerzo tras el contraste y restricción en secuencias de difusión, localización anterior e inferior a la articulación sacroiliaca izquierda; segundo conglomerado de 15 x 9 mm y neoformación de 3 cm que circundaba a la arteria hipogástrica izquierda con infiltración del tercio distal del uréter ipsilateral que causaba hidronefrosis de grado 1. Se programó laparotomía exploradora con colocación de catéter doble J y resección de la lesión en la fosa obturadora izquierda. El estudio histopatológico mostró proliferación fibroblástica localizada con inflamación crónica linfoplasmocitaria, ocho ganglios con hiperplasia sinusal e infiltración adiposa, hallazgos consistentes con fibrosis retroperitoneal idiopática (enfermedad de Ormond). La inmunohistoquímica reveló positividad para EMA en células plasmáticas, IgG positivo con cuantificación de IgG4 (34/campo de alto poder), ALK-1 negativo y actina positiva en miofibroblastos. Por el fenotipo retroperitoneal/aórtico se inició tratamiento con prednisona (0,6 mg/kg/día) y metotrexato (15 mg/sem oral) para reducir el riesgo de recaída. Actualmente en seguimiento y la RM no muestra actividad.

Discusión: Este caso tiene relevancia clínica por mostrar una presentación poco frecuente de IgG4-RD con fibrosis retroperitoneal complicada con hidronefrosis por atrapamiento ureteral. Es trascendente considerar esta alteración en el diagnóstico diferencial de masas retroperitoneales, incluso en mujeres jóvenes, aun cuando las publicaciones médicas han notificado mayor prevalencia en varones de edad avanzada. La confirmación diagnóstica requirió un abordaje integral que combinó hallazgos radiológicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos, con particular relevancia del papel esencial de la cuantificación de IgG4 en la inmunohistoquímica. Es imperativo el tratamiento multidisciplinario que incluya las disciplinas de cirugía, urología, patología y reumatología para garantizar un tratamiento oportuno y prevenir el daño orgánico irreversible.

Conclusiones: La IgG4-RD puede presentarse con afectación retroperitoneal grave en varones sin comorbilidades previas. Un alto grado de sospecha diagnóstica debe estar presente ante tumoraciones retroperitoneales de causa incierta, sobre todo con compromiso vascular o ureteral. La correlación clínica, de imagen e inmunohistoquímica es imprescindible para confirmar el diagnóstico. El tratamiento temprano con glucocorticoides y ahorradores como metotrexato en casos de alto riesgo de recaída puede lograr la remisión y evitar complicaciones. Difundir el conocimiento sobre esta entidad entre diferentes especialidades es clave para mejorar su detección y pronóstico, lo que modifica directamente la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Lanzillotta M, Mancuso G, Della-Torre E. Advances in the diagnosis and management of IgG4 related disease. *BMJ*. 2020;369:1067.
2. Wallace ZS, Deshpande V, Mattoo H, *et al*. IgG4-related disease: clinical and laboratory features in one hundred twenty-five patients. *Arthritis Rheumatol*. 2015;67:2466-75.

CCo82

SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERMATOSO SISTÉMICO

F. Martínez-García¹, M. Frutis-Meléndez²

⁽¹⁾HGZ20 IMSS, Puebla, ISSSTEP; ⁽²⁾IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico juvenil (LESj) es, al igual que en los adultos, el prototipo de la enfermedad autoinmune, con una presentación multiorgánica. En los pacientes pediátricos representa 15 a 20%

del total de lupus; la afección en la edad pediátrica tiene una presentación clínica más grave en relación con los adultos y sus principales manifestaciones son las renales, hematológicas, serológicas, articulares y cutáneas.

El síndrome de activación macrofágica es una manifestación grave de las enfermedades altamente inflamatorias, pero en el caso del lupus no es muy frecuente. Su cuadro clínico se caracteriza por fiebre elevada, citopenias (en especial bicitopenia), presencia en el aspirado de médula ósea de histiocitos fagocitados y reactantes de fase aguda elevados, como ferritina y dímero D. Es esencial considerar este diagnóstico grave y letal en los pacientes con lupus, puesto que en algún momento puede confundirse como recaída de la enfermedad o complicación infecciosa.

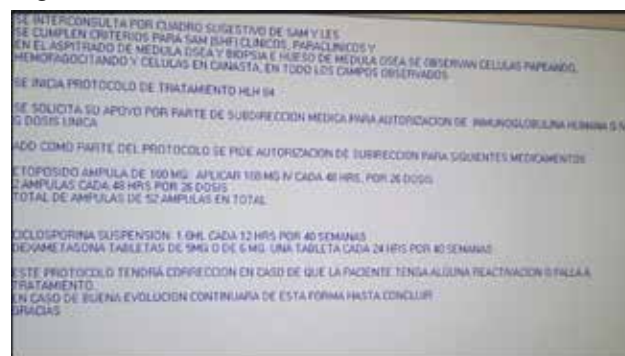
Presentación del caso: Paciente femenino de 10 años de edad quien acude a urgencias con lesiones ecematosas, que inician en la cara sin afectar los surcos nasogenianos, pruriginosas y luego generalizadas; tiene fiebre no cuantificada y persistente, alopecia no cicatricial, linfadenopatía auricular de un mes de evolución; recibe tratamiento como urticaria de manera inicial, con evolución insidiosa.

Acude al área de urgencias por mala evolución. Se la hospitaliza y se obtienen estudios de laboratorio básicos y anticuerpos por la presencia de fiebre de larga evolución. De manera inicial se identifican linfopenia, trombocitopenia y anti-DNA positivo (**Tabla 1**); el examen general de orina revela proteinuria, hematuria y leucocituria, con criterios de SLICC 2012. Durante su estancia intrahospitalaria por 42 días se realiza aspirado de médula ósea, que registra células que hemofagocitan y células en canasta, en todos los campos observados (**Figura 1**). Se la trata con pulsos de metilprednisona, etopósido, ciclosporina, con evolución favorable.

Tabla 1. (CC082)

Estudios de laboratorio iniciales 29 mayo 2025	
TGO	210
TGP	54
DHL	1028
PCR	42
Dímero	7485
VSG	28
Anti-DNA	Positivo
TTPA	39,5
C3	24
C4	2
IGG	1487
Hb	10,8
Plaq	108 mil
Linf	280
Ferritina	22314

Figura 1. (CC082)



Discusión: El síndrome de activación macrofágica es una entidad potencialmente letal en su clínica; la fiebre, la linfadenopatía y la hepatoesplenomegalia relacionadas con hiperferritinemia, bicitopenia y una discrepancia entre velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva deben establecer la sospecha.

Conclusiones: Los datos clínicos y de laboratorio, indicativos de síndrome de activación macrofágica, deben buscarse en el cuadro de enfermedades altamente inflamatorias, como el lupus; no es un trastorno muy frecuente, por lo que es necesario un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Bibliografía

1. Abdirakhmanova A. Macrophage activation syndrome in pediatric systemic lupus erythematosus: a systematic review of the diagnostic aspects. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:681875.
2. Henderson LA. Macrophage activation syndrome and secondary hemophagocytic lymphohistiocytosis in childhood inflammatory disorders: diagnosis and management. *Paediatr Drugs*. 2020;22(1):29-44.

CC083

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS INFRECuentes DE LA POLIANGITIS MICROSCÓPICA MPO POSITIVA: PARÁLISIS DEL VI PAR Y MIELITIS EXTENSA CON PAQUIMENINGITIS ASOCIADA

F.A. Villanueva-Ledesma, S.A. Durán-Montoya, A. Llamas-García, M. Vázquez-Del Mercado, M. Cabrera-López

Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La poliangitis microscópica (PAM) relacionada con anticuerpos antimieloperoxidasa (anti-MPO) afecta principalmente a riñón y pulmón. La afectación del sistema nervioso central (SNC) es poco frecuente; dentro de sus manifestaciones más inusuales destacan la parálisis del VI par craneal y la mielitis longitudinalmente extensa (MLE), que pueden presentarse con o sin paquimeningitis. Se calcula que las manifestaciones neurológicas ocurren en casi 38% de los pacientes con vasculitis relacionadas con ANCA (VAA), aunque el compromiso del SNC se observa en menos del 15% y es en particular raro en la PAM. La mielitis en el contexto de VAA es excepcional y se ha documentado tan sólo en informes de casos. Se ha descrito, incluso, que la paquimeningitis espinal hipertrófica relacionada con ANCA puede manifestarse como MLE y que la mielitis puede recurrir pese al tratamiento inmunosupresor.

Presentación del caso: Mujer de 35 años con PAM y positiva a MPO desde 10/2023 (hemorragia alveolar con respuesta a glucocorticoides; azatioprina en mantenimiento), con enfermedad renal crónica de estadio V en hemodiálisis. Se presenta a consulta por dermatosis nodular pustulosa de un mes de evolución, diplopía e incapacidad para la marcha por debilidad de miembros pélvicos. Exploración física: bradipsiquia, parálisis del VI par craneal izquierdo, con esotropía y limitación de la abducción. Paraparesia con fuerza 1/5 en flexores de cadera, cuádriceps y tibial anterior. Tono aumentado de tipo espástico. Reflejos osteotendinosos rotulianos y aquileos +/-++. Respuesta plantar indiferente bilateral. No se identificó nivel sensitivo. Sin masas orbitarias ni signos meníngeos en cráneo.

Estudios auxiliares: leucocitos $28,8 \times 10^3/\mu\text{L}$, PCR 37,02 mg/dL, procalcitonina 9,98 ng/mL, creatinina 9,5 mg/dL. Citoquímico de LCR (09/07/2025): proteínas 4 g/dL, glucosa 21 mg/dL, leucocitos 25, mononucleares 15%, polimorfonucleares 85%; aspecto xantocrómico y coagulado. Cultivos sanguíneos y de esputo sin crecimiento; GeneXpert en LCR negativo. RM de cráneo y columna (11/07/2025): LETM con realce activo central en "H", paquimeningitis y leptomeningitis con realce difuso (**Figuras 1 y 2**); el cráneo no muestra lesiones parenquimatosas. Biopsia de piel (02/07/2025): vasculitis abscedada con leucocitoclasia y necrosis fibrinoide en vasos de pequeño calibre. Tratamiento: IgIV (2 g/kg), metilprednisolona (250 mg IV/día $\times$ 3) y ciclofosfamida (14/07 y 29/07). Evolución: mejoría cognitiva y recuperación parcial de fuerza en miembros inferiores; persistencia de diplopía por VI.

Figura 1. Resonancia magnética de columna torácica con secuencia T1 con gadolinio, corte axial. Se identifica realce difuso e irregular del espacio epidural posterior que compromete el espacio epidural posterior y se extiende hacia estructuras paravertebrales, un hallazgo indicativo de paquimeningitis hipertrófica. Asimismo, se observa reforzamiento en "H" de la médula espinal consistente con mielitis relacionada. (CC083)

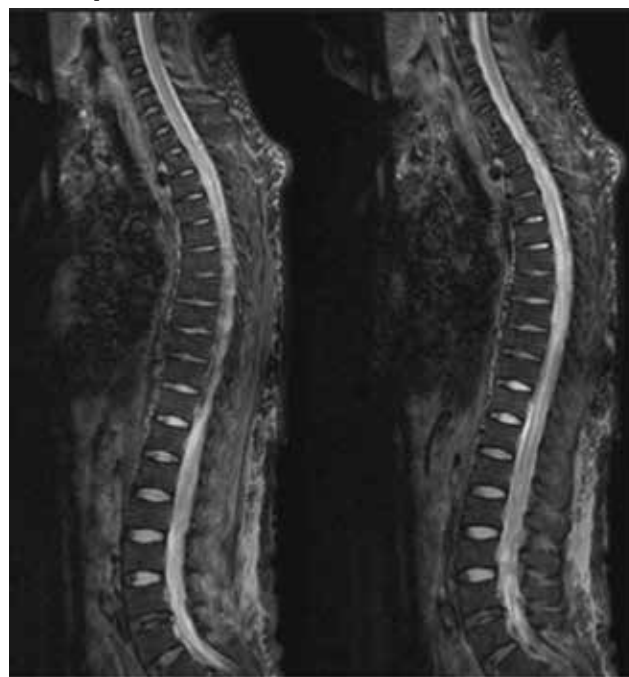
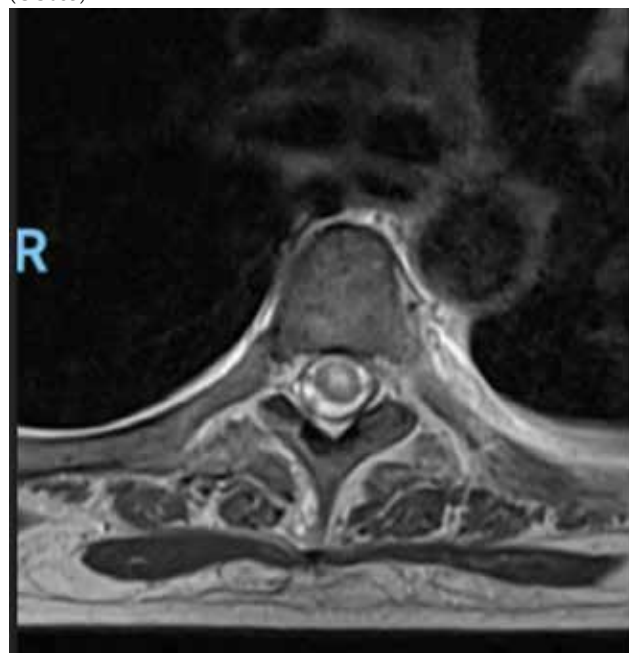


Figura 2. Resonancia magnética de columna cervical, torácica y lumbar, secuencia STIR en corte sagital. Se identifica engrosamiento difuso e irregular de las meninges espinales posteriores que causa reducción del calibre del canal raquídeo torácico y compresión sobre la médula espinal, hallazgos indicativos de paquimeningitis hipertrófica. Asimismo, se reconocen zonas de hiperintensidad intramedular difusa, particularmente a nivel torácico medio-alto, hallazgos consistentes con mielitis longitudinal extensa. (CC083)



Discusión: Este caso integra dos fenotipos raros de PAM: parálisis del VI par craneal y MLE relacionadas con paquimenigitis. La presencia de proteinorraquia marcada e hipoglucoorraquia en el LCR, junto con el realce meníngeo difuso, orientó hacia un proceso inflamatorio meníngeo/intrínseco. La infección fue un diferencial mayor (procalcitonina elevada, portadora de angioacceso), pero la ausencia de crecimiento microbiológico, la histopatología cutánea vasculítica y la respuesta a inmunosupresión favorecieron la actividad vasculítica del SNC. La MLE con patrón en "H" sugiere compromiso central; la parálisis del VI par craneal en contexto de paquimenigitis puede explicarse por isquemia/inflamación en su trayecto dural o por efecto compresivo. El reconocimiento temprano permitió la inducción con glucocorticoides y ciclofosfamida, con recuperación funcional en curso y pronóstico reservado por extensión medular.

Conclusiones: En PAM-MPO positiva, la parálisis del VI par craneal y la MLE relacionadas con paquimenigitis son manifestaciones atípicas, pero potencialmente reversibles si se instituye inmunosupresión de inducción y mantenimiento oportunos. En la mielitis extensa con hiperproteinorraquia marcada y realce meníngeo debe considerarse vasculitis ANCA, aun con sospecha infecciosa concurrente. La biopsia cutánea puede aportar confirmación indirecta cuando el tejido neurológico no es accesible.

Bibliografía

- Quintero-Giraldo LP, Barahona-Correa J, Corredor-Orlandelli D, *et al.* Nervous system involvement in ANCA-associated vasculitis: Single center experience from Latin America. *Semin Arthritis Rheum.* 2025;73(152751):152751.
- Hamilton AJ, Whitehead DJ, Bull MD, *et al.* Systemic panca-associated vasculitis with central nervous involvement causing recurrent myelitis: case report. *BMC Neurol.* 2010;10:118.
- Shu J, Gu C, Ren Y, *et al.* ANCA-associated hypertrophic spinal pachymeningitis presenting with longitudinally extensive transverse myelitis: A case report. *Ann Indian Acad Neurol.* 2020;23(1):131-2.
- Nakashima I, Fujihara K, Endo M, *et al.* Clinical and laboratory features of myelitis patients with anti-neutrophil cytoplasmic antibodies. *J Neurol Sci.* 1998;157(1):60-6.

CCo84

CASO CLÍNICO, CRISIS RENAL ESCLERODÉRMICA

I.V. Sánchez-Peribán, R.E. Ramírez-Ibarra, E. Ulin-Izquierdo, G. Meza López-Olgún

Hospital General de México Eduardo Liceaga

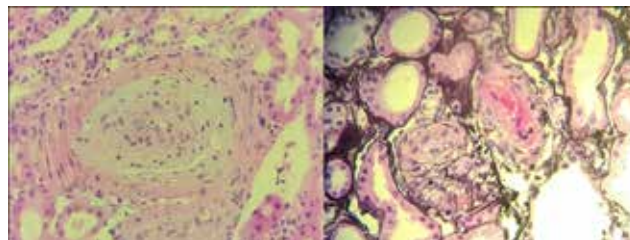
Introducción: La crisis renal esclerodérmica (CRE) es una complicación grave de la esclerosis sistémica (ES) y se caracteriza por hipertensión arterial aguda y falla renal de rápida progresión, con pronóstico malo para función renal y aumento de la mortalidad. Con la aparición de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina I (IECA) en 1980 disminuyó considerablemente la incidencia de CRE y es cada vez menos frecuente, pese a lo cual el pronóstico funcional y de supervivencia de los pacientes es malo a mediano plazo.

Presentación del caso: Hombre de 54 años de edad que en el 2011 inició con fenómeno de Raynaud, úlceras digitales, engrosamiento cutáneo difuso, lesiones en sal y pimienta, roce tendinoso que llevaron a establecer el diagnóstico de ES y el tratamiento con metotrexato. Durante el curso de su enfermedad presentó manifestaciones gastrointestinales (disfagia) y pulmonares, con neumopatía intersticial inespecífica y calcinosis en codos documentadas, y una puntuación de Rodnan de 31 puntos en promedio, por lo que se ajustó el tratamiento con micofenolato de mofetilo.

En 2025 ingresó al servicio de urgencias debido a disminución de la agudeza visual y se identificaron crisis hipertensiva, elevación de azoados, esquistocitos en frotis de sangre periférica y anuria; al interrogatorio dirigido refirió consumo reciente de terapias alternativas (TA). Se inició tratamiento bajo impresión diagnóstica de emergencia hipertensiva que requirió IECA y antagonista del calcio, así como reemplazo de la función renal con hemodíalisis. Se confirmó el diagnóstico de crisis renal esclerodérmica (CRE) de

acuerdo con criterios del UK-SSG 2016, aunado a biopsia renal que registró microangiopatía trombótica activa y crónica con arteriopatía fibrinóide obliterativa avanzada de la íntima (**Figura 1**); el examen oftalmológico reveló retinopatía hipertensiva de inicio reciente. Egresó al normalizar las cifras de tensión arterial y se mantuvo con sesiones de hemodíalisis. Fallece por complicaciones vinculadas tres meses después del egreso.

Figura 1. Microangiopatía trombótica activa y crónica con arteriopatía fibrinóide obliterativa avanzada de la íntima. (CC084)



Discusión: Con el advenimiento del tratamiento con IECA, la incidencia de CRE ha disminuido en gran medida y el panorama pronóstico es más favorable, aunque todavía es una causa notable de morbimortalidad. Las TA contienen con frecuencia dosis variables de glucocorticoides en sus formulaciones y son productos no regulados y de venta libre en el país; la relevancia del caso es la relación de causalidad entre TA y CRE, puesto que existen pocos casos notificados en México que registren la relación entre ambos.

Conclusiones: Los factores relacionados para precipitar una CRE descritos son el uso de glucocorticoides. El consumo de TA presupone un riesgo al ser productos no regulados que tienen con frecuencia glucocorticoides. Concientizar a pacientes y médicos sobre el uso de estos productos evitará precipitar CRE en individuos susceptibles.

Bibliografía

- Bütikofer L, Daikeler T, Hess C, *et al.* ACE inhibitors in systemic sclerosis patients display a risk factor for scleroderma renal crisis—a EUS-TAR analysis. *Arthritis Res Ther.* 2020;22(1):59.
- Mouthon L, Bussone G, Berezne A, *et al.* Scleroderma renal crisis. *J Rheumatol.* 2014;41(6):1040-8.

CCo85

EOSINOFILIA, MONONEUROPATÍA MÚLTIPLE Y PERFORACIÓN INTESTINAL COMO MANIFESTACIONES INICIALES DE GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS. REPORTE DE UN CASO

J.R. Pérez-Romero

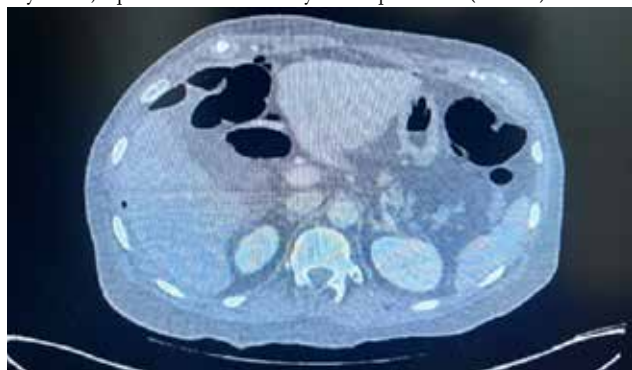
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La granulomatosis eosinofílica con poliangiitis (GEPA) se caracteriza por la presencia de asma relacionada con eosinofilia, infiltración eosinofílica en diferentes órganos y vasculitis de vasos de pequeño y mediano calibre. Está clasificada como vasculitis relacionada con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), que se presentan en menos de la mitad de los pacientes.

Presentación del caso: Paciente de 68 años de edad con antecedente de asma desde los 25 años; tres años antes mostró un aumento de los síntomas respiratorios y cuadros de crisis repetitivas que no requirieron hospitalización, actualmente bajo tratamiento con LAMA, LABA y rescates de salbutamol; refiere última crisis en el mes de abril de 2025 cuando la valoró un neumólogo externo que indicó tratamiento con quinolona respiratoria. Se la envía por seis meses de evolución con exacerbación de rinorrea, tos productiva de esputo hialino, malestar general, astenia y parestias en miembros pélvicos y torácicos. Al interrogatorio dirigido refiere sensación de entumecimiento y debilidad generalizada de predominio en el brazo izquierdo. La exploración

física revela sibilancias espiratorias aisladas, abdomen blando y depresible, rebote negativo; extremidades con lesiones tipo maculares en área poplíteas y tibial de coloración rojo violáceo, no palpables, que no desaparecen con la digitopresión y con márgenes mal limitados, indoloras. Se establece protocolo diagnóstico con los siguientes hallazgos relevantes: leucocitos 19,9, eosinófilos 13,3, VSG 52, PCR 106 y ANCA MPO 60; neuroconducción: estudio anormal; patrón de mononeuropatía múltiple. Tras exclusión de otras causas reumatológicas e infecciosas, al cumplir con cuatro puntos de los criterios clínicos y cinco puntos de laboratorio de EULAR 2022 para clasificación de GEPA se decide inicio de esteroide a dosis altas y rituximab. La paciente egresa por mejoría clínica, pero tres semanas después reingresa por dolor abdominal; se realiza angiotomografía que identifica signos indicativos de perforación intestinal (**Figura 1**) y se practica laparotomía exploradora que revela perforación en íleon terminal de aproximadamente 1 cm de diámetro y que requirió reparación quirúrgica con colocación de ileostomía. Con posterioridad sufre dehiscencia de la herida quirúrgica que exige reintervención quirúrgica; al final se decide la aplicación de inmunoglobulina intravenosa calculada a 2 g/kg de peso, cumplió esquema antibiótico con carbapenémico y se decide egreso de hospitalización por mejoría clínica, sin datos de actividad de la enfermedad.

Figura 1. Angiotomografía abdominal. Proceso inflamatorio inespecífico en colon proximal, aparente perforación con formación de colección aérea adyacente, líquido libre abdominal y neumoperitoneo. (CC085)



Discusión: Es una afección rara, menos frecuente que otras vasculitis ANCA. El diagnóstico diferencial debe considerar otras causas de granulomas y vasculitis, como enfermedades inflamatorias intestinales y otras vasculitis relacionadas con ANCA. La positividad para ANCA (especialmente PR3-ANCA) y la histopatología son claves para confirmar el diagnóstico en pacientes con síntomas GI y evidencia de vasculitis sistémica. Se pueden observar alteraciones de laboratorio inespecíficas. La afectación gastrointestinal es poco frecuente, informada en sólo 0 a 20% de los pacientes y suele manifestarse con síntomas inespecíficos, como dolor abdominal, náusea, vómito y diarrea. Las complicaciones gastrointestinales graves, aunque raras, incluyen hemorragia digestiva, perforación intestinal, formación de abscesos y necrosis de la mucosa.

Conclusiones: Es un padecimiento poco frecuente y clínicamente heterogéneo que puede presentarse fuera de la epidemiología descrita y sin todas sus manifestaciones cardinales. El diagnóstico diferencial debe considerar otras causas de granulomas y vasculitis, como otras vasculitis relacionadas con ANCA y enfermedades inflamatorias intestinales. La positividad para PR3-ANCA y la histopatología son esenciales para confirmar el diagnóstico en pacientes con síntomas GI y evidencia de vasculitis sistémica, así como complicaciones atípicas de ésta, como el caso de la paciente.

Bibliografía

1. BMC Gastroenterology. 2021;21(1):158. doi:10.1186/s12876-021-01730-8.
2. The Journal of Rheumatology. 2018;45(4):529-537. doi:10.3899/jrheum.170249.
3. BMC Gastroenterology. 2018;18(1):154. doi:10.1186/s12876-018-0885-9.
4. Rheumatology International. 2015;35(11):1925-9. doi:10.1007/s00296-015-3334-x.

CCo86

NEURO BEHÇET, UN RETO DIAGNÓSTICO MULTIDISCIPLINARIO

L.A. Rodríguez Gómez¹, A.L. De León Ibarra²

⁽¹⁾UMAE Hospital de Especialidades No. 25 del IMSS, Monterrey, N.L., ⁽²⁾Hospital General de Zona No. 67 del IMSS, Apodaca, N.L.

Introducción: Mujer de 34 años, sin antecedentes familiares de importancia. En 2021 inició con lesiones eritematosas dolorosas en genitales externos, tratadas inicialmente como infecciones recurrentes sin mejoría, pese a múltiples esquemas antivirales y antimicóticos, presento evolución tórpida, con úlceras genitales y perianales de gran tamaño, dolor intenso e incapacitante, lo cual la llevo a múltiples valoraciones en dermatología, ginecología y cirugía, con diagnósticos inconclusos y pobre respuesta al tratamiento.

Presentación del caso: En noviembre 2024 aparecieron síntomas neurológicos: alteración de la marcha, pérdida de fuerza en las cuatro extremidades, caídas desde su plano de sustentación, disartria y diplopía. A ello se sumó la presencia de aftas orales recurrentes. Estos hallazgos, en conjunto con la resistencia a tratamientos convencionales, orientaron el diagnóstico hacia una enfermedad reumatológica. En hospitalización en enero 2025 recibió inmunoglobulina intravenosa y pulsos de metilprednisolona, con mejoría parcial. Sin embargo, persistieron las lesiones cutáneas y la sintomatología neurológica. Estudios de imagen (RMN cerebral) mostraron una lesión extensa en puente y estructuras vecinas, con espectroscopia compatible tanto con neuro-Behçet como con glioma pontino. Como parte del abordaje, se ofreció toma de biopsia de SNC, sin embargo, por el riesgo del procedimiento, la paciente y su familia se negaron a ello. Los estudios de laboratorio más relevantes: 28/05/2025: Citoquímica de LCR: Turbio rosado, leucocitos 0, glucosa 97, DHL 42, proteínas 37.6, eritrocitos 8-10/campo. Citología de LCR: sin pleocitosis, acelular. 29/05/2025: hemoglobina 12.4 g/dL, hematocrito 37.5 %, leucocitos $8.760 \times 10^9/L$, plaquetas $228 \times 10^9/L$. Electrolitos séricos, química sanguínea y pruebas de funcionamiento hepático en rangos dentro de la normalidad.

29/05/2025: Ac anticardiolipinas (-), Ac anticoagulante lúpico (-), VIH no reactivo, VDRL negativo.

Estos hallazgos apoyaron la naturaleza inflamatoria del proceso y descartaron causas infecciosas o neoplásicas.

Entonces, el enfoque diagnóstico se centró en diferenciar entre un proceso inflamatorio autoinmune versus un tumor cerebral. La histopatología de piel sugirió pioderma gangrenoso, y el conjunto de úlceras orales y genitales, manifestaciones cutáneas, compromiso ocular y neurológico apuntaron hacia enfermedad de Behçet con afección neurológica.

El caso fue discutido en forma multidisciplinaria entre neurología, neurocirugía, reumatología y radioterapia. Ante la gravedad y la discapacidad progresiva, se decidió iniciar manejo compasivo con rituximab, explicando riesgos y beneficios. Tras la primera aplicación se observó disminución del dolor y cierta mejoría funcional, quedando pendiente la segunda dosis y seguimiento ambulatorio.

En su última valoración, el 01/09/2025, la paciente permanecía consciente y orientada, con leve recuperación de fuerza motora, aunque sin lograr bipedestación ni deambulación, con remisión casi total de las úlceras orales y genitales. Esto llevó a suspender rituximab e iniciar ciclofosfamida, con actitud expectante ante la falta de respuesta pese a múltiples terapias.

Discusión: Este caso ilustra la complejidad diagnóstica y terapéutica que enfrentamos en la práctica clínica diaria, sobre todo ante enfermedades poco frecuentes. En nuestra paciente, la superposición de síntomas dermatológicos, neurológicos y reumatológicos nos obligó a integrar diferentes disciplinas y a considerar diagnósticos diferenciales graves como tumores del sistema nervioso central.

Conclusiones: La falta de una prueba confirmatoria única en la enfermedad de Behçet convierte este caso en un reto, donde la clínica, el juicio médico y la correlación multidisciplinaria resultan fundamentales, a su vez, remarca la importancia de acompañar a la paciente y su familia en la toma de decisiones difíciles frente a la incertidumbre diagnóstica y terapéutica.

Bibliografía

Belfeki N, Ghriss N, Fourati M, Leclercq D, Saadoun D. Enfermedad de Neuro-Behçet: una revisión. *Rev Med Interne* [Internet]. 2024;45(10):624–33.

CCo87

NEUMONÍA INTERSTICIAL LINFOIDEA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DEL SÍNDROME DE SJÖGREN: CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA Y HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS

S.A. Durán-Montoya¹, L.G. Montano-Montiel², K.L. Chacón-Abril³

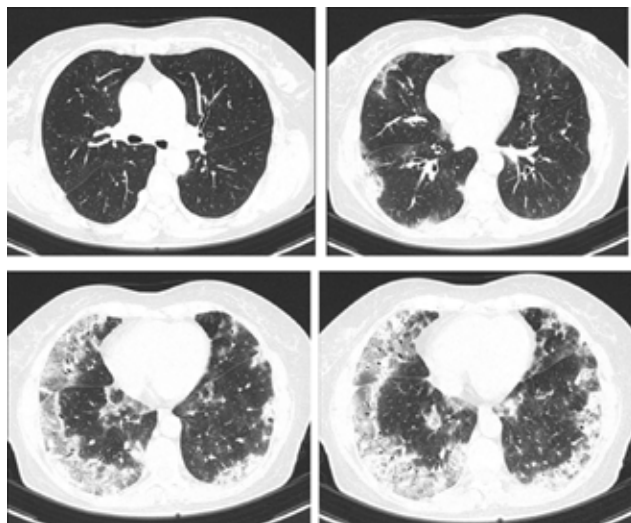
⁽¹⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Hospital Juárez de México, ⁽³⁾Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"

Introducción: En las enfermedades autoinmunes, la neumonía intersticial es una manifestación frecuente y varía su patrón de afectación. En el síndrome de Sjögren (SS), el patrón más común es la neumonía intersticial no específica (NINE), pero la más específica es la neumonía intersticial linfocítica (NIL).

Se presenta el caso de una paciente con este patrón de afectación en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Presentación del caso: Paciente femenina que acudió por dificultad respiratoria y tomografía de tórax con patrón indicativo de neumonía organizada criptogénica (NOC) (**Figura 1**). Debido a la sospecha inicial de tuberculosis miliar o neoplasia se abordaron y descartaron causas infecciosas (micobacterianas, virales y micóticas). Clínicamente mostraba xerostomía, xerodermia y pérdida ponderal de 13 kg en seis meses y parotidomegalia izquierda; y registraba anticuerpos antinucleares positivos en patrón moteado fino (AC-4) a título 1:320, factor reumatoide positivo (1489 UI/mL), hipergammaglobulinemia (2 488 mg/dL) y pruebas de ELISA para Ro (> 200) y La (197,94) positivas. Se confirmó el diagnóstico de SS. La biopsia pulmonar indicó engrosamiento difuso por infiltrado de linfocitos que formaba nódulos de diversos tamaños, sin formar centros germinativos, además de infiltrado por células plasmáticas y presencia de pequeños espacios quísticos. Se estableció el diagnóstico a partir de criobiopsias que mostraron lesiones consistentes con neumonía intersticial linfocítica. Re-

Figura 1. A, corte axial de tórax con áreas de vidrio deslustrado y engrosamiento septal de distribución bilateral. B, imagen con consolidaciones subpleurales y opacidades parcheadas en lóbulos superiores. C, patrón en vidrio esmerilado difuso con tendencia a la afectación basal y periférica. D, consolidaciones con distribución bilateral y predominio en lóbulos inferiores, acompañadas de engrosamiento intersticial. (CC087)



cibió tratamiento con dosis altas de glucocorticoide y posterior descenso, micofenolato de mofetilo y abatacept, con lo que mantuvo buena respuesta clínica y se encuentra en vías de resolución.

Discusión: En este caso, el patrón clínico-radiológico inicial sugería una neumonía organizada; sin embargo, la histología pulmonar reveló infiltrado linfocítico difuso con hiperplasia folicular y se confirmó el diagnóstico de NIL. Este caso refuerza la importancia de considerar la correspondencia directa entre los patrones tomográficos y el diagnóstico definitivo. Algunos estudios han documentado esta discordancia, lo que subraya la necesidad de biopsia en casos con presentación atípica o evolución inesperada.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia de considerar una enfermedad autoinmune como causa de afectación intersticial, sobre todo en pacientes sin diagnóstico reumatológico previo. El síndrome de Sjögren, aunque menos frecuente como manifestación inicial, debe incluirse en el diagnóstico diferencial. En esta paciente, la identificación temprana de un patrón inflamatorio permitió iniciar tratamiento inmunosupresor oportuno y evitar la evolución a fibrosis pulmonar. Además, la buena respuesta clínica con abatacept refuerza su potencial utilidad como alternativa terapéutica en formas resistentes o cuando los inmunosupresores convencionales no son viables.

Así como se han propuesto algunas puntuaciones predictoras de riesgo en la artritis reumatoide, es posible una futura extrapolación y adecuación a pacientes con síndrome de Sjögren para tamizar oportunamente a los pacientes e iniciar tratamiento de forma temprana.

Bibliografía

- Reina D, Roig Vilaseca D, Torrente-Segarra V, et al. Sjögren's syndrome-associated interstitial lung disease: a multicenter study. *Reumatol Clín (Engl Ed)* [Internet]. 2016;12(4):201–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reumae.2015.09.009>
- Thompson G, Mclean-Tooke A, Wrobel J, et al. Sjögren syndrome with associated lymphocytic interstitial pneumonia successfully treated with tacrolimus and abatacept as an alternative to rituximab. *Chest* [Internet]. 2018;153(3): e41–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2017.12.010>
- Flament T, Bigot A, Chaigne B, et al. Pulmonary manifestations of Sjögren's syndrome. *Eur Respir Rev* [Internet]. 2016;25(140):110–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1183/16000617.0011-2016>

CCo88

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

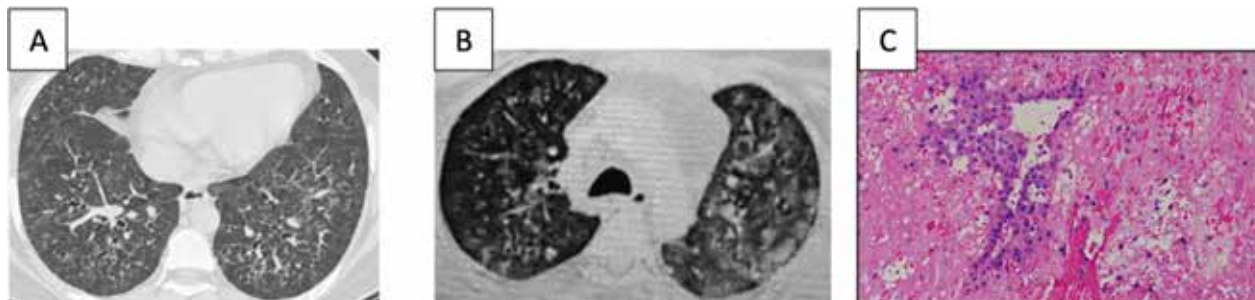
J.I. Reyes-Sepeda, I.J. López-Alonso, E.A. Carvajal-Hernández, D.A. García-Contreras, D.C. Luengo-Caballero

Hospital Central Militar

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) suele relacionarse con entidades autoinmunes bien caracterizadas; sin embargo, su presentación inicial como hallazgo radiológico inespecífico representa un reto diagnóstico que exige un abordaje multidisciplinario, ya que podría ser la única manifestación de la enfermedad reumatológica.

Presentación del caso: Mujer de 52 años sin antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes, con antecedentes de diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica e hipotiroidismo, que inicia su padecimiento con disnea MMRC 2. La TAC-AR revela hallazgos radiológicos de EPID y patrón NINE (**Figura 1**); durante el abordaje se solicita perfil de autoinmunidad con los siguientes resultados: complemento normal, ANA 1:320, patrón nuclear homogéneo, con especificidades para LES negativas, anticardiolipina IgG > 2 024 U/mL, anticardiolipina IgM 43 MPL, anti-β2 glucoproteína IgG > 6 100 U/mL, antifosfolípidos IgM 31,2 U/mL, antifosfolípidos IgG 163,2 U/mL y anticoagulante lúpico positivo. Se determina el diagnóstico de EPID relacionada con SAAF y se instituye tratamiento con inmunosupresión a base de prednisona, ácido micofenólico, hidroxiquina, enoxaparina y rituximab. En seguimiento posterior a dos meses de inicio de tratamiento muestra un

Figura 1. A, TAC-AR con imagen de vidrio despolido multifocal, engrosamiento septal interlobulillar e intralobulillar de predominio basal. B, TAC simple que muestra patrón de vidrio esmerilado de predominio basal y micronódulos de distribución peribronquial indicativos de hemorragia alveolar. C, corte histológico (40x), fragmento de vegetaciones de válvula mitral con tejido fibroconectivo hialinizado con focos de necrosis isquémica y hemorragia reciente que rodea al escaso epitelio endotelial esfacelado reactivo. (CC088)



cuadro de una semana de evolución con tos productiva, expectoración blanquecina y disnea MMRC 3; se documenta exacerbación infecciosa tratada con antibioticoterapia a base de antibiótico de amplio espectro; evoluciona con dolor torácico, hemoptoicos y síndrome de dificultad respiratoria grave por $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ de 94 mmHg, que requiere tratamiento avanzado de la vía respiratoria y, debido a la hemorragia alveolar, se iniciaron pulsos de metilprednisolona, plasmaféresis e inmunoglobulina; pasa a lavado bronquioalveolar con cultivo de secreción bronquial positivo a *Pseudomonas aeruginosa*. La hemorragia alveolar remite con datos clínicos de insuficiencia cardíaca y el ecocardiograma transesofágico documenta válvula mitral con engrosamiento y calcificación ligera de puntas de ambas valvas con imágenes móviles indicativas de vegetación/trombosis, así como perforación de valva posterior e insuficiencia mitral grave, por lo que se programa para recambio valvular. En el posoperatorio temprano experimenta taquiarritmia ventricular y paro cardiorrespiratorio, con muerte posterior.

Discusión: La trascendencia de este caso radica en la importancia de reconocer la EPID como posible manifestación inicial de enfermedades autoinmunes sistémicas; la SAAF es una relación poco frecuente y aún no considerada en el estudio inicial de una neumopatía intersticial de características autoinmunes.

Conclusiones: En el abordaje de la enfermedad pulmonar intersticial difusa deben considerarse las diferentes causas autoinmunes, ya que el inicio temprano de tratamiento inmunosupresor e inmunomoduladores intensivos puede ser la única oportunidad de modificar la evolución de la enfermedad pulmonar y su pronóstico.

Bibliografía

1. Fischer A, Antoniou KM, Brown KK, *et al.* An official European Respiratory Society/American Thoracic Society research statement: Interstitial pneumonia with autoimmune features. In: European Respiratory Journal. European Respiratory Society. 2015:976-87.
2. Barbhuiya M, Zuily S, Naden R, *et al.* 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria. Annals of the Rheumatic Diseases. 2023;82(10):1258-70.

CCo89

SÍNDROME ANTISINTETASA Y TERATOMA, ¿CAUSALIDAD O CASUALIDAD?

M.E. Rodríguez-García¹, D.R. Torres-Arredondo¹, D. Gasca-Escobar¹, P. Rodríguez-Henríquez¹, L. Becerril-Mendoza²

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

Introducción: El síndrome antisintetasa es una entidad poco frecuente dentro de las miopatías inflamatorias idiopáticas, caracterizada por presencia de anticuerpos contra aminoacil-tRNA sintetetas; el anti-Jo-1 es el más común. Su espectro clínico incluye miositis, enfermedad pulmonar

intersticial difusa, artritis, fenómeno de Raynaud y lesiones cutáneas de tipo manos de mecánico. La presencia concomitante de anti-MDA5 confiere un fenotipo más agresivo, vinculado con EPID de rápida progresión y mayor mortalidad.

Presentación del caso: Se trata de una mujer de 29 años con diagnóstico de dermatomiositis desde 2012, inicialmente con debilidad muscular proximal y eritema en heliotropo. Recibió tratamiento con prednisona y azatioprina, con respuesta parcial. En 2024 experimentó reactivación con debilidad proximal simétrica (fuerza 3/5), artritis de pequeñas articulaciones, fenómeno de Raynaud, exantema malar y manos de mecánico; acude a urgencias por incapacidad para la deambulación. Ingresó con CPK 3 575 U/L, mioglobina > 1 000 ng/mL y DHL 377 U/L. La inmunología mostró ANA 1:640 patrón citoplasmático, anti-Jo-1 +++ y anti-MDA5 ++, con panel negativo para esclerosis. La TAC de tórax evidenció engrosamiento septal basal, vidrio despolido y reticulación basal indicativa de EPID incipiente; la espirometría mostró patrón restrictivo leve. Se ajusta tratamiento con micofenolato de mofetilo (2 g/día), prednisona en reducción e hidroxiquinona, con consecución de normalización de enzimas musculares y recuperación fuerza; sin embargo, persistieron estertores en velcro y fenómeno de Raynaud. En febrero de 2025, una tomografía abdominopélvica solicitada por dolor abdominal identificó hallazgo incidental consistente con teratoma ovárico, por lo cual se inició tamizaje oncológico con resultados negativos para otros tumores sólidos malignos. En julio de 2025, debido a debilidad y progresión pulmonar, se decidió escalar tratamiento con ciclofosfamida IV mensual. Se la envió al servicio de ginecología para valoración quirúrgica ovárica; actualmente con curso estacionario.

Discusión: El síndrome antisintetasa es heterogéneo y su diagnóstico requiere integrar clínica, inmunología e imágenes. La doble positividad Jo-1 + MDA5 es rara, pero se vincula con mayor riesgo de compromiso pulmonar y evolución tórpida. En esta paciente, con EPID progresiva y actividad muscular a pesar de inmunosupresores convencionales, se decidió escalar a ciclofosfamida intravenosa en esquema mensual, en concordancia con las guías EULAR/ACR y británicas 2022, que recomiendan su uso en enfermedad pulmonar intersticial resistente o de curso agresivo. Menos del 1% de estos pacientes presenta doble positividad anti-MDA5 y anti-ARS; esta presentación es muy rara, pero de gran interés clínico. La EPID constituye el principal factor pronóstico. Adicionalmente, el caso enfatiza que las comorbilidades desempeñan un papel central en el abordaje. El hallazgo incidental de teratoma es un matiz relevante: si bien se descartó dermatomiositis paraneoplásica (TIF1-γ negativo), en las publicaciones médicas se han descrito relaciones entre dermatomiositis y tumores ováricos, incluidos los teratomas benignos. Este contraste enfatiza que el tamizaje oncológico es obligatorio en todo paciente con miopatías inflamatorias, así como el seguimiento estrecho con PFR y TAC seriadas para decidir intervenciones oportunas.

Conclusiones: Se presenta un caso de síndrome antisintetasa doble positivo con manifestaciones multisistémicas (músculo, pulmón, piel, articulaciones y Raynaud), que evolucionó hacia fenotipo de sobreposición, según la positividad de anti-MDA5. Este caso subraya la relevancia del perfil serológico, el abordaje multidisciplinario y el inicio oportuno de inmunosupresión intensiva en pacientes con EPID.

Bibliografía

- Chen X, Zhang L, Jin Q, *et al.* The clinical features and prognoses of anti-MDA5 and anti-aminoacyl-tRNA synthetase antibody double-positive dermatomyositis patients. *Front Immunol.* 2022;13:987841. doi:10.3389/fimmu.2022.987841
- Patel P, Marinock JM, Ajmeri A, *et al.* A Review of antisynthetase syndrome-associated interstitial lung disease. *Int J Mol Sci.* 2024;25(8):4453. doi:10.3390/ijms25084453.
- Wu H, Lu Y, Hu R, *et al.* Anti-neutrophil cytoplasmic antibody associated vasculitis in patients with rheumatoid arthritis. *BMC Nephrol* 2022;23(1):138.

CC090

POLIANGITIS MICROSCÓPICA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE: UNA CONVERGENCIA INFRECLENTE PERO DESAFIANTE

A. Bautista-De la Cruz, L.V. Maya-Piña, R.E. Barbosa-Cobos, J.R. Rodríguez-Rincón, G.E. Lugo-Zamudio

Hospital Juárez de México

Introducción: La poliangitis microscópica (PAM) es una vasculitis sistémica rara vez relacionada con artritis reumatoide (AR). Un estudio que evaluó a 247 pacientes con vasculitis vinculadas con ANCA informó superposición con otra enfermedad autoinmune en un 11%, y la afección más frecuente fue la AR (39%). La detección temprana de la coexistencia de PAM con AR requiere alta sospecha clínica y análisis histopatológico para descartar diagnósticos diferenciales como amiloidosis y glomerulonefritis membranosa.

Presentación del caso: Mujer de 28 años con antecedente de AR de 10 meses de evolución en tratamiento con metotrexato (15 mg/sem) y leflunomida (20 diarios) y DAS28-PCR con actividad alta de la enfermedad; la paciente acudió a urgencias por hematuria macroscópica súbita, parestias de ambas piernas, motivo de ingreso para protocolo de estudio. EF: sinovitis en primera a quinta metacarpofalángicas bilaterales, primera a cuarta interfalángicas proximales bilaterales, carpos y rodillas, además de dolor a la exploración de tobillos; pierna derecha con tono conservado, fuerza con déficit focal 1/5 de Daniels, hipoestesia en cara anterolateral de pierna y dorso de pie derecho, reflejos rotuliano y aquileo conservados. Estudios de laboratorio: **Tabla 1.** Biopsia renal: **Figura 1,** IFD con inmunorreactantes negativos. Estudio de conducción nerviosa: mononeuropatía múltiple de carácter axonal, con compromiso del nervio peroneo derecho y su rama superficial. Se concluyó PAM acorde a los criterios de clasificación ACR/EULAR 2022 (9 puntos): anti-MPO positivos y glomerulonefritis pauciinmune confirmada por biopsia. Se descartaron otras vasculitis de vaso pequeño. Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona seguidos de ciclofosfamida; para mantenimiento se indicaron micofenolato de mofetilo y glucocorticoide en dosis reducción; posteriormente debido a la resistencia se cambió a rituximab, con respuesta favorable.

Discusión: La relación entre AR y PAM es rara; entre las posibles razones para la vinculación de vasculitis relacionadas con ANCA y AR se incluyen predisposiciones genéticas comunes en autoinmunidad que afectan la región HLA o genes como el *CTLA4* o *PTPN22*; debe buscarse intencionadamente esta relación en casos con manifestaciones clínicas atípicas de AR, como proteinuria, hematuria y neuropatía periférica, con el objetivo de disminuir la morbilidad y la mortalidad de los pacientes.

Conclusiones: La coexistencia de PAM y AR implica un alto riesgo de compromiso multiorgánico con mal pronóstico. El diagnóstico temprano y confirmación histopatológica son claves para iniciar un tratamiento oportuno y mejorar la supervivencia. La identificación de factores genéticos compartidos podría explicar esta convergencia y guiar estrategias terapéuticas específicas en un futuro.

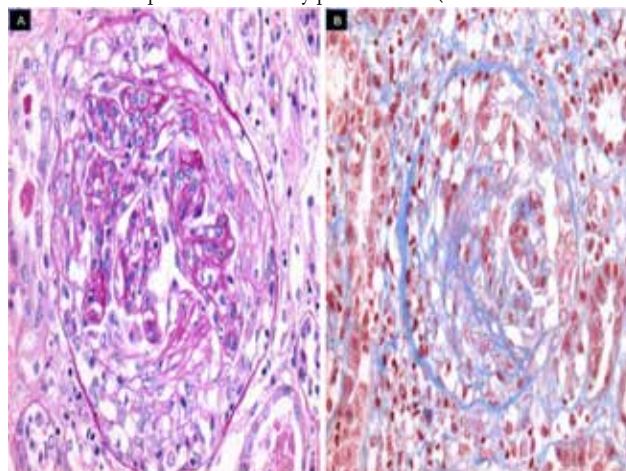
Bibliografía

- Bolotin D, O'Brien C, Ranganath VK, *et al.* ANCA-associated vasculitis in patients with rheumatoid arthritis: a single-center cohort study. *Semin Arthritis Rheum* 2025;71:152648.

Tabla 1. Resultados de laboratorio. (CC090)

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Hemoglobina	9,0 g/dL	12-16 g/dL
Hematócrito	28,1%	36-46%
VCM	84 fL	80-96 fL
Creatinina	10,43 mg/dL	0,6-1,1 mg/dL
Plaquetas	294 × 10 ³ /μL	150-450 × 10 ³ /μL
Albúmina	3,0 g/dL	3,5-5,0 g/dL
Proteinuria total 24 h	1,9 g/24 h	< 0,15 g/24 h
Anti-CCP	464 U/mL	< 20 U/mL
Factor reumatoide	1,074 IU/mL	< 20 IU/mL
ANA	1:640 patrón homogéneo	Negativo o < 1:80
Anti-dsDNA	128,4 IU/mL	< 30 IU/mL
Anti-Sm	< 7 UR/mL	Negativo
Anti-RNP	< 7 UR/mL	Negativo
Anti-Scl-70	< 7 UR/mL	Negativo
Complemento C3	83,1 mg/dL	90-180 mg/dL
Complemento C4	0,7 mg/dL	10-40 mg/dL
PCR	192 mg/L	< 5 mg/L
VSG	32 mm/h	< 20 mm/h
p-ANCA	1:320	Negativo
c-ANCA	Negativo	Negativo
EGO	Eritrocitos 40-45/campo; sedimento activo con acantocitos y eritrocitos dismórficos	Sin eritrocitos, sedimento inactivo

Figura 1. Biopsia renal. A, fotomicrografía a 400x. Tinción PAS. Glomérulo con proliferación extracapilar activa (semiluna celular/fibrocelular) que ocupa gran parte del espacio de Bowman, en relación con lesiones necrosantes fibrinoides en asas capilares. B, tricrómico de Masson. Se reconocen necrosis fibrinoide en asas capilares glomerulares con proliferación extracapilar activa e infiltrado inflamatorio intersticial, fibrosis intersticial leve (grado I, 10-15%), hallazgos concordantes con glomerulonefritis proliferativa extracapilar activa difusa y pauciinmune. (CC090)



CC091

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, LA ENFERMEDAD IMITADORA: NEFROPATÍA LUPUS-LIKE EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

M. Ovando-Castillo¹, H. Menchaca-Aguayo², E. Faugier-Fuentes³

⁽¹⁾Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET), ⁽²⁾Hospital General Agustín O'Horán, ⁽³⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La nefritis lúpica representa una de las complicaciones más graves del lupus eritematoso sistémico (LES) pediátrico, diagnosticada mediante criterios clínicos, serológicos e histológicos. Sin embargo, diversas anomalías infecciosas pueden simular este cuadro, particularmente el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), causante de la enfermedad renal por complejos inmunes relacionada con VIH (HIVICK). Se presenta el caso de un adolescente inicialmente diagnosticado con nefritis lúpica, en quien más adelante se identificó infección por VIH.

Presentación del caso: Adolescente masculino de 16 años con antecedente de seis meses de síndrome constitucional, dermatosis maculopapulares, cefalea, alopecia difusa, serositis, síndrome nefrótico y deterioro progresivo de la función renal, que requirió tratamiento de sustitución renal. Los estudios iniciales mostraron linfopenia, hipocomplementemia y anticuerpos antinucleares (ANA) patrón moteado fino 1:320, con anti-dsDNA negativos. La biopsia renal evidenció glomerulonefritis proliferativa difusa (clase IV). Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de LES de acuerdo con los criterios SLICC 2012 y se inició tratamiento multiobjetivo (ciclofosfamida, micofenolato, metilprednisolona y prednisona). Durante la evolución presentó infecciones oportunistas recurrentes (*Giardia lamblia*, *Blastocystis hominis*, tiña extensa, citomegalovirus, SARS-CoV-2), pérdida de peso y diarrea crónica. Ante la sospecha de inmunodeficiencia se realizó abordaje y se confirmó VIH positivo por ELISA. Se suspendió la inmunosupresión y se inició tratamiento antirretroviral (ABC/3TC/DTG) más profilaxis para infecciones oportunistas, con recuperación clínica y mejoría inmunológica y parcial de la función renal.

Discusión: Este caso resalta la dificultad para diferenciar la nefritis lúpica de la HIVICK. La positividad de ANA a títulos altos con hipocomplementemia y el resultado de la biopsia renal de nefritis lúpica sugirieron inicialmente el diagnóstico de LES. Sin embargo, la evolución desfavorable y la inmunodeficiencia progresiva llevaron a replantear el diagnóstico. El VIH puede causar daño renal a través de depósitos de inmunocomplejos, glomerulonefritis membranoproliferativa, proliferación mesangial o nefropatía colapsante. Las publicaciones médicas describen la HIVICK como un imitador del LES, en especial en pacientes jóvenes.

Conclusiones: En pediatría deben considerarse los simuladores del LES ante cuadros de evolución tórpida y hallazgos serológicos atípicos. La HIVICK representa un diagnóstico diferencial clave, ya que la inmunosupresión puede agravar la inmunodeficiencia y aumentar la morbilidad. Además, es fundamental descartar infecciones, como VIH, antes de iniciar inmunosupresión en adolescentes con enfermedades reumáticas.

Bibliografía

- Kofotolios I, Tsiakas S, Skalioti C, *et al.* Treatment of HIV-associated lupus-like membranous nephropathy with tacrolimus: case report and literature review. *Life* (Basel). 2023.
- Gindea S, Schwartzman J, Herlitz LC, *et al.* Proliferative glomerulonephritis in lupus patients with human immunodeficiency virus infection: a difficult clinical challenge. *Semin Arthritis Rheum.* 2010;40(3):201-9.

CC092

VASCULITIS POR IgA EN PACIENTE ADULTO CON INFECCIÓN POR VIH

G. Varela-Rivera, C.V. Cruz-Reyes

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

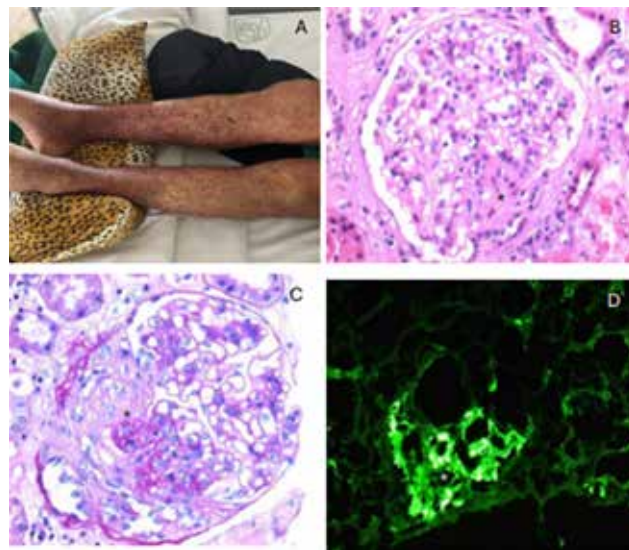
Introducción: La vasculitis por IgA es una vasculitis de vaso pequeño mediada por depósitos perivasculares de inmunoglobulina A y activación de neutrófilos. Su presentación típica incluye púrpura palpable, artritis/artralgias, manifestaciones gastrointestinales y glomerulonefritis de rápida progresión, esta última más frecuente y grave en adultos (45-85%) que en niños. En adultos, la incidencia se aproxima a 1 por millón de habitantes por año y el pronóstico renal es menos favorable, con avance a enfermedad renal crónica en 8 a 68% de los casos. La biopsia renal confirma el diagnóstico al demostrar glomerulonefritis proliferativa con depósitos mesangiales de IgA.

Presentación del caso: Paciente masculino de 28 años con antecedente de infección por VIH bajo tratamiento antirretroviral con buena adherencia (carga viral indetectable, CD4 373,6) y sífilis latente tratada. En enero de 2025 presentó púrpura palpable en extremidades inferiores, poliartritis de rodillas, tobillos, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, además de síndrome diarreico (**Figura 1**). Durante su evaluación se documentó IgA sérica elevada (432,1 mg/dL), ANA, ANCA y ENA negativos, complemento normal, por lo que se realizó biopsia de piel que identificó dermatitis perivascular leve. Se consideró vasculitis IgA y recibió prednisona (50 mg/24 h), con mejoría parcial de las manifestaciones iniciales.

En abril de 2025 mostró síndrome nefrítico caracterizado por proteinuria de 4,74 g/24 h, hematuria con 100% de eritrocitos dismórficos, sin deterioro de la función renal, con creatinina entre 0,8 y 1,0. Una biopsia renal mostró depósitos mesangiales de IgA con proliferación mesangial y endocapilar, lo que confirmó el diagnóstico de nefropatía por IgA relacionada con vasculitis IgA.

Se inició tratamiento con ácido micofenólico (1 g/24 h) y tacrolimus (4 mg/24 h), con lo que ha mostrado mejoría al disminuir las proteínas en orina de 24 horas a 710 mg/24 h.

Figura 1. A, se observan lesiones vasculíticas en ambas extremidades inferiores. B, corte histológico de tejido renal en tinción H-E de una lesión en semiluna*. C, corte histológico renal en tinción PAS de semiluna fibrosa*. D, inmunofluorescencia con depósitos de IgA*. (CC092)



Discusión: La vasculitis por IgA en adultos tiene diferencias clínicas y pronósticas respecto de la forma pediátrica: menor incidencia, mayor gravedad y peor evolución renal. La patogenia implica la producción de IgA1 con glucosidos anómalos, formación de inmunocomplejos y depósito en vasos de la piel, tracto gastrointestinal y glomerulos, lo cual precipita inflamación local. Entre los factores desencadenantes se incluyen infecciones respiratorias y gastrointestinales, fármacos y alimentos. Puede presentarse de forma concomitante con infección por VIH, una relación poco frecuente informada sólo en serie de casos; los factores relacionados son conteo de CD4 bajos, concomitancia con sífilis, mala adherencia al tratamiento y carga viral alta. El compromiso renal es el principal determinante del pronóstico a largo plazo. En adultos, la presentación con proteinuria en límites nefróticos, hematuria dismórfica y proliferación endocapilar en biopsia indica alto

riesgo de evolución a enfermedad renal crónica. La detección temprana del compromiso renal y la institución de tratamiento inmunosupresor adecuado son clave para preservar la función renal. El tratamiento depende de la gravedad: formas leves pueden tratarse de manera sintomática, mientras que las graves requieren inmunosupresión, habitualmente con esteroide, micofenolato, ciclofosfamida o rituximab.

Conclusiones: La vasculitis por IgA en adultos con VIH es una alteración rara, cuyo diagnóstico requiere entender las manifestaciones clínicas y asistencia de histopatología. El compromiso renal define el pronóstico y exige seguimiento estrecho para prevenir el avance a enfermedad renal crónica. El uso de inmunosupresores como micofenolato y tacrolimus puede ser una opción terapéutica eficaz en casos con afectación renal grave.

Bibliografía

Pillebout E, Sunderkötter C. IgA vasculitis. *Seminars in Immunopathology*. 2021 Jun 25.

CC093

ARTRITIS REUMATOIDE Y SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT. REPORTE DE UN CASO

M.A. Díaz Ceballos Moreno

Hospital General Darío Fernández Fierro

Introducción: Las infecciones relacionadas con las enfermedades autoinmunes son más prevalentes en los pacientes tratados con fármacos biológicos. El síndrome de Ramsay Hunt (SRH) es la relación de parálisis facial periférica con una erupción vesicular localizada en el pabellón auricular, secundaria a una infección por el virus de la varicela zóster. Es la segunda causa más común de parálisis facial traumática y origen aproximado de 10 a 2% de las parálisis faciales agudas. La incidencia anual es de 5 por cada 100 000 habitantes en Estados Unidos. Su diagnóstico es clínico y las manifestaciones son síntomas neurológicos, parálisis facial y lesiones herpéticas características.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente femenina de 68 años con antecedentes de fibrosis pulmonar desde 2021 en seguimiento por el servicio de neumología y diagnóstico de DM2 desde 2014, actualmente en control y seguimiento. Artritis reumatoide desde 2008, resistente a FARME sc, por lo que se inició adalimumab, con buena respuesta clínica por 12 años, pero debido a la falla secundaria hace tres años se inició abatacept con buena respuesta clínica por DAS 28, ahora en remisión; al año de tratamiento con este último fármaco experimentó súbitamente otalgia y otitis seropurulenta del oído derecho con una evolución de dos días, por lo que acudió al otorrinolaringólogo, quien inició tratamiento, sin respuesta favorable (**Figura 1**). Se agregaron parálisis facial y lesiones herpéticas en hemicara derecha y un nuevo facultativo emite el diagnóstico de SRH, además de tratamiento con antivirales y rehabilitación que dura hasta este momento. En 2024 se colocó una placa metálica en el párpado derecho como parte del tratamiento de secuelas de parálisis facial y hoy en día se halla en espera de un nuevo acto quirúrgico en el mismo párpado para rehabilitar sus secuelas.

En el seguimiento del tratamiento de la AR se propuso el cambio de fármaco biológico por actividad de la AR, desde ocho meses antes, dado que no aceptó la modalidad intravenosa como alternativa de tratamiento y bajo control de dicho síndrome; se propuso la administración del baricitinib, previa vacunación, y desde hace seis meses se mantiene estable en términos clínicos, con CDAI 4 hasta la fecha.

Discusión: La farmacovigilancia en los pacientes tratados con fármacos biológicos es esencial; las infecciones pueden ser más frecuentes en pacientes inmunocomprometidos; aunque el SRH se presenta más a menudo en adultos jóvenes, este caso sugiere que puede ocurrir en adultos mayores. Indagar los antecedentes de la infección por el virus de la varicela zóster en estos pacientes debe considerarse un dato importante en la determinación del riesgo de aparición de esta entidad, lo cual subraya la importancia del seguimiento de largo plazo de estos pacientes tratados con modalidades combinadas con FARME sc y fármacos biológicos.

Figura 1. (CC093)



Conclusiones: El tratamiento con compuestos biológicos combinados se vincula más a menudo con infecciones, incluidas las presentaciones poco frecuentes o atípicas como el SRH.

Bibliografía

1. Becerra-Mejía D, Roa-Gómez JD, Mendoza-Durán LD, *et al*. Síndrome de Ramsay Hunt: revisión narrativa. *Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2021;49(1):63-71. DOI. 10.37076/acorl.v49i1.522.
2. Siegel CH, Sammaritano LR. Systemic lupus erythematosus. *JAMA*. 2024;331(17):1480-91.
3. Gladman DD, Ibáñez D, Urowitz MB. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. *J Rheumatol*. 2002;29(2):288-91.

CC094

ENFERMEDAD GLOMERULAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE SJÖGREN

J. Lembrino-Teoyotl

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

Introducción: La enfermedad de Sjögren es un trastorno autoinmune con fenotipos diversos dependientes del órgano de afectación dominante. Suele reconocerse en particular por afectación glandular salival y lagrimal. Hasta 15% de los pacientes con enfermedad primaria muestran compromiso extraglandular clínicamente relevante en órganos. Se calcula que la enfermedad renal ocurre en al menos el 5% de pacientes con enfermedad primaria. Histopatológicamente, en la enfermedad renal se identifica afectación epitelial y no epitelial causada por un infiltrado mononuclear

diverso y complejos autoinmunes, con una trascendencia clínica y pronóstica diversa.

Presentación del caso: Mujer de 28 años valorada por reumatología después de un estudio preoperatorio sistemático, en el que el servicio de cirugía identificó una enfermedad renal crónica subclínica. Se la remite de modo inicial al servicio de nefrología y se realizan estudios complementarios y una biopsia renal (Tablas 1 y 2 y Figura 1). El informe histopatológico muestra esclerosis glomerular con atrofia y fibrosis tubulointersticial grave.

Tabla 1. (CC094)

Estudios	Determinación
Urea	56 mg/dL
Creatinina sérica	2,22 mg/dL
Tasa de filtrado glomerular CK-EPI 2021 (creatinina)	30,22 ml/min/1,73 m ² (G3b moderada a gravemente disminuida)
Leucocitos	5,7 10 ³ /uL
Hemoglobina	13,4 g/dL
Plaquetas	245 miles/μl
Velocidad de eritrosedimentación	47 mm/h
Fracción C3 de complemento	107 mg/dL
Fracción C4 de complemento	4,4 mg/dL
Anticuerpos anticelulares	Nuclear granular fino 1:1280 (método: IFI, sustrato: no especificado)
Anticuerpos anti-Ro (SSA)	1 374
Anticuerpos anti-La (SSB)	1 550
Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA)	Negativo

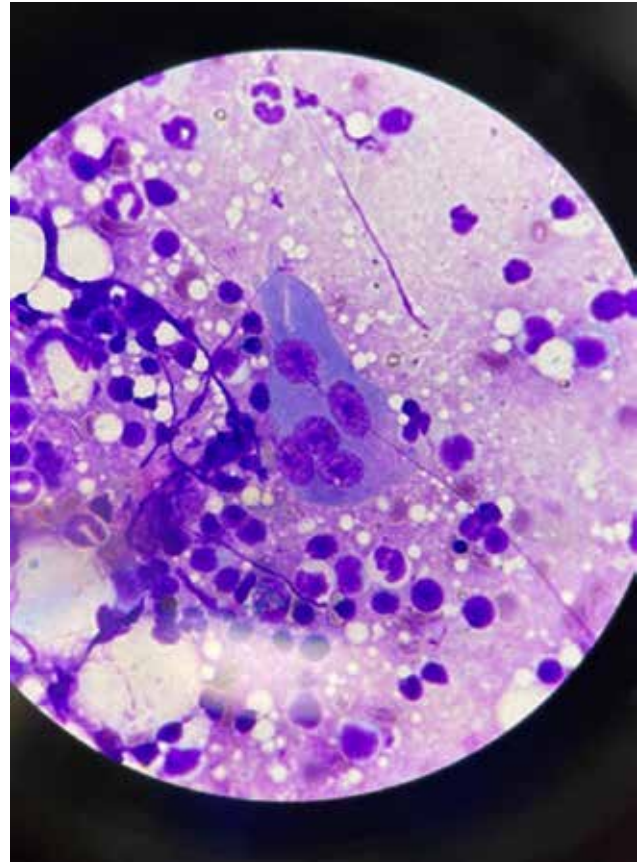
Tabla 2. (CC094)

	Ferritina (ng/ml)	Fibrinógeno (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)	Plaquetas (x10 ⁹ /L)	PCR (mg/L)
1.06.25	32 000	151	827	89	47
7.06.25	6 062	190	458	75	23
8.07.25	3 203	500	280	94	19
25.07.25	3 559	175	230	57	22
2.08.25	3 671	462	233	168	17
25.08.25	3 079	349	165	74	12,3
29.07.25	biopsia renal: sin patrón de daño glomerular. Inmunofluorescencia IgG, IgA, IgM, C1Q, C3C negativos.				

Discusión: La infiltración linfoplasmocítica causa disfunción epitelial y es la característica fisiopatológica central en la enfermedad de Sjögren. En la afectación renal se identifica por lo general un patrón de compromiso intersticial y, de forma menos frecuente, glomerular. Debido a la variabilidad de la presentación clínica y ausencia de marcadores específicos, muchas veces se infradiagnostica. Oscila entre una clínica ausente y grados de actividad de baja a alta, por lo que la incidencia y prevalencia no son precisas. En un estudio unicéntrico de India de 179 pacientes en una cohorte de 20 años se identificó afectación renal clínicamente relevante en 54 pacientes (30,17%) y, de 10 biopsias renales disponibles, ocho mostraron afectación tubulointersticial y dos glomerulonefritis. Estos datos muestran las limitaciones al reconocer la lesión renal, especialmente porque las disregulaciones tienen un carácter crónico silente en la mayoría de los casos.

En una cohorte de 156 pacientes con esclerosis sistémica, la presencia de anticuerpos anti-Ro elevó el riesgo de enfermedad pulmonar intersticial, con fibrosis cutánea más grave en los pacientes con esclerosis sistémica (*odds ratio* (OR) = 2,67; intervalo de confianza (IC) 95%, 1,14-6,30; *p* = 0,024). Se reconoce que los anticuerpos anti-Ro (SSA) suelen identificarse en escenarios histopatológicos en los que hay fibrosis de diferentes órganos. Este caso ilustra la complejidad de las presentaciones en la enfermedad de Sjögren.

Figura 1. Hemofagocitos en aspirado de médula ósea. (CC094)



Conclusiones: Se presenta el caso de una mujer asintomática quien al momento de la valoración no refiere xeroftalmía ni xerostomía. Tiene evidencia histológica de afectación renal y muestra cambios consecuentes de una inflamación crónica sostenida autoinmune con altos valores de anticuerpos. Los anticuerpos anti-Ro (SSA) se encuentran dirigidos a subunidades 52 y 60 localizadas en el citoplasma y el núcleo, respectivamente. El papel patogénico no es del todo claro, ya que los anticuerpos anti-Ro60 que participan en la síntesis de polimerasa de ARN son determinantes en procesos inflamatorios y fibróticos. La patogenia de la afectación renal no es clara, aunque se relaciona con los complejos inmunes y el descenso de complemento. Se reconoce que los anticuerpos anti-Ro (SSA) suelen reconocerse en escenarios histopatológicos con fibrosis de diferentes órganos. Este caso ilustra la complejidad de las presentaciones en la enfermedad de Sjögren.

Bibliografía

- Beydon M, McCoy S, Nguyen Y, *et al.* Epidemiology of Sjögren syndrome. *Nature Reviews Rheumatology* [Internet]. 2023;18:1-12. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41584-023-01057-6>
- Aiyegbusi O, McGregor L, McGeoch L, *et al.* Renal disease in primary Sjögren's syndrome. *Rheumatology and Therapy*. 2020;4;8(1):63-80.

CC095

ARTROPATÍA EROSIVA Y MIOCARDITIS EN SARCOIDOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. C. Chávez-Ávila, L.G. Montano-Montiel, L.V. Maya-Piña, C. Hernández-Díaz, R.E. Barbosa-Cobo

Hospital Juárez de México

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria que puede afectar a diversos órganos. Cuatro de cada 10 personas con esta anomalía presentan síntomas musculoesqueléticos, como artralgias o artritis. Algunas veces, el inicio es una artritis aguda que se autolimita, como en el síndrome de Löfgren, pero en otros casos la inflamación se mantiene y provoca daño óseo acompañado de deformidad. Una forma poco común es la artropatía de Perthes-Jüngling, que se reconoce por lesiones óseas de predominio distal y acroosteólisis con una prevalencia de 1 a 15%. La miocarditis infiltrativa se presenta en el 2 a 7% de los casos con sarcoidosis. La identificación de sarcoidosis con manifestaciones extrapulmonares atípicas representa un reto diagnóstico debido a falta de una prueba definitiva, lo que ocasiona un retraso en el diagnóstico de tres a cinco años.

Presentación del caso: Mujer de 56 años con antecedente de exposición al humo de soldadura durante 10 horas diarias por dos años y hospitalizaciones por angina inestable e insuficiencia cardíaca congestiva global NYHA III, sin causa identificada. El padecimiento actual inició ocho meses antes con astenia, adinamia, fiebre cuantificada en 38° sin predominio de horario, pérdida de peso cuantificada en 30 kg no intencionada, y poliartralgias de tipo inflamatorio de pequeñas y grandes articulaciones con artritis de carpos, MCF, IFP e IFD. Acude al servicio de urgencias y en la exploración física se identificaron contractura en flexión de IFD y encuadramiento de ambos carpos. Los estudios de laboratorio más importantes se sintetizan en la **Tabla 1**. La **Figura 1A-B** muestra el aspecto anatómico de las manos de la paciente (CH1), mientras que la **Figura 1C-E** ilustra los estudios de imagen relevantes. La RM cardíaca identifica datos de miocarditis (criterios de Lake Louise). Se descartaron

causas autoinmunes, como artritis reumatoide, enfermedad de Sjögren, lupus eritematoso sistémico, así como entidades infecciosas y neoplásicas.

Discusión: En algunos pacientes, la sarcoidosis puede afectar con un patrón poco común y de manera crónica las articulaciones, la denominada artropatía de Perthes-Jüngling. Esta forma rara, y a menudo confundida con artritis reumatoide, se reconoce en las imágenes radiológicas por áreas de hueso dañado y acortamiento de los dedos. En las regiones anatómicas donde la enfermedad no es frecuente es fundamental identificarla pronto para evitar un deterioro óseo permanente. El uso del USME es útil para diferenciar lesiones elementales relacionadas con otras artropatías inflamatorias. Conocer las diferencias e identificarlas ayuda a ampliar el conocimiento sobre la enfermedad y recuerda la relevancia de tomarla en cuenta en el proceso diagnóstico de las artropatías inflamatorias.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia de considerar la sarcoidosis como diagnóstico diferencial en pacientes con compromiso articular erosivo atípico y afectación cardíaca, incluso en ausencia de manifestaciones pulmonares típicas.

Bibliografía

1. Starshinova A, Berg E, Rubinstein A, *et al*. Sarcoidosis: diagnostic difficulties and search for new criteria of inflammatory activity (a case report and literature review). *J Clin Med*. 2024;13:6974.
2. Day J, Hamann, P. Rheumatic manifestations of sarcoidosis. *MDPI* 2024;14:2842.

Tabla 1. Estudios de laboratorio y anticuerpos. (CC095)

TSH 2,5 µUI/mL, T4 libre 0,771 ng/dL	ACE 2,52 U/L (negativo)
VSG 58 mm/h	CA 19-9 17,4 U/mL (negativo)
PCR 11,6 mg/dL	C3 89 mg/dL (normal)
Panel viral no reactivo	C4 10,5 mg/dL (normal)
PPD: anérgico	ANA 1:320 patrón nuclear homogéneo y citoplasmático granular fino denso
TORCH: no reactivo	Anti-DNAc 93,62 UI/mL (negativo)
Procalcitonina 0,27 ng/mL (negativo)	Anti-SM < 2 UI/mL (negativo)
AFP 1,75 ng/mL (negativo)	Anti-SSA < 2 UI/mL (negativo)
Ca-125 43,5 U/mL (negativo)	Anti-SSB < 2 UI/mL (negativo)

CC096

RABDOMIÓLISIS COMO EVENTO DEBUTANTE DE ESCLEROMIOSITIS-REPORTE DE CASO

M.A. Angulo-Gámez¹, L.A. Esquivel-Pacheco², A.M. Sobrino-Vargas³, E. Herrera-García⁴, P.A. Flores-Figueroa²

⁽¹⁾Hospital General Agustín O'Horán, ⁽²⁾Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, ⁽³⁾Práctica privada, ⁽⁴⁾Hospital General de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Introducción: La escleromiositis (EM) es un síndrome de sobreposición que engloba características de dos grupos de afecciones reumáticas autoinmunes, las esclerosis sistémicas (ES) y las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII),

Figura 1. A, región dorsal de las manos con encuadramiento de ambos carpos. B, IFD en flexión. C, radiografía de la mano derecha que muestra erosión en sacabocado de la IFP e IFD. D y E, imagen en escala de grises del carpo (D), con pérdida del espacio articular y de la sonoanatomía regional, con luxación del radio; erosión grande (E) del cuerpo de la falange distal del pulgar. (CC095)



que incluyen tanto la debilidad muscular como los datos de esclerodermia lineal o difusa y manifestaciones extramusculares, así como anticuerpos específicos o biopsia muscular, entre otras. No existen criterios específicos para su diagnóstico y, a pesar de que se han propuesto algunas definiciones (p. ej., que cumpla los criterios de ES del ACR/EULAR 2013 y de MII de la EULAR/ACR 2017), éste aún se establece por opinión de expertos en su mayoría. El inicio de la EM suele ser gradual y progresivo, inicia con debilidad y se acompaña de elevación de enzimas musculares a diversos títulos. No obstante, algunos pacientes pueden mostrar inicios atípicos con deterioro súbito de la función muscular, como en el contexto de la rabdomiólisis.

Presentación del caso: Mujer de 25 años quien inició con edema de miembros inferiores y debilidad proximal, a lo cual se añadieron a las 12 horas debilidad proximal, disnea y mioglobinuria. Recibió al principio el tratamiento regular de la rabdomiólisis en urgencias y medicina interna, pero persistieron debilidad muscular, proteinuria en límites no nefróticos e hipocomplementemia C3 a los siete días de inicio de los síntomas, por lo que se la valoró en el servicio de reumatología que estableció MMT8 84/150 puntos. Se solicitó perfil de miositis y se realizó biopsia muscular del músculo vasto lateral derecho que reveló anticuerpo anti-PM-Scl-100 positivo; además, el estudio de patología anatómica notificó una extensa necrosis de fibras musculares e infiltrado perifascicular. Se integró el diagnóstico de EM y se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona (1 g por 3 dosis) con posterior cambio a prednisona oral a dosis altas, así como micofenolato de mofetilo y ciclofosfamida mensual. A la semana de tratamiento se encontró mejoría de fuerza muscular (MMT8 124/150 puntos), por lo que se decidió un descenso gradual del glucocorticoide sistémico. Sin embargo, seis meses después de su evaluación inicial se documentó nuevamente debilidad (MMT8 109/150 puntos), por lo cual se sustituyó el micofenolato de mofetilo por azatioprina y la ciclofosfamida por rituximab con periodicidad semestral.

Discusión: Las características clínicas más observadas en los casos de rabdomiólisis vinculada con MII son mialgias, debilidad proximal y enfermedad pulmonar intersticial, y se han publicado en el plano mundial casos de pacientes con rabdomiólisis y anticuerpos típicamente relacionados con dermatomiositis y miopatía inflamatoria inmunomediada positivos (anti-NXP-2, TIF-1γ, anti-SRP o anti-HMGCR), así como casos de polimiositis por biopsia muscular. Los hallazgos de patología más destacados son las necrosis de fibras muscular con escaso infiltrado. Sin embargo, éste es el primer informe de caso positivo a anti-PM-Scl-100 y con resultado de biopsia, pero aún no se conoce el alcance que podría tener el componente de ES en la evolución de la enfermedad, en especial por las posibles manifestaciones como disfgia o enfermedad pulmonar intersticial.

Conclusiones: El reconocimiento y el descubrimiento de estas relaciones permiten darles seguimiento a casos raros que sirven como referencia para futuros pacientes que coexistan con esta rara sobreposición.

Bibliografía

1. Ameer MA, Chaudhry H, Mushtaq J, *et al.* An overview of systemic lupus erythematosus (SLE) pathogenesis, classification, and management. *Cureus*. 2022;14(10):e30330.
2. Fuentes N, Silveyra P. Estrogen receptor signaling mechanisms. En: Donev R, editor. Intracellular signalling proteins. *Advances in Protein Chemistry and Structural Biology*. Academic Press Inc. 2019;116:135-170.
3. Yoshitomi H, Ueno H. Shared and distinct roles of T peripheral helper and T follicular helper cells in human diseases. *Cellular & Molecular Immunology*. 2021;18(3):523-527.
4. Chung MKY, Gong L. Functions of double-negative B cells in autoimmune diseases, infections, and cancers. *EMBO Molecular Medicine*. 2023;15(9):e17341.

CC097

MÁS ALLÁ DE LA SEROLOGÍA: DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE LUPUS ERITEMATOSO, A PROPÓSITO DE UN CASO

K.P. López-Bual, A. Rodríguez-Martínez, A.A. Reyes-Salinas, G.A. Carmona-Lara, J.S. Caballero-Rojas

Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE

124 *Reumatol Clín.* 2026;22 Sup.1

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune crónica y multisistémica caracterizada por una amplia gama de manifestaciones clínicas y serológicas. Los criterios de clasificación EULAR/ACR 2019 incluyen anticuerpos antinucleares positivos como criterio inicial obligado, seguido de criterios clínicos (constitucionales, dominios hematológicos, neuropsiquiátricos, mucocutáneos, serosos, musculoesqueléticos, renales) y tres dominios inmunológicos (anticuerpos antifosfolípidos, proteínas del complemento, anticuerpos anti-DNA y Anti-Sm) y ponderados de 2 a 10. Se clasifica a los pacientes que acumulan ≥ 10 puntos. Sin embargo, en ocasiones esto constituye un reto diagnóstico debido a su heterogeneidad clínica y la ausencia de un biomarcador único. Aunque los criterios clasificatorios enfatizan la serología, hasta un 5 a 10% de los pacientes pueden presentar un lupus seronegativo, lo que retrasa el reconocimiento y el tratamiento oportunos.

Presentación del caso: Paciente de 27 años de edad sin antecedente de enfermedades crónicas y degenerativas que inició su padecimiento en marzo de 2025 con edema y dolor en miembros pélvicos, así como dermatosis diseminada en extremidades torácicas y pélvicas, caracterizada por nódulos eritematosos dolorosos, prurito en palmas, parestesias en extremidades y fiebre hasta de 39°C sin relación con un proceso infeccioso. Las lesiones cutáneas llevaron a realizar una biopsia de piel incisional y se solicitó determinación de anticuerpos con resultado negativo; ANA < 1:80, anti-DNA negativo, anti-RNP1 negativo, anti-Ro < 4,9, anti-La < 3,3, anticardiolipinas IgG < 2,6, IgM 4,3, anti-β2 glucoproteína IgG 8,6, IgM 1,9, anticoagulante lúpico negativo. Por esto último se mantuvo en duda el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y se lo clasificó inicialmente como lupus discoide. La paciente cursó con mejoría aparente, pero días después sufrió malestar general, derrame pleural y datos de hemólisis en relación con anemia hemolítica autoinmune, Coombs +, y se iniciaron bolos de esteroide, sin establecer de forma inicial tratamiento para el lupus eritematoso.

Discusión: La biopsia de piel reveló cambios histopatológicos consistentes con lupus profundo. Se identificó capa córnea con hiperqueratosis y el tejido adiposo subcutáneo mostró necrosis grasa focal e infiltrado inflamatorio linfocitario y cariorrexis. Este hallazgo permitió establecer el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y dirigir el tratamiento inmunomodulador temprano, con adecuada respuesta clínica; la paciente se ha mantenido en remisión y hasta la fecha continúa sin positividad de anticuerpos antinucleares.

Conclusiones: Hasta 2 a 3% de los pacientes con lupus eritematoso pueden mostrar anticuerpos negativos, lo cual podría relacionarse con el uso de inmunosupresores o dosis elevadas de glucocorticoides, aunque no es una constante. Este caso resalta la relevancia de la histopatología como herramienta diagnóstica clave en escenarios de lupus seronegativo, de tal modo que se evitan los retrasos de la atención y se destaca la importancia de una evaluación integral que combine clínica, estudios de laboratorio e histología.

Bibliografía

1. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, *et al.* 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(9):1400-1412.
2. Choi M-H. Antinuclear antibody-negative systemic lupus erythematosus in an international inception cohort. *Archives of Rheumatology*. 2022;37(4):1211-1233.

CC098

AMILOIDOSIS SECUNDARIA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO TRATADA CON BORTEZOMIB

K.S. Arrazola-Mendoza, H.E. González-Chávez, M.V. Gordillo-Huerta, J.L. Castrejón-Mora, L.H. Vargas-Torrescano

Hospital General ISSSTE Querétaro

Introducción: La amiloidosis sistémica se caracteriza por el depósito de proteínas fibrilares insolubles. Los tipos más relevantes son las amiloidosis AL (primaria, por cadenas ligeras) y AA (secundaria, por la proteína sérica

amiloides A). La artritis reumatoide representa la mayoría de los casos de amiloidosis AA (60%), mientras que el lupus eritematoso sistémico (LES) es una causa infrecuente (< 2%). El tratamiento de ambos tipos requiere un abordaje de apoyo de los órganos afectados, sobre todo el riñón, para evitar el avance a la enfermedad renal crónica.

Presentación del caso: Mujer de 29 años diagnosticada con LES en 2014 por poliartritis simétrica y síndrome nefrótico, tratada con esteroide, cloroquina y azatioprina. Ingresó en marzo 2024 a hospitalización por ascitis y la paracentesis reveló citología negativa a proceso maligno. Con posterioridad cursó con deterioro de la función renal, oliguria, hiperazoemia (urea 240 mg/dL, creatinina 2,2 mg/dL) e hiperpotasemia resistente que requirió hemodiálisis. El ultrasonido renal no reveló alteraciones y el ultrasonido hepático delineó morfología conservada, sin datos de trombosis. Anticuerpos antimitocondriales y antimúsculo liso negativos. Al no cumplir criterios para nefritis lúpica, se realizó biopsia de grasa periumbilical con registro de rojo Congo positivo. El servicio de hematología inició prueba terapéutica con dexametasona y melfalán, con pobre respuesta. En consulta del servicio de reumatología se identificó actividad lúpica con creatinina (1,70 mg/dL) y microalbuminuria (5 191 mg/L); el examen de orina reveló sedimento activo e hipocomplementemia (C3 0,47 g/L; C4 0,107 g/L) y se aumentaron las dosis de esteroide y ácido micofenólico. En enero de 2025 la creatinina era de 1,10 mg/dL y las proteínas en 24 h de 8.850 mg/L, con microalbuminuria de 3.913 mg/L. En marzo de 2025 se indicó bortezomib por poca respuesta al tratamiento previo. Actualmente la paciente se encuentra asintomática con recuperación de la función renal, sin actividad lúpica. Agosto de 2025: creatinina (0,74 mg/dL), complemento normal (C3 1,2 g/L; C4 0,298 g/L), cuantificación de proteínas en 24 h (8.351 mg/L), microalbuminuria (2.880 mg/L), ANA 1:1280 nuclear granular grueso y anti-DNA negativo.

Discusión: La amiloidosis renal es la manifestación más frecuente en las amiloidosis AL y AA. En la AL, el compromiso renal ocurre en 70 a 80% de los pacientes y se manifiesta con síndrome nefrótico y deterioro de la función renal de rápida progresión. En la AA cursa con proteinuria variable, hipertensión y progresión más lenta. En la amiloidosis AL, el tratamiento consiste en la erradicación de las células plasmáticas productoras de cadenas ligeras, mediante agentes como bortezomib, con el objetivo de lograr respuestas hematológicas profundas que precedan a la mejoría orgánica. En la amiloidosis AA, al desarrollarse en procesos inflamatorios crónicos, la estrategia terapéutica es el control de la enfermedad subyacente mediante glucocorticoides, inmunosupresores y compuestos biológicos, dado que no existen fármacos específicos. En este contexto, si bien no es común la relación LES con amiloidosis AL, en virtud del cuadro clínico y ante la poca respuesta a los ciclos de melfalán con dexametasona, se decidió el inicio de bortezomib, que al agotar a las células plasmáticas también contribuye al tratamiento del LES.

Conclusiones: La coexistencia de LES y amiloidosis AL es rara y de difícil tratamiento, sobre todo cuando coexiste con actividad lúpica y rápido deterioro de la función renal. En este caso, el bortezomib permitió recuperar la función renal y favoreció el control de la actividad, lo que revela su capacidad como opción en escenarios de resistencia. La evolución favorable destaca la importancia de la consideración de tratamientos dirigidos más allá del control convencional.

Bibliografía

1. Mirioglu S, Uludag O, Hurdogan O, *et al.* AA Amyloidosis: a contemporary view. *Curr Rheumatol Rep.* 2024;26(7):248-59.
2. Palladini G, Milani P, Merlini G, *et al.* Treatment of AL amyloidosis: a consensus statement. *Blood.* 2022;140(22):2170-85.

CC099

POLIARTERITIS NODOSA CUTÁNEA Y ENFERMEDAD DE PEYRONIE: ¿COINCIDENCIA O CONEXIÓN PATOGENÉTICA?

A. Luna-Salazar¹, L.F. Valdés-Corona¹, K.M. Gatica-Torres²

⁽¹⁾Hospital Ángeles Lomas, ⁽²⁾Médica Sur

Introducción: La poliarteritis nodosa es una vasculitis necrosante de vasos de pequeño y mediano calibres, infrecuente, vinculada con infecciones

virales y deficiencias enzimáticas (p. ej. de adenosina desaminasa 2). La poliarteritis nodosa cutánea (PANc) es aún menos frecuente y se caracteriza en clínica por nódulos subcutáneos dolorosos, livedo reticular y púrpura. Su diagnóstico se confirma mediante angiografía y biopsia, así como al excluir otras enfermedades. Por otro lado, la enfermedad de Peyronie es una fibrosis del tejido conectivo de la túnica albugínea del pene, con formación de placas fibrosas que pueden inducir curvatura penéana y disfunción eréctil. Está vinculada con factores genéticos y distintas enfermedades autoinmunes del tejido conectivo. Aquí se describe el caso de un paciente diagnosticado con poliarteritis nodosa cutánea mediante una biopsia de la lesión activa, así como el perfil inmunológico documentado. La vinculación con la enfermedad de Peyronie no se ha informado antes.

Presentación del caso: Paciente masculino de 76 años con dermatosis violáceas dolorosas en miembros pélvicos de cuatro años de evolución, junto con neuropatía de fibras pequeñas (parestias en miembros pélvicos), dolor abdominal generalizado y fatiga. Tres meses antes de su primera cita en el servicio de reumatología se le diagnosticó enfermedad de Peyronie. Durante el abordaje se confirmó PANc mediante hallazgos histopatológicos típicos, así como un vaso con un pequeño trombo recanalizado. El perfil inmunológico destacó un a-ANCA atípico positivo (1:80), mientras que el perfil del síndrome antifosfolípidos fue negativo. Se descartaron causas infecciosas latentes (hepatitis, VIH, tuberculosis). El paciente recibió tratamiento con 15 mg semanales de metotrexato, ácido fólico, 0,5 mg diarios de colchicina y prednisona a una dosis inicial de 15 mg por dos semanas, con descenso gradual hasta la suspensión en dos meses. También se le administraron dosis bajas de ácido acetilsalicílico y estatina. El paciente logró la remisión sin esteroides en los primeros tres meses y se ha mantenido inactivo hasta el momento.

Discusión: Se analiza la posible relación inmunopatológica entre ambas entidades, así como su efecto clínico y un abordaje terapéutico integral.

Conclusiones: Se aborda la rareza de esta enfermedad, su tratamiento y diagnóstico, así como la relación descrita con antifosfatidilserina pro-trombina (que en este caso fue negativa). Se revisa el papel del ANCA atípico en este escenario. Las relaciones de la enfermedad de Peyronie con enfermedades del tejido conectivo han sido frecuentes; sin embargo, hasta donde saben los autores, este es el primer caso de relación con PANc. El tratamiento para esta alteración abarca desde AINE y glucocorticoides hasta un control específico para la enfermedad de Peyronie.

Bibliografía

1. SA, Gorelik M, Langford CA, Maz M, *et al.* 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Polyarteritis Nodosa. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2021;73(8):1061-70. doi:10.1002/acr.24633
2. Delavierre D, Ibrahim H, Peneau M. Maladie de La Peyronie. *EMC-Néphrol Urol.* 1997;18-355-A-10:1-6.

CC100

VARIABILIDAD CLÍNICA, SEROLÓGICA Y EVOLUTIVA EN SEIS CASOS DE MIOPATÍA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE TOLUCA: SERIE DESCRIPTIVA

B. Basurto-Olmedo

HGT

Introducción: Las enfermedades musculares inflamatorias son un grupo heterogéneo de trastornos reumáticos autoinmunitarios sistémicos que se caracterizan por debilidad muscular crónica, fatiga muscular y afectación variable de otros órganos. La mayoría de los casos tiene grados variables de infiltración de células mononucleares en el músculo esquelético. Estos trastornos se describieron en la bibliografía especializada hace más de un siglo como trastornos musculares generalizados que afectaban principalmente al tronco y los músculos proximales de las extremidades, con o sin compromiso cutáneo.

Presentación del caso: La presente serie de casos ilustra la diversidad clínica, inmunológica y bioquímica de las miopatías que pueden observarse

en la práctica reumatológica. Los seis pacientes, todos con manifestaciones de debilidad muscular proximal, corresponden a diagnósticos distintos dentro del espectro de las miopatías inflamatorias idiopáticas (IIM), entre ellas la dermatomiositis común y juvenil, la polimiositis, la miopatía necrosante inmune y el síndrome antisintetasa, con predominio femenino (cinco de seis casos) y un intervalo de edad de 17 a 51 años.

Se observaron importantes variaciones en los valores de creatina fosfoquinasa (CPK), desde elevaciones discretas ($200 < 495$ U/L) hasta marcadas ($> 3\,000$ U/L), lo cual refleja que la magnitud de la elevación enzimática no siempre se correlaciona directamente con la gravedad clínica o el tipo específico de miopatía. Este hallazgo subraya la necesidad de interpretar la CPK en conjunto con el contexto clínico, los anticuerpos y, en casos seleccionados, la electromiografía (EMG) o la biopsia muscular. La presencia de autoanticuerpos específicos de miositis fue útil para orientar el diagnóstico en la mayoría de los casos. La dermatomiositis juvenil con anti-NXP2 y la dermatomiositis del adulto con anti-Mi-2 corresponden a subtipos bien definidos con perfiles clínico y serológicos característicos. Por su parte, el caso con síndrome antisintetasa y anti-Jo-1 muestra parestesias como síntoma acompañante, lo cual puede reflejar compromiso neuromuscular adicional o neuropatía por superposición. Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características clínicas, bioquímicas e inmunológicas de seis pacientes con diagnóstico de miopatía atendidos en el Hospital General de Toluca. Se muestran el diagnóstico clínico, edad, sexo, síntomas principales, valores de CPK y presencia de autoanticuerpos específicos o relacionados con miopatía. (CC100)

Caso	Diagnóstico	Edad/sexo	Síntomas principales	CPK (U/L)	Anticuerpos
1	Dermatomiositis juvenil	17 a/F	Debilidad muscular, lesiones dérmicas	3 960	Anti-NXP2
2	Miopatía inflamatoria	49 a/F	Debilidad muscular, artralgias	200	ANA, PL-7, Ro52
3	Polimiositis	47 a/F	Debilidad muscular	232	Negativos
4	Miopatía necrosante	51 a/M	Debilidad muscular	3 029	ANA
5	Miopatía inflamatoria/síndrome antisintetasa	46 a/F	Debilidad muscular, parestesias	--	ANA, anti-Jo-1
6	Dermatomiositis	37 a/F	Debilidad muscular, lesiones dérmicas	495	ANA, anti-Mi-2

Discusión: La polimiositis en esta serie se presenta con clínica típica, pero sin autoanticuerpos positivos, lo cual refleja las limitaciones de los marcadores serológicos y la posibilidad de clasificación por exclusión. No obstante, su diagnóstico está actualmente en revisión a la luz de los nuevos criterios EULAR/ENMC, y algunos casos previamente catalogados como PM podrían corresponder a entidades como miopatías necrosantes o por cuerpos de inclusión.

En conjunto, estos casos reflejan la utilidad del enfoque sistemático en miopatías: síntomas motores proximales, análisis enzimático, inmunología y estudios confirmatorios (biopsia/EMG). El enfoque multidisciplinario y la familiaridad con los criterios diagnósticos internacionales permiten evitar retrasos en el diagnóstico y errores terapéuticos.

Conclusiones: Las miopatías inflamatorias son entidades heterogéneas que pueden presentarse con síntomas similares, pero pueden tener causas, pronósticos y tratamientos muy distintos. La combinación de clínica, valores de CPK y autoanticuerpos es clave para orientar el diagnóstico, pero la biopsia y la EMG son todavía herramientas fundamentales, especialmente en casos atípicos o seronegativos. Se requiere un alto índice de sospecha clínica, sobre todo cuando los hallazgos bioquímicos son leves o los anticuerpos están ausentes.

Bibliografía

Dalakas MC. Inflammatory muscle diseases. *N Engl J Med*. 2015;372(18):1734-47. doi:10.1056/NEJMra1402225.

CC101

UVÉITIS ANTERIOR COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE ARTERITIS DE TAKAYASU REFRACTARIA. REPORTE DE CASO

A. Pérez Bolde-Hernández¹, L. Garduño-Ángeles², F.Y. Ayestarán-Figueroa², L. Salinas-Vázquez³, T.S. Martínez-Daniel⁴

⁽¹⁾HGR 220 IMSS, ⁽²⁾HGR ISSSTE, ⁽³⁾ISSEMYM, ⁽⁴⁾Universidad Autónoma del Estado de México

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis crónica y sistémica que afecta a las arterias de gran calibre, en particular la aorta y sus ramas principales. Es más prevalente en mujeres entre la segunda y tercera décadas de la vida. Las alteraciones oftalmológicas en la AT, a pesar de ser poco frecuentes, se relacionan con manifestaciones isquémicas, retinopatía o neuropatía óptica pero rara vez en forma de uveítis anterior (UA). Se presenta el caso de una paciente con AT y UA como dato de refractariedad tratada con inhibidor de TNF.

Presentación del caso: Paciente femenina de 41 años sin antecedentes crónico-degenerativos, pero sí reumatológico de una tía materna con lupus eritematoso sistémico. Durante la infancia sufrió episodios esporádicos de fiebre, sin foco identificado y con resolución espontánea y hace dos años comenzó con mareo, fatiga, parestesias, amaurosis fugaz durante 10 minutos y mialgias en cuello, brazos y región occipital. Por su clínica se la valora en el servicio de cardiología, que identifica engrosamiento carotídeo en el ultrasonido Doppler; la angiografía sospecha AT por el engrosamiento mural difuso en el cayado aórtico y aorta torácica descendente, oclusión de la emergencia de la subclavia derecha, oclusión distal de la emergencia de las carótidas comunes con estenosis crítica y oclusión de la subclavia izquierda desde su emergencia hasta la recanalización a nivel axilar (**Figura 1**). Se la envía a valoración por los servicios de reumatología y angiología por probable AT tipo IIa. Se considera elegible para tratamiento endovascular, pero no se realiza por falta de recurso institucional. Se valora en este servicio y la exploración física reconoce pulsos carotídeos, soplos supraclaviculares e infraclaviculares bilaterales; ruidos cardíacos con soplo sistólico generalizado; miembros torácicos sin pulsos palpables; miembros pélvicos con integridad arterial a distal, con soplo femoral bilateral. Ante la sospecha de AT se inicia tratamiento con metotrexato y esteroide. Continúa con evolución estable y se inicia disminución de esteroide, tras lo cual presenta astenia, adinamia, fiebre, elevación de reactantes de fase aguda, disminución de la agudeza visual izquierda y amaurosis total derecha aguda. El servicio de oftalmología identifica oclusión de la arteria central de la retina en el ojo derecho y datos de UA aguda.

Se decide abordaje como AT resistente y se agrega al tratamiento adalimumab, con lo cual se logra mejoría de la agudeza visual. La paciente continúa en vigilancia con secuelas oftalmológicas, pero mejoría significativa de la visión.

Discusión: Las primeras descripciones de la AT las realizó el oftalmólogo japonés Mikito Takayasu en 1908 en pacientes con alteraciones de los vasos retinianos y ausencia de pulsos. Las alteraciones oftalmológicas características son de origen isquémico, como amaurosis, disminución de la agudeza visual y ceguera; otras menos frecuentes son retinopatía, neuritis, atrofia óptica y rara vez se vinculan con UA. El clínico debe buscar de forma intencionada alteraciones oftalmológicas en pacientes con AT y al inicio temprano del tratamiento inmunosupresor a fin de evitar complicaciones. Asimismo, debe considerar lesiones oftalmológicas como indicador de la gravedad de la enfermedad y, en este caso, como dato de resistencia; es importante el tratamiento inmunosupresor y el beneficio de la modalidad anti-TNF.

Conclusiones: Este caso invita a reconocer intencionadamente y diagnosticar en fase temprana alteraciones oftalmológicas en pacientes con AT para iniciar tratamiento inmunosupresor y evitar complicaciones. También es importante el tratamiento biológico en la atención de estos pacientes.

Figura 1. (CC101)



Bibliografía

1. Ibrahim H, D'Souza S, Agorogiannis E, *et al.* Lessons of the month 2: retinal vasculitis: a first presentation of Takayasu's arteritis. *Clin Med (Lond)*. 2021;21(6):e673-6.
2. Peter J, David S, Joseph G, *et al.* Hypoperfusive and hypertensive ocular manifestations in Takayasu arteritis. *Clin Ophthalmol*. 2010;4:1173-6.
3. Szydelko-Paśko U, Przeździecka-Dołyk J, Nowak Ł, *et al.* Ocular manifestations of Takayasu's arteritis: a case-based systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*. 2023;12(11):3745.
4. Becker RW, Sohn RL, Poulik JM, *et al.* Takayasu's arteritis presenting as uveitis in a 5-year-old girl. *Ann Vasc Surg*. 2005;19(2):258-62.
5. Kausman JY, Walker A, Piper S. Acute panuveitis and Takayasu's arteritis. *Arch Dis Child*. 2003;88(10):938-9.
6. Galván-Ramírez M, Pérez-Gómez D, López-Vera AY, *et al.* Manifestaciones oftalmológicas de la arteritis de Takayasu [Internet]. *Rev Cubana Oftalmol*. 2024 [citado 2025 Ago 11];37. Disponible en: <https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/1910>
7. Cracco L, Carneiro F, Oliveira A, *et al.* Takayasu's arteritis with uveitis. *Col Bras Radiol*. 2022;51(3):e1934.
8. Derbel A, Ghribi M, Marzouk S, *et al.* An unusual association: Takayasu's arteritis and tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome. *Eur J Case Rep Intern Med*. 2020;7(12):002040.
9. Barbosa-Cobos RE, Recillas-Gispert C, Arellanes-García L. Manifestaciones oculares de las vasculitis primarias sistémicas. *Reumatol Clin*. 2011;7(Suppl 3):S12-7.
10. Mekinian A, Comarmond C, Resche-Rigon M, *et al.* Efficacy of biological-targeted treatments in Takayasu arteritis: multicenter, retrospective study of 49 patients. *Circulation*. 2015;132(18):1693-700.

CC102

GASTRITIS EOSINOFÍLICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN EN GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS: REPORTE DE CASO

E. Purón-González, D. Garza Vara -Stringel, A.A. Solórzano-Mena
Hospital Zambrano Hellion Tec Salud

Introducción: La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) es una vasculitis de vasos pequeños y medianos poco común, con 0,5 a 4,2 casos por millón, caracterizada por asma, eosinofilia y lesiones multiorgánicas. Se han descrito dos fenotipos: ANCA positivo, más acompañado de manifestaciones vasculíticas como glomerulonefritis y púrpura, y ANCA negativo, relacionado con eosinofilia y manifestaciones alérgicas. La afectación digestiva puede estar presente en el 50% de los casos, pero rara vez constituye la forma de presentación. Se describe el caso de un paciente diagnosticado con EGPA ANCA negativa cuya manifestación principal fue atípica.

Presentación del caso: Paciente masculino de 64 años, con antecedentes de fibrilación auricular paroxística, enfermedad coronaria no oclusiva e hiperplasia prostática benigna. Se presenta con dolor abdominal difuso de tipo cólico de tres días de evolución acompañado de astenia, adinamia, escalofrío, fiebre no cuantificada y náusea. Al interrogatorio dirigido refiere rinorrea hialina y congestión nasal de seis meses de evolución. La exploración física destacó dolor abdominal difuso sin irritación peritoneal y peristalsis disminuida. Los estudios iniciales mostraron leucocitosis ($19,63 \times 10^3/\mu\text{L}$) con neutrofilia y eosinofilia marcada ($7 \times 10^3/\mu\text{L}$), hiponatremia ($131,6 \text{ mEq/L}$) y PCR elevada ($4,67 \text{ mg/dL}$). EGO con proteinuria ($216,5 \text{ mg/dL}$), hematuria ($10 < 15$ eritrocitos/campo) y cristales abundantes. La tomografía computarizada (TAC) abdominal revela estriación de grasa perirrenal bilateral, adenopatías mesentéricas y líquido libre escaso. Durante la hospitalización presenta incremento de proteinuria (704 mg/24 h), cetonuria y leucocituria, con urocultivo negativo. Frotis periférico: leucocitos aumentados con predominio de eosinófilos. Rx tórax: atelectasias basales y mínimo derrame pleural. TAC de senos paranasales: pansinusitis. Endoscopia digestiva con biopsias: gastritis eosinofílica. Complemento C3: $20,4 \text{ mg/dL}$; C4: $< 2,9 \text{ mg/dL}$; IgE: $206,1 \text{ UI/mL}$. ANA, anti-DNA, anti-Ro/La, factor reumatoide, p-ANCA y c-ANCA: negativos. Biopsia renal: depósitos mesangiales de IgM (++)
Se integra diagnóstico de EGPA ANCA negativa con afectación renal y digestiva.

Discusión: Este caso presenta manifestaciones iniciales atípicas de EGPA, ya que la afectación digestiva (gastritis eosinofílica) y renal precedieron a los hallazgos respiratorios. Aunque la pansinusitis crónica es un dato de fase alérgica, el paciente no muestra asma, lo que dificulta la sospecha inicial.

En este paciente, la combinación de eosinofilia grave, compromiso multiorgánico (senos paranasales, riñón, tracto gastrointestinal) y hallazgos histológicos fue determinante para establecer el diagnóstico, de acuerdo con las recomendaciones de abordaje multidisciplinario y confirmación histopatológica cuando es posible.

Conclusiones: La EGPA debe considerarse en pacientes con eosinofilia marcada y compromiso multiorgánico, incluso en ausencia de asma. Las manifestaciones digestivas, aunque menos frecuentes, pueden ser la forma de presentación inicial y su reconocimiento temprano es clave para iniciar tratamiento inmunosupresor oportuno, lo que previene complicaciones potencialmente letales. Este caso subraya la importancia de la biopsia y la integración clínica para diagnosticar EGPA en escenarios atípicos.

Bibliografía

1. White JP, Dubey S. Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis: a review. *Autoimmun Rev*. 2023;22(1):103219. doi:10.1016/j.autrev.2022.103219.
2. Vaglio A, Bettiol A, Greco G, *et al.* Evidence-based guideline for the diagnosis and management of eosinophilic granulomatosis with polyangiitis. *Nat Rev Rheumatol*. 2023;19(6):378-393. doi:10.1038/s41584-023-00958-w.

3. Watanabe R, Hashimoto M. Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis: latest findings and updated treatment recommendations. J Clin Med. 2023;12(18):5996. doi:10.3390/jcm12185996.
4. Chakraborty RK, Rout P. Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss syndrome). 2024, Sep 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. PMID: 30725784.

CC103

ANASARCA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A. Lucas-Hernández¹, B.E. Hernández-Sánchez², M.J. Fonseca-Barrán³

⁽¹⁾Hospital General de Teziutlán, ⁽²⁾Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽³⁾Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la producción de autoanticuerpos y afectación multiorgánica. Su presentación clínica es heterogénea y puede incluir manifestaciones cutáneas, articulares, hematológicas, renales y neurológicas. La anasarca, entendida como edema generalizado masivo que afecta a la mayor parte del tejido subcutáneo y suele acompañarse de acumulación de líquido en cavidades serosas, es una manifestación infrecuente como presentación inicial del LES, por lo regular relacionada con compromiso renal por nefritis lúpica o hipoalbuminemia secundaria a afectación inflamatoria sistémica. Se presenta el caso de una paciente sin afectación renal, cardíaca o hepática cuya única manifestación inicial fue la anasarca.

Presentación del caso: Mujer de 27 años que inicia en octubre de 2023 con edema palpebral persistente, con evolución a edema generalizado; recibió tratamiento sintomático sin especificidad ni mejoría. Con posterioridad se identificó anemia normocítica normocrómica, tratada con hematínicos. A los tres meses ingresó por dolor abdominal y edema generalizado persistente; se realizó laparotomía por sospecha de apendicitis y se encontraron apendicitis de grado II y líquido libre en la cavidad abdominal, además de derrame pleural. Ante la persistencia del edema se solicitó perfil inmunológico que reveló anticuerpos antinucleares (ANA), anti-dsDNA y anti-Sm positivos, e hipocomplementemia (**Tabla 1**), hasta registrar 15 puntos según los criterios ACR/EULAR 2019. Se instituyó tratamiento con hidroxiquina y esteroides a dosis medias, con mejoría del edema. Un mes después sufrió deterioro renal con proteinuria subnefrótica y neuritis óptica. Se agregó micofenolato al tratamiento, con mejoría clínica sostenida hasta una MEX-SLEDAI de 0 al momento de la última revisión.

Discusión: La anasarca como única manifestación inicial de LES sin daño renal detectable representa una presentación excepcional. Este hallazgo destaca la importancia de considerar LES en el diagnóstico diferencial de edema generalizado, incluso cuando las causas cardíacas, hepáticas o renales aparentes estén descartadas. Se recomienda evaluar la función renal, albúmina sérica, proteinuria y perfil inmunológico (ANA, anti-dsDNA, anti-Sm, complemento) en forma temprana.

Un caso similar lo describieron El-Shafie *et al.*: una joven con edema subcutáneo generalizado como única manifestación de LES, sin proteinuria ni hipoalbuminemia, y con resolución tras el tratamiento inmunosupresor. Este informe respalda que la anasarca como presentación aislada de LES, si bien rara, puede ocurrir y debe alertar al médico.

Conclusiones: Se presentó un caso inédito en las publicaciones mexicanas, al menos según el conocimiento de los autores, en el que la anasarca sin compromiso renal inicial fue la única manifestación de LES. Este caso subraya la necesidad de incluir LES en el abordaje de anasarca de causa no explicada, y de realizar estudios inmunológicos tempranos para acortar el diagnóstico y comenzar un tratamiento oportuno.

Bibliografía

El-Shafie KT, Al-Shirawi A, Al-Maskari B, *et al.* A possible case of systemic lupus erythematosus presenting with generalised oedema. Sultan Qaboos Univ Med J. 2014;14(4):e582-e584.

Tabla 1. Indicadores de laboratorios al inicio de la presentación del paciente con anasarca. (CC103)

Analito	Resultado	Valor de referencia
Citometría hemática		
Hemoglobina (g/dL)	10,4	12-14
VCM (fL)	84,2	80-100
HCM (pg)	28,4	25-30
Leucocitos (/mL)	4 000	4500-11000
Neutrófilos (/mL)	2 760	1 800-7 700
Linfocitos (/mL)	1 080	1 000-4 800
Plaquetas (/mL)	206 000	150 000-500. 000
Química sanguínea		
Glucosa (mg/dL)	72,8	60-110
Creatinina (mg/dL)	0,73	0,5-0,9
Urea (mg/dL)	35,8	12,8-42,8
Albúmina (g/dL)	3,8	3,5-5
Proteínas totales (g/dL)	7,5	6,6-8,3
AST (U/L)	20	Hasta 31
ALT (U/L)	15	Hasta 31
BT (mg/dL)	0,33	0,3-1,2
BD (mg/dL)	0,08	Hasta 0,25
BI (mg/dL)	0,25	0,85
FA (U/L)	199	98-279
GGT (U/L)	18	7-32
Examen general de orina		
Densidad	1,025	1,005-1,030
pH	6	5-7
Proteínas	Negativo	Negativo
Leucocitos	0-2 x campo	0-1 x campo
Eritrocitos	2-4 x campo	Negativo
Bacterias	Escasas	Ausentes
Serología		
ANA	1:1280 homogéneo	< 1:40
Anti-DNA (UI/mL)	705,59	< 20
Anti-SM (UR/mL)	mayor a 200	< 20
Anti-RNP (UR/mL)	mayor a 200	< 20
Anti-Ro (UR/mL)	7,09	< 20
Anti-La UR/mL	3,09	< 20
Anticoagulante lúpico	1,09	≤ 1,2
Complemento C3 (mg/dL)	28,2	90-180
Complemento C4 (mg/dL)	1,2	10-40

VCM, volumen corpuscular medio; HCM, hemoglobina corpuscular media; AST, aspartato aminotransferasa; ALT, alanina aminotransferasa; BT, bilirrubina total; BD, bilirrubina directa; BI, bilirrubina indirecta; FA, fosfatasa alcalina; GGT, gamma-glutamyl transferasa; ANA, anticuerpos antinucleares.

CC104

ESCLERODERMIA LIMITADA EN EL CONTEXTO DE COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: UN CASO CLÍNICO

S.I. López-Aguilar¹, K.F. Aguirre-Ávila², J.M. García-Barboza², M. Jacinto-Ruiz², G. Benavides-Díaz²

⁽¹⁾Hospital General de Zona 50, San Luis Potosí, ⁽²⁾Hospital General de Zona 50, SLP, IMSS

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad colestásica autoinmune poco común, con una prevalencia que oscila entre 1,9 y 40,2 por 100 000 habitantes, y afecta sobre todo a mujeres de 40 a 60 años. Esta anomalía puede coexistir con otras enfermedades autoinmunes, especialmente con la esclerosis sistémica limitada (ESL). En el 60% de los casos, el diagnóstico de ESL precede al de CBP, mientras que en el 40% ocurre a la inversa, lo que refleja la complejidad y variabilidad del curso clínico de ambas enfermedades.

Presentación del caso: Paciente femenina de 57 años, sin antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes o hepáticas, pero sí de hipotiroidismo primario. En 2023 inició seguimiento en el servicio de gastroenterología debido a trombocitopenia, esplenomegalia, colestasis y transaminasemia leve con patrón colestásico, acompañada de prurito. Los estudios de laboratorio mostraron plaquetas en 78 000/ μ L, alanina aminotransferasa (ALT) de 168 U/L, aspartato aminotransferasa (AST) de 145 U/L, bilirrubina total de 1,17 mg/dL, fosfatasa alcalina de 478 U/L y panel viral negativo. Además, se detectaron anticuerpos antimitocondriales positivos. El ultrasonido hepático delineó un hígado de tamaño normal sin signos de obstrucción biliar, y con base en estos hallazgos se estableció el diagnóstico de colangitis biliar primaria. El tratamiento incluyó ácido ursodesoxicólico y colestiramina. Dos años después, la paciente desarrolló induración cutánea en las extremidades, motivo por el cual fue referida al servicio de reumatología (**Figura 1**). En la exploración física se observó coloración acre en brazos y piernas, además de una induración moderada según la escala de Rodnan, con una puntuación total de 40. Nuevos estudios inmunológicos revelaron anticuerpos anticentrómero positivos. Se descartó el síndrome CREST mediante interrogatorio y estudios complementarios. Por estos motivos se agregó al tratamiento ácido micofenólico.

Discusión: La colangitis biliar primaria es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por la destrucción progresiva de los conductos biliares intrahepáticos, que en fases avanzadas puede evolucionar hacia cirrosis e insuficiencia hepática. Su frecuente relación con la esclerosis sistémica limitada representa un desafío diagnóstico, dado que las manifestaciones iniciales de una enfermedad pueden ocultar o retrasar el reconocimiento de la otra. En este caso, la paciente presentó inicialmente un síndrome colestásico con anticuerpos antimitocondriales positivos, hallazgos característicos de CBP, sin signos de hipertensión portal ni daño hepático avanzado, lo que sugiere una etapa temprana. Sin embargo, con el tiempo desarrolló signos clínicos y serológicos consistentes con esclerosis sistémica limitada, incluidos títulos elevados de anticuerpos anticentrómero. La coexistencia de CBP y ESL apunta a una posible base inmunogenética común, en la cual los autoanticuerpos desempeñan un papel clave en la fisiopatología. El seguimiento estrecho es fundamental, ya que la progresión puede llevar a cirrosis con complicaciones de hipertensión portal y elevar el riesgo de síndrome de superposición con hepatitis autoinmune, trastorno que se vincula con un curso clínico más agresivo y peor pronóstico. Actualmente la paciente se encuentra bajo tratamiento con micofenolato de mofetilo.

Conclusiones: Este caso destaca la importancia de considerar la colangitis biliar primaria como un marcador de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades autoinmunes, en particular la esclerosis sistémica limitada. El reconocimiento temprano de esta relación y un tratamiento integral son esenciales para mejorar el pronóstico, prevenir complicaciones hepáticas y optimizar la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

1. Lepri G, Airò P, Distler O, *et al.* Systemic sclerosis and primary biliary cholangitis: longitudinal data to determine the outcomes. *Journal of Scleroderma and Related Disorders* [Internet]. 2023 Apr 4 [cited 2025

Figura 1. A, piel indurada, brillante e hiperpigmentada en antebrazos. B y C, patrón en “sal y pimienta” en extremidades inferiores. (CC104)



Aug 18];8(3):210-20. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10515998/>.

2. Sargin G, Senturk T, Borazan S, *et al.* Primary biliary cholangitis in patients with systemic sclerosis: unmasking the true face of Reynold's syndrome. *The Egyptian Rheumatologist*. 2020;42(1):31-4.

CC105

VASCULITIS CORONARIA Y MIOCARDITIS ASOCIADA A PEMBROLIZUMAB EN UN PACIENTE CON CÁNCER RENAL DE CÉLULAS CLARAS: REPORTE DE CASO

A. Villanueva-Romo, O.E. Monroy-Muñoz, E. Aranda-Cano
Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional

Introducción: El pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal que se dirige al receptor de muerte programada (PD-1). Su acción se basa en el bloqueo entre PD-1 y sus ligandos, lo que resulta en la potenciación de la respuesta inmune de las células T contra las células tumorales; esta activación puede precipitar enfermedades autoinmunes.

Presentación del caso: Hombre de 70 años con diagnóstico de cáncer renal de células claras que requirió nefrectomía radical derecha en febrero y tratamiento adyuvante con inmunoterapia con pembrolizumab iniciado a partir de abril del 2024. En junio presentó dolor en región esternal, ardoroso y opresivo, con irradiación a ambos brazos por lo que se realizó electrocardiograma con elevación del segmento ST en cara anterior y toma de enzimas cardíacas: CK-MB < 1, (normal), troponina I de 0,310 (elevada),

peptido natriurético B de 291 (elevado); en el intervencionismo coronario se encontró coronaria izquierda sin lesiones angiográficas; descendente anterior de trayecto tortuoso, con acinesia de ápex e hipocinesia apical inferior. Fracción de expulsión ventricular izquierda mayor de 50%, sin insuficiencia mitral. La exploración física no mostró diferencia de presión arterial en las cuatro extremidades ni presencia de soplos, con pulso carotídeo, braquial, cubital, radial, femoral, poplíteo y pedio sin alteraciones. Durante su evolución presentó tres episodios de dolor torácico opresivo de características similares, con elevación de enzimas cardíacas. La resonancia magnética (RM) de corazón reconoció datos indicativos de miocarditis y TEP-TC. Fluorodesoxiglucosa con metabolismo aumentado en miocardio. Estudios de laboratorio: ANA 1:80 (nuclear homogéneo), especificidades negativas, anticuerpos antifosfolípidos y ANCA negativos, proteína C reactiva 74,1 (elevada). Se presentó el caso en sesión conjunta con los servicios de cardiología, reumatología y oncología y se determinó aterosclerosis acelerada, miocarditis y vasculitis coronaria relacionadas con la aplicación de inmunoterapia, por lo que se suspendió el pembrolizumab y se inició tratamiento con prednisona, colchicina, inmunoglobulina humana y tocilizumab. En la actualidad continúa tratamiento con tocilizumab, el paciente persiste asintomático, con ecocardiograma transtorácico de cardiopatía isquémica e hipertensiva (FEVI 55%) y regurgitación tricúspidea leves, sin nuevos episodios cardiovasculares hasta la fecha, en vigilancia por parte del servicio de oncología médica.

Discusión: La miocarditis relacionada con inhibidores de puntos de control inmunitarios, como el pembrolizumab, es un suceso adverso infrecuente con elevada mortalidad, calculada en 34,8% en revisiones sistemáticas. La edad media de presentación es de 65 años con ligero predominio en hombres como en este paciente. Las imágenes avanzadas (RM y TEP-FDG) aportan evidencia directa de inflamación miocárdica activa, estudios respaldados por guías internacionales como complemento diagnóstico cuando existe toxicidad cardíaca por ICI. La miocarditis y la progresión coronaria rápida podrían reflejar mecanismos inflamatorios compartidos, como activación de linfocitos T y la sobreexpresión de citocinas. El tratamiento estándar consiste en iniciar glucocorticoides a dosis altas. Este paciente evolucionó favorablemente con esquema combinado con prednisona a dosis de reducción, tocilizumab e inmunoglobulina humana, con adecuado control hasta la fecha y preservación de la fracción de expulsión, lo que contrasta con el desenlace más grave informado en otros casos.

Conclusiones: Cada vez se notifican más casos de episodios cardiovasculares vinculados con el uso del pembrolizumab, lo que resalta la importancia de vigilancia estrecha y seguimiento multidisciplinario en pacientes en quienes se utilizan como tratamiento los inhibidores de puntos de control inmunitario.

Bibliografía

1. Kwok G, Yau TC, Chiu JW, *et al.* Pembrolizumab (Keytruda). Hum Vaccin Immunother. 2016;12(11):2777-2789.
2. Hasan W. Pembrolizumab-induced myocarditis: a systematic review of case reports. JCO 2024;42(16 Suppl):e14605.
3. Trujillo-Flores D. Miocarditis por inhibidores del punto de control inmunitario: el futuro es hoy. Med Int Méx. 2024;40(7):413-429.

CC106

ENFERMEDAD DE STILL CON AFECTACIÓN PULMONAR. SERIE DE CASOS

L.A. Aparicio-Vera¹, I.P. García-Herrera², C.P. Casillas-Cortés¹, Y.C. Villalba-Arrieta¹

⁽¹⁾Hospital para el Niño Poblano, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad de Still pertenece a uno de los subgrupos de la artritis idiopática juvenil, previamente conocida como artritis idiopática juvenil sistémica. Sus manifestaciones suelen ser fiebre, exantema, artritis, adenopatías y hepatomegalia o esplenomegalia. La afectación pulmonar se describe en el 8 al 10% de los casos y su estudio ha tomado mayor relevancia

en los últimos años. El objetivo del trabajo es describir la presentación de tres pacientes con afectación pulmonar al momento del diagnóstico de la enfermedad de Still.

Presentación de los casos:

Caso 1: Lactante de 10 meses que inicia su padecimiento con exantema, seguido de fiebre prolongada, edema articular y adenopatías. Dentro de su hospitalización se corroboran artritis, adenopatías inguinales y axilares, y hepatoesplenomegalia. Se descartaron procesos infecciosos, neoplasias y errores innatos de la inmunidad. Se identificaron leucocitosis persistente y elevación de reactantes de fase aguda. A nivel pulmonar se notificaron pleuritis, neumonitis y zonas de condensación. El paciente cumplió con los criterios para enfermedad de Still. Se inició tratamiento con metilprednisolona y tocilizumab con buena respuesta.

Caso 2: Paciente previamente sano que inició con fiebre intermitente no cuantificada, con duración mayor de tres semanas. Evolucionó con exantema, dolor abdominal y hepatoesplenomegalia. Se hospitalizó en múltiples ocasiones sin diagnóstico definitivo. Se realizaron estudios extensos para descartar procesos infecciosos y enfermedades oncohematológicas. Registró elevación considerable de reactantes de fase aguda, incluidos ferritina y dímero D elevado. En la TAC de tórax se observó infiltrado intersticial indicativo de neumonitis (**Figura 1**). Se estableció el diagnóstico de enfermedad de Still. Se inició tratamiento con metilprednisolona IV y tocilizumab, con mejoría progresiva del estado general, remisión de la fiebre y disminución de marcadores inflamatorios.

Caso 3: Paciente femenina de 1 año y 8 meses que acude a este hospital con un cuadro de fiebre intermitente de más de dos meses de evolución, acompañada de edema en extremidades y tos productiva. Los estudios de laboratorio confirman la elevación significativa de reactantes de fase aguda, anemia y trombocitosis. La tomografía computarizada de tórax delineó un patrón en vidrio despolido con cierta consolidación. Se integró el diagnóstico de enfermedad de Still. Se inició tratamiento con metilprednisolona y tocilizumab. La paciente presentó mejoría progresiva en la fiebre, edema y síntomas sistémicos.

Figura 1. (CC106)



Discusión: La enfermedad de Still puede cursar con afectación pulmonar desde su inicio; sin embargo, este dato clínico no siempre se busca de manera dirigida. Es importante señalar que de estos tres pacientes sólo uno presentaba síntomas respiratorios. Si bien es una serie pequeña, llama la atención la ausencia de síntomas respiratorios en los otros dos. Uno de los factores de riesgo descritos para la afectación pulmonar es el inicio temprano de la enfermedad, lo cual sí se reconoció en dos de los pacientes. El tratamiento es aún controvertido, pero los pacientes recibieron tocilizumab desde el inicio, con buena respuesta.

Conclusiones: Se debe realizar un tamizaje de afectación pulmonar para pacientes con enfermedad de Still al diagnóstico, en particular en pacientes con factores de riesgo.

Bibliografía

1. Petrongari D, Di Filippo P, Misticoni F, *et al.* Lung involvement in systemic juvenile idiopathic arthritis: a narrative review. *Diagnostics* (Basel) [Internet]. 2022;12(12):3095. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics12123095>.
2. Gençeli M, Metin Akcan Ö, Ataş B. Systemic juvenile idiopathic arthritis: a diagnostic challenge in fever of unknown origin. *Çocuk Enfeksiyon Derg/J Pediatr Infect* [Internet]. 2025;19(1):44-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5578/ced.20250106>.

CC107

TROMBOSIS DE SENO SAGITAL SUPERIOR, UVEÍTIS COMO PRESENTACIÓN INICIAL EN ENFERMEDAD DE BEHÇET

D. Gasca-Escobar, A.G. Franco-García, M.E. Rodríguez-García, P.J.A. Rodríguez-Henríquez, A. Fuentes-Venegas

Hospital General Manuel Gea González

Introducción: La enfermedad de Behçet es una vasculitis crónica, recurrente y multisistémica, capaz de afectar a vasos de cualquier calibre. Predomina en la "ruta de la seda" y es poco frecuente en Latinoamérica (0,3-1,1/100 000 habitantes). Se caracteriza por úlceras orales y genitales recurrentes, lesiones cutáneas, uveítis y compromiso sistémico variable. Su patogenia combina predisposición genética relacionada en algunos casos con HLA-B*51 e inmunidad aberrante que generan inflamación recurrente y daño tisular. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y requiere un alto índice de sospecha dada la heterogeneidad fenotípica.

Presentación del caso: Hombre de 20 años con antecedente de infección urinaria y úlcera escrotal izquierda, tratada con ceftriaxona y doxiciclina, que una semana después presentó cefalea pulsátil súbita, hemicraneal derecha progresiva a holocraneal, con náusea, vómito, fotofobia, sonofobia, disartria y alucinaciones visuales y auditivas.

La exploración física identificó úlcera escrotal necrótica (**Figura 1**); la TC de cráneo contrastada reveló trombosis venosa cerebral en seno longitudinal superior, seno recto, senos transversos y sigmoideo, vena yugular interna derecha y vena de Galeno izquierda. El líquido cefalorraquídeo fue normal, con perfil infeccioso (virus de inmunodeficiencia humana, virus de hepatitis B, virus de hepatitis C, sífilis) negativo y estudio de trombofilia con anticuerpos antifosfolípidos negativos, proteínas C y S normales y anticoagulante lúpico negativo. El servicio de oftalmología documentó uveítis anterior bilateral con sinequias, vitreitis leve, papilitis, edema macular; asimismo se reconocieron fuga papilar y bloqueo vascular focal. La biopsia de la úlcera escrotal reveló reacción vascular inflamatoria por linfocitos en dermis superficial y profunda.

Se integró el diagnóstico de enfermedad de Behçet, según los criterios de clasificación ICBID (cumplió con los siguientes criterios: úlceras orales, afectación vascular, úlceras genitales, uveítis posterior, para un total de 7 puntos [valor de corte de 4 puntos]), lo cual dio una certeza diagnóstica cercana al 100%. Con compromiso neurológico y oftalmológico grave, se optó por iniciar dexametasona (8 mg/8 h IV) y después prednisona (50 mg/día VO), ciclofosfamida (0,75 g/m² de superficie corporal, 1 200 mg) en una sola administración y anticoagulación plena con enoxaparina (1 mg/kg SC) con posterior traslape a anticoagulante oral por medio de apixabán (5 mg/12 h); se consiguió evolución favorable y egresó sin nuevos episodios neurológicos con marcada mejoría clínica a los cinco días de seguimiento.

Discusión: La enfermedad de Behçet es una vasculitis multisistémica de curso recurrente, cuya expresión clínica varía según sean la población y el compromiso orgánico. La relación de trombosis venosa cerebral extensa, úlcera genital y uveítis con afectación del polo posterior, como en este caso, refleja un fenotipo grave con riesgo elevado de secuelas neurológicas y visuales. El diagnóstico oportuno es un reto debido a la ausencia de biomarcadores específicos y a la necesidad de integrar hallazgos clínicos y de imagen. El tratamiento temprano con inmunosupresores y anticoagulación, como se instituyó en este paciente, es fundamental para prevenir daño irreversible y reducir la morbilidad.

Figura 1. (CC107)



Conclusiones: Este caso ilustra una forma grave de síndrome de Behçet con compromiso neurológico y oftalmológico simultáneo, en la que el abordaje multidisciplinario y el inicio temprano de inmunosupresión y anticoagulación permitieron una evolución favorable. La identificación temprana de manifestaciones multisistémicas y la intervención oportuna son claves para optimizar el pronóstico y preservar la función neurológica y visual.

Bibliografía

1. Muñoz SA, Kostianovsky A, Allievi A, *et al.* Behçet disease in Latin American countries: a systematic literature review of demographic and clinical features, and HLA-B*51 allele frequency. *Reumatol Clin.* 2022;18(8):450-7.
2. Alpsoy E, Leccese P, Emmi G, *et al.* Treatment of Behçet's disease: an algorithmic multidisciplinary approach. *Front Med.* 2021;8:624795.

CC108

TROMBOS INTRACARDIACOS COMO MANIFESTACIÓN INUSUAL DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO

A.M. Arciniega-García, J.M. Hernández-Guzmán, L.E. Alcalá-Muñiz, P. Sandoval-Ávila, R. Catana-Hernández

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

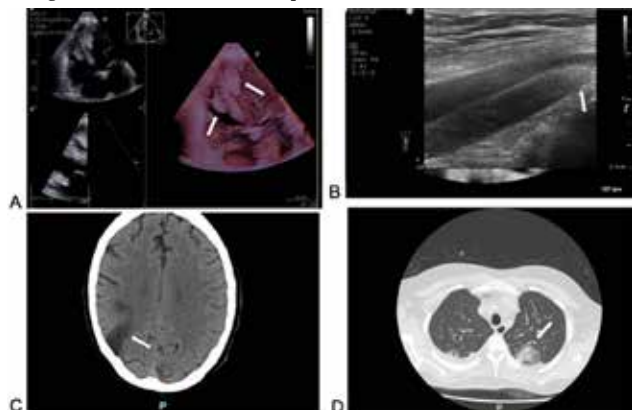
Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAAF) se caracteriza por un estado de hipercoagulabilidad. Debido a su naturaleza vascular, varios órganos y tejidos pueden afectarse, incluido el sistema cardiovascular. Las manifestaciones cardíacas más frecuentes son las valvulopatías; sin embargo, se han descrito complicaciones menos comunes como la disfunción miocárdica, la hipertensión pulmonar y el trombo intracardiaco con una prevalencia general del 1,8%.

Presentación del caso: Hombre de 55 años con antecedente de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca congestiva con fracción de expulsión reducida. Inició con disnea súbita, acompañada de dolor torácico opresivo e incapacitante, por lo cual acudió a urgencias; se realizó electrocardiograma y se solicitaron biomarcadores cardíacos que descartaron síndrome coronario agudo; el ecocardiograma transtorácico mostró trombo en la aurícula derecha y trombo adosado al ápex del ventrículo izquierdo. Se descartaron

deficiencias de proteínas C y S y antitrombina, así como neoplasia oculta como causa del estado protrombótico; el paciente recibió anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéutica.

Dos días después presentó dolor en el miembro pélvico izquierdo, 10/10 en la escala visual análoga, lancinante, acompañado de máculas violáceas y petequias; el ultrasonido Doppler documentó trombo que ocluía la totalidad de la arteria poplítea, por lo que se realizó trombectomía sin complicaciones (Figura 1). Dos semanas después sufrió taquicardia y disnea, la cual progresó a mMRC 2 con hemoptisis leve; los hemocultivos y el cultivo de expectoración no revelaron desarrollo bacteriano, dímero D de 1 256 ng/mL; la angiotomografía delineó un defecto de llenado lobar superior derecho con infartos pulmonares y defecto de llenado a los segmentos 8, 9 y 10. Una semana después presentó somnolencia y bradilalia y la tomografía de encéfalo confirmó un episodio vascular cerebral isquémico en fase aguda y subaguda en ambos hemisferios. Ante la persistencia de trombosis en múltiples órganos a pesar del tratamiento se solicitaron anticuerpos antifosfolípidos con positividad para anticardiolipinas IgG 99,8 CU (≤ 20) y anticoagulante lúpico 2,5 CU ($\leq 1,20$); se estableció el diagnóstico de probable SAAF catastrófico, tratado con 3 g de metilprednisolona y 150 g de inmunoglobulina. Posteriormente evolucionó sin nuevos episodios trombóticos y con estabilidad hemodinámica por lo que se logró el egreso hospitalario.

Figura 1. A, ecocardiograma transtorácico: trombo en tránsito en la aurícula derecha y trombo adosado al ápex del ventrículo izquierdo. B, ultrasonido Doppler arterial del miembro izquierdo: trombosis de la arteria poplítea y tibial posterior del miembro pélvico izquierdo. C, tomografía simple de cráneo: ambos hemisferios con signos de episodio vascular cerebral isquémico en fases aguda y subaguda. D, angiotomografía de tórax: se identifica engrosamiento septal difuso, así como áreas con opacidades periféricas bilaterales de distribución multisegmentaria, de morfología triangular, indicativas de infartos pulmonares. (CC108)



Discusión: Los trombos intracardíacos son una manifestación rara del SAAF primario, lo que enfatiza que el compromiso cardíaco en esta anomalía no se limita a las valvulopatías, sino que puede incluir trombos intracavitarios, con riesgo elevado de embolización sistémica y complicaciones letales. El retraso en su diagnóstico eleva el riesgo de daño orgánico irreversible y mortalidad, por lo que el tratamiento debe ser rápido e intensivo al combinar anticoagulación a dosis terapéuticas, pulsos de metilprednisolona e inmunoglobulina intravenosa, lo cual permite controlar la actividad trombótica y evitar nuevas complicaciones, algo clave para estabilizar al paciente.

Conclusiones: El SAAF debe sospecharse en pacientes con trombosis recurrente, de localización inusual o multifocal, especialmente cuando coexisten episodios arteriales, venosos y cardíacos. Este caso ilustra un SAAF de alto riesgo con evolución tórpida, caracterizado por rápida progresión y compromiso multiorgánico, lo que justificó un abordaje terapéutico radical y multidisciplinario.

Bibliografía

1. Celia AI, Galli M, Mancuso S, *et al.* Antiphospholipid syndrome: insights into molecular mechanisms and clinical manifestations. *J Clin Med* [Internet]. 2024;13(14):4191. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm13144191>.

2. Kolitz T, Shiber S, Sharabi I, *et al.* Cardiac manifestations of antiphospholipid syndrome with focus on its primary form. *Front Immunol* [Internet]. 2019;10:941. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2019.00941>.

CC109

LUPUS NEONATAL LIMITADO A PIEL EN UNA LACTANTE CONCEBIDA POR FERTILIZACIÓN *IN VITRO* Y GESTACIÓN SUBROGADA

H.F. Menchaca-Aguayo, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El lupus eritematoso neonatal (LEN) es una enfermedad autoinmune rara que resulta de la transferencia transplacentaria de autoanticuerpos maternos, en particular anti-Ro/SSA y anti-La/SSB. Las manifestaciones más frecuentes incluyen lesiones cutáneas anulares eritematosas y bloqueo auriculoventricular congénito, este último acompañado de elevada morbilidad. Aunque suele presentarse en hijos de madres con enfermedad autoinmune conocida, también puede ocurrir en hijos de mujeres asintomáticas. La presentación clínica variable y la falta de antecedentes maternos pueden retrasar el diagnóstico.

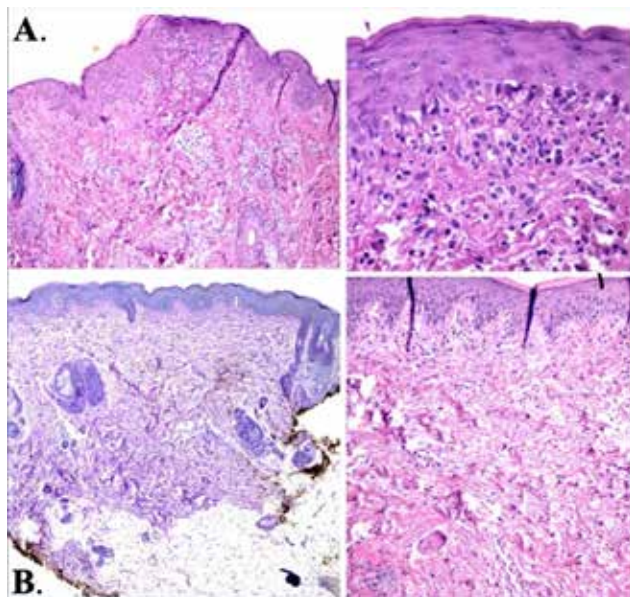
Presentación del caso: Se describe a una lactante femenina de tres meses concebida mediante fertilización *in vitro* y gestada en útero subrogado, cuyos antecedentes maternos se desconocen. Al mes de vida mostró dermatosis generalizada con lesiones anulares eritematosas y máculas con leve atrofia central y bordes activos, localizadas en cuero cabelludo, región periorbitaria, axilas y pliegues inguinales (Figura 1). Inicialmente se sospechó dermatitis atópica y recibió tratamiento tópico con butirato de hidrocortisona con mejoría parcial. Debido a la escasa respuesta clínica, la extensión y la localización atípica de las lesiones se realizó biopsia cutánea, la cual mostró dermatitis de interfaz vacuolar con infiltrado linfocítico perivascular superficial, consistente con LEN (Figura 2). Los estudios inmunológicos confirmaron ANA 1:160, anti-Ro 146 y anti-La 44. Los estudios cardiológicos fueron normales. El control consistió en fotoprotección y seguimiento clínico. A los dos meses, las lesiones mostraron mejoría significativa y sólo persistieron algunas anulares residuales, sin evidencia de afectación sistémica.

Discusión: El caso resalta la importancia de considerar el LEN dentro del diagnóstico diferencial de dermatosis en lactantes, incluso en ausencia de antecedentes maternos conocidos. La biopsia cutánea y la determinación de autoanticuerpos fueron clave para el diagnóstico. Además, subraya la relevancia de protocolos de tamizaje de autoanticuerpos en mujeres con embarazos por fertilización *in vitro* o subrogación y la necesidad de seguimiento temprano de los recién nacidos en riesgo.

Figura 1. Dermatitis en la piel cabelluda y región periorbitaria e inguinal. (CC109)



Figura 2. Dermatitis de interfaz vacuolar y perivascular superficial linfocitaria. A, tinta negra en piel cabelluda. B, tinta amarilla en ingle derecha. (CC109)



Conclusiones: Este informe contribuye a ampliar el conocimiento sobre variantes clínicas atípicas del LEN y refuerza la importancia de un abordaje diagnóstico oportuno.

Bibliografía

1. Derdulska JM, Rudnicka L, Szykut-Badaczewska A, *et al.* Neonatal lupus erythematosus – practical guidelines. *J Perinat Med.* 2021;49(5):529-38. doi:10.1515/jpm-2020-0543. PMID:33470961.
2. Sun W, Fu C, Jin X, *et al.* Neonatal lupus erythematosus: an acquired autoimmune disease to be taken seriously. *Ann Med.* 2025;57(1):2476049. doi:10.1080/07853890.2025.2476049. PMID:40066690; PMCID: PMC11899241.

CC110

SÍNDROME DE ACTIVACIÓN DE MACRÓFAGOS SECUNDARIO UN RETO DIAGNÓSTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

K. Alba-Hernández, C.S. Cruz-Medina, G. Cárdenas-Ibarra, S.Y. Zavaleta-Hernández, I. Macías-Ramírez

Hospital de Especialidades ISSSTEP

Introducción: El síndrome de activación de macrófagos (SAM) es una entidad poco conocida, pero potencialmente letal, caracterizado por hiperactivación de macrófagos y linfocitos, con la consecuente tormenta de citocinas que puede presentarse luego de infección o proceso maligno o como complicación de enfermedades reumatológicas, entre ellas el lupus eritematoso sistémico. La heterogeneidad de la presentación entre los padecimientos exige un abordaje multidisciplinario.

Presentación del caso: Adolescente femenina de 14 años de edad, previamente sana que inicia con cuadro de seis semanas de evolución caracterizado por alopecia, astenia, adinamia y pérdida ponderal; tres semanas antes de su ingreso a hospitalización se añaden síndrome febril, adenopatías y dermatosis generalizada. Al ingreso muestra dermatosis inespecífica, úlcera oral en paladar duro, adenopatías cervicales y hepatoesplenomegalia; los indicadores bioquímicos señalan leucolinfopenia, plaquetopenia, hipocomplementemia, anticuerpos Smith positivos, transaminasemia, hiperferritinemia, lesión

renal con proteinuria significativa; el informe de ecocardiograma describe derrame pericárdico leve y se cumplen criterios para lupus eritematoso sistémico. Se administran 5 bolos de metilprednisolona, pero llama notablemente la atención la hiperferritinemia y el síndrome febril. La calificación HSCORE completa 244 puntos con 99% de probabilidad para SAM y se solicita valoración por oncología pediátrica; el aspirado de médula ósea señala hemofagocitos y por tanto se indican ciclosporina, etopósido, dexametasona e inmunoglobulina humana como coadyuvante (**Figura 1**). Dentro del abordaje infeccioso se registran serologías virales positivas para VEB y herpes tipo 1, con cargas virales positivas para CMV; recibe tratamiento con valganciclovir. Dada la heterogeneidad de la presentación clínica entre infección por CMV y los hallazgos documentados indicativos de LES, ambas causantes de SAM, se realiza biopsia renal que resulta negativa para inmunocomplejos por inmunofluorescencia (**Tabla 1**). Cursa con lesión renal aguda que se atribuye a toxicidad por ciclosporina, por lo que se prescribe ruxolitinib.

Figura 1. Hemofagocitosis en el aspirado de médula ósea. (CC110)

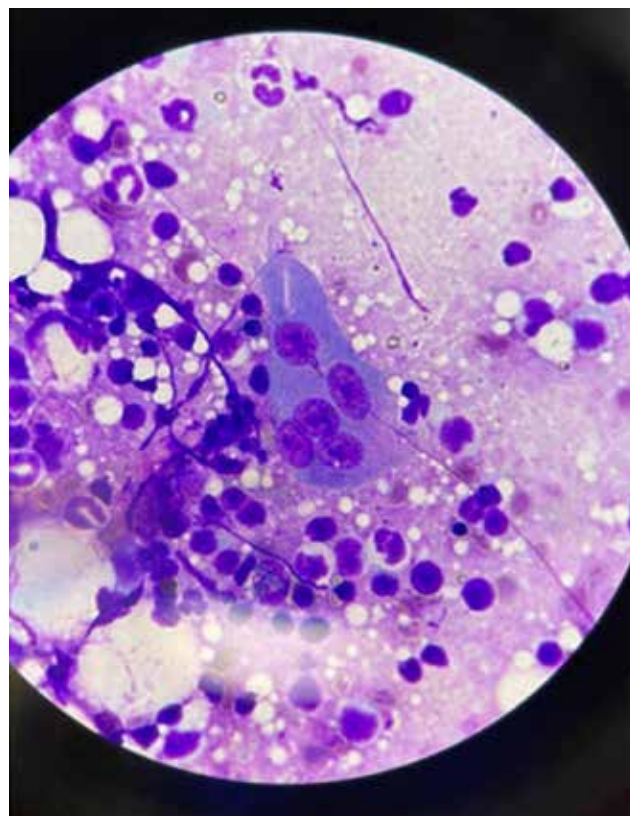


Tabla 1. (CC110)

	Ferritina (ng/ml)	Fibrinógeno (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)	Plaquetas (x10 ⁹ /L)	PCR (mg/L)
1.06.25	32 000	151	827	89	47
7.06.25	6 062	190	458	75	23
8.07.25	3 203	500	280	94	19
25.07.25	3 559	175	230	57	22
2.08.25	3 671	462	233	168	17
25.08.25	3 079	349	165	74	12.3
29.07.25	Biopsia renal: sin patrón de daño glomerular. Inmunofluorescencia: IgG, IgA, IgM, C1Q ₃ C3C negativos.				

Discusión: El síndrome de activación de macrófagos es una complicación grave en enfermedades inflamatorias; los agentes infecciosos pueden actuar como desencadenantes; de forma inicial, la seropositividad para VEB y herpes tipos 1 y 2 documentada en la paciente se atribuyó al mimetismo molecular propio del LES. El SAM representa una complicación secundaria a ésta; las cargas virales para CMV y el resultado de la biopsia renal permitieron reclasificar a la paciente y considerar el SAM secundario a infección y un síndrome de lupus-like al diagnóstico; en contraparte, cabe destacar que la biopsia renal se llevó a cabo posterior al inicio del tratamiento inmunosupresor por lo que no se descarta LES, dado que la paciente cumplió criterios y tenía anticuerpos específicos para LES positivos al inicio.

Conclusiones: El SAM representa un reto diagnóstico en la población pediátrica debido a los diversos fenotipos de presentación clínica que simulan malignidad, infección u otras enfermedades reumáticas como LES, lo cual puede favorecer el retraso de la detección de esta afección. La sospecha clínica es primordial acompañada de criterios específicos para el diagnóstico, según los diferentes contextos clínicos en medio de los cuales se observa esta entidad. Existen pautas terapéuticas para el tratamiento del SAM; sin embargo, el tratamiento debe individualizarse en función de la tolerancia a los fármacos; este caso refleja otra posible utilidad de los inhibidores JAK en el tratamiento de enfermedades autoinmunes.

Bibliografía

Lee J, Bae KS, Rhim JW, *et al.* Macrophage activation syndrome in children: update on diagnosis and treatment. 2024.

CC111

ESCLEROSIS SISTÉMICA ASOCIADA A SÍNDROME AUTOINMUNE/INFLAMATORIO INDUCIDO POR ACEITE MINERAL MÁS IMPLANTES MAMARIOS DE SILICÓN

O.L. Vera-Lastra, J. Juárez-Medrano, A.L. Peralta-Amaro, G. Medina, M.P. Cruz-Domínguez

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) constituye un conjunto de enfermedades caracterizadas por exposición a un agente adyuvante (aluminio, escualeno, aceite mineral, silicón, vacunas, entre otros), producción de autoanticuerpos no específicos y ruptura de la tolerancia inmunitaria. Se han diagnosticado más de 4 479 casos relacionados principalmente con vacunas, rellenos de aceite mineral (AM) e implantes mamarios de silicón (IMS). El objetivo es informar el caso de una paciente con antecedentes de inyección de AM en glúteos e IMS que desarrolló ASIA con manifestaciones de esclerosis sistémica (ES). **Presentación del caso:** Mujer de 66 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica, dislipidemia mixta e insomnio. Es alérgica a varios medicamentos, con urticaria, exantema y edema laríngeo. Tabaquismo: 5 cigarrillos/día durante 25 años. Hace 30 años se aplicó AM con fines cosméticos en glúteos y 20 años antes IMS. Desde hace 15 años mostró cambios de coloración en la piel de glúteos, nodulaciones y dolor. Trastornos de memoria y del sueño, ansiedad, fatiga y poliartralgias. En 2023 se le retiró el material oleoso inyectado en glúteos y se identificó histología de granulomas. Cinco años antes se reconoció endurecimiento de piel en manos, fenómeno de Raynaud y, en fecha reciente, disfagia. La exploración física revela TA 130/90 mmHg y FC 70 lpm y se identifican hiperpigmentación en cuello, espalda y piernas, lesiones tipo "sal y pimienta", esclerodactilia en manos y limitación del movimiento, además de asimetría glútea con induración interglútea. La tomografía de pulmones de alta resolución muestra neumopatía intersticial. ANA positivos: 640 (anticentrómeros); anti-DNA, C3 y C4 negativos. Se halla bajo tratamiento con micofenolato de mofetilo (1 g/día), nifedipina (30 mg/día), pantoprazol (40 mg/día) y clonazepam (2,5 mg/día).

Discusión: En el síndrome ASIA, los adyuvantes tienen un papel fundamental dado que intensifican la respuesta del sistema inmune innato y adaptativo mediante activación de receptores de reconocimiento de patrones tipo toll, NOD y receptores de lectina. Sus principales manifestaciones

son diversas: fatiga, artralgias, alteraciones del sueño, linfadenopatías, mialgias, pérdida de la memoria, entre otras, y se ha relacionado con enfermedades definidas del tejido conjuntivo, como ES, para la cual esta paciente ha presentado manifestaciones clínicas, de laboratorio y de imagen.

Esta paciente ha tenido una doble exposición a un adyuvante: AM e IMS con manifestaciones clínicas, de laboratorios e histológicas de ASIA, además de una enfermedad definida del tejido conjuntivo como la ES. La paciente cumple con dos criterios principales (exposición a un adyuvante: IMS y AM) y manifestaciones típicas, y uno menor (evolución de una enfermedad autoinmune con ES), lo que establece el diagnóstico de ASIA.

Conclusiones: Este caso ilustra la complejidad del ASIA, con criterios para este síndrome y una enfermedad definida del tejido conjuntivo como la ES inducida por la administración de AM y IMS que han contribuido a la aparición de fenómenos autoinmunes. El diagnóstico temprano y la suspensión de agentes desencadenantes y el inicio de inmunomodulación pueden modificar el curso de la enfermedad.

Bibliografía

- Vera-Lastra O, Medina G, Cruz-Domínguez M del P, *et al.* Human adjuvant disease induced by foreign substances: a new model of ASIA (Shoenfeld's syndrome). *Lupus*. 2012;21(2):128-35.
- Vera-Lastra O, Medina G, Cruz-Domínguez MP, *et al.* Autoimmune/inflammatory syndrome induced by mineral oil: a health problem. *Clin Rheumatol*. 2018;37(6):1441-1448.

CC112

DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA ASOCIADA A LUPUS INDUCIDO POR ADALIMUMAB: REPORTE DE CASO

S.I. López-Aguilar¹, L.D. Hernández-Licona¹, A.V. Morales-García¹, D.L. López-Aguilar², L.D. Solórzano-Espinosa¹

⁽¹⁾Hospital General de Zona No. 50, San Luis Potosí, ⁽²⁾Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Introducción: La demencia de rápida progresión (DRP) es un síndrome caracterizado por deterioro cognitivo y funcional en semanas o meses. Sus causas incluyen prionopatías, encefalitis autoinmunes, síndromes paraneoplásicos e infecciones. Los inhibidores de TNF- α , como el adalimumab, pueden vincularse con episodios autoinmunes raros, incluido el lupus inducido por fármacos con compromiso neurológico.

Presentación del caso: Mujer de 50 años con artritis reumatoide, diabetes mellitus tipo 2 y antecedente de cáncer de mama triple negativo. Inició adalimumab (40 mg SC cada 2 semanas). A las ocho semanas presentó astenia, adinamia, artralgias, alopecia, pérdida de peso, pérdida de memoria, desorientación, alucinaciones e insomnio. Los estudios mostraron ANA positivo (1:80, patrón homogéneo), anticuerpos antihistonas negativos, anti-dsDNA normal y perfil neurológico autoinmune negativo (**Tabla 1**). Electroencefalograma: enlentecimiento difuso. Resonancia magnética: lesiones en sustancia blanca frontal derecha, hiperintensas en T2/FLAIR, sin reforzamiento (**Figuras 1 y 2**). Se diagnosticó lupus inducido por anti-TNF con compromiso neurológico. Tras suspender el adalimumab se administraron deflazacort e hidroxicloroquina, lo que mejoró los síntomas neuropsiquiátricos, pero persistió la confusión ocasional; se halla en seguimiento y es elegible para el uso de rituximab.

Discusión: El lupus inducido por anti-TNF es raro (0,1-0,2%) y puede afectar al SNC. En este caso destacan la correlación temporal y la serología negativa para antihistonas (puede encontrarse sólo en un 15%). Sin embargo, la mejoría clínica tras la suspensión del fármaco apoya el diagnóstico. Los hallazgos en neuroimagen y EEG sugieren encefalopatía inflamatoria secundaria. El reconocimiento oportuno evita secuelas graves. El rituximab es una alternativa terapéutica segura en pacientes con contraindicación para anti-TNF.

Conclusiones: Este caso resalta la necesidad de vigilar los síntomas neurológicos en pacientes que reciben anti-TNF. La identificación y suspensión temprana del agente implicado son claves para la recuperación.

Tabla 1. (CC112)

Anticuerpo	Hallazgo en paciente
ANA	Positivo, patrón homogéneo 1:80
Antihistonas	Negativos (positivo > 20 U/mL)
Anti-dsDNA	5 UI/mL negativos (< 25 UI/mL)

Figura 1. Resonancia magnética con gadolinio en corte axial T2 FLAIR con hiperintensidad subcortical en el lóbulo frontal y predominio derecho. (CC112)

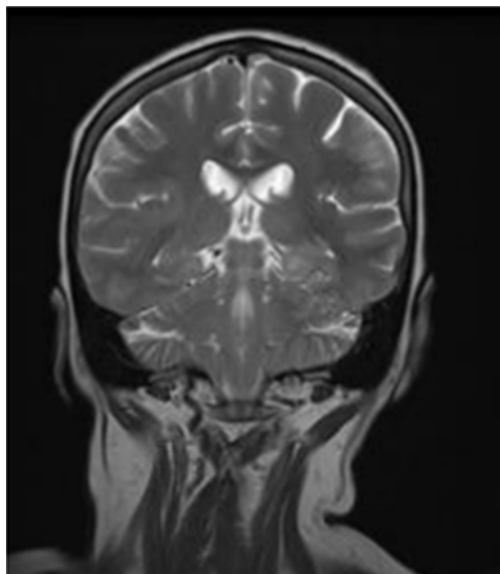
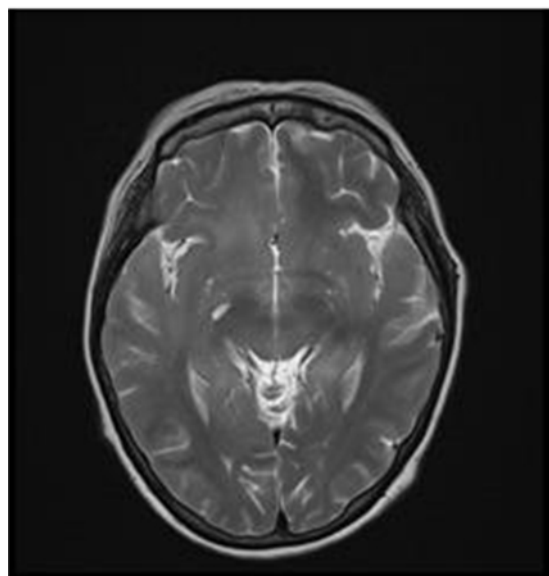


Figura 2. Resonancia magnética con gadolinio en T1 isointensa en lóbulo frontal, y predominio derecho. (CC112)



Bibliografía

1. He M, Yang J, Yan S, *et al.* Conducting a real-world study of tumor necrosis factor-alpha inhibitors-induced systemic lupus erythematosus based on the FAERS database. *Scientific Reports* [Internet]. 2025;15(1). Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-025-90566-3>.

2. Lee M, Lee CH, Lee HS, *et al.* Health-related quality of life outcomes of adalimumab for patients with rheumatoid arthritis in Korea. *Journal of Rheumatic Diseases*. 2021;28(2):68-75.

CC113

HISTOPLASMOSIS COMO DESENCADENANTE DE ARTRITIS REUMATOIDE, A PROPÓSITO DE UN CASO

O.L. Vera-Lastra¹, L. Bielma-King¹, E. Navarro-Fernández², G. Medina¹, M.P. Cruz-Domínguez¹

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽²⁾Hospital General de Zona #32, Mario Madrazo Navarro

Introducción: La histoplasmosis es efecto de la inhalación de esporas de *Histoplasma capsulatum*. Los pacientes con artritis reumatoide, en especial los que reciben tratamiento contra el inhibidor del factor de necrosis tumoral (anti-TNF), pueden coexistir con la infección de *Histoplasma capsulatum*, y sus principales manifestaciones musculoesqueléticas son artralgias, artritis, miositis, panculitis, sinovitis, entre otras. En pacientes con artritis reumatoide, de manera menos común, la histoplasmosis puede presentarse con una gran variedad de manifestaciones reumatológicas. El objetivo de este informe es presentar un caso de artritis reumatoide precedida por una infección de histoplasmosis.

Presentación del caso: Paciente de 29 años con antecedente familiar de artritis reumatoide que en 2023 visitó una zona endémica donde se expuso a *Histoplasma capsulatum* (HC). Una semana después de la exposición aparecieron manifestaciones clínicas (disnea de pequeños esfuerzos, fatiga y mialgias) y radiológicas respiratorias (neumopatía intersticial y nódulos pulmonares), así como pruebas serológicas para HC: anticuerpos de *Histoplasma capsulatum* IgM positivos determinados por aglutinación en látex, por lo que se la trató con itraconazol durante ocho meses. Tres meses después de la exposición a HC inició con poliartritis, poliartralgia de grandes y pequeñas articulaciones, fatiga y rigidez matinal mayor de una hora. Exploración física: inflamación aguda de grandes y pequeñas articulaciones. Los estudios de laboratorio registraron un factor reumatoide positivo: 250 IU/mL, al igual que anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados (300 U/mL), además de anticuerpos antinucleares positivos a títulos bajos. A los seis meses se inició tratamiento con metotrexato (15 mg/sem) y esteroides (7,5 mg/kg/día), con lo que se observó mejoría de la AR.

Discusión: El HC es un hongo que existe en zonas endémicas de este país, el cual entra al organismo mediante la inhalación de esporas y puede invadir el sistema reticuloendotelial a través de macrófagos. En la mayoría de las veces se resuelve con una infección pulmonar asintomática, pero en otros casos puede diseminarse. En este caso, la paciente era inmunocompetente y tres meses después de la exposición al HC surgieron manifestaciones musculoesqueléticas. Tres meses después se determinó el diagnóstico de artritis reumatoide y se indicó tratamiento con buena respuesta. Se considera que el mecanismo activador de la AR podría ser el mimetismo molecular, que causaría una reacción cruzada entre el tejido del huésped y el patógeno, con resultado de reacciones autoinmunes.

Conclusiones: Esta paciente cumplió criterios para histoplasmosis y ésta se consideró un factor desencadenante para el desarrollo de AR. Existe evidencia de que *Histoplasma capsulatum* puede ser un posible agente precipitante de enfermedades autoinmunes. Los pacientes con AR pueden coexistir con histoplasmosis, en especial los que reciben tratamiento anti-TNF. Este caso enfatiza que la histoplasmosis fue el factor desencadenante de la AR.

Bibliografía

1. Marie I, Guglielmino E. Infections opportunistes non tuberculeuses au cours des traitements par les anti-TNFα. *Rev Médecine Interne*. 2010;31(5):353-60.
2. Cipolat MM, Rodrigues DRR, Brenol CV, *et al.* Incidence of histoplasmosis in patients receiving TNF-alpha inhibitors: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(49):e36450.

3. Gremese E, Tolusso B, Bruno D, *et al.* Infectious agents breaking the immunological tolerance: the holy grail in rheumatoid arthritis reconsidered. *Autoimmun Rev.* 2022;21(6):103102.

CC114

SÍNDROME AUTOIMMUNE/INFLAMATORIO INDUCIDO POR INYECCIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO: EFECTOS AGUDOS Y CRÓNICOS

O.L. Vera-Lastra, L. Bielma-King, E. Alvarado-Arana, F.V. Rojas-Aguilar, J. Quintal-Ramírez

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El síndrome autoinmune inflamatorio por adyuvantes (ASIA) se relaciona con diferentes fenómenos autoinmunes seguidos de la exposición de un paciente a un adyuvante (silicón, aceite mineral, biopolímeros y AH, entre otros). El ácido hialurónico (AH) es un polisacárido natural ampliamente usado en la actualidad como relleno dérmico y destaca por su biocompatibilidad y seguridad. Las reacciones adversas pueden ser agudas por inyección del AH en los vasos, lo que conduce a oclusiones vasculares (necrosis dérmica, ceguera y enfermedad cerebrovascular) y las tardías de tipo inmunológicas como la reacción inflamatoria retardada (RID), con inflamación crónica, granulomatosis, nódulos cutáneos y manifestaciones de síndrome ASIA, vasculitis y tiroiditis autoinmune. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de una reacción adversa aguda y tardía ante la aplicación estética de AH en la nariz.

Presentación del caso: Hombre de 41 años sin antecedentes heredo-familiares de enfermedades autoinmunes. Aplicación de vacuna COVID en 2023. Tabaquismo de tres cigarrillos al día. Cuatro meses antes se aplicó AH con fines estéticos en zona frontal sin complicaciones; dos semanas después se lo aplicó en región nasal y cinco horas después de la aplicación aparecieron dolor intenso y cambios en la coloración en la zona de aplicación, con un hematoma difuso y posterior evolución a necrosis en la región nasal (**Figura 1**), por lo que se administró tratamiento con analgésico y crema Cicalfate®. Un mes después presentó aparición de nódulos en el dorso y punta nasal (**Figura 2**), por lo cual se solicita biopsia en sacabocado que revela hiperplasia sebácea con foliculitis, fibrosis e inflamación crónica. Estudios de laboratorio: glucosa: 96,75 ng/mL; BUN: 7,71; urea: 16,50 mg/dL; creatinina: 0,69 mg/dL; eritrocitos: 5,9; hemoglobina: 16,6 g/dL; hematócrito: 49,5; VCM: 83,8; leucocitos: 6,8; plaquetas: 275; factor reumatoide: 9,68; anti-ANA: negativo; anti-Ro: < 4,9; anti-La: < 3.

Discusión: El AH es un relleno usado con frecuencia en la medicina estética para restaurar volumen, suavizar arrugas y mejorar la elasticidad de la piel. En este caso se identificaron efectos agudos como la necrosis y tardíos de tipo inmunológico, como nódulos e inflamación granulomatosa después de un mes de la aplicación del AH, además de complicaciones agudas de tipo vasculonecroticas con dolor y cambio de coloración con necrosis después de la aplicación del AH. Esta paciente se expuso a un adyuvante (AH) y una reacción inflamatoria granulomatosa crónica que reúne criterios para una reacción inflamatoria tardía y ASIA.

Conclusiones: Paciente con inyección de AH en la nariz que desarrolló manifestaciones agudas de tipo necrótico-cutáneo y reacción inflamatoria retardada, como nódulos cutáneos e inflamación crónica, así como criterios de ASIA.

Bibliografía

- Owczarczyk-Saczonek A, De Boulle K. Hyaluronic acid fillers and ASIA syndrome: case studies. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2023;16:2763-71.
- Cohen-Tervaert JW, Martínez-Lavin M, Jara LJ, *et al.* Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) in 2023. *Autoimmun Rev.* 2023;22(5):103287.
- Watad A, Sharif K, Shoenfeld Y. The ASIA syndrome: basic concepts. *Mediterr J Rheumatol.* 2017;28(2):64-9.

Figura 1. Necrosis cutánea después de inyección de ácido hialurónico. (CC114)



Figura 2. Lesiones nodulares un mes después de inyección de ácido hialurónico. (CC114)



CC115

NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

R.A. Salazar-Mendoza¹, C.V. Cruz-Reyes¹, A. Elizalde-García²

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽²⁾Otro

Introducción: El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune con afección principal de glándulas exocrinas, pero son posibles manifestaciones extraglandulares durante el curso de la enfermedad. La afección renal 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 síntomas relacionados con síndrome seco y con diagnóstico de síndrome de Sjögren primario con anticuerpos positivos: ANA 1:640 moteado grueso, anti-La 448,2, anti-Ro > 640, y consumo de complemento a expensas de C4 y presencia de hipergammaglobulinemia. Muestra manifestaciones extraglandulares por afectación renal diagnosticada por biopsia renal con nefritis tubulointersticial 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 y arteriopatía hialina leve. Además, se observa 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 en la tasa de filtración glomerular. Se conserva el 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 poco común, documentada sólo en un 5%. Por esta razón, el diagnóstico puede volverse un reto, dado que precede en ocasiones a los síntomas secos característicos de esta enfermedad. La afectación renal más común es la nefritis tubulointersticial con una incidencia del 12 a 48% y la hipergammaglobulinemia se vincula con esta forma de presentación. Los pacientes pueden sufrir de manera progresiva y lenta un deterioro de la función renal, como lo observado en este caso. Es relevante conocer que entre 20 y 28% de los pacientes desarrolla una función renal crónicamente reducida, además de que 10 a 20% con síndrome de Sjögren primario y enfermedad renal avanza a enfermedad renal terminal.

Conclusiones: La afectación renal, como parte del síndrome de Sjögren primario, suele ser infrecuente, por lo que debe realizarse una evaluación periódica de la función renal debido al retraso diagnóstico por los síntomas inespecíficos. Es importante conocer que esta afección puede preceder a los síntomas vinculados con el síndrome seco. Es necesario un seguimiento estrecho, ya que algunos pacientes pueden evolucionar a la enfermedad renal terminal.

Bibliografía

1. Aiyegbusi O, McGregor L, McGeoch L, *et al.* Renal disease in primary Sjögren's syndrome. *Rheumatol Ther* [Internet]. 2021;8(1):63-80.
2. 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.

CC116

VASCULITIS ASOCIADA A ANCA CON AFECCIÓN SEVERA DE SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO EN CUATRO EXTREMIDADES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN

R.A. Salazar-Mendoza, Z. Castro-Colín, C.M. Rodríguez-Frayre, A. Franco-González

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Las vasculitis relacionadas con ANCA tienen síntomas neurológicos heterogéneos, además de que la positividad de estos anticuerpos no es exclusiva de un solo tipo de vasculitis, lo cual las convierte en un reto diagnóstico y por tanto es crucial la vinculación con las distintas manifestaciones clínicas del paciente. El sistema nervioso periférico se afecta con mayor frecuencia hasta en 10 a 80%. Es más común en la poliangitis microscópica (PAM) (50%) que en la granulomatosis con poliangitis (GPA) (11-20%).

Presentación del caso: Hombre de 56 años sin antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas que inicia en agosto del 2024 con dolor lumbar mecánico (intensidad 10/10) progresivo con incapacidad para la bipedestación y uso de silla de ruedas. En octubre se agrega pérdida de la fuerza distal, parestesias de miembro torácico izquierdo, además de parestesias en miembros pélvicos, bilaterales, simétricas, ascendentes hasta rodillas, con descontrol hipertensivo y palpitaciones. En enero del 2025 se identifica disminución de la fuerza en la mano derecha e incapacidad para la pinza fina en ambas manos, así como diplopía binocular, y sensación de llevar guantes y calcetines con pérdida de 15 kg de peso en dos meses. La exploración física revela hipotrofia tenar y de interóseos grave, hiporreflexia y pies en péndulo. Se instituye protocolo de estudio y se reconocen antimieloperoxidasa (MPO) 702,20 UI y PR3 negativo, con engrosamiento subpleural periférico bilateral en la TACAR. Se indican pulsos de metilprednisolona y aplicación de ciclofosfamida por sospecha de vasculitis relacionada con ANCA. Estudios de laboratorio: PCR 25,50 mg/L, depuración de creatinina en orina de 24 horas de 74,91 mL/min y proteínas urinarias negativas. La electromiografía delineó un patrón poli-neuropático sensitivo motor de predominio distal con daño grave axonal de cuatro extremidades. La biopsia de nervio sural muestra vasculitis leucocitoclástica con necrosis fibrinoide focal de la pared vascular, perivasculitis de predominio linfocitario y edema en intersticio, además de datos isquémicos focales, con un BVAS de 34 puntos al momento del diagnóstico. Se continúan los pulsos de ciclofosfamida y esteroide a dosis altas, con mejoría clínica y funcional. Actualmente puede deambular con apoyo de bastón y hay mejoría de la fuerza prensil en manos.

Discusión: La afectación del sistema nervioso periférico en las vasculitis relacionadas con ANCA posee positividad de MPO. Por lo general, la presencia de parestesias dolorosas inicia en las porciones distales de las extremidades, particularmente en las extremidades inferiores. La mononeuritis múltiple se produce en el 70 a 90% de los pacientes, mientras que los demás manifiestan polineuropatía simétrica o asimétrica. La afectación es más frecuente en la PAM (50%) que en la GPA (11-20%), pero las características clínicas mostradas en el paciente tienen un comportamiento de una GPA.

Conclusiones: La afectación del sistema nervioso periférico suele ser frecuente en las vasculitis vinculadas con ANCA, con menor prevalencia en la GPA. Sin embargo, aún se diagnostica de manera tardía, por lo que el retraso en el tratamiento oportuno causa todavía gran mortalidad y morbilidad.

Bibliografía

1. Quintero-Giraldo LP, Barahona-Correa J, Corredor-Orlandelli D, *et al.* Nervous system involvement in ANCA-associated vasculitis: single center experience from Latin America. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2025;73(152751):152751. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2025.152751>.
2. Koike H, Nishi R, Ohyama K, *et al.* ANCA-associated vasculitic neuropathies: a review. *Neurol Ther* [Internet]. 2022;11(1):21-38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40120-021-00315-7>.
3. Imboden JB. Involvement of the peripheral nervous system in polyarteritis nodosa and antineutrophil cytoplasmic antibodies-associated vasculitis. *Rheum Dis Clin North Am* [Internet]. 2017;43(4):633-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rdc.2017.06.0117>.

CC117

ENFERMEDAD DE KAWASAKI REFRACTARIA EN NIÑOS: DEL DIAGNÓSTICO A LA TERAPÉUTICA AVANZADA

V. De León-De León, A. Sánchez-Polendo, B. Chura-Chipana, E. Fauquier-Fuentes, P. Lara-Herrera

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica de vasos medianos y la principal causa de cardiopatía adquirida en la infancia. Aunque el tratamiento estándar con inmunoglobulina intravenosa

(IGIV) resulta eficaz en la mayoría de los pacientes, entre 10 y 20% curan con enfermedad resistente, la cual se acompaña de un mayor riesgo de desarrollar aneurismas coronarios gigantes. El abordaje terapéutico de estos casos es complejo y suele requerir inmunomoduladores adicionales. El objetivo de este trabajo es describir dos casos de EK resistente con aneurismas coronarios gigantes, analizar su control y revisar la respuesta clínica y ecocardiográfica.

Presentación de los casos:

Caso 1: Paciente masculino de nueve meses con 15 días de evolución al diagnóstico. Presentaba aneurismas coronarios gigantes; de acuerdo con las guías de la AHA 2024, recibió dos dosis de IGIV (2 g/kg cada una) por resistencia, con lo cual no se observó reducción del tamaño de los aneurismas. Ante la persistencia de los síntomas se administraron pulsos de metilprednisolona (30 mg/kg/día) y una dosis de infliximab (10 mg/kg). Evolucionó con resolución completa de fiebre y lesiones mucocutáneas. En el ecocardiograma de control se documentó reducción de diámetros de los aneurismas. Su puntuación de riesgo fue Kobayashi de 6 puntos y Harada de 5 puntos.

Caso 2: Paciente masculino de 2 años y 6 meses, con cinco días de evolución al diagnóstico. En la ecocardiografía inicial mostró aneurisma gigante en la descendente anterior. Tras dos dosis de IGIV persistió con inflamación sistémica y aneurisma, sin cambios significativos. Recibió tratamiento con metilprednisolona e infliximab. Después experimentó resolución clínica y disminución parcial del diámetro del aneurisma. Puntuaciones de riesgo: Kobayashi 3 y Harada 3. Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. (CC117)

	Paciente 1	Paciente 2
Edad	9 meses	2 años 6 meses
Tiempo de evolución al diagnóstico	15 días	5 días
Tamaño de aneurismas (Z Score)	Pretratamiento: Descendente anterior: 21,26 Circunfleja: 20,53 Coronaria derecha posterior: 27,1 Coronaria derecha media: 25,9 Posttratamiento: Descendente anterior: 6,49 Circunfleja 4,59 Coronaria derecha posterior: 20,9 Coronaria derecha media: 5,64	Pretratamiento: Descendente anterior: 13,6 Posttratamiento: Descendente anterior: 11,7
Calificación de riesgo	Kobayashi: 6 puntos Harada: 5 puntos	Kobayashi: 3 puntos Harada: 3 puntos
Tratamiento recibido	- 2 dosis de inmunoglobulina (2 g/kg cada una) - 1 dosis de infliximab (10 mg/kg/dosis)	- 2 dosis de inmunoglobulina (2 g/kg cada una) - 1 dosis de infliximab (10 mg/kg/dosis)

Elaboración propia.

Discusión: La EK resistente constituye un desafío clínico por su vínculo con aneurismas coronarios persistentes y complicaciones cardiovasculares graves. Las guías AHA 2024 recomiendan considerar el uso de corticoides e inhibidores de citocinas en pacientes resistentes a IGIV. Ambos pacientes recibieron un esquema intensificado con IGIV repetida, corticoides e infliximab, y se resolvieron los síntomas sistémicos y se estabilizaron los aneurismas coronarios. Estos hallazgos ilustran la eficacia de un abordaje escalonado en casos resistentes, con el infliximab como una alternativa útil en la fase aguda para controlar la inflamación y prevenir la evolución de lesiones vasculares. Si bien no se logró la regresión completa de los aneurismas, la reducción parcial de su tamaño y la ausencia de progresión reflejan un desenlace clínico favorable.

Conclusiones: La EK resistente con aneurismas gigantes representa un reto clínico de gran relevancia. En los dos casos presentados, la combinación de IGIV, corticoides en dosis altas e infliximab hizo posible controlar los síntomas sistémicos y estabilizar la afectación coronaria. Estos resultados

enfatizan la necesidad de un tratamiento individualizado y oportuno, y apoyan el uso temprano de fármacos biológicos como parte de la atención de pacientes con EK resistente grave.

Bibliografía

1. Crayne CB, Mitchell C, Beukelman T. Comparison of second-line therapy in IVIg-refractory Kawasaki disease: a systematic review. *Pediatr Rheumatol Online J*. [Internet] 2019;17(1):77. [Consultado 12 Ago 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31775898/>.
2. Burns JC, Best BM, Mejias A, *et al*. Infliximab treatment of intravenous immunoglobulin-resistant Kawasaki disease. *J Pediatr*. 2008;153(6):833-8.
3. Jone PN, Tremoulet A, Choueiter N, *et al*. Correction to: update on diagnosis and management of Kawasaki disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. [Internet] 2025;151(8):e677-e679. [Consultado 14 Ago 2025]. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001313>.

CC118

ENFERMEDAD VALVULAR CARDIACA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA CON INVOLUCRO CUTÁNEO

V. Cervantes-Ramírez, R.L. Polina-Lugo, O.A. Garza-Flores, F.M. García-García, R.I. De la Rosa-Vázquez, V.P. Limas-Martínez, A. Domínguez-Guerra, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, V.M. Fraga-Enríquez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La psoriasis y la artritis psoriásica (AP) son enfermedades con un riesgo cardiovascular (CV) aumentado por tener un estado proaterogénico y proinflamatorio. La artritis inflamatoria sistémica frecuentemente se superpone con psoriasis y se vincula con trastornos de conducción cardíaca y enfermedad valvular mayores (infarto al miocardio, infarto cerebral, insuficiencia cardíaca) y embarazo. Todos los pacientes tenían un diagnóstico previo de psoriasis y, con base en su evaluación física actual, se categorizaron de acuerdo con su actividad cutánea: los individuos con un índice de área y severidad de la psoriasis (PASI) ≥ 1 se definieron como afectación activa y aquellos con un PASI < 1 como afectación inactiva. La presencia de EVC se determinó de acuerdo con el informe obtenido por un cardiólogo certificado (insuficiencia aórtica, mitral, pulmonar y tricúspide o anomalías estructurales). La prueba de Kolmogorov-Smirnov se utilizó para determinar la normalidad. Se compararon los datos con ji cuadrada, t de Student o U de Mann-Whitney. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Objetivo: Comparar la presencia de EVC en pacientes con AP de compromiso cutáneo activo e inactivo.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a pacientes de 30 a 75 años que cumplieran los criterios de clasificación 2006 CASPAR. Se excluyó a aquellos con síndromes de sobreposición, episodios cardiovasculares mayores (infarto al miocardio, infarto cerebral, insuficiencia cardíaca) y embarazo. Todos los pacientes tenían un diagnóstico previo de psoriasis y, con base en su evaluación física actual, se categorizaron de acuerdo con su actividad cutánea: los individuos con un índice de área y severidad de la psoriasis (PASI) ≥ 1 se definieron como afectación activa y aquellos con un PASI < 1 como afectación inactiva. La presencia de EVC se determinó de acuerdo con el informe obtenido por un cardiólogo certificado (insuficiencia aórtica, mitral, pulmonar y tricúspide o anomalías estructurales). La prueba de Kolmogorov-Smirnov se utilizó para determinar la normalidad. Se compararon los datos con ji cuadrada, t de Student o U de Mann-Whitney. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 99 pacientes: 39 con compromiso en piel activo y 60 con compromiso inactivo. La media de edad fue de $52,9 \pm 11,9$ años. La dislipidemia fue más prevalente en el grupo de pacientes con alteración cutánea activa (0,0009), mientras que las demás comorbilidades no fueron estadísticamente significativas. Sobre la evaluación de las válvulas cardíacas, la mayoría de los pacientes en ambos grupos mostró resultados normales, excepto en la válvula tricúspide, donde la insuficiencia leve fue la anomalía más común y resultó más prevalente en el grupo sin afectación cutánea (51,2% vs. 71,6%, $p = 0,03$). No se encontraron otras diferencias significativas en el resto de las válvulas (**Tabla 1**).

Conclusiones: De acuerdo con estos resultados, el compromiso cutáneo activo en pacientes con AP no se acompañó de una prevalencia aumentada de EVC. No obstante, una insuficiencia leve tricúspide fue notablemente más alta en aquellos sin compromiso cutáneo. Estos resultados sugieren posibles variaciones en los patrones de alteración valvular entre los grupos

Tabla 1. Características clínicas y demográficas y evaluación de válvulas cardíacas. (CC118)

	Pacientes AP con compromiso cutáneo (n = 39)	Pacientes AP con compromiso cutáneo inactivo (n = 60)	Valor de p
Edad, años, media (±DE)	50,7 ± 10,0	54,4 ± 12,8	0,12
Mujeres, n (%)	22 (56,4)	40 (66,6)	0,30
Diabetes, n (%)	12 (30,7)	6 (10,0)	0,009
Dislipidemia, n (%)	22 (56,4)	27 (45,0)	0,16
Hipertensión, n (%)	15 (38,4)	14 (23,3)	0,26
Tabaquismo activo, n (%)	12 (30,7)	12 (20,0)	0,36
IMC, media (± DE)	30,6 ± 5,7	28,9 ± 5,2	0,13
Duración de enfermedad, años, mediana (RIC)	13 (3,5-21,5)	10 (3,7-16,5)	0,26
DAPSA, mediana (RIC)	20 (12,5-29,0)	12,3 (4,2-25,7)	0,03
FARME, n (%)	26 (66,6)	42 (70,0)	0,72
Biológicos, n (%)	13 (33,3)	22 (36,6)	0,73
Resultados de ecocardiograma			
Compromiso valvular aórtico, n (%)			
Normal, n (%)	34 (87,1)	54 (90,0)	0,66
Leve, n (%)	3 (7,6)	6 (10,0)	0,69
Anomalías estructurales*, n (%)	2 (5,2)	1 (1,6)	0,32
Compromiso valvular mitral, n (%)			
Normal, n (%)	24 (82,7)	27 (64,2)	0,35
Leve, n (%)	9 (23,0)	19 (31,6)	0,35
Anomalías estructurales*, n (%)	1 (2,5)	4 (6,6)	0,36
Compromiso valvular pulmonar, n (%)			
Normal, n (%)	33 (84,6)	47 (78,3)	0,43
Leve, n (%)	6 (15,3)	13 (21,6)	0,43
Anomalías estructurales*, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Compromiso valvular tricuspídeo, n (%)			
Normal, n (%)	18 (46,1)	15 (25,0)	0,02
Leve, n (%)	20 (51,2)	43 (71,6)	0,03
Anomalías estructurales*, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	-

DE, desviación estándar; IMC, índice de masa corporal; AP, artritis psoriásica; DAPSA, índice de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, * (estenosis, calcificación o esclerosis). Tabla de creación propia.

y se requiere mayor investigación. Se necesitan estudios prospectivos con mayor cantidad de muestra para esclarecer la función del compromiso cutáneo en la enfermedad valvular cardíaca.

Bibliografía

1. Park HS, Laiz A, Sánchez-Vega J, *et al*. Valve abnormalities, risk factors for heart valve disease and valve replacement surgery in spondyloarthritis. A systematic review of the literature. *Front Cardiovasc Med*. 2021;8:719523. Published 2021. doi:10.3389/fcvm.2021.719523.
2. Wang Z, Lv J, Zhao S, *et al*. Psoriasis and risk of new-onset degenerative valvular heart disease: a prospective cohort study. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2024;qcae096. doi:10.1093/ehjqcco/qcae096.

CC119

PAQUIMENINGITIS HIPERTRÓFICA SECUNDARIA A ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4 Y AMILOIDOSIS SECUNDARIA

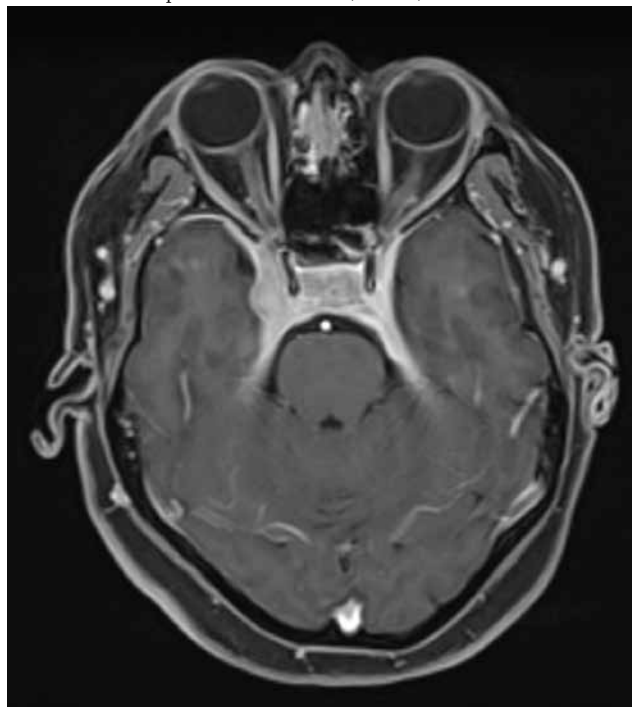
T.A. Luna-Zúñiga, A.Y. Alvarado-Gutiérrez, G. Martínez-Flores, E. Cuevas-Orta, A. Trinidad-Vanegas

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es un trastorno fibroinflamatorio multisistémico caracterizado por un infiltrado e inflamación linfoplasmocítica. Las manifestaciones neurológicas son poco frecuentes y se presentan en un 13% de los pacientes y, aunque la paquimeningitis hipertrófica es la principal manifestación, ésta se presenta en menos del 2% de los casos.

Presentación del caso: Paciente femenino de 51 años con antecedente de diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia en control. Inicio dos años antes con episodio inicial de parálisis facial y posteriormente cefalea crónica en tratamiento con oxcarbamazepina y múltiples AINE sin mejoría y con evolución a lesión del III, IV y VI nervios craneales más ptosis y deterioro de la abducción ocular en el ojo izquierdo. Se solicita resonancia magnética (**Figura 1**) que revela un seno cavernoso con aumento de volumen asimétrico de predominio derecho (derecho 10 mm *vs.* izquierdo 7 mm) con hipercaptación homogénea que demuestra engrosamiento difuso e irregular de la duramadre cavernosa que se extiende a la fisura orbitaria superior y hacia el lóbulo temporal anterior, lo cual produce estrechamiento de la porción cavernosa de la arteria carótida y afectación de III, IV y VI nervios craneales de manera bilateral, así como músculos extraoculares de predominio derecho; la región selar muestra aumento de manera global que causa compresión extrínseca del quiasma óptico. Estudios de laboratorio: incremento de VSG de 54 mm/h y proteína C reactiva de 5,11 mg/dL, anticuerpos antinucleares y ANCA negativos La punción lumbar confirma pleocitosis de 100 x mm³ con predominio de polimorfonucleares del 77%, valores de glucosa y proteína normales, con tinciones y cultivos

Figura 1. Resonancia magnética en secuencia T1 y corte coronal con contraste con gadolinio que demuestra aumento de volumen asimétrico del seno cavernoso de predominio derecho. (CC119)



negativos y citología con proceso inflamatorio mixto, por lo cual se decide realizar biopsia cerebral que reconoce un infiltrado linfoplasmocítico de tipo reactivo con numerosas células plasmáticas, positividad para IgG4 y rojo Congo. La TC toracoabdominal no muestra alteraciones. Recibió tratamiento con prednisona (0,6 mg/kg/día), metotrexato y rituximab con resolución progresiva de cefalea y parálisis de nervios craneales.

Discusión: La paciente inició con parálisis facial, la cual se ha informado sólo en 7% de los casos con paquimeningitis hipertrófica. El hecho de no tener afectación sistémica pudo propiciar un diagnóstico retardado, por lo que los hallazgos patológicos de amiloidosis podrían ser secundarios a la evolución crónica sin un tratamiento específico. La paciente experimentó una mejoría significativa posterior al inicio de inmunosupresión con un seguimiento actual de 10 meses sin recaídas.

Conclusiones: A pesar de que la paquimeningitis hipertrófica es una presentación neurológica típica en pacientes con ER-IgG4, es todavía una manifestación rara y la ausencia de síntomas sistémicos en la mitad de los casos hace que el diagnóstico sea un reto.

Bibliografía

1. Terrim S, Mahler JV, Filho FVM, *et al.* Clinical presentation, investigation findings, and outcomes of IgG4-related pachymeningitis: a systematic review. *JAMA Neurol.* 2025;82(2):193-199.
2. Yardimci GK, Arslan D, Babaoğlu B, *et al.* IgG4-related pachymeningitis-long term follow up and outcome of six patients. *Int J Rheum Dis.* 2023;26(9):1853-1860.

CC120

PATRÓN FULL-HOUSE EN BIOPSIA RENAL: NO TODO ES LUPUS

V.S. López-Flores, K.F. Aguirre-Ávila, S.I. López-Aguilar, J.M. García-Barboza, M.T. Rodríguez-Avalos

Hospital General de Zona 50. SLR, IMSS

Introducción: La nefropatía *full house* no lúpica (NLFHN, *non-lupus full-house nephropathy*) es una entidad poco frecuente caracterizada por un patrón de inmunofluorescencia que muestra depósitos de IgG, IgA, IgM, C3 y C1q en la biopsia renal, similar al observado en la nefritis lúpica. Sin embargo, carece de criterios clínicos y serológicos de lupus eritematoso sistémico (LES), como ANA y anti-dsDNA negativos. Su prevalencia es incierta, aunque los estudios de India señalan que entre el 10 y 30% de los casos con patrón *full house* corresponden a NLFHN. En una serie de 6 244 biopsias renales, 498 mostraron este patrón, de las cuales 19,4% (81 pacientes) no desarrolló LES durante el seguimiento.

Presentación del caso: Paciente masculino de 56 años, sin antecedentes familiares relevantes y con diagnóstico de diabetes mellitus controlada desde cinco años antes. Consultó por lesiones cutáneas en antebrazos, tipo habones pruriginosos de más de 24 horas de duración, con edema periférico. Además, presentó fatiga, edema generalizado y hematuria, con evolución de cinco meses. En nefrología se documentó síndrome nefrótico con proteinuria en 24 horas de 966 mg/día. Los valores de complemento C3 y C4 estaban disminuidos (C3: 59,2 mg/dL; C4: 6,0 mg/dL). Se realizó biopsia renal con hallazgos indicativos de glomerulonefritis mediada por depósitos inmunes con patrón *full house*. Inicialmente se sospechó nefritis lúpica y se administraron pulsos de metilprednisolona. Con posterioridad, en el servicio de reumatología, los anticuerpos ANA, anti-dsDNA, ANCA y anti-SSA/SSB resultaron negativos. Se solicitaron anticuerpos anti-C1q, que fueron positivos (35 UI/mL, valor normal < 20). Se estableció el diagnóstico de vasculitis urticarial hipocomplementémica (UVH) con compromiso renal y se inició tratamiento con ácido micofenólico y prednisona. Biopsia renal (microscopia óptica): se observaron 9 glomerulos, con tres esclerosados y uno con medialuna fibrosa; el resto presentó alteraciones variables. La muestra mostró atrofia tubular e intersticial en 40 a 50%, con engrosamiento de la íntima en arterias medianas. Inmunofluorescencia: depósitos intensos de IgG, C3, C1q, kappa y lambda (3+), IgM (2+) e IgA (1+) en mesangio y paredes capilares, además de depósitos intersticiales similares; el fibrinógeno fue negativo. Véanse **Figura 1** y **Tabla 1**.

Figura 1. A, ronchas elevadas y eritematosas de 1 cm de diámetro en la espalda. (CC120)



Tabla 1. (CC120)

Panel inmunológico		
Prueba	Resultado	Método
Anticuerpos antinucleares	Negativos Menor 1:100 Patrón: indeterminado	Inmunofluorescencia indirecta (IFI) Sustrato: células HEp-20-10 y tejido hepático de primate
Anticuerpos anti-DNA (Anti-dsDNA IgG)	Negativo Menor de 1:10 negativos: menor de 1:10	Inmunofluorescencia indirecta (IFI) Sustrato: <i>Critidia luciliae</i>
Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos Anticuerpos antimieloperoxidasa (MPO) IgG (p-ANCA)	Negativo. Menor de 20.0 positivo: mayor de 20.0	ELISA
Anticuerpos anti-C1q	35 UI/ mL (normal: < 10-20 U/mL)	ELISA
Anti-SSA y anti-SSB	Negativos. Menor de 2,0 UR/mL	ELISA

Discusión: La UVH es una vasculitis de vasos pequeños que se manifiesta con urticaria persistente (más de 24 horas), hipocomplementemia marcada y anticuerpos anti-C1q positivos. Esta enfermedad puede comprometer múltiples órganos, incluidos piel y riñones, y su presentación puede confundirse con lupus debido al patrón *full house* en la biopsia renal. Sin embargo, la ausencia de autoanticuerpos característicos del LES y la clínica consistente orientan al diagnóstico de UVH.

El caso destaca la importancia de valorar el contexto clínico y los hallazgos inmunológicos para evitar diagnósticos erróneos. El seguimiento prolongado es crucial, pues algunos pacientes con NLFHN o UVH pueden desarrollar LES con el tiempo.

Conclusiones: La vasculitis urticarial hipocomplementémica debe considerarse en pacientes con patrón *full house* renal, urticaria crónica persistente e hipocomplementemia, cuando los autoanticuerpos para LES son negativos. La positividad de anticuerpos anti-C1q apoya el diagnóstico y orienta el control inmunosupresor. Un seguimiento clínico e inmunológico estrecho es esencial debido al riesgo de evolución hacia lupus eritematoso sistémico.

Bibliografía

- Bukhari S, Ghoweba M, Khan S, *et al.* Unraveling the diagnosis of hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome. *Cureus*. 2024;16(4):e57723. doi: 10.7759/cureus.57723. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.57723>.
- Uzzo M, Kronbichler A, Alberici F, *et al.* Nonlupus full house nephropathy. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2024 Mar 26.

CC121

ARTERITIS DE TAKAYASU COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EMBARAZO

R. Ortiz-Hernández, E. Cuevas-Orta, E.N. Santillán-Guerrero, G. Aguilera Barragán-Pickens, C. Abud-Mendoza
Hospital Central Ignacio Morones, SLP

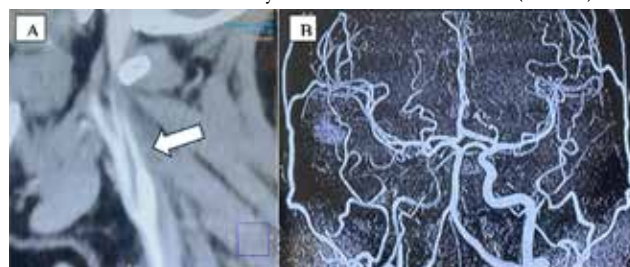
Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) tiene prevalencia de 3,2 a 40 casos por millón e incidencia de 0,4 a 2,6 casos por millón. Predomina entre los 20 y 30 años de edad. La enfermedad consiste en un proceso autoinmunitario dirigido contra arterias que contienen capa elástica, con pa-

narteritis e infiltración predominante de linfocitos T y células dendríticas, linfocitos NK y macrófagos. La inflamación crónica lleva a la formación tanto de aneurismas como de estenosis e incluso trombosis. Las mujeres embarazadas con AT tienen riesgo incrementado de hipertensión (37%), preeclampsia (16%) y abortos (14%).

Presentación del caso: Mujer de 22 años de edad con antecedente de aborto de 8 SDG. Cursó con embarazo de 40 SDG y se presentó al servicio de ginecología en trabajo de parto, con TA 210/110 mmHg; se decidió la interrupción del embarazo por vía abdominal y durante el acto quirúrgico presentó hipoxemia y requirió tratamiento avanzado de vía respiratoria. Se encontró hemiparesia izquierda, con evidencia tomográfica de isquemia subaguda fronto-parieto-temporal derecha; además, ausencia de TA en el brazo izquierdo, sin pulsos palpables ni soplos, mientras que en el brazo contralateral y extremidades inferiores había TA similares y adecuados pulsos, sin soplos.

La RM contrastada mostró disminución del flujo en la arteria carótida interna izquierda y de la arteria vertebral derecha (**Figura 1**). Se indicaron mPDN (500 mg/día por 3 días) y tocilizumab (162 mg/sem SC), actualmente con secuelas por episodio vascular cerebral, Rankin 4.

Figura 1. A, RMN de la arteria carótida interna derecha con disminución de flujo. B, angiorrresonancia cerebral que muestra disminución de calibre de la carótida interna derecha y la arteria vertebral derecha. (CC121)



Discusión: La afectación de la arteria carótida en la AT ocurre aproximadamente en 58% y las manifestaciones del sistema nervioso central en el 30%, proporción de la cual hasta 60% inicia con episodio vascular cerebral, y la hipertensión arterial en 20%.

La morbilidad obstétrica relacionada con AT es variable, con desenlaces desfavorables, entre ellos los episodios vasculares cerebrales, identificados en casi 5%. Se ha postulado que una posible polarización de las citocinas a través de los linfocitos T podría facilitar la comunicación materno-fetal e influir en este proceso. Sin embargo, el pronóstico gestacional puede variar de acuerdo con el perfil angiográfico de la enfermedad, especialmente ante hipertensión o preeclampsia. El uso de tocilizumab en la AT está aprobado como tratamiento de segunda línea y, aunque existe poca evidencia sobre su uso en lactancia, dado su peso molecular y baja biodisponibilidad, su excreción en la leche materna resulta poco probable y no se han publicado efectos adversos en lactantes.

Conclusiones: La morbilidad obstétrica (aborto previo, hipertensión grave, riesgo de preeclampsia) se vincula directamente con la vasculopatía de grandes vasos típica de la AT, ya que la afectación de la carótida y la hipertensión sistémica reflejan activación inflamatoria sistémica que eleva el riesgo de efectos obstétricos adversos. La hipertensión obstétrica y la restricción de flujo en grandes vasos pueden contribuir a las complicaciones fetales y a la necesidad de intervención temprana. En este caso, la combinación de hipertensión grave, afectación de arterias del cuello y la progresión vascular cerebral produjo morbilidad obstétrica elevada y pronóstico gestacional más complejo.

Bibliografía

- Partalidou S, Mamopoulos A, Dimopoulou D, *et al.* Pregnancy outcomes in Takayasu arteritis patients: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2023;13(1):546. doi: 10.1038/s41598-023-27379-9. Erratum in: *Sci Rep*. 2023 Feb 9;13(1):2325. doi: 10.1038/s41598-023-29324-2.
- Pedreira ALS, Chagas GP, Santiago MB. Pregnancy in Takayasu arteritis: a cross-sectional study and review of literature. *ARP Rheumatol*. 2022;1(4):300-303.

CC122

SÍNDROME DE VEXAS POSTERIOR A VACUNA CONTRA COVID-19: PATOLOGÍA Y MUTACIÓN COMPATIBLE

P. Bermúdez-Bermejo, B. Valente-Acosta, Y. Neme, E. Rodríguez-Lobato, E. Vera-Protat

Centro Médico ABC

Introducción: VEXAS es un síndrome autoinflamatorio que afecta principalmente a hombres mayores de 50 años, causado por mutaciones somáticas en el gen *UBA1*. Se caracteriza por inflamación sistémica, anemia macrocítica, trombocitopenia, colangitis, vasculitis y vacuolización de la médula ósea. Es difícil de diagnosticar y puede confundirse con otras enfermedades, por lo que la prueba genética temprana es esencial para un tratamiento adecuado.

Presentación del caso: Hombre de 75 años con antecedente de prediabetes y trombosis venosa renal sin trombofilias, neoplasias o enfermedades linfoproliferativas. Presentó una vasculitis leucocitoclástica en piernas y pelvis, dactilitis en dedos de manos y bursitis en el codo derecho. Se comenzó abordaje diagnóstico para descartar causas infecciosas, así como enfermedades autoinmunes, y se identificaron serologías negativas para artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y vasculitis ANCA. Recibió tratamiento con esteroide vía oral a dosis baja y azatioprina. Un mes después (febrero de 2021) recibió vacuna Aztra-Zeneca contra COVID-19, y dos semanas después ingresa al hospital por astenia, adinamia, disnea y fiebre. Se encontraron edema en piernas, exacerbación de la vasculitis cutánea, derrame pleural leve, pancitopenia grave (hb 6,1 mg/DL, Plq 26 000, leucocitos 1 890, linfocitos totales 30, neutrófilos absolutos 68), además de marcadores de inflamación elevados. Se reinició abordaje diagnóstico para descartar síndromes mielodisplásicos, enfermedades linfoproliferativas, autoinmunes y causas infecciosas, con todos los resultados negativos (**Tabla 1**). Se completó el abordaje con TEP-TC que identificó ganglios mediastínicos de aspecto inflamatorio, médula ósea con incremento del metabolismo axial y apendicular de características reactivas, y se descartó neoplasia. El aspirado y la biopsia de médula ósea mostraron una médula ósea hiperplásica con hiperplasia eritroide y vacuolización citoplasmática prominente en precursores hematopoyéticos, sobre todo en linajes eritroide y mieloide, además de displasia multilineal, en particular megacariocítica (**Figura 1**). Se sospechó un síndrome mielodisplásico. Se inició tratamiento con esteroide (1 mg/kg), factores estimulantes de colonias plaquetarios (romiplostim), transfusión de paquetes globulares, factores estimulantes de colonias de granulocitos/monocitos, con mejoría. Al egreso, al comenzar el descenso del esteroide, el paciente presentó de nuevo citopenias, exacerbación de la vasculitis, artralgias y bursitis en codo; se agregó ácido micofenólico (3 g diarios), con lo que se logró suspender el esteroide. Tres años después, con la prueba genética comercial, se encontró la mutación del gen *UBA1* positiva, lo que confirmó el diagnóstico de síndrome de VEXAS. Actualmente el paciente continúa en tratamiento sin esteroide, con ácido micofenólico a dosis de 1,5 g diarios, sin necesidad de transfusiones ni de factores estimuladores de colonias, sin vasculitis, artritis o bursitis. No ha desarrollado ninguna neoplasia.

Discusión: Durante la pandemia de COVID-19 se registró un incremento de la incidencia de enfermedades autoinmunes y autoinflamatorias. Este caso es un ejemplo claro de síntomas completos del síndrome de VEXAS relacionado con vacuna contra COVID-19 dos semanas antes de la exacerbación del cuadro clínico. Ante la sospecha de este diagnóstico por el comportamiento clínico del paciente, así como su respuesta a esteroide, se sospechó VEXAS y se inició tratamiento, incluso sin tener el resultado de la mutación disponible. Resultó liberador para el paciente tener el resultado de la mutación y saber que había recibido un tratamiento apropiado.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia de considerar síndrome de VEXAS dentro del diagnóstico diferencial en pacientes mayores con citopenias, inflamación sistémica y vasculitis cutánea. Es importante mencionar la relación de la vacunación contra COVID-19 dos semanas antes de la presentación de manifestaciones graves que llevaron al diagnóstico.

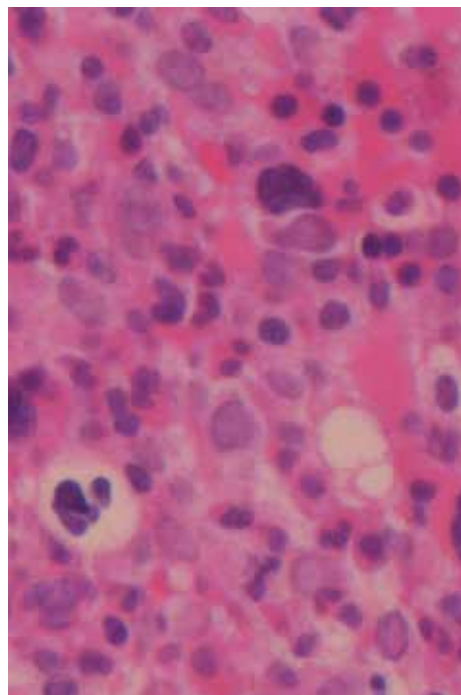
Bibliografía

1. Beck DB, Ferrada MA, Sikora KA, *et al.* Somatic mutations in *UBA1* and severe adult-onset autoinflammatory disease. *N Engl J Med.* 2020;383(27):2628-2638.
2. Obiorah IE, Patel BA, Groarke EM, *et al.* Myelodysplastic syndromes in VEXAS syndrome. *Blood.* 2021;137(23):3365-3370.

Tabla 1. Estudios sanguíneos iniciales del paciente. (CC122)

Estudio	Resultado
Hemoglobina	6,1 g/dL
Leucocitos	1 890 / μ L
Neutrófilos absolutos	68 x 10 ³ / μ L
Linfocitos absolutos	0,30 x 10 ³ / μ L
Plaquetas	26 x 10 ³ / μ L
VSG	36 mm/h
PCR	12 mg/L
Creatinina	0,87mg/L
Nitrógeno ureico en suero (BUN)	16,20 mg/L
Bilirrubina total en suero	1,70 mg/L
Bilirrubina directa en suero	0,47 mg/L
Bilirrubina indirecta en suero	1,23 mg/L
Haptoglobinas	61,90 mg/L
Coombs directo	Negativo
β -2 microglobulina	3,678 mg/L
Serología parvovirus B19	Negativo
Anticuerpos antinucleares (ANA)	Negativo
Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA)	Negativo
Anticardiolipina IgG/IgM	Negativo
Anticoagulante lúpico	Negativo
Anti- β 2 glucoproteína I IgG/IgM	Negativo
Serología para CMV IgG/IgM	Negativo
Serología SARS-CoV-2	IgM negativa, IgG negativa
Carga viral SARS- CoV-2 (RT-PCR)	No detectado

Figura 1. (CC122)



CC123

COEXISTENCIA DE SÍNDROME POLIGLANDULAR TIPO 1 CON SÍNDROME DE SJÖGREN. REPORTE DE CASO

M.E. Santiago-Manzano, C.A. Guillén-Durán
Hospital General Pachuca

Introducción: Los síndromes autoinmunes poliglandulares (SPG) son un grupo de enfermedades hereditarias, con presencia de autoanticuerpos contra antígenos de ciertas glándulas endocrinas; los órganos también desarrollan infiltrados linfocíticos. Esta autoinmunidad causa daño progresivo en los órganos a través de una reacción citotóxica, que es dependiente de anticuerpos. Usualmente, el órgano afectado por esta alteración se vuelve hipofuncional. El SPG tipo 1 (SPG 1) es raro, con una prevalencia de 1 en 100 000 hasta 1 en 1 000 000, con una relación mujer-hombre de 1:1; se compone de manifestaciones clínicas que consisten en candidiasis mucocutánea crónica, hipoparatiroidismo e insuficiencia adrenal primaria (enfermedad de Addison). Los pacientes SPG 1 pueden desarrollar otras manifestaciones autoinmunes endocrinas como falla ovárica prematura, falla testicular, enfermedades autoinmunes de la tiroides, diabetes mellitus tipo 1 e hipofisitis linfóide. El síndrome de Sjögren (SS) se presenta en 0,5 a 1% de la población, con relación mujer-hombre de 9:1; es una enfermedad autoinmune inflamatoria que afecta sobre todo a órganos exocrinos (glándulas lagrimales, salivales y parótidas) y hasta el 50% de los casos se vincula con otras enfermedades autoinmunes como artritis reumatoide (AR) o lupus eritematoso sistémico (LES). El SPG 1 casi nunca coexiste con enfermedades reumáticas autoinmunes; sin embargo, ha habido algunos casos notificados. Se presenta el caso de un paciente con SPG 1 y síndrome de Sjögren.

Presentación del caso: Paciente femenino de 40 años con diagnóstico de síndrome poliglandular tipo 1 desde abril del 2012 (candidiasis mucocutánea, hipoparatiroidismo autoinmune, tiroiditis autoinmune [enfermedad de Hashimoto]). Conocida en el servicio de reumatología de este hospital desde el año 2021. Antecedente de ojo seco, sólo con tratamiento sintomático. Inicialmente sin otros síntomas agregados y negatividad para anticuerpos antinucleares y extrañables del núcleo. Desde final de 2024 mostró aumento en xeroftalmia, más xerostomía, y presencia de neuropatía en extremidades inferiores. Se solicitan nuevamente estudios, con informe de ANA (anticuerpos antinucleares) patrón nuclear granular 1:160, factor reumatoide 64 UI/mL, anti-SSA (antígeno A de SS) 90 CU (positivo ≥ 20 CU) y anti-SSB (antígeno B de SS) 92 CU (positivo ≥ 20 CU). Se solicita biopsia de glándula salival y el resultado es sialoadenitis linfocítica crónica, con más de 50 linfocitos, 4 mm cuadrados. El servicio de oftalmología la valora y establece el diagnóstico de queratoconjuntivitis sicca. Por lo anterior y ante criterios clínicos, serológicos y por biopsia se confirma diagnóstico de síndrome de Sjögren. Se inicia tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad; y se continúa el tratamiento de las afecciones subyacentes. Paciente con mal apego a tratamiento, y vigilancia y seguimiento intermitentes.

Discusión: La coexistencia de estas condiciones modifica el pronóstico, la calidad de vida y el tratamiento.

Conclusiones: Los SPG son un grupo de trastornos autoinmunes que afectan a órganos endocrinos y no endocrinos, y que manifiestan síntomas de al menos dos enfermedades endocrinas autoinmunes. Las enfermedades reumáticas autoinmunes como AR, SS y LES son los trastornos más frecuentes en el curso de los SPG. El SS es probablemente la enfermedad del tejido conectivo más frecuente vinculada con enfermedades autoinmunes tiroideas, en particular con la enfermedad de Hashimoto, como en el caso presentado. El SPG 1 es efecto de mutaciones en el gen *AIRE* (regulador autoinmune), mientras que el SS relacionado serológicamente con anti-SSA y anti-SSB se vincula inmunogenéticamente con HLA (antígeno leucocitario humano)-DRB1 0301 Y DRB1 1501. Con distinto origen y mecanismos patogénicos, comparten la característica de afectar glándulas.

Bibliografía

- Gutiérrez MJ, Gilson J, Zacharias J, *et al.* Childhood polyarthritis as early manifestation of autoimmune polyendocrinopathy with candidiasis and ectodermal dystrophy syndrome. *Front Immunol* 2017;8:377. DOI: 10.3389/fimmu.2017.00377.

- Garelli S, Dalla Costa M, Sabbadin C, *et al.* Autoimmune polyendocrine syndrome type 1: an Italian survey on 158 patients. *J Endocrinol Invest* 2021;44:2493-510.

CC124

LUPUS-LIKE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN: REVISIÓN DE CASO

O.I. Ruvalcaba-Serrano, C. Guerrero-Solís, C.O. Rodríguez-Durán, A.L. Luna-Sada, F.J. López-Gutiérrez

Hospital General ISSSTE, Zacatecas

Introducción: El síndrome lupus-like es una reacción adversa poco frecuente relacionada con el uso de fármacos biológicos, especialmente inhibidores de TNF- α . Se caracteriza por manifestaciones clínicas y serológicas semejantes al lupus eritematoso sistémico, pero con curso casi siempre benigno y reversible al suspender el agente causal. Se presenta un caso secundario a adalimumab.

Presentación del caso: Paciente masculino de 30 años con antecedente de artritis reumatoide familiar, sin otra autoinmunidad documentada. Tatuaje positivo en 2018. Diagnóstico de enfermedad de Crohn en 2018 por colonoscopia y biopsia, inicialmente tratado con 5-ASA y azatioprina, y en la actualidad con adalimumab (40 mg SC c/15 días). Muestra manifestaciones extraintestinales articulares axiales tipo 2 desde un año antes, sin relación con la actividad de la enfermedad; en tratamiento con sulfasalazina, con mejoría parcial. Hace ocho meses se hospitalizó por derrame paraneumónico resuelto con antibióticos. Ingresó por síntomas generales de un mes (adina-mia, fatiga, diaforesis nocturna, tos productiva y disnea progresiva). Recibió cefalosporinas sin mejoría. En protocolo de anti-TNF se documentó PPD 5 mm y derrame pleural derecho en la radiografía. Se indicó levofloxacina, sin respuesta. Después desarrolló lesiones purpúricas palpables simétricas en extremidades inferiores (plantas, dorso de pies y tercio superior de piernas). Exploración física: limitación articular dolorosa, hombros y rodillas con crepitación, dolor en cadera derecha (Patrick-Faber +), sin sinovitis, cuatro articulaciones inflamadas, 8/18 puntos precipitantes y lesiones purpúricas bilaterales que no desaparecen a la vitropresión. TAC de tórax: derrame pleural derecho (40%). Se realizó toracocentesis diagnóstica y terapéutica. Turbio, eritrocitos 2 948 cel/μl normomórficos, leucocitos 2 200 cel/μl con predominio de polimorfonucleares, proteínas 5,4 g/dL, DHL 991 U/L, KOH y BAAR negativos; indicadores de laboratorio destacados: hemoglobina de 13 g/dL, leu 9,4 $\times 10^3/\mu\text{l}$, plq 421 $\times 10^3/\mu\text{l}$, Cr 1,0 mg/dL, PCR negativa, VSG 9 mm-h; lavado bronquio alveolar con datos de traqueobronquitis generalizada sin signos indicativos de tuberculosis; capilarioscopia: lechos ungueales no dilatados ni arborescentes, sin hemorragias ni neoformaciones; se realizan anticuerpos antinucleares.

- Anticuerpos antinucleares Hep-2 negativos, anticuerpos anti-Sm IgG 2,3 U/mL
- Anticuerpos anti-SSA IgG Ro 1,9 U/mL, anticuerpos anti-SSB IgG La 4,3 U/mL

Anticuerpos anti-RNP/Sm, enfermedad mixta IgG 4,1 U/mL, anticuerpos anti-Scl-70 IgG 2,9 U/mL, anticuerpos anti-JO-1 IgG polimiositis 1,7 UI/mL, anticuerpos anti-nDNA (*Criethidia Luciliae*) 2,4 negativos, complemento C3 139,0 mg/dL, complemento C4 51,8 mg/dL, anticuerpos antihistonas 8,2 U/L.

Discusión: El síndrome lupus-like relacionado con el uso de anti-TNF representa un reto diagnóstico, ya que sus manifestaciones clínicas pueden simular infecciones o complicaciones propias de la enfermedad de base, lo que retrasa la identificación oportuna. Este caso ilustra la importancia de reconocer síntomas sistémicos atípicos en pacientes con fármacos biológicos, así como el valor de estudios inmunológicos que orientan hacia un diagnóstico diferencial de autoinmunidad inducida por fármacos. La detección de anticuerpos antihistonas refuerza el diagnóstico. Su trascendencia radica en la necesidad de suspender el agente causal, prevenir complicaciones graves y replantear estrategias terapéuticas individualizadas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Conclusiones: El presente caso refleja un síndrome lupus-like secundario a adalimumab en paciente con enfermedad de Crohn, evidenciado por

manifestaciones sistémicas, pleurales, cutáneas y serológicas. La identificación oportuna y la correlación clínica-inmunológica permitieron establecer el diagnóstico y subrayar la importancia de considerar este efecto adverso en pacientes bajo tratamiento con anti-TNF.

Bibliografía

1. Rubin RL. Drug-induced lupus erythematosus: an update on drugs and mechanisms. *Curr Opin Rheumatol*. 2019;2020;32.
2. He Y, Sawalha AH. Drug-induced lupus erythematosus: an update on drugs and mechanisms. *Curr Opin Rheumatol*. 2018;30(5):490-497.

CC125

PRESENTACIÓN DE SÍNDROME CINCA/NOMID EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

N.B. Castán-Ibarra, C.A. Arellano-Valdez, M. Méndez-Núñez, I.M. Maldonado-Castelán, A.C. Portillo-Rivera

Centro Médico Nacional de Occidente IMSS (Pediatria)

Introducción: Las enfermedades autoinflamatorias son efecto de variantes en genes que intervienen en la inmunidad innata, lo que resulta en una sobreproducción de citocinas proinflamatorias. En 2001 se descubrió el gen *NLRP3*, que codifica la proteína criopirina o NLRP3/NALP3. Las variantes en este gen son las causantes de los síndromes periódicos vinculados con criopirinas (CAPS), término que se utiliza para denominar a un espectro clínico de diferentes fenotipos, que varían en gravedad. El fenotipo leve es el síndrome autoinflamatorio familiar relacionado con el frío (FCAS), el fenotipo moderado es el síndrome de Muckle-Wells (MWS) y el fenotipo más grave es la enfermedad inflamatoria multisistémica de inicio neonatal/síndrome crónico infantil neurológico, cutáneo, articular (CINCA/NOMID). Los distintos fenotipos muestran signos clínicos singulares, pero no específicos, con manifestaciones dermatológicas, musculoesqueléticas, oculares, otológicas y neurológicas, en combinación con inflamación sistémica crónica, característica de esta enfermedad. Se calcula una prevalencia mundial de 2,7 a 5,5 por millón de habitantes en el plano mundial. En 2005 se identificó una mutación somática en pacientes con CINCA/NOMID y posteriormente se notificaron estas mutaciones en 70% de los pacientes clasificados antes como genéticamente negativos. La frecuencia de células mutadas puede ser muy baja, incluso menor de 5% en sangre y aun así causar enfermedad, por lo que se requieren métodos sensibles para detectar estas mutaciones. Se presenta el caso clínico de un paciente pediátrico con CINCA/NOMID con las manifestaciones características.

Presentación del caso: Paciente masculino de cuatro años quien inicia con exantema generalizado desde los dos meses de vida, con informe de biopsia de piel de vasculitis leucocitoclástica, resistente a múltiples tratamientos. A partir de los cuatro meses presenta fiebre recurrente aproximadamente cada mes, con duración de un día, sin predominio de horario, que remite a la administración de antipiréticos. A los 12 meses mostró artritis de codos, carpos, rodillas, tobillos y tarsos, progresiva y exuberante, sin mejoría con esteroide sistémico y evolución a deformidades articulares múltiples (**Figura 1**). La exploración física actual revela exantema maculopapular generalizado, prominencia frontal, puente nasal aplanado, dentinogénesis imperfecta, hepatomegalia y esplenomegalia, con contracturas en flexión de codos, carpos, dedos, rodillas, tobillos y pies. El paciente presentó como criterios clínicos: aumento de marcadores inflamatorios, exantema, hipoacusia neurosensorial, síntomas musculoesqueléticos y alteraciones esqueléticas. Se realizó prueba Centoxome en 2025, sin detectar variantes en el gen *NLRP3*. Sus potenciales evocados auditivos indicaron oído izquierdo con captación de señal bioeléctrica a 70 dB en todas las ondas y oído derecho sin captación de señal bioeléctrica desde los 70 dB, lo que se consideró no concluyente. Parámetros paraclínicos: elevación de reactantes de fase aguda; citopenias consistentes con inflamación crónica y secuestro esplénico de eritrocitos y plaquetas. Se indicaron anti-TNF α y metotrexato.

Discusión: El diagnóstico de CINCA/NOMID se basa en manifestaciones clínicas; un porcentaje alto no tiene variantes génicas identificables, como este paciente. El tratamiento se basa en suprimir la inflamación,

Figura 1. (CC125)



mejorar la funcionalidad, prevenir el daño y mejorar la calidad de vida. Se utilizan inhibidores de IL-1, por su papel central en la patogenia.

Conclusiones: Los fármacos anti-IL-1 no están disponibles en México y, dada la participación fisiopatogénica de IL-6 y TNF- α , se indicó tratamiento anti-TNF- α y metotrexato. El paciente cursa con artropatía deformante de larga evolución y afecciones auditivas y del neurodesarrollo avanzadas, por lo que su reversión es poco probable.

Bibliografía

1. Welzel T, Kuemmerle-Deschner JB. Diagnosis and management of the cryopyrin-associated periodic syndromes (CAPS): What do we know today. *J. Clin. Med*. 2021;10:128. <https://doi.org/10.3390/jcm10010128>
2. Kuemmerle-Deschner JB, Ozen S, Tyrrell PN, et al. *Ann Rheum Dis*. Published Online First: 04/10/2016 <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209686>.

CC126

SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE NEUROMIELITIS ÓPTICA

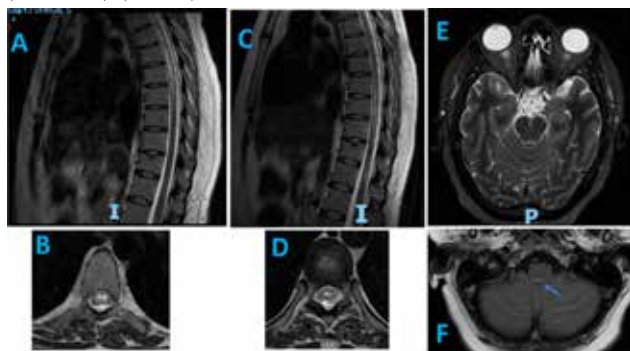
T.A. Luna-Zúñiga¹, A.N. Rangel-Botello², G. Martínez-Flores³, E. Cuevas-Orta¹

⁽¹⁾Hospital Central Ignacio Morones, SLR, ⁽²⁾Hospital Regional Pemex, ⁽³⁾Hospital General de Zona 252, IMSS

Introducción: Los trastornos del espectro de neuromielitis óptica (TENMO o, por su sigla en inglés, NMOSD) se caracterizan por episodios recurrentes y graves de desmielinización inmunomediada y daño axonal que afectan sobre todo al nervio óptico y médula espinal; su origen puede ser idiopático o puede ocurrir en conjunto con otras enfermedades, como el lupus eritematoso sistémico (LES).

Presentación del caso: Paciente femenino de 32 años, sin antecedentes crónicos degenerativos. Embarazo con muerte fetal a las 34 SDG y posteriormente cuadro de mielitis transversa longitudinal, con debilidad de miembros pélvicos, parestias y disfunción vesical. La resonancia magnética delineó lesiones hiperintensas de T3-T6 (**Figura 1**), inicialmente catalogadas como esclerosis múltiple; recibió pulsos de metilprednisolona, con recuperación parcial. Tres meses después muestra exantema fotosensible cutáneo generalizado y nuevo episodio de mielitis transversa; indicadores de laboratorio: anticuerpos antiacaporina 4 positivos, anticuerpos antinucleares positivos 1:1 280 patrón moteado, anticuerpos anti-Ro > 8 (< 1,0), anticoagulante lúpico 1,63 (0-1,20), anticuerpos anti- β_2 glucoproteína IgM 26,30 CU (< 20), anticuerpos anticardiolipinas IgM 25,30 U/mL (< 20) y C4 15 mg/dL (15-57); tratado nuevamente con pulsos de metilprednisolona e inicio de rituximab, aunque se suspenden y siete meses después sufre episodio de neuritis óptica bilateral con dolor ocular y disminución de agudeza visual completa, por lo que se inició administración de metilprednisolona y ciclofosfamida, pero tres meses después aparecen náusea e hipo intratable con evidencia en resonancia magnética de hiperintensidades en FLAIR (**Figura 1**) que demuestran síndrome de área postrema, por lo que se administran ciclos de rituximab y se agregan ácido micofenólico y metotrexato con buena respuesta; hay recuperación completa de los síntomas neurológicos y hoy en día tiene siete meses sin recaídas.

Figura 1. Resonancia magnética de los distintos episodios de TENMO en la paciente. Primero: planos sagital (A) y axial (B) en secuencia T2 que muestran lesiones hiperintensas en médula de T3-T6. Segundo: planos sagital (C) y axial (D) en secuencia T2 que revelan lesiones hiperintensas en médula de T8-T12. Tercero: plano axial (E) en secuencia FLAIR con hiperintensidad bilateral en nervio óptico. Cuarto: plano axial (F) en secuencia T2 FLAIR que muestra lesión hiperintensa en área postrema (flecha azul). (CC126)



Discusión: Las enfermedades desmielinizantes son poco común en el LES y se han notificado en 1 a 2% de los pacientes. La mielitis o la neuritis óptica pueden presentarse como una manifestación del LES o coexistir como una anomalía autoinmune primaria adicional, lo cual puede presentarse en dos de cuatro pacientes con TENMO.

Conclusiones: La afectación neuropsiquiátrica en el lupus es una de las manifestaciones más complejas y heterogéneas y, aunque la supervivencia y pronóstico han mejorado, es la segunda causa de morbilidad y por ello es esencial conocer el tratamiento adecuado en estos pacientes.

Bibliografía

1. Abou-Raya A, Raya SA. Neuromyelitis optica spectrum disorders (NMOSD) and systemic lupus erythematosus (SLE): Dangerous duo. *Int J Rheum Dis.* 2024;27(1):e14973.
2. Lin J, Xue B, Li J, et al. The relationship between neuromyelitis optica spectrum disorder and autoimmune diseases. *Front Immunol.* 2024;15:1406409.

CC127

RABDOMIÓLISIS ASOCIADA A UTILIZACIÓN DE ANÁLOGOS DE GLP-1: PRESENTACION DE DOS CASOS

P.S. López-Ocampo¹, M.A. Velázquez-Verdugo², J.J. Ramírez-De La O¹

⁽¹⁾Hospital Regional Manuel Cárdenas de la Vega, Culiacán, Sinaloa, ⁽²⁾Hospital General Regional No. 1, IMSS, Culiacán, Sinaloa

Introducción: Los análogos de GLP-1 son fármacos relativamente nuevos desarrollados para el control de la diabetes tipo 2 por su efecto de tipo incretina relacionado con la secreción de insulina. Se ha encontrado que también tienen un efecto benéfico en la disminución del peso, según lo han demostrado los estudios clínicos multicéntricos SCALE (2015), STEP1 (2021) y SOURMONT1 (2022), con disminuciones del 10 al 15% del peso. En el plano muscular no se ha descrito la presencia de receptores de GLP-1, pero sí la pérdida de masa magra de 20 a 50% del cambio en el peso total. Existen pocos informes de caso que ligan a estos fármacos con el desarrollo de rabdomiólisis o miopatía inflamatoria, por lo que la descripción de estos casos es de suma importancia para la vigilancia de los pacientes.

Presentación de los casos:

Caso 1: Paciente masculino de 35 años sin antecedentes de alergias o enfermedades reumáticas, con trastorno de ansiedad generalizada en tratamiento con bupropión; como comórbido tiene consumo social de alcohol y niega otros consumos de riesgo. Dado el aumento de peso decide iniciar tratamiento con semaglutida hasta una dosis de 3 mg cada 24 h por seis semanas y luego a 7 mg cada 24 h. Inicia diarrea que precedió a mialgias, en particular en brazos y pectorales; acude a atención y se registra CPK de 157 120 U/L; ingresa a la unidad de cuidados intensivos de este hospital y se lo trata sólo con líquidos y suspensión del fármaco, con remisión en un lapso de dos semanas. El paciente no desarrolló LRA ni hiperpotasemia; destaca también el hallazgo de hipovitaminosis D con vitamina D de 4,3.

Caso 2: Paciente masculino de 28 años con antecedente de resistencia a insulina que acude a consulta externa por mialgias predominantemente en deltoides y trapecios. Como antecedente farmacológico tiene consumo de liraglutida, con aumento progresivo de la dosis semanal hasta 1,2 mg semanales y decide cambiar a semaglutida hasta 0,5 mg semanales durante dos meses; cambia de nueva cuenta a tirzepatida hasta 5 mg semanales. Indicadores de analítica: ALT 676, CPK 9020, LRA KDIGO I con creatinina de 1,36 sobre una basal de 1,03, por lo cual se inicia reanimación hídrica ambulatoria y se suspende el fármaco, con mejoría en un lapso de una semana; destaca el hallazgo de factor reumatoide de 37,3 mg/dL en control subsecuente. Véase la **Tabla 1**.

Discusión: Se presentan dos casos muy heterogéneos entre sí que también difieren respecto de la escasa información publicada disponible. Se justifica la relación directa con la falta de otros factores de riesgo atribuibles al desarrollo de esta complicación. Se han descrito múltiples efectos adversos, sobre todo oftálmicos y gastrointestinales, pero no en el plano osteomuscular. Dado su creciente uso en enfermedades metabólicas y los posteriores descubrimientos benéficos en otros campos, como osteoartritis y salud cardiovascular, será de suma importancia caracterizar bien este tipo de casos para perfilar posibles casos de riesgo e individualizar el tratamiento.

Conclusiones: Las nuevas modalidades farmacológicas con análogos de GLP-1 para el control de la obesidad y la diabetes son una gran alternativa para el control de estos problemas de salud; sin embargo, requieren una indicación y vigilancia especializada a la luz del advenimiento cada vez más frecuente de nuevos efectos adversos.

Bibliografía

1. Linge J, Birkenfeld AL, Neeland IJ. Muscle mass and glucagon-like peptide-1 receptor agonists: adaptive or maladaptive response to weight loss? *Circulation.* 2024;150(16):1288-1298. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.124.067676
2. Billings SA, Felix HM, Prier CC, et al. Rhabdomyolysis associated with semaglutide therapy: a case report. *Cureus.* 2023;15(12):e50227. doi:10.7759/cureus.50227

3. Tang Z, Fan X, Feng Z, *et al.* Case report: rhabdomyolysis secondary to vildagliptin overdose in a suicidal attempt: a case report and brief literature review. *Front Pharmacol.* 2022;13:955162. doi:10.3389/fphar.2022.955162

Tabla 1. Comparación entre los parámetros clínicos de laboratorio de ambos casos. (CC127)

Comparación entre ambos casos, parámetros iniciales		
Parámetro	Paciente 1	Paciente 2
Edad de inicio	34	29
Comórbidos	Trastorno de ansiedad generalizada (bupropión)	Síndrome metabólico (metformina)
Fármaco	Semaglutida	Liraglutida
Periodo de uso	Continuo seis semanas	Intermitente Total cinco meses Último consumo antes del inicio de clínica por 4 semanas
Pérdida ponderal	5 kg en total	15 kg en total
% de pérdida ponderal	8%	17%
Clínica manifestada	Mialgia en extremidades superiores	Mialgia y artralgia en extremidades superiores, fatiga, datos de resistencia a insulina
CPK inicial	157 000	9 090
CPK MB	N/A	46
AST	N/A	623
ALT	N/A	110
VSG	N/A	40
Creatinina	0,6	1,36
Tiempo de remisión del cuadro	14 días	10 días
Hallazgos adicionales	Hipovitaminosis D (4 ng/dL)	Factor reumatoide 37 mg/dL

CC128

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR RÁPIDAMENTE ASOCIADA A ANTI-MDA5, CASO CLÍNICO

O.M. Pérez-Aguilera, J.I. Reyes-Sepeda, I.J. López-Alonso, I. Rincón-Contreras

Hospital Central Militar

Introducción: La dermatomiositis asociada a anticuerpos anti-MDA5 se caracteriza por una alta frecuencia de enfermedad pulmonar intersticial (EPI), especialmente su forma rápidamente progresiva (RP), que representa una de las complicaciones más graves y con mayor riesgo de mortalidad en este subgrupo de pacientes. Clínicamente suelen presentar un fenotipo con nula o escasa debilidad muscular (dermatomiositis amiopática), lesiones cutáneas (úlceras, vasculopatía, y manifestaciones extramusculares como artralgias. La RP-ILD se manifiesta por deterioro respiratorio agudo y hallazgos radiológicos de infiltrados intersticiales difusos; el pronóstico es desfavorable si se asocian niveles altos de anti-MDA5, anticuerpos anti-Ro52, ferritina, PCR y curso breve (< 3 meses). El objetivo es determinar las manifestaciones clínicas más significativas y el pronóstico de la EPI-RP en dermatomiositis asociada a anti-MDA5. Revisión de caso clínico de un paciente con diagnóstico de dermatomiositis anti-MDA5 *post mortem* quien cursó con EPI-RP en el Hospital Central Militar.

Presentación del caso: Hombre de 49 años sin comorbilidades, inicia su padecimiento en noviembre 2022 con poliartalgias (hombros, interfalángicas y carpo) fotosensibilidad pruriginosa en cara, eritema heliotropo,

signo de Gottron, manos de mecánico con ulceración en nudillos sin debilidad muscular, ingresa con sospecha de dermatomiositis se inicia tratamiento con esteroide dosis reducción con respuesta favorable, es egresado y en marzo 2023 presenta reactivación de la enfermedad con predominio de disnea y tos seca con desaturación hasta 68% mejorando con mascarilla reservorio a 10 litros por minuto, a su ingreso con linfocitos 9.200 células/microlitro, linfocitos 508 células/microlitro, PCR 112 mg/L, CK65 U/L, TGO 34 U/L, TGP 38 U/L, TACAR con neumonía intersticial de tipo usual se administran 3 bolos de metilprednisolona de 1 g más metotrexato 15 mg/día, neumología indica budesónida 500 microgramos cada 12 horas en micronebulizaciones y pirfenidona 600 mg cada 12 horas, 3 días después presenta Insuficiencia respiratoria aguda grave por lo que se realiza manejo avanzado de la vía aérea seguido de rituximab 1 g y pasa a terapia intensiva en donde falla extubación, se agrega neumonía nosocomial por *Enterobacter baumannii* multidrogorresistente y fallece en mayo 2023. An-

Figura 1. (CC128)



Figura 2. (CC128)



ticuerpos *post mortem* anti-MDA5 intensamente positivo, anti-RO52 +++.

Discusión: Dado los síntomas iniciales como poliartralgias, signo de Gottron seguido de disnea abrupta y progresiva con ausencia de síntomas musculares aunado a elevación de reactantes de fase aguda con expresión intensa de anti-MDA5 y anti-RO52 podemos inferir que estos están estrechamente relacionados en el desarrollo de EPI-RP.

Conclusión: La EPI-RP en dermatomiositis anti-MDA5 constituye una urgencia reumatológica y neumológica con alta mortalidad y necesidad de tratamiento inmunosupresor intensivo. Las manifestaciones clínicas y el uso de biomarcadores específicos pueden ayudar a identificar pacientes de alto riesgo y guiar el tratamiento médico oportuno siendo determinantes en el pronóstico de la enfermedad.

CC129

POLIANGITIS MICROSCÓPICA Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO, ASOCIACIÓN INUSUAL. REPORTE DE CASO

O. Gallegos-Hernández, M. Sánchez-Meza

Hospital General Regional 196, IMSS

Introducción: La poliangitis microscópica es una vasculitis necrosante no granulomatosa pauciimmune que afecta a vasos sanguíneos de pequeño calibre. Con frecuencia causa capilaritis y glomerulonefritis y es la principal causa del síndrome pulmón-riñón. Se relaciona con ANCA mieloperoxidasa en 58% de los casos y proteinasa 3 (PR-3) en el 26%. Es un trastorno poco frecuente, con incidencia de 2,7 a 44 casos por millón, con predominio masculino (H-M) de 1,8:1 y edad promedio de inicio de 50 a 60 años. Se ha publicado que el 3,8% de los pacientes tiene anticuerpos antifosfolípidos positivos, pero la coexistencia de ambas es inusual (sólo casos informados).

Presentación del caso: Paciente masculino de 45 años, originario y residente del Estado México, católico, casado y conductor. Antecedentes de importancia: diabetes mellitus de tres años de diagnóstico en tratamiento con linagliptina, accidente vascular cerebral isquémico cuatro meses antes en tratamiento con atorvastatina y ácido acetilsalicílico, sin protocolo de estudio, alérgicos negados, quirúrgicos y transfusionales negados, tabaquismo y estilismo negados.

Padecimiento actual: inicia dos meses antes con parestesias y calambres en extremidades inferiores, y se agregan fatiga excesiva, fiebre de 39° sin exantema. Tres días previos sufre disnea de medianos esfuerzos y hemoptoicos y acude al servicio de urgencias donde ingresa con datos de dificultad respiratoria, desaturación de 65% (SV TA 90/50 mmHg, Fc 115 lpm, FR 40 rpm, T 38,5°C); se inicia suministro de O₂ complementario por mascarilla a 5 L/min con recuperación de oximetría hasta 90% y reanimación hídrica con cristaloides; los indicadores paraclínicos destacan leucocitos 15,4 mil, PMN 12,3 mil, hemoglobina 7,1 g/dL, VCM 80, plaquetas 751 x 10³, creatinina 5,6 mg/dL, urea 124 mg/dL, dímero D 6 000 UI, EGO: hematuria ++, proteinuria 30 mg, nitritos y esterasa negativos. La radiografía de tórax revela infiltrados alveolares bilaterales difusos. El USG renal muestra cambios inflamatorios agudos, sin datos de daño crónico. Ante dicho escenario clínico (probable hemorragia alveolar y glomerulonefritis de rápida progresión) se inician bolos de metilprednisolona y se extiende protocolo de estudio por síndrome pulmón-riñón: proteína C reactiva (+) 90 mg/dL, anti-MPO (+) 135 CU, anti-PR-3 (-), ANA (-), anti-DNA nativo (-), anti-Smith (-), C3 92, C4 16, procalcitonina (-), hemocultivo y urocultivo sin desarrollo, PCR de influenza negativa, BAAR (-). La tomografía de tórax contrastada confirma infiltrados alveolares bilaterales difusos altamente indicativos de hemorragia alveolar y trombo en la rama subsegmentaria de la arteria pulmonar (**Figura 1**). Se complementa con búsqueda de trombofilia primaria: anticardiolipina IgM (+) 66 UI y anticoagulante lúpico (+). Con dicha información se cumplen los criterios de clasificación ACR/EULAR (12 puntos) para poliangitis microscópica y síndrome antifosfolípido. Se inicia ciclofosfamida (500 mg IV cada 15 días) y anticoagulación con acenocumarina; la paciente muestra mejoría clínica significativa tras aplicación de bolos de metilprednisolona y ciclofosfamida, con remisión de la lesión renal aguda y mejoría de anemia y reducción de requerimiento de oxígeno, sin necesidad de usar plasmáferesis. No se realiza broncoscopia por falta del recurso en la unidad.

Figura 1. Tomografía de tórax en corte axial que muestra imágenes en vidrio deslustrado bilateral, con predominio central e infiltrados alveolares bilaterales. (CC129)



Discusión: La poliangitis microscópica es todavía la causa más frecuente del síndrome pulmón-riñón y sin tratamiento se acompaña de elevada mortalidad (90%).

Conclusiones: Este caso subraya la importancia del diagnóstico y el tratamiento oportunos, así como la evaluación exhaustiva de las manifestaciones atípicas que son clave para identificar la autoinmunidad coexistente.

Bibliografía

1. Weidner S, Hafezi-Rachti S, Rupprecht HD. Thromboembolic events as a complication of antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis. *Arthritis Rheum.* 2016;55:146-149.
2. Kostianovsky A, Hauser T, Pagnoux C, *et al.* Alveolar haemorrhage in ANCA-associated vasculitides: 80 patients' features and prognostic factors. *Clin Exp Rheumatol.* 2020;30:77-82.
3. M Chen, CG Kallenberg. ANCA-associated vasculitides advances in pathogenesis and treatment. *Nat Rev Rheumatol.* 2021;6:653-664.

CC130

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. A PROPOSITO DE UN CASO

O.L. Vera-Lastra, J. Juárez Medrano-Carrillo, A. González, L. Bielma-King, G. Medina

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) se caracteriza por ausencia o disminución congénita o adquirida de la proteasa ADAMTS13 que escinde al factor de von Willebrand, lo que provoca la formación de microtrombos, isquemia y daño a órganos blanco (cerebro y riñones). Los principales factores de riesgo son los fármacos antiplaquetarios, anticonceptivos orales o inmunosupresores, embarazo y herencia (mutación ADAMTS13). La PTT tiene una incidencia de 1 a 13 casos por millón de personas con mortalidad sin tratamiento del 90% y se distingue por fiebre, anemia hemolítica (AH), trombocitopenia, disfunción renal y neurológica. El tratamiento incluye plasmáferesis más corticosteroides a dosis altas, lo que reduce la mortalidad en un 15%. El objetivo de este trabajo es notificar un caso de PTT más lupus eritematoso sistémico (LES).

Presentación del caso: Mujer de 22 años sin antecedentes de importancia, que inició el padecimiento el 28/05/25 con monoparesia en la mano izquierda acompañada de cefalea de intensidad moderada y posterior hemiplejía izquierda; la TAC de cráneo mostró lesión hipodensa en el hemisferio derecho, de bordes mal definidos a nivel occipital y otra a nivel parietal izquierdo; se concluyó enfermedad cerebrovascular (ECV) de tipo isquémico parietal

izquierdo. Se inició tratamiento con medidas de neuroprotección y se descartó arritmia como causa posible del EVC. También sufrió crisis convulsiva y estado epiléptico; se administraron anticonvulsivos. Se sospecha PTT con un Plasmic Score de 6 puntos. Al tratamiento con plasmaféresis y dosis elevadas de esteroides se agregan rituximab, prednisona (50 mg/día) y azatioprina (100 mg/día). Ingresó a terapia intensiva con tratamiento de la vía respiratoria; se practicaron traqueostomía y yeyunostomía. En su protocolo de estudio se encontró elevación de azoados con creatinina de 3 mg/dL, proteinuria en límites nefróticos, elevación de HDL e hiperbilirrubinemia (predominio indirecto). ANA positivos: 1:340; anticuerpos anti-RNP > 643,8; anticuerpos anti-Ro > 1 374; anticuerpos anti-Scl170 < 1,2; anticuerpos anti-Smith de 12,6; anticuerpos anti-La de 20; anticuerpos anti-DNA de 12; anticardiolipina IgG de 3,1; anticardiolipina IgM < 1; ANCA negativo; Coombs directo positivo a antiglobulina humana polispecifica IgG+C3d (++); antiglobulina monoespecifica IgG positiva (++); C3d negativo; anticoagulante lúpico negativo; C3 140; C4 32; proteína C coagulante 98%; proteína S coagulante 72%; factor IX 169%; factor VII 116%; factor VIII 200%; factor X 74%; haptoglobina 210; inmunofijación en suero negativo; cadenas ligeras lambda en suero 29,5; cadenas ligeras kappa 44,3; relación kappa/lambda 1,5. Panel viral no reactivo. El frotis en sangre periférica revela esquistocitos.

La nueva angio-TAC delineó microangiopatía trombótica, zonas de infarto con transformación hemorrágica parietooccipital bilateral y dilatación ventricular compensatoria. El frotis de sangre identifica células en casco.

Discusión: Esta paciente cumplió criterios para LES: afectación renal, hematológica y neurológica, ANA positivos, anti-Ro, anti-RNP positivos, anemia hemolítica autoinmune, convulsiones, trombocitopenia, además de criterios para PTT, la cual se caracteriza por la pentología de anemia hemolítica microangiopática (esquistocitos en frotis de sangre), fiebre, trombocitopenia, disfunción renal y neurológica. Ambas entidades comparten las afectaciones sistémicas, como la neurológica, la renal y la anemia hemolítica; en la PTT es característica la presencia de anemia hemolítica microangiopática.

Conclusiones: Paciente con manifestaciones de LES hematológico, renal y del sistema nervioso, así como una púrpura trombocitopénica trombótica de origen autoinmune, que requiere un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado para disminuir su mortalidad.

Bibliografía

1. Weisinger J, Bouzid R, Fadlallah J, *et al.* Immune-mediated thrombotic thrombocytopenic purpura with systemic lupus erythematosus: clinical features and outcome. *Lupus Sci Med.* 2025;12(2):e001691.
2. Es-Saad O, Zyani A, Bouchlaghem A, *et al.* Systemic lupus erythematosus-associated thrombotic thrombocytopenic purpura: a case report. *Cureus.* 2025;17(6):e85528.

CC131

LUPUS CUTÁNEO AMPOLLOSO: PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

S.I. Reséndiz-Ortega¹, A. Miranda-Gómez², S. Muñoz-López²

⁽¹⁾Universidad Nacional Autónoma de México, ⁽²⁾Hospital Ángeles del Pedregal

Introducción: El lupus cutáneo ampolloso se presenta en 0,5 casos por millón de habitantes al año en el mundo. Posee características clínicas e histológicas que pueden llevar a un diagnóstico erróneo y un retraso del tratamiento.

Presentación del caso: Paciente femenino de 50 años con antecedente familiar de artritis reumatoide y síndrome de Sjögren; a los 14 años mostró un nódulo tiroideo que exigió tratamiento quirúrgico. Inició dos semanas después de vacacionar en la playa con ampollas tensas sobre piel eritematosa en brazos, cuello, paladar, mucosa oral y ojos (**Figuras 1 y 2**). Acude al servicio de dermatología, que realiza biopsia de piel con informe microscópico: ampolla subepidérmica con necrosis fibrinoide y acúmulos de neutrófilos con cariorexis, inmunofluorescencia directa positivo para IgG, C3C y patrón granular confluyente en forma de banda en la unión dermoepidérmica y en techo de la ampolla consistente con lupus ampolloso. Análisis serológico: ANAS 1:160 granular fino, especificidades negativas y complemento normal, sin afectación sistémica; se establece el diagnóstico de lupus

Figura 1. Lesión en el paladar blando. (CC131)



Figura 2. Lesión en el dorso de la mano. (CC131)



cutáneo ampolloso y se inicia hidroxycloquina (5 mg/kg) y dosis media de esteroides con reducción a suspensión ante persistencia de lesiones; se agregó después metotrexato (25 mg/sem SC) con remisión sostenida.

Discusión: El lupus ampolloso es una de las múltiples presentaciones clínicas del lupus cutáneo o lupus eritematoso sistémico. El lupus ampolloso cutáneo tiene un riesgo de avanzar a LES en un 7%. La inmunofluorescencia indirecta puede ser negativa o positiva para anticuerpos circulantes contra la zona de la membrana basal, y muestra depósitos lineales o granulares de IgG, IgM o Ig A en la membrana basal; es por ello que entre los diagnósticos diferenciales se deben descartar enfermedades ampollasas, dermatitis herpetiforme y epidermolisis ampollasa adquirida.

Conclusiones: El lupus ampolloso es una presentación rara que puede manifestarse de forma aislada. Se caracteriza por lesiones vesiculares ampollasas agudas, predominantemente en zonas expuestas al sol y mucosas. Casi nunca deja cicatrices, aunque puede producir alteraciones pigmentarias y responde al tratamiento con inmunomoduladores y esteroides, como en el caso de esta paciente.

Bibliografía

1. Sebaratnam DF, Murrell DF, *et al.* Bullous systemic lupus erythematosus. *Dermatol Clin.* 2011;29(4):649-53.
2. Sprow G, Afarideh M, Dan J, *et al.* Bullous systemic lupus erythematosus in females. *Int J Womens Dermatol.* 2022;8(3):34.
3. Masseran C, Perray L, Murat de Montai Q, *et al.* Comparison of patients with isolated cutaneous lupus erythematosus versus systemic lupus erythematosus with cutaneous lupus erythematosus as the sole clinical feature: a monocentric study of 149 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2024;90(6):1210-1217.
4. González LA, Restrepo M, Vásquez G, *et al.* Lupus eritematoso sistémico ampolloso: dramática respuesta a la terapia con dapsona. *Rev Colomb Reumatol.* 2009;16(4):352-60.

5. Risi-Pugliese T, Cohen-Aubart F, Haroche J, *et al.* Clinical, histological, immunological presentations and outcomes of bullous systemic lupus erythematosus: 10 new cases and a literature review of 118 cases. *Semin Arthritis Rheum.* 2018;48(1):83-9.
6. Odonwodo A, Vashisht P. Bullous systemic lupus erythematosus. En: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.

CC132

RETICULOHISTIOCITOSIS: PRESENTACIÓN CLÍNICA EN UN PACIENTE CON ARTRITIS EROSIVA

V. Santillán-Olvera, J. Godina-Hernández, J. Reyes-Gonzaga

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Se trata de una rara forma de histiocitosis no relacionada con células de Langerhans, tres veces más frecuente en mujeres; se caracteriza por poliartritis simétrica, erosiva y lesiones cutáneas papulonodulares que pueden aparecer en todo el cuerpo. Rara vez muestra síntomas de afectación en otros sistemas orgánicos y se han publicado en relación con varias alteraciones malignas y autoinmunes. No existen hallazgos de laboratorio específicos; las pruebas de autoanticuerpos como el factor reumatoide, el anticuerpo antipeptido cíclico citrulinado y el anticuerpo antinuclear suelen ser negativas. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos y los resultados de la biopsia de piel o sinovial. No existe hoy día un consenso sobre el tratamiento.

Presentación del caso: Paciente masculino de 31 años que inició en noviembre de 2023 con pérdida de peso de 20 kg en cuatro meses, caída de pelo, fotosensibilidad, artralgias de manos (interfalángicas distales y proximales), codos, hombros y rodillas, además de artritis de rodillas, interfalángicas distales y proximales junto con rigidez matutina de 15 minutos con deterioro de su clase funcional (III) y dermatosis diseminada a los cuatro segmentos (**Figura 1**). Se hallan afectados la región facial frontal, nasal y peribucal, la concha de las orejas, el dorso de las manos en las regiones interfalángicas y periungueales, los codos y los glúteos, caracterizadas por pápulas y nódulos de diferentes tamaños, de bordes regulares, bien definidos, del color de la piel y blandos a la palpación; además, se identifica eritema en el cuello posterior, tórax anterior y cara externa de brazos. Se solicitaron estudios de laboratorio (25/02/25): ANA 1:160 moteado fino; ac. anti-Ro (SS-A) 0,4 CU; ac. anti-La (SS-B) 0,7 CU; y ac. antipeptido cíclico citrulinado 5,7 CU; la biopsia en sacabocado de la piel del codo derecho, mano derecha y tórax anterior (06/02/2025) revela cambios morfológicos consistentes con reticulohistiocitosis multicéntrica.

Se inició tratamiento con prednisona, azatioprina e hidroxicloroquina, con mejoría del dolor, pero no cutánea, por lo que se indicó prednisona a dosis de reducción y metotrexato con dosis incremental hasta dosis máximas, sin obtener mejoría y se inicia etanercept (20/06/25).

Discusión: La reticulohistiocitosis es una enfermedad rara que puede confundirse con artritis reumatoide debido a la presencia de artritis inflamatoria y nódulos cutáneos periarticulares. Sin embargo, a diferencia de la artritis reumatoide, la reticulohistiocitosis afecta de modo predominante a las articulaciones interfalángicas distales. En ausencia de un tratamiento efectivo, la destrucción de las articulaciones interfalángicas proximales y distales puede causar artritis mutilante y discapacidad permanente en los pacientes.

Conclusiones: La reticulohistiocitosis multicéntrica es una afección infrecuente y desafiante para el diagnóstico diferencial por su similitud con la artritis reumatoide, especialmente por la poliartritis inflamatoria y la presencia de nódulos cutáneos periarticulares. La ausencia de marcadores serológicos específicos dificulta su identificación, por lo que el diagnóstico definitivo depende de la biopsia cutánea o sinovial. El caso presentado demuestra la complejidad terapéutica, en la que el tratamiento convencional con glucocorticoides y agentes modificadores de la enfermedad puede ser insuficiente, con necesidad de fármacos biológicos como el etanercept para controlar la actividad inflamatoria. La evolución hacia artritis mutilante resalta la importancia de un diagnóstico temprano y un control multidisciplinario para prevenir la discapacidad permanente.

Figura 1. Paciente con reticulohistiocitosis multicéntrica. A, se observa enfermedad erosiva poliarticular en carpos, MCF e IFP de ambas manos (flechas blancas). B, erosiones en IF de primeros dedos de ambos pies (flechas blancas). C, imagen de dermatosis en manos conformada por lesiones papulonodulares bien definidas, eritematosas y del tono de la piel, de varios milímetros y hasta 1 cm de diámetro. (CC132)



Bibliografía

Toz B, Büyükbabani N, İnanc M. Multicentric reticulohistiocytosis: rheu-matology perspective. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2016;30(2): 250-60.

CC133

CUANDO LA FIBROSIS ENCUENTRA A LA VASCULITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO DE SOBREPOSICIÓN DE ESCLEROSIS SISTÉMICA LIMITADA Y POLIANGITIS MICROSCÓPICA

S. Govea-Peláez, F. Cassiano-Quezada, K. Santana-De Anda, J.J. Torres-Ruiz, D. Gómez-Martín

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por vasculopatía obliterante, activación inmunológica y fibrosis tisular. Las principales causas de morbilidad incluyen afectación pulmonar y renal. Por otro lado, las vasculitis relacionadas con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (VAA) se caracterizan por inflamación necrosante de pequeños vasos mediada por anticuerpos antimieloperoxidasa (MPO) o antiproteína 3 (PR3), con compromiso predominante de riñón y pulmón. La coexistencia de ES y VAA es rara, pero se ha vinculado con proteinuria nefrótica, deterioro renal acelerado y peor pronóstico.

Presentación del caso: Se trata de un hombre de 64 años con diagnóstico previo de enfermedad pulmonar intersticial desde 2023 en tratamiento con budesonida, glicopirronio y formoterol en inhalador. Inició su padecimiento actual en junio de 2025 al presentar descontrol hipertensivo (hasta 180/120 mmHg) y cefalea opresiva, holocraneal, ENA 6/10, por lo cual acudió a consulta. Al interrogatorio dirigido el paciente refirió tos no productiva y persistente desde 2023, artralgias de características inflamatorias, fenómeno de Raynaud trifásico, así como edema de extremidades inferiores. La exploración física identificó presión arterial cuantificada en 170/120 mmHg y estertores crepitantes bibasales, edema de manos, mRSS de 2 puntos (1 punto en cada mano), edema de extremidades inferiores (godete ++). Se solicitaron estudios de laboratorio de los cuales destacó una creatinina sérica de 2,51 mg/dL, albúmina sérica de 3,34 g/dL, proteínas totales en orina de 24 h de 10,9 g, anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia con patrón antinuclear 1:1 280, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo con un patrón perinuclear 1:320, antimieloperoxidasa 111 (< 20 CU). Una capilaroscopia reveló disminución de la densidad capilar < 5 mm, lecho vascular desorganizado, sin hemorragias ni capilares gigantes, y capilares tortuosos (**Figura 1**). Se integró el diagnóstico de esclerosis sistémica variedad limitada acorde a criterios ACR/EULAR 2013 y poliangitis microscópica según criterios ACR/EULAR 2022; se inició tratamiento con prednisona (0,5 mg/kg/día), micofenolato de mofetilo (2,5 g/día), dapagliflozina y telmisartán; posteriormente acudió a consulta dos meses después con disminución de la creatinina sérica a 1,99 mg/dL y proteínas totales en orina de 24 h de 7,8 g.

Figura 1. Capilaroscopia diagnóstica que revela disminución de la densidad capilar (< 5 mm), lecho vascular desorganizado, sin hemorragias ni capilares gigantes, y capilares tortuosos. (CC133)



Discusión: El caso ilustra la compleja sobreposición ES-VAA. Ambas anomalías comparten mecanismos como disfunción endotelial, activación inmune y daño microvascular, lo que favorece la aparición de manifestaciones renales y pulmonares graves. En este paciente, la presencia de hipertensión *de novo*, proteinuria nefrótica y creatinina elevada planteaba inicialmente crisis renal esclerodérmica; sin embargo, la positividad de ANCA anti-MPO y el patrón clínico indicaban vasculitis como principal mecanismo. Las publicaciones médicas describen que la coexistencia ES-VAA se acompaña de progresión rápida de la enfermedad renal, necesidad de tratamiento inmunosupresor intensivo y supervivencia reducida. Además, la distinción diagnóstica es crucial, ya que el uso de glucocorticoides en dosis altas puede precipitar una crisis renal esclerodérmica, mientras que en VAA son fundamentales para controlar la inflamación. Este dilema terapéutico obliga a introducir estrategias individualizadas que balanceen inmunosupresión eficaz y protección renal. En este caso, el uso de micofenolato y el bloqueo del sistema renina-angiotensina permitió una reducción de creatinina y proteinuria en el seguimiento. El control multidisciplinario es indispensable para definir el diagnóstico diferencial, optimizar el tratamiento y mejorar los desenlaces en un padecimiento que, aunque infrecuente, se relaciona con elevada morbimortalidad.

Conclusiones: La coexistencia de ES y VAA, si bien infrecuente, representa un reto diagnóstico y terapéutico. El reconocimiento oportuno y la atención multidisciplinaria son esenciales para mejorar el pronóstico.

Bibliografía

1. Hughes M, Kahaleh B, Denton CP, *et al.* ANCA in systemic sclerosis, when vasculitis overlaps with vasculopathy: a devastating combination of pathologies. *Rheumatology (Oxford)*. 2021;60(12):5509-16.
2. Watanabe M, Uemura Y, Yamasaki Y, *et al.* Systemic sclerosis complicated by ANCA-associated vasculitis: a retrospective multicenter study in Japan. *Arthritis Res Ther*. 2021;23(1):166.

CC134

ARTRITIS REUMATOIDE + POLICONDRITIS RECIDIVANTE: SOBREPOSICIÓN POCO FRECUENTE

P.N. Colón-Cano, F. Irazoque-Palazuelos, J. Hadid-Smeke

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad inflamatoria sistémica, de causa autoinmune, caracterizada por episodios recurrentes de inflamación que afectan principalmente a los tejidos cartilaginosos y las

articulaciones. Puede comprometer estructuras no cartilaginosas, entre ellas ojos, piel y oído interno, y causar daño orgánico significativo. La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune inflamatoria y sistémica, con afectación articular simétrica y un gran número de manifestaciones extraarticulares, pero con criterios de clasificación claros.

Presentación del caso: Se trata de un paciente de 59 años con diagnóstico previo de artritis reumatoide, la cual se ha presentado con cuadro clínico caracterizado por poliartritis simétrica en articulaciones pequeñas y grandes. Unos 10 años después inició con episodios de uveítis intermedia, epistaxis de repetición y cuadros de estenosis subglótica > 70% que requirieron dilatación microscópica. La exploración física destaca la nariz en silla de montar (**Figura 1**). Estudios de laboratorio: PCR 10,3, VSG 35, factor reumatoide 16,5, ACPA 42,5, ANCA y ANA negativos. En consecuencia, se decide reclasificar como PR, tras cumplir tres criterios de McAdam y dos mayores y uno menor de los criterios de Michel. Se inició tratamiento biológico a base de infliximab, metotrexato y prednisona, con lo cual se consigue adecuada respuesta clínica.

Figura 1. (CC134)



Discusión: La sobreposición de PR y AR es una coexistencia poco frecuente; en las publicaciones se han notificado sólo casos aislados (6 pacientes) descritos desde la década de 1980 hasta la actualidad. Desde el punto de vista clínico, la coexistencia puede manifestarse con síntomas articulares que pueden ser difíciles de atribuir exclusivamente a una de las dos entidades, ya que la PR puede cursar también con poliartritis no erosiva. Además, la presencia de ambas enfermedades puede elevar el riesgo de afectación sistémica, incluido el compromiso ocular, cutáneo, cardiovascular y respiratorio, lo que requiere una vigilancia estrecha y un abordaje terapéutico individualizado. Esta rareza resalta la importancia de reconocer signos cardinales de PR, como condritis nasal, estenosis subglótica o compromiso ocular, que obligan a reconsiderar el diagnóstico y permiten un abordaje terapéutico oportuno. Los glucocorticoides y los fármacos inmunosupresores convencionales han sido la base terapéutica. Sin embargo, en casos resistentes o con compromiso vital, el uso de agentes anti-TNF

ha demostrado eficacia para mejorar los síntomas y reducir las recurrencias. En esta paciente, la combinación de fármacos produjo una respuesta clínica favorable, lo que coincide con informes previos que apoyan el uso temprano de biológicos en PR.

Conclusiones: Este caso enfatiza la importancia de reconsiderar el diagnóstico en pacientes con manifestaciones sistémicas atípicas, especialmente cuando hay compromiso de cartílagos y vía respiratoria superior. La PR debe incluirse en el diagnóstico diferencial de poliartritis con manifestaciones nasales, oculares y respiratorias. El tratamiento biológico, en particular anti-TNF, puede ser una alternativa eficaz en casos con compromiso grave para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de complicaciones.

Bibliografía

- Emmungil H, Aydın SZ. Relapsing polychondritis. *Eur J Rheumatol*. 2015;2(4):155-159. doi: 10.5152/eurjrheum.2015.0036
- Hazra N, Dregan A, Charlton J, *et al*. Incidence and mortality of relapsing polychondritis in the UK: a population-based cohort study. *Rheumatology (Oxford)*. 2015;54(12):2181-2187. Epub 2015 Jul 17. doi:10.1093/rheumatology/kev240.

CC135

MÁS ALLÁ DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: SÍNDROME ANTISINTETASA

M. Espinosa-Ramos, I. Gámez-Sainz, R.E. Ramírez-Ibarra, F.A. Martínez-Miranda, L. Lino-Pérez

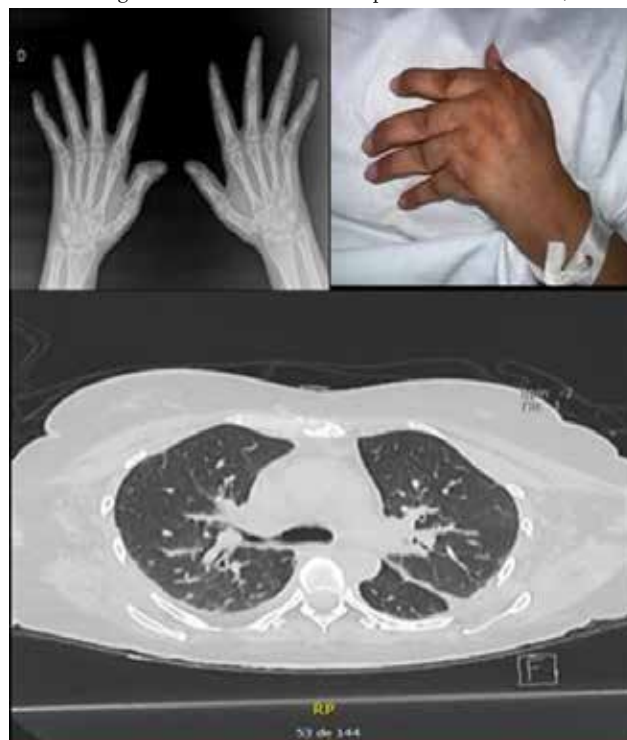
Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome antisintetasa es una entidad poco común perteneciente al grupo de miopatías inflamatorias inmunomediadas, descrita por primera vez en 1990; se caracteriza por la presencia de miositis, enfermedad pulmonar intersticial, artritis, fenómeno de Raynaud, "manos de mecánico" y fiebre, además de autoanticuerpos contra aminoacil ARNt, en especial anti-Jo1.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 38 años de edad, con antecedente de fenómeno de Raynaud y artritis periférica, simétrica, poliarticular y aditiva de articulaciones pequeñas, diagnosticada inicialmente como artritis reumatoide seronegativa en 2020; inició tratamiento con metotrexato, con mejora de los síntomas articulares. Durante el seguimiento clínico se documentó elevación de transaminasas (AST 287 UI/L, ALT 217 UI/L, DHL 1034 U/L) por lo que se realizó cambio de FARME sintético convencional; sin embargo, cuatro semanas posteriores aparecieron mialgias generalizadas junto con debilidad muscular que limitaba la clase funcional hasta la postración, además de disfagia alta progresiva. En la valoración inicial se registran fiebre de 39°C, saturación de oxígeno de 95%, estertores basales bilaterales, deformidad en cuello de cisne bilateral no reductible ni erosivo, MMT8 de 80 puntos, y bioquímicamente con elevación de creatina fosfoquinasa (CPK) de 4 044 UI/mL. Se identifica disfagia moderada por pruebas de deglución; la electromiografía revela fibrilación y ondas positivas con reclutamiento temprano de unidades motoras de baja amplitud, corta duración y de tipo polifásico; la tomografía pulmonar de alta resolución (TACAR) delinea neumopatía intersticial incipiente (Figura 1). Se integró el diagnóstico de síndrome antisintetasa con 11 puntos de acuerdo con ACR/EULAR 2024 y se solicita panel de miopatías con informe de Jo-1, Ro-52, MDA5 positivo alto (+++). Se inició tratamiento con glucocorticoide intravenoso durante tres días e inicio de inhibidor de ionosinmonofosfato-deshidrogenasa, con disminución de CPK y mejoría de MMT8 y disfagia.

Discusión: Al ser una entidad poco común, los casos de síndrome antisintetasa deben notificarse, ya que enriquecen el conocimiento colectivo de esta entidad nosológica. Establecer el curso clínico en poblaciones abiertas facilitará las descripciones en búsqueda de fenotipos de presentación y curso evolutivo. Los nuevos criterios de clasificación publicados en 2024 por ACR/EULAR poseen sensibilidad y especificidad altas; utilizarlos en casos incidentes permitirá, además, contrastar casos prevalentes con la finalidad de evaluar el rendimiento diagnóstico.

Figura 1. A, radiografía dorsopalmar de ambas manos sin evidencia de erosiones. B, fotografía de la mano izquierda. C, tomografía de alta resolución con imagen indicativa de enfermedad pulmonar intersticial. (CC135)



Conclusiones: La evaluación constante del curso clínico de las enfermedades reumatológicas por la aparición asincrónica de las manifestaciones es fundamental para la detección de entidades nosológicas más complejas. Dada su baja incidencia, es importante informar los casos de síndrome antisintetasa en población mexicana con la finalidad de detallar las características epidemiológicas propias de la región.

Bibliografía

- Witt LJ, Curran JJ, Strek ME. The diagnosis and treatment of antisynthetase syndrome. *Clin Pulm Med*. 2016;23(5):218-226.
- Zanframundo G, Faghihi K, Yashida A, *et al*. The classification criteria for anti-synthetase syndrome (Class) Project. *Arthritis Rheumatol*. 2024;(76).

CC136

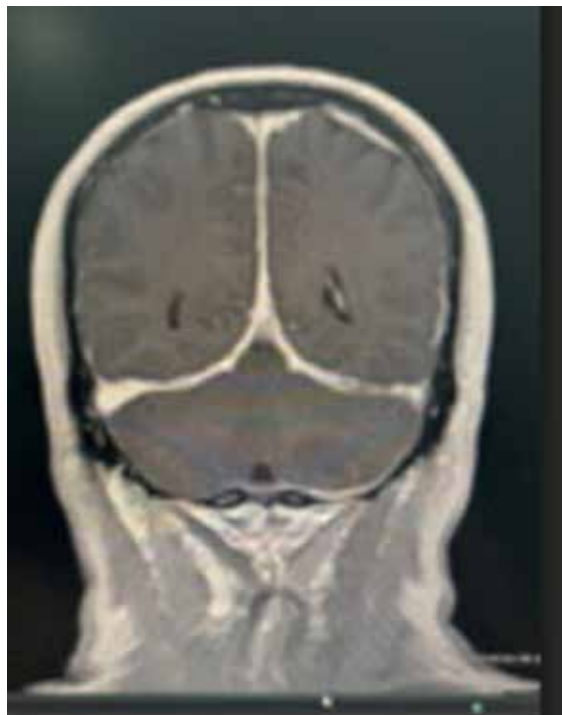
CEFALEA CON BANDERAS ROJAS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS Y AFECTACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: REPORTE DE CASO

M.G. Millán-Reza, V.M. Rosales-Don Pablo, F. Irazoque-Palazuelos
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis (GPA) es una vasculitis sistémica relacionada con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) y se caracteriza por inflamación granulomatosa de pequeños vasos que afecta principalmente al tracto respiratorio superior, pulmones y riñones. La afectación del sistema nervioso central (SNC) es poco frecuente (7-11%); los informes publicados refieren que cuando esto ocurre, suele manifestarse casi siempre como paquimeningitis hipertrófica (PH), definida por engrosamiento inflamatorio de la duramadre, en ocasiones con leptomeningitis.

Presentación del caso: Paciente masculino de 62 años que ingresa a hospitalización por cuadro clínico de dos meses de evolución de cefalea de banderas rojas. Durante el protocolo diagnóstico se realiza punción lumbar con resultado de líquido cefalorraquídeo normal, VSG 48 mm/h, PCR 16,3 mg/L y la tomografía de senos paranasales revela ocupación del seno maxilar izquierdo (**Figura 1**). La resonancia magnética contrastada de cerebro muestra paquimeningitis supratentorial e infratentorial, leptomeningitis y sinusitis de seno maxilar izquierda. Se descartaron causas infecciosas mediante cultivos de líquido cefalorraquídeo y BAAR. Por el hallazgo de paquimeningitis se solicitan estudios inmunológicos que registran ANCAc-PR3 de 99,2 U, por lo que se integra el diagnóstico de granulomatosis con poliangiitis con afectación del sistema nervioso central y de vías respiratorias superiores. Se inició tratamiento con ciclofosfamida y glucocorticoides sistémicos, con adecuada respuesta clínica durante su seguimiento.

Figura 1. (CC136)



Discusión: El compromiso del SNC en la GPA es poco común, de 7 a 11% de los casos. La PH representa una de las manifestaciones más raras y se caracteriza por cefalea persistente, síntoma reconocido como signo de alarma. En series como la de Chen *et al.*, más del 80% de los pacientes con PH relacionada con GPA inicia con cefalea. El diagnóstico diferencial incluye infecciones (bacterianas, micobacterianas, fúngicas) y neoplasias. En este caso se descartaron con estudios microbiológicos e imagenológicos. La resonancia magnética con contraste constituye la herramienta más sensible, al mostrar realce dural y leptomenígeo, hallazgos concordantes con lo observado en este paciente. El tratamiento estándar en casos con compromiso del SNC incluye glucocorticoides sistémicos combinados con agentes citotóxicos, como ciclofosfamida o rituximab, y se logran tasas elevadas de respuesta y menor riesgo de secuelas neurológicas. Este paciente respondió favorablemente al inicio temprano de la inmunosupresión, lo que refuerza la importancia del diagnóstico oportuno. Se ha publicado que la PH relacionada con GPA suele acompañarse de formas localizadas de la enfermedad y que predominan los síntomas cefalálgicos y, en algunos casos, los déficits neurológicos focales. Este caso resalta la necesidad de considerar PH en pacientes con GPA que sufren cefalea atípica, aun sin otros déficits neurológicos.

Conclusiones: La paquimeningitis hipertrófica en GPA es una complicación neurológica poco frecuente pero grave, caracterizada por engrosamiento inflamatorio de la duramadre y presentación clínica dominada por

cefalea de alarma. El reconocimiento temprano y el inicio de la inmunosupresión intensiva son fundamentales para evitar complicaciones neurológicas mayores. Este caso subraya la importancia de sospechar GPA al documentar paquimeningitis en pacientes con cefalea de banderas rojas, para realizar un abordaje diagnóstico y terapéutico oportuno.

Bibliografía

1. Chen Y, Gou L, Wang L, *et al.* Clinical characteristics of hypertrophic cranial pachymeningitis in granulomatosis with polyangiitis: a retrospective single-center study in China. *Arthritis Res Ther.* 2024;26(1):6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13075-023-03239-9>
2. Choi HA, Lee MJ, Chung C-S. Characteristics of hypertrophic pachymeningitis in patients with granulomatosis with polyangiitis. *J Neurol.* 2017;264(4):724-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-017-8416-0>

CC137

DERMATOMIOSITIS Y MIOPATÍA AMILOIDE: UN CASO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO REUMATOLÓGICO

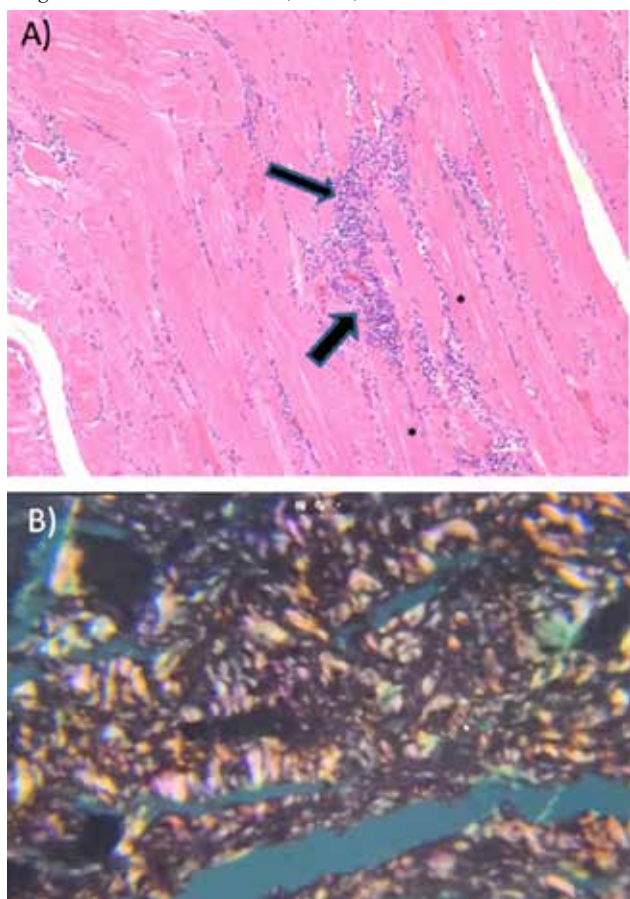
M.M. Pérez-Monterola, A. Vargas-Guerrero, M.L. Loredó-Mendoza
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La dermatomiositis es una enfermedad sistémica autoinmune en la que se ha informado un riesgo 4,66 veces mayor de malignidad respecto de la población general, mientras que la relación con amiloidosis se limita a informes de casos. La miopatía amiloide se relaciona con la presencia de amiloidosis cardíaca, y se cree que es una entidad infradiagnosticada, ya que el uso de tinciones para detección de amiloide en tejido muscular no se realiza de forma sistemática. Se describe una relación atípica de dermatomiositis y discrasia sanguínea con amiloidosis en presencia de miopatía amiloide, como una posible manifestación de un término recientemente acuñado: gammapatía monoclonal de significado reumatológico que se refiere a alteraciones sistémicas malignas o premalignas relacionadas con clones de linfocitos B, capaces de producir daño multiorgánico o modificar el tratamiento de enfermedades reumatológicas.

Presentación del caso: Hombre de 57 años de edad referido por el servicio de hematología; como antecedente tiene cuatro años de evolución de neutropenia y trombocitopenia, además de una medición positiva para anticuerpos anticardiolipina IgG e IgM (no corroborados). Ocho meses antes comenzó con dificultad para extender el cuello, por lo que se lo envió al servicio de reumatología. En su primera consulta se identificaron flexión persistente del cuello y dificultad para llevarlo a posición neutra, hipertrofia de los trapecios y esternocleidomastoideos, sin debilidad a otro nivel. Tres semanas después inició debilidad proximal de miembros pélvicos y torácicos, con creatina cinasa (CK) de 988 U/L. Se sospechó miopatía inflamatoria y se realizaron biopsias de músculo y grasa periumbilical por proteínas totales elevadas en 11,3 g/dL y globulinas disminuidas en 3,2 g/dL para abordaje de amiloidosis. Biopsia muscular: infiltrado linfocítico intenso de distribución perifascicular y positividad para rojo Congo y tioflavina en músculo y grasa periumbilical (**Figura 1**). Se realizó aspirado de médula ósea, no concluyente de mieloma múltiple, y se catalogó como discrasia de células plasmáticas. Actualmente recibe tratamiento con metotrexato y prednisona, con lo cual ha mejorado la debilidad. Por el servicio de hematología inició infusiones de ciclofosfamida, dexametasona y vincristina. Evolucionó a la mejoría completa de la debilidad en extremidades con un MMT-8 de 150 puntos, con persistencia de la debilidad extensora del cuello a pesar de la rehabilitación y el tratamiento. Mejoraron las proteínas totales hasta 7,8 g/dL, la CK disminuyó a 282 U/L, la hipogammaglobulinemia mejoró a 4,29 g/dL, las plaquetas de 129 000 a 242 000 y la neutropenia de 600 a 1 900 neutrófilos.

Discusión: Los avances en tratamientos innovadores, como la modalidad CAR-T, los anticuerpos bispecíficos y las anticélulas plasmáticas, ofrecen nuevas opciones para neoplasias de células plasmáticas y enfermedades

Figura 1. A, fotomicrografía de un campo de la biopsia de músculo que muestra intenso infiltrado inflamatorio en el perimisio (flechas) y fibras musculares perifasciculares atroficas (*); tinción HE, aumento original 40x. B, fotomicrografía de la biopsia de tejido celular subcutáneo periumbilical, teñida con la tinción de rojo Congo, que muestra con luz polarizada birrefringencia color verde manzana. (CC137)



reumáticas mediadas por paraproteínas. Estas anomalías, heterogéneas y con afectación multiorgánica, requieren diagnóstico preciso que posibilite tratamientos dirigidos, personalizados y más eficaces, para mejorar la atención y reducir el daño inflamatorio crónico.

Conclusiones: Son escasos los informes de dermatomiositis vinculada con miopatía amiloide (el primero de 1975). El caso presentado se trata de una dermatomiositis paraneoplásica en el contexto de una gammopatía monoclonal inespecífica y amiloidosis. Si bien el tratamiento de la dermatomiositis lo llevó a la mejoría, persistió con debilidad de los músculos extensores del cuello y recurrió con elevación de la CK a 548 U/L y AST a 54,6 U/L al disminuir la prednisona. La quimioterapia condujo al incremento de la fuerza en este grupo muscular y normalización de CK y AST, tal y como ocurre en las dermatomiositis relacionadas con neoplasia.

Bibliografía

- Marzęcka M, Niemczyk A, Rudnicka L. Autoantibody markers of increased risk of malignancy in patients with dermatomyositis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2022;63:289-96.
- Ungericht M, Wanschitz J, Kroiss AS, *et al.* Amyloid myopathy: expanding the clinical spectrum of transthyretin amyloidosis-case report and literature review. *J Nucl Cardiol.* 2023;30:1420-6.
- Quartuccio L, Manfrè V, Treppo E, *et al.* Monoclonal gammopathy of rheumatologic significance (MGRhS): a systemic vision of clonal disorders with multiple organ involvement. *Autoimmun Rev.* 2025;24:103895. doi: 10.1016/j.autrev.2025.103895. Epub ahead of print.

- Zilko PJ, Dawkins RL. Amyloidosis associated with dermatomyositis and features of multiple myeloma. The progression of amyloidosis associated with corticosteroid and cytotoxic drug therapy. *Am J Med.* 1975;59:448-52.

CC138

LUPUS FULMINANTE; A PROPÓSITO DE UN CASO

V.I. Hernández-Sánchez¹, D.G. Sánchez-Espinosa², L.D. Fierro-Toledo¹, C.A. Vázquez-Guzmán¹, J. Sepúlveda-Delgado¹

⁽¹⁾Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, ⁽²⁾Hospital General de Tapachula

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, inflamatoria y heterogénea, con manifestaciones variables, desde formas indolentes hasta cuadros graves con compromiso multiorgánico. Aunque la mayoría responde a inmunosupresión convencional, existe un subgrupo minoritario con curso abrupto, progresivo y alta mortalidad, descrito como LES fulminante. Este término alude a casos de inicio súbito con afectación simultánea de órganos vitales (cardiovascular, pulmonar, hematológico y renal), acompañados de intensa actividad inmunológica y resistencia al tratamiento inicial. Aunque no existen criterios estandarizados, los informes coinciden en progresión rápida a falla orgánica múltiple en días o semanas, hipocomplementemia, anti-dsDNA elevados y necesidad de tratamientos avanzados, como ciclofosfamida, inmunoglobulina intravenosa, plasmaféresis o fármacos biológicos.

Presentación del caso: Mujer de 33 años con LES diagnosticado por manifestaciones ganglionares, hematológicas y síntomas constitucionales. Se indicaron hidroxiquina, esteroides a dosis bajas y micofenolato. A los seis meses presentó dolor abdominal progresivo, similar a abdomen agudo y edema cervical, que requirió hospitalización. Al ingreso se documentaron trismo, odinofagia y sialorrea por edema grave que exigió traqueostomía de urgencia. La puntuación SELENA-SLEDAI 2K fue de 13. Se iniciaron antibióticos y pulsos de esteroides sin mejoría, con avance a lesión renal aguda KDIGO 3 y tratamiento de reemplazo renal. Posteriormente presentó anemia, trombocitopenia persistente (< 50 000/μl), diarrea y vasculitis cutánea, con aumento del SELENA-SLEDAI a 18. Debido a la actividad vascular se administró ciclofosfamida (1,5 g) y ante la persistencia de actividad se indicó rescate con inmunoglobulina intravenosa (1,4 g/kg, total 90 g) y una primera dosis de rituximab (1 g).

Durante la hospitalización presentó dolor abdominal intenso; la tomografía reveló perforación intestinal. En la operación se recuperaron 5 litros de material purulento sin sitio definido de perforación. Más adelante desarrolló neutropenia grave (189 neutrófilos absolutos) y síndrome de disfunción orgánica múltiple (renal, hematológico, mucocutáneo, circulatorio), con desenlace letal pese a la inmunosupresión avanzada y el apoyo intensivo.

Discusión: El LES fulminante es raro y descrito en informes aislados, caracterizado por curso acelerado, resistente y alta mortalidad. La rápida progresión a falla multiorgánica ocurre incluso con tratamiento intensivo. Esta paciente experimentó un brote grave a seis meses del diagnóstico y murió en menos de 15 días desde el inicio del cuadro. Este comportamiento resalta la necesidad de identificación temprana y tratamiento de rescate radical. En este caso no hubo disponibilidad de plasmaféresis, un tratamiento potencialmente útil.

Los factores relacionados aún se desconocen, aunque algunos informes lo vinculan con elevada actividad inmunológica (anti-dsDNA altos, hipocomplementemia, anti-Sm positivo) e inicio tardío del tratamiento. Las complicaciones infecciosas derivadas de la inmunosupresión intensiva también empeoran el pronóstico.

Conclusiones: Un brote grave de LES puede ser letal. La identificación oportuna de formas rápidamente progresivas es esencial para ofrecer modalidades de rescate. La plasmaféresis o la inmunoglobulina pueden ser útiles en estos escenarios. La adición de fármacos biológicos dirigidos representa una alternativa prometedora; sin embargo, como en este caso, la evolución en periodos muy cortos puede limitar la eficacia del tratamiento.

Bibliografía

1. Medina G, Carrillo-Maravilla E, Jara LJ, *et al.* Fulminant systemic lupus erythematosus vasculitis: case report and review of the literature. *Lupus*. 2014;23(6):634-8.
2. Aggarwal HK, Jain D, Mittal A, *et al.* Systemic lupus erythematosus presenting as fulminant lupus pneumonitis: a rare case report. *Reumatismo*. 2016;68(1):48-52.
3. Singh N, Birkenbach M, Caza T, *et al.* Tuberous sclerosis and fulminant lupus in a young woman. *J Clin Rheumatol*. 2013;19(3):134-7.
4. Binello N, Cancelli C, Passalacqua S, *et al.* Use of intravenous immunoglobulin therapy at unconventional doses in refractory fulminant systemic lupus erythematosus. *Eur J Case Rep Intern Med*. 2018;5(8):000934.
5. Jorfén M, Callejas JL, Formiga F, *et al.* Fulminant thrombotic thrombocytopenic purpura in systemic lupus erythematosus: case report. *Scand J Rheumatol*. 1998;27(1):76-7.

CC139

ENTERITIS LÚPICA: UN DIAGNÓSTICO DESAFIANTE EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

P. Bulos-Rodríguez, L. Arias-Gaitán, E. Ponce-Morales, C.J. Gómez-Ruiz
Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enteritis lúpica es una manifestación gastrointestinal del lupus eritematoso sistémico (LES) caracterizada por inflamación isquémica o trombótica principalmente del intestino, que se presenta de forma típica con dolor abdominal agudo durante episodios de actividad de la enfermedad, con una prevalencia de 2,5% de pacientes con LES. La tomografía abdominal contrastada es la prueba de elección confirmatoria al identificar engrosamiento parietal y congestión de vasos mesentéricos.

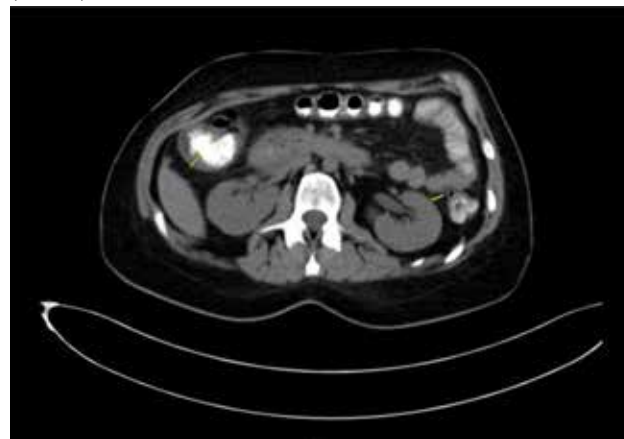
Presentación del caso: Mujer de 27 años con diagnóstico de LES desde 2016 por afectación hematológica, mucocutánea y articular, con AAN 1:320 homogéneo, hipocomplementemia, anti-Sm y anti-DNA positivos. El tratamiento inicial incluyó antimalárico, metotrexato (15 mg/sem), ácido fólico (10 mg/sem) y glucocorticoide a dosis variable. En 2017 se agregó derrame pleural bilateral de tipo exudado, síndrome de retención hídrica y proteinuria subnefrótica. La biopsia renal reveló nefritis lúpica clase IV + V y recibió esquema NIH de inducción a la remisión con ciclofosfamida (dosis acumulada: 10 g); no obstante, cursó con embarazo en 2020, por lo que se cambió la inmunosupresión a azatioprina (75 mg/día). Durante el embarazo sufrió recaída renal con proteinuria nefrótica, por lo que se agregó ciclosporina al tratamiento, con mejoría clínica y bioquímica. Al término del embarazo y por persistencia de la proteinuria se cambió el esquema inmunosupresor a micofenolato de mofetilo (2 g/día) y tacrolimus (2 mg/día), con mejoría clínica, y se continuó el seguimiento por consulta externa. En 2022 acude a esta unidad a valoración por recaída renal acompañada de pérdida de peso no intencionada de 15 kg, dolor abdominal difuso, agudo, sin exacerbantes ni atenuantes, evacuaciones diarreicas sin moco, polimorfonucleares del 90% y sangre oculta positiva. Se realizó abordaje que descartó causas funcionales, infecciosas, farmacológicas y quirúrgicas. Se realizó tomografía abdominal contrastada que delineó engrosamiento de la pared intestinal, con realce al medio de contraste, presencia de signo de doble halo e ingurgitación de vasos mesentéricos (Figuras 1 y 2), con biopsias endoscópicas inespecíficas. Se integró el diagnóstico de enteritis lúpica y se indicó tratamiento con glucocorticoide (1 mg/kg) y ajuste de inmunosupresor con micofenolato de mofetilo, con mejoría clínica y bioquímica. Actualmente en seguimiento por consulta externa sin nuevo episodio de recaída documentado.

Discusión: El diagnóstico de enteritis lúpica constituye un reto clínico considerable debido a la inespecificidad de sus manifestaciones iniciales. Las manifestaciones pueden confundirse con causas infecciosas, farmacológicas o incluso quirúrgicas. El caso presentado ilustra esta dificultad, dado que la paciente requirió una extensa exclusión de diagnósticos diferenciales, en

Figura 1. Ingurgitación de vasos mesentéricos (signo del peine). (CC139)



Figura 2. Engrosamiento de la pared intestinal (signo del doble halo). (CC139)



la cual la tomografía contrastada fue clave para orientar el diagnóstico. La confirmación histológica suele ser inespecífica, lo que subraya aún más la relevancia de la integración clínica, radiológica y de laboratorio. El tratamiento oportuno con glucocorticoides e inmunosupresores produjo mejoría clínica, lo que refuerza la idea de que la respuesta terapéutica también forma parte del proceso diagnóstico.

Conclusiones: La enteritis lúpica, aunque poco frecuente, debe considerarse cuando un paciente con lupus eritematoso sistémico acude con dolor abdominal agudo. Su diagnóstico es desafiante por la inespecificidad clínica y la ausencia de hallazgos histológicos patognomónicos. El reconocimiento temprano de esta entidad permite un tratamiento oportuno, lo que mejora el pronóstico y disminuye el riesgo de complicaciones graves.

Bibliografía

1. Almutairi R, Alkhudair D, Aldei A. Lupus enteritis as the early manifestation of systemic lupus erythematosus successfully managed with belimumab: a case report. *Cureus*. 2025 Jan 4;17(1):e76926.
2. Singh N, Janardhanan J, Kale S, *et al.* Severe lupus enteritis: a diagnostic and therapeutic enigma. *Lupus*. 2024 Nov;33(13):1483-6.

CC140

GLOMERULONEFRITIS FOCAL Y SEGMENTARIA SECUNDARIA A ARTRITIS REUMATOIDE: REPORTE DE CASO

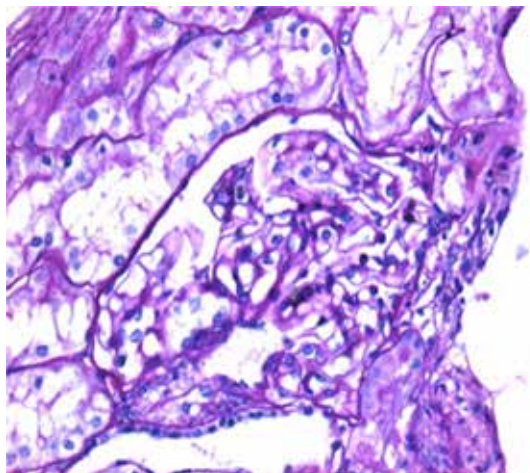
M.N. Fuentes-Hernández, Z. Urrutia

Hospital General Toluca, ISSSTE

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica que afecta a las articulaciones y en menor medida a otros sistemas. El compromiso renal en la AR es poco común y puede deberse a la inflamación sistémica o al efecto tóxico de los medicamentos utilizados. La glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS) es poco frecuente (1 a 19,6% según las publicaciones); se presenta un caso clínico de relación de AR y GEFS.

Presentación del caso: Paciente femenino de 50 años de edad con AR de seis años de evolución con afectación poliarticular, factor reumatoide de 720, anti-CCP de 85. Se la trató de modo inicial con FARME (leflunomida, MTX) con efecto adverso hepático y se continuó con hidroxicloroquina y fármaco biológico anti-TNF (adalimumab) durante dos años. Sufrió falla primaria y posteriormente se indicó tocilizumab con falla terapéutica y al final inhibidor de cinasa JAK (tofacitinib). Tiene antecedente de tres meses de exacerbación de síntomas articulares, poliartalgias de pequeñas articulaciones, con DAS 28 de 4,08 y actividad moderada; cursa con edema en piernas, hipertensión, disminución de tasa de filtración glomerular (TFG), CKD EPI 41,1 mL/min/SCT, elevación de azoados, urea 65, BUN 30, creatinina 1,3; EGO: proteínas 25 mg, leucocitos 0-5 x campo, proteínas en orina 24 h de 242 mg/24 h; biometría hemática y pruebas de función hepática normales, Quantiferon tb gold negativo, panel viral de hepatitis b y c negativo; ultrasonido renal: ambos riñones con cambios crónicos degenerativos con daño renal parenquimatoso de tamaño normal; la biopsia renal indica esclerosis global y segmentaria (46%) (**Figura 1**), hipoperfusión glomerular crónica, fibrosis intersticial grado II (30-40%), con estudios de inmunofluorescencia negativo. Anticuerpos antinucleares 1:40 negativo, anticardiolipinas IgG e IgM negativos, anti-DNAc negativo, anti-Smith negativo, anti-SSA negativo, anti-SSB negativo. Se diagnosticó AR y GEFS secundaria a artritis reumatoide, con deterioro renal progresivo y se cambia a tratamiento biológico anti-CD 20 (rituximab), dosis altas de esteroide (prednisona, 50 mg/día) en reducción, telmisartán, atorvastatina. Después del tratamiento establecido muestra mejoría clínica con remisión de artritis reumatoide, DAS 28 de 2,42 (dolorosas 0, inflamadas 0, VSG 26); muestra disminución de cifras de azoados: urea 41, BUN 19, creatinina 1,0, TFG CKD-EPI 78 mL/min/SCT, proteínas en orina 24 h 40 mg/24 h; padece enfermedad renal crónica KDIGO G2A1.

Figura 1. Esclerosis global y segmentaria, variedad inespecífica. Hipoperfusión glomerular crónica. Cambios regenerativos leves del epitelio tubular. (CC140)



Discusión: La afección renal por AR es poco común; la forma más frecuente de afección renal por AR es la amiloidosis y la GEFS es menos frecuente. En este caso, la paciente tiene factores de riesgo para manifestaciones extraarticulares: Fr positivo alto, anti-CCP positivo alto y falla terapéutica a tres fármacos biológicos; al modificar el tratamiento con esteroide, bloqueadores ARA II, estatinas y tratamiento biológico anti-CD 20 presentó mejoría clínica de AR y de la función renal.

Conclusiones: A pesar de que esta manifestación de GEFS es rara en AR, ante cambios en los marcadores de función renal y actividad moderada o alta de AR se debe tener sospecha clínica y realizar búsqueda intencionada para descartar manifestaciones extraarticulares y optimizar el tratamiento.

Bibliografía

1. Vinicki JP. Analysis of 65 renal biopsies from patients with rheumatoid arthritis (1976–2015) change in treatment strategies decreased frequency and modified histopathological findings JCR. Journal of Clinical Rheumatology. 2015;21(7):335–340.
2. Albandak M, Ayyad M, Abu Ajamia S, et al. Rheumatoid arthritis with focal segmental glomerulosclerosis: a case report and literature review. Cureus. 2023;15(4):e37161. DOI 10.7759/cureus.37161

CC141

SÍNDROME ANTISINTETASA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL: CASO REFRACTARIO A TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

V.Q. Neri-Cruz¹, D.E. Chávez-Sáenz², C.D. Plácido-Cuenca¹, I. Urrutia-Espinoza¹, S. Gallegos-Nava¹⁽¹⁾Hospital General Darío Fernández Fierro, ⁽²⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) es una enfermedad autoinmune del espectro de las miopatías inflamatorias idiopáticas y se caracteriza por autoanticuerpos dirigidos contra aminoacil-tRNA sintetasa; el anti-Jo-1 es el más prevalente. Su espectro clínico incluye poliartitis, fiebre, fenómeno de Raynaud, manos de mecánico, miositis y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), la cual constituye el principal determinante pronóstico. Hasta el 70% de los pacientes desarrolla algún grado de EPID y es la principal causa de mortalidad. La detección temprana y la institución adecuada de inmunosupresión son esenciales para mejorar la supervivencia.

Presentación del caso: Mujer de 61 años con antecedente de osteoporosis. Inició en 2020 con poliartitis simétrica, fenómeno de Raynaud, pérdida ponderal y disnea progresiva. La tomografía de alta resolución mostró neumonía organizada con engrosamiento subpleural bilateral y áreas de consolidación pulmonar con broncograma aéreo, predominio en lóbulos inferiores (**Figura 1**); se descartó proceso infeccioso. Se registraron anticuerpos antinucleares 1:320 AC-2, anti-PL12 +++ (184) y anti-Ro52 +++ (184), lo que confirmó el diagnóstico de SAS. Recibió tratamiento secuencial con metotrexato, tacrolimus, ácido micofenólico y prednisona, sin respuesta significativa. En julio de 2024 recibió primera dosis de rituximab en medio privado. En esta institución recibió una segunda dosis en agosto de 2024 y una tercera en febrero de 2025; sin embargo, presentó herpes zóster diseminado, con internamiento en terapia intensiva. En julio de 2025 mostró mayor requerimiento de oxígeno y cambios tomográficos por neumonía intersticial inespecífica aunados al patrón inicial. Se inició ciclofosfamida intravenosa con profilaxis antimicrobiana y esteroide oral, con adecuada respuesta clínica y tomográfica.

Discusión: El SAS es una entidad infrecuente, pero de gran relevancia clínica debido a su estrecha relación con EPID, un determinante pronóstico. El fenotipo anti-PL12 se caracteriza por compromiso pulmonar predominante, menor frecuencia de miositis y evolución más agresiva de EPID, especialmente cuando coexiste positividad para anti-Ro52.

Conclusiones: La respuesta a los glucocorticoides en monoterapia es limitada, por lo que las guías internacionales recomiendan iniciar inmunosupresores

Figura 1. Tomografía de tórax, corte axial (ventana pulmonar). Se observan opacidades en vidrio deslustrado, de distribución subpleural bilateral, con patrón reticular y engrosamiento septal. Se identifica una zona rodeada por halo de consolidación. (CC141)



dirigidos a la afectación pulmonar desde etapas tempranas. En formas de rápida progresión o resistentes, la ciclofosfamida y el rituximab han demostrado eficacia comparable en estudios clínicos y series de casos.

Bibliografía

1. Maher TM, Tudor VA, Saunders P, *et al.* Rituximab versus intravenous cyclophosphamide in connective tissue disease-associated interstitial lung disease (RECITAL): double-blind, double-dummy, randomised, phase 2b trial. *Lancet Respir Med.* 2023;11:45-54.
2. ACR/CHEST. 2023 American College of Rheumatology/American Chest Physicians guidelines for systemic autoimmune rheumatic disease-associated interstitial lung disease. *ACR Journals.* 2024.

CC142

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO GRAVE CON DEBUT DE COMPLICACIONES SISTÉMICAS MÚLTIPLES: REPORTE DE CASO

M.A. Toledo-Morales, Y.A. Jiménez-Celis, C.R. Velarde-Plata, L.F. Vega-Sevilla, A.A. Gómez-Frías

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica, multisistémica de curso variable, caracterizada por periodos de exacerbación y remisión. En pacientes con diagnóstico temprano en la infancia o adolescencia tiene una evolución más agresiva y causa complicaciones graves.

Presentación del caso: Mujer de 19 años con antecedente de LES desde los siete años, sometida a múltiples esquemas terapéuticos, con mal apego y recaídas con puntuación en escala de SLEDAI de 15. Inició cuadro de un mes de evolución con astenia, adinamia, eritema malar persistente, odinofagia y lesiones hiperpigmentadas en palmas y plantas. Una semana posterior al inicio de administración de rituximab presentó fiebre, tos productiva, diarrea y vómito; se la ingresa por actividad mucocutánea.

Al ingreso muestra desequilibrios hidroelectrolíticos y transaminasemia (Tabla 1, columna 1). Con posterioridad se integra el diagnóstico de pancreatitis aguda por hallazgos bioquímicos y de imagen (Baltazar D), con necesidad de vasopresores y carbapenémicos. Durante la evolución experimenta alteraciones bioquímicas (Tabla 1, columna 2) y satisface cinco criterios diagnósticos para SAM con evolución tórpida y deterioro respiratorio súbito, por lo que requirió tratamiento avanzado de la vía respiratoria; se establece tromboembolia pulmonar (TEP) por angiogramografía y se requiere tratamiento con anticoagulantes en la unidad de cuidado intensivo (UCI), con mejoría clínica y extubación exitosa. Luego de la TEP continuó con deterioro respiratorio progresivo y fiebre y se necesita de nueva cuenta tratamiento avanzado de la vía respiratoria, con nueva tomografía que identifica consolidaciones pulmonares, por lo que se continuó la antibioterapia, sin respuesta clínica; se inició tratamiento a base de pulsos de metilprednisolona que produjo mejoría, pero se agrega una neumonitis lúpica por respuesta a los esteroides. Tras el tratamiento intensivo multidisciplinario, la paciente continuó con mejoría clínica y en indicadores de laboratorio (Tabla 1, columna 3); se la extuba con éxito y egresa en condiciones estables.

Tabla 1. Resultados de laboratorio. (CC142)

Valores iniciales	Valores para SAM	Valores al egreso
Hb 15,6 mg/dL	Hb 8,3 mg/dL	Procalcitonina 0,6
Plaquetas 81 100 μ L	Plaquetas 27.400 μ L	Leucocitos 4.000 K/uL
Creatinina 0,8 mg/dL	Leucocitos 8.300 K/uL	Hb 8,5 mg/dL
Potasio 5,6 mmol/L	Triglicéridos 511 mg/dL	Plaquetas 292.000 μ L
Sodio 121 mmol/L	DHL 765 U/L	Triglicéridos 249 mg/dL
Triglicéridos 1 275 mg/dL	Ferritina 3.309 ng/dL	ALT 13 U/L
ALT 385 U/L		AST 24 U/L
AST 1.172 U/L		DHL 455 U/L
DHL 1.104 U/L		Potasio 3,6 mmol/L
Amilasa 504 U/L		Sodio 142 mmol/L
Bilirrubina total 5,7 mg/dL		Creatinina 0,4 mg/dL

Discusión: El lupus eritematoso sistémico en pacientes jóvenes puede desencadenar complicaciones sistémicas graves de manera simultánea.

Conclusiones: Es preciso reconocer que las enfermedades reumatológicas son trastornos sistémicos y como tales pueden tener diferentes manifestaciones orgánicas; por lo tanto, la identificación temprana de manifestaciones directamente vinculadas con la actividad de la enfermedad es de vital importancia para evitar complicaciones graves, como las presentadas en este caso clínico.

Bibliografía

1. Makol A, Petri M. Pancreatitis in systemic lupus erythematosus: frequency and associated factors - a review of the Hopkins Lupus Cohort. *J Rheumatol* [Internet]. 2010;37(2):341-5.
2. Abughazaleh S, Alsakrneh S, Hattar M, *et al.* Systemic lupus erythematosus in disguise: acute pancreatitis as initial presentation. *J Investig Med High Impact Case Rep* [Internet]. 2023;11:23247096231185480.
3. Lin Q, Zhang M, Tang H, *et al.* Acute pancreatitis and macrophage activation syndrome in pediatric systemic lupus erythematosus: case-based review. *Rheumatol Int* [Internet]. 2020;40(5):811-9.
4. Richer O, Ulinski T, Lemelle I, *et al.* Abdominal manifestations in childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2007;66(2):174-8.
5. Gutiérrez SC, Pasqua AV, Casas H, *et al.* Chronic pancreatitis and systemic lupus erythematosus: an uncommon association. *Case Rep Gastroenterol* [Internet]. 2008;2(1):6-10.
6. Yang Y, Ye Y, Liang L, *et al.* Systemic-lupus-erythematosus-related acute pancreatitis: a cohort from South China. *Clin Dev Immunol* [Internet]. 2012;2012:568564.
7. Cantero C, Vongthilath R, Plojoux J. Acute lupus pneumonitis as the initial presentation of systemic lupus erythematosus. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2020;13(7):e234638.

CC143

DERMATOMIOSITIS ANTI-Mi2+ REFRACTARIA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL; CRONOLOGÍA DE UN CASO

V.I. Hernández-Sánchez, L.G. Ramírez-González, A.J. Padro-Rodríguez, L.D. Fierro-Toledo, J. Sepúlveda-Delgado

Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Introducción: La dermatomiositis (DM) anti-Mi2+ es un subtipo caracterizado por infiltrado endomisial de macrófagos, daño muscular y necrosis de miofibras. Por lo regular se considera de baja actividad muscular, pero los estudios recientes evidencian que un grupo no menor de pacientes desarrolla necrosis y daño muscular grave semejantes a los de la miopatía necrosante inmunomediada. Aún se desconoce cómo los anticuerpos anti-Mi2 inducen necrosis y resistencia, pero se sabe que reconocen un componente del complejo de remodelación de nucleosomas y desacetilasa, regulador de transcripción, sobreexpresado en miofibras en regeneración. El propósito de este caso es mostrar el abordaje diagnóstico y terapéutico y la cronología tiempo-tratamiento-hallazgos en una DM anti-Mi2+ resistente.

Presentación del caso: Paciente masculino de 46 años, previamente sano, que inició en enero de 2025 con lesiones eritematosas en zonas fotoexpuestas y debilidad proximal progresiva, con disfonía y disfagia. Consultó a los seis meses y en la evaluación inicial mostró debilidad proximal, lesiones cutáneas y CK de 18 000 UI/L, lo que sugiere una miopatía inflamatoria. La electromiografía señaló un patrón miopático grave y el perfil inmunológico confirmó anticuerpos anti-Mi2 α y β . Se hospitalizó para tratamiento y biopsia muscular. El esquema inicial incluyó dexametasona (40 mg/día por 5 días) y metotrexato (15 mg/sem), con descenso de CK a 6 766 UI/L. Egresó con prednisona (100 mg/día) y metotrexato. La biopsia mostró escaso infiltrado linfocitario, mínima atrofia perifascicular y necrosis extensa. A la semana reingresó por persistencia de clínica cutánea, mayor debilidad muscular con afectación cervical y deglutoria, CK de 38 000 UI/L. Se repitió ciclo de glucocorticoides y se aumentó metotrexato (20 mg/sem), más micofenolato (2 g/día). Durante dos semanas, la CK fluctuó entre 14 713 y 25 849 UI/L y se correlacionó con puntuaciones MMT-8 de 80 a 90 (VN > 140). Ante la resistencia se administró inmunoglobulina intravenosa de 1,37 g/kg (150 g totales). La CK descendió a < 10 000 UI/L a los 25 días de la intensificación con metotrexato/micofenolato y a los 20 días de la inmunoglobulina. Con posterioridad, con base en los protocolos de DM resistente, recibió rituximab (2 dosis de 1 g). Luego de 30 días de estancia, egresó con rehabilitación domiciliar. La CK fue de 7 335 UI/L a los 30 días y de 876 UI/L a los 60 días del ajuste terapéutico. Sin embargo, la fuerza muscular se mantuvo < 100 puntos, lo que refleja la persistencia de la debilidad.

Discusión: Este caso de DM anti-Mi2+ ilustra la resistencia que puede oponer este subtipo de miopatía y rompe el paradigma típico de que los anticuerpos anti-Mi2 producen un buen pronóstico en todos los casos, como lo sugieren estudios recientes, que evidencian que la positividad para anti-Mi2 confiere un riesgo elevado para necrosis muscular similar a la de una miopatía necrosante inmunomediada. Este caso en particular resalta la importancia de contar con criterios objetivos de resistencia, toda vez que al detectar de forma oportuna signos de enfermedad resistente un tratamiento radical podría ofrecer un mejor pronóstico a largo plazo.

Conclusiones: La DM anti-Mi2 puede evolucionar con curso grave y refractario. La identificación de predictores clínicos y bioquímicos que anticipen esta evolución es clave para un control individualizado que optimice resultados a largo plazo. Se requiere mayor caracterización de estos casos en las publicaciones médicas para establecer indicadores confiables que orienten decisiones terapéuticas oportunas.

Bibliografía

1. Fornaro M, Girolamo F, Cavagna L, *et al*. Severe muscle damage with myofiber necrosis and macrophage infiltrates characterize anti-Mi2 positive dermatomyositis. *Rheumatology*. 2021;60(6):2916-26.
2. Monseau G, Landon-Cardinal O, Stenzel W, *et al*. Systematic retrospective study of 64 patients with anti-Mi2 dermatomyositis: a classic skin rash with a necrotizing myositis and high risk of malignancy. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(6):1759-63.

CC144

EFFECTIVIDAD DE CICLOFOSFAMIDA A 30 Y 90 DÍAS EN BROTE GRAVE DE POLICONDRITIS RECIDIVANTE: CRONOLOGÍA DE UN CASO

V.I. Hernández-Sánchez, E.L. Serrano-Acosta, A.P. Aquihuatl-Velázquez, A.E. Ramírez-Sánchez, J. Sepúlveda-Delgado

Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

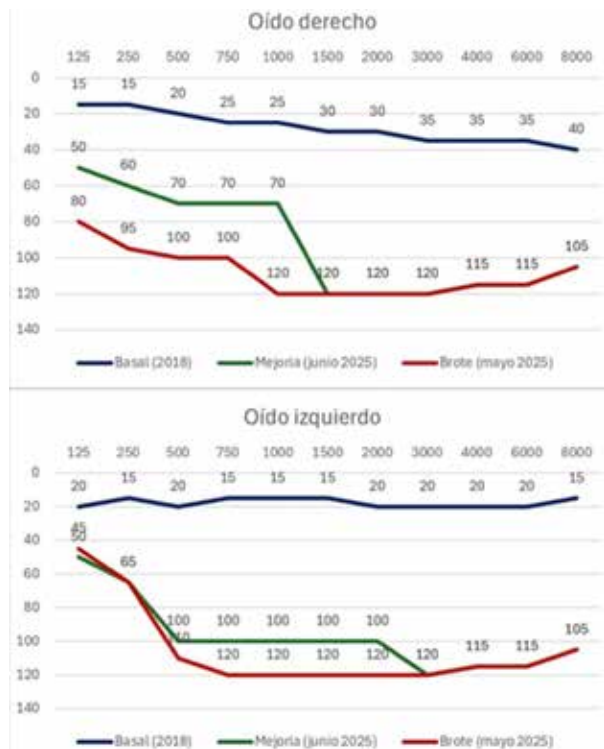
Introducción: La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta a 4,25 a 25 individuos por millón, sin predilección por sexo, y se caracteriza por inflamación recurrente de estructuras cartilaginosas del pabellón auricular, nariz y vías respiratorias, con afectación también de los sistemas ocular y auditivo. Se presenta en adultos de mediana edad y se ha vinculado con enfermedades autoinmunes, neoplasias hematológicas y síndromes inflamatorios como VEXAS. La patogenia es incierta con predisposición genética ligada a alelos HLA específicos. La enfermedad cursa con patrón crónico recurrente e impredecible, algunas veces grave y multisistémico que compromete la vida del paciente.

Presentación del caso: Se trata de una mujer de 36 años diagnosticada con PR en 2018 que inició con afectación grave de cartílagos laringeos, nasales y pabellón auricular, junto con poliartritis seronegativa de pequeñas y medianas articulaciones; cumple tres criterios de McAdam; además, se realizó tipificación HLA (A24, B15, DRB104, DQB103, A69, B35, DRB114, DQB03). El tratamiento inicial incluyó metotrexato (15 mg/sem) y sulfasalazina (1 g/día), con remisión completa el primer año. Durante el seguimiento presentó reactivaciones articulares y en cartílago laringeo controladas con aumento de dosis de inmunosupresores, agonistas beta de acción prolongada y corticosteroides inhalados, sin requerir hospitalizaciones. En abril de 2025 mostró súbitamente ojo rojo derecho tratado con tobramicina/nafazolina, con mejoría temporal; después avanzó a compromiso ocular bilateral, tinnitus, vértigo e hipoacusia súbita bilateral que evolucionó a anacusia en siete a 10 días, junto con dolor torácico y articular más pérdida de peso (15 kg) en un mes. Fue hospitalizada con RPDAI (*Relapsing polycondritis disease activity index*) de 66 puntos. El servicio de oftalmología confirmó epiescleritis bilateral y en el de audiología se realizó audiometría tonal con resultado de hipoacusia profunda bilateral de tipo mixto con nula discriminación fonémica con un daño súbito comparada con la audiometría de diciembre de 2018, la cual fue normal con caída en frecuencias agudas en oído derecho (**Figura 1**). El tratamiento hospitalario incluyó pulsos de dexametasona (40 mg/día por 4 días), prednisona en dosis reducción y ciclofosfamida (1 g), con conservación de metotrexato-sulfasalazina. A los 30 días, el RPDAI disminuyó a 32 puntos con mejoría ocular y auditiva (**Figura 1**). La audiometría tonal mostró ganancia auditiva de 25 a 30 dBs en frecuencias graves y medias en oído derecho y de 20 dBs en frecuencia media en izquierdo con mejoría en la discriminación fonémica en ambos oídos con datos de afectación neural. A los 90 días, el RPDAI decreció a 13 puntos, prácticamente sin síntomas oculares y con mayor recuperación auditiva respecto al primer mes. Actualmente recibe metotrexato (20 mg/sem), sulfasalazina (2 g/día), micofenolato (1 g/día) y prednisona (25 mg/día) en reducción.

Discusión: La PR es una afección crónica con un curso clínico remitente-recurrente, aunque algunos casos pueden cursar crónicos activos. Los brotes graves son más frecuentes en pacientes con compromiso de cartílago traqueobronquial, marcadores inflamatorios elevados y monoterapia con corticosteroides. Este caso evidencia la importancia de la vigilancia a largo plazo y un enfoque terapéutico agresivo en brotes graves mediante glucocorticoides y agentes inmunosupresores de rescate como ciclofosfamida y micofenolato para preservar la función visual y auditiva y prevenir un daño irreversible. En este caso, el esquema de rescate fue efectivo a los 30 y 90 días, con mejoría de la función ocular y auditiva y menores índices de actividad.

Conclusiones: Los brotes graves requieren un tratamiento agresivo oportuno. La ciclofosfamida puede ser efectiva como medida de rescate en brotes graves que comprometen a órganos vitales.

Figura 1. Gráfica de audiometrías del 2018 al momento del brote y luego del tratamiento. (CC144)



Bibliografía

- Mertz P, Costedoat-Chalumeau N, Ferrada MA, *et al.* Relapsing polychondritis: clinical updates and new differential diagnoses. *Nat Rev Rheumatol.* 2024;20(6):347-360.
- Bachor E, Blevins NH, Karmody C, *et al.* Otologic manifestations of relapsing polychondritis. Review of literature and report of nine cases. *Auris Nasus Larynx.* 2006;33(2):135-41.
- Arnaud L, Costedoat-Chalumeau N, Mathian A, *et al*; Collaborators. French practical guidelines for the diagnosis and management of relapsing polychondritis. *Rev Med Interne.* 2023;44(6):282-294.

CC145

VASCULITIS DE SNC COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD DE SJÖGREN

R. Márquez Sánchez¹, J.F. Hernández Priego¹, N.A. Dávila Liahut², K. García Saury³

⁽¹⁾IMSS Hospital General de Zona No 46 Dr. Bartolomé Reyes Berezaluce, ⁽²⁾Institución privada, ⁽³⁾IMSS Hospital General Regional de Orizaba

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ESj) es una exocrinopatía autoinmune crónica, caracterizada por síntomas sicca y síntomas extraglandulares, siendo el dolor articular y la fatiga crónica los más importantes. En casos raros, puede verse afectado el sistema nervioso central (SNC), en forma de mielitis transversa, meningoencefalitis o enfermedad desmielinizante. Los accidentes cerebrovasculares isquémicos agudos por vasculitis son menos frecuentes, siendo las arterias de pequeño calibre más afectadas que las arterias de mediano o gran calibre.

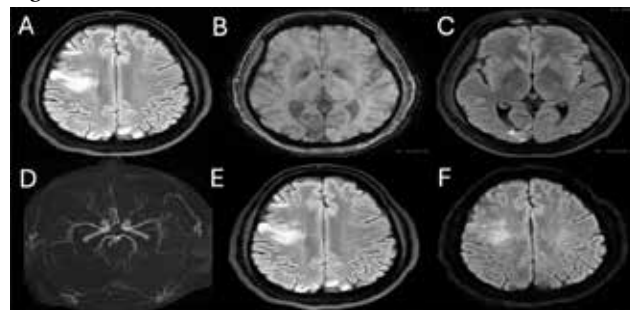
Presentación del caso: Masculino de 35 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica y obesidad grado II, quien presenta síntomas neurológicos relacionados a un evento vascular isquémico. Exploración física: disartria, asimetría facial, paresia de extremidad superior izquierda

y desviación de la mirada. Paraclínicos: (Tabla 1A y Figura 1). Se valoró por neurología quien estableció diagnóstico de enfermedad multiinfarto, se descartaron causas trombofílicas y cardioembólicas, y se amplió protocolo de estudio con perfil de anticuerpos (Tabla 1B). Se solicitó interconsulta a reumatología quien documentó fenómeno de Raynaud monofásico con anomalías inespecíficas en capilaroscopia y ausencia de síntomas sicca, por lo que se realizó biopsia de glándula salival menor con Focus Score de 1 punto. El paciente clasificó para enfermedad de Sjögren de acuerdo con los criterios ACR/EULAR 2016 con 6 puntos y un ESSDAI de 15 puntos. En coordinación con neurología se propuso terapia de inducción a la remisión con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida.

Tabla 1. (CC145)

Tabla 1A		Tabla 1B	
Leucocitos	8,64 10 ³ /UI	ANA	1:320 patrón NuMA
Hemoglobina	13,8 g/dL	Anti DNAdc	Negativo
Plaquetas	210 10 ³ /UI	Anti Smith	< 2 Ur/mL
Perfil de lípidos	Normal	Anti B2GPI	IgG e IgM negativas
PCR	15,44 mg/dL	Anti cardiolipinas	IgG e IgM negativas
VSG	40	Anticoagulante lupico	Negativo
Glucosa	70 mg/dL	C3 y C4	Normales
Creatinina	0,80 mg/dL	IgG	1,755 mg/dL (normal)
TSH	0.97 UI/mL	ANCA: MPO/PR3	Negativos
T4L	1.07 ng/dL	Anti Ro	72.5 Ur/mL (positivo)
Panel viral VIH, VHB, VHC	No reactivo	Anti La	26.1 Ur/mL(positivo)
TORCH	Sin alteraciones	Factor reumatoide	2 UI/mL
VDRL	Negativo	Anti SCL-70	< 1.2

Figura 1. (CC145)



Discusión: La afectación del SNC en la enfermedad de Sjögren puede preceder a los síntomas sicca en el 25 al 60% de los casos. Existe un amplio espectro de manifestaciones y mecanismos neuropatológicos subyacentes, que hacen que el diagnóstico y el enfoque del tratamiento sean un desafío que requiere un enfoque multidisciplinario.

Conclusiones: La enfermedad de Sjögren debe incluirse dentro del abordaje diagnóstico de los accidentes cerebrovasculares, especialmente en pacientes jóvenes o en aquellos sin factores de riesgo cardiovascular convencionales. Su reconocimiento temprano resulta fundamental para implementar un tratamiento inmunosupresor oportuno y prevenir secuelas neurológicas irreversibles.

Bibliografía

- Módos LV, Aradi Z, Horváth IF, Bencze J, Papp T, Emri M, Berényi E, Bugán A, Szántó A. Central Nervous System Involvement in Primary Sjögren's Syndrome: Narrative Review of MRI Findings. *Diagnostics.* 2023; 13(1):14.
- Fahad S, Khan A, Thapa P, *et al.* Spectrum of Neurological Complications in Sjögren's Syndrome: A Comprehensive Review. *Cureus.* 2025;17(3): e80092.

CC146

DERMATOMIOSITIS SERONEGATIVA Y CARCINOMA: EXPRESIÓN CUTÁNEA DE UN TUMOR OCULTO. REPORTE DE CASO

I. Espinoza-Urzuá¹, C.D. Plácido-Cuenca¹, V.Q. Neri-Cruz¹, C.K. Ruiz-Palafox², M.T.J. Vega-González³

⁽¹⁾Hospital General Darío Fernández Fierro, ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽³⁾Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: La dermatomiositis pertenece al grupo de miopatías inflamatorias idiopáticas y se caracteriza de modo típico por debilidad muscular proximal y lesiones cutáneas patognomónicas como el eritema en heliotropo y las pápulas de Gottron. En adultos hasta un 30% de los casos se relaciona con neoplasias, en especial de mama, ovario y pulmón. Reconocer esta vinculación es fundamental para el diagnóstico temprano de tumores ocultos y el abordaje integral del paciente.

Discusión: La dermatomiositis paraneoplásica constituye un reto diagnóstico, ya que sus manifestaciones cutáneas pueden confundirse con diversas entidades. En este caso, la presencia habitual del eritema en heliotropo con lesiones consistentes con pápulas de Gottron y debilidad muscular proximal permitió establecer la sospecha clínica (**Figura 1**). La relación con cáncer de mama triple negativo resalta la necesidad de búsqueda oncológica dirigida ante la aparición de dermatomiositis en pacientes adultos, especialmente en mayores de 50 años. La integración temprana de dermatología, oncología y reumatología facilitó un tratamiento integral.

Figura 1. 1, dermatosis localizada a la región facial de la cual afecta de manera bilateral y simétrica a las regiones perioral, peridorsal de la nariz, frente y supraciliar, caracterizada por mancha hiperpigmentada de coloración marrón-grisácea, irregular, con límites difusos y superficie lisa. 2, dermatosis localizada a la región facial de la cual afecta a la región periorbicular con predominio en el párpado superior de manera bilateral y simétrica, caracterizada por placa eritemato-violácea, ovalada, difusa, de superficie lisa, levemente edematosas, de 4 cm en su diámetro horizontal. (CC146)



Conclusiones: La dermatomiositis en adultos debe considerarse posible manifestación paraneoplásica. Su reconocimiento temprano permite no sólo iniciar inmunomodulación oportuna, sino también favorecer la detección y el tratamiento de tumores subyacentes, lo que modifica directamente el pronóstico oncológico y funcional. Este caso resalta la importancia de la vigilancia clínica estrecha en pacientes con cáncer de mama y manifestaciones cutáneas y musculares indicativas de dermatomiositis.

Bibliografía

1. Sandhu NP, Zakaria S, Degnim AC, *et al.* Dermatomyositis presenting as a paraneoplastic syndrome due to underlying breast cancer. *BMJ Case Rep.* 2011;2011:bcr1020103416. doi:10.1136/bcr.10.2010.3416.
2. Song Y, Xu Y, Huang X, *et al.* Rare diagnosis of locally advanced triple-negative breast cancer with paraneoplastic dermatomyositis: a case report and literature review. *Oncol Lett.* 2025;29(5):309. doi:10.3892/ol.2025.15055.

CC147

CATATONIA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS NEUROPSIQUIÁTRICO

A. Lucas-Hernández¹, B.E. Hernández-Sánchez², A. Rojas-Xicohténcatl², J.M. Lerdo-Lucas², Z. Hernández-Barrera²

⁽¹⁾Hospital General de Teziutlán, ⁽²⁾Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) puede afectar a cualquier órgano, incluidos los sistemas nerviosos central y periférico, en lo que se conoce como lupus neuropsiquiátrico (NPSLE), presente en aproximadamente 37 a 95% de los pacientes en algún momento de la enfermedad. Las manifestaciones pueden ser focales (como neuropatías periféricas o accidentes cerebrovasculares) o difusas (como convulsiones, psicosis o deterioro cognitivo). El diagnóstico es complejo debido a la amplia gama de síntomas y su superposición con otros trastornos médicos o psiquiátricos. La detección de anticuerpos anti-P ribosomales puede ser útil para orientar el diagnóstico y el tratamiento específico. La catatonia es un síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por alteraciones motoras graves, mutismo, estupor, negativismo, manierismos y estereotipias. Por lo regular se vincula con trastornos psiquiátricos primarios como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. En el contexto del NPSLE, la catatonia es una manifestación muy rara y casi nunca se presenta como síntoma inicial.

Presentación del caso: Mujer de 32 años previamente sana que desarrolló alteraciones conductuales progresivas y rigidez muscular de semanas de evolución. A su ingreso se identificaron signos típicos de catatonia con una puntuación de 28 en la escala de Bush-Francis, lo que indica gravedad. Se documentaron anemia hemolítica (Hb 6,8 g/dL, LDH 484 U/L, prueba de Coombs positiva), elevación de transaminasas y anticuerpos anticelulares, anti-SM y anti-P ribosomales positivos. La tomografía de cráneo fue normal. Se estableció diagnóstico de NPSLE por catatonia, anemia hemolítica y hepatitis lúpica. El tratamiento incluyó metilprednisolona, prednisona, ciclofosfamida, hidroxicloroquina y lorazepam, con lo cual la paciente mejoró progresivamente, con resolución completa de la catatonia en dos semanas y sin recaídas durante cinco meses de seguimiento.

Discusión: La catatonia es una manifestación infrecuente del NPSLE. En una revisión sistemática, Boeke *et al.* identificaron sólo 35 casos de catatonia relacionada con LES, todos en mujeres, con presencia variable de anticuerpos anti-P ribosomales. Sólo cuatro casos presentaron catatonia como manifestación inicial (**Tabla 1**). La fisiopatología del NPSLE es multifactorial, incluidos mecanismos inmunomediados, disfunción endotelial y autoanticuerpos dirigidos a antígenos neuronales. Los anticuerpos anti-P ribosomales están particularmente relacionados con psicosis y otros trastornos afectivos. Una revisión internacional señaló una sensibilidad del 26% y especificidad del 80% para estos anticuerpos en NPSLE. El tratamiento debe abordar tanto la causa autoinmune como la catatonia. Las benzodiacepinas, especialmente el lorazepam, son el tratamiento de primera línea. En casos refractarios, la terapia electroconvulsiva puede ser eficaz. En el NPSLE, el uso combinado de corticoides, inmunosupresores como ciclofosfamida o rituximab, y la plasmáferesis ha mostrado eficacia.

Tabla 1. Pacientes con catatonía como manifestación inicial del lupus eritematoso sistémico. (CC147)

Paciente	Edad (años)	Sexo	Perfil inmunológico	Otras manifestaciones psiquiátricas o sistémicas de LES	Tratamiento
1 (4)	24	Mujer	ANA: positivo Anti-DNA: positivo	Depresión	Corticoesteroides
2 (4)	46	Mujer	Anti-DNA: positivo	Depresión	Benzodiacepina Antipsicóticos Corticoesteroides
3 (4)	27	Mujer	ANA: positivo Anti-DNA: positivo Anti-SM: positivo	No	Antipsicóticos Terapia electroconvulsiva Corticoesteroides
4 (4)	21	Mujer	ANA: positivo Anti-DNA: positivo	No	
5 (6)	18	Mujer	ANA: positivo moteado fino, titulación: 1:1 280 Anti-DNA-dc: positivo Anti-P ribosomal: positivo Complemento C3: bajo (36 mg/dL).	No	Corticoesteroides Azatioprina Hidroxicloroquina Lorazepam Plasmaféresis
Este caso	32	Mujer	ANA: positivo Anti-SM: positivo Anti-P ribosomal: positivo	No	Corticoesteroides Ciclofosfamida Hidroxicloroquina Lorazepam

ANA: anticuerpos antinucleares. Resumen de los casos notificados en las publicaciones médicas en los que la catatonía se presentó como manifestación inicial del lupus eritematoso sistémico (LES). Se describen características demográficas, perfil inmunológico, otras manifestaciones clínicas adjuntas y tratamiento recibido. Se incluye el presente caso como aporte adicional a la escasa evidencia existente.

Conclusiones: Se describe un caso excepcional de catatonía como manifestación inicial de LES, acompañada de anticuerpos anti-P ribosomales positivos, anemia hemolítica autoinmune y hepatitis lúpica. Este caso subraya la importancia de considerar el LES en el diagnóstico diferencial de pacientes con síndrome catatónico de causa no explicada, especialmente cuando los hallazgos inmunológicos son indicativos. La detección temprana de anticuerpos anti-P ribosomales puede ser clave para orientar el diagnóstico hacia NPSLE y permitir una intervención oportuna que mejore significativamente el pronóstico del paciente.

Bibliografía

- Aguilera-Pickens G, Abud-Mendoza C. Neuropsychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus: physiopathogenic and therapeutic basis. *Reumatol Clin.* 2013;9(6):331-333. doi:10.1016/j.reuma.2013.02.007.
- Tsai PS, Chen Y, Chen SY, *et al.* Plasmapheresis for a patient with catatonía and systemic lupus erythematosus: a case report and literature review. *J Clin Med.* 2022;11(22):6670. doi:10.3390/jcm11226670.
- Boeke A, Pullen B, Coppes L, *et al.* Catatonía associated with systemic lupus erythematosus (SLE): a report of two cases and a review of the literature. *Psychosomatics.* 2018;59(6):523-530. doi:10.1016/j.psych.2018.06.007.
- Karassa FB, Afeltra A, Ambrozic A, *et al.* Accuracy of anti-ribosomal P protein antibody testing for the diagnosis of neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: an international meta-analysis. *Arthritis Rheum.* 2006;54(1):312-24. doi:10.1002/art.21539.
- Sanna G, Bertolaccini ML, Cuadrado MJ, *et al.* Neuropsychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus: prevalence and association with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol.* 2003;30(5):985-992.
- Grover S, Parakh P, Sharma A, *et al.* Catatonía in systemic lupus erythematosus: a case report and review of literature. *Lupus.* 2013;22:634-638. doi:10.1177/0961203313486951.

CC148

VASCULITIS REUMATOIDE EN PACIENTE EN ABORDAJE POR ARTRITIS INFLAMATORIA: IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL

K. Lamadrid-Gámez, L.J. Rodríguez-Aguirre, O.L. Gómez-Campos, A.K. Díaz-Sandoval, D. García-García

Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

160 *Reumatol Clin.* 2026;22 Sup.1

Introducción: La vasculitis reumatoide (VR) es una manifestación poco frecuente de la artritis reumatoide: 0,5% de todos los casos de esta última; la inflamación afecta los vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibres. Puede provocar diversas manifestaciones cutáneas, como petequias, púrpura y úlceras cutáneas en casos graves. La VR se desarrolla por lo regular en pacientes con artritis reumatoide seropositiva avanzada grave y también se presenta más a menudo con otras manifestaciones extraarticulares como pericarditis y afecta en mayor proporción a los hombres. Se presenta el caso de una paciente que inicialmente sufre dolor poliarticular y púrpura y que al final se diagnosticó con vasculitis reumatoide. Este caso clínico destaca las diversas presentaciones de la RV en personas mayores e invita a realizar un análisis diagnóstico integral para esta afección.

Presentación del caso: Mujer de 62 años con antecedente de osteoporosis y en abordaje desde 2024 por artritis inflamatoria, sin tratamiento inmunosupresor ni diagnóstico definitivo. Acude al servicio de urgencias por lesiones dérmicas de tres meses de evolución, caracterizadas por púrpura palpable, no dolorosa, de modo inicial en miembros inferiores y luego extendida a glúteos, abdomen, extremidades superiores y cara. Refiere fiebre intermitente, pérdida de peso y un año de artralgias simétricas en pequeñas articulaciones acompañada de rigidez matutina. La exploración física identifica dermatosis diseminada, que afecta a extremidades inferiores y superiores, abdomen y cara, caracterizada por máculas purpúricas palpables coalescentes, no blanqueables, sin úlceras ni necrosis, además de flogosis articular en ambos tobillos y muñeca izquierda. En los estudios de laboratorio se encontró leucocitosis, VSG y PCR elevadas, ANA, ANCA, FR, crioglobulinas, serologías virales (VIH, VHB y VHC), perfil TORCH, complemento y perfil tiroideo normales. Se recupera un estudio externo de 2024 que revela anti-CCP positivo a título bajo (20,70 UI/mL). La radiografía de manos reconoce erosiones en interfalángicas proximales bilaterales. Véanse las Figuras 1 a 3.

Se descartaron otras causas de vasculitis relacionadas con ANCA y se decide toma de biopsia de piel, que identifica un infiltrado neutrofílico y linfocítico con necrosis fibrinoide en vasos de pequeño calibre, indicativo de vasculitis leucocitoclástica. Se estableció el diagnóstico definitivo de artritis reumatoide según criterios ACR/EULAR 2010 y se concluyó vasculitis reumatoide como manifestación adjunta. Durante su hospitalización recibe tres bolos de metilprednisolona y posteriormente continúa con esquema de descenso de prednisona y metotrexato.

Discusión: La vasculitis reumatoide tiene manifestaciones heterogéneas y el compromiso en piel es el más común (90%), seguido por el sistema nervioso periférico (40%). El diagnóstico se basa en la presentación clínica, indicadores de laboratorio (factor reumatoide a títulos altos, ACPAS, p-ANCS y reactantes de inflamación elevados) y biopsia. Es importante

Figura 1. Microfotografía que muestra tejido correspondiente a piel delgada, con infiltrado inflamatorio perivascular en dermis papilar y reticular (vista 4x, tinción H-E). (CC148)

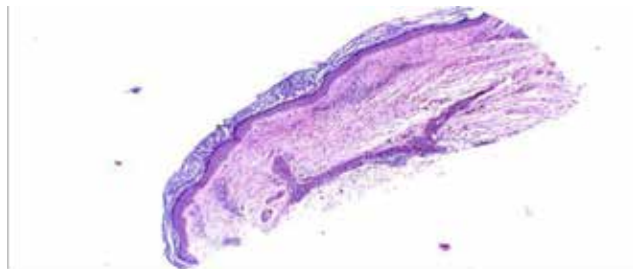


Figura 2. Microfotografía de tejido correspondiente a piel delgada, con infiltrado inflamatorio perivascular en dermis reticular (profunda), así como zonas de hemorragia (vista 10x, tinción H-E). (CC148)

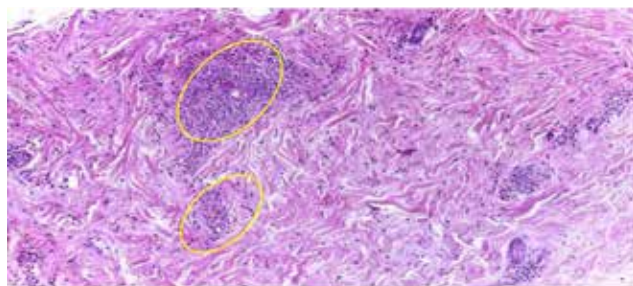


Figura 3. Dermatitis diseminada caracterizada por máculas purpúricas blanqueables. (CC148)



descartar imitadores, como infecciones y otras vasculitis sistémicas. De esa manera, al realizar biopsias oportunas es posible diagnosticar y tratar la VR a tiempo.

Conclusiones: Este caso sirve como recordatorio de que la artritis reumatoide en ocasiones puede presentarse como vasculitis cutánea, por lo que mantener un alto nivel de sospecha es clave para el diagnóstico. En cuanto al tratamiento en la enfermedad leve a moderada se puede iniciar con prednisona a 0,5-1 mg/kg con disminución de la dosis en cuatro meses junto con un FARME como metotrexato. En casos de afectación sistémica se debe considerar la inducción con pulsos de metilprednisolona y rituximab o ciclofosfamida.

Bibliografía

1. Mertz P, Wollenschlaeger C, Chasset F, *et al.* Rheumatoid vasculitis in 2023: Changes and challenges since the biologics era. *Autoimmun Rev.* 2023;22(9):103391. doi: 10.1016/j.autrev.2023.103391. Epub 2023 Jul 17. PMID: 37468085.
2. Ahmad A, Tariq F, Zaheer M. Rheumatoid vasculitis in modern era: a case report and comprehensive literature review. *Cureus.* 2024;16(6):e62783. doi: 10.7759/cureus.62783. PMID: 39036255; PMCID: PMC11260207.
3. Makol A, Matteson EL, Warrington KJ. Rheumatoid vasculitis: an update. *Curr Opin Rheumatol.* 2015;27(1):63-70. doi: 10.1097/BOR.000000000000126. PMID: 25405822.
4. Ntatsaki E, Mooney J, Scott DGI, *et al.* Systemic rheumatoid vasculitis in the era of modern immunosuppressive therapy, *Rheumatology.* 2014;53(1):145-152. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ket326>.
5. Puchal X, Gottenberg JE, Berthelot JM, *et al.* Investigators of the Autoimmunity Rituximab Registry. Rituximab therapy for systemic vasculitis associated with rheumatoid arthritis: results from the Autoimmunity and Rituximab Registry. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64(3):331-9. doi: 10.1002/acr.20689. PMID: 22076726.

CC149

SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO SEVERO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INICIAL EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

J. Lerma-López¹, J. Rojas-Serrano², M.I. González-Pérez²

⁽¹⁾Hospital Regional Dr. Manuel Cárdenas de la Vega, ⁽²⁾Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: Las miopatías inflamatorias pueden afectar gravemente al pulmón y pueden manifestarse como síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) grave (PAFI < 100), especialmente en pacientes con anticuerpos MDA5 o síndrome antisintetasa. Esta presentación abrupta está poco documentada y puede confundirse con infecciones y retrasar el tratamiento inmunosupresor. En el INER se ha atendido a pacientes con miopatía inflamatoria que ingresaron con hipoxemia crítica, pero sin una descripción formal de sus características y desenlaces. Se propone realizar una serie de casos para describir a estos pacientes, identificar patrones clínicos, imagenológicos y terapéuticos, y así favorecer el diagnóstico y tratamiento oportunos.

Presentación de los casos:

Caso 1: Paciente masculino de 40 años que ingresó con un PAFI de 71. Los estudios inmunológicos fueron positivos para anticuerpos anti-Mi2α y anti-NXP2. La tomografía de tórax mostró un patrón NIU. Como manifestaciones extrapulmonares se observaron artralgias. Recibió tratamiento con leflunomida e hidrocortisona.

Caso 2: Paciente masculino que ingresó con PAFI de 99. Presentó anticuerpos anti-Ro52. La tomografía mostró un patrón mixto de NINE/ NOC, acompañado de artralgias y fenómeno de Raynaud. Se administró tratamiento con leflunomida, metotrexato y metilprednisolona.

Caso 3: Paciente femenina de 68 años con PAFI de 60. Los estudios serológicos registraron anticuerpos anti-Jo1 y anti-Ro52. La tomografía reveló un patrón de NOC. Recibió tratamiento con metotrexato, ciclofosfamida y prednisona.

Caso 4: Paciente femenina que ingresó con PAFI de 86. Tenía anticuerpos anti-PL12 y anti-Ro52. La imagen tomográfica mostró un patrón de NOC. Se trató con metotrexato, leflunomida e hidrocortisona.

Caso 5: Paciente masculino que ingresó con PAFI de 49. Fue positivo para anticuerpos anti-PL12 y anti-Ro52. Patrón tomográfico de NOC. Como manifestación extrapulmonar se observó disfagia. Recibió tratamiento con metotrexato y leflunomida.

Caso 6: Paciente femenina de 59 años con PAFI de 89. Mostró anticuerpos anti-Ro1. La tomografía delineó un patrón NOC. Se la trató con prednisona, metotrexato y leflunomida.

Caso 7: Paciente femenina de 37 años que ingresó con PAFI de 94. Presentó anticuerpos anti-Ro52. La tomografía mostró un patrón de NOC. Se indicó tratamiento con metotrexato, micofenolato y prednisona. Mostró mejora funcional, con incremento de la capacidad vital forzada de 2,29 L (61%) a 2,76 L (75%). Véanse la **Tabla 1** y la **Figura 1**.

Tabla 1. Características clínicas, inmunológicas, imagenológicas y terapéuticas de pacientes con miopatías inflamatorias que iniciaron con síndrome de distrés respiratorio agudo grave. (CC149)

Sexo	Edad	PAFI	Anticuerpos	Patrón tomográfico	Tratamiento
Masculino	40	71	Anti-Mi2 α , anti-NXP2	NIU	Leflunomida, hidrocortisona
Masculino	30	99	Anti-Ro52	NINE/NOC	Leflunomida, metotrexato, metilprednisolona
Femenino	68	60	Anti-Ro1, anti-Ro52	NOC	Metotrexato, ciclofosfamida, prednisona
Femenino	40	86	Anti-PL12, anti-Ro52	NOC	Metotrexato, leflunomida, hidrocortisona
Masculino	40	49	Anti-PL12, anti-Ro52	NOC	Metotrexato, leflunomida
Femenino	59	89	Anti-Ro1	NOC	Prednisona, metotrexato, leflunomida
Femenino	37	94	Anti-Ro52	NOC	Metotrexato, micofenolato, prednisona

Figura 1. Tomografía de tórax antes y después del tratamiento inmunomodulador que revela disminución de las áreas en vidrio deslustrado tras el tratamiento. (CC149)



Discusión: Las miopatías inflamatorias idiopáticas, en particular con anticuerpos antisintetasa o anti-MDA5, pueden iniciar con síndrome de distrés respiratorio agudo grave, una urgencia con alta morbilidad que requiere tratamiento intensivo inmediato. Aunque existen descripciones de la fase aguda, se conoce poco sobre los desenlaces respiratorios a largo plazo, lo que dificulta anticipar complicaciones y planificar la rehabilitación. La evidencia sugiere que un tratamiento inmunomodulador temprano y un seguimiento adecuado pueden mejorar la función pulmonar y reducir la progresión a la enfermedad crónica, lo que destaca la necesidad de generar datos que orienten el pronóstico y optimicen el tratamiento posterior al episodio crítico.

Conclusiones: Las miopatías inflamatorias pueden aparecer con síndrome de distrés respiratorio agudo grave, similar procesos infecciosos y retrasar el tratamiento. Ciertos autoanticuerpos y algunas manifestaciones extrapulmonares pueden vincularse con peores desenlaces y pronósticos. Reconocer estos patrones clínicos e imagenológicos y administrar inmunomodulación temprana son clave para mejorar la evolución de los pacientes.

Bibliografía

- Hervier B, Uzunhan Y. Inflammatory myopathy-related interstitial lung disease: From pathophysiology to treatment. *Respir Med Res*. 2020;78:100774. doi:10.1016/j.resmer.2020.100774.
- Mehta P, Becquemont L, Abbad S, *et al*. Clinical features and outcome of patients with acute respiratory failure revealing anti-synthetase

or anti-MDA-5 syndromes. *Clin Rheumatol*. 2021;40(7):2781-2789. doi:10.1007/s10067-021-05601-2

- Kim SH, Park IN. Acute respiratory distress syndrome as the initial clinical manifestation of an antisynthetase syndrome. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 2016;79(3):188-192. doi:10.4046/trd.2016.79.3.188.

CC150

SOBRE LA IMPORTANCIA DEL APEGO AL SEGUIMIENTO EN UN CASO DE DIAGNÓSTICO DINÁMICO DE LUPUS A ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO

G. Cruz-Sandoval, A.K. Díaz-Sandoval, C.J. Corona-Echauri, C.N. Chávez-Ruiz, A.H. Nava-Zavala

Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) es una enfermedad autoinmune sistémica rara que se caracteriza por la presencia de títulos elevados de anticuerpos antirribonucleoproteína (anti-RNP) con superposición de características de al menos dos conectivopatías (lupus, esclerosis sistémica, polimiositis y artritis reumatoide) con aparición cronológica secuencial. En sujetos de 30 a 40 años, la incidencia anual calculada es del 0,2 al 1,9 por 100 000 adultos y es más común en mujeres.

Presentación del caso: Mujer de 49 años que inicia en el 2013 con poliartritis, fenómeno de Raynaud persistente, eritema malar, úlceras orales y derrame pericárdico con desarrollo de taponamiento cardíaco, ANA positivos (1:2, 560 patrón moteado grueso); cumple criterios SLICC 2012 para lupus eritematoso sistémico. Durante los dos años posteriores al diagnóstico presenta reflujo gastroesofágico, fatiga constante, edema y eritema palmar, así como úlceras digitales con cicatrización residual. Después se identificaron lesiones en "sal y pimienta" en tórax anterior y posterior. La capilaroscopia mostró megacapilares y hemorragias en astilla, con anticuerpos RNP/SM y RNPA positivos; el ecocardiograma mostró hipertensión pulmonar leve; reunió criterios ACR/EULAR 2012 de esclerosis sistémica. En el seguimiento a largo plazo refirió fatiga persistente, debilidad muscular de miembros pélvicos, disfagia progresiva, telangiectasias, esclerodactilia, microstomía, así como datos de miositis: transaminasemia, CPK aumentada, anti-Mi2 β positivo, escala MMT-8: 137 puntos. ANA nuevamente positivos con patrón mixto AC-5 y AC-19. La manometría esofágica reveló disminución de la presión basal del esfínter esofágico inferior y trastorno mayor de la peristalsis esofágica; una nueva capilaroscopia delineó un patrón activo y la tomografía de tórax cambios fibrociatricos.

Discusión: En la evolución de esta paciente destaca la importancia del seguimiento prolongado para identificar transiciones diagnósticas. La EMTC simula con frecuencia otras conectivopatías en fases iniciales, por lo que se debe insistir en la validez acumulativa de los criterios de clasificación de las conectivopatías y recordar que no es requisito la coexistencia de actividad de éstos para validarlos. La positividad de los anticuerpos anti-RNP es la identidad inmunoserológica para este diagnóstico.

Conclusiones: La EMTC requiere seguimiento a largo plazo y registro acucioso de las manifestaciones. La serología anti-RNP es un pilar diagnóstico, pero debe correlacionarse con la clínica. Son importantes las herramientas de vigilancia continua para detectar progresión y complicaciones. El enfoque multidisciplinario es crucial para un adecuado abordaje.

Bibliografía

- Gameiro R, Reis AI, Grilo AC, *et al*. Following leads: connecting dysphagia to mixed connective tissue disease. *BMJ Case Reports*. 2018;2018. doi:10.1136/bcr-2017-223699.
- Tanaka Y, Kuwana M, Fujii T. 2019 diagnostic criteria for mixed connective tissue disease (MCTD): from the Japan Research Committee of the Ministry of Health, labor, and welfare for systemic autoimmune diseases. *Modern Rheumatology*. 2020;31(1):29-33. doi:10.1080/14397595.2019.1709944.

- John KJ, Sadiq M, George T. Clinical and immunological profile of mixed connective tissue disease and a comparison of four diagnostic criteria. *International Journal of Rheumatology*. 2020;2020:1-6. doi:10.1155/2020/9692030.
- Enfermedad mixta del tejido conectivo - UpToDate. (n.d.). Retrieved July 29, 2025, from: https://www.uptodate.com/contents/mixed-connective-tissue-disease?search=enfermedad%20mixta%20del%20tejido%20conectivo&source=search_result&selectedTitle=1~94&usage_type=default&display_rank=1
- Mixed Connective Tissue Disease (MCTD) - DynaMed. (n.d.). Retrieved July 29, 2025, from <https://www.dynamed.com/condition/mixed-connective-tissue-disease-mctd#GUID-8C74F16E-2380-4EDA-A246-DA-CBDCBEF2EC>

CC151

SÍNDROME DE COGAN ATÍPICO CON BUENA RESPUESTA A RITUXIMAB. REPORTE DE UN CASO

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 síndrome de Cogan (SC) es una vasculitis autoinmune rara, clasificada como de vaso variable y que predomina en jóvenes, con una media de los 25 años, y se caracteriza típicamente por queratitis intersticial acompañada de síntomas audiovestibulares, de modo concurrente o dentro de un intervalo menor de dos años. La vasculitis sistémica ocurre en 15% de los pacientes y predomina la afectación aórtica, cerebral y renal. El pronóstico suele ser malo, con cofosis en 18 a 52% de los casos. El tratamiento no está bien establecido. Se presenta el caso de un paciente que falló a los inmunosupresores orales, anti-TNF- α IV y mejoró con rituximab.

Presentación del caso: Mujer de 32 años, sin AHF de importancia y APP de hipotiroidismo, con cuadro de dos años y medio de evolución caracterizado por queratitis intersticial intermitente y recurrente, tratada con esteroides tópicos y orales y tacrolimus tópico. Acude con síntomas de un mes de evolución con fatiga, febrícula, vértigo, hipoacusia bilateral súbita, mayor la izquierda, y lesiones purpúricas en piernas. Estudios de laboratorio: AAN 1:320/1:40, leucocitos 12 500/1 1000 mL, hemoglobina 10/12,1 g/dL, plaquetas 475 000/450 000 mL, VSG 45/20 mm/h y PCR 3/1 mg/dL. El resto de los estudios inmunológicos e infecciosos, química sanguínea y ecocardiograma resultaron negativos. La biopsia cutánea indicó vasculitis. Se trató con prednisona oral a 1 mg/kg de peso, ciclosporina, metotrexato oral por tres meses, con mejoría de los síntomas generales, vestibulares, vasculitis cutánea y parámetros inflamatorios, no así de hipoacusia; se administró infliximab (5 mg/kg) a dosis habitual más metotrexato oral por tres meses y sin mejoría; entonces se indicó rituximab (1 g IV, dos dosis), con mejoría paulatina y completa de la audición en OD y 80% en OI y sin recaídas a los seis meses de seguimiento.

Discusión: El SC es un padecimiento poco frecuente y para el cual no se dispone de un tratamiento definido, que depende de la gravedad y la presencia de vasculitis sistémica, y se basa en esencia en informes de casos. Se han utilizado metotrexato, azatioprina, ciclosporina, micofenolato de mofetil, ciclofosfamida, infliximab y tocilizumab; los corticoides son la base del tratamiento. La forma atípica puede ser grave y representa un desafío en el diagnóstico diferencial con otras vasculitis. Se ha descrito su relación con otros padecimientos autoinmunes. No hay protocolos terapéuticos claros y las secuelas auditivas pueden ser permanentes en un elevado porcentaje.

Conclusiones: El SC es un padecimiento poco común que se presenta con síntomas audiovestibulares y queratitis intersticial, de control difícil y con un alto porcentaje de secuelas auditivas permanentes (cofosis) que exige implante coclear. Se presenta un caso de SC con mala respuesta al tratamiento con esteroides, inmunosupresores orales e infliximab y respuesta parcial al rituximab. Es importante realizar estudios retrospectivos para considerar la mejor terapéutica y prevenir las recurrencias y las secuelas de la enfermedad.

Bibliografía

- Almorza-Hidalgo T, García González AJ, Castañeda S, *et al.* Síndrome de Cogan: análisis descriptivo y experiencia clínica de 7 casos diagnosticados y tratados en 2 hospitales de tercer nivel. *Reumatol Clin*. 2021;17:318-321.
- De la Cámara-Fernández I, Molina-Larios RA, Joven-Ibáñez B. Síndrome de Cogan: descripción de un caso con respuesta parcial a tocilizumab y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2018;25(4):298-300.

CC152

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE CASO

F. Vanegas-Lara

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por una clínica heterogénea y con múltiples manifestaciones sistémicas, lo cual produce retraso en el diagnóstico y representa un reto en etapas tempranas de la enfermedad. Entre las manifestaciones más frecuentes figuran artralgias, lesiones cutáneas, fiebre, manifestaciones neurológicas y alteraciones hematológicas, de las cuales las más comunes son la leucopenia y la trombocitopenia; sin embargo, sólo el 3% de los pacientes que se diagnostican con lupus inicia con anemia hemolítica autoinmune, que suele relacionarse con casos graves y de evolución potencialmente delicada.

Presentación del caso: Paciente femenino de 33 años con antecedente de hipertensión arterial de resiente diagnóstico. Inicia su padecimiento actual a inicios de enero del 2025 con presencia de astenia, adinamia, malestar general y palidez de tegumentos, acompañados de disnea de medianos esfuerzos y palpitaciones. Experimenta un cuadro de lipotimia (24/01/25), motivo por el cual acude al servicio de urgencias. A su ingreso se solicitan estudios paraclínicos y se registra una hemoglobina de 4,3 g/dL. Se intenta realizar tipificación y prueba de compatibilidad, pero se identifica incompatibilidad sanguínea. Ante esta situación se decide solicitar prueba de Coombs directa y el resultado es positivo para IgG y C3, 22°C negativo, 4°C 1:8 y 37°C negativo, lo que establece el diagnóstico de anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos fríos. El 28/01/25 se informan anticuerpos anti-DNA de 113 UI/mL y antinucleares de 1:640, lo cual confirma el diagnóstico de LES, y se obtiene un SLEDAI de 8 a su ingreso. Se inicia tratamiento a base de prednisona (60 mg). Durante su estancia hospitalaria muestra una evolución tórpida, con desarrollo de lesión renal aguda que requiere sustitución renal con hemodiálisis y desarrolla manifestaciones neurológicas con epilepsia. Ante la falta de disponibilidad de plasmáferesis se decide realizar traslado al CMN 20 de Noviembre.

Discusión: El diagnóstico temprano del LES representa un desafío tanto para los médicos general como para el especialista, debido a la heterogeneidad clínica y la variabilidad de las manifestaciones al inicio de la enfermedad. Se calcula que alrededor de un 80% de los pacientes con LES presenta algún tipo de manifestación hematológica, y las más comunes son la leucopenia y la trombocitopenia. Sin embargo, una de las manifestaciones poco frecuentes es la anemia hemolítica autoinmune, la cual se vincula con una mayor actividad de la enfermedad, cuadros más graves y complicaciones multisistémicas. En este caso se ilustra la complejidad diagnóstica, ya que el inicio del LES se presentó con anemia hemolítica autoinmune, acompañada de compromiso renal y neurológico, lo que produjo una evolución tórpida y retraso del inicio de la terapéutica.

Conclusiones: El inicio del LES con manifestaciones hematológicas graves, como la anemia hemolítica autoinmune, representa un reto diagnóstico y terapéutico. La experiencia en este caso resalta la importancia de un abordaje integral y del trabajo multidisciplinario para superar las adversidades y optimizar el pronóstico de los pacientes en casos graves y poco comunes de la enfermedad. Asimismo, se enfatiza la importancia de

considerar al LES como un diagnóstico diferencial de la anemia hemolítica y de contar con acceso oportuno a tratamientos avanzados, ya que ello modifica el pronóstico clínico.

Bibliografía

1. Siegel CH, Sammaritano LR. Systemic lupus erythematosus. JAMA. 2024;331(17):1480-91. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2817347>
2. Santacruz JC, Mantilla MJ, Rueda I, *et al.* A Practical perspective of the hematologic manifestations of systemic lupus erythematosus. Cureus. 2022;14(3):1-12.

CC153

SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, ARTRITIS REUMATOIDE SEROPositiva Y GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS: REPORTE DE CASO

J.F. Reyes-Tenorio, O.E. Muñoz-Monroy, B.A. Mota-Mondragón, E. Aranda-Cano

Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional

Introducción: El síndrome de superposición de artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico está bien descrito y se conoce como rupus, publicado por primera vez en 1971. Sin embargo, su relación con vasculitis ANCA se conoce muy poco. Se describe el caso de una paciente con presentación clínica entre estas tres enfermedades en dos hospitalizaciones previas.

Presentación del caso: Mujer de 59 años de edad sin antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes, con diagnóstico de artritis reumatoide seropositiva de un año de evolución en tratamiento con metotrexato (10 mg/sem), suspendido un año antes. Refiere anemia normocrítica normocromática de seis meses de evolución en tratamiento con sulfato ferroso, ácido fólico y requerimiento de hemotransfusión. Vértigo de origen central en estudio. Padece episodio de epistaxis por el cual acude a urgencias, donde se realiza taponamiento y se documenta anemia grave con requerimiento de hemotransfusión; la paciente egresa para seguimiento en consulta externa de otorrinolaringología, pero un mes después sufre un nuevo episodio y en esta ocasión se agrega tratamiento con glucocorticoides en dosis altas. Manifestó pérdida de peso de 8 kg en dos meses, desprendimiento de cabello e hipoacusia bilateral; la exploración física revela cabello fino, xerodermia generalizada, fosa nasal derecha con restos hemáticos, edema de labios, extremidades con edema bimaleolar bilateral ++/+++ sin evidencia de artritis. Estudios de laboratorio: leu 0,8 10^3 /mL, neu 0,26 10^3 /mL, linf 0,44 10^3 /mL, Hb 7,5 g/dL, VCM 92,30 fL, HCM 30 pg, plaq 52 10^3 /mL, complemento C3 < 40 y C4 < 8 (disminuidos). Anticuerpos antinucleares 1:1 280 (patrón nuclear homogéneo), anticuerpos anti-DNA doble cadena positivos, anti-Smith 70,6 (positivo), anti-RNP 9 (negativo), anti-Ro > 1 374 (positivo), anti-La 19,9 (negativo), anti-CCP 1 200, anti- β_2 glucoproteína 7,5, anticardiolipinas 156, anticoagulante lúpico ausente, anti-MPO 3,9 (negativo), anti-PR3 412,1 (positivo). Se establece diagnóstico de rupus + granulomatosis con poliangitis, junto con manifestaciones otorrinolaringológicas. Se inicia tratamiento con glucocorticoides a dosis altas e inmunoglobulina por pancitopenia grave de difícil tratamiento, con mejoría de la hipoacusia y el vértigo y parcialmente de las citopenias. Se continuó tratamiento con prednisona (10 mg por 4 semanas y luego 5 mg/24 h VO), metotrexato (10 mg/sem) y ácido fólico (5 mg) y calcio (500/24 h). Se encuentra en protocolo y plan de inducción a la remisión con rituximab por mejoría parcial de los síntomas.

Discusión: La superposición entre rupus y granulomatosis con poliangitis está poco documentada. En una revisión en el 2019 de 247 pacientes con vasculitis ANCA de un centro mexicano se informó que la tasa general con otras alteraciones autoinmunes era 11,3%, y que la artritis reumatoide era el trastorno superpuesto más común en el 39% (11 pacientes). En cinco estudios publicados se determinó que las manifestaciones en los pacientes

con vasculitis ANCA eran predominantemente la hemorragia alveolar y la glomerulonefritis de rápida progresión con positividad a anticuerpos antitimpoloperoxidasa. En este caso, las manifestaciones más comunes fueron nasales e hipoacusia, con anticuerpos PR3 positivos.

Conclusiones: Un mayor conocimiento de las diferentes presentaciones clínicas de los síndromes de superposición ayuda a instituir tratamiento de manera oportuna y evitar complicaciones futuras.

Bibliografía

1. Reesor E, Bhavsar SV. Overlapping systemic lupus erythematosus, seropositive erosive rheumatoid arthritis, and ANCA-associated vasculitis: a case report and literature review. Mod Rheumatol Case Rep. 2023;8:21-25.
2. Martín-Nares E, Zúñiga-Tamayo D, Hinojosa-Azaola A. Prevalence of overlap of antineutrophil cytoplasmic antibody associated vasculitis with systemic autoimmune diseases: an unrecognized example of polyautoimmunity. Clin Rheumatol. 2019;38:97-106.

CC154

EVENTO VASCULAR CEREBRAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ARTERITIS DE TAKAYASU EN PACIENTE PEDIÁTRICO

K.B.M. Franco-Morataya, A. Sánchez-Polendo, S. Patrón-Chi, E. Fauquier-Fuentes, P. Lara-Herrera

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La arteritis de Takayasu es la forma más común de vasculitis de grandes vasos en niños y se caracteriza por inflamación granulomatosa de la aorta y sus ramas principales. Esta inflamación provoca engrosamiento de la pared vascular, estenosis, trombosis, así como aneurismas y disecciones. En niños, la incidencia se calcula en 0,4 casos por millón al año, muestra predominio femenino y la edad más frecuente de presentación en pediatría es de 12 años. Se presenta en el 20% de pacientes con alteraciones neurológicas y la arteria cerebral media es la más afectada. Se establece el diagnóstico con los criterios de EULAR/PRINTO/PRESS del 2005 basados en anomalía arterial en estudio de imagen, pulsos periféricos disminuidos, discrepancia de presión arterial sistólica > 10 mmHg entre extremidades superiores e inferiores, soplos, hipertensión y reactantes de fase aguda elevados.

Presentación del caso: Paciente de 16 años con antecedente de hemiparesia derecha y afasia de 10 días de evolución; la tomografía cerebral identificó infarto subagudo en la arteria cerebral posterior derecha y cerebral media izquierda; la angiografía no reconoció troncos supraaórticos y la angiotomografía torácica delineó engrosamiento parietal en los troncos supraaórticos. Se la envía a este centro para tratamiento especializado. La exploración física muestra hemiparesia derecha y afasia, pulsos débiles en miembros superiores y TA de 10 mmHg entre miembros superiores e inferiores. Al sospechar arteritis de Takayasu se solicita panangiorresonancia magnética cardíaca (**Figura 1**) que revela afectación de la aorta ascendente, transversa, istmo (predominantemente), mesentérica superior e iliaca externa izquierda, arteritis de los vasos supraaórticos, carótida interna izquierda (**Figura 2**) y arteritis de la rama pulmonar derecha. Por otro lado, la RMN cerebral identificó infarto crónico en el territorio de la cerebral media izquierda con necrosis laminar cortical (**Figura 3**). Se integró el diagnóstico de arteritis de Takayasu Numano V+P y se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona, metotrexato y ciclofosfamida, junto con anticoagulación a base de enoxaparina por antecedente de EVC. Actualmente la paciente muestra mejoría de la fuerza muscular en miembros pélvicos, habilidad manual fina derecha deficiente, afasia motora persistente y secuelas oftalmológicas con disminución de la agudeza visual en ojo derecho.

Discusión: Este caso presenta a una paciente con compromiso extenso de la aorta y sus ramas, junto con la afectación de la arteria pulmonar, que revela la gravedad y la rápida evolución de la enfermedad. El tratamiento temprano con bolos de metilprednisolona, inmunosupresores como metotrexato y ciclofosfamida, y anticoagulación en el contexto de un episodio

cerebrovascular, produjo mejoría clínica de la fuerza muscular, aunque persistieron secuelas oftalmológicas. Este caso resalta la importancia de la sospecha clínica temprana, el uso de estudios de imagen avanzados y el tratamiento radical inicial para prevenir complicaciones permanentes.

Conclusiones: La arteritis de Takayasu de inicio pediátrico es una enfermedad infrecuente, grave, potencialmente letal, con riesgo de compromiso neurológico y sistémico significativo. La identificación temprana mediante hallazgos clínicos, diferencias de presión arterial, pulsos disminuidos y estudios de imagen es crucial para establecer un diagnóstico oportuno.

Bibliografía

Aeschlimann FA, Twilt M, Yeung RSM. Childhood-onset Takayasu arteritis. *Eur J Rheumatol.* 2020;(7):S58-S66.

Figura 1. Engrosamiento de la pared de la aorta ascendente y del tronco de la arteria pulmonar. (CC154)

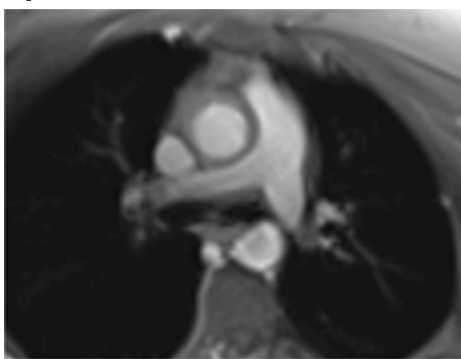


Figura 2. Secuencia TOF que muestra engrosamiento de la carótida interna izquierda. (CC154)

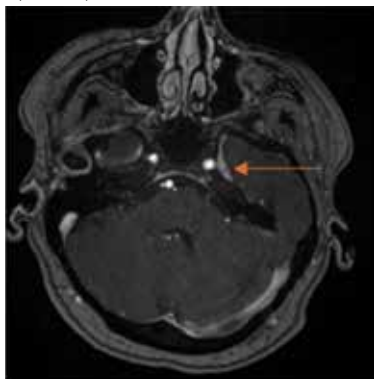
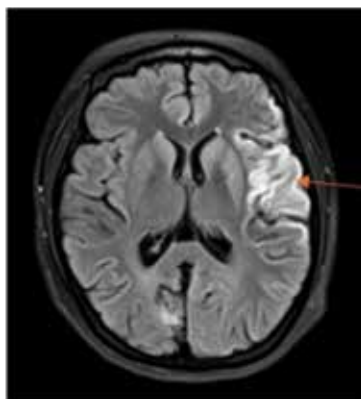


Figura 3. RMN cerebral que identifica infarto crónico en el territorio de la cerebral media izquierda. (CC154)



CC155

SÍNDROME DE ERASMUS EN HOMBRE CON EXPOSICIÓN CRÓNICA A PIEDRA PÓMEZ: REPORTE DE CASO

J.M. Hernández-Guzmán, M. Pérez-Cristóbal, L.E. Alcalá-Muñiz, A.M. Arciniega-García

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

Introducción: El síndrome de Erasmus se define como la relación entre la exposición al sílice, con o sin desarrollo de silicosis, y el posterior desarrollo de esclerosis sistémica, un trastorno multisistémico caracterizado por cambios fibróticos y degenerativos en la piel, la vasculatura y los órganos internos. La causa de la esclerosis sistémica incluye factores genéticos y ambientales, y entre estos últimos destaca la exposición ocupacional al sílice, que afecta sobre todo a mineros y trabajadores de otras industrias, como joyería, mármol y cerámica. Sin embargo, la sílice también puede encontrarse en materiales de uso cotidiano, como la piedra pómez, cuya composición integra en su mayor parte sílice y alúmina. Esta roca se utiliza ampliamente en la producción de bloques de hormigón, abrasivos para lavado, jabón, productos exfoliantes, sustancias de pulido, así como en la limpieza.

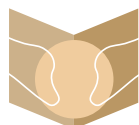
Presentación del caso: Hombre de 82 años que trabajaba en un taller de mantenimiento de autos en donde se expuso a pinturas y piedra pómez por 25 años durante unas 10 horas al día sin uso de equipo de protección personal. Se conoce con síndrome mielodisplásico por delección de 5q, hipotiroidismo, hiperplasia prostática benigna y mielofibrosis primaria. Inició padecimiento en agosto del 2024 con fenómeno de Raynaud, úlceras digitales, esclerodactilia en todos los dedos de la mano, *puffy fingers*, telangiectasias en estrella en rostro y tórax anterior con evidencia en estudios de laboratorio de anticuerpos antinucleares con patrón centromérico AC-3: > 1:5.120; se clasificó con esclerosis sistémica, variedad limitada, con base en los criterios de clasificación de 2013 de ACR/EULAR.

Discusión: A pesar de su relevancia clínica, su prevalencia exacta no se conoce bien, en particular en poblaciones latinoamericanas. En un estudio retrospectivo de una cohorte brasileña se calculó una prevalencia del 0,9% entre los pacientes con esclerosis sistémica, lo que sugiere un posible subdiagnóstico o escasa notificación en esta región. En México no se han identificado informes previos de casos de síndrome de Erasmus, lo cual representa un área de oportunidad para la investigación clínica y ocupacional. Este caso destaca la necesidad de ampliar el enfoque respecto de las fuentes de exposición al sílice y visibilizar una fuente de riesgo poco documentada, especialmente en comunidades donde el uso de la piedra pómez es frecuente. Identificar este tipo de factores resulta crucial, ya que tiene implicaciones clínicas, económicas, sociales y laborales significativas, sobre todo en el contexto de una enfermedad crónica, progresiva y discapacitante como la esclerosis sistémica.

Conclusiones: Este caso subraya la importancia de considerar fuentes no tradicionales de exposición al sílice, como la piedra pómez, en la evaluación de pacientes con esclerosis sistémica, e integrar el síndrome de Erasmus en el diagnóstico cuando exista este antecedente. La identificación de esta vinculación no sólo permite un diagnóstico más preciso, sino que también impulsa el desarrollo de estrategias preventivas en entornos ocupacionales comúnmente subestimados. Dado que no se han notificado casos previos en la población mexicana, este caso aporta evidencia relevante al conocimiento del síndrome de Erasmus en este contexto. Asimismo, destaca la necesidad de ampliar el enfoque clínico y epidemiológico hacia exposiciones ambientales y laborales menos reconocidas, pero potencialmente más comunes y accesibles de lo que se ha considerado.

Bibliografía

1. Lomanta JMJ, Atienza MA, Gonzales JRM, *et al.* Erasmus syndrome: case report and literature review. *Am J Case Rep.* 2022;23:e937061. doi:10.12659/ajcr.937061.
2. Instituto Geológico y Minero de España. Panorama Minero 2022: Piedra Pómez [Internet]. Madrid: IGME; 2022 [citado 2025 ago 18]. Disponible en: <https://www.igme.es>.
3. Azevedo S, Sousa-Neves J, Santos-Faria D, *et al.* Prevalence and clinical manifestations of Erasmus syndrome in systemic sclerosis: a cross-sectional study. *Acta Reumatol Port.* 2020;45(3):183-90.



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



LIV Congreso Mexicano de Reumatología

DISCUSIÓN DE CASOS CLÍNICOS

DCC01

HEMORRAGIA DIGESTIVA GRAVE COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE VASCULITIS NECROSANTE PEDIÁTRICA

P.A. Morales-Sosa, R. Guzmán-Quiroga, D. Martínez-Galla, D.A. Herrera-Van Oostdam, C. Abud-Mendoza

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: La poliarteritis nodosa (PAN) es una enfermedad multisistémica caracterizada por vasculitis necrosante predominantemente de arterias de mediano calibre. En el plano histopatológico hay afectación transmural de la pared vascular que culmina en vasculitis necrosante. Entre sus manifestaciones clínicas destacan la afectación del sistema nervioso periférico (75%), renal (50,6%), cutáneo (49,7%), gastrointestinal (37,9%) y cardiovascular (22,4%). El sangrado de tubo digestivo es raro, sólo en 5 a 6% de los pacientes.

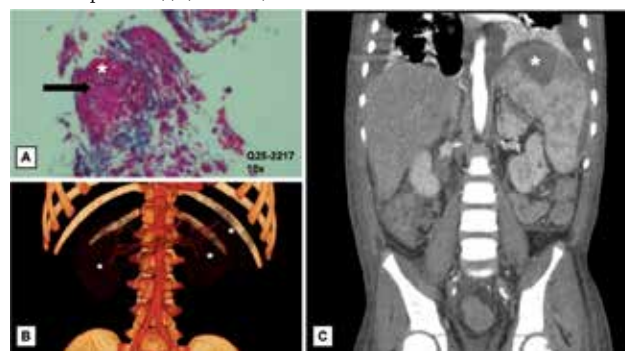
Presentación del caso: Paciente masculino de siete años con antecedente de diarrea crónica de tres años de evolución, con estrias de sangre y sin tratamiento. Tres días antes del ingreso presentó dolor abdominal, melena y hematemesis. A su llegada a urgencias tenía leucocitosis de 28 400 cel/uL, anemia microcítica hipocrómica de 4,9 g/dL y trombocitosis de 488 000 cel/uL. Se transfundió e inició tratamiento con inhibidor de la bomba de protones. En el estudio endoscópico se identificó hallazgo de úlceras gástricas múltiples en cuerpo y fondo en curvatura menor, además de úlcera de mayor calibre de 15 mm, Forrest IIB. La biopsia de las lesiones mostró infiltrado inflamatorio en la pared de vasos de pequeño calibre.

Con posterioridad se observó "ampolla hemática" de 1 cm, en región maleolar externa izquierda. Biopsia cutánea: necrosis fibrinoide de vasos de pequeño y mediano calibres (**Figura 1**). Ante este hallazgo se solicitó valoración del servicio de reumatología, que identificó sinovitis aguda en carpos, rodillas y tobillo izquierdo, así como edema escrotal. El ultrasonido reconoció signos indicativos de epididimitis. Ante la impresión diagnóstica de PAN, se inició tratamiento con metilprednisolona y ciclofosfamida. Hepatitis B negativo. La angiogramografía delineó imágenes de infarto esplénico y arrosariamiento en múltiples arterias (**Figura 1**). Presentó hematoquecia abundante y la colonoscopia mostró lesiones en sacabocado en colon y recto, con úlcera de 5,4 cm en el colon derecho. Por disponibilidad, se indicó tocilizumab. En los días consecutivos no mostró sangrado. Egresó por mejoría.

Discusión: La hemorragia del tubo digestivo en PAN es excepcional (< 10%) y se acompaña de peor pronóstico. Puede ocurrir en cualquier sitio del tracto digestivo, consecuencia de úlceras por isquemia o infarto intestinal. Si bien no existe un consenso para su tratamiento, los informes proponen el uso de dosis altas de corticosteroides. La evidencia para el control de PAN en niños se basa en la población adulta, sin preferencia entre el uso de micofenolato de mofetilo o ciclofosfamida. En casos refractarios se ha observado respuesta favorable al tratamiento biológico (anti-TNF α , tocilizumab, rituximab). No obstante, dada la edad de aparición del primer episodio de sangrado, se debe considerar deficiencia de adenosina desami-

nasa 2 (DADA2), entidad rara pero presente hasta en una cuarta parte de los pacientes pediátricos originalmente catalogados como PAN.

Figura 1. A, biopsia de piel con tinción tricrómica de Masson. Se observa una arteria de mediano calibre con infiltrado inflamatorio en todas las capas de la pared vascular (flecha), así como necrosis fibrinoide (*). B, arterias segmentarias arrosariadas (*). C, imagen hipodensa que sugiere infarto esplénico (*).(DCC01)



Conclusiones: Las manifestaciones clínicas entre adultos y niños son comparables; sin embargo, la población pediátrica posee riesgo tres veces mayor de recaídas. La presentación gastrointestinal descrita se acompaña de complicaciones graves y efectos adversos de largo plazo; de ahí la importancia del diagnóstico y el tratamiento oportunos.

Bibliografía

1. Trapani S, Rubino C, Indolfi G. Gastrointestinal involvement in childhood vasculitides. *Acta Paediatr.* 2020;109(11):2226-36.
2. Pagnoux C, Seror R, Henegar C, *et al.* Clinical features and outcomes in 348 patients with polyarteritis nodosa: a systematic retrospective study of patients diagnosed between 1963 and 2005 and entered into the French vasculitis study group database. *Arthritis Rheum.* 2010;62(2):616-26.

DCC02

DE LA FRUSTRACIÓN A LA RESPUESTA: RESCATE CON BI-MEKIZUMAB EN PsA

J. Merayo-Chalico, D. Padilla-Ortiz, G. Guaracha-Basáñez

Reumática, Centro de Vanguardia en Reumatología

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria multidominio (artritis periférica y axial, entesitis, dactilitis y afectación cutáneo-ungueal). El tratamiento se rige por T2T (remisión o baja actividad)

y por la selección de b/tsDMARD dirigidos a TNF, IL-17, IL-23, JAK o PDE4, según sean los dominios y las comorbilidades.

Un subgrupo cursa con AP de difícil control: actividad persistente o carga desproporcionada pese a tratamientos adecuados y buena adherencia. No existe una definición única; confluyen inflamación residual, daño estructural, dolor nocioplástico/central y factores psicosociales, lo que complica la interpretación de los índices clínicos.

Entre los determinantes más consistentes se encuentran el retraso diagnóstico (peor función y mayor progresión), la obesidad (menor probabilidad de mínima actividad y menor respuesta a fármacos biológicos) y la fibromialgia concomitante (inflación de puntuaciones y efecto en calidad de vida). La falla terapéutica es frecuente en este fenotipo, lo que hace la atención especialmente desafiante.

Objetivo: Demostrar que, en pacientes con AP de difícil control con falla documentada a múltiples líneas y mecanismos de acción, una estrategia de rescate basada en cambio de mecanismo dentro de un marco T2T logra el control clínico multidominio y las mejoras clínicamente relevantes en calidad de vida en el corto plazo.

Material y métodos: Antecedentes: mujer de 63 años, con AP desde 2011 (inicio cutáneo-articular en 2004). Carga genética para psoriasis (hijo). VHC tratada con respuesta virológica sostenida (carga indetectable). HTA. Litiasis/hidronefrosis con exclusión renal izquierda. Alergia a sulfas. Ingresó a Reumatología en 2021 con psoriasis > 90% SC, actividad articular periférica/axial, entesitis, dactilitis y compromiso ungüeal universal; RFA elevadas; US MSK con sinovitis/entesitis activas.

Secuencia terapéutica:

- 2011-2015: adalimumab: respuesta inicial, pérdida de control y suspensión.
- 2015: etanercept: curso breve, eficacia no sostenida.
- 2015-2021: infliximab: control insuficiente, persistencia multidominio.
- Abr 2022-ene 2024: secukinumab: mejoría cutánea, actividad articular/entesitis persistente.
- Mar-may 2024: adalimumab bioequivalente (reintento): recaída grave con episodio cutáneo paradójico; fracaso.
- Jun 2024-may 2025: guselkumab: clara mejoría de piel/uñas, sin MDA por inflamación residual.
- Desde may 2025: bimekizumab (160 mg SC mensual): respuesta rápida y profunda multidominio (piel/uñas ~95%, articulaciones sin inflamación) y recuperación funcional. Véanse las Figuras 1 a 3.

Resultados: La paciente, con AP de difícil control y fallas secuenciales a varios mecanismos (anti-TNF, anti-IL-17A, anti-IL-23), fue rescatada con bimekizumab (160 mg SC mensual). En menos de tres meses mostró respuesta casi completa y multidominio: aclaramiento cutáneo y ungüeal ~95%, desaparición práctica de la sinovitis clínica y recuperación funcional marcada. El cambio a la neutralización dual de IL-17A/IL-17F se acompañó de rápida reducción de la actividad global pese a los fracasos previos, y se consiguió un control clínico sustancial en un fenotipo difícil de tratar.

Figura 1. (DCC02)



Figura 2. (DCC02)

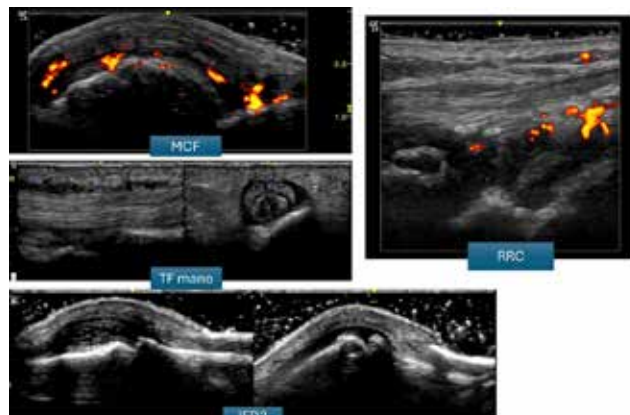


Figura 3. (DCC02)



Conclusiones: En AP de difícil control tras múltiples fracasos biológicos, la inhibición dual IL-17A/IL-17F con bimekizumab es una opción terapéutica sólida que logra control multidominio con tiempo a respuesta corto, junto con una estrategia *treat-to-target*.

Bibliografía

1. Ritchlin CT, Coates LC, McInnes IB, *et al*. Bimekizumab treatment in biologic DMARD-naïve patients with active psoriatic arthritis: 52-week efficacy and safety results from the phase III, randomised, placebo-controlled, active reference BE OPTIMAL study. *Ann Rheum Dis*. 2023;82(11):1404-1414. doi:10.1136/ard-2023-224431.
2. Coates LC, Landewé R, McInnes IB, *et al*. Bimekizumab treatment in patients with active psoriatic arthritis and prior inadequate response to tumour necrosis factor inhibitors: 52-week safety and efficacy from the phase III BE COMPLETE study and its open-label extension BE VITAL. *RMD Open*. 2024;10(1):e003855. doi:10.1136/rmdopen-2023-003855.

DCC03

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, RENAL, ESPLÉNICA, MESENTÉRICA Y SÍNDROME MEDULAR, COMO MANIFESTACIONES DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS CATASTRÓFICO (CAPS)

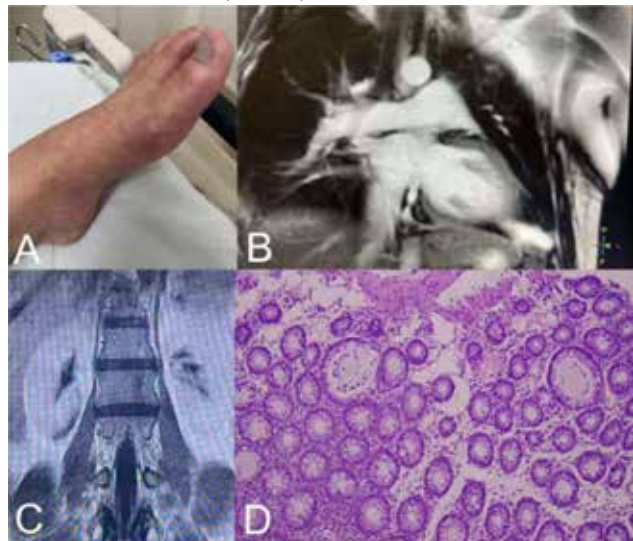
R. Gallegos-López, I.L. Vázquez-Villicaña, D.A. Herrera-Van Oostdam, G. Aguilera Barragán-Pickens, C. Abud-Mendoza

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: El CAPS, una enfermedad rara y potencialmente letal, causa microtrombosis múltiple y suele desarrollarse tras infección, traumatismo o cirugía. Síntomas: fiebre, trombocitopenia, debilidad muscular, alteraciones visuales y cognitivas, dolor abdominal, compromiso renal y coagulación intravascular diseminada. Los criterios de clasificación para CAPS son: daño a tres o más órganos, desarrollo rápido de manifestaciones clínicas, patrones histopatológicos de oclusión de vasos pequeños y APLA circulantes.

Presentación del caso: Paciente femenino de 15 años con fatiga, disnea progresiva hasta MMRC 0-3, dolor pleurítico y dolor lumbar izquierdo súbito; 72 horas antes de la hospitalización sufre disminución progresiva de fuerza en miembros pélvicos que culmina con imposibilidad para la marcha. Destacan indicadores de laboratorio: leucocitos, 14 000 cel/uL, anemia microcítica hipocrómica, 11 g/dL y trombocitopenia, 48 000 cel/uL, DHL 5 095 U/L, CK: 52 000; EGO 100 mg/dL de proteinuria aislada y Coombs directo +. Homans + en pantorrilla derecha con aumento de volumen, livedo racemosa en ambos pies (**Figura 1**); FC 134 x', saturación de 65% al aire ambiente. Adicionalmente muestra poliartropatía inflamatoria en miembros superiores y complejo de la pulmonar de Chávez. El grupo etario, el género, el tiempo de aparición y el motivo de atención llevan a sospechar síndrome antifosfolípidos catastrófico, sin descartar LES. La RM de tórax y abdomen identifica defecto de llenado en vasculatura pulmonar derecha y lesión consistente con infarto renal en polo inferior derecho y médula espinal sin alteraciones. Se inician enoxaparina (40 mg/12 h SC), pulsos de metilprednisolona (500 mg/24 h IV por 5 días), Ggl-IV (2 g por kg de peso en aplicación de 5 días), rituximab (50 mg IV) y ciclofosfamida (500 mg IV). Triple positividad de AAF: LA 1,8 (< 1,2), B2GP1-IgG 36,8 (0-8 U/mL), ACL-IgM 20,78 (< 12,5 MPL), ACL-IgG 56,64 (< 15 GPL). Por la persistencia de desaturación se solicita ECOTE, con PSAP de 83 mmHg, CIA de tipo *ostium secundum*. Siete días después presenta dolor abdominal y la TAC contrastada revela trombo arterial en ilíacas comunes y aorta abdominal, trombo venoso en iliaca externa y mesentérica superior, e infarto en bazo (en cuña). Resultado de la biopsia del tejido en lesión de colon, por evacuaciones con sangre: CUCI.

Figura 1. A, livedo racemosa. B, trombo en el tronco de la pulmonar derecha. C, infarto en el polo inferior renal derecho. D, biopsia de colon con características de CUCI. (DCC03)



Discusión: El CAPS es más frecuente en mujeres (69%) y hasta 40% tiene enfermedades autoinmunes adjuntas. Los órganos más afectados son piel, pulmones, riñones, sistema nervioso central, corazón y tracto gastrointestinal. Hasta el 30% de los pacientes con LES puede presentar CAPS. Dupré *et al.* evaluaron manifestaciones cutáneas en CAPS. La livedo racemosa, las lesiones necróticas y las ulceraciones fueron las más comunes. Una de las manifestaciones infrecuentes del CAPS es la necrosis de la médula ósea; la afectación intestinal se vincula con mayor mortalidad. El abordaje requiere

diagnóstico diferencial en diversas situaciones urgentes que ponen en peligro la vida.

Conclusiones: Es importante la elección del tratamiento adecuado combinado (anticoagulación, glucocorticoides y plasmaféresis o Ig-IV). No se identificó evidencia en las publicaciones médicas sobre casos con la misma presentación. (CAPS y CUCI).

Bibliografía

1. Bitsadze V, Yakubova F, Khizroeva J, *et al.* Catastrophic antiphospholipid syndrome. Int J Mol Sci [Internet]. 2024;25(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms25010668>
2. Hasan H, Surjancev I, Arnason JA, *et al.* Corticosteroids, plasmapheresis, argatroban, rituximab, and sirolimus provided clinical benefit for catastrophic antiphospholipid syndrome in a patient with a history of heparin-induced thrombocytopenia. Case Reports in Rheumatology. 2023.

DCCo4

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ARTRITIS EN NIÑOS: RETOS MÁS ALLÁ DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. REPORTE DE CASOS

F. Olivera-Solórzano, O.S. Aguilar-Reyes, Y.Z. Ríos-Lozano, T.J. Lincoln Strange-Castro

Unidad de Especialidades Médicas, Secretaría de la Defensa Nacional

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la causa más frecuente de artritis crónica en la infancia y su diagnóstico es clínico y de exclusión. Diversas entidades autoinmunes, infecciosas, neoplásicas, trastornos autoinflamatorios y metabólicos poco comunes pueden simular su presentación clínica, lo que puede llevar a errores y la instauración de tratamientos inadecuados.

Se describen dos casos en los que el diagnóstico inicial de referencia a este centro fue AIJ, el cual se reconsideró; esto destaca la relevancia de un abordaje integral y multidisciplinario para optimizar el tratamiento y pronóstico de los pacientes pediátricos con artritis.

Presentación de los casos:

Caso 1: Paciente lactante femenina de 1 año 10 meses sin antecedentes perinatales de importancia. Hermana de cuatro años sana. Referida por presentar cuadro de un año de evolución con lesiones dérmicas en cara, cuello y pliegues, catalogadas como dermatitis atópica, con aumento de volumen en carpos, dolor a la movilización, así como nódulos subcutáneos en manos y pies. Se la envió inicialmente a los servicios de dermatología y endocrinología pediátrica por sospecha de quistes mucoides o xantomas. Debido a la inflamación articular persistente se la refiere al servicio de reumatología pediátrica. Clínicamente muestra estridor laríngeo, lesiones dérmicas generalizadas, eritema, xerosis y huellas de rascado; en el plano musculoesquelético muestra artritis y nódulos subcutáneos móviles en superficies extensoras de articulaciones metacarpofalángicas proximales, rodillas y codos. Dentro de abordaje se solicitó exoma clínico, biopsia de piel y broncoscopia. Exoma clínico: ASAH1: c[785+2T>C]; [1042-1G>C] heterocigoto compuesto/patogénico/probablemente patogénico (**Figuras 1 y 2**). La paciente no tiene signos de afectación de SNC y actualmente se encuentra en protocolo de trasplante de células hematopoyéticas.

Caso 2: Paciente preescolar masculino de cuatro años de edad, sin antecedentes familiares y perinatales de importancia. Cuadro de dos años de evolución con dolor e inflamación articular en interfalángicas proximales, rodillas y tobillos, además de incapacidad para la deambulación tratada con AINE, sin mejoría, metotrexato y adalimumab con evolución insidiosa por lo que se envía al servicio de reumatología pediátrica (**Figura 3**). En clínica revela la afectación articular antes descrita, lesiones dérmicas redondeadas de base eritematosa y predominio en tronco y catarata bilateral. La evaluación oftalmológica identifica uveítis granulomatosa. Se realiza exoma clínico con informe confirmatorio de mutación en el gen *NOD2*, lo que causa una activación anormal de la vía NF-κB y una inflamación granulomatosa. Por la uveítis refractaria se indicaron tofacitinib y metotrexato, con adecuada respuesta.

Figura 1. Exoma clínico. Caso 1: enfermedad de Farber. (DCC04)**Figura 2.** Caso 1. (DCC04)**Figura 3.** Caso 2. (DCC04)

Discusión: Los casos presentados indican que, si bien la artritis idiopática juvenil (AIJ) es la forma más común, existen enfermedades raras como la lipogranulomatosis de Farber y la enfermedad de Blau, que pueden simular su presentación clínica. La incorporación de estudios genéticos permitió en ambos pacientes una identificación temprana y precisa, lo que abrió la posibilidad a tratamientos específicos como el trasplante de células hematopoyéticas. Estos casos subrayan la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica y promover un abordaje multidisciplinario para alcanzar diagnósticos certeros y ofrecer un control integral.

Conclusiones: El diagnóstico erróneo de AIJ puede retrasar el inicio de los tratamientos específicos en otras entidades, como síndromes autoinflammatorios, infecciones crónicas o enfermedades oncológicas. En los casos presentados, la reevaluación clínica, así como la integración de pruebas genéticas, permitió identificar causas inicialmente no sospechadas. Esto resalta la importancia de reconocer datos de alarma atípicos, tales como artritis relacionadas con fiebre recurrente, exantema persistente, anemia inexplicada, linfadenopatías o escasa respuesta al tratamiento convencional. Un abordaje multidisciplinario es esencial para evitar retrasos en el diagnóstico y mejorar el pronóstico funcional y sistémico de los pacientes.

Bibliografía

- Brück N, Reiser C, Oommen PT, *et al.* Juvenile idiopathic arthritis – diagnosis and management [juvenile idiopathic arthritis-diagnosis and management]. *Z Rheumatol.* 2025;84(2):140-151. doi:10.1007/s00393-025-01626-y. Epub 2025 Feb 17. PMID: 39961862.

- Furness L, Riley P, Wright N, *et al.* Monogenic disorders as mimics of juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2022;20(1):44. doi:10.1186/s12969-022-00700-y. PMID: 35717242; PMCID: PMC9206249.

DCC05

ASOCIACIÓN ENTRE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO

A. Velázquez-Cruz, A.I. Céspedes-Cruz, A.R. Torres-Jiménez, M. Zeferino-Cruz, M.R. Ramírez-Juárez

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

Introducción: La coexistencia entre lupus eritematoso sistémico y la enfermedad inflamatoria intestinal es rara y la etiopatogenia de esta relación aún no es clara. La relación entre lupus sistémico y colitis ulcerativa es del 0,4% y la vinculación con enfermedad de Crohn es aún menor. Dada la relación poco frecuente entre estas dos enfermedades es necesario descartar otras manifestaciones gastrointestinales de lupus y sólo la biopsia de colon ayuda a determinar el diagnóstico. El tratamiento incluye esteroide, ciclofosfamida, sulfasalazina e infliximab. Los pacientes tienen buen pronóstico con un tratamiento adecuado.

Presentación del caso: Paciente masculino de 15 años con antecedente de hipoacusia bilateral congénita. Inició el 05/04/2025 con dolor urente en extremidades inferiores, edema, cefalea y disminución del gasto urinario, y se lo hospitaliza por cuadro hipertensivo y falla renal aguda; recibió control antihipertensivo y lo valora el servicio de nefrología pediátrica. Durante su estancia se documentan anti-DNA positivo y consumo de complemento, por lo que se lo evalúa en este servicio y se completa protocolo de estudio: se diagnostica lupus eritematoso sistémico con afectación renal (glomerulonefritis rápidamente progresiva), pulmonar (hemorragia alveolar), articular y hematológica (anemia hemolítica autoinmune mixta). Requirió tratamiento avanzado de la vía respiratoria, hemodiálisis y atención en terapia intensiva; recibió 8 pulsos de metilprednisolona y luego hidrocortisona, inmunoglobulina (2 g/kg) y cinco sesiones de plasmáferesis (dos con albúmina y tres con plasma), con lo cual mejora, logra extubarse y recupera la función renal, además de la recuperación de complemento y disminución de anti-DNA. Durante su evolución se intenta reiniciar vía enteral en mayo 2025, pero muestra distensión, dolor abdominal y datos de sangrado de tubo digestivo bajo anemizante. Se realizan tomografía de abdomen, colonoscopia y biopsia de recto (**Figura 1**), con posterior valoración del servicio de gastroenterología pediátrica que diagnostica enfermedad inflamatoria intestinal tipo Crohn con alta actividad y riesgo de perforación. Se lo traslada a su servicio y recibe infliximab en dos ocasiones a las semanas 0 y 2, con lo que experimenta remisión del sangrado de tubo digestivo y se reinicia vía enteral con electrolitos; a las 48 h de inicio de la vía enteral muestra datos de perforación intestinal que requirió intervención quirúrgica; ésta se complica con sepsis y un foco abdominal y fallece a las 72 h.

Discusión: La coexistencia de lupus y enfermedad inflamatoria Intestinal es rara; en este hospital es el primer caso notificado: lupus sistémico inicial y enfermedad inflamatoria intestinal a las cuatro semanas, tal y como se ha informado en otros casos en los que el lupus se diagnosticó primero. Luego del control inicial del lupus, este paciente sufrió melena, hematoquecia y dolor abdominal y, según las publicaciones médicas, se descartaron otras manifestaciones gastrointestinales de lupus. Se realizó biopsia de colon para establecer el diagnóstico y se determinó enfermedad de Crohn. Puesto que el paciente mostraba un lupus estable se decidió aplicar infliximab según la evidencia publicada, lo que produjo mejoría, pero tras el inicio de la vía enteral sufrió perforación intestinal complicada con sepsis y fallecimiento, a diferencia de los casos notificados en los que la evolución fue favorable.

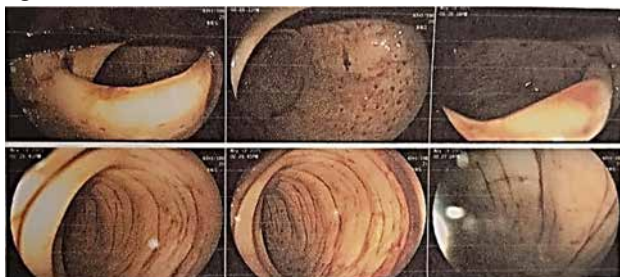
Conclusiones: La relación de lupus eritematoso sistémico con enfermedad inflamatoria intestinal es infrecuente y debe sospecharse y diagnosticarse mediante biopsia en los pacientes con lupus controlado y datos de

sangrado de tubo digestivo, con la finalidad de ofrecer un tratamiento adecuado y posibilitar una evolución favorable del paciente.

Bibliografía

1. Katsanos KH, Voulgari PV, Tsianos EV. Inflammatory bowel disease and lupus: a systematic review of the literature. *J Crohns Colitis* [Internet]. 2012;6(7):735-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2012.03.005>.
2. Nitzan O, Elias M, Saliba WR. Systemic lupus erythematosus and inflammatory bowel disease. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2006;17(5):313-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2006.02.001>.
3. Jin X, Wang G, Xu X, *et al.* Coexistence of Crohn's disease and systemic lupus erythematosus: a case report and literature review. *Eur J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2020;32(9):1256-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MEG.0000000000001775>.
4. Fernández-Rodríguez AM, Macías-Fernández I, Navas-García N. Lupus eritematoso sistémico y enfermedad de Crohn: un caso. *Reumatol Clin* [Internet]. 2012;8(3):141-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2011.08.004>.
5. Xie W, Jiang H, Chen Y, *et al.* Association between systemic lupus erythematosus and inflammatory bowel disease in European and East Asian populations: a two-sample Mendelian randomization study. *Front Immunol* [Internet]. 2023;14:1199896. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2023.1199896>.

Figura 1. (DCC05)



DCC06

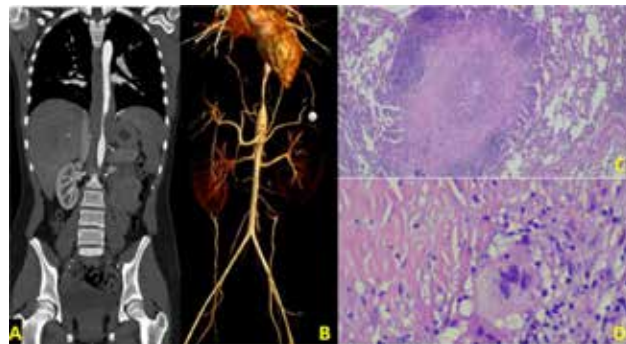
ARTERITIS DE TAKAYASU TIPO 3 CON AFECTACIÓN PULMONAR INUSUAL Y SEUDOTUMOR INFLAMATORIO: UN CASO PEDIÁTRICO DE HIPERTENSIÓN REFRACTARIA

C.M. Fonseca-Carcache, F. Irazoque-Palazuelos, M.A. Barba-Aguilar
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis de grandes vasos rara en pediatría y se caracteriza por estenosis, oclusiones y aneurismas de la aorta y sus ramas. Si bien la hipertensión arterial (HTA) secundaria a estenosis renal o coartación aórtica es una presentación típica, las manifestaciones pulmonares, particularmente nódulos espiculados, son excepcionales y pueden confundirse con trastorno neoplásico o infeccioso.

Presentación del caso: Se describe el caso de una niña de 12 años de edad con HTA refractaria, síntomas constitucionales y cefalea holocraneal, con disminución de pulsos en miembros pélvicos según la exploración física. Los resultados de laboratorios y de imagen revelaron VSG 60 mm/h y PCR 27,9 mg/dL; la angiotomografía delineó estenosis aórtica toracoabdominal yseudotumor inflamatorio; la angiorresonancia mostró engrosamiento parietal concéntrico y un nódulo pulmonar espiculado (Figura 1). Se descartaron causas infecciosas con estudios microbiológicos (cultivos, Quantiferon, PPD, Genexpert) y los estudios inmunológicos registraron ANCA negativos y subclases de inmunoglobulinas normales. La biopsia de lesiones periaórticas (seudotumor) y pulmonares confirmó arteritis granulomatosa en fase esclerótica estenosante consistente con AT, lo que anulaba el diagnóstico inicial diferencial. Se inició

Figura 1. A, angio-TAC con contraste IV que muestra estenosis multi-focal grave de aorta torácica y engrosamiento parietal inflamatorio (> 10 mm). B, angio-RM de aorta torácica y abdominal con estenosis de aorta toracoabdominal. C, biopsia de arteria pulmonar rodeada por linfocitos e histiocitos y engrosamiento fibroso. Tinción con hematoxilina-eosina (20x). D, inflamación granulomatosa en la periferia de los vasos caracterizada por linfocitos, histiocitos epitelioides y células gigantes multinucleadas. Tinción con hematoxilina-eosina (100x). (DCC06)



*Imágenes cortesía del departamento de radiología y patología, CMN 20 de Noviembre.

tratamiento con modalidad biológica a base de tocilizumab y esteroides sistémicos con adecuada respuesta clínica.

Discusión: Este caso representa una presentación excepcional de la arteritis de Takayasu tipo 3 en fase esclerótica con afectación pulmonar nodular atípica, lo que contraviene los paradigmas diagnósticos habituales. La combinación de estenosis aórtica toracoabdominal, engrosamiento parietal concéntrico > 4 mm en la angiorresonancia (criterio de imagen EULAR/PRINTO 2022) y un nódulo pulmonar espiculado simuló inicialmente neoplasia; sin embargo, la histología unificadora (biopsia periaórtica y pulmonar) demostró arteritis granulomatosa de grandes vasos con fibrosis transmural, destrucción de lámina elástica y granulomas linfohistiocíticos perivasculares no caseificantes, lo que confirmó AT avanzada. Si bien la afectación pulmonar en la AT pediátrica es infrecuente (10-20%), la manifestación como nódulo espiculado es excepcional (< 5% de casos), explicada por vasculitis oclusiva de arterias segmentarias que induce isquemia perifocal y reacción granulomatosa. La fase esclerótica dominante explica aquí la HTA refractaria y la morfología del pseudotumor inflamatorio periaórtico (engrosamiento fibroinflamatorio > 12 mm) subraya que estas lesiones pueden simular tumores retroperitoneales. Este perfil histológico (granulomas vasculocéntricos, ausencia de necrosis y ANCA negativo) descarta firmemente las vasculitis ANCA relacionadas o la sarcoidosis, mientras que el hallazgo de granulomas sin caseificación, junto con estudios microbiológicos negativos, excluye un origen infeccioso. El caso ilustra que los nódulos pulmonares en jóvenes con vasculitis deben incluir AT en el diferencial y la fase esclerótica con evidencia de actividad inflamatoria (PET-FDG+/PCR elevada) justifica la inmunosupresión.

Conclusiones: El caso es un ejemplo paradigmático de AT pediátrica avanzada con manifestaciones inusuales (pulmonar, pseudotumor inflamatorio periaórtico). La biopsia permitió reorientar el diagnóstico desde un cuadro pseudoneoplásico hacia una vasculitis tratable, lo que evitó errores terapéuticos graves. Además, destaca la capacidad de la AT para simular coartación aórtica aislada, el papel crucial de la histología en vasculitis atípicas, y la importancia de reconocer la afectación pulmonar nodular como manifestación inusual de la AT activa.

Bibliografía

1. Aeschlimann FA, Twilt M, Yeung RS. Childhood-onset Takayasu arteritis. *Eur J Rheumatol*. 2020;7(Suppl1):S58-S66.
2. Nakajima N. Takayasu arteritis: consideration of pulmonary involvement. *Ann Vasc Dis*. 2008;1(1):7-10.
3. Li J, Xu J, Bao P, *et al.* Isolated pulmonary artery involvement in Takayasu arteritis: case report and review of the literature. *Egypt Heart J*. 2023;10;75(1):82.

4. Kong X, Ma L, Lv P, *et al.* Involvement of the pulmonary arteries in patients with Takayasu arteritis: a prospective study from a single centre in China. *Arthritis Res Ther.* 2020;22:131.

DCCo7

DERMATITIS GRANULOMATOSA NEUTRÓFICA EN EMPALIZADA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL. REPORTE DE UN CASO

A.I. Céspedes-Cruz, A. Velázquez-Cruz, J.P. Garcés-Amoro, D. Barragán-Martínez, K.G. Mendoza-Moreno

Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (Pediatría)

Introducción: La dermatitis granulomatosa neutrofílica en empalizada es una manifestación dérmica polimórfica y simétrica con poca frecuencia que puede relacionarse con enfermedades autoinmunes. Se caracteriza por la presencia de pápulas y nódulos con costra central en zonas extensoras e histológicamente por histiocitos en empalizada en derredor del colágeno.

Presentación del caso: Paciente masculino de 15 años sin antecedentes de importancia quien inicia padecimiento dos meses antes con alopecia, pápulas en miembros torácicos, pruriginosas, pérdida de peso de 3 kg sin otros síntomas constitucionales, máculas violáceas en miembros pélvicos, artritis en manos, rodillas y tobillos. La exploración física identificó dermatosis localizada en miembros torácicos en zonas extensoras y manos caracterizada por pápulas eritematosas con centro necrótico y otras hiperpigmentadas, pruriginosas, artritis en MCP e IFP, alopecia, lesiones vasculares violáceas en MsPs, palpables; y el resto de la exploración sin alteración. Valoración por cardiología normal. Los estudios de laboratorio documentan anemia hemolítica, C3 31, C4 1, ANA y anti-DNA positivo; TACAR normal; US renal con cambios parenquimatosos renales bilaterales de tipo inflamatorio; biopsia de lesión papular en codo: infiltrado intersticial, histiocitos en empalizada. Se establece el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con dermatitis granulomatosa neutrofílica en empalizada con SLEDAI 11. Recibió tratamiento con metilprednisolona, prednisona y micofenolato de mofetilo con respuesta favorable.

Discusión: Se trata de un adolescente con lesiones dérmicas papulares con necrosis central por biopsia de piel (**Figuras 1 y 2**); se diagnostica infiltrado intersticial, histiocitos en empalizada con hipocomplementemia, anticuerpos antinucleares y anti-DNA positivos, por lo que el diagnóstico dermatológico se vincula con lupus eritematoso sistémico.

Conclusiones: Las lesiones papulares en piel deben considerarse un signo de enfermedad reumatológica, por lo que deben realizarse biopsia y pruebas de anticuerpos y complemento por su elevada vinculación con enfermedad reumatológica.

Bibliografía

Henostroza-IK, Torres-IR, Atamari-AN, *et al.* Dermatitis granulomatosa neutrofílica en empalizada como presentación inicial de lupus eritematoso sistémico. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2021:78.

DCCo8

GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL EN ENFERMEDAD DE SJÖGREN

E. Mercadillo-Real, A. Hernández-López, C. Monroy-Ramos, J. Ríos-Vallencia, F.J. Merayo-Chalico

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad de Sjögren es una entidad crónica autoinmune caracterizada por disfunción de glándulas exocrinas, que afecta mayoritariamente a mujeres (proporción 9:1) y suele iniciar en la quinta década de la

Figura 1. Lesiones papulares con necrosis central en zonas de extensión. (DCC07)



Figura 2. Artritis en IFP y lesiones papulares hipocrómicas en MCP. (DCC07)



vida. No obstante, es una enfermedad sistémica, lo que conduce a manifestaciones clínicas heterogéneas. La afectación renal se presenta en el 5% de los casos, dentro de las cuales la nefritis tubulointersticial representa el 85%. Se presenta el caso de un paciente masculino con una glomerulonefritis membranoproliferativa crioglobulinémica secundaria a enfermedad de Sjögren.

Objetivo: Describir las manifestaciones renales presentes dentro del espectro de la enfermedad de Sjögren.

Material y métodos: Hombre de 32 años previo sano, con antecedente de consumo de cocaína de los 19 a 30 años, suspendido dos años antes.

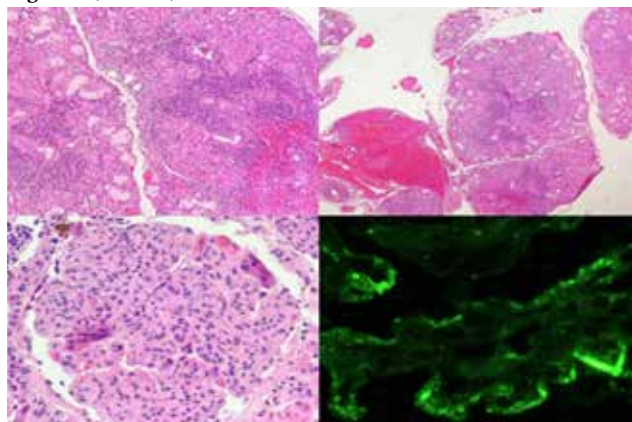
Inició padecimiento actual seis meses previos con astenia, adinamia, edema de miembros pélvicos y cifras hipertensivas. Con posterioridad se agregó bromuria, pérdida ponderal no intencionada de 9 kg en tres meses, y dermatosis eritematosa en miembros pélvicos, de duración aproximada de 48 horas, tratado con cuatro dosis de corticoesteroide no especificado. Después presentó elevación térmica no cuantificada, diaforesis y aumento del edema que produjo ortopnea, edema bípalebral y disnea de medianos esfuerzos; se lo envía a esta institución para abordaje y tratamiento.

Al interrogatorio dirigido refirió sólo xerostomía. La exploración física reveló prueba de Schirmer de 3 mm bilateral, flujo salival no estimulado de 0,2 mL a los cinco minutos, así como dermatosis en miembros pélvicos, bilateral con tendencia a la simetría, constituida por placas sobreelevadas de coloración rojo violáceo, con bordes bien definidos que no se blanqueaban a la digitopresión, con edema bímaleolar 1+.

Dentro del abordaje destacó leucocitosis (12,3) a expensas de neutrofilia (10,6), anemia grado II (Hb 9,7) normocítica normocrómica, creatinina de 1,7 con tasa de filtrado glomerular de 51 mL/min/m², elevación de marcadores de inflamación (VSG 48, PCR 4,37), hipoalbuminemia (2,74), DHL 270, con un IPC al azar de 6,3 y sedimento urinario blando. En cuanto al abordaje inmunológico, se registraron ANA con patrón nucleolar 1:1 280, C3 112, C4 < 8, factor reumatoide > 240, antinucleosomas 186, c-ANCA 1:40, así como anti-SSA/SSb negativos, con crioglobulinas en 4%, y perfil viral para hepatitis B, C y VIH negativo. Una TAC de tórax simple identificó ganglios mediastínicos de aspecto reactivo, cardiomegalia, tronco de la arteria pulmonar de 37 mm, derrame pericárdico de 11 mm; la biopsia renal percutánea mostró evidencia de glomerulonefritis crioglobulinémica relacionada con fibrosis intersticial moderada (30%) y atrofia tubular (20%), y biopsia de glándula salival menor con hallazgos de sialoadenitis crónica (**Figura 1**), FOCUS Score 3.

Resultados: Se integró el diagnóstico de enfermedad de Sjögren por presencia de síndrome sicca, así como hallazgos en biopsia glandular a pesar de contar con serología negativa. El paciente cursó con una glomerulonefritis por crioaglutininas y, en el contexto del origen autoinmune, se decidió tratamiento con rituximab, lo que produjo adecuada evolución clínica.

Figura 1. (DCC08)



Conclusiones: Las manifestaciones renales en la enfermedad de Sjögren son infrecuentes, informadas en menos del 10% de los casos; entre ellas, la glomerulonefritis con patrón membranoproliferativo crioglobulinémica ocurre en 5 a 30% de los casos. Histopatológicamente se caracteriza por pseudotrombos y depósitos de crioglobulinas mesangiales, subendoteliales e intraluminales. En este paciente, a pesar de la serología negativa, se estableció el diagnóstico por síndrome sicca, documentación histopatológica de glándula salival inferior, así como hallazgos en biopsia renal, y se indicó tratamiento inmunosupresor.

Bibliografía

1. Negrini S, Emmi G, Greco M, *et al.* Sjögren's syndrome: a systemic autoimmune disease. Clin Exp Med. 2022;22(1):9-25.
2. François H, Mariette X. Renal involvement in primary Sjögren syndrome. Nat Rev Nephrol. 2016;12(2):82-93.

DCC09

MIELITIS LONGITUDINALMENTE EXTENSA COMO PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

J.C. Ramírez-Sánchez, M.O. Hernández-Bautista, C. Abud-Mendoza, D.A. Herrera-Van Oostdam

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: El trastorno del espectro de neuromielitis óptica (NMOSD), enfermedad inflamatoria recidivante del SNC, se caracteriza por anticuerpos séricos contra acuaporina 4 (AQP4-IgG) y manifestaciones clínicas clave como neuritis óptica, mielitis y síndromes cerebrales o del tronco encefálico; 20 a 30% se vincula con enfermedades autoinmunes.

Presentación del caso: Mujer de 43 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica, hipotiroidismo primario. Cinco meses antes presenta artropatía inflamatoria de manos y hemicipleja derecha con sospecha inicial de enfermedad vascular cerebral; a pesar de IRM normal, inició anticoagulación. Un mes después aparecen dolor súbito, intensidad 10/10 del hemicuerpo izquierdo, parestesias y pérdida del control de esfínteres. No refiere síntomas sicca. Ante sospecha de síndrome medular, una nueva IRM mostró lesión hiperintensa en T2 medular de C2 a C5. La exploración física mostró parestesia, pérdida del tacto fino y batiestesia del hemicuerpo derecho con predominio en el miembro torácico; fuerza en MRC 2/5 del hemicuerpo izquierdo y 4/5 del hemicuerpo derecho, reflejos de estiramiento muscular disminuidos (+/++++) en miembro torácico izquierdo y pélvico derecho; el resto de la exploración neurológica no revela alteraciones. Hay evidencia de alopecia no cicatricial y flogosis de las manos. Sin alteraciones bioquímicas significativas y con serologías virales negativas. FR negativo, ANA 1:160 homogéneo, anti-Ro 75 UI/mL, anti-El negativo (0,13 UI/mL), complemento normal, anti-DNA-ds negativo, aPL negativos, AQP-4 IgG (1:1 000). Inició tratamiento con metilprednisolona (1 g/día 3 días) y esquema de reducción, rituximab (500 mg) y ciclofosfamida (500 mg). Diagnóstico: trastorno del espectro de neuromielitis óptica relacionado con síndrome de Sjögren primario.

Discusión: El NMOSD es raro y recurrente; los anticuerpos NMO-IgG se dirigen contra el canal de agua astrocítico acuaporina 4 (AQP4). Una proporción de 20 a 30% no presenta AQP4-IgG. Hay predilección por el sexo femenino en 80 a 90%, con incidencia máxima a los 40 años. Los criterios diagnósticos requieren la presencia de anti-AQP4-IgG y al menos una de seis características clínicas centrales. La mielitis en el NMOSD suele comprometer la porción superior y cervical de la médula espinal. Las crisis suelen ser graves y dejar secuelas; la recuperación completa es poco común, por lo que prevenir las recaídas es crucial, con prednisona, inmunosupresores y fármacos biológicos, que pueden reducir la progresión a discapacidad, frecuencia y gravedad de las crisis. La LETM (mielitis transversa longitudinalmente extensa, con afectación ≥ 3 segmentos vertebrales consecutivos) en la RMN es criterio diagnóstico; 7 a 14% de las crisis iniciales y 8% de las posteriores no presentan LETM. Se recomienda metilprednisolona intravenosa a dosis altas durante tres a cinco días, con disminución gradual durante seis meses para prevenir recaídas tempranas; las dosis ≤ 10 mg/día dentro de dos meses se acompaña de mayor probabilidad de recaídas. Si no hay evidencia de recuperación con el uso de GC sistémicos, se recomienda plasmaféresis en crisis graves con discapacidad funcional. El rituximab en combinación con prednisona oral previene las recaídas a 72 semanas. La ciclofosfamida se considera en casos graves de LETM, en los que GC o plasmaféresis no son suficientes. Ante las recaídas, intolerancia o ausencia de acceso a tratamientos biológicos pueden utilizarse dosis bajas mPDN en pulsos mensuales. Los estudios de revisión sistemática encuentran relación con síndrome de Sjögren primario en 45%, que se caracteriza por mayor discapacidad funcional, mayor disfunción sensorial; 20% de esta población puede tener positividad de anti-Ro al diagnóstico y los síntomas sicca pueden incluso presentarse hasta cinco años tras el episodio inicial neurológico.

Conclusiones: El NMOSD es una enfermedad rara inflamatoria, grave, vinculada con enfermedades autoinmunes con pobre pronóstico, y requiere diagnóstico y tratamiento oportuno.

Bibliografía

1. Uzawa A, Oertel FC, Mori M, *et al.* NMOSD and MOGAD: an evolving disease spectrum. *Nat Rev Neurol* [Internet]. 2024;20(10):602-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41582-024-01014-1>.
2. Iyer A, Elson L, Appleton R, *et al.* A review of the current literature and a guide to the early diagnosis of autoimmune disorders associated with neuromyelitis optica. *Autoimmunity* [Internet]. 2014;47(3):154-61.
3. Zhang Q-X, Huang C-N, Zhang L-J, *et al.* Different clinical characteristics of longitudinally extensive transverse myelitis with and without connective tissue disorders: a single-center retrospective study. *Neurol Sci* [Internet]. 2020;41(10):2859-66.
4. Kahlenberg JM. Neuromyelitis optica spectrum disorder as an initial presentation of primary sjögren's syndrome. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2011;40(4):343-8.

DCC10

SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS SERONEGATIVO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

A. Lucas-Hernández¹, M.J. Fonseca-Barran², B.E. Hernández-Sánchez³

⁽¹⁾Hospital General de Teziutlán, ⁽²⁾Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, ⁽³⁾Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un trastorno autoinmune sistémico caracterizado por episodios trombóticos o morbilidad gestacional, en presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aAF) persistentes. Los tres anticuerpos principales para su diagnóstico, según los criterios clasificatorios ACR/EULAR 2023, son el anticoagulante lúpico, los anticuerpos anticardiolipina y anti-β2-glicoproteína I. El SAF es una entidad poco frecuente en la población pediátrica, con una incidencia y prevalencia precisas difíciles de establecer debido a su rareza, con una presentación clínica heterogénea. Existe un subgrupo de pacientes que presenta el cuadro clínico característico del SAF, pero con serología persistentemente negativa, denominado síndrome antifosfolípido seronegativo (SAFSN), lo que representa un significativo reto diagnóstico y terapéutico.

Presentación del caso: Paciente femenino de 14 años que inicia su padecimiento actual en 2023 con cefalea intensa de características punzantes, inicialmente sin hallazgos significativos en la tomografía y la resonancia magnética. Después sufrió un EVC confirmado por RM, con hemiparesia derecha transitoria. Se indicaron control sintomático y neuromoduladores con respuesta parcial. En enero de 2025 presentó TVP de miembro pélvico izquierdo documentada por ultrasonido Doppler, por lo que se inició anticoagulación con rivaroxabán. Durante el seguimiento refirió fenómeno de Raynaud, livedo reticular, úlceras orales y episodios de alopecia, sin artritis u otros síntomas sistémicos. En los estudios de laboratorio no se detectaron mutaciones en el factor V de Leiden ni protrombina; el perfil autoinmune (ANA, anticoagulante lúpico, anticardiolipina, β2-glicoproteína) resultó negativo; dímero D en valores normales en varias determinaciones. El ecocardiograma se mostró estructuralmente normal. Con base en la presencia de episodios trombóticos (EVC y TVP), fenómenos vasculares cutáneos y mucosos, así como la ausencia de anticuerpos antifosfolípidos, se integró el diagnóstico de síndrome antifosfolípido seronegativo. Se inició tratamiento con hidroxycloquina, ácido acetilsalicílico, dosis-reducción de esteroide, neuromodulador y anticoagulante, con lo cual presentó mejoría clínica articular y de cefalea.

Discusión: En la población pediátrica, el SAF es infrecuente, y el SAFSN aún más raro, con escasos casos descritos en las publicaciones médicas. Vargas-Quevedo *et al.* notificaron un caso de SAF catastrófico seronegativo en una niña mexicana, mientras que otros autores han documentado experiencias aisladas en población pediátrica japonesa. Esto resalta la relevancia del caso actual, ya que representa una contribución adicional en un grupo etario poco estudiado.

Este caso ilustra el desafío que representa el SAFSN en pediatría, en la cual la clínica indicativa (EVC, TVP, manifestaciones cutáneas) puede preceder o existir en ausencia de la serología positiva. Respecto del tratamiento, no

existen guías específicas para SAFSN pediátrico, por lo que las estrategias terapéuticas suelen extrapolarse del SAF típico. El uso de anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios e hidroxycloquina ha mostrado beneficios en la reducción de recurrencias trombóticas. En esta paciente, la combinación de hidroxycloquina, ácido acetilsalicílico, anticoagulación y reducción progresiva de esteroides permitió una atención integral con adecuada evolución clínica.

Conclusiones: El síndrome antifosfolípido seronegativo en la edad pediátrica constituye una entidad clínica extremadamente rara, con muy pocos casos descritos en el plano internacional. Este caso clínico representa una aportación inédita en la población pediátrica y muestra que el diagnóstico de síndrome antifosfolípido seronegativo debe considerarse en pacientes pediátricos con trombosis sin causa aparente y manifestaciones autoinmunes, aun cuando los estudios inmunológicos resulten negativos.

Bibliografía

1. García D, Erkan D. Diagnosis and management of the antiphospholipid syndrome. *New England Journal of Medicine*. 2018 May 23;378(21):2010-21. Recuperado de: <https://doi.org/10.1056/nejm-ra1705454>
2. Bustamante JG, Goyal A, Rout P, *et al.* Antiphospholipid syndrome [Internet]. *StatPearls - NCBI Bookshelf*. 2024. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430980/>
3. Valle LV, Larraz JP, Colmenero MML, *et al.* Comparación de los criterios de clasificación del síndrome antifosfolípido (SAF) de ACR/EULAR 2023 vs. criterios de Sidney 2006 en una muestra de gestantes con SAF. *Revista Colombiana De Reumatología*; Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2025.05.001>
4. Vargas-Quevedo E, Ordóñez-Gutiérrez E, Trejo-Gómora JE, *et al.* Síndrome antifosfolípido catastrófico "seronegativo" en pediatría: caso clínico. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(2):236-240.
5. Madison JA, Zuo Y, Knight JS. Pediatric antiphospholipid syndrome. *European Journal of Rheumatology*. 2019 Dec 9;7(1):3-12. Recuperado de: <https://doi.org/10.5152/eurjrheum.2019.19160>
6. Atsumi T, Amengual O, Yasuda S, *et al.* Antiphospholipid syndrome and antiphospholipid antibodies in childhood. *Semin Thromb Hemost*. 2008;34(3):296-306.
7. Tarango C, Palumbo JS. Antiphospholipid syndrome in pediatric patients. *Curr Opin Hematol*. 2019;26(5):366-371.

DCC11

DERMATOMIOSITIS CON PRESENTACIÓN CUTÁNEA ATÍPICA: REPORTE DE CASO

L.J. Vidal-Arellano, F.A. Villanueva-Ledesma, A. Llamas-García, M. Cabrera-López, M. Vázquez del Mercado-Espinosa

Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La dermatomiositis (DM) es una miopatía inflamatoria idiopática caracterizada por la combinación de debilidad muscular proximal y manifestaciones cutáneas distintivas, con posible afectación multisistémica que incluye parénquima pulmonar, tracto gastrointestinal, corazón y articulaciones. Entre las lesiones cutáneas más específicas se encuentran el exantema en heliotropo (coloración violácea con edema periorbitario), las pápulas de Gottron (pápulas eritematovioláceas sobre superficies extensoras de las articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas), el signo de Gottron (eritema sobre las prominencias óseas como codos y rodillas), las erupciones fotoinducidas en el rostro, la región anterior del tórax (signo en V) y la zona posterior de hombros y espalda (signo del chal). Sin embargo, en algunos pacientes las manifestaciones cutáneas pueden ser atípicas, lo que retrasa el diagnóstico y plantea un reto clínico.

Presentación del caso: Mujer de 65 años, mexicana, previamente sana, refiere un año de evolución con lesiones cutáneas ligeramente eritematosas con marcada hiperpigmentación, localizadas en cara, abdomen, espalda y manos. Cuatro meses antes de su valoración desarrolló debilidad muscular

proximal simétrica, acompañada de disfagia progresiva de sólidos a líquidos con pérdida ponderal aproximada de 12 kg. En la exploración física se encontraron máculas hiperpigmentadas en diferentes zonas anatómicas: cara, pabellones auriculares, cuero cabelludo, región dorsal, brazos, antebrazos, manos, abdomen y muslo lateral (signo de Holster) (**Figura 1**). También se observaron lesiones hiperqueratósicas con discreto eritema periungueal en manos. La fuerza muscular proximal estaba disminuida (MMT-8: 73/150).

Anticuerpos: Véase la **Tabla 1**.

Figura 1. (DCC11)



Tabla 1. Anticuerpos positivos. (DCC11)

Anticuerpo	Valor notificado (Index)
Anti-TIF1 gamma	188
Anti-NPX2	55
Anti-Ro-52	32

Electromiografía: patrón miopático con disminución de la amplitud de los potenciales de acción y abundantes potenciales polifásicos.

Biopsia de piel: epidermis atrófica, incontinencia pigmentaria con escasos melanófagos e infiltrado linfocitario perivascular en dermis reticular, sin alteraciones en hipodermis.

Biopsia muscular (deltoides): atrofia perifascicular focal, 20% de fibras con centronucleación e infiltrado endomisial linfocitario.

Se estableció el diagnóstico de DM y se inició el tratamiento con pulsos de metilprednisolona seguido de prednisona oral, metotrexato e inmunoglobulina intravenosa con lo cual la paciente mejoró las manifestaciones cutáneas y la debilidad muscular. Por el perfil de alto riesgo de miositis relacionada con cáncer: diagnóstico de DM, edad de inicio, anticuerpos

anti-TIF1 gamma y disfagia, se realizó un tamizaje oncológico acorde a la edad, sin encontrar hallazgos de proceso maligno hasta la fecha.

Discusión: En fecha reciente se han descrito en pacientes hispanos con DM manifestaciones cutáneas atípicas, como el signo de quemadura solar (eritema rojo intenso en frente, mejillas, nariz y mentón) y el signo de bronceado (hiperpigmentación posterior al eritema, localizada en áreas fotosensibles). En un estudio realizado en México con 37 pacientes con DM, estos signos se identificaron en 48,64% y 62,16% de los casos, respectivamente. Estos hallazgos confirman que, en pacientes con fototipos más oscuros, la hiperpigmentación (y no el eritema) puede ser la manifestación predominante, incluso en presencia de inflamación cutánea activa.

En este caso, los hallazgos cutáneos concuerdan con la descripción del signo de bronceado (hiperpigmentación en zonas fotoexpuestas); sin embargo, en esta paciente las lesiones hiperpigmentadas también se encontraron en zonas no fotoexpuestas. Esta correlación refuerza que, en pacientes mexicanos, la hiperpigmentación, aunque atípica, puede presentarse como manifestación predominante.

Conclusiones: Reconocer variantes como el “signo de bronceado”, así como otras manifestaciones cutáneas atípicas, resulta clave para un diagnóstico oportuno y para promover decisiones clínicas precisas que favorezcan un mejor tratamiento.

Bibliografía

1. Cháñez-Álvarez S, Suro-Santos Y, Villarreal-Martínez A, *et al.* The sunburn sign and the suntan sign—two novel findings in Hispanic patients with dermatomyositis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(1):e88–e89. doi:10.1111/jdv.16826
2. Martínez-Rico JC, Rodríguez-Tamez G, Herz-Ruelas ME, *et al.* Sun-tan sign as a clinical diagnostic key in dermatomyositis. *Rheumatology (Oxford).* 2021;60(10):4947–4948. doi:10.1093/rheumatology/keab068.

DCC12

ANEMIA PERNICIOSA ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. REPORTE DE CASO

A.S. Vargas-Avilés, C. Hernández-Díaz

Hospital Juárez de México

Introducción: La anemia en el lupus eritematoso sistémico (LES) se presenta hasta en 50% de los casos y en su origen participan mecanismos no inmunes: inflamación, insuficiencia renal y fármacos; e inmunes: anemia hemolítica, mielodisplasia, aplasia de células rojas y anemia aplásica (AA). La AA es un trastorno autoinmune resultado de absorción alterada de la vitamina B₁₂ (cobalamina) y de la ausencia de la glucoproteína gástrica: factor intrínseco. Ocurre más frecuentemente en edades avanzadas. En clínica se manifiesta con fatiga, cefalea, taquicardia y glositis. En el diagnóstico de AA se incluyen: megaloblastosis, deficiencia sérica de cianocobalamina y presencia de anticuerpos contra células parietales y factor intrínseco.

La relación de AA y LES es rara: sólo se han descrito informes de casos.

Presentación del caso: Mujer de 32 años de edad con diagnóstico de LES desde 14 meses antes (criterios ACR/EULAR 2019) con manifestaciones cutáneas (eritema malar, lupus pernio y livedo reticular), articulares y hematológicas (leucopenia y linfopenia), en tratamiento con fotoprotector, hidroxicloroquina (200 mg) y azatioprina (50 mg). Inició con fatiga persistente de dos meses de evolución, pérdida ponderal de 4 kg en tres meses, disnea de medianos esfuerzos, dolor epigástrico, ardoroso y náusea en forma intermitente; negó otros síntomas. Exploración física: TA 110/70 x, FC 100 x, talla 165 cm, peso 58 kg, palidez de mucosas conjuntival y oral ++, dolor a la palpación profunda en epigastrio, y el resto sin alteraciones, SLEDAI 2.

Estudios de laboratorio y gabinete relevantes: Hb 7,4 g/dL, Hto 52, VCM 105 fL, leucos 4,3 miles/ μ L, neutrófilos 3,9 miles/ μ L, linfocitos 1,4 miles/ μ L, plaquetas 184 miles/ μ L, creatinina 0,5 mg/dL, urea 19 mg/dL, bilirrubinas totales 0,90 mg/dL, DHL 178 mg/dL, hierro sérico 150 mcg/dL, ferritina 92 ng/mL. Examen general de orina normal. Coombs directo, perfil para hepatitis B, C y VIH, sangre oculta en heces y prueba de aliento para

H. pylori negativos. Determinación de cobalamina 148 pg/mL, folato 3,9 nmol/L y eritropoyetina 6,7 mu/ML. Inmunológicos: C3 30, ANA 1:320 homogéneo fino, anti-DNA 138. Anticuerpos contra células parietales positivos y antifactor intrínseco (ELISA) 28,5. Estudio endoscópico: pancreatitis crónica activa y colonoscopia sin alteraciones.

Se estableció el diagnóstico de AA relacionada con LES y recibió tratamiento con tres pulsos de metilprednisolona de 250 mg, y luego prednisona (15 mg) con esquema de reducción y retiro a las seis semanas, además de hidroxicloroquina (300 mg/día), azatioprina (100 mg/día) y aplicación intramuscular mensual del complejo: clorhidrato de tiamina y piridoxina (100 mg c/u) y cianocobalamina (5 mg), con lo que presentó mejoría del cuadro clínico. Después de ocho semanas de tratamiento se evidenciaron valores normales de hemoglobina sérica y volumen corpuscular.

Discusión: La AA puede ser causa de anemia inmune en el LES. A pesar de la rara coexistencia, hay que considerarla en el análisis del síndrome anémico en estos pacientes, además de tener en mente que el LES puede anteceder a la AA por un periodo variable, con promedio de dos a tres años según lo publicado. El tratamiento habitual de AA con vitamina B₁₂ puede ser insuficiente al vincularse con LES y requerir el uso de glucocorticoides e inmunosupresores.

Conclusiones: La relación de LES y AA es rara y sólo existen informes de casos. La determinación de valores séricos de cianocobalamina, anticuerpos anticélulas parietales y antifactor intrínseco en pacientes con LES y anemia resulta fundamental para establecer la vinculación con AA. El tratamiento debe incluir complementos con vitamina B₁₂, glucocorticoides e inmunosupresores.

Bibliografía

- Shih YL, Chang DM. Excellent effect of steroid plus azathioprine in a young woman with pernicious anaemia and systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol*. 2000;19(6):492-4.
- Benjlali L, Tazi-Mezalek Z, Harmouche H, *et al*. Pernicious anemia in a young man with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2007;16(10):827-9.

DCC13

HEPATITIS LÚPICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

R. Catana-Hernández, P. Sandoval-Ávila, M.A. Vázquez-Zaragoza, F.G. Juárez-Aguilar

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

Introducción: La afectación hepática en el lupus eritematoso sistémico (LES) es frecuente como alteración bioquímica (hasta 50%), pero la hepatitis lúpica (HL) como forma de presentación inicial es rara y puede adoptar un patrón hepatocelular, colestásico o, excepcionalmente, como falla hepática aguda. Se presenta el caso clínico de un paciente que desarrolló HL como primera manifestación del LES.

Presentación del caso: Hombre de 20 años previamente sano. Inició con fiebre diaria de 38°C, sin predominio de horario durante un mes, y después se agregó ictericia en conjuntivas que progresó hasta generalizarse; la exploración física sólo identificó ictericia y hepatoesplenomegalia; bilirrubina total 14,7 mg/dL, bilirrubina directa 10,3 mg/dL, TGO 1 066 U/L, TGP 347 U/L, DHL 347 U/L, GGT 145 U/L, FA 382 U/L, Hb 12,1 g/dL (normocítica normocrómica), plaquetas 80 000/μL, leucocitos 2 910/μL, linfocitos 550/μ, VSG 15 mm/h, PCR 2,33 mg/L; la tomografía toracoabdominal delineó hepatoesplenomegalia, líquido libre en cavidad y adenopatías de aspecto infiltrativo en hilio hepático y región gastrohepática; el gammagrama con galio67 mostró incremento anormal del metabolismo en la médula ósea.

Se descartó proceso infeccioso (cultivos, TORCH y panel viral para hepatitis negativos) y mieloproliferativo (frotis de sangre periférica sin células inmaduras; biopsia de hueso con médula hipocelular e hipoplasia de las tres series hematopoyéticas, sin displasia), así como hepatitis autoinmune (anticuerpos antimúsculo liso y antimitocondriales negativos, biopsia

hepática con colestasis intracanalicular extensa, conductopenia grave sin fibrosis relacionada con foco de inflamación aguda portal y centrolobulillar). Se realizaron estudios complementarios: proteinuria 735 mg/día, Coombs directo positivo, C3 18,5 mg/dL, C4 ≤ 1,3 mg/dL, ANA 1:1 280 nuclear homogéneo, anti-DNAc ≥ 666 UI/mL (anti-Ro, anti-La, anti-Sm, anti-RNP, anticardiolipinas, anti-β2-glucoproteína y anticoagulante lúpico negativos). Cumplió criterios de clasificación para LES; tratado con 3 g de metilprednisolona y después prednisona (50 mg/día, esquema de reducción), micofenolato de mofetilo (2 g/día) y cloroquina (150 mg/día); posteriormente con desaparición de la fiebre e ictericia y normalización de los estudios de laboratorio; SLEDAI de 0.

Discusión: La variabilidad en la forma de presentación clínica de la hepatitis lúpica se ha documentado en series e informes recientes con lesión hepática grave o fulminante; la respuesta es buena cuando se instaure inmunosupresión temprana. Dado que el hígado puede ser el órgano inicial de afección, el LES debe incluirse en el diferencial de hepatitis de causa no esclarecida, especialmente en presencia de ANA/anti-DNAc positivos y ausencia de marcadores típicos de hepatitis autoinmune (HAI). Desde el punto de vista diagnóstico, el reto principal es diferenciar HL de causas más prevalentes (hepatitis virales, hematotoxicidad por fármacos e hígado graso) y HAI. En la biopsia hepática en HL suele observarse hepatitis lobulillar y portal leve a moderada, algunas veces de interfaz, sin el grado de agresividad típico de HAI. En cuanto al tratamiento, los corticoides sistémicos son de primera línea, con adición de azatioprina u otros inmunosupresores, como micofenolato de mofetilo, como fue el caso del paciente que presentó buena respuesta; el pronóstico suele ser favorable si se trata oportunamente.

Conclusiones: Aunque infrecuente, la hepatitis como presentación inicial del LES se ha documentado y sería de gran importancia sospecharla ante un origen incierto; el diagnóstico se vuelve complejo y requiere un enfoque exhaustivo con estudios serológicos e incluso biopsia hepática. Su reconocimiento y tratamiento temprano pueden mejorar significativamente su pronóstico.

Bibliografía

- Karoui S, El Amine El Hadj O, Boubaker J, *et al*. Acute icteric lupus hepatitis: an unusual initial presentation of systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2009;18(5):460-2.
- Mellouk F, Zerkaoui M, Karkouri M, *et al*. Subacute lupus hepatitis in a child as the first symptom of systemic lupus erythematosus. *Arch Pediatr*. 2024;31(3):173-6.

DCC14

TROMBOCITOPENIA AISLADA COMO MANIFESTACIÓN HEMATOLOGICA ATÍPICA DEL SÍNDROME DE SJÖGREN: REPORTE DE CASO

C. Frayde-Aguilar¹, D. Díaz de la Vega-Broissin¹, B. Reyes-Torres¹, L. Bercerril-Mendoza², P.J. Rodríguez-Henríquez¹

⁽¹⁾Hospital General Manuel Gea González, ⁽²⁾Hospital Juárez de Servicio

Introducción: El síndrome de Sjögren (SSj) es una enfermedad autoinmune que afecta a glándulas exocrinas y órganos extraglandulares; algunas manifestaciones hematológicas como la trombocitopenia inmunitaria (TI) son raras, con una prevalencia calculada de 10 a 12%.

Presentación del caso: Mujer de 63 años con antecedente de SSj diagnosticado en 2000 en tratamiento tópico sintomático. Inicia su padecimiento un mes antes de su ingreso con astenia, adinamia y debilidad generalizada, y después se añaden petequias en miembros inferiores, epistaxis y gingivorragia. La exploración física reconoce petequias generalizadas, sin datos clínicos relevantes adicionales. Los estudios iniciales de laboratorio se observan en la **Tabla 1**. El frotis de sangre periférica mostró disminución de la cuenta plaquetaria, sin otros cambios. En el abordaje de la trombocitopenia se descartó la relación con fármacos, infecciones (serología negativa para VIH, hepatitis B y C) y causas deficitarias (hierro, folatos, y vitamina B₁₂ normales). El panel de anticuerpos indicó anti-SS-A, anti-SS-B y

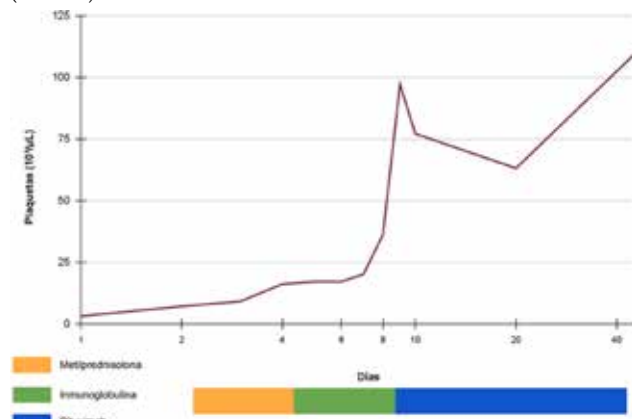
anti-Ro-52 positivos. La tomografía toracoabdominal contrastada reveló neumopatía intersticial caracterizada por patrón quístico y apariencia en vidrio deslustrado del parénquima pulmonar de predominio basal, así como linfadenopatías axilares de características inflamatorias, sin datos de neoplasia.

Con estos hallazgos se confirmó el diagnóstico de TI vinculada con SSj y neumopatía intersticial secundaria. Inicialmente recibió pulsos de metilprednisolona (1 g por 3 días) y luego se administró inmunoglobulina intravenosa (60 g/día por 3 dosis) con adecuada tolerancia y mejoría progresiva (Figura 1). Con el objetivo de mantener una respuesta sostenida se decidió iniciar tratamiento biológico con rituximab.

Tabla 1. Estudios iniciales de laboratorio. (DCC14)

Parámetro	Resultado
Leucocitos	5,4 x 10 ³ /μL
Neutrófilos	3,12 x 10 ³ /μL
Hemoglobina	11,2 g/dL
Volumen corpuscular medio	89,12 fL
Hemoglobina corpuscular media	29,84%
Plaquetas	3,0 x 10 ³ /μL
Reticulocitos	1,59%
Tiempo de protrombina	12,10 s
Tiempo de tromboplastina parcial activada	30,7 s
INR	1,008
Lactato deshidrogenasa	199 UI/L
Proteína C reactiva	00,772

Figura 1. Respuesta plaquetaria a las intervenciones terapéuticas realizadas (metilprednisolona, inmunoglobulina humana intravenosa y rituximab). (DCC14)



Discusión: La relación entre TI y SSj representa un reto diagnóstico y terapéutico debido a la limitada información publicada sobre el tema y a que la confirmación requiere excluir otras causas de trombocitopenia, como fármacos, infecciones virales, deficiencias nutricionales, trastornos linfoproliferativos y otras enfermedades autoinmunes. El abordaje inicial incluye frotis de sangre periférica para descartar microangiopatías o infiltración medular. En el caso descrito, la trombocitopenia aislada con frotis normal, la serología autoinmune positiva (ANA, anti-SSA, anti-SSB, anti-Ro52 y antihistona), el antecedente de SSj y la exclusión de otras causas permitieron confirmar TI secundaria a SSj. Clínicamente compartió rasgos descritos en las publicaciones médicas, como anemia, sangrado mucocutáneo, linfadenopatías y positividad a anticuerpos antihistona. No obstante, a diferencia de lo señalado en otras series en las que la presencia de neumopatía intersticial y la positividad

a anti-SSB se relacionaron como efecto protector frente a la trombocitopenia, en este caso coexistieron con TI, lo que refleja la heterogeneidad de la enfermedad. Respecto del tratamiento de esta entidad, los glucocorticoides constituyen la primera línea con tasas de respuesta de 50 a 85%, aunque frecuentemente de forma transitoria. En casos graves o refractarios se emplea inmunoglobulina intravenosa (1 g/kg/día), con recuperación plaquetaria temporal. Para mantener la respuesta, se utilizó rituximab, anticuerpo anti-CD20 que modula linfocitos B, con eficacia de 40 a 60% y potencial de remisiones prolongadas, lo que resalta la necesidad de individualizar y vigilar el tratamiento.

Conclusiones: Este caso destaca la complejidad diagnóstica y terapéutica de esta relación y exige un abordaje exhaustivo para excluir otras causas. A pesar de la falta de respuesta inicial a glucocorticoides, la inmunoglobulina intravenosa logró mejoría transitoria, por lo que se decidió iniciar rituximab como estrategia para mantener una remisión sostenida, lo que subraya la necesidad de tratamientos individualizados y el control multidisciplinario de esta entidad.

Bibliografía

1. Yang W. Comprehensive analysis of the clinical manifestations and hematological parameters associated with secondary immune thrombocytopenia in patients with primary Sjögren syndrome: an observational study. *Med (Baltimore)*. 2024;103(19):e37909.
2. Luo J, Song WJ, Chen JQ, *et al*. Factors associated with secondary immune thrombocytopenia in patients with primary Sjögren's syndrome: a retrospective study of 639 cases. *Clin Exp Rheumatol*. 2022;40(12):2245-52.

DCC15

UN CASO DE AUTOINMUNIDAD COMPARTIDA

C. Hernández-Quezada, A.E. Vázquez-Hernández, E. Godínez-Lazarini, E. Cimé-Aké, H. Frago-Loyo

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Dentro del síndrome autoinmune múltiple, la coexistencia de cinco enfermedades autoinmunes constituye un hallazgo excepcional y un reto diagnóstico.

Presentación del caso: Mujer de 46 años con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) desde 1996, con FR 3 600,8 UI/mL, anti-CCP 632 UI/mL, erosiones en el extremo distal de las MCF bilaterales y en el borde distal cubital derecho. Enfermedad de Sjögren (ESj) desde 2007, con complejo sicca que en el plano ocular causó perforación corneal y exigió trasplante de córnea (anti-Ro 983,5 U/mL). En el 2021 presentó glomerulonefritis rápidamente progresiva necrosante y proliferativa extracapilar paucinmune (clase Berden esclerosante), FIAT del 70%, con anticuerpos ANCA+, MPO+, que produjo ERC, actualmente bajo tratamiento con hemodiálisis, prednisona (5 mg/día) y azatioprina (50 mg/día). La paciente se encontraba en protocolo de trasplante renal. En el ECOTT se encontraron dos vegetaciones (10 x 7 mm en la válvula y 17 x 5 mm en el aparato subvalvular mitral), sin datos de falla cardíaca, por lo que se decidió la hospitalización (Figura 1). A su ingreso, sin datos clínicos de endocarditis bacteriana y sin signos de actividad de las enfermedades autoinmunes diagnosticadas previamente. Presentó dermatosis en antebrazos caracterizada por máculas y pápulas violáceas con escama clínicamente consistentes con lupus cutáneo subagudo. Los estudios de laboratorio revelaron leucopenia (3,0 x 10³/μL), linfopenia (0,24 x 10³/μL), anemia macrocítica (Hb 8,4 g/dL, VCM 101 fL) y elevación de PCRus (4,86 mg/dL), anticuerpos antinucleares homogéneo 1:2 560, anti-DNAcd en 56,6 UI/mL, anticardiolipina IgM de 1 143,5 UI/mL, C3 de 73 mg/dL y C4 de 36 mg/dL. No se obtuvieron aislamientos microbiológicos en hemocultivos, mielocultivo o tinciones. Serologías infectológicas y subunidades ribosomales 16s negativas. En la tomografía de abordaje diagnóstico se identificó un absceso esplénico. Se realizó recambio valvular mitral mecánico sin complicaciones. El informe histopatológico de la válvula documentó degeneración mixoide.

A su ingreso se inició cobertura antimicrobiana por sospecha de endocarditis infecciosa. Dada la presencia de lupus cutáneo subagudo, leucopenia,

Figura 1. Ecocardiograma transtorácico que muestra vegetación en el aparato subvalvular mitral. (DCC15)



endocarditis de Libmann-Sacks y serología consistente, se concluyó el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y probable síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Se incrementó la prednisona a 0,5 mg/kg, se inició micofenolato de mofetilo (2 g/día) y se egresó con dosis de reducción de esteroide y acenocumarina.

Discusión: Casi el 25% de los pacientes con autoinmunidad tiende a desarrollar afecciones autoinmunes adicionales, lo que da lugar a síndromes de sobreposición o autoinmunidad compartida. La combinación de tres enfermedades autoinmunes en un mismo paciente se ha definido como síndrome autoinmune múltiple (SAM). Este fenómeno sugiere una interacción de factores ambientales y genéticos, que predisponen a la disfunción del sistema inmune, enmarcados dentro del concepto de autoinmunidad compartida. El SAM se clasifica en tres grupos, según sea la prevalencia de sus relaciones:

1. Tipo 1: miastenia grave, timoma, polimiositis y miocarditis.
2. Tipo 2: ESj, AR, cirrosis biliar primaria (CBP), esclerosis sistémica y enfermedad tiroidea autoinmune.
3. Tipo 3: enfermedad tiroidea autoinmune, miastenia grave o timoma, ESj, anemia perniciosa y púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).

El caso de esta paciente vincula diferentes entidades autoinmunes que no se incluyen dentro de la definición del SAM.

Conclusiones: La coexistencia de AR, vasculitis ANCA, ESj, LES y probable síndrome de anticuerpos antifosfolípidos configura un cuadro autoinmune múltiple que representa un escenario clínico poco frecuente, de complejidad diagnóstica y terapéutica.

Bibliografía

1. Cojocar M, Cojocar IM, Silosi I. Multiple autoimmune syndrome. *Maedica (Bucur)*. 2010 Apr;5(2):132-4.
2. Rodríguez-Reyna TS, Alarcón-Segovia D. Overlap syndromes in the context of shared autoimmunity. *Autoimmunity*. 2005 May;38(3):219-23.

DCC16

POLICONDritis RECIDIVANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO EN EDAD PEDIÁTRICA

G.C. Cortina-Olvera¹, A.I. Céspedes-Cruz¹, E.G. Castañeda-Ángeles², A.R. Torres-Jiménez¹, M. Zeferino-Cruz¹

⁽¹⁾Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS (Pediatria), ⁽²⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

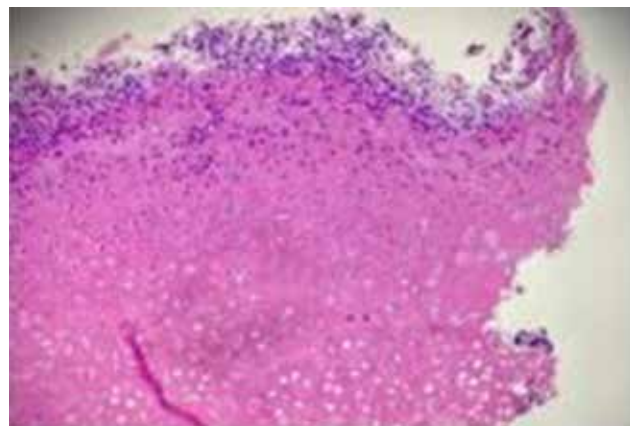
Introducción: La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad inflamatoria sistémica que suele afectar al tejido cartilaginoso y conectivo; los más frecuentes son el cartilago auricular y nasal, el árbol traqueobronquial, y los tejidos articular y cardiovascular. Posee una incidencia de 3 a 5 casos por millón de habitantes y con predominio entre los 40 y 60 años de edad; menos del 5 a 10% de los casos se registra en la edad pediátrica.

Presentación del caso: Paciente femenino de ocho años de edad, sin carga genética para enfermedades reumatológicas, con antecedentes quirúrgicos (+) y toma de biopsia de pabellón auricular en febrero de 2024. Inicia su padecimiento en octubre de 2023 con edema, eritema, aumento de temperatura y volumen del pabellón auricular derecho que respetaba el lóbulo de la oreja, dolor tipo punzante EVA 5/10, que no requería analgésico, y persistencia de aumento de volumen y temperatura; en febrero de 2024 presenta en el pabellón auricular izquierdo aumento de volumen, temperatura, eritema y dolor tipo punzante. Recibe multitratamiento con antihistamínicos, antibioticoterapia (cefalexina, dicloxacilina) y fluocinolona en crema, sin mejoría. La biopsia de pabellón auricular en febrero de 2024 en el servicio de dermatología no fue concluyente al no identificar cartilago. Se valora en este servicio por primera ocasión en marzo de 2024 y la exploración física identifica datos de condritis auricular bilateral; se indica analgésico no esteroideo y se inicia protocolo de estudio, con toma de nueva biopsia del pabellón auricular. Al interrogatorio dirigido niega úlceras, alopecia, hematuria, artralgias, artritis, petequias, equimosis, fenómeno de Raynaud, debilidad muscular, hipoacusia, amaurosis, crisis asmática, otorrea, disfagia, disnea, taquicardia y rinitis. Estudios de laboratorio (27/3/24): crea 0,47, urea 16,3, col 85,9, trig 74,10, ast 22,9, alt 11,8 bt 0,43, bd 0,20, bi 0,23, pcr 1,03, leu 6 610, neu 3250, linf 2100, hb 13,7 hto 42, plaq 262 000, vsg 23; examen general de orina normal; anticuerpos antinucleares negativos, ADNA 9,1, anti-Ro 8,6, anti-La 0,1, panel viral citomegalovirus, hepatitis B, Epstein-Barr, herpes, negativos. Biopsia de pabellón auricular: cartilago hialino y tejidos blandos circundantes, pericondrio con infiltrado inflamatorio mixto compuesto por linfocitos, células plasmáticas, neutrófilos y eosinófilos que oscurecen la interfaz entre el plato cartilaginoso y los tejidos blandos circundantes; infiltra el cartilago hialino, el cual presenta pérdida de su basofilia normal (**Figura 1**). La valora el servicio de oftalmología, sin encontrar alteraciones anatómicas. Cardiología pediátrica no identifica alteraciones intracardíacas o extracardíacas, con función ventricular conservada.

Dados los hallazgos histopatológicos y la clínica de afectación bilateral auricular, se integra el diagnóstico de policondritis recidivante y se inicia tratamiento con esteroide (0,5 mg/kg), metotrexato (10 mg/m² SC), con adecuada respuesta clínica.

Discusión: En la policondritis recidivante, el cartilago auricular es casi siempre el más afectado; sin embargo, sus síntomas son poco conocidos y el diagnóstico suele ser tardío (1,9-2,9 años desde el inicio de los síntomas según las publicaciones), como en esta paciente, la cual fue multitratada con antibioticoterapia bajo sospecha de causas infecciosas.

Figura 1. Biopsia de pabellón auricular: pericondrio con infiltrado inflamatorio mixto con pérdida de su basofilia normal. (DCC16)



Conclusiones: La PR es una enfermedad autoinmune, poco conocida, con una incidencia baja en la edad pediátrica y un retraso diagnóstico; afecta con mayor frecuencia al cartílago auricular, aunque también puede lesionar otros tejidos, por lo que el médico de primer contacto debe considerarla dentro de sus diagnósticos diferenciales. Su tratamiento se encuentra poco estandarizado, pero incluye glucocorticoides, fármacos modificadores de la enfermedad, anti-TNF. En el caso de esta paciente se optó por iniciar glucocorticoide, así como un ahorrador de glucocorticoide, con metotrexato, lo que produjo una adecuada mejoría clínica. Sin embargo, aún debe estandarizarse el tratamiento de esta afección.

Bibliografía

1. Rajakumar I, Karthikeyan K, C R P, Hussain A, *et al.* Relapsing polychondritis: a rare case report. *Cureus* [Internet]. 2023;15(6):e40172. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.40172>.
2. Li P, Chen Z, Lv H, *et al.* Relapsing polychondritis in childhood: a case report. *Medicine* (Baltimore) [Internet]. 2024;103(41):e40106. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000040106>.

DCC17

SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO SERONEGATIVO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN AUSENCIA DE AUTOANTICUERPOS

L.C. Hernández-Villarreal, T.A. Dunaway-Pineda, M.A. Palacios-Guerrero

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por infiltración linfocítica de glándulas exocrinas, con manifestaciones clínicas típicas de xerofthalmia y xerostomía. Su prevalencia se calcula en 0,01 a 0,72%, con predominio en mujeres. Los anticuerpos anti-SSA/Ro y anti-SSB/La son marcadores diagnósticos esenciales; sin embargo, hasta un 37% de los pacientes puede presentarse en fenotipo seronegativo, lo que dificulta su identificación. Estos casos requieren una integración detallada de los hallazgos clínicos e histopatológicos para determinar el diagnóstico de manera oportuna y ofrecer tratamiento.

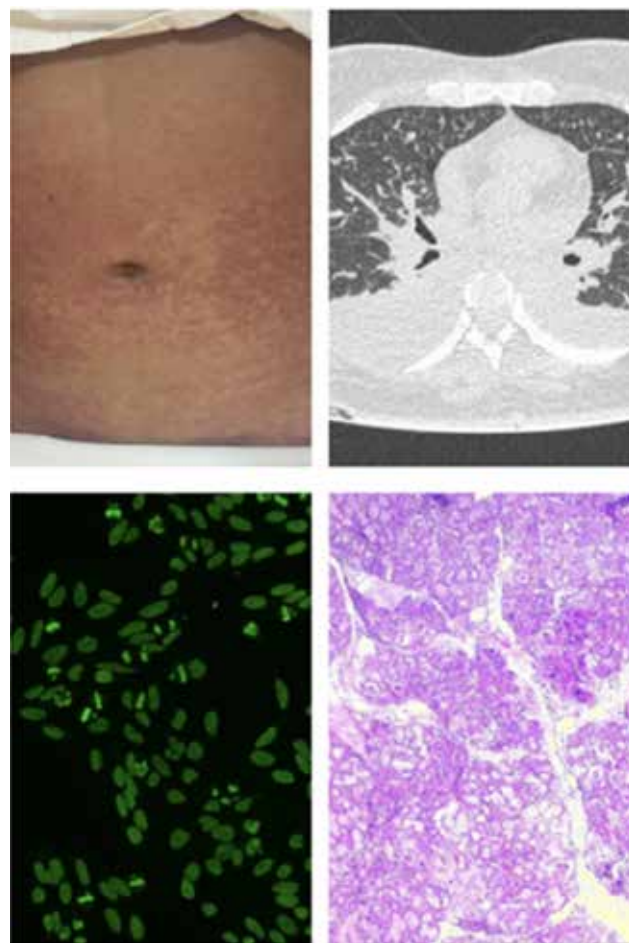
Presentación del caso: Paciente femenina de 37 años con antecedentes de xerofthalmia y xerostomía crónica, además de anticuerpos antinucleares (ANA) positivos a una dilución de 1:5 120 sin seguimiento. Consultó por cuadro de 10 días de evolución caracterizado por fiebre, malestar general, artralgias, mialgias, cefalea, dermatosis (**Figura 1**), náusea, vómito, lipotimia y dolor abdominal. Ingresó con diagnóstico presuntivo de dengue, con IgG/IgM positivas y antígeno NS1 negativo.

La exploración física documentó alopecia, artralgias en carpos, tobillos y articulaciones olecraneales, edema digital, hiposalivación con múltiples caries, adenopatías cervicales, axilares, mediastínicas e inguinales, así como esplenomegalia, hepatomegalia y derrame pleural. Se identificaron además datos de nefritis intersticial y acidosis tubular renal tipo 1 (pH 6,5, K 3,0 mmol/L, HCO₃ 21,0 mmol/L). Durante la hospitalización presentó anemia normocítica normocrómica, linfopenia inicial con posterior leucocitosis mixta, trombocitosis e hipertrigliceridemia progresiva.

La biopsia de piel reveló vasculitis linfocítica tipo púrpura y la de adenopatía inguinal linfadenitis crónica inespecífica. La tomografía de tórax mostró un infiltrado imagenológico característico de infiltración intersticial linfocítica (**Figura 1**). En cuanto a la serología se confirmaron ANA positivos con una dilución de 1:5 120 (**Figura 1**) con complemento normal, mientras que anti-dsDNA, anti-Smith, anti-SSA/Ro y anti-SSB/La resultaron negativos. Se descartaron infecciones por VIH, hepatitis B y C, rickettsiosis y brucelosis. Finalmente, la biopsia de glándula salival informó sialoadenitis crónica (**Figura 1**) con *Focus score* de 3,25, lo que confirmó el diagnóstico de SS primario seronegativo. Se inició tratamiento con prednisona e hidroxilcloroquina, con evolución clínica favorable.

Discusión: El SS seronegativo representa un reto diagnóstico, pues la ausencia de autoanticuerpos típicos puede retrasar su reconocimiento y favorecer complicaciones extraglandulares. La frecuencia de este fenotipo

Figura 1. Manifestaciones clínicas e histológicas del síndrome de Sjögren seronegativo. Se observa exantema maculopapular abdominal (arriba izquierda), tomografía de tórax con infiltración intersticial linfocítica y aumento de volumen parotídeo (arriba derecha), inmunofluorescencia indirecta con anticuerpos antinucleares en patrón moteado fino (abajo izquierda) y biopsia de glándula salival con sialoadenitis crónica linfocítica y *Focus score* 3,25 (abajo derecha). (DCC17)



oscila entre 8% y 37% de los casos notificados. En este contexto, la biopsia de glándula salival adquiere una relevancia fundamental al demostrar la infiltración linfocítica característica. En la actualidad, los criterios ACR/EULAR 2016 constituyen la herramienta estandarizada para la clasificación de SS, con sensibilidad de 96% y especificidad de 95%. Estos criterios integran hallazgos clínicos, serológicos e histológicos y son especialmente útiles en pacientes seronegativos.

Conclusiones: Este caso enfatiza la necesidad de considerar al SS seronegativo en pacientes con síndrome seco y manifestaciones sistémicas, incluso en ausencia de autoanticuerpos típicos. La biopsia de glándula salival se confirmó como una herramienta diagnóstica indispensable, mientras que la aplicación de los criterios ACR/EULAR 2016 permitió clasificar la enfermedad con precisión y fiabilidad. Asimismo, resalta la importancia de un abordaje clínico integral y multidisciplinario que permita diferenciar con rapidez entre enfermedades autoinmunes e infecciones endémicas como el dengue, para evitar retrasos que podrían comprometer la evolución clínica.

Bibliografía

1. Vivino FB, Carsons SE, Mammen A, *et al.* Seronegative Sjögren's syndrome: a forgotten entity. *J Rheumatol.* 2024;51(1):7-10.
2. Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, *et al.* 2016 ACR/EULAR Classification Criteria for Primary Sjögren's Syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(1):9-16.

DCC18

MANIFESTACIONES PULMONARES INUSUALES EN LA ENFERMEDAD DE SJÖGREN PRIMARIA: AMILOIDOSIS NODULAR

C. Silva-Álvarez, D. Osnaya-Guzmán, J.D. Centeno-Valadez, E. García-Rojas, N.N. Del Real-Aldana

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

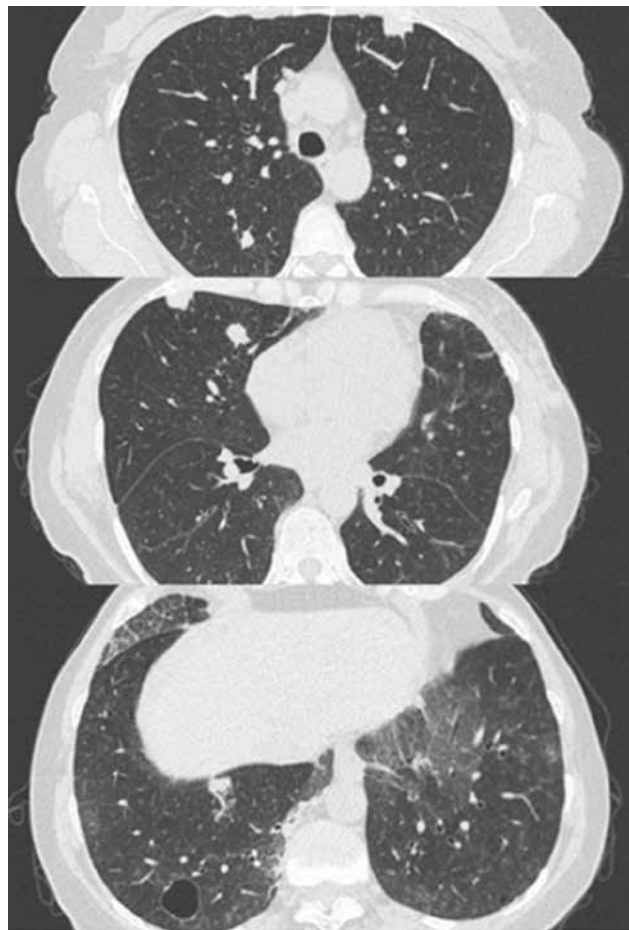
Introducción: La enfermedad de Sjögren primaria (ESp) es un padecimiento autoinmune sistémico que puede relacionarse con manifestaciones extraglandulares. Entre ellas, la afectación pulmonar es poco frecuente, pero de gran trascendencia clínica.

Presentación del caso: Mujer de 59 años sin antecedentes crónico-degenerativos, cuadro de tos productiva y disnea progresiva desde 2018, inicialmente abordada como enfermedad nodular pulmonar. Se la envía al servicio de reumatología por sospecha de granulomatosis con poliangitis; sin embargo, en el interrogatorio destacaban síntomas sicca. Los estudios de laboratorio registran anti-Ro ($\geq 1.374,9$ CU), anti-La (≥ 1.550 CU) y factor reumatoide (268,3 IU/mL), por lo que se diagnosticó ESp. La TACAR reveló vidrio despolido en zonas subpleurales bilaterales, múltiples nódulos pulmonares de distribución bilateral aleatoria y dos lesiones quísticas, la mayor de 22 x 14 mm (**Figura 1**). Pruebas de función respiratoria normales. La biopsia pulmonar percutánea mostró tinción de rojo Congo positiva para amiloide. Fue enviada al servicio de hematología por hipergammaglobulinemia. Se registraron cadenas ligeras libres: kappa 812 mg/L, lambda 268 mg/L, con relación K/ λ = 3,02 (VN 0,26-1,65), hallazgo indicativo de proceso monoclonal; sin embargo, el inmunofenotipo de médula ósea reveló un porcentaje bajo de plasmocitos (0,83%) con expresión policlonal. Parecía más una hipergammaglobulinemia policlonal propia de la ESp, relacionada con depósitos localizados de amiloide en pulmón, que una amiloidosis sistémica.

Discusión: En la enfermedad de Sjögren primaria pueden presentarse diversas manifestaciones pulmonares: enfermedad intersticial, compromiso de la vía respiratoria, procesos linfoproliferativos y afectación pleural. La enfermedad quística pulmonar se acompaña con mayor frecuencia de neumonía intersticial linfocítica, aunque en casos excepcionales puede relacionarse con depósitos de amiloide, lo que complica el diagnóstico diferencial. La amiloidosis pulmonar en ESp es una complicación rara, con predominio de los patrones nodular o quístico-nodular. Los depósitos de amiloide pueden ser localizados o formar parte de una afectación sistémica, y suelen relacionarse con procesos linfoproliferativos crónicos y, en algunos casos, con linfoma tipo MALT. Los hallazgos radiológicos típicos incluyen nódulos múltiples y quistes bilaterales de distribución aleatoria, que pueden simular metástasis pulmonares o granulomatosis. El mecanismo de formación de quistes no está completamente esclarecido; se ha propuesto un fenómeno de válvula unidireccional secundario a infiltración bronquiolar o la destrucción de paredes alveolares por inflamación crónica. Las publicaciones médicas señalan que entre los pacientes con ESp y amiloidosis pulmonar, hasta un 30 a 40% desarrolla linfoma MALT concomitante, lo que subraya la necesidad de un estudio de médula ósea, además de un seguimiento clínico estrecho y coordinado.

Conclusiones: La amiloidosis pulmonar nodular en el contexto de la enfermedad de Sjögren primaria es una complicación poco común, pero con gran relevancia clínica por sus implicaciones diagnósticas y pronósticas. Su reconocimiento requiere un alto grado de sospecha. La combinación de síntomas sicca, autoanticuerpos positivos y confirmación histológica con rojo Congo permite establecer el diagnóstico en la intersección entre autoinmunidad y trastornos de depósito. Un hallazgo especialmente significativo es la hipergammaglobulinemia, que no sólo refleja la activación inmune crónica propia de la ESp, sino que constituye un factor de riesgo bien reconocido para fenómenos linfoproliferativos, incluidos gammopatías monoclonales y linfoma tipo MALT. Este informe enfatiza la necesidad de un abordaje multidisciplinario, ya que la relación de ESp, hipergammaglobulinemia y amiloidosis coloca a la paciente en un escenario de alto riesgo que trasciende lo puramente autoinmune y se adentra en el terreno de las enfermedades linfoproliferativas. Reconocer estas vinculaciones resulta esencial para modificar el pronóstico y guiar un tratamiento oportuno y personalizado.

Figura 1. A y B, nódulos pulmonares de distribución bilateral aleatoria. C, zonas de vidrio esmerilado y lesión quística de mayor dimensión (22 x 14 mm). (DCC18)



Bibliografía

1. Kinoshita Y, Ikeda T, Miyamura T, *et al.* Nodular pulmonary amyloidosis associated with Sjögren's syndrome. *Intern Med.* 2022;61(6):877-81.
2. Li H, Lu Y. Pulmonary amyloidosis and cystic lung disease in primary Sjögren's syndrome: a case report and literature review. *Clin Rheumatol.* 2021;40(9):3345-50.
3. Baqir M, Kluka EM, Aubry MC, *et al.* Amyloid-associated cystic lung disease in primary Sjögren's syndrome. *Respir Med.* 2013;107(4):616-21.

DCC19

TUBERCULOSIS DISEMINADA ASOCIADA A ADALIMUMAB EN UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

N.N. Del Real-Aldana, L.D. Fajardo-Hermosillo, C. Silva-Álvarez, E. García-Rojas, D.A. Hernández-Castañeda

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad que requiere inmunosupresión prolongada para su adecuado control. Ante la persistencia de la actividad de la enfermedad, el uso de agentes biológicos, especialmente los inhibidores del factor de necrosis tumoral (iFNT), ha permitido alcanzar el control de la enfermedad. Desgraciadamente, esta

modalidad incrementa hasta 30 veces el riesgo de tuberculosis (TB) e interfiere en los mecanismos inmunitarios que contienen a *Mycobacterium tuberculosis* a nivel pulmonar, lo que transforma la tuberculosis latente en activa. A pesar del tamizaje negativo para TB anterior al inicio del iFNT, el riesgo reactivación de TB latente por un falso negativo o de reinfección de TB persiste aún después de años de su uso, sobre todo en regiones endémicas. Aquí se presenta un caso de TB diseminada que comprende laringe, esófago, ganglios cervicales y pulmón en un paciente con AR tratado con un iFNT como adalimumab durante casi tres años.

Presentación del caso: Paciente masculino de 69 años con antecedente de tabaquismo y AR seropositiva diagnosticada en abril del 2018. Inicialmente tratado de forma combinada con fármacos modificadores de la enfermedad (FARME), como metotrexato, leflunomida, cloroquina y corticosteroides, sin lograr mejoría. Dada la persistencia de la actividad se inició adalimumab, previo tamizaje para TB con prueba cutánea de la tuberculina (PPD) negativa y análisis de liberación de interferón gamma (IGRA) negativo en abril del 2022. Con este tratamiento alcanzó la remisión, suspendieron los esteroides y se redujo la modalidad con FARME; con ello permaneció en control durante tres años con metotrexato (10 mg/sem) y adalimumab (40 mg SC) cada 15 días. En abril de 2025 presenta, en ausencia de fiebre, pérdida ponderal de 16 kg, disfonía y disfagia progresiva, adenopatías palpables en cuello y PCR 270 mg/L. La laringoscopia mostró edema y hemorragia de la glotis y la endoscopia documentó una esofagitis hemorrágica. Se realizaron estudios de extensión que descartaron neoplasia. La tomografía pulmonar mostró una imagen indicativa de tuberculosis miliar y el GeneXpert de TB en esputo fue positivo. La biopsia de ganglio cervical señaló una linfadenitis crónica granulomatosa con centro necrótico y tinciones para *M. tuberculosis* positivas (**Figura 1**). La extensión de estudios en laringe y esófago documentaron la presencia de TB.

Discusión: Aunque el iFNT más relacionado con TB es el infliximab, también se han documentado casos con adalimumab. La TB diseminada se presenta cuando se afectan más de dos órganos no continuos por diseminación linfohematológica. Es inusual la afectación multiorgánica en TB, como en el presente caso, de esófago, laringe, ganglios y pulmones relacionados con el uso de adalimumab en un paciente con AR. Es por ello que, además de un tamizaje riguroso con PPD e IGRA para descartar TB latente antes del inicio de iFNT, es necesario mantener un seguimiento clínico constante para detectar tempranamente la reinfección de TB durante el uso de iFNT en áreas endémicas y con factores de riesgo adjuntos.

Conclusiones: La reactivación de TB latente ante un falso negativo en el tamizaje inicial o la reinfección TB durante el uso de iFNT, en sujetos de áreas endémicas y con factores de riesgo como inmunosupresión, puede llevar a la presentación de formas inusuales en múltiples órganos como la TB diseminada, y es necesario el seguimiento y mantener un alto grado de

sospecha ante manifestaciones como pérdida ponderal, disfonía, disfagia y adenopatías cervicales aun ante ausencia de fiebre.

Bibliografía

1. Dixon WG, Hyrich KL, Watson KD, *et al*. Drug-specific risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register (BSRBR). *Ann Rheum Dis*. 2010;69(3):522-528.
2. Fragoulis GE, Nikiphorou E, Dey M, *et al*. 2022 EULAR recommendations for screening and prophylaxis of chronic and opportunistic infections in adults with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*. 2023;82(6):742-753.
3. Keane J. TNF-blocking agents and tuberculosis: new drugs illuminate an old topic. *Rheumatology (Oxford)*. 2005;44(6):714-720.
4. Raj R, Sud P, Saharan N, *et al*. Laryngeal tuberculosis: a neglected diagnosis. *BMJ Case Rep*. 2022;15(2):e248095. doi: 10.1136/bcr-2021-248095. PMID: 35131802; PMCID: PMC8823138.
5. Olson D, Liu KC, Merza AP, *et al*. Esophageal tuberculosis induced dysphagia: a case report. *BMC Gastroenterol*. 2022;22(1):131. doi: 10.1186/s12876-022-02211-2. PMID: 35317747; PMCID: PMC8939207.

DCC20

DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA ANTI-TIF1-GAMMA POSITIVO ASOCIADA A UVEÍTIS, SIN EVIDENCIA DE NEOPLASIA: REPORTE DE CASO

D.M. Hernández-Díaz¹, S.M. Carrillo-Vázquez¹, D.X. Xibillé-Friedmann², S.I. Escamilla³, G. Carmona-Lara¹

⁽¹⁾ISSSTE 1 de Octubre, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca José G. Parres,

⁽³⁾Hospital de la Luz

Introducción: La dermatomiositis amiopática (DMA) representa 10 a 20% de los casos de dermatomiositis. Se caracteriza por lesiones cutáneas sin debilidad muscular ni elevación de enzimas. Los anticuerpos anti-TIF1 γ se detectan en 7 a 41% de los pacientes y se vinculan con riesgo de neoplasia hasta en un 42%. Los tumores más comunes son carcinomas epiteliales de ovario, colon, mama y neoplasias hematológicas, con un riesgo hasta 17,5 veces mayor en los primeros 12 meses posteriores al diagnóstico. Las señales oculares son infrecuentes, pero pueden afectar diversas estructuras, como los párpados, la musculatura extraocular y los segmentos anteriores y posteriores. Se han mencionado iritis, uveítis, glaucoma y epiescleritis entre otras afecciones. El registro de prevalencia es muy reducido, con cifras hasta de 0,07% (0 a 19%) en metaanálisis. Frente a la presencia de uveítis en estos pacientes es crucial determinar el origen y descartar primero las causas más habituales, en particular las infecciosas.

Presentación del caso: Mujer de 47 años con DMA anti-TIF1 γ positivo de tres años, antecedente de hipotiroidismo y alergia al ácido micofenólico. La enfermedad inició con lesiones cutáneas típicas (**Figura 1a**). La biopsia de piel mostró dermatitis de interfaz con degeneración vascular basal e infiltrado linfocítico perivascular. Se la trató con metotrexato, hidroxiquina y prednisona hasta la aparición de uveítis. En agosto de 2024 presentó uveítis anterior no granulomatosa en el ojo izquierdo. El examen reveló sinequias posteriores, pigmento retroquerático, atrofia sectorial de iris, vitritis y vasculitis retiniana en segmento posterior (**Figura 1b**). El tratamiento inicial consistió en prednisolona e indometacina tópicos. Ante perfil TORCH IgG positivo para CMV, recibió ganciclovir durante un mes, sin mejoría; posteriormente se descartó infección activa por ausencia de correlación clínica y serológica. Se concluyó causa inflamatoria autoinmune. Se inició golimumab, con mejoría progresiva y estabilización del cuadro. En la actualidad la agudeza visual es de OD 20/25 y OI 20/400 con daño irreversible. La paciente continúa con golimumab y prednisona, seguimiento sin recurrencia y plan de colocación de lente intraocular en seis meses.

Discusión: La dermatomiositis relacionada con anti-TIF1 γ implica un alto riesgo de neoplasias. Sin embargo, en este caso la evolución fue atípica, sin tumoraciones y con compromiso oftalmológico. Las manifestaciones oculares en dermatomiositis son poco frecuentes, a diferencia de otras

Figura 1. A y B, tomografía computarizada cervical y pulmonar que muestra múltiples adenopatías e infiltrado miliar en todo el parénquima pulmonar. C (10x) y D (40x), biopsia de ganglio cervical que muestra múltiples granulomas con necrosis caseosa y células gigantes multinucleadas de tipo Langhans. E (100x), la tinción de Fite-Faraco identifica micobacterias. (DCC19)

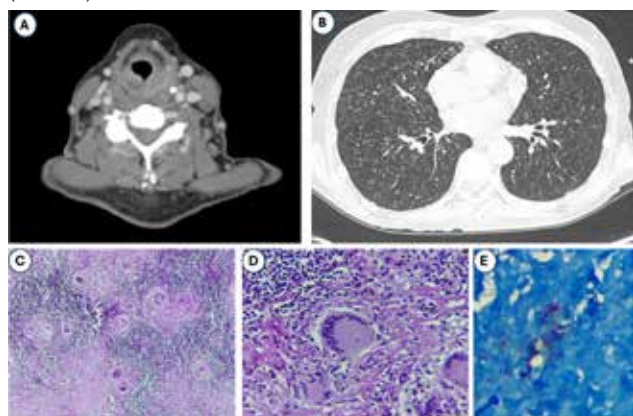
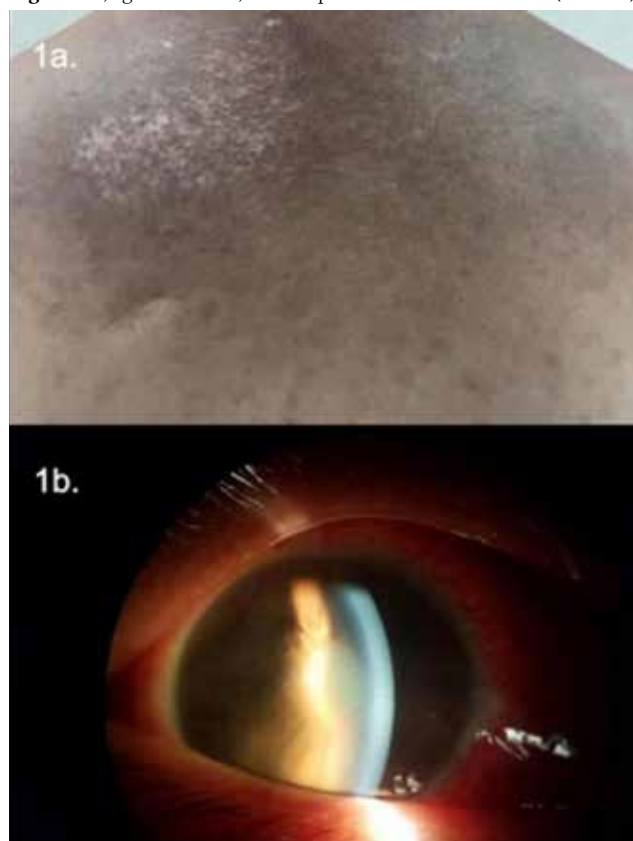


Figura 1. A, signo del chal. B, microscopia con cámara de hendidura. (DCC20)

enfermedades reumatológicas, hasta de 89% en el síndrome de Sjögren y 31% en el lupus eritematoso sistémico. La ausencia de evidencia clínica y serológica de infección activa, junto con una respuesta favorable al golimumab, respaldaron la causa autoinmune.

Conclusiones: Este caso permite ampliar el espectro clínico de la dermatomiositis y muestra que aun sin neoplasia, a pesar del TIF1γ positivo, pueden presentarse manifestaciones poco comunes, como la uveítis. La detección temprana de estas manifestaciones y el tratamiento oportuno permiten prevenir secuelas irreversibles, preservar la función y mejorar calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Bendewald MJ, Wetter DA, Li X, *et al.* Incidence of dermatomyositis and clinically amyopathic dermatomyositis: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Arch Dermatol.* 2010;146(1):26-30.
2. Marzęcka M, Niemczyk A, Rudnicka L. Autoantibody markers of increased risk of malignancy in patients with dermatomyositis. *Rheumatol Int.* 2022;42(3):429-38.
3. Ruiz-Lozano RE, Velázquez-Valenzuela F, Román-Zamudio M, *et al.* Polymyositis and dermatomyositis: ocular manifestations and potential sight-threatening complications. *Rheumatol Int.* 2022;42(6):1119-31.

DCC21

SUPERPOSICIÓN EN VASCULITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS Y ARTERITIS DE TAKAYASU EN EDAD PEDIÁTRICA

A. Velázquez-Castillo

Centro Médico Nacional, Siglo XXI, IMSS (Pediatria)

Introducción: Según la definición de Leavitt y Fauci de 1986, el síndrome de superposición de poliangitis constituye manifestaciones clínicas, histológicas o angiográficas de dos o más tipos distintos de vasculitis primaria, sin que predomine claramente un solo subtipo; hoy en día se considera cuando los criterios de clasificación de dos vasculitis diferentes se cumplen en un mismo paciente. Algunos autores sugieren que en realidad son variantes fenotípicas del espectro de las vasculitis relacionadas con ANCA o afectación atípica de un subtipo. Esto sirve de preámbulo para el siguiente caso, en el que se describe la superposición de dos vasculitis en un mismo paciente.

Presentación del caso: Paciente femenino de 17 años de edad procedente de la Ciudad de México, sin antecedentes inmunorreumatológicos. Inicia a los 12 años de edad a finales de 2020 con disnea, astenia, adinamia, epistaxis ocasional escasa y taquicardia y anemia tratada con hematinicos. Las fotografías de los ocho años muestran una nariz normal. En enero de 2022 presenta incremento de disnea, estridor, ingurgitación yugular, tos tratada como asma, sin realizar estudios. En junio de 2022 se agrega cambio de coloración en la cara interna del muslo derecho con induración, tumoración mal delimitada, unión a planos profundos, con máculas hiperocrómicas, diámetro máximo de 10 cm, episodios de aumento de temperatura local y edema. La angio-TAC de enero de 2022 del HGZ, con revisión en esta unidad, identifica hallazgos probablemente relacionados con arteritis de Takayasu tipo IIb + P: aumento concéntrico del grosor de la pared de la aorta ascendente, arco aórtico y aorta descendente supradiaphragmática de 7 mm en arco aórtico y 10 mm en aorta descendente y troncos supraaórticos + engrosamiento de la pared de las arterias pulmonares. Durante la hospitalización del 30 de junio al 18 de julio 2022 se registran incremento de urea y creatinina (30/06/2022); P-ANCA positivo por inmunofluorescencia, complemento normal y baciloscopias negativas (01/07/2022); depuración de creatinina en orina de 24 h 80,5 mL/min/SC y proteinuria 1,524 g por día (04/07/2022); biopsia de lesión de muslo: panculitis intralobar secundaria a vasculitis granulomatosa con poliangitis (12/07/22); se inician pulsos de metilprednisolona (luego prednisona) y esquema NIH ciclofosfamida (15/07/2022); recaída pulmonar y renal en enero 2024, por lo que se administró rituximab; actualmente en control, pero la biopsia renal revela glomeruloesclerosis segmentaria 3/17 y global 12/17, atrofia y fibrosis menor al 10% e hipertrofia de arteriolas leve moderado (24/10/24). La filtración glomerular es ahora de 50 a 60 mL/min/sc, con mal pronóstico por biopsia. Clínicamente con depresión del puente nasal y tos crónica.

Discusión: Las superposiciones de dos tipos de vasculitis son raras, pero se han descrito y persiste la discusión de que se trate de una manifestación rara de una sola entidad, como lo señala la serie de casos de de Boysson *et al.* del 2018.

Conclusiones: Las vasculitis en edad pediátrica son raras y aún más rara la superposición; es importante la difusión para establecer un diagnóstico temprano.

Bibliografía

1. Leavitt RY, Fauci AS. Polyangiitis overlap syndrome: classification and prospective clinical experience. *Am J Med.* 1986;81(1):79-85.
2. de Boysson H, Espitia O, Samson M, *et al.* Giant cell arteritis-related aortitis: clinical features and long-term outcomes in 171 patients. *Autoimmun Rev.* 2018;17(10):1028-34.
3. Yamasaki S, Eguchi K, Kurata A, *et al.* Takayasu arteritis associated with Wegener's granulomatosis: report of a case and review of the literature. *Clin Rheumatol.* 1996;15(4):400-3.
4. Mejía-Hernández C, Vargas-Alarcón G, Soto-Ramírez LE, *et al.* Wegener's granulomatosis and Takayasu's arteritis: an unusual overlap syndrome in a 12-year-old girl. *Pediatr Dev Pathol.* 1999;2(3):272-7.
5. Jolly SS, Lane S, Fong A, *et al.* Takayasu's arteritis in a patient with limited Wegener's granulomatosis. *Can J Ophthalmol.* 1995;30(4):226-9.
6. Vanderghyest F, Gosset C, Cogan E. Takayasu's arteritis and Wegener's granulomatosis: an overlap syndrome. *Eur J Intern Med.* 2007;18(6):454-6.

DCC22

CUANDO LA INFLAMACIÓN NO TIENE FRONTERAS: PAPASH, EL PUENTE ENTRE PIEL Y ARTICULACIONES

K.R. García-Fong, D. Martínez-Nieves, C. Berumen-Glinz, P.J. Rodríguez-Henríquez, M.E. Vega-Memije

Hospital General Manuel Gea González

Introducción: La tetrada de artritis piógena, acné, pioderma gangrenoso e hidrosadenitis supurativa (PAPASH) es un trastorno autoinflamatorio raro, descrito por primera vez en 2013 y hasta el momento pocos casos se han registrado. Las manifestaciones cutáneas pueden aparecer muchos años antes del desarrollo de la artritis. Debido a la rareza de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento representan un desafío.

Presentación del caso: Hombre de 31 años con diagnóstico de hidradenitis supurativa (HS) desde 2016 y acné desde la adolescencia, tratado con adalimumab (40 mg/sem) desde noviembre de 2021 hasta diciembre de 2023, e isotretinoína (40 mg/día) de enero de 2023 a noviembre de 2024. Desde enero de 2024, el paciente se halla en tratamiento con secukinumab (300 mg al mes), con buena respuesta clínica. En febrero de 2023 presentó pioderma gangrenoso con resolución completa bajo tratamiento con adalimumab y betametasona tópica. Antecedentes médicos relevantes: padre con colitis ulcerosa crónica inespecífica, prediabetes, exfumador y artroplastia de cadera derecha en 2017 sin conocer indicación. En 2024 refirió artritis en la rodilla izquierda. La artrocentesis mostró cultivos negativos; se determinó como episodio de artritis reactiva y se trató de forma conservadora. Posteriormente señaló dolor en las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, además de un esguince en la muñeca izquierda tratado también de forma conservadora. Los estudios de laboratorio revelan anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado (8,26 U/mL) y factor reumatoide (6,79 IU/mL) negativos, ácido úrico en valores de referencia (6,2 mg/dL), HLA-B27 negativo, pero anticuerpos antinucleares positivos con patrón nucleolar y granular citoplasmático (dilución 1:1000), con todos los autoanticuerpos específicos negativos. La exploración física identifica deformidades en "cuello de cisne" en múltiples dedos de ambas manos (**Figura 1**). Por lo anterior se agregó metotrexato al tratamiento.

Discusión: El PAPASH forma parte del espectro de síndromes autoinflamatorios relacionados con hidradenitis supurativa, junto con PASH, PsAPASH y PASS. Estas anomalías implican una disfunción de la inmunidad innata, particularmente del inflammasoma, con sobreproducción de IL-1 β , TNF- α e IL-17, lo que produce inflamación neutrofílica estéril en piel y articulaciones. Este caso cumple con los componentes clínicos de PAPASH: HS grave, acné, pioderma gangrenoso y artritis no infecciosa en el contexto de autoinmunidad seronegativa. Aunque no se realizó prueba genética, muchos casos de PAPASH no presentan mutaciones en genes como *PSTPIP1*, lo que sugiere una base poligénica. La positividad de los anticuerpos antinucleares, sin autoanticuerpos específicos, puede

reflejar una disfunción inmune sistémica subyacente, como se ha descrito previamente en cohortes con PAPASH. Los fármacos biológicos dirigidos contra IL-1 y TNF- α han mostrado beneficio; en fecha más reciente, los inhibidores de IL-17 como el secukinumab han demostrado resultados prometedores en formas sindrómicas de HS con compromiso articular.

Conclusiones: Este caso subraya la importancia de reconocer las formas sindrómicas de HS en pacientes con dermatosis neutrofílicas y síntomas musculoesqueléticos, además de la necesidad de una evaluación multidisciplinaria y un tratamiento inmunomodulador individualizado.

Bibliografía

1. Marzano A, Trevisan V, Gattorno M, *et al.* Pyogenic arthritis, pyoderma gangrenosum, acne, and hidradenitis suppurativa (PAPASH): a new autoinflammatory syndrome. *JAMA Dermatol.* 2013;149(6):762-4.
2. Garovich S, Genovese G, Moltrasio C, *et al.* PASH, PAPASH, PsAPASH, and PASS: the autoinflammatory syndromes of hidradenitis suppurativa. *Clin Dermatol.* 2021;39(2):240-247.
3. Cugno M, Borghi A, Marzano A. PAPA, PASH and PAPASH syndromes: pathophysiology, presentation and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2017;18(4):555-562.
4. Kotzerke M, Mitri F, Marbach F, *et al.* A case of PAPASH syndrome in a young man carrying a novel heterozygote missense variant in *PSTPIP1*. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(7):e439-e440.
5. Monte J, de la Fuente S, Cruañes J, *et al.* PAPASH syndrome with *MEFV* gene mutation. *Med Clin (Barc).* 2021;156(6):313.
6. Vinkel C, Thomsen S. Autoinflammatory syndromes associated with hidradenitis suppurativa and/or acne. *Int J Dermatol.* 2017;56(8):811-8.

DCC23

SÍNDROMES HIPERINFLAMATORIOS: RELACIÓN ENTRE BIOMARCADORES Y DESENLACES EN UNA SERIE DE CASOS DE HEMOFAGOCITOSIS SECUNDARIA

B. Bernal-Alferes, S. Muñoz Ledo-Jayme, D.E. Chávez-Sáenz, S.I. Domínguez-Valdez

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Los síndromes hiperinflamatorios incluyen un espectro amplio de entidades, las cuales tienen el sustento de una respuesta inmunológica exacerbada y descontrolada, lo que representa una alta mortalidad. Las distintas puntuaciones de probabilidad para hemofagocitosis linfohistiocítica (HLH) secundaria se deben utilizar para detectar a tiempo el transcurso clínico y bioquímico de la reacción inflamatoria que requiere un análisis etiopatogénico, pues a pesar de su estrecha similitud inmunopatológica, los tratamientos distan uno de otro para el control óptimo.

Presentación de los casos: Se presenta la siguiente serie de casos atendidos en el periodo 2021-2025 de síndromes hemofagocíticos secundarios tratados en hospitalización del servicio de medicina interna del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE.

Caso 1: Paciente masculino que inicia con sudoración nocturna y afectación ganglionar, con diagnóstico de *M. tuberculosis* y mal apego al tratamiento antifímico; inicia con dolor abdominal y empeoramiento del estado general más hepatoesplenomegalia, pancitopenia y ferritina en 6 262 mg/dL; una nueva biopsia ganglionar revela BAAR+ y el aspirado de médula ósea muestra células hemofagocíticas; se reinicia tratamiento intensivo antifímico con reducción gradual de ferritina a los tres meses.

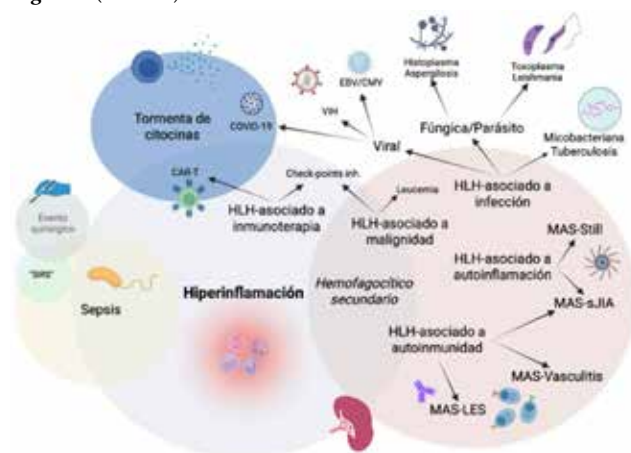
Caso 2: Paciente masculino con antecedente de EMTC y uso de esteroide crónico; refiere pérdida no intencionada de peso y al ingreso muestra malestar general e hipotensión. Un nuevo panel de ANA y especificidades más subrogado de anti-U1RNP es negativo con anti-Sm positivo, además de pancitopenia, fiebre con poliartralgias y se reclasifica como lupus eritematoso constitutivo y hematológico; la AMO identifica hemofagocitosis y se considera en activación macrofágica, por lo que se inicia curso de esteroide e IVIG, con respuesta adecuada.



Figura 1. (DCC22)

Caso 3: Paciente femenino con antecedente de colangitis biliar primaria AMA-; ingresa por sangrado uterino anormal, síndrome febril y anemia grave con trombocitopenia grave, así como hiperferritinemia, hasta el deterioro hemodinámico. Los cultivos de sangre y los paneles virológicos son negativos; sin embargo, el mielocultivo confirma *Histoplasma capsulatum* y algunos macrófagos con inclusiones eritrocíticas. A pesar del inicio de tratamiento antifúngico desarrolla encefalopatía y coma que exige intubación por deterioro respiratorio, con hemorragia activa orofaríngea, nasal y en canal auditivo. El curso llevó finalmente al fallecimiento. Véase la **Figura 1**.

Figura 1. (DCC23)



Discusión: La detección de causas secundarias de hemofagocitosis es de trascendencia crucial para el tratamiento óptimo y el pronóstico de los pacientes. La activación macrófaga es una complicación potencialmente letal de enfermedades reumáticas y otras alteraciones, derivado del estado de hiperinflamación sistémica. Las tasas de mortalidad varían, de 32 a 80% en adultos. Detectar hemofagocitos en médula ósea, u otros órganos linfoides, es un criterio clave, pero su presencia no es exclusiva de HLH ni su ausencia lo descarta, por lo que debe interpretarse en el contexto clínico, sin perder de vista que en esta población las causas informadas aún no revelan un panorama claro de su frecuencia; este trabajo es un esfuerzo dirigido a dilucidar dichas causas y desenlaces del sHLH.

Conclusiones: El sHLH es uno de tantos síndromes hiperinflamatorios causados por un abanico amplio de causas, cada una con biomarcadores y hallazgos clinicopatológicos descritos en cada caso de este trabajo que integran un reto para el diagnóstico y el tratamiento oportunos.

Bibliografía

1. Henter JL. Hemophagocytic lymphohistiocytosis. New England Journal of Medicine. 2025;392(6):584-598. <https://doi.org/10.1056/NEJMr2314005>.
2. Wafa A, Hicham H, Naoufal R, et al. Clinical spectrum and therapeutic management of systemic lupus erythematosus-associated macrophage activation syndrome: a study of 20 Moroccan adult patients. Clinical Rheumatology. 2022;41(7):2021-2033. <https://doi.org/10.1007/s10067-022-06055-9>.

DCC24

SOBREPOSICIÓN DE DERMATOMIOSITIS Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL CONTEXTO DE INMUNODEFICIENCIA: REPORTE DE UN CASO

K. Burgueño Aguilar, D.A. Carrillo Vázquez, J.J. Torres Ruiz

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las inmunodeficiencias primarias (IP) son patologías en donde se afectan componentes de la inmunidad innata y adaptativa que

suelen diagnosticarse durante la edad pediátrica. Anteriormente se proponía que las IP solo estaban relacionadas a infecciones, pero a lo largo de los años se ha descrito con mayor frecuencia que estas pueden asociarse a autoinmunidad (AI) y en muchos casos siendo esta última la primera manifestación¹. La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es la más común de las IP sintomáticas y en algunas series, la frecuencia de presentación de AI en la IDCV alcanza hasta el 42%². A continuación, se presenta un caso donde una paciente con IDCV presentó 2 enfermedades AI a lo largo de la historia natural de su enfermedad en diferente temporalidad.

Presentación del caso: Mujer de 20 años de edad, con antecedente de diagnóstico de dermatomiositis juvenil (DMj) con presentación clínica clásica a los 9 años de edad, actualmente en remisión en tratamiento con hidroxyclo-roquina 200 mg/día y diagnóstico de IDCV desde los 13 años de edad en tratamiento con inmunoglobulina subcutánea 16 gramos/semanales. Ingresó a hospitalización por cuadro clínico caracterizado por fiebre de 38 grados, tos productiva y disnea en reposo siendo tratada inicialmente como neumonía adquirida en la comunidad; sin embargo, por evolución tórpida se realizó lavado broncoalveolar en 2 ocasiones sin aislamientos, evidenciándose derrame pleural bilateral no complicado el cual se categorizó como exudado. A la exploración física con síndrome de derrame pleural y pull-hair test positivo. Por abordaje de fiebre en estudio, se solicitó PET-CT FDG-18 donde se evidenciaron múltiples adenopatías, se realizó biopsia eScisional de ganglio cervical donde se reportó hiperplasia folicular. Se realizó biopsia de hueso y aspirado de médula ósea con resultado negativo para malignidad. Una vez descartado lo hematoinfeccioso, se solicitaron laboratorios donde se evidenció lo siguiente: hipocomplementemia (C3 33, C4 7), anticuerpos antinucleares 1:80 moteado grueso, solicitándose especificidades con los siguientes resultados: anti-Sm 130, anti-DNAc 311 y antinucleosomas 387. Como parte del abordaje complementario, se confirmaron la presencia de anticuerpos anti-Mi2a, anti-ku y anti-PM75 por inmunoblot por el antecedente de la DM. Se cumplieron criterios de clasificación para lupus eritematoso sistémico (LES) con 10 puntos del dominio clínico y 16 del dominio inmunológico; se inició tratamiento con glucocorticoide e inmunosupresor presentando excelente respuesta clínica.

Discusión: El diagnóstico de LES se ha asociado a IDCV con una prevalencia menor al 3%³ y con respecto a las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) existen solo reportes de caso de sobreposición con miopatía por cuerpos de inclusión, polimiositis y síndrome antisintetasa⁴. Existen múltiples defectos del sistema inmune en IDCV que predisponen a la AI, entre ellos aquellos en la tolerancia de células T, de células B, recombinación anormal e hipermutación somática, aumento de los niveles del factor activador de células B (BAFF) y posiblemente alteración de la señalización del receptor tipo Toll, así como defectos en genes que afectan a múltiples subgrupos linfoides^{3,4}.

Figura 1. PET FDG-18 en proyección de máxima intensidad de adenopatías supra e infradiafragmáticas asociadas a hipermetabolismo. (DCC24)



Conclusiones: Este es el primer caso en la literatura internacional donde se describe la sobreposición de LES y DM en una paciente con IDCv. Como médicos reumatólogos, es fundamental identificar a tiempo y de forma correcta las diferentes presentaciones clínicas que pueden tener aquellos pacientes con inmunodeficiencias y siempre pensar en autoinmunidad como opción diagnóstica.

Bibliografía

- Amaya-Urbe L, Rojas M, Azizi G, Anaya JM, Gershwin ME. Primary immunodeficiency and autoimmunity: A comprehensive review. *Journal of Autoimmunity* [Internet]. 2019 may;99:52–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaut.2019.01.011>.
- Rizvi FS, Zainaldin H, Rafiemanesh H, Jamee M, Hossein-Khannazer N, Hamedifar H, et al. Autoimmunity in common variable immunodeficiency: a systematic review and meta-analysis. *Expert Review of Clinical Immunology* [Internet]. 2020 dic 1;16(12):1227–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/1744666X.2021.1850272>.
- Azizi G, Abolhassani H, Asgardoost MH, Alinia T, Yazdani R, Mohammadi J, et al. Autoimmunity in common variable immunodeficiency: epidemiology, pathophysiology and management. *Expert Review of Clinical Immunology* [Internet]. 2016 sep 16;13(2):101–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/1744666X.2016.1224664>.
- Mucke J, Cornet A, Witte T, Schneider M. Association of common variable immunodeficiency and rare and complex connective tissue and musculoskeletal diseases. A systematic literature review. *Clinical and Experimental Rheumatology* [Internet]. 2022 may 18;40(5):40–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.55563/clinexprheumatol/bbvuh>.

DCC25

NEURO-SJÖGREN: RARA, ELUSIVA Y FUNCIONALMENTE DEVASTADORA: SERIE DE TRES CASOS

K.J. García-Cervantes, D.O. Grageda-Portes, L. Ortiz-Treviño, Y. Mejía-Holguín, L. De la Cruz-Becerra

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

Introducción: El neuro-Sjögren (neuro-SjD) es un espectro de manifestaciones caracterizado por afectación del sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso periférico (SNP). Hay informes de afectación periférica del ~16% y nivel central del ~4%. Las manifestaciones neurológicas pueden preceder incluso a los síntomas secos. Las manifestaciones son heterogéneas y diversas, desde polineuropatía axonal sensitiva o motora hasta afectación de fibras pequeñas. A nivel central se describen cuadros de mielitis transversa, neuritis óptica, encefalitis e incluso esclerosis múltiple-like. El tratamiento descrito en las publicaciones consiste en ciclofosfamida. Se expone una serie de tres casos de neuro-SjD que no se trataron con la modalidad estándar, pese a lo cual se consiguió un beneficio con inmunoglobulinas IV (IVIG), rituximab y FARMÉ orales.

Presentación de los casos:

Caso 1: Mujer de 44 años quien inició en 2010 con artralgia inflamatorias, un cuadro que se autolimitó y se mantuvo estable hasta 2021 cuando se documentaron sinovitis, neuropatía en miembros inferiores, sicca ocular, xerostomía y alteraciones cognitivas. En sus indicadores paraclínicos destacó la presencia de ANA 1:320 y anti-SSA/Ro positivo, y no fue posible realizar biopsia de glándula salival. Se clasificó como neuro-SjD con manifestaciones periféricas y centrales. Inició tratamiento con hidroxicloroquina y metotrexato. Dado que persistió con parestias y desorientación se agregaron ácido micofenólico, rituximab e IVIG mensual por cuatro meses, tras lo cual la paciente experimentó mejoría.

Caso 2: Varón de 64 años quien inició con disartria, bradipsiquia, hemiparesia izquierda y síntomas secos; la RMN documentó focos hiperintensos en sustancia blanca y lesión en el bulbo raquídeo; el LCR fue normal. En mayo de 2022 se extendió abordaje y se obtuvieron anti-Ro positivo y panel de encefalitis autoinmune negativo; se completó abordaje del caso con biopsia de glándula salival sin encontrar focos linfocitarios. Se indicaron esteroide y ácido micofenólico. En noviembre del 2022 sufrió deterioro neurológico con espasticidad, dificultad a la marcha y desorientación. Con base en el perfil

serológico, la clínica y las lesiones en RMN no consistentes con esclerosis múltiple, se clasificó como neuro-SjD y se iniciaron IVIG mensual por seis meses y rituximab con mejoría.

Caso 3: Paciente femenino de 60 años con diagnóstico de síndrome de Sjögren desde junio de 2015 caracterizado por xerostomía y xerofthalmia y gammagrafía parotídea alterada y con anti-Ro positivo a títulos bajos. No fue posible realizar la biopsia de glándula salival. En el 2016 inició crisis epilépticas parciales y en el 2021 se agregaron cefalea progresiva, disartria aguda y un síndrome demencial, disartria e incapacidad para la marcha. Se aborda con EEG que delinea un foco frontotemporal izquierdo y un LCR normal; se realizó también RMN que mostró una imagen hiperintensa en cuerpo calloso. Se atribuyeron las manifestaciones a neuro-SjD y se prescribieron esteroide, azatioprina, IVIG por seis meses y rituximab. La paciente presentó mejoría del cuadro cognitivo, pero no pudo prescindir del apoyo de la andadera.

Discusión: Los tres casos ilustran la complejidad del neuro-SjD en los planos periférico y central. El tratamiento de primera línea es la ciclofosfamida, pero debido a la escasez de dicha modalidad se decidió el uso de IVIG y rituximab, con obtención de buena respuesta clínica.

Conclusiones: El diagnóstico es complejo y requiere realizar diagnóstico diferencial con trastornos neurológicos primarios. La serología, los estudios de imagen, la neuroconducción y la biopsia de glándula salival son útiles para este cometido. Pese a tener éxito con el uso de IVIG y rituximab es necesario comparar los desenlaces con las diferentes modalidades disponibles.

Bibliografía

- Jaskólska M, Chylińska M, Masiak A, et al. Neuro-Sjögren: uncommon or underestimated problem. *Brain Behav*. 2020;10:e01665. doi:10.1002/brb3.1665.
- Miranda-Costa AC, Nunes DPF, Júlio PR, et al. Neuropsychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus and Sjögren's disease. *Autoimmun Rev*. 2025;24:103756. doi:10.1016/j.autrev.2025.103756.
- McCoy SS, Baer AN. Neurological complications of Sjögren's syndrome: diagnosis and management. *Curr Treat Options Rheumatol*. 2017;3(4):275–288. doi:10.1007/s40674-017-0076-9.
- Salehi M, Zamiri A, Kim J, et al. Exploring the psychiatric manifestations of primary Sjögren's syndrome: a narrative review. *Int J Rheumatol*. 2024;2024:5520927. doi:10.1155/2024/5520927.
- Delalande S, de Seze J, Fauchais A-L, et al. Neurologic manifestations in primary Sjögren syndrome: a study of 82 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2004;83(5):280–291. doi:10.1097/01.md.0000141099.53742.16.
- Prasad CB, Kopp CR, Naidu GRSNK, et al. Overlap syndrome of anti-aquaporin-4 positive neuromyelitis optica spectrum disorder and primary Sjögren's syndrome: a systematic review of individual patient data. *Rheumatol Int*. 2023;doi:10.1007/s00296-023-05397-0.
- Oliveira BLA, Appenzeller S, et al. Recommendations on treating neuropsychiatric manifestations of Sjögren's disease. *Adv Rheumatol*. 2025;65:7. doi:10.1186/s42358-025-00438-7.
- Jaskólska M, Rytłowska M, Dułak NA, et al. Diversity of central nervous system manifestations in Sjögren's disease: a case-based review. *Rheumatol Int*. 2025;45:35. doi:10.1007/s00296-024-05753-8.
- Popescu A, Hickernell J, Paulson A, et al. Neurological and psychiatric clinical manifestations of Sjögren syndrome. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2024;24:293–301. doi:10.1007/s11910-024-01352-z.
- Pan Z, Zhu T, Liu Y, et al. Role of the CXCL13/CXCR5 Axis in Autoimmune Diseases. *Front Immunol*. 2022 Mar 4;13:850998. doi: 10.3389/fimmu.2022.850998. Erratum in: *Front Immunol*. 2022 Oct 20;13:1061939. doi: 10.3389/fimmu.2022.1061939. PMID: 35309354; PMCID: PMC8931035.

DCC26

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SAM Y RICKETTSIA EN PEDIATRÍA

S.P. Quezada-Martínez¹, I.E. Bocanegra-Cedillo¹, A.V. Villarreal-Treviño¹, F. García-Rodríguez², L. Escalante-Sauri¹

⁽¹⁾Hospital Regional Materno Infantil, ⁽²⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La fiebre manchada de las Montañas Rocosas (FMMR), causada por *Rickettsia rickettsii*, es una enfermedad infecciosa emergente transmitida por garrapatas, con alta letalidad, especialmente en el norte de México. Desde 1940 se han informado brotes en entidades como Sonora, Sinaloa, Durango, Coahuila y recientemente en Nuevo León, donde en 2022 se documentaron 57 casos confirmados y más de 500 probables. A pesar de los avances diagnósticos, esta enfermedad todavía se subdiagnostica y confunde con otros padecimientos, como dengue o fiebre tifoidea, debido a sus síntomas inespecíficos y la falta de referencia a picaduras de garrapata.

Una de las complicaciones más graves, pero poco reconocidas, es el síndrome de activación de macrófagos (SAM) o linfohistiocitosis hemofagocítica secundaria (LHH), una anomalía hiperinflamatoria potencialmente letal que puede desencadenarse por infecciones como la rickettsiosis. La identificación temprana de SAM es fundamental, aunque difícil, dado que sus manifestaciones se superponen al cuadro infeccioso inicial.

Objetivo: Evaluar el efecto del tratamiento con esteroides o gammaglobulina intravenosa en pacientes pediátricos con rickettsiosis complicada con SAM, internados en el Hospital Materno Infantil de Nuevo León entre 2020 y 2024.

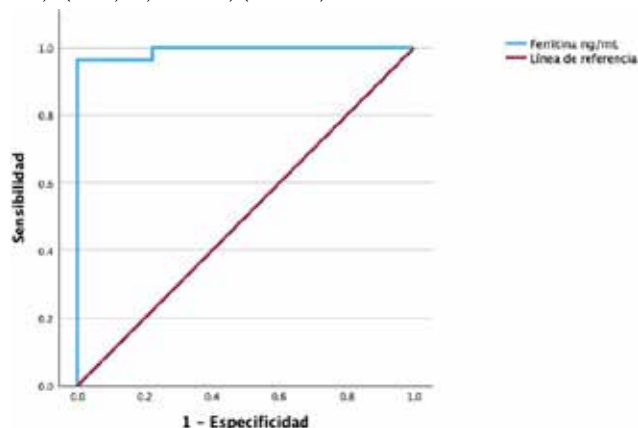
Material y métodos: El estudio tiene un enfoque observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico, limitado al Hospital Materno Infantil de Nuevo León, con casos de 2020 a 2024.

Resultados: De los pacientes incluidos (todos con diagnóstico confirmado por PCR), se observó que el 70% de quienes cumplían criterios para SAM falleció, en comparación con sólo el 6% en quienes no lo presentaban. El 95% de los fallecidos tenía SAM, mientras que sólo el 33% de los sobrevivientes desarrolló esta complicación. Ninguno de los pacientes fallecidos contaba con identificación de subespecie de rickettsia, a diferencia de los sobrevivientes, en los que sí se logró.

Los hallazgos clínicos más frecuentes en los casos de SAM incluyeron fiebre persistente, alteración del estado de alerta, exantema, dolor abdominal y, en estudios de laboratorio, neutrofilia, linfopenia, trombocitopenia, hipoglucemia, hiponatremia, hipoalbuminemia, falla renal aguda, falla hepática, y elevación de marcadores inflamatorios, como ferritina, PCR, DHL y dímero D. La ferritina fue particularmente relevante: una curva ROC (Figura 1) reveló que los valores $\geq 1\,895,5$ ng/mL identifican SAM con una sensibilidad del 99,2% en pacientes con rickettsiosis, con un margen de error mínimo (0,11).

La mediana de estancia hospitalaria fue mayor en los pacientes que sobrevivieron. El tiempo del diagnóstico fue clave: la mayoría se diagnosticó entre los días cuarto y séptimo de evolución, con una media en el día quinto. El dolor abdominal se relacionó con diagnóstico más temprano (día 4° vs. 6°), lo que sugiere un indicio clínico útil para una intervención oportuna. Además, se identificó que la mortalidad disminuyó significativamente con los años del estudio, lo que refleja tal vez mejoras en la detección y el tratamiento.

Figura 1. Curva ROC (receiver operating characteristic) que analiza el desempeño de la ferritina al ingreso para el diagnóstico de HLH. AUC = 0,992 (SE 0,011; IC95% 0,971-1,013; $p < 0,001$). Punto de Youden 1 985,5 (S: 96,3%; E: 100%) (DCC26)



Conclusiones: La rickettsiosis complicada con SAM constituye una urgencia pediátrica con elevada mortalidad, en la cual el retraso diagnóstico y la falta de tratamiento inmunomodulador influyen de forma negativa en el pronóstico. Los biomarcadores como la ferritina pueden ser herramientas útiles para la detección temprana. Este estudio aporta evidencia local que puede fortalecer los protocolos institucionales, favorecer un abordaje temprano y reducir la mortalidad en esta población vulnerable.

Bibliografía

1. Estrada-Mendizábal RJ, Tamez-Rivera O, Vela EH, *et al.* Rickettsial disease outbreak, Mexico, 2022. Emerg Infect Dis [Internet]. 2023 [citado 2025 ago 19];29(9). Disponible en: <https://doi.org/10.3201/eid2909.230344>.
2. Shakoory B, Geerlinks A, Wilejto M, *et al.* Pos points to consider at the earliest stages of the diagnosis and management of hemophagocytic lymphohistiocytosis/macrophage activation syndrome (HLH/MAS). Ann Rheum Dis. 2022;81(Suppl 1):422.1-422. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2022-eular.5193>.

DCC27

SEUDOTUMOR INFLAMATORIO DESMIELINIZANTE ASOCIADO A ENFERMEDAD DE SJÖGREN

N.L. Rentería-Navarro¹, J.J. Hurtado-Arias²

⁽¹⁾Hospital General Regional IMSS 180, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La atribución de manifestaciones neurológicas a las enfermedades autoinmunes es un verdadero desafío clínico por su diversidad y el complejo abordaje para descartar otras causas. Se presenta el siguiente caso debido a la escasa incidencia de esta presentación.

Presentación del caso: Paciente femenino de 29 años con diagnóstico de lupus eritematoso generalizado en 2020 con actividad mucocutánea, articular, y antinucleares y anti-SSb positivos (08/2020). Comenzó un mes antes con cefalea, y posteriormente se agregaron paresia de miembro torácico izquierdo, afasia motora, alteraciones de sensibilidad e hiperreflexia de miembros pélvicos, además de crisis convulsivas. Durante su abordaje inicial no se encontraron otros datos clínicos de actividad de lupus y se realizaron tomografía de cráneo y punción lumbar que identificaron lesión hipodensa occipitotemporal izquierda e hiperproteínoorraquia, así como hipocomplementemia, por lo que ante la sospecha de síndrome antifosfolípido o actividad neurológica se comenzaron bolos con metilprednisolona (1 g) por tres días y se continuó el abordaje. Se realizó resonancia magnética sin evidencia de lesiones isquémicas, con lesiones tumorales y espectrometría no concluyente para neoplasia. Se registraron anticuerpos antinucleares positivos (1:1 280 patrón granular fino), SSa (198,49), anti-Smith, anti-DNA de doble cadena y perfil de anticuerpos antifosfolípido negativos, con aumento de inmunoglobulina G, por lo que se completó abordaje con sospecha de enfermedad de Sjögren. Se realizaron prueba de Schirmer negativa, flujo salival positivo y biopsia de glándula salival menor sin infiltrado inflamatorio, además de valoración por oftalmología que descartó datos indirectos de hiperviscosidad, sin presencia de cuerpos citoides. En virtud de la elevada sospecha de enfermedad desmielinizante por características de lesiones de sustancia blanca tumorales, hiperproteínoorraquia y mejoría clínica notoria posterior a esteroide se solicitaron potenciales evocados con resultados consistentes, por lo que se estableció el diagnóstico; una nueva resonancia magnética reveló resolución considerable de las lesiones y se decidió iniciar esquema de inducción.

Discusión: La presentación de manifestaciones neurológicas es variable y suele considerarse actividad grave, que en el lupus suele presentarse en los primeros años del diagnóstico, y en la enfermedad de Sjögren se ha descrito como manifestación precedente al síndrome seco, por lo que si bien las formas pseudotumorales de desmielinización se consideran una presentación atípica, es crucial tener alta sospecha de ésta para su temprana identificación, evitar procedimientos invasivos o innecesarios y el daño acumulado.

Conclusiones: A pesar de la complejidad en el abordaje, el conocimiento de las manifestaciones neurológicas en enfermedades autoinmunes es crucial para el proceso de atribución, y así establecer el diagnóstico y tratamiento oportunos, para mejorar los desenlaces de los pacientes.

Bibliografía

1. Hardy TA. Pseudotumoral demyelinating lesions: diagnostic approach and long-term outcome. *Curr Opin Neurol*. 2019;32(3):467-474. doi:10.1097/WCO.0000000000000683.
2. Bai HX, Lee AM, Yang L. MRI features of central nervous system involvement in Sjögren's syndrome. *Clin Imaging*. 2022;83:94-100. doi:10.1016/j.clinimag.2021.12.026.
3. Bougea A, Anagnostou E, Konstantinos G, *et al*. A systematic review of peripheral and central nervous system involvement of rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, primary Sjögren's syndrome, and associated immunological profiles. *Int J Chronic Dis*. 2015;2015:910352. doi:10.1155/2015/910352.
4. Chen Y, Li L, Gui M. Demyelinating pseudotumor in systemic lupus erythematosus: a case report and literature review. *J Cent South Univ Med Sci*. 2022;47(9):1299-1302. doi:10.11817/j.issn.1672-7347.2022.210565.

DCC28

ENFERMEDAD RELACIONADA CON IgG4 EN PACIENTE JOVEN CON SOSPECHA DE NEOPLASIA GINECOLÓGICA: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BREVE

C. Soto-Quiroz, S.A. Vázquez-Guevara, L. Ortiz-Treviño, Y. Mejía-Holguín, D.O. Grageda-Portes

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

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 es un trastorno fibroinflamatorio sistémico, descrito en el siglo XXI y caracterizado por afectación multiorgánica y desarrollo de fibrosis progresiva. Su patogenia incluye factores genéticos, ambientales e inmunológicos que favorecen la infiltración linfoplasmocítica y la activación fibroblástica, lo que ocasiona daño orgánico irreversible. El diagnóstico se establece con base en criterios clínicos, radiológicos, serológicos e histopatológicos. Los hallazgos histopatológicos típicos son el infiltrado linfoplasmocítico denso, fibrosis estoriforme y flebitis obliterante, complementados por inmunotinción para IgG4. Una proporción de células plasmáticas IgG4+/IgG+ > 40% es altamente indicativa, aunque inespecífica. El tratamiento de primera línea son los glucocorticoides; sin embargo, debido a la elevada tasa de recaídas y los efectos adversos de su uso prolongado, se recomiendan agentes ahorradores como metotrexato, azatioprina o micofenolato.

Presentación del caso: Mujer de 31 años que inició en agosto 2024 con dolor abdominal en hipocondrio derecho y pérdida de peso de 10 kg en dos meses. Inicia protocolo diagnóstico con tomografía abdominopélvica que delinea lesión ovárica izquierda, adenopatías mesentéricas y retroperitoneales, lesión perihepática y masa pulmonar, por lo que se la valora en el servicio de ginecología oncológica por sospecha de tumoración ovárica. Se realiza LAPE que obtiene biopsias de ovario, sigmoides y apéndice cecal, y hepática con hallazgos histopatológicos consistentes con enfermedad relacionada con IgG4. Los estudios de laboratorio registraron valores séricos de IgG elevados (4 226 mg/dL, corte 552 a 1 631 mg/dL). Se inició tratamiento con glucocorticoides, con discontinuación progresiva, y en febrero de 2025 se agregó metotrexato como tratamiento ahorrador de esteroides. La paciente mostró mejoría clínica.

Discusión: La enfermedad por IgG4 constituye un desafío diagnóstico debido a su variabilidad clínica y su capacidad de simular procesos infiltrativos. La mayoría de los casos se describe en adultos mayores, por lo que la edad temprana de esta paciente es atípica. El compromiso multiorgánico, con afectación hepática, pulmonar, retroperitoneal y ovárica, coincide con el carácter sistémico de la enfermedad. La afectación ovárica es infrecuente; este caso contribuye a ampliar el espectro clínico notificado. En esta paciente, el diagnóstico se determinó con base en los síntomas y los hallazgos radiológicos e

histopatológicos, además del aumento de las concentraciones de IgG. Cabe destacar que no se contó con los valores de los subtipos de IgG. En cuanto al tratamiento, la modalidad estándar son los glucocorticoides, a menos que existan contraindicaciones para su uso, además de un tratamiento ahorrador de glucocorticoides, debido al curso de la enfermedad que se caracteriza por recaídas y tratamiento por tiempo prolongado. En este caso se indicó metotrexato, con una buena respuesta clínica.

Conclusiones: La enfermedad relacionada con IgG4 debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones multiorgánicas que simulan neoplasias. Este caso resalta una presentación poco frecuente por la edad temprana y el compromiso ovárico, lo que enfatiza la necesidad de un alto índice de sospecha. El tratamiento combinado con glucocorticoides y metotrexato representa una opción terapéutica eficaz y segura, especialmente en la población joven.

Bibliografía

1. Peyronel F, Della-Torre E, Maritati F, *et al*. IgG4-related disease and other fibro-inflammatory conditions. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2025;21(5):275-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41584-025-01240-x>
2. Pinheiro FAG, Pereira IA, de Souza AWS, *et al*. IgG4-related disease-rare but you should not forget it. *Adv Rheumatol* [Internet]. 2024;64(1):35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s42358-024-00374-y>

DCC29

ESTATUS EPILÉPTICO SUPERREFRACTARIO EN PACIENTE CON NEUROLUPUS

J.I. Reyes-Sepeda, I.J. López-Alonso, G.J. Peña-Pardo, I. Rincón-Contreras, O.M. Pérez-Aguilera

Hospital Central Militar

Introducción: Las manifestaciones del lupus neuropsiquiátrico son frecuentes, varían en cuanto a la gravedad y son difíciles de diagnosticar y distinguir de otras enfermedades; las crisis epilépticas pueden ocurrir en 4 a 12%. En algunos casos se ha documentado la presencia de estado epiléptico sin antecedente de epilepsia, las más de las veces al principio de la enfermedad.

Presentación del caso: Paciente masculino de 19 años sin antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes, con pérdida de peso de 8 kg, malestar general y fatiga. La exploración física muestra disminución de la densidad capilar, fotosensibilidad, úlceras orales, adenomegalias submandibulares y supraclaviculares, poliartritis de pequeñas y grandes articulaciones. Dermatitis: segmento cefálico bilateral, simétrica, que afecta región supraciliar, entrecejo, dorso de la nariz, mejillas, región supralabial derecha, y barbilla, monomorfa, caracterizada por máculas, de 0,3 a 1 cm, de color rojo intenso, de formas irregulares, algunas confluyentes, de límites definidos. Superficie lisa: cavidad oral en paladar blando y carrillos, monomorfa, caracterizada por máculas eritematosas color rojo vivo, de 1 a 4 mm, de forma irregular) tiene límites definidos en extremidades superiores y afectaba a palmas, regiones interdigitales, región periungueal, región metacarpiana de ambas manos (**Figura 1**). Fenómeno de Raynaud. Estudios de laboratorio: anticuerpos IgM *vs.* CMV positivos, anti-DNA de doble cadena positivo, anti-Smith > 693,5 UI, anti-RNP > 643,8 UI, anti-SSA > 1.374,8, C3 de 51 mg/dL y C4 de 9,9 mg/dL; TAC TAP: múltiples adenomegalias paraaórticas, conglomerado retroperitoneal y hepatomegalia. Presentó disnea y fiebre resultado de SARS-CoV-2, así como retinitis por citomegalovirus, y se inició tratamiento con ganciclovir (5 mg/kg IV). Se establece LES por afectación mucocutánea articular, primero con AINE e hidroxycloquina, y al final aislamiento por SARS-CoV2 y tratamiento con ganciclovir. Se decide iniciar bolos de metilprednisolona y ácido micofenólico, pero se observa curso posterior con parálisis facial izquierda y crisis convulsivas tónico-clónicas en cuatro ocasiones sin poder remitir con diazepam. Debido al estado epiléptico se indica tratamiento avanzado de la vía respiratoria y sedación profunda con midazolam y difenilhidantoína. Pasa a la unidad de terapia intensiva y se agregan dexmedetomidina, levetiracetam y ciclofosfamida. Por

Figura 1. A, múltiples placas eritemato-escamosas, con áreas denudadas y fisuras, desde 0,5 hasta 1 cm de diámetro, de forma circular, algunas confluentes, de bordes bien definidos, y aspecto áspero y queratósico con escama adherente, algunas con costra hemática en su superficie, dolorosas. B, biopsia de piel de la palma de las manos: ortoqueratosis compacta, epidermis con leve acantosis irregular dentro del epitelio que muestra numerosos queratinocitos necróticos, así como una hendidura subepidérmica e intenso infiltrado inflamatorio caracterizado por linfocitos y algunos histiocitos. (DCC29)



el abordaje de crisis epilépticas se solicita TAC de cráneo simple y contrastada normal, con punción lumbar con líquido amarillo claro, glucosa 71 mg/dL, proteínas 1 464 mg/dL, leucocitos 2, eritrocitos 30. Después de 48 horas se realiza electroencefalograma que registra actividad con focos epileptógenos, a pesar del tratamiento; se administran lidocaína y lacosamida y se aumenta la dosis de midazolam, con triple medicamento anticonvulsivo a dosis máxima, así como sedación, sin mejoría; fallece 24 horas después.

Discusión: Si bien se ha descrito que las crisis convulsivas son una manifestación del neurolupus, el estado epiléptico superrefractario se encuentra poco descrito en las publicaciones, con pocos informes de caso, así como casos descritos como parte de protocolos de estudio realizados para describir las diferencias con causa infecciosa; se presentan de manera predominante en mujeres.

Conclusiones: El neurolupus es una de las principales causas de mortalidad en pacientes jóvenes. En este caso, pese a iniciar tratamiento anticonvulsivo con tres fármacos a dosis máxima, inmunosupresión y sedación, no se logró remitir el estado epiléptico. La inmunoterapia debe considerarse en la mayoría de los pacientes que inician con estado epiléptico superrefractario, en particular aquellos sin antecedentes neurológicos, sin causa activa o aguda, estructural, tóxica o metabólica.

Bibliografía

- Legge A, Hanly JG. Lupus and the nervous system: clinical presentation, diagnosis and treatment. En: Wallace DJ, Hahn BH. Dubois' lupus erythematosus and related syndromes. Philadelphia, PA. ELSEVIER; 2025:476-504.
- Legge AC, Hanly JG. Recent advances in the diagnosis and management of neuropsychiatric lupus. Nature Reviews Rheumatology. Nature Research. 2024;20:712-28.

DCC30

EL COSTO OCULTO DEL SWITCH: SERIE DE CASOS DE UVEÍTIS RECURRENTE TRAS CAMBIAR A UN BIOSIMILAR

I. Ovalle-Mireles¹, N.A. Hernández-Rojas¹, S.M. Carrillo-Vázquez², D.X. Xibillé-Friedman², G.A. Carmona-Lara¹

⁽¹⁾Hospital Regional 1° de Octubre, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca José G. Parres

Introducción: La llegada de los biosimilares ha representado una oportunidad para ampliar el acceso a los tratamientos biológicos en enfermedades inflamatorias crónicas, con menores costos y sostenibilidad de los sistemas de salud. Diversos estudios y metaanálisis han sugerido que el cambio no médico (*non-medical switch*) desde un fármaco biológico original a uno biosimilar es seguro y no compromete la eficacia clínica ni incrementa los efectos adversos. Sin embargo, la experiencia en la práctica real es menos uniforme de lo que reflejan las publicaciones.

Se presenta una serie de casos de pacientes con espondiloartritis estables durante años bajo tratamiento con adalimumab original (Humira®), quienes se cambiaron de manera no médica a un biosimilar (Amgevita®). A diferencia de lo esperado, todos experimentaron reactivación de la enfermedad inflamatoria, en particular en forma de uveítis anterior, lo que obligó a suspender el biosimilar e iniciar un nuevo biológico (certolizumab pegol, Cimzia®). Este fármaco no cuenta con una indicación aprobada para la uveítis; sin embargo, su uso extrapolado permitió recuperar el control clínico, lo que subraya la relevancia de documentar y analizar experiencias en la vida real.

Presentación del caso: Se incluyó a seis pacientes con espondiloartritis y uveítis recurrente (edad promedio, 54 años; 4 mujeres y 2 hombres). Todos permanecieron estables durante varios años bajo adalimumab original y, tras el cambio no médico a un biosimilar, sufrieron recurrencia de uveítis en un tiempo medio de 8,8 meses. Esto obligó a la transición a certolizumab pegol, con el cual se alcanzó remisión clínica sostenida entre nueve y 15 meses, sin nuevos episodios hasta el último seguimiento (Figura 1).

La Tabla 1 muestra las características de los pacientes, tratamiento previo, motivo de cambio y tiempo de remisión sostenida.

Discusión: La uveítis anterior aguda es una complicación frecuente en la espondiloartritis y constituye una causa relevante de discapacidad visual y deterioro de la calidad de vida. Su control es especialmente difícil en pacientes con recurrencias o positividad para HLA-B27. En esta serie, todos los pacientes recayeron tras el cambio no médico a un biosimilar de adalimumab, un hallazgo clínicamente significativo que contrasta con la evidencia publicada sobre intercambiabilidad. La reintroducción de un anti-TNF distinto, certolizumab pegol, permitió recuperar la remisión ocular en todos los casos, lo que coincide con lo informado en el estudio C-VIEW, en el cual se demostró una reducción significativa de la incidencia de recurrencias de uveítis. Estos hallazgos resaltan que el *switch* puede tener consecuencias graves y que el certolizumab pegol representa una alternativa eficaz para mantener el control ocular.

Conclusiones: Este informe de vida real aporta evidencia clínica sobre un escenario poco descrito: pacientes con espondiloartritis y uveítis estables durante años con adalimumab original que, tras un cambio no médico a un biosimilar, presentaron recaídas graves. Estos hallazgos muestran que la intercambiabilidad no siempre es segura en pacientes con manifestaciones extraarticulares graves, y sugieren que el cambio debe evaluarse de manera individual. Este trabajo contribuye al debate actual al documentar que, en la práctica real, la decisión administrativa de cambio puede tener consecuencias clínicas potencialmente incapacitantes.

Bibliografía

- van Adrichem RCS. The non-medical switch from reference adalimumab to biosimilar ADABio: a real-life observational study in inflammatory rheumatic joint diseases. Rheumatol Ther. 2022;9(1):175-89.

Figura 1. Evolución terapéutica de pacientes con espondiloartritis y uveítis. (DCC30)



Tabla 1. (DCC30)

Caso edad/sexo	Tratamiento inicial	Non-medical switch	Motivo de cambio A CZP	Remisión sostenida (CZP)
1 58/mujer	Adalimumab original enero 2014	Adalimumab biosimilar marzo 2023	Actividad articular + recurrencia de uveítis	15 meses
2 68/hombre	Adalimumab original julio 2019	Adalimumab biosimilar julio 2023	Recurrencia de uveítis	9 meses
3 47/mujer	Adalimumab original julio 2022	Adalimumab biosimilar septiembre 2023	Recurrencia de uveítis	15 meses
4 42/mujer	Adalimumab original enero 2022	Adalimumab biosimilar agosto 2023	Actividad articular + recurrencia de uveítis	15 meses
5 56/hombre	Adalimumab biosimilar abril 2022	Adalimumab biosimilar noviembre 2023	Recurrencia de uveítis	14 meses
6 56/mujer	Adalimumab original julio 2022	Adalimumab biosimilar enero 2023	Recurrencia de uveítis	12 meses

2. van der Horst-Bruinsma IE, Tlustochowicz W, Huang F, *et al.* C-VIEW: certolizumab pegol reduces incidence of acute anterior uveitis flares in patients with axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2020;79(8):1033-9.

DCC31

INTOXICACIÓN CON ANTIMALÁRICOS, MÁS ALLÁ DE LO OCULAR

C. Guerrero-Solis¹, E. Montes-Barraza², O. Yareli-Martínez², R. María-Bañuelos²

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

Introducción: Los fármacos antimaláricos se emplean de forma amplia en reumatología debido a sus propiedades inmunomoduladoras y antiinflamatorias, principalmente en el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide. La intoxicación es uno de los puntos a considerar cuando se inicia su tratamiento, por lo que se ha mantenido en vigilancia constante. Cada vez están más pautadas la valoración basal en oftalmología y las revaloraciones anuales, o según se considere necesario.

Presentación de los casos: Se presentan dos casos de intoxicación por estos medicamentos, uno por intoxicación crónica y otro por intoxicación aguda.

Caso 1: Paciente femenino de 52 años de edad quien cuenta con antecedente de diagnóstico de lupus eritematoso sistémico 20 años antes con actividad mucocutánea articular, con uso de esteroides y otros fármacos, entre ellos cloroquina (150 mg al día), el cual usó de manera constante sin valoraciones por oftalmología según refiere; sin embargo hace dos años padece un cuadro de datos de bajo gasto con pérdida del estado de alerta y documenta en un electrocardiograma bloqueo AV de segundo grado Mobitz 2, con persistencia de los síntomas; durante su abordaje se encontraba sin actividad a ningún otro nivel y los estudios inmunológicos documentan ANA positivos títulos 1:1 280 patrón homogéneo, DNA de doble cadena negativo, complemento normal y el resto negativo (antifosfolípidos, anti-Ro y anti-La); ante la persistencia de los síntomas se protocoliza para colocación de marcapasos temporal y posteriormente definitivo. Se valora en el servicio de cardiología y se atribuyó a uso prolongado de antimaláricos (985 g).

Caso 2: Paciente femenino de 28 años de edad quien se encontraba en seguimiento por artritis reumatoide de dos años de evolución, con uso de esteroide a dosis baja y doble FARMACEUTICA a base de metotrexato y cloroquina con lo que se encontraba con control adecuado de la enfermedad; un día es revisada en su casa por sus padres y se identifican alteraciones de estado de alerta, por lo que es llevada al hospital al servicio de urgencias. Durante su evaluación se encuentra falta de respuesta a estímulos y por la protección de la vía respiratoria se realiza intubación orotraqueal. La tomografía de encéfalo identifica datos patológicos; se interroga a los familiares y se obtienen en la escena tabletas de cloroquina (un total de 20), lo que lleva a concluir intento de autólisis, por lo que se procede a lavado gástrico y forzar la uresis, con escasa respuesta a la ventana neurológica, disminución persistente de la frecuencia cardíaca, bradicardia sinusal e hipopotasemia; ante la imposibilidad de medir los valores séricos se concluye afectación por este fármaco. Tras varios días aumentan la frecuencia, respuesta neurológica y corrección hidroelectrolítica y es dada de alta a su domicilio.

Discusión: Se presentaron dos casos en los que se muestran intoxicaciones por cloroquina más allá del terreno ocular. En el primer caso se presentó una intoxicación crónica por uso prolongado (985 g) que causó alteraciones de la conducción nerviosa. En el segundo caso se describió una intoxicación aguda por intento de autólisis, con una dosis total de 3 000 mg. Considerar que hay otras afecciones posibles ante el uso de antimaláricos es fundamental en la práctica diaria.

Conclusiones: La intoxicación por antimaláricos debe vigilarse no sólo en el campo ocular; vigilar otros sistemas y conocer los efectos secundarios de este fármaco se consideran vitales para el conocimiento y la adecuada práctica clínica, con una respuesta inmediata ante la presencia de éstos.

Bibliografía

- Hu C, Lu L, Wan JP, *et al.* The pharmacological mechanisms and therapeutic activities of hydroxychloroquine in rheumatic and related diseases. *Curr Med Chem.* 2017;24(20):2241-2249.
- Ponticelli C, Moroni G. Hydroxychloroquine in systemic lupus erythematosus (SLE). *Expert Opin Drug Saf.* 2017 Mar;16(3):411-419.



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiainclinica.org



LIV Congreso Mexicano de Reumatología

DISCUSIÓN DE CARTELES

DC01

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DESENLACES DE PACIENTES MEXICANOS CON POLICONDRITIS RECIDIVANTE

A. Hernández-López, A. Hinojosa-Azaola, E. Martín-Nares

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La policondritis recidivante (PR) es un trastorno inflamatorio poco común que causa episodios recurrentes de inflamación del cartilago, especialmente en orejas, nariz y vías respiratorias, acompañados en ocasiones de manifestaciones sistémicas. La mayoría de los datos disponibles proviene de Estados Unidos, Europa y Asia; la información sobre PR en Latinoamérica es limitada.

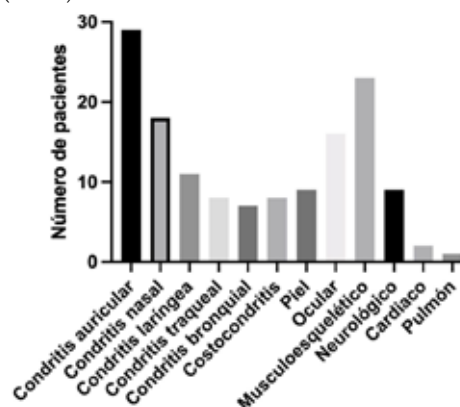
Objetivo: Describir las características clínicas y desenlaces de pacientes mexicanos con PR.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de PR atendidos entre 2000 y 2024 en un centro de referencia en la Ciudad de México. Se excluyó a los pacientes con síndrome VEXAS mediante secuenciación de UBA o el algoritmo de Ferrada *et al.* Se recopilaron datos demográficos, clínicos y desenlaces. Se evaluó el cumplimiento de los criterios diagnósticos de McAdams, Damiani y Levine, y Michet. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con los fenotipos clínicos de Ferrada *et al.* Se calculó el Índice de Actividad (RPDAI) al diagnóstico y el Índice de Daño (RPDAM) al último seguimiento. Se usó correlación de Spearman para analizar la relación entre RPDAI y RPDAM.

Resultados: Se incluyó a 30 pacientes, con 22 mujeres (73,3%). La edad media al inicio de los síntomas fue de $36 \pm 13,4$ años y al diagnóstico de 39 ± 14 años. El retraso diagnóstico fue de 11 meses (RIC, 4,8-24,8). Un caso fue de inicio pediátrico. Veintiocho pacientes (93,3%) cumplieron al menos un criterio diagnóstico: McAdams el 70%, Damiani y Levine el 86,7% y Michet el 80%. La mediana del RPDAI al diagnóstico fue de 18 (RIC, 12-22,3). Las manifestaciones incluyeron condritis auricular (96,7%), nasal (60%), laríngea (36,7%), traqueal (26,7%), bronquial (23,3%) y costochondritis (26,7%). Se observó deformidad nasal en silla de montar (30%), oreja de coliflor (16,7%), traqueomalacia (13,3%) y estenosis traqueal (16,7%) o bronquial (10%). La afectación sistémica incluyó manifestaciones musculoesqueléticas (76,7%), oftalmológicas (53,3%), febriles (40%), cutáneas (30%), pérdida de peso (23,3%), linfadenopatías (16,7%) y hepatoesplenomegalia (3,3%). El compromiso neurológico ocurrió en 30%, principalmente hipoacusia neurosensorial (20%). La afectación cardíaca y pulmonar fue infrecuente (6,7% y 3,3%, respectivamente). Una paciente presentó trombosis. Se encontraron alteraciones hematológicas como macrocitosis (23,3%), leucopenia (26,7%), linfopenia (40%) y trombocitopenia (6,7%). No hubo casos de síndrome mielodisplásico. El 13,3% se clasificó como fenotipo I y el 86,7% como fenotipo III. Un paciente tenía síndrome MAGIC. En un seguimiento de 125,5 meses (RIC, 64,8-198) se observaron recaídas en 43,3% de los pacientes. La mediana de RPDAM fue de 1 (RIC, 0-2) y el 30% no mostró daño acumulado. Un paciente falleció por infección. Se halló

correlación significativa entre RPDAI inicial y RPDAM final ($\rho = 0,35$; $p = 0,05$). Véase la **Figura 1**.

Figura 1. Manifestaciones clínicas en la cohorte de policondritis recidivante. (DC01)



Conclusiones: Las características clínicas de esta cohorte mexicana coinciden con los informes previos: predominio femenino, síntomas musculoesqueléticos y oftalmológicos, y la mayoría con fenotipo III. La actividad al diagnóstico se vincula con el daño acumulado posterior. La actividad de la enfermedad al momento del diagnóstico puede influir en el daño acumulado, como lo demuestra la correlación positiva entre el RPDAI inicial y el RPDAM en el último seguimiento.

Bibliografía

1. Mertz P, Costedoat-Chalumeau N, Ferrada MA, *et al.* Relapsing polychondritis: clinical updates and new differential diagnoses. *Nat Rev Rheumatol.* 2024;20(6):347-360.
2. Ferrada M, Rimland CA, Quinn K, *et al.* Defining clinical subgroups in relapsing polychondritis: a prospective observational cohort study. *Arthritis Rheumatol.* 2020;72(8):1396-1402.

DC02

EVALUACIÓN DEL RIESGO EMOCIONAL PERINATAL EN MUJERES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES: INTEGRACIÓN DE EVIDENCIA, IA CLÍNICA Y VALIDACIÓN PILOTO

M.E. Corral-Trujillo, B.R. Ávalos-García, D. Rodríguez-Garibay, A.M. Ortiz-Ríos, T.S. Ayala-García, V.S. Narváez-González, E.A. Galindo-Calvillo, L.C. Rodríguez-Ávalos, L. Pérez-Barbosa, C.M. Skinner-Taylor, D.A. Galarza-Delgado, M.C. Salinas-Cardona, N. Macías-Segura

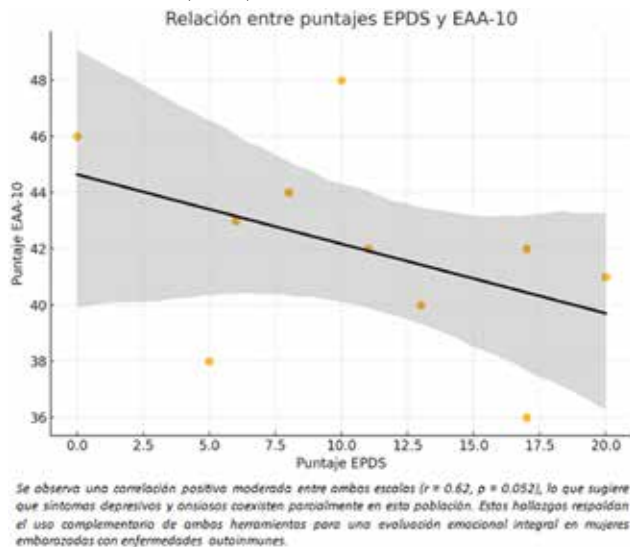
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las mujeres embarazadas con enfermedades autoinmunes (EA) tienen mayor riesgo de presentar trastornos del ánimo y ansiedad (TAA) durante el periodo perinatal. La falta de un tamizaje sistemático en clínicas de reproducción y embarazo de pacientes con EA limita la identificación temprana de la aparición de estos síntomas o trastornos.

Objetivo: Integrar la mejor evidencia disponible mediante revisión sistemática y metaanálisis. Desarrollar una calculadora clínica para evaluar el riesgo de TAA. Aplicar un asistente virtual basado en inteligencia artificial y probarlo en casos clínicos piloto de un contexto real.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática con 23 estudios incluidos y un metaanálisis de cuatro estudios que reportaban *odds ratios* ajustados para factores de riesgo de trastornos del ánimo y ansiedad perinatales (Tabla 1). A partir de los factores más relevantes se construyó una calculadora clínica con puntuaciones ponderadas por riesgo relativo, que se integró en un asistente de inteligencia artificial (GPT riesgo perinatal). Este asistente guía la recolección de datos clínicos, calcula la puntuación de riesgo e indica escalas validadas para evaluación emocional. Se aplicó el modelo en 10 pacientes embarazadas con EA atendidas en la Clínica de Reproducción, Embarazo y Enfermedades Reumáticas (CREER) del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, México, con uso de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS) y la Escala de Ansiedad Actual (EAA-10). Se generaron visualizaciones clínicas con mapas de calor y gráficas de dispersión para apoyar la interpretación individualizada del riesgo (Figura 1).

Figura 1. Relación entre las puntuaciones de las escalas EPDS y EAA-10 en 10 casos clínicos. (DC02)



Resultados: Los principales factores de riesgo identificados fueron antecedentes psiquiátricos (OR = 4,5), violencia doméstica (OR = 3,2), bajo apoyo social (OR = 2,1) y enfermedad autoinmune activa (OR = 1,3). A partir de estos valores se establecieron intervalos de riesgo (bajo < 2 puntos, moderado 2-5, alto > 5). El análisis de las publicaciones mostró que sólo tres estudios utilizaron la EPDS y uno el Cuestionario sobre la Salud el Paciente (PHQ-9) para síntomas de depresión, sin informe del uso de escalas para medir síntomas de ansiedad como la Escala de Síntomas de Ansiedad

Perinatal (PASS) o el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Se propuso la integración de la escala EAA-10 para la evaluación de la ansiedad actual. En la aplicación piloto, el 70% de las pacientes presentó riesgo de desarrollar TAA alto o muy alto. La puntuación promedio en EPDS fue de 11,7 y en EAA-10 de 41,0. Se identificó una correlación positiva entre ambas escalas ($r = 0,62$, $p = 0,052$).

Conclusiones: La integración de una calculadora clínica validada, herramientas de inteligencia artificial y escalas emocionales como EPDS y EAA-10 permitió identificar un riesgo elevado para TAA en una muestra piloto de pacientes con EA. Este modelo puede implementarse como tamizaje sistemático en unidades de embarazo de alto riesgo y sugiere utilidad clínica inmediata. Se propone su validación multicéntrica para ampliar su aplicación en contextos reumatológicos.

Bibliografía

- Misri S, Kendrick K. Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review. *Can J Psychiatry*. 2007;52(8):489-98.
- Genchi-Gallardo F, García-Rosas E, Rodríguez-Landa JF, *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. doi:10.24245/gom.v89i12.6947.

DC03

CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

F.A. Vásquez-Triminio, Z.I. García-Murillo, L.C. Reynoso-Medina, M.M. Rodríguez-Reyes, F. García-Rodríguez, N.E. Rubio-Pérez, A.V. Villarreal-Treviño

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los adolescentes con enfermedades reumatológicas deben tratarse de una forma holística, incluidas las consultas sobre aspectos no sólo físicos sino también psicosociales y educacionales, entre ellos la salud sexual y reproductiva. El efecto de un embarazo en una adolescente con una enfermedad reumatológica puede ser muy alto y además puede afectar de forma trascendental al resto de su vida, por lo que es imprescindible analizar el tema de la anticoncepción, para evitar así los riesgos de un embarazo no planificado, que incluyen el empeoramiento de la actividad de la enfermedad, resultados adversos del embarazo (pérdida del embarazo, prematuridad grave y retraso del crecimiento) y teratogénesis.

Objetivo: Describir el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes con enfermedades reumatológicas.

Material y métodos: Estudio transversal y observacional en el que se aplicaron cuestionarios a pacientes adolescentes con alguna enfermedad reumática crónica (artritis idiopática juvenil, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, síndrome antifosfolípido, dermatomiositis y vasculitis) tratados en la consulta de reumatología pediátrica del Hospital Universitario José Eleuterio González, en Monterrey, México, en el periodo de marzo a julio del 2025.

Resultados: Se incluyó a 25 pacientes de 12 a 17 años, 72% del género femenino y 44% con diagnóstico de artritis idiopática juvenil. Hasta 76% conocía los métodos anticonceptivos, 36% habían obtenido esta información de los padres y el 28% en la secundaria. Los métodos anticonceptivos más conocidos era el condón con 92%, contraceptivos orales con estrógenos (pastillas) con 84% y abstinencia y pastilla de emergencia

Tabla 1. Estudios incluidos que utilizaron las escalas EPDS o PHQ-9. (DC02)

ID Estudio	País	Población	Factores de riesgo evaluados	Medidas de resultado	Seguimiento	Herramientas diagnósticas
1	China	Mujeres embarazadas con enfermedades autoinmunes	Antecedentes psiquiátricos, bajo apoyo social	OR = 4,5 para depresión previa	3 meses posparto	EPDS
2	Suecia	Registro nacional (1,3 millones de nacimientos)	Presencia de enfermedad autoinmune	OR = 1,3 para enfermedad autoinmune	12 meses posparto	Diagnóstico clínico
4	EUA	Población obstétrica general	Factores de riesgo generales	Precisión de tamizaje	3 meses posparto	EPDS, PHQ-9
5	EUA	Población obstétrica general	Factores de riesgo generales	Precisión de tamizaje	3 meses posparto	EPDS, PHQ-9

con 64%. Dentro de los métodos anticonceptivos que consideraban más adecuados para evitar el embarazo, sin interferir con la enfermedad reumatológica, consideraron el condón como el mejor. Si bien el 92% de los participantes reconoció saber qué es un embarazo, el 80% refirió no tener conocimiento sobre las posibles repercusiones del embarazo en el curso y control de su afección reumatológica. El 92% desconocía si los métodos anticonceptivos podían utilizarse junto con sus medicamentos de base. En cuanto a los riesgos del uso de métodos anticonceptivos consideraron la alteración de su periodo menstrual y ningún riesgo en un 40%.

Además, consideraron importante usar métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados y evitar infecciones de transmisión sexual.

Conclusiones: Si bien una proporción considerable de adolescentes con enfermedades reumatológicas posee conocimientos generales sobre métodos anticonceptivos, persisten vacíos significativos en la información recibida, así como en su comprensión integral. La identificación de los padres y el entorno escolar como principales fuentes de información sugieren una limitada intervención del personal de salud en la educación sexual y reproductiva de esta población. Dada la elevada morbilidad vinculada con un embarazo en pacientes con trastornos reumatológicos, se enfatiza la necesidad de implementar estrategias educativas estructuradas, dirigidas desde el ámbito clínico, que garanticen un abordaje integral, oportuno y adaptado a las necesidades particulares de estos adolescentes. Esto permitirá no sólo prevenir embarazos no planificados y sus complicaciones, sino también fomentar una toma de decisiones informada en torno de la salud sexual y reproductiva.

Bibliografía

- Schwartz T, de Souza CB, Fernandes VO, *et al.* Contraception for adolescents with chronic rheumatic diseases. *Rev Bras Reumatol.* 2016;56(3):226-31. doi:10.1016/j.rbr.2015.08.008. PMID: 28137405.
- de Siqueira GM, da Silva CA, Bonfa E, *et al.* Sexuality in adolescents with rheumatic diseases: contraception, HPV vaccination and pregnancy. *Rev Bras Reumatol.* 2018;58(3):267-72. doi:10.1016/j.rbr.2017.11.007. PMID: 30135988.

DCo4

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS ASOCIADAS A AUTOANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE, ISSSTE

M.I. De la Cera-Rodríguez¹, A. Vázquez-Vázquez
Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípido (SAAF) es una enfermedad autoinmune con características sistémicas que se relaciona con trombosis arterial, venosa o microvascular, y morbilidad durante el embarazo en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos (aFL) persistentes; sin embargo, en la población pediátrica no existen criterios bien establecidos. Las características clínicas del SAAF se pueden clasificar en trombóticas y no trombóticas, y dentro de este grupo se describen las hematológicas (púrpura trombocitopénica autoinmune, anemia hemolítica autoinmunitaria y síndrome de Evans), dermatológicas (livedo reticular y fenómeno de Raynaud) y neurológicas (epilepsia, migraña y corea). Las manifestaciones clínicas tienen especial importancia en los pacientes pediátricos y por tanto la identificación temprana de dichas características permite sospechar, diagnosticar, clasificar a la enfermedad y estadificar el riesgo.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas no trombóticas en pacientes pediátricos con positividad de anticuerpos antifosfolípidos y clasificar su perfil de riesgo.

Material y métodos: Investigación de tipo observacional, transversal y retrospectivo de pacientes pediátricos tratados en el Hospital Regional 1° de Octubre en el servicio de reumatología pediátrica en el periodo comprendido entre agosto del 2022 y marzo del 2025.

Resultados: Se incluyó a un total de 21 pacientes, de los cuales siete se clasificaron como SAAF primario y 14 como SAAF secundario y ésta fue la principal enfermedad relacionada con el lupus eritematoso sistémico. En

cuanto a la positividad de autoanticuerpos, ocho pacientes tenían marcador único, cuatro doble marcador y nueve triple marcador, y se describió un predominio de manifestaciones hematológicas con el 57,1%, seguidas de manifestaciones dermatológicas con el 76,1% y neurológicas con 9,5%. Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Resultados del protocolo de estudio “Características clínicas y bioquímicas asociadas a autoanticuerpos antifosfolípidos en población pediátrica del Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE”. (DC04)

Clasificación del SAAF	
SAAF primario	7 pacientes
SAAF secundario	14 pacientes
Marcadores positivos en pacientes con SAAF	
Marcador único	8 pacientes
Doble marcador	4 pacientes
Triple marcador	9 pacientes
Principales manifestaciones clínicas	
Dermatológicas	76,1%
Hematológicas	57,1%
Neurológicas	9,5%

Conclusiones: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos se define como aquel que se manifiesta con trombosis venosa o arterial y morbilidad obstétrica ante la presencia de títulos elevados de autoanticuerpos antifosfolípidos en dos o más determinaciones. Actualmente existen los criterios clasificatorios ACR/EULAR 2023, pero éstos no son criterios clasificatorios aplicables al diagnóstico en la población pediátrica. La ausencia de criterios clasificatorios en el paciente pediátrico, vinculada con la falta de factores protrombóticos y el aumento de la incidencia de falsos positivos en la determinación de autoanticuerpos, concede un importante peso a las características clínicas, principalmente hematológicas, dermatológicas, cardíacas y neurológicas para su sospecha, muchas de ellas fuera de los criterios diagnósticos de la enfermedad. La presente serie de pacientes describe los episodios trombóticos, las características clínicas y de laboratorio de estos pacientes, y establece un predominio de las manifestaciones dermatológicas, seguidas de las hematológicas en los pacientes con autoanticuerpos antifosfolípidos positivos; por lo tanto, con estos resultados se busca dar un seguimiento adecuado a los pacientes con dichas características para establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos y mejorar la calidad de vida.

Bibliografía

- Mojca Zajc Avramovic, Tadej Avcin. Antiphospholipid syndrome in children. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology.* 2024;101986-6.
- Soybilgic A, Avcin T. Pediatric APS: state of the art. *Current Rheumatology Reports.* 2020;22(3).
- Barbhaiya M, Zuily S, Naden R, *et al.* 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2023;82(10):1258-70.

DCo5

RELACIÓN EN LA SENSIBILIZACIÓN CENTRAL E IMPACTO MULTISISTÉMICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE HIPERMOVILIDAD ARTICULAR

A.P. Montemayor-Zarazúa, C. Ayala-García, V. Villarreal-Villarreal, V. Saldana-Fraire, D.J. Pacheco-Estrella, C.V. Elizondo-Solís, O. Ilizaliturri-Guerra, A.C. Arana-Guajardo, E. Purón-González, N.E. Rubio-Pérez, K. Silva-Luna, L.I. Lozano-Plata, M.R. García-Pompermayer, M.A. Garza-Elizondo

Instituto de Medicina Interna, Centro Médico Zambrano Hellion, TecSalud

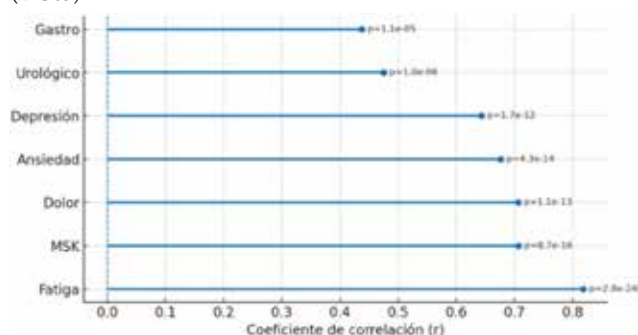
Introducción: La sensibilización central (SC) es un proceso fisiopatológico en el cual el sistema nervioso central (SNC) sufre cambios adaptativos que alteran el procesamiento del dolor y otros estímulos sensitivos, lo que provoca un estado aumentado y persistente de la reactividad neural. Esta hiperexcitación del SNC amplifica los mensajes sensoriales incluso en ausencia de estímulos, lo que deriva en dolor crónico, generalizado y migratorio, hiperreactividad sensorial, manifestaciones multisistémicas, y también se relaciona con alteraciones caracterizadas por la presencia de dolor musculoesquelético, como el trastorno del espectro de hipermovilidad articular. Las crecientes publicaciones científicas que abordan la interacción entre ambas alteraciones han propiciado la apertura de nuevas líneas de investigación y han expandido el horizonte terapéutico con el que puede atenderse a estos pacientes.

Objetivo: Determinar la relación entre el grado de sensibilización central y las manifestaciones multisistémicas en pacientes con hipermovilidad articular.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de hipermovilidad articular atendidos en la clínica de hipermovilidad del Centro Médico Zambrano Hellion entre noviembre de 2024 y agosto de 2025. A todos los participantes se les aplicaron los cuestionarios validados SPIDER (manifestaciones multisistémicas) y *Central Sensitization Inventory* (CSI). Las relaciones entre el CSI y los dominios del SPIDER se determinaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Para controlar el error por comparaciones múltiples, los valores de p se ajustaron con el procedimiento de FDR de Benjamini-Hochberg; se consideró significativo un valor de $q < 0,05$.

Resultados: Noventa y seis pacientes completaron las evaluaciones. El CSI se correlacionó positiva y significativamente con todos los dominios SPIDER (Figura 1). La relación más sólida fue con fatiga ($r = 0,818$), MSK ($r = 0,707$) y dolor ($r = 0,706$), y moderadas para ansiedad ($r = 0,676$), depresión ($r = 0,643$), urogenital ($r = 0,475$) y gastrointestinal ($r = 0,437$). Todas permanecieron significativas tras la corrección FDR ($q < 0,05$).

Figura 1. Correlación entre el CSI y los distintos dominios SPIDER. (DC05)



Conclusiones: El presente análisis demostró que existe una relación positiva entre la sensibilización central y diversas manifestaciones multisistémicas que experimentan los pacientes con trastorno del espectro de hipermovilidad articular atendidos en la clínica de hipermovilidad del Centro Médico Zambrano Hellion. La caracterización de esta vinculación permite explicar por qué las manifestaciones como fatiga, dolor y ansiedad, entre otras, son prevalentes en la población hipermóvil. Adicionalmente, facilita el abordaje integral y personalizado de los pacientes.

Bibliografía

- Di Stefano G, Celletti C, Baron R, *et al.* Central sensitization as the mechanism underlying pain in joint hypermobility syndrome/Ehlers-Danlos syndrome, hypermobility type. *European Journal of Pain* (London, England). 2016;20(8):1319-1325. <https://doi.org/10.1002/ejp.856>.
- Guarnieri V, Castori M. Clinical relevance of joint hypermobility and its impact on musculoskeletal pain and bone mass. *Curr Osteoporos Rep*. 2018;16:333-343. <https://doi.org/10.1007/s11914-018-0460-x>.
- Tomašević-Todorović S, Spasojević T. Central sensitization in patients with chronic musculoskeletal pain. *Acta Clinica Croatica*. 2023;62(Suppl4):102-106. <https://doi.org/10.20471/acc.2023.62.s4.15>.

- Volcheck MM, Graham SM, Fleming KC, *et al.* Central sensitization, chronic pain, and other symptoms: better understanding, better management. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2023;90(4):245-254. <https://doi.org/10.3949/ccjm.90a.22019>.

DCo6

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A FRACTURAS VERTEBRALES EN ARTRITIS REUMATOIDE

L.C. González-López, L.R. Rodríguez-Santillán, A.L. Hernández-Orozco, S. Luna, K.F. Pacas-Jiménez, A.D. Rocha-Muñoz, J.M. Ponce-Guarneros, M.F. Alcaraz-López, F. González-Ponce, E.E. Gómez-Ramírez, M. Ramírez-Villafañá, S.E. Totsuka-Sutto, G.E. Cardona-Muñoz, Y. Esparza-Guerrero, J.I. Gámez-Nava

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, UDG, Guadalajara

Introducción: Las fracturas vertebrales comprometen la estabilidad y calidad de vida del paciente con artritis reumatoide (AR). Son causa importante de morbilidad. En la AR, las fracturas vertebrales se deben por una parte a la pérdida ósea y la inflamación crónica propia de la enfermedad. En mujeres mexicanas posmenopáusicas sin AR, el estudio LAVOS señaló una prevalencia de fracturas vertebrales del 19%. Un metaanálisis ha notificado una mayor prevalencia de fracturas vertebrales en AR en comparación con los controles (20,3% *vs.* 8,6%); sin embargo, este metaanálisis excluye la información de Latinoamérica y sólo incluye a un grupo de pacientes argentinos, por lo que la información acerca de pacientes mexicanos es escasa.

Objetivo: Comparar las prevalencias de fracturas vertebrales en pacientes con AR y controles y evaluar los factores relacionados con fracturas vertebrales en pacientes con AR.

Material y métodos: Diseño del estudio: transversal analítico. Se incluyó a 159 pacientes con AR según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, de sexo femenino y mayores de 18 años comparados con 98 controles de similar edad evaluados con densitometría en el Instituto de Terapéutica Experimental y Clínica (INTEC) del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Se realizaron historia clínica y exploración física para identificar los factores de riesgo de osteoporosis y fracturas vertebrales. Se realizó densitometría ósea de columna y cadera por absorciometría dual de rayos X (DXA) con un densitómetro iDXA GE LUNAR (software versión 16.0, Madison, WI, USA) para identificar osteoporosis y morfometría lateral vertebral para reconocer fracturas vertebrales. Se consideró fractura vertebral definida como una disminución del tamaño vertebral $\geq 25\%$, que corresponde al grado II de la clasificación de Genant.

Resultados: Se estudió a 159 mujeres con AR y 98 controles. La prevalencia de fracturas de cuerpos vertebrales en AR fue de 38,1% y en controles de 31,6%. Los sitios más frecuentes de fractura vertebral en la AR fueron las columnas dorsal (26,3%) y lumbar (8,1%). Análisis de los factores entre los grupos AR con fractura y AR sin fracturas: en el grupo de AR con fractura se encontró mayor duración de la enfermedad ($15,5 \pm 9,3$ *vs.* $12,6 \pm 8,7$, $p = 0,04$), menor índice de masa corporal ($21,7 \pm 4,7$ *vs.* $26,1 \pm 4,7$, $p = 0,05$), mayor puntuación de DAS28 ($3,7 \pm 1,1$ *vs.* $3,3 \pm 1,06$, $p = 0,02$), mayor frecuencia de actividad de la enfermedad (85,2% *vs.* 69,8%, $p = 0,02$), mayor frecuencia de discapacidad funcional (78,7% *vs.* 57,3%, $p = 0,006$) y mayor elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) ($27,25 \pm 11,8$ *vs.* $22,48 \pm 9,5$, $p = 0,007$). No hubo relación de las fracturas de cuerpos vertebrales con los antecedentes familiares de fracturas, comorbilidades y valor de la proteína C reactiva (PCR). Se identificó una tendencia no significativa a mayor porcentaje de uso de glucocorticoides en la AR con fracturas (86,9 *vs.* 75,8, $p = 0,09$). No hubo diferencia significativa entre AR con o sin fracturas en tabaquismo, alcoholismo, años de menopausia, tratamiento sustitutivo y antecedentes familiares de fracturas. Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: La prevalencia de fracturas vertebrales fue mayor en pacientes con AR que en los controles. Las fracturas vertebrales se relacionaron principalmente con mayor duración de la enfermedad y mayor actividad inflamatoria (DAS28 y VSG), no tanto con factores habituales de

riesgo para osteoporosis, lo que resalta la importancia del control estricto de la actividad de la enfermedad en pacientes con AR para prevenir fracturas vertebrales.

Tabla 1. Características generales y clínicas de los pacientes con AR con y sin fracturas. (DC06)

Variable	AR sin fracturas n = 98	AR con fracturas n = 61	p
Edad, media $\pm$ DE	59,71 $\pm$ 8,9	58,91 $\pm$ 10,1	0,61
Duración de la enfermedad	12,6 $\pm$ 8,7	15,5 $\pm$ 9,3	0,04
IMC, media $\pm$ DE	26,09 $\pm$ 4,7	21,71 $\pm$ 4,7	0,05
Duración de la menopausia, media $\pm$ DE	11,8 $\pm$ 9,4	11,9 $\pm$ 9,6	0,98
Fracturas en padre o madre, n (%)	20 (31,7)	9 (23,1)	0,34
Hipertensión arterial, n (%)	45 (0,9%)	22 46 (36,1%)	0,81
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	10 (10,4%)	6 (9,8%)	0,90
Características de la AR			
DAS28-VSG	3,3 $\pm$ 1,06	3,7 $\pm$ 1,1	0,02
Actividad de la enfermedad (DAS28 $\geq$ 3,2), n (%)	67 (69,8)	52 (85,2)	0,02
Articulaciones inflamadas, media $\pm$ DE	1,5 $\pm$ 2,7	2,2 $\pm$ 3,8	0,22
HAQ-DI $\geq$ 0,6 (discapacidad), n (%)	55 (57,3)	48 (78,7)	0,006
VSG, media $\pm$ DE	22,48 $\pm$ 9,5	27,25 $\pm$ 11,8	0,007
Agentes biológicos, n (%)	11 (11,5)	10 (16,4)	0,39
Metrotexato, n (%)	51 (53,7)	31 (50,8)	0,72
Glucocorticoides, n (%)	72 (75,8)	53 (86,9)	0,09
Tratamiento osteoporosis, n (%)	21 (29,6)	20 (45,5)	0,08
Estatinas, n (%)	3 (3,1)	3 (4,9)	0,56

IMC, índice de masa corporal; DAS28-VSG, Disease Activity Score-28-VSG; HAQ-DI, Cuestionario de Evaluación de la Salud-Índice de Discapacidad; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular.

Las variables cuantitativas expresadas en media $\pm$ DE se compararon con t de Student; las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes y se compararon con ji cuadrada. Valor estadístico p < 0,05.

Bibliografía

- Clark P, Cons-Molina F, Deleze M, *et al.* The prevalence of radiographic vertebral fractures in Latin American countries: the Latin American Vertebral Osteoporosis Study (LAVOS). Osteoporosis International. 2009;20(2):275-82.
- Liu Y, Jiang J, Mo M, *et al.* Incidence and risk factors for vertebral fracture in rheumatoid arthritis: an update meta-analysis. Clin Rheumatol. 2022 May 10;41(5):1313-22.
- Kasture A, Nene A, Patel P. Classification of osteoporotic vertebral compression fractures-current updates and how to manage them. Indian Spine Journal. 2025 May;8(2):109-13.

DC07

FUERZA DE PRENSIÓN COMO INDICADOR DE SARCOPE-NIA EN MUJERES ADULTAS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA

M.A. Villarreal-Zamarrón, J.F. Torres-Pérez, R. Salinas-Martínez
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, de Monterrey, NL

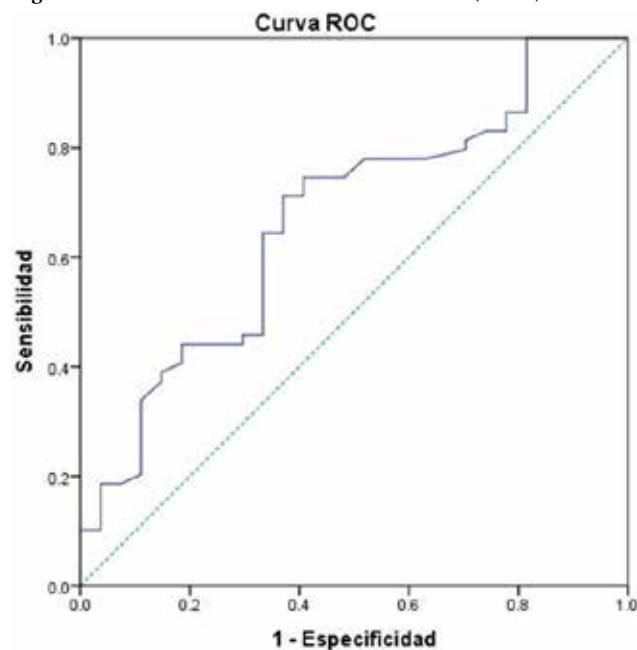
Introducción: La sarcopenia es un síndrome caracterizado por la pérdida progresiva y generalizada de masa y función musculares, relacionado con

un mayor riesgo de discapacidad, caídas, fracturas y mortalidad en adultos mayores. La prevalencia de sarcopenia en pacientes con fractura de cadera varía ampliamente según sean la población, los criterios diagnósticos y los métodos utilizados, con intervalos publicados de 17 a 70%. El diagnóstico clínico de sarcopenia incorpora evaluaciones de fuerza muscular, masa muscular y rendimiento físico, de acuerdo con las guías internacionales como las del *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWG-SOP), actualizadas en EWGSOP2, en las cuales la fuerza de prensión manual se utiliza como umbral inicial para detectar probable sarcopenia. No obstante, no es claro si los puntos de corte establecidos son aplicables a la población mexicana femenina con fractura de cadera, lo que subraya la necesidad de realizar estudios específicos en este contexto.

Objetivo: Analizar la capacidad discriminativa y determinar el mejor punto de corte de fuerza de prensión para detectar sarcopenia en mujeres adultas mayores con fractura de cadera.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en el que se incluyó a mujeres mayores de 60 años con diagnóstico de fractura de cadera que se hospitalizaron en el Hospital Universitario José Eleuterio González. A las pacientes se les midió la fuerza de prensión manual con un dinamómetro Jama y posteriormente la circunferencia de la pantorrilla. La sarcopenia se definió como un diámetro < 31 cm. Se evaluó el rendimiento diagnóstico de la fuerza de prensión con curva ROC para detectar sarcopenia (Figura 1). Por último, se calculó el índice de Youden de distintos puntos de corte y se determinó el más alto.

Figura 1. Pacientes femeninos con fractura de cadera. (DC07)



Resultados: Se incluyó a 86 pacientes femeninas con una mediana de edad de 79 años (72,5-86,2 RIC), mediana de circunferencia de pantorrilla de 29 cm (26,8-31 RIC) y fuerza de prensión de 11,9 kg (8,5-15,6 RIC). La prevalencia de sarcopenia fue de 68,6%. El área bajo la curva de la fuerza de prensión para detectar sarcopenia fue de 0,669 (IC95%, 0,549-0,791; p = 0,01). El punto de corte con mayor índice de Youden fue de 13,65 kg con una sensibilidad de 74,6% y especificidad de 59,3%.

Conclusiones: En este estudio se observó que la fuerza de prensión manual es un indicador cercano al aceptable para detectar sarcopenia con una p significativa y sin cruzar la línea de no discriminación, en mujeres geriátricas con fractura de cadera. El mejor punto de corte detectado de 13,65 kg es menor al valor establecido en consensos europeos de sarcopenia (< 16 kg) en mujeres. Esta diferencia se puede deber a cambios étnicos de la composición corporal y al hecho de seleccionar una población con fractura de cadera como factor de riesgo. La prevalencia elevada de sarcopenia encontrada concordó con la de estudios previos en pacientes con fractura

de cadera. Son necesarios más estudios y una mayor población a estudiar para determinar si la fuerza de prensión es una herramienta de tamizaje útil para reconocer sarcopenia en adultos mayores con fractura de cadera.

Bibliografía

1. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, *et al.* Sarcopenia: revised european consensus on definition and diagnosis. age and ageing [Internet]. 2019;48(1):16-31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30312372/>.
2. Dionyssiotis Y, Olascoaga-Gómez de León A. Sarcopenia and hip fractures. Journal of Frailty, Sarcopenia and Falls [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 21];9(1):1-3. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10910255/>
3. Pérez-Zepeda MU, Sánchez-Garrido N, González-Lara M, *et al.* Sarcopenia prevalence using simple measurements and population-based cutoff values. PubMed. 2016;2(1):8-13.

DCo8

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO, PATRONES TOMOGRÁFICOS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

V.M. García-González, S. Muñoz-López, F. Irazoque-Palazuelos
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune que afecta a las glándulas exocrinas. Los síntomas más característicos son el síndrome seco, xerostomía y xeroftalmía, pero puede afectar a múltiples órganos. La afectación extraglandular determina el pronóstico. Se relaciona de forma típica con la presencia de anticuerpos antinucleares, incluidos los anticuerpos Ro-60. La afectación pulmonar se manifiesta como bronquiectasias o neumonía intersticial. Dada su alta prevalencia, debe descartarse en todos los pacientes con síntomas respiratorios mediante pruebas de función pulmonar y tomografía computarizada de tórax de alta resolución.

Se ha registrado una prevalencia de EPI en SSsp de 9 a 24%, aunque si se incluyen los hallazgos subclínicos por tomografía la prevalencia puede ser hasta de 35 a 60%; los factores de riesgo relacionados son edad avanzada, hombre, ESSDAI elevado, Raynaud, factor reumatoide elevado, C4 bajo, tabaquismo, VSG y PCR elevada, DHL elevada, positividad a anti-Ro52/SSA y anti-La/SSB.

Objetivo: Determinar la prevalencia de EPI, frecuencia de patrones tomográficos y los factores de riesgo vinculados con EPI en pacientes con SSsp atendidos en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y analítico en mayores de 18 años con SSsp, en el periodo del 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2024. Se realizó el análisis descriptivo de las características demográficas y clínicas. Para variables cuantitativas se compararon medias de acuerdo con la distribución; las variables dicotómicas se analizaron con la prueba ji cuadrada de Pearson y *odds ratio* con IC a 95%. En todos los casos se estableció un valor p significativo < 0,05.

Resultados: Se incluyó a un total de 69 pacientes diagnosticados con SSsp, 66 mujeres (95,7%) y 3 hombres (4,3%). La edad promedio al diagnóstico fue de 58,75 años. La prevalencia de EPI fue de 24,6%. El patrón tomográfico observado con mayor frecuencia fue la neumopatía tipo NINE (88,24%), seguida por las de tipos NIU y NIL con un 5,88% cada uno. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con y sin EPI en cuanto a edad al diagnóstico, sexo, fenómeno de Raynaud, titulación del factor reumatoide, hipocomplementemia C4, linfopenia, valores de VSG y PCR, titulación de anti-Ro/SSA y anti-La/SSB, y prevalencia de tabaquismo (Tablas 1 y 2).

Conclusiones: En esta población se determinó una prevalencia de EPI en SSsp de 24,6% con un patrón NINE en el 88% de los casos, que concuerda con lo informado en las publicaciones médicas. Sin embargo, no se pudo demostrar un vínculo de la EPI con los factores de riesgo antes descritos, tal vez por el tamaño relativamente pequeños de la muestra, por lo que será conveniente incrementar su tamaño.

Tabla 1. Comparación de medias de variables cuantitativas. (DC08)

Variable	Pacientes sin EPI (n = 52)	Pacientes con EPI (n = 17)	Valor p
Edad promedio de diagnóstico de SSsp (años ± DE)	59,79 ± 12,17	55,59 ± 8,96	0,195
Factor reumatoide Concentración promedio (UI/mL) ± DE	32,00 (10,00-139,00)	50,00 (17,50-112,00)	0,395
Complementemia C4 Concentración promedio (mg/dL) ± DE	16,21 ± 7,34	14,76 ± 6,62	0,473
Linfocitos Concentración promedio (cel/mm ³) ± DE	1451,92 ± 402,20	1558,29 ± 547,79	0,389
Velocidad de sedimentación globular (VSG) Concentración promedio (mm/h) ± DE	28,52 ± 12,06	35,06 ± 17,24	0,087
Proteína C reactiva (PCR) Concentración promedio (mg/L) ± DE	2,00 (1,00-3,68)	3,00 (1,20-8,20)	0,104
Anticuerpos anti-Ro/SSA Concentración promedio (UI/mL) ± DE	85,56 ± 51,95	96,47 ± 52,74	0,228

Tabla 2. Comparación de variables cualitativas. (DC08)

Variable	Pacientes sin EPI (n = 52)	Pacientes con EPI (n = 17)	Valor p	OR (IC95%)
Edad > 50 años al diagnóstico de SSsp, frecuencia (%)	39 (75,00%)	13 (76,47%)	0,903	1,083 (0,300-3,914)
Género, frecuencia (%)				
Masculino	2 (3,85%)	1 (5,88%)	0,721	1,563 (0,133-18,391)
Femenino	50 (96,15%)	16 (94,12%)		
Fenómeno de Raynaud positivo, frecuencia (%)	15 (28,85%)	9 (52,94%)	0,099	2,531 (0,826-7,756)
Factor reumatoide Porcentaje de positividad, frecuencia (%)	34 (65,38%)	13 (76,47%)	0,476	1,579 (0,447-5,574)
Complementemia C4 Porcentaje de pacientes con hipocomplementemia, frecuencia (%)	10 (19,23%)	6 (35,29%)	0,173	2,291 (0,683-7,686)
Linfocitos Porcentaje de pacientes con linfopenia, frecuencia (%)	4 (7,69%)	3 (17,65%)	0,238	1,571 (0,513-12,877)
Velocidad de sedimentación globular (VSG) Porcentaje de positividad, frecuencia (%)	35 (67,31%)	12 (70,59%)	0,801	1,166 (0,353-3,845)
Proteína C reactiva (PCR) Porcentaje de positividad, frecuencia (%)	13 (25,00%)	8 (47,06%)	0,086	2,667 (0,852-8,343)
Anticuerpos anti-Ro/SSA Porcentaje de positividad, frecuencia (%)	38 (73,08%)	15 (88,24%)	0,199	2,763 (0,559-13,653)
Tabaquismo, frecuencia (%)	13 (25,00%)	5 (29,41%)	0,719	1,250 (0,370-4,224)

Bibliografía

1. La Rocca G, Ferro F, Sambataro G, *et al.* Interstitial lung disease phenotypes and predictive risk factors in primary Sjögren's syndrome. J Clin Med. 2024;13(16):4963.
2. Huang Y, Qiu Y, Xie Z, *et al.* Risk factors and prognosis of interstitial lung disease for primary Sjögren syndrome patients: a retrospective case-control study. Clin Rheumatol [Internet]. 2023;42(11):3033-41

DC09

ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE INFLAMACIÓN INMUNE Y LA SINOVITIS EVALUADA POR ECOGRAFÍA EN ARTRITIS REUMATOIDE

E.E. Aguilar-Oliva¹, L.M. Amezcua-Guerra¹, I.J. Valenzuela-Ruelas¹, A. Vargas-Guerrero¹, C. Soto-Fajardo², K. Arias-Callejas¹, A. Espino-sa-Orantes¹, C. Pineda-Villaseñor², L.H. Silveira¹

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

Introducción: El índice panimmune de inflamación (IPI) es un biomarcador compuesto novedoso derivado de parámetros hematológicos, que refleja el equilibrio sistémico de la actividad inmunoinflamatoria. Aunque se ha explorado en diversas enfermedades inflamatorias, su relación con la sinovitis detectada por ecografía en pacientes con artritis reumatoide (AR) no se ha caracterizado. La ecografía musculoesquelética permite una detección sensible de sinovitis mediante puntuaciones semicuantitativas en escala de grises (EG) y Doppler de poder (DP), con una escala de 0 a 3 para cada articulación.

Objetivo: Evaluar la relación entre el IPI y la sinovitis, determinada mediante las puntuaciones ecográficas EG y DP, y comparar dichas correlaciones con la actividad clínica de la enfermedad (DAS28) y la discapacidad funcional (HAQ-DI) en pacientes con AR.

Material y métodos: Se incluyó de modo prospectivo a pacientes con AR de una cohorte institucional. Se evaluaron bilateralmente las muñecas y las articulaciones metacarpofalángicas (MCF) segunda y tercera con el sistema de puntuación semicuantitativo EULAR-OMERACT. El IPI se calculó como: (neutrófilos $\times$ monocitos $\times$ plaquetas)/linfocitos. Se emplearon coeficientes de Spearman (ρ) con intervalos de confianza (IC) del 95% para evaluar las relaciones entre IPI, DAS28-PCR, HAQ-DI y las puntuaciones ecográficas. Se desarrollaron modelos de regresión lineal multivariable con las puntuaciones EG y DP como variables dependientes. Los valores de IPI también se compararon con los de una población de referencia compuesta por adultos sanos residentes en la Ciudad de México.

Resultados: Se incluyó a 70 pacientes con AR, que se compararon con 2 170 adultos sanos. Las puntuaciones EG se correlacionaron significativamente con el IPI ($\rho = 0,356$; IC95%, 0,155-0,529) y con el DAS28-PCR ($\rho = 0,411$; IC95%, 0,217-0,574), pero no con el HAQ-DI ($\rho = 0,027$; IC95%, -0,180 a 0,239). De forma similar, las puntuaciones DP se correlacionaron con el IPI ($\rho = 0,344$; IC95%, 0,141-0,519) y con el DAS28-PCR ($\rho = 0,459$; IC95%, 0,273-0,612), pero no con el HAQ-DI ($\rho = 0,069$; IC95%, -0,145 a 0,279). En los modelos multivariados, el IPI ($\beta = 0,0061$, $p = 0,001$) y el DAS28-PCR ($\beta = 1,120$, $p = 0,014$) se vincularon de forma independiente con las puntuaciones EG; ambos, IPI ($\beta = 0,0043$, $p = 0,004$) y DAS28-PCR ($\beta = 0,960$, $p = 0,007$), también fueron predictores independientes de las puntuaciones DP. De manera destacada, el 42% de los pacientes con AR mostró valores de IPI por encima del percentil 75^o (285,3) de la población sana de referencia.

Conclusiones: La sinovitis detectada por ecografía se relaciona de manera independiente con la actividad inflamatoria sistémica, medida por el IPIV, y con la actividad clínica de la enfermedad, evaluada con el DAS28-PCR, pero no con la discapacidad funcional señalada por el paciente. Estos hallazgos sugieren que el IPI podría representar un biomarcador no invasivo útil para cuantificar la carga inflamatoria en la AR.

Bibliografía

- Tutan D, Doğan AG. Pan-Immune-Inflammation Index as a biomarker for rheumatoid arthritis progression and diagnosis. *Cureus*. 2023;15:1-10.
- Şen Uzeli Ü, Başaran PÖ. Pan-immune inflammation value as a biomarker in ankylosing spondylitis and associated with disease activity. *Anatol Curr Med J*. 2024;6:48-54.
- Filippou G, Scirè CA, Damjanov N, *et al*. Definition and reliability assessment of elementary ultrasonographic findings in calcium pyrophosphate deposition disease: A study by the OMERACT calcium pyrophosphate deposition disease ultrasound subtask force. *J Rheumatol*. 2017;44:1744-9.

DC10

DESENLACES MATERNOFETALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS PRIMARIO DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA (2009-2024)

J. Godina-Hernández, M.A. Saavedra-Salinas, A. Sánchez-González, D.G. Miranda-Hernández

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos es una enfermedad autoinmune caracterizada por episodios recurrentes de alteraciones trombóticas arteriales, venosas o microvasculares, en relación con la persistente positividad de anticuerpos antifosfolípidos (LAC, ACL, AB2GPI). Hasta 30% de las pacientes experimenta desenlaces obstétricos adversos a pesar del tratamiento estándar con anticoagulación. La pérdida gestacional recurrente es la principal complicación fetal, mientras que la materna más notificada es la preeclampsia. El riesgo de trombosis es diferente de acuerdo con el perfil de anticuerpos que se presente. La mayor importancia clínica la posee el anticoagulante lúpico (mayor relación con episodios trombóticos y muerte fetal). Existe mayor riesgo de trombosis con la triple positividad. Los embarazos en pacientes con SAAF se consideran de alto riesgo, por lo que el tratamiento farmacológico y la frecuencia y modalidad del seguimiento deben basarse en el estado materno y fetal.

Objetivo: Describir las complicaciones materno-fetales en pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, los factores de riesgo relacionados con desenlaces materno-fetales adversos y su vinculación con los perfiles de anticuerpos antifosfolípidos.

Material y métodos: Estudio analítico, descriptivo, retrospectivo, longitudinal y de cohorte que incluyó a pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario con desenlaces materno-fetales y neonatales valorados en el servicio de reumatología del CMN La Raza entre el 2009 y el 2024. El análisis descriptivo incluyó variables cualitativas expresadas en frecuencias y porcentajes, cuantitativas en medias con DE o mediana y rangos intercuartílicos según fuera la distribución, χ^2 y regresión logística.

Resultados: Se incluyó a 91 pacientes con 105 desenlaces materno-fetales. El desenlace fetal más frecuente fue el óbito (22%) y el materno la preeclampsia (16%). En el grupo de complicaciones fetales existió un mayor porcentaje con trombocitopenia (RR 3,79), mayor positividad a AL (RR 3,3) y doble positividad para aFL tanto ACL/AL (RR 5,02) como ACL/AB2GPI (RR 4,56). En el grupo sin complicaciones fetales se encontraron como factores protectores el uso de HBPM durante el embarazo (RR 0,162), la positividad para ACL IgM (RR 0,388) y la resolución por cesárea (RR 0,178). No se encontraron diferencias entre los porcentajes de presentación entre las pacientes que desarrollaron complicaciones por SAAF y las que no (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis multivariado para complicaciones fetales adversas. (DC10)

	RR	IC
Antecedente de aborto > 10 SDG	0,697	0,50-0,97
Manifestaciones no criterio	4,43	1,40-14,06
Trombocitopenia	3,79	1,19-12,03
Uso de HBPM durante el embarazo	0,162	0,045-0,58
Positividad para ACL IgM	0,388	0,158-0,953
Positividad para anticoagulante lúpico	3,3	1,30-8,64
Positividad para 2 aFL	3,8	1,4-10,2
Positividad para ACL/AL	5,02	1,7-14,05
Positividad para ACL/AB2GPI	4,56	1,15-18,02
Positividad de ANA	3,2	1,16-8,98
Resolución por cesárea	0,178	0,05-0,56

Conclusiones: Los factores de riesgo fueron la trombocitopenia (RR 3,79), positividad para AL (RR 3,3) y la doble positividad ACL/LA (RR 5,02) y ACL/AB2GPI (RR 4,56); los factores de protección fueron el uso

de HBPM (RR 0,162), ACL IgM (RR 0,388) y resolución por cesárea (RR 0,178).

Bibliografía

- Xourgia E, Tektonidou MG. An update on antiphospholipid syndrome. *Curr Rheumatol Rep*. 2022;23(12):1-2.
- Alijotas-Reig J, Esteve-Valverde E, Anunciación-Llunell A, *et al*. Pathogenesis, diagnosis and management of obstetric antiphospholipid syndrome: a comprehensive review. *J Clin Med [Internet]*. 2022;11(3):675.

DC11

EXPERIENCIA DE LA TERAPIA CON RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

C.C. León-Rodríguez¹, H. Menchaca-Aguayo¹, D. Alpízar-Gutiérrez², R. Gutiérrez-Hernández¹, E. Faugier-Fuentes¹

⁽¹⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: El recambio plasmático terapéutico constituye una intervención bien fundamentada en la atención de enfermedades autoinmunes, particularmente en etapas agudas y de gravedad, cuando los tratamientos inmunosupresores requieren tiempo para generar efectos y la intervención temprana resulta determinante. No obstante, la evidencia disponible en la población pediátrica es escasa y la experiencia obtenida en adultos no puede extrapolarse de forma directa.

Objetivo: Analizar el uso del recambio plasmático terapéutico (RPT) en niños con enfermedades autoinmunes atendidos en un hospital pediátrico de tercer nivel en México, y describir sus características clínicas, indicaciones, efectividad, seguridad y factores relacionados con la mortalidad.

Material y métodos: Estudio transversal y retrospectivo. Se incluyó a pacientes menores de 18 años con diagnóstico de enfermedad autoinmune que recibieron RPT entre 2022 y 2025 en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se clasificó a los pacientes y se siguieron las recomendaciones según la Sociedad Americana de Aféresis (ASFA). Se analizaron variables demográficas, clínicas y de laboratorio. Se evaluó la respuesta clínica durante la primera semana posterior a la RPT (**Figura 1**); la remisión completa se definió como la normalización de los estudios de laboratorio y la ausencia de síntomas clínicos; la remisión parcial se consideró la mejoría de al menos el 50% de los parámetros de laboratorio sin aparición de nuevos síntomas; y la persistencia la ausencia de mejoría. Se registraron las muertes durante la hospitalización en la que se realizó la RPT. Se exploraron factores vinculados con mortalidad mediante regresión logística univariable y multivariable.

Resultados: Se evaluó a 41 pacientes, con una mediana de edad de 12 años y predominio del sexo femenino (68%). Las principales indicaciones para el recambio plasmático terapéutico (RPT) fueron lupus eritematoso sistémico (41,5%) y síndrome de superposición (24,4%). Tras el procedimiento, el 83,4% alcanzó remisión parcial o completa. El RPT mostró buena tolerancia y presentó pocos efectos adversos. La mortalidad global fue del 14,6% (seis casos), todos con sepsis relacionada ($p < 0,001$). Los

valores iniciales de proteína C reactiva, procalcitonina, ferritina y DHL fueron más altos en los pacientes fallecidos, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. En el análisis univariable, una mayor duración de la enfermedad se vinculó significativamente con la mortalidad (RM 1,05; IC95%, 1,01-1,10; $p = 0,046$); sin embargo, esta relación no se mantuvo en el modelo multivariable ajustado por edad y sexo. Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes sometidos a RPT desglosados por sexo. (DC11)

Características	Total	Masculino (n = 13)	Femenino (n = 28)	Valor p
Edad, años, mediana (RIC)	12 (8-14)	10 (8-12)	12 (8,5-14)	0,07
Duración de la enfermedad, meses, mediana (RIC)	2 (1-12)	2 (1-9)	2,5 (1-21,5)	0,37
Diagnóstico, n (%)				
Lupus eritematoso sistémico (LES)	17 (41,5)	4 (30,8)	13 (46,4)	0,04
Vasculitis relacionadas con ANCA	1 (2,4)	0 (0)	1 (3,6)	
Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF)	1 (2,4)	0 (0)	1 (3,6)	
Dermatomiositis/polimiositis juvenil	2 (4,8)	1 (7,7)	1 (3,6)	
Arteritis de Takayasu	1 (2,4)	1 (7,7)	0 (0)	
Enfermedad de Kawasaki	1 (2,4)	1 (7,7)	0 (0)	
Síndrome de superposición/dos o tres diagnósticos	10 (24,4)	1 (7,7)	9 (32,1)	
Síndrome de activación de macrófagos (SAM)	2 (4,9)	2 (15,4)	0 (0)	
Encefalitis autoinmune	6 (14,6)	3 (23,1)	3 (10,7)	
Sepsis, n (%)	16 (39,0)	5 (38,5)	11 (39,3)	1,00
Sesiones totales, mediana (RIC)	5 (5-5)	5 (5-5)	5 (5-5)	0,25
Líquido de reemplazo, albúmina, n (%)	38 (92,7)	11 (84,6)	27 (96,4)	0,23
Categoría ASFA, n (%)				
Categoría I	10 (24,4)	3 (23,1)	7 (25,0)	0,47
Categoría II	11 (26,8)	2 (15,4)	9 (32,1)	
Categoría III	20 (48,8)	8 (61,5)	12 (42,9)	
Pacientes con efectos adversos (EA)	5 (12,2)	2 (15,4)	3 (10,7)	0,64
Compromiso respiratorio ^a	23 (74,2)	7 (63,6)	16 (80,0)	0,40
Compromiso neurológico ^b	19 (70,4)	6 (60,0)	13 (76,5)	0,41
Compromiso hemodinámico	33 (82,5)	9 (60,2)	24 (88,9)	0,18
Respuesta clínica al RPT				
Remisión completa	17 (41,5)	3 (23,1)	14 (50,0)	0,25
Remisión parcial	18 (41,9)	7 (53,9)	11 (39,3)	
Persistencia/empeoramiento	6 (14,6)	3 (23,1)	3 (10,7)	

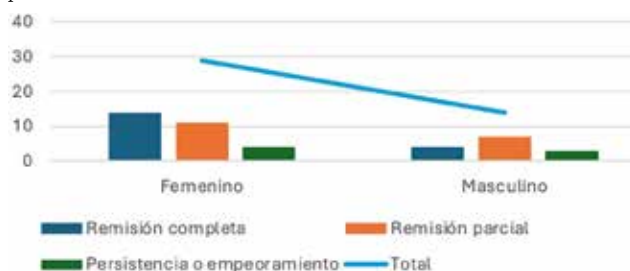
P calculada por χ^2 para variables categóricas y Kruskal-Wallis para variables continuas. Prueba de Dunn para comparaciones múltiples con método de Bonferroni. ^a33, ^b29

Conclusiones: Los resultados muestran que el recambio plasmático terapéutico (RPT) es una opción terapéutica para niños con enfermedades autoinmunes graves, con remisión parcial o completa en la mayoría de los casos. Se observaron cifras elevadas de proteína C reactiva, procalcitonina, ferritina y deshidrogenasa láctica como posibles biomarcadores relacionados con un mayor riesgo de mortalidad. Todos los pacientes fallecidos sufrieron sepsis, lo que subraya la importancia de una vigilancia estrecha en este contexto.

Bibliografía

Connolly-Smith L, Alquist CR, Aquí NA, *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 Ninth Special Issue. *J of Clinical Apheresis*. 2023;38(2):77-278.

Figura 1. Respuesta al tratamiento con recambio plasmático terapéutico por sexo. (DC11)



DC12

PATRONES DE AFECCIÓN ARTICULAR EN PACIENTES MEXICANOS CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

R.O. Guerra-Espiricueta

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más común en la infancia. Aunque está bien descrita en países desarrollados, la información proveniente de México y América Latina es todavía limitada. Describir los patrones de afectación articular y las limitaciones funcionales contribuye a un mejor reconocimiento de la enfermedad y la identificación de factores pronósticos en esta población.

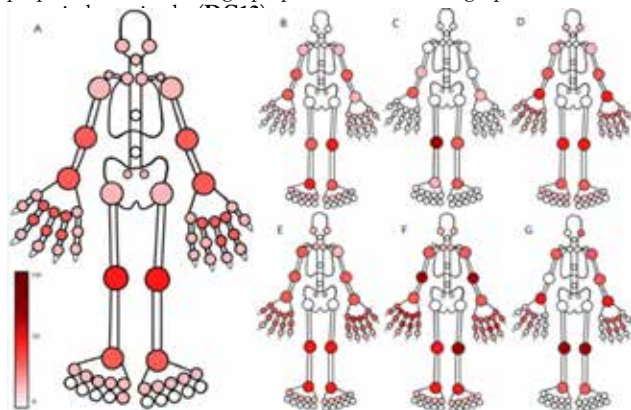
Objetivo: Describir las articulaciones más afectadas (por inflamación o limitación de los límites de movimiento) en una población mexicana con AIJ al momento del diagnóstico y después de un año de seguimiento.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes diagnosticados con AIJ según los criterios de la ILAR y atendidos en el Hospital Universitario José Eleuterio González entre 2015 y 2025. Se realizaron conteos articulares durante la visita basal (al diagnóstico) y al año de seguimiento y se especificó para cada articulación si presentaba tumefacción, limitación en el movimiento o dolor.

Se utilizó estadística descriptiva para analizar los datos clínicos generales y la afectación articular específica en toda la población y por subtipo de AIJ, con comparaciones entre subtipos.

Resultados: Se incluyó a 130 pacientes, de los cuales 91 (70%) fueron mujeres. Las categorías más frecuentes fueron AIJ poliarticular con factor reumatoide (FR) negativo (20%) y AIJ poliarticular con FR positivo (35,4%). La mediana de edad al diagnóstico fue de 118,5 meses (rango intercuartílico [RIC], 80,7-143), la mediana de seguimiento fue de 39 meses (RIC, 14,7-72) y la mediana de edad al final del seguimiento fue de 162 meses (RIC, 131-196). Las articulaciones inflamadas con más frecuencia al diagnóstico fueron las rodillas (derecha: 52 pacientes, 50,5%; izquierda: 49 pacientes, 47,5%), seguidas de las muñecas (38 pacientes, 36,9% bilateralmente) y los tobillos (derecho: 33 pacientes, 34%; izquierdo: 34 pacientes, 33%). Al año de seguimiento, la articulación más afectada fue la muñeca izquierda (16/88, 18,1%), seguida del tobillo izquierdo (15/88, 17%) y de la muñeca derecha, ambas rodillas y el tobillo derecho (13/88, 14,7% cada uno). Se encontraron diferencias en el patrón de articulaciones inflamadas al diagnóstico respecto del subtipo de AIJ, que se muestran en la **Figura 1**. Las articulaciones con mayor frecuencia de limitación de movimiento fueron las caderas (derecha: 23 pacientes, 22,3%; izquierda: 25 pacientes, 24,4%), muñecas (derecha: 16, 15,5%; izquierda: 15, 14,5%) y hombros (derecho: 14, 13,5%; izquierdo: 15, 14,5%). Al año, la limitación persistente fue más frecuente en la cadera izquierda (10/88 pacientes, 11,3%), seguida de la muñeca derecha (6/88, 6,8%), muñeca izquierda (5/88, 5,8%) y cadera derecha (3/88, 3,4%).

Figura 1. A, grupo general. B, grupo ERA. C, grupo oligoarticular. D, grupo poliarticular FR-. E, grupo poliarticular FR+. F, grupo sistémico. G,



En la visita de seguimiento al año hubo una disminución del número de articulaciones activas (909 vs. 187). Los subgrupos que mejor respondieron al tratamiento fueron el oligoarticular, en el cual las articulaciones más frecuentemente inflamadas fueron las rodillas y los tobillos; AIJ sistémica, en tobillos, muñecas y codo derecho; indeterminada, en rodillas, muñeca izquierda y ciertas articulaciones pequeñas de la mano izquierda. Los subgrupos poliarticular FR+ y FR- presentaron una reducción de la cantidad de articulaciones activas, pero aun así mostraron afectación extensa, sobre todo en rodillas y tobillos.

Conclusiones: En esta población, las articulaciones grandes, como las rodillas, muñecas y tobillos, se afectaron con más frecuencia que las pequeñas de manos o pies. Además, una proporción considerable de pacientes reveló limitaciones funcionales tanto al diagnóstico como durante el seguimiento.

Bibliografía

Heckert SL, Hissink-Muller PCE, van den Berg JM, et al. Patterns of clinical joint inflammation in juvenile idiopathic arthritis. RMD open. 2023;9(1):e002941. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2022-002941>

DC13

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFECCIONES GRAVES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

R.A. Salazar-Mendoza, J. Reyes-Gonzaga, D.G. Miranda-Hernández

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Las infecciones graves en pacientes con enfermedades reumáticas suelen presentarse de manera frecuente (30-50% de los pacientes). Se consideran una de las principales causas de hospitalización y además incrementan el riesgo de mortalidad y morbilidad hasta en un 56%, lo que altera de manera significativa la calidad de vida. Es importante reconocer estos factores para determinar un tratamiento adecuado y reducir las complicaciones a corto y largo plazos en este tipo de pacientes, así como la incidencia de infecciones y la mortalidad y mejorar el pronóstico de vida.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo relacionados con la presencia de infecciones graves en pacientes hospitalizados y su efecto en la mortalidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo y comparativo (casos y controles) con pacientes hospitalizados en el servicio de reumatología del Centro Médico Nacional La Raza, durante el periodo del 2020 al 2024 con infecciones graves. El análisis descriptivo incluyó variables cualitativas expresadas en frecuencias y porcentajes, cuantitativas en medias con desviaciones estándar o mediana y rangos intercuartílicos de acuerdo con la distribución. Dentro del grupo de casos se incluyó a pacientes mayores de 18 años de ambos sexos con diagnóstico de enfermedad reumatológica según los criterios ACR/EULAR con infecciones graves e informe de cultivo, biopsia, estudio molecular o muestra para confirmar el diagnóstico. En el grupo control se incluyó a pacientes mayores de 18 años de ambos sexos con enfermedad reumatológica de acuerdo con los criterios ACR/EULAR sin presencia de infecciones graves.

Resultados: Se incluyó a 163 pacientes con diagnóstico de enfermedad reumatológica. La enfermedad predominante fue el lupus eritematoso sistémico con un total de 92 pacientes. El género femenino tuvo mayor prevalencia con un 69,3%. La enfermedad renal crónica fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con infecciones graves (16,6% vs. 11%, $p = 0,001$) a partir del estadio 3 (11% vs. 9,2%, $p = 0,008$). El sitio de cultivo con mayor aislamiento fue el hemocultivo ($p < 0,001$) y el agente causal predominante fue *S. aureus* ($p < 0,001$). Los factores de riesgo independientes para la presencia de infecciones graves en pacientes con enfermedades reumatológicas son la enfermedad renal crónica (OR 4,6, $p = 0,001$) y la hemorragia alveolar difusa (OR 4,2, $p = 0,02$).

Conclusiones: La identificación de factores de riesgo vinculados con infecciones graves en enfermedades reumatológicas es de suma importancia para la prevención de complicaciones y reducción de la mortalidad. Estos hallazgos demuestran que tanto la enfermedad renal crónica

presente en los pacientes como la hemorragia alveolar representan factores de riesgo importantes para el desarrollo de infecciones graves. La presentación de estas enfermedades ocurre en una edad promedio de 35 años, por lo que es importante la detección oportuna y el tratamiento diligente para evitar un desenlace letal.

Bibliografía

1. Fragoulis GE, Nikiphorou E, Dey M, *et al.* 2022 EULAR recommendations for screening and prophylaxis of chronic and opportunistic infections in adults with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2023;82(6):742-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/ard-2022-223335>.
2. Hsu C-Y, Ko C-H, Wang J-L, *et al.* Comparing the burdens of opportunistic infections among patients with systemic rheumatic diseases: a nationally representative cohort study. *Arthritis Res Ther* [Internet]. 2019;21(1):211. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13075-019-1997-5>.
3. Yang S-C, Lai Y-Y, Huang M-C, *et al.* Corticosteroid dose and the risk of opportunistic infection in a national systemic lupus erythematosus cohort. *Lupus* [Internet]. 2018;27(11):1819-27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0961203318792352>.

DC14

HALLAZGOS DENTALES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y SU ASOCIACIÓN CON LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD ORAL

F.M. García-García, M.I. Alarcón-Jarquín, V.L. López-Flores, J. García-Bravo, C.I. Estrada-Anguiano, G.P. Castro-Cruz, G. Figueroa-Parra, D.A. Galarza-Delgado, J.C. Riega-Torres

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las complicaciones de salud oral son frecuentes en pacientes con enfermedades reumáticas y pueden modificar de manera significativa la función diaria y la calidad de vida. Los factores como la inflamación crónica y los tratamientos inmunosupresores contribuyen al desarrollo de caries, xerostomía y disfunción temporomandibular. Si bien las evaluaciones clínicas son fundamentales, los resultados notificados por los propios pacientes ofrecen una perspectiva adicional sobre sus necesidades de salud oral.

Objetivo: Analizar la relación entre la autopercepción de la salud oral y los hallazgos clínicos en pacientes con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en 201 pacientes con enfermedades reumáticas, inscritos consecutivamente en una clínica de tercer nivel. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: pobre autopercepción de salud oral ($n = 101$) y buena autopercepción ($n = 100$), de acuerdo con los puntos de corte del *General Oral Health Assessment Index* (GOHAI). Se recopilaron datos sobre características clínicas, comorbilidades y tratamientos. La salud bucal se evaluó mediante el GOHAI, las caries dentales con el *International Caries Detection and Assessment System* (ICDAS), además de parámetros salivales (pH y flujo), presencia de xerostomía y exploración de la articulación temporomandibular (Tabla 1). Todos los estudios los realizó una odontóloga certificada y entrenada en protocolos estandarizados. Asimismo, se registraron conductas relacionadas con el cuidado oral. Las comparaciones estadísticas se efectuaron con ji cuadrada y t de Student, tras considerar significancia una $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 201 pacientes, de los cuales 101 señalaron pobre autopercepción de salud bucal y 100 buena autopercepción. La edad media fue similar entre los grupos ($52,27 \pm 14,17$ vs. $53,97 \pm 14,10$ años) y la mayoría correspondió a mujeres (90,0% vs. 95,0%). Los pacientes con pobre autopercepción manifestaron mayor deseo de derivación dental (84,15% vs. 72,00%; $p = 0,037$). En la calidad de vida relacionada con la salud bucal, el grupo con pobre autopercepción mostró puntuaciones significativamente menores en función física ($14,00 \pm 2,49$ vs. $17,85 \pm 2,07$; $p < 0,001$), función psicosocial ($17,62 \pm 2,63$ vs. $21,91 \pm 2,29$; $p < 0,001$) y dolor/molestia ($9,00 \pm 2,25$ vs. $13,21 \pm 1,53$; $p < 0,001$). En términos clínicos, el grupo con pobre autopercepción presentó menor proporción de dientes libres de caries

(39,99% vs. 48,57%; $p < 0,001$), mayor prevalencia de caries graves (3,81% vs. 1,96%; $p < 0,001$) y más dientes perdidos (24,39% vs. 17,82%; $p < 0,001$). El flujo salival fue significativamente menor en este grupo ($0,20 \pm 0,28$ mL/min vs. $0,40 \pm 0,58$ mL/min; $p = 0,019$), mientras que el pH salival y la xerostomía no mostraron diferencias. Tampoco se encontraron diferencias en disfunción temporomandibular ni en los hábitos de higiene oral.

Tabla 1. Características clínicas, salud bucal y calidad de vida de acuerdo con la autopercepción de salud oral (DC14)

Variable	Pacientes con pobre autopercepción de salud oral n = 101	Pacientes con buena autopercepción de salud oral n = 100	Valor p
Características clínicas			
Edad, media $\pm$ DE	52,27 $\pm$ 14,17	53,97 $\pm$ 14,10	-
Mujeres, n (%)	91 (90,09)	95 (95,00)	-
DM, n (%)	21 (20,79)	8 (8,00)	-
Hipertensión, n (%)	39 (38,61)	29 (29,00)	-
Conductas y hábitos			
Nunca visita al dentista, n (%)	74 (73,26)	77 (77,00)	0,599
El paciente desea derivación dental, n (%)	85 (84,15)	72 (72,00)	0,037
Cepillado ≥ 3 veces/día	29 (28,71)	35 (35,00)	0,631
Calidad de vida relacionada con salud oral			
Función física, media $\pm$ DE	14,00 $\pm$ 2,49	17,85 $\pm$ 2,07	< 0,001
Función psicosocial, media $\pm$ DE	17,62 $\pm$ 2,63	21,91 $\pm$ 2,29	< 0,001
Dolor, media $\pm$ DE	9 $\pm$ 2,25	13,21 $\pm$ 1,53	< 0,001
Salud oral objetiva			
ICDAS			
Sin caries, n (%)	1131 (39,99)	1360 (48,57)	< 0,001
Caries graves, n (%)	108 (3,81)	55 (1,96)	< 0,001
Pérdida dental, n (%)	690 (24,39)	499 (17,82)	< 0,001
Parámetros salivales y xerostomía			
pH salival, media $\pm$ DE	6,50 $\pm$ 0,55	6,38 $\pm$ 0,58	0,319
Tasa de flujo salival (mL/min), media $\pm$ DE	0,20 $\pm$ 0,28	0,40 $\pm$ 0,58	0,019
Xerostomía, n (%)	58 (57,42)	45 (45,00)	0,05
Articulación temporomandibular			
Dolor/disfunción	30 (29,70)	21 (21,00)	0,210

DE, desviación estándar; DM, diabetes mellitus; ICDAS, Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries (por sus siglas en inglés).

Conclusiones: La pobre autopercepción de salud oral se relacionó con mayor deterioro de la relación calidad de vida-salud oral, mayor prevalencia de caries graves, pérdida dental y mayor demanda de derivación odontológica. Estas diferencias se observaron a pesar de hábitos de higiene y hallazgos en la articulación temporomandibular similares entre los grupos. La baja frecuencia de asesoramiento odontológico por parte de reumatólogos evidencia una brecha en la atención interdisciplinaria. Los resultados destacan la importancia de integrar las percepciones de los pacientes con la evaluación clínica para optimizar la detección y el control de problemas de salud bucal en la práctica reumatológica.

Bibliografía

1. 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;9(4):1172.
2. Gualtierotti R, Marzano A, Spadari F, *et al.* Main oral manifestations in immune-mediated and inflammatory rheumatic diseases. *J Clin Med*. 2018;8(1):21.

DC15

EDUCACIÓN PRECONCEPCIONAL SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

J.D. Olivares-Vázquez¹, M.V. Fernández-García², I. Peláez-Ballestas³, A. Lobato-Belmonte³

⁽¹⁾UNAM, ⁽²⁾FENO, UNAM, ⁽³⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: El LES es una enfermedad autoinmune con manifestaciones heterogéneas, que predomina en mujeres jóvenes en edad fértil y representa un desafío clínico importante cuando se presentan embarazos no planeados debido al mayor riesgo de complicaciones en la mujer y su futuro hijo. Existe una brecha entre el conocimiento que tienen las mujeres sobre temas de salud reproductiva y la confianza con sus médicos reumatólogos para abordar estos temas en la consulta clínica. Las intervenciones educativas con apoyo de otros profesionales de la salud podrían ayudar a disminuir esta brecha.

Objetivo: Evaluar el conocimiento de la enfermedad y la salud reproductiva en mujeres que viven con LES, atendidas en un servicio de reumatología de un hospital de tercer nivel, posterior a una intervención educativa y de acompañamiento brindado por una enfermera especialista.

Material y métodos: Estudio preexperimental de pretest-postest de un solo grupo. Se invitó a participar a mujeres no embarazadas con LES, en edades de 18 a 45 años. Se identificaron las necesidades educativas de las mujeres usuarias de un servicio de reumatología y se diseñaron y validaron los materiales educativos de manera técnica y con pacientes, al igual que el cuestionario para realizar la evaluación con 10 preguntas. La intervención educativa la llevó a cabo una enfermera especialista en salud reproductiva, de manera individual, en una sesión que incluía la demostración sobre la planificación del embarazo y el uso de anticonceptivos para mujeres con LES. El acompañamiento se efectuó en cinco contactos mediante mensajes por WhatsApp y se enviaron infografías para reforzar los temas abordados en la sesión. Después del último contacto de acompañamiento se realizó la evaluación por llamada telefónica. Se llevaron a cabo pruebas de normalidad con el instrumento de Shapiro-Wilk para evaluar la distribución de las variables. Se realizaron análisis descriptivo y comparaciones; se codificaron los resultados obtenidos de cada cuestionario con base en las respuestas correctas e incorrectas con la prueba de McNemar y la puntuación total de cada evaluación pretest y postest se efectuó con la prueba de rangos de Wilcoxon.

Se obtuvo aprobación del comité de ética de investigación de la institución y el consentimiento informado de las personas participantes.

Resultados: Participaron 50 mujeres, el 30% con edades entre 18 y 24 años y 24% correspondió a amas de casa; 50% tenía máximo nivel de estudios de media superior y 64% tenía pareja. Se observaron cambios significativos en cinco preguntas, una correspondiente a la planificación del embarazo en el caso de que se les sugiriera evitarlo y otras preguntas correspondientes al empleo de anticonceptivos, las hormonas que podrían usar y las que no, los motivos por los que no se recomienda el uso de todos los anticonceptivos hormonales y el empleo de espermicidas, todo en el tema correspondiente al uso de métodos anticonceptivos (Tabla 1).

Tabla 1. Respuestas del cuestionario pretest y postest sobre el conocimiento de las mujeres con LES en la planificación del embarazo y el uso de anticonceptivos. Se pueden observar cambios significativos en la mitad de las preguntas, además de aumento del número de respuestas correctas posterior a la intervención educativa. (DC15)

Pregunta	Respuesta	Pretest n = 50 (%)	Postest n = 50 (%)	Pueba de McNemar
1. ¿Todas las mujeres que padecen LES no se deben embarazar?	Correcto	46 (92,0)	47 (94,0)	1,000
	Incorrecto	4 (8,0)	3 (6,0)	
2. Del personal de salud que me atiende, ¿A quién le digo primero si quisiera tener un embarazo?	Correcto	43 (86,7)	47 (94,0)	0,125
	Incorrecto	7 (14,0)	3 (6,0)	
3. ¿Cuánto tiempo antes de tener un embarazo es necesario hablar con el personal de salud?	Correcto	19 (38,0)	30 (60,0)	0,100
	Incorrecto	31 (62,0)	20 (40,0)	

4. ¿Qué aspectos de tu salud te tienen que revisar, si deseas tener un embarazo?	Correcto	28 (56,0)	34 (68,0)	0,238
	Incorrecto	22 (44,0)	16 (32,0)	
5. ¿Qué puedes hacer si el personal de salud te sugiere que no te puedes embarazar?	Correcto	14 (28,0)	32 (64,0)	0,000
	Incorrecto	36 (72,0)	18 (36,0)	
6. ¿Todos los anticonceptivos son seguros?	Correcto	35 (70,0)	42 (84,0)	0,143
	Incorrecto	15 (30,0)	8 (16,0)	
7. ¿Qué anticonceptivos hormonales pueden usar las mujeres que padecen lupus?	Correcto	17 (34,0)	39 (78,0)	0,000
	Incorrecto	33 (66,0)	11 (2,0)	
8. ¿Qué anticonceptivos hormonales no pueden usar las mujeres con lupus?	Correcto	21 (42,0)	35 (70,0)	0,014
	Incorrecto	29 (58,0)	15 (30,0)	
9. ¿Por qué las mujeres que padecen lupus no pueden usar todos los anticonceptivos hormonales?	Correcto	20 (40,0)	33 (66,0)	0,007
	Incorrecto	30 (60,0)	17 (34,0)	
10. ¿Cuánto tiempo antes de tener relaciones se deben colocar los espermicidas?	Correcto	3 (6,0)	24 (48,0)	0,000
	Incorrecto	47 (94,0)	26 (52,0)	

Conclusiones: La intervención y acompañamiento lograron incrementar el conocimiento de las mujeres con LES sobre su salud reproductiva, principalmente en el uso de métodos anticonceptivos. Esta estrategia no sólo favorece la toma de decisiones informadas, sino que también constituye una herramienta fundamental para reducir los embarazos no planeados.

Bibliografía

García-García C, Hernández-Linas J, Lujano-Negrete A, *et al.* Conocimientos y comportamientos sobre salud reproductiva en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes: estudio multicéntrico. *Reumatol Clin.* 2024;20(Ext 1):49-75.

DC16

ANÁLISIS POR DOMINIOS DE SÍNTOMAS PREMENSTRUALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y CONTROLES SANOS MEDIANTE EL PSST

F.M. García-García, A.C. Bardan-Incháustegui, I.J. Colunga-Pedraza, M.F. Elizondo-Benítez, A. González-Meléndez, A.K. Garza-Elizondo, R.I. Arvizu-Rivera, G. García-Arellano, G. Serna-Peña, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) se caracteriza por síntomas físicos, emocionales y funcionales que aparecen durante la fase lútea del ciclo menstrual y pueden alterar en grado significativo la calidad de vida. En mujeres con enfermedades inflamatorias crónicas, como la artritis reumatoide (AR), estos síntomas pueden intensificarse debido a factores inmunológicos, hormonales y psicosociales, con un patrón distinto del observado en la población general.

Objetivo: Analizar los dominios más afectados del TDPM en mujeres con AR frente a controles sanos y determinar cuál grupo sufre mayor intensidad por dominio.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y comparativo que incluyó a mujeres de 18 a 50 años con al menos dos ciclos menstruales en el último año. Se conformaron dos grupos: pacientes con artritis reumatoide (AR), diagnosticadas según los criterios ACR/EULAR 2010, y controles sanos sin enfermedades reumáticas, pareadas por edad. Se excluyó a las participantes con trastornos psiquiátricos graves o anomalías ginecológicas que alteraran el ciclo menstrual. Se aplicó el cuestionario *Premenstrual Symptoms Screening Tool* (PSST) para evaluar la intensidad de 14 síntomas, agrupados en dominios emocionales, funcionales y somáticos. Se utilizó la prueba ji cuadrada para comparar la distribución de frecuencias entre grupos, y se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 134 mujeres, 67 con AR y 67 controles sanos, pareadas por edad (media de $39,8 \pm 8,2$ años). La mayoría de las pacientes con AR correspondió a amas de casa (65,6%), mientras que en el grupo control predominaban los trabajos administrativos o ejecutivos (40,2%) y algunas eran estudiantes (8,95%). En el grupo AR, las comorbilidades más frecuentes fueron hipotiroidismo (13,2%) e hipertensión (12,24%). En el grupo control, el hipotiroidismo también fue la comorbilidad más común (11,94%). En el dominio emocional, las pacientes con AR señalaron mayor intensidad de ansiedad ($p = 0,003$) y estado de ánimo deprimido ($p = 0,015$), mientras que la irritabilidad fue más común en el grupo control ($p = 0,021$). En el dominio funcional, la dificultad para concentrarse ($p = 0,047$) y la disminución del interés en actividades sociales ($p = 0,005$) fueron más frecuentes en el grupo AR, en tanto que la disminución del interés en actividades del hogar fue mayor en los controles ($p = 0,016$). En el dominio somático, el aumento del apetito fue significativamente más prevalente en el grupo control ($p < 0,001$). El resto de los síntomas no mostró diferencias significativas (**Tabla 1**).

Conclusiones: Aunque no todos los síntomas mostraron mayor intensidad en las pacientes con AR, se observaron diferencias significativas en síntomas emocionales y funcionales en comparación con las mujeres sanas. Estos hallazgos sugieren una mayor carga psicoemocional cíclica en mujeres con enfermedades autoinmunes, lo cual resalta la necesidad de integrar este componente en la atención multidisciplinaria.

Bibliografía

- Orlandi M, Vannuccini S, El Aoufy K, *et al.* Menstruation related disorders, dysmenorrhea and heavy bleeding as significant epiphenomena in women with rheumatic diseases. *Front Pharmacol.* 2022;13:807880. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.807880>
- Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, *et al.* American College of Rheumatology guideline for the management of reproductive health in rheumatic and musculoskeletal diseases. *Arthritis Rheumatol.* 2020;72(4):529-56. <https://doi.org/10.1002/art.41191>

Tabla 1. Comparación por dominios emocionales, funcionales y somáticos de síntomas premenstruales en mujeres con AR y controles. (DC16)

Variable	Nada (%)	Leve (%)	Moderado (%)	Intenso (%)	Valor de p
Dominio emocional					
Irritabilidad n (%)	AR: 24 (35,82)	20 (29,85)	19 (28,35)	4 (5,97)	0,021*
	Control: 9 (13,43)	31 (46,26)	21 (31,34)	6 (8,95)	
Ansiedad, n (%)	AR: 26 (38,80)	15 (22,38)	18 (26,86)	8 (11,94)	0,003*
	Control: 11 (16,41)	34 (50,74)	15 (22,38)	7 (10,44)	
Llanto/sensibilidad al rechazo, n (%)	AR: 20 (29,85)	20 (29,85)	19 (28,35)	8 (11,94)	0,114
	Control: 9 (13,43)	25 (37,31)	20 (29,85)	13 (19,40)	
Ánimo deprimido/desesperanza, n (%)	AR: 32 (47,76)	13 (19,40)	16 (23,88)	6 (8,95)	0,015*
	Control: 20 (29,85)	29 (43,28)	10 (14,92)	8 (11,94)	
Abrumada/fuera de control, n (%)	AR: 34 (50,74)	14 (20,89)	16 (23,88)	3 (4,47)	0,981
	Control: 33 (49,25)	16 (23,88)	15 (22,38)	3 (4,47)	
Dominio funcional					
Disminución del interés en actividades laborales, n (%)	AR: 28 (41,79)	18 (26,86)	14 (20,89)	7 (10,44)	0,086
	Control: 15 (22,38)	29 (43,28)	15 (22,38)	3 (4,47)	
Disminución del interés en actividades del hogar, n (%)	AR: 27 (40,29)	22 (32,83)	11 (16,41)	7 (10,44)	0,016*
	Control: 11 (16,41)	29 (43,28)	20 (29,85)	7 (10,44)	
Disminución del interés en actividades sociales, n (%)	AR: 26 (38,80)	15 (22,38)	18 (26,86)	8 (11,94)	0,005*
	Control: 11 (16,41)	33 (49,25)	16 (23,88)	7 (10,44)	
Dificultad para concentrarse, n (%)	AR: 34 (50,74)	11 (16,41)	18 (26,86)	4 (5,97)	0,047*
	Control: 27 (40,29)	25 (37,31)	11 (16,41)	4 (5,97)	
Dominio somático					
Fatiga, n (%)	AR: 14 (20,89)	26 (38,80)	14 (20,89)	13 (19,40)	0,293
	Control: 7 (10,44)	24 (35,82)	18 (26,86)	18 (26,86)	
Aumento del apetito, n (%)	AR: 28 (41,79)	22 (32,83)	6 (8,95)	11 (16,41)	< 0,001*
	Control: 8 (11,94)	18 (26,86)	26 (38,80)	15 (22,38)	
Insomnio	AR: 33 (49,25)	19 (28,35)	10 (14,92)	5 (7,46)	0,904
	Control: 29 (43,28)	22 (32,83)	10 (14,92)	5 (7,46)	
Hipersomnia	AR: 25 (37,31)	16 (23,88)	19 (28,35)	7 (10,44)	0,155
	Control: 14 (20,89)	18 (26,86)	22 (32,83)	13 (19,40)	
Síntomas físicos	AR: 8 (11,94)	20 (29,85)	24 (35,82)	15 (22,38)	0,334
	Control: 6 (8,95)	22 (32,83)	31 (46,26)	8 (11,94)	

AR, artritis reumatoide.

Los valores se presentan como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%). En negritas se resaltan los valores de p estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Se consideró significancia estadística con valores de $p < 0,05$ (*).

DC17

FACTORES PREDICTORES INDEPENDIENTES DE FALLA SECUNDARIA DE INHIBIDORES DE JANUS CINASA EN ARTRITIS REUMATOIDE

V.A. Álvarez Sánchez, J. Hadid-Smeke, F.C. Irazoque-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Los inhibidores de la cinasa Janus (JAKi) son una opción terapéutica que ha demostrado eficacia en la artritis reumatoide (AR). Sin embargo, esta respuesta terapéutica en estudios clínicos controlados (ECA) puede ser diferente en la vida real, ya que puede variar por múltiples factores, entre ellos sobre todo los atribuibles a alteraciones integrales de los pacientes en estos escenarios. La falla secundaria (FS) se considera una medida compuesta útil de efectividad en estudios de vida real. Las publicaciones en las poblaciones asiática y europea proponen como predictores de FS la relación con ACPA, actividad de la enfermedad, entre otros. En este medio y en la población latinoamericana, la evidencia sobre predictores de FS a JAKi es escasa.

Objetivo: Determinar los factores vinculados con la FS de los JAKi en AR.

Material y métodos: Estudio de cohorte histórica de pacientes con AR tratados con JAKi. Se recopilaron variables clínicas, serológicas y terapéuticas. Utilizamos análisis de supervivencia univariados y multivariados con el modelo de regresión de Cox para evaluar predictores de FS. Construimos curvas de Kaplan-Meier para evaluar supervivencia sin FS.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes, con predominio del sexo femenino (95,4%) y una media de edad de 58 años, con un promedio de 18 años de evolución del diagnóstico de AR. El 64,5% tenía antecedente de falla previa a FARMEb. El 41,5% utilizó baricitinib, 33,8% tofacitinib y 24,7% upadacitinib. La actividad alta al inicio del tratamiento (DAS28 PCR > 5,1) se asoció a un mayor riesgo de FS (HR 3,23; IC95% 1,12-9,26). La presencia de depresión fue el predictor más fuerte (HR 4,16; IC95% 1,21-14,32). Factores como obesidad, uso concomitante de FARMEsc y títulos altos de FR mostraron asociación en el análisis univariado, pero no

Tabla 1. Análisis univariado y multivariado de riesgos proporcionales de Cox para factores de riesgo de falla secundaria a JAKi. (DC17)

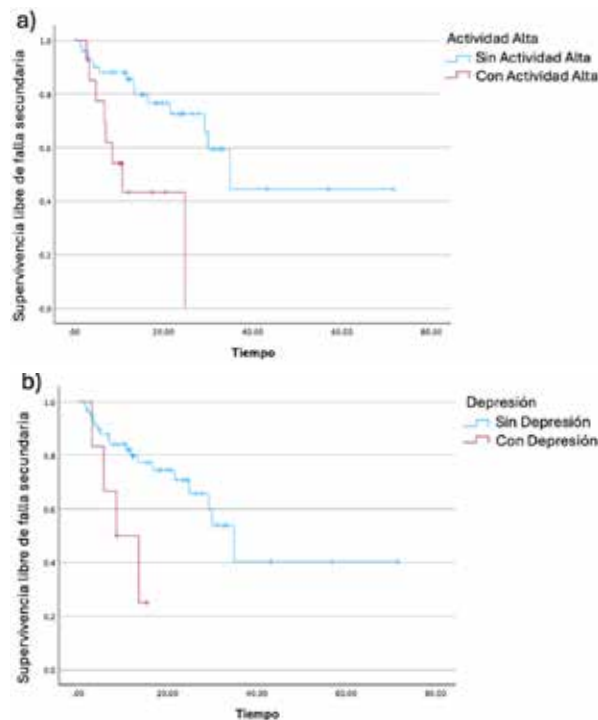
Variable	Análisis univariado		Análisis multivariado	
	HR [IC95%]	p valor	HR [IC95%]	p valor
Factor reumatoide (positivo)	1,53 [0,51 - 4,61]	0,44		
FR títulos altos	2,82 [1,08 - 7,40]	0,03	1,51 [0,52 - 4,40]	0,45
ACPA (positivo)	1,06 [0,45 - 2,49]	0,88		
ACPA títulos altos	1,25 [0,54 - 2,92]	0,59		
Presencia de comorbilidad	1,50 [0,35 - 6,49]	0,58		
Obesidad	2,68 [1,12 - 6,38]	0,02		
Depresión	3,85 [1,23 - 12,02]	0,02	4,1 [1,21 - 14,32]	0,02
Uso concomitante de FARMEsc	5,09 [1,18 - 21,94]	0,02	2,84 [0,61 - 13,33]	0,18
Uso concomitante de Glucocorticoides	1,25 [0,51 - 3,09]	0,61		
Falla a FARMEb previa	1,60 [0,58 - 4,40]	0,36	2,15 [0,72 - 6,45]	0,17
Falla a ≥ 2 FARMEb	1,70 [0,70 - 4,13]	0,23		
Actividad alta al inicio del JAKi (DAS28 > 5,1)	4,09 [1,60 - 10,41]	0,01	3,23 [1,12 - 9,26]	0,02

Para el análisis multivariado se consideraron variables con $p < 0,2$ y aquellas con plausibilidad biológica. La obesidad fue excluida por criterio de parsimonia, ya que su inclusión reducía la significancia de variables relevantes sin mostrar asociación independiente tras el ajuste. Todos los resultados se consideraron estadísticamente significativos a $p < 0,05$. Los valores en negrita significan $p < 0,05$.

ACPA, anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado; FR, factor reumatoide; FARMEb, fármaco modificador de la enfermedad biológico; FARMEsc, fármaco modificador de la enfermedad sintético convencional; HAS, hipertensión arterial sistémica; JAKi, inhibidor de la janus quinasas.

conservaron significancia tras el ajuste multivariado (**Tabla 1**). Se observaron diferencias significativas en supervivencia libre de FS para pacientes con actividad alta al inicio del tratamiento (mediana: 10,7 vs. 34,9 meses; $p = 0,01$), depresión (8,4 vs. 34,9 meses; $p = 0,01$) (**Figura 1**).

Figura 1. Gráfico de Kaplan-Meier de sobrevida libre de falla secundaria en pacientes con: a) actividad alta al inicio del tratamiento (mediana: 10,7 vs. 34,9 meses; log-rank $p = 0,01$); b) depresión (log-rank $p = 0,01$). (DC17)



Conclusiones: En nuestros pacientes con AR, la actividad alta al inicio del tratamiento y la depresión aumentan significativamente el riesgo de FS a JAKi. Otros factores individualizados como la obesidad u otras comorbilidades, uso concomitante de FARMEsc o glucocorticoides, falla previa a FARMEb o positividad a FR o ACPA no se asociaron de manera independiente a un riesgo incrementado a FS a JAKi, lo que sugiere un perfil diferente a lo reportado por poblaciones asiáticas o europeas. Estos hallazgos podrían complementar lo reportado por los ECA para guiar la toma de decisiones terapéuticas en pacientes mexicanos con AR.

Bibliografía

- Martínez-Molina C, Gich I, Díaz-Torné C, *et al.* Patient-related factors influencing the effectiveness and safety of Janus Kinase inhibitors in rheumatoid arthritis: a real-world study. *Sci Rep.* 2024;14(1):172.
- Ebina K, Hirano T, Maeda Y, *et al.* Factors affecting drug retention of Janus kinase inhibitors in patients with rheumatoid arthritis: the ANSWER cohort study. *Sci Rep.* 2022;12(1):134.

DC18

MODELO BASADO EN APRENDIZAJE AUTOMÁTICO PARA PREDECIR LA PROGRESIÓN ESTRUCTURAL RÁPIDA EN LA OSTEOARTRITIS DE RODILLA

M.F. González-Hernández, I. Rego-Pérez, J. Vázquez, I. Rodríguez-Valle, V. Balboa-Barreiro, S. Relaño, M.C. De Andrés, L. Lourido, V. Calamia, R. Paz-González, P. Fernández, C. Ruiz, N. Oreiro, F.J. Blanco

Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC)

Introducción: La osteoartritis es el trastorno articular crónico más común; se caracteriza por daño estructural del cartílago y el hueso que provoca con frecuencia dolor y discapacidad. Sin embargo, la gravedad del daño articular no siempre se correlaciona con la intensidad del dolor. La eficacia limitada de los tratamientos actuales puede deberse a las dificultades para identificar a los pacientes con alto riesgo de una progresión estructural rápida. El Grupo de Investigación en Reumatología y Salud (GIR-S) define la progresión como el paso de un grado de Kellgren y Lawrence (KL) 0-1 a ≥ 3 , o de KL 2 a KL 4 o reemplazo total de rodilla (TKR) en un periodo de 48 meses. El grupo de los autores ha identificado biomarcadores moleculares que, junto con los datos clínicos y de imagen, pueden potenciar la aplicación del aprendizaje automático (ML) para detectar patrones relacionados con subgrupos de osteoartritis. Las herramientas estadísticas avanzadas permiten extraer firmas multivariadas para diferenciar con mayor precisión los fenotipos de los pacientes.

Objetivo: Desarrollar y validar un modelo de predicción de artrosis estructural rápidamente progresiva de rodilla (OAPR) mediante técnicas de aprendizaje automatizado e integrar datos clínicos, genéticos y proteómicos con el fin de mejorar la identificación temprana de pacientes en alto riesgo.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y longitudinal anidado en la cohorte *Osteoarthritis Initiative* (OAI, $n = 4796$) de 1186 variables básicas y clínicas, 20 proteínas, cinco SNP nucleares y tres haplogrupos mitocondriales. Se eliminaron aquellas con $> 20\%$ de datos faltantes o alta colinealidad ($\rho > 0,7$). La selección se depuró con eliminación recursiva de características (RFE), lo que generó un modelo completo (con proteómica) y un modelo reducido (sin proteómica). Se entrenaron seis algoritmos supervisados (Random Forest, SVM, XGBoost, GLMnet, GBM y regresión logística) con uso de 75% de la muestra y validación cruzada de 10 pliegues, tras aplicar *Synthetic Minority Over-sampling Technique* (SMOTE) para corregir el desequilibrio de clases. El rendimiento se evaluó en el 25% restante mediante AUC, sensibilidad, especificidad, precisión balanceada, kappa y prueba de McNemar.

Resultados: En el conjunto de entrenamiento, los modelos SVM y Random Forest alcanzaron un área bajo la curva (AUC) $> 0,99$ en ambos paneles, con selección de subconjuntos óptimos de 16 (modelo completo) y 20 variables (modelo reducido) (Figuras 1 y 2). Las características con mayor contribución incluyeron la concentración de A2AP, puntuaciones de dolor KOOS, estado sintomático basal y los polimorfismos de nucleótido único (SNPs) rs149600528/rs34968734. Sin embargo, el coeficiente kappa tendió a cero, lo que refleja el sesgo inducido por el desequilibrio (8% de progresores rápidos). En el conjunto de prueba, el modelo *Elastic Net* (GLMnet) mostró el mejor desempeño global (AUC 0,67), con sensibilidad reducida (0,36) y especificidad alta (0,70), lo cual revela limitaciones para la detección de casos minoritarios pese a su elevada especificidad y valor predictivo negativo (Figura 3 y 4).

Figura 1. Importancia de las variables de modelo completo. (DC18)

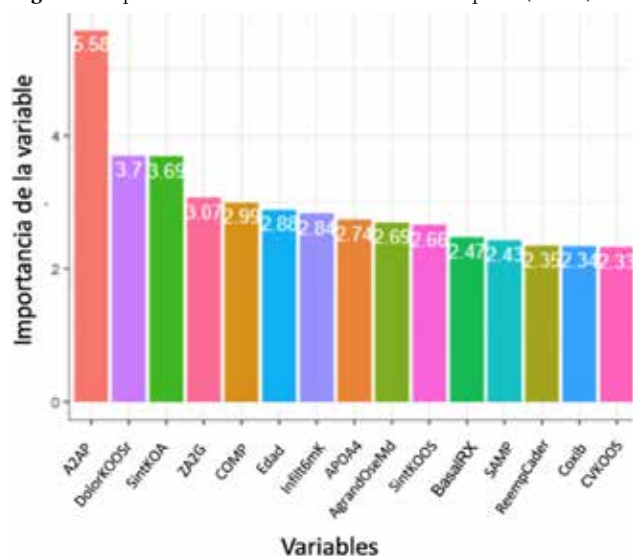


Figura 2. Importancia de las variables de modelo reducido. (DC18)

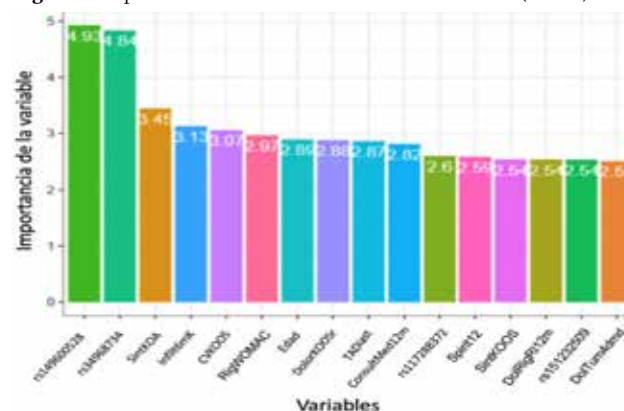


Figura 3. Comparación de curvas ROC de los diferentes modelos en prueba de base de datos completa. (DC18)

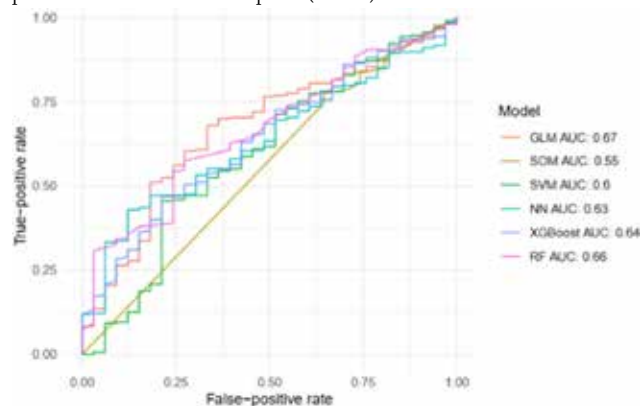
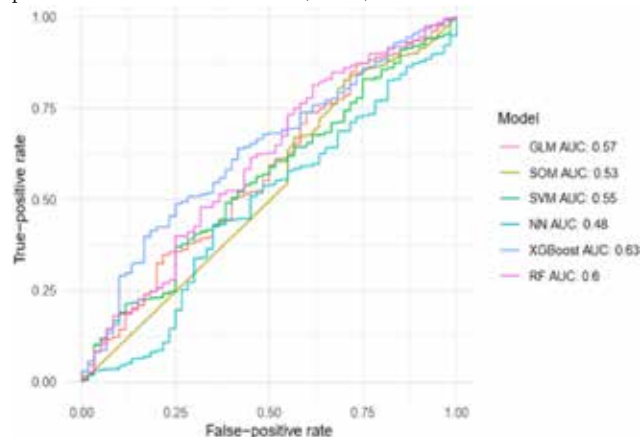


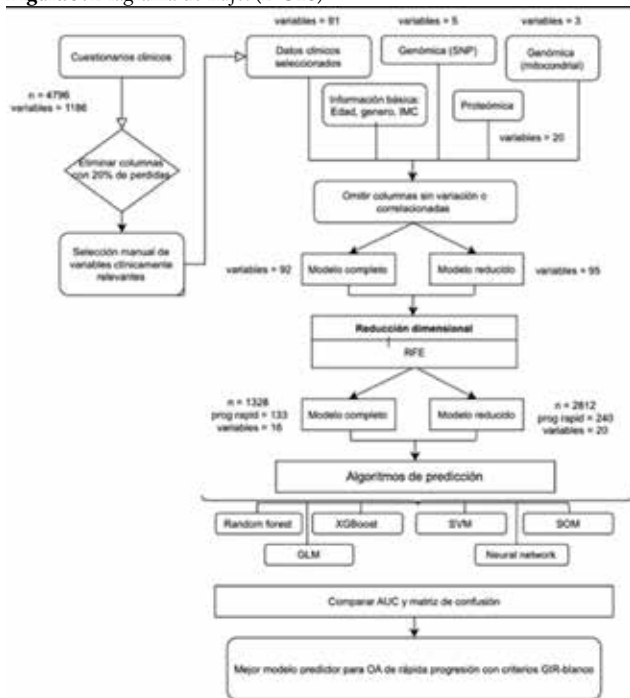
Figura 4. Comparación de curvas ROC de los diferentes modelos en prueba de base de datos reducida. (DC18)



Conclusiones: La convergencia de datos clínicos, genómicos y proteómicos, junto con las metodologías de *Machine Learning*, constituye la base para el desarrollo de herramientas de medicina personalizada en osteoartritis de rodilla de rápida progresión (Figura 5). Es imperativo ampliar las cohortes, homogeneizar criterios fenotípicos y validar los modelos en poblaciones independientes.

Bibliografía

1. Tang S, Zhang C, Oo WM, et al. Osteoarthritis. Nat Rev Dis Primers. 2025;11(1):10.

Figura 5. Diagrama de flujo. (DC18)

2. Binivignat M, Pedroia V, Butte AJ, *et al.* Use of machine learning in osteoarthritis research: a systematic literature review. *RMD Open*. 2022;8(1):e001998.

DC19

FACTORES ASOCIADOS A AMENORREA MAYOR DE 12 MESES EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DATOS DEL REGISTRO MEXICANO DE LUPUS (LUPUS RGMX)

D. Alpízar-Rodríguez¹, G. Sevilla-Parra², A.L. Hernández-Ledesma², D. Martínez², M.F. Bravo-García², A. Peña-Ayala¹, L. Tinajero-Nieto³, E. Torres-Valdez⁴, J. Sepúlveda-Delgado⁵, M.J. Mier y Terán-Guevara⁶, V. Rivera-Terán¹, A. Medina-Rivera²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽²⁾Laboratorio Internacional de Investigación sobre el Genoma Humano, Universidad Nacional Autónoma de México, ⁽³⁾Hospital General Regional No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, ⁽⁴⁾Hospital General Regional No. 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, El Marqués, ⁽⁵⁾Hospital Regional de Alta Especialidad, Ciudad Salud, Chiapas, ⁽⁶⁾Universidad Panamericana

Introducción: La amenorrea persistente en mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES) tiene efectos en la fecundidad y la calidad de vida. Diversos factores, como edad, actividad de la enfermedad y exposición a ciclofosfamida se han vinculado con mayor riesgo de falla ovárica prematura. Sin embargo, la información en la población latinoamericana es limitada.

Objetivo: Identificar factores sociodemográficos y clínicos relacionados con amenorrea mayor de 12 meses en mujeres con LES incluidas en el Registro Mexicano de Lupus (LUPUS RGMX).

Material y métodos: Análisis transversal anidado en una cohorte. La identificación de personas mexicanas con diagnóstico de LES y la recolección de datos se realizaron mediante participación voluntaria a través del sistema en línea de LupusRGMX y la consulta clínica de reumatólogos colaboradores, de mayo de 2021 hasta la actualidad, con uso de la plataforma electrónica *Research Electronic Data Capture* (REDCap). Todos los participantes cumplieron los criterios del Colegio Americano de Reumatología

para el diagnóstico de LES de 2019. Para este análisis se incluyó a mujeres mayores de 18 años que contestaron el cuestionario de factores reproductivos activo de junio de 2023 a junio de 2025. Se analizaron variables demográficas y clínicas.

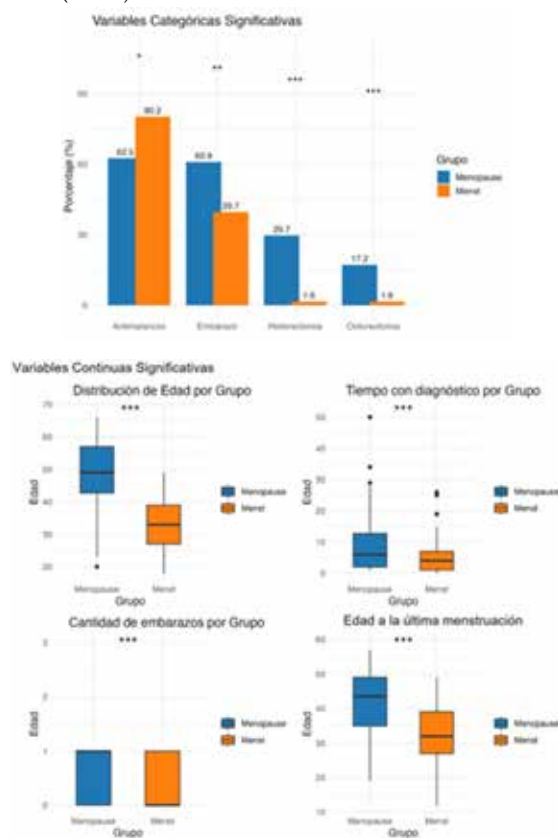
Resultados: Se incluyó a 190 mujeres, con mediana de edad de 37,5 años (RIC, 17). El tiempo mediano entre los primeros síntomas y el diagnóstico fue de 5 meses. De las manifestaciones clínicas, 17,9% refirió padecer nefritis lúpica. Los tratamientos para el LES más comunes fueron antimalárico y glucocorticoides, ambos en > 70% de las pacientes. La edad mediana a la menarca señalada fue de 12 (1,7). Hasta 64 pacientes (34%) señalaron ausencia de menstruaciones en los últimos 12 meses. La **Tabla 1** y la **Figura 1** muestra características de pacientes con amenorrea mayor de 12 meses en comparación con la que no. El grupo de amenorrea de más de 12 meses tuvo una edad mayor (49 *vs.* 33 años; $p < 0,001$) y mayor tiempo de evolución de la enfermedad (6 *vs.* 4 años; $p < 0,001$). El uso de antimaláricos fue significativamente menor en las pacientes con amenorrea (62,5% *vs.* 80,1%; $p = 0,013$). En cuanto a los antecedentes ginecológicos, se observó una mayor frecuencia de embarazos (60,9% *vs.* 39,6%; $p = 0,006$) y mayor paridad ($p = 0,008$).

Tabla 1. Características de las pacientes con amenorrea > 12 meses comparadas con las que tienen menstruaciones presentes. (DC19)

Características	Total (n = 190)	Amenorrea > 12 meses (n = 64)	Menstruantes/ amenorrea < 12 meses (n = 126)	p
Características sociodemográficas y clínicas				
Edad, mediana (RIC)	37,5 (17,0)	49 (14,3)	33 (12,0)	< 0,001
Tabaquismo, n (%)	12 (6,3)	5 (7,8)	7 (5,5)	0,542
Índice de masa corporal, mediana (RIC)	26 (7,0)	26 (6,5)	25 (7,0)	0,626
Tiempo desde diagnóstico, mediana (RIC)	5 (9,0)	6 (10,8)	4 (6,0)	< 0,001
Nefritis lúpica, n (%)	34 (17,8)	15 (23,4)	19 (15,0)	0,220
Tratamiento				
Glucocorticoides, n (%)	137 (72,1)	48 (75,0)	89 (70,6)	0,640
Ciclofosfamida, n (%)	2 (1,0)	0	2 (1,5)	0,551
Antimaláricos, n (%)	141 (74,2)	40 (62,5)	101 (80,1)	0,013
Características ginecológicas				
Edad de la menarca, mediana (RIC)	12 (1,7)	12 (1,0)	12 (2,0)	0,616
Ciclos regulares, n (%)	-	-	84 (66,6)	-
Embarazos, n (%)	89 (46,8)	39 (60,9)	50 (39,6)	0,006
Número de embarazos, mediana (RIC)	2 (2,0)	2 (1,0)	2 (1,0)	0,008
Edad a la última menstruación, n (%)	35 (15,8)	44 (14)	32 (11,5)	< 0,001
Uso de anticonceptivos orales, n (%)	16 (8,4)	5 (7,8)	11 (8,7)	1
Histerectomía, n (%)	21 (11,0)	19 (29,8)	2 (1,5)	< 0,001
Ooforectomía, n (%)	13 (6,8)	11 (17,1)	2 (1,5)	< 0,001
Tratamiento de reemplazo hormonal, n (%)	3 (1,5)	1 (1,5)	2 (1,0)	1
Amenorrea prematura < 40 años	-	10 (15,6)	-	-
Nefritis lúpica	-	2 (22,2)	-	-
Histerectomía	-	2 (22,2)	-	-
Ooforectomía	-	0	-	-

Conclusiones: Las personas con LES y amenorrea > 12 meses tienen mayor edad, mayor tiempo de evolución del lupus y menor uso de antimaláricos, probablemente relacionado con menor actividad de la enfermedad.

Figura 1. Características de las pacientes significativamente diferentes entre los grupos con amenorrea > 12 meses y los que tienen menstruaciones presentes. (DC19)



Bibliografía

Mayorga J, Alpízar-Rodríguez D, Prieto-Padilla J, *et al.* Prevalence of premature ovarian failure in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2016;25(7):675-83.

DC20

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE SJÖGREN (ESJ) EN UN SERVICIO DE REFERENCIA DE TERCER NIVEL

E. Álvarez-Hernández

Hospital General de México Eduardo Liceaga

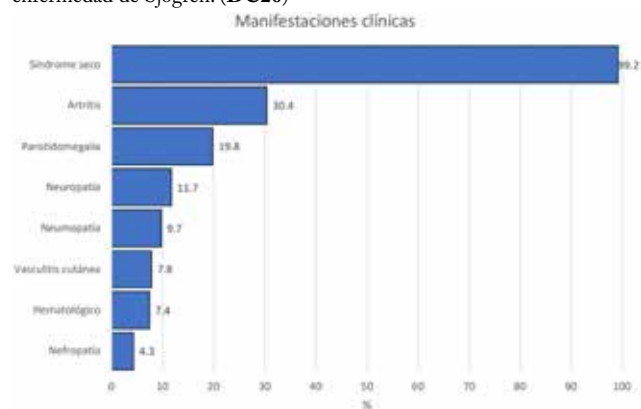
Introducción: La ESJ es una afección autoinmune compleja, con un espectro de manifestaciones variable, desde el síndrome sicca hasta el compromiso sistémico. Afecta a 0,5 a 1% de la población mundial, con distribución geográfica universal. La incidencia máxima se alcanza entre los 40 y 60 años, con mayor afectación en mujeres con una proporción de 9:1. Las manifestaciones sistémicas tienen definiciones y clasificaciones heterogéneas, lo que dificulta la claridad y el consenso sobre su frecuencia y presentación clínica. En el *Big Data Sjögren Project Consortium* que incluyó a 6 331 pacientes se registró una frecuencia de xerostomía de 93,7%, xeroftalmía de 92,4% y compromiso sistémico de 81,8%. En este país hay poca información al respecto, por lo que es necesario caracterizar a esta población.

Objetivo: Describir la frecuencia y las características de las manifestaciones clínicas y serológicas en pacientes con ESJ en un hospital de referencia de tercer nivel.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de ESJ primario (con base en criterios de clasificación del ACR-EULAR de 2002 o 2016) que han acudido a la clínica de enfermedades de tejido conectivo del Hospital General de México Eduardo Liceaga en los últimos cinco años. De todos los pacientes se obtuvieron datos sociodemográficos, manifestaciones de síntomas secos, manifestaciones extraglandulares y comorbilidades. A todos los pacientes se les realizaron la prueba de Schirmer I en ambos ojos y la prueba de la oblea. Se revisó el expediente para recabar datos de laboratorio (factor reumatoide, ANA, anti-Ro, anti-La y valores de complemento, características de la biopsia de glándula salival menor [BGSM] y otros estudios como gammagrafía y sialografía). Para medir la actividad de la enfermedad se utilizó SSDAI y para el daño SSDDI.

Resultados: Se incluyó a 257 pacientes. La edad fue de $60,3 \pm 13,1$ años, con 246 (95,7%) del sexo femenino. El tiempo de evolución fue de $10 \pm 6,3$ años. En los componentes del síndrome seco se identificaron 253 (98,4%) con xerostomía, 251 (97,7%) con xeroftalmía, 197 (76,7%) con xeromictoria, 193 (75,1%) con xerodermia y 148 (60,2%) con sequedad vaginal. Se observó afectación extraglandular en 125 (48,6%). La distribución de las principales manifestaciones clínicas se muestra en la **Figura 1**. El SSDAI fue de $3,55 \pm 2,83$ y el SSDDI de $2,25 \pm 1,26$. La BGSM sólo se realizó en 187 pacientes (72,76%), en 37 (14,4%) se indicó sialografía y en 9 (3,5%) gammagrafía. En la **Tabla 1** se muestran las características clínicas y de laboratorio de estos pacientes comparados con lo publicado en el *Big data Sjögren Project consortium* (BDSPC): mayor afectación sistémica, hematológica y fenómeno de Raynaud, pero menor frecuencia de positividad de factor reumatoide e hipocomplementemia. En 161 (62,6%) se identificó alguna comorbilidad. Las más frecuentes fueron hipotiroidismo en 32 (12,5%), osteoartritis en 28 (10,89%) y fibromialgia en 26 (10,11%). Ocho (3,11%) pacientes tuvieron cirrosis biliar primaria, 4 (1,56%) tuberculosis pulmonar y sólo 1 (0,38%) linfoma no Hodgkin. Los pacientes con manifestaciones extraglandulares tuvieron cifras mayores de SSDAI, SSDDI y de factor reumatoide.

Figura 1. Distribución de las manifestaciones clínicas en pacientes con enfermedad de Sjögren. (DC20)



Conclusiones: El espectro de las manifestaciones clínicas de pacientes con ESJ son similares a las informadas en las publicaciones médicas. Existen algunas diferencias que pueden ser secundarias a las definiciones empleadas o el tamaño de la muestra. Se requieren estudios prospectivos para una mejor caracterización de estos pacientes.

Bibliografía

- Retamozo S, Acar-Denizli N, Rasmussen A, *et al.* Systemic manifestations of primary Sjögren's syndrome out of the ESSDAI classification: prevalence and clinical relevance in a large international, multi-ethnic cohort of patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2019;37 Suppl 118(3):97-106.
- Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Seror R, *et al.* Characterization of systemic disease in primary Sjögren's syndrome: EULAR-SS Task Force recommendations for articular, cutaneous, pulmonary and renal involvements. *Rheumatology (Oxford)*. 2015;54(12):2230-8. doi:10.1093/rheumatology/kev200.

Tabla 1. (DC20)

Variables clínicas	HGM n = 257	BDSPC n = 6331	Variables de laboratorio	HGM n = 257	BDSPC n = 6331
Sexo femenino, n (%)	246 (95,7)	93%	Prueba de sequedad ocular, n (%)	232 (90,3)	83%
Edad X (DE) años	60,3 ± 13,1	52,4 ± 14,1	Prueba de sequedad oral, n (%)	237 (92,2)	78%
Tiempo de evolución X (DE) años	10 ± 6,3	-	BGSM positiva, n (%)	143/187 (76,47)	81,6%
Xerostomía n (%)	253 (98,4)	93,7%	FR positivo, n (%) Med 204 (RIC, 40-555)	209/245 (85,3)	47,9%
Xeroftalmía, n (%)	251 (97,7)	92,4%	ANA positivo, n (%) Med 320 (RIC, 160-640)	192/222 (86,5)	79,1%
Afectación sistémica, n (%)	125 (48,6)	81,8%	Anti-Ro positivo, n (%) Med 82,24 (RIC, 18,9-124)	187/253 (73,9)	Anti-Ro/anti- La 75,8%
Articular, n (%)	78 (30,4)	37,7%	Anti-La positivo, n (%) Med 12,7 (RIC, 3,01-46)	100/251 (39,8)	-
Hematológico, n (%)	19 (7,4)	22,4%	C3 bajo, n (%) 91,15 ± 28,45	34/121 (28,1)	13,4%
Glandular, n (%)	51 (19,8)	21,4%	C4 bajo, n (%) 15,38 ± 7,67	73/122 (59,8)	14,6%
Pulmonar, n (%)	25 (9,7)	10,4%	Crioglobulinas, n (%)	No realizado	7%
Cutáneo, n (%)	20 (7,8)	10%			
Neurológico, n (%)	30 (11,7)	14,8%			
Renal, n (%)	11 (4,3)	5%			
Fenómeno de Raynaud, n (%)	17 (6,6)	15%			

DC21

EFICACIA DE DAPAGLIFOZINA EN LA REDUCCIÓN DE PROTEINURIA Y MEJORÍA DE LA FUNCIÓN RENAL EN LA NEFRITIS LÚPICA MEMBRANOSA

L.D. Fajardo-Hermosillo, M.K.L. López-Ramírez

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

Introducción: La nefritis lúpica membranosa (NLM) representa el 20% de los casos de nefritis lúpica (NL). Se presenta como un síndrome nefrótico con depósito subepitelial de complejos inmunes. Para su tratamiento se recomienda el tratamiento *multitarget* o triple terapia con esteroides, inhibidor de calcineurina y ácido micofenólico, además del uso de los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2) ante el incremento de proteinuria. Los iSGLT-2 disminuyen la hiperfiltración glomerular con mejoría de la función renal y descenso de la proteinuria y lentifican la evolución de la enfermedad renal crónica en diabetes. Se ha publicado la sobreexpresión de SGLT2 en NL. Aunque los estudios observacionales han mostrado disminución de la progresión de NL y la mejoría de la función renal con el uso iSGLT-2, los estudios clínicos son escasos y con un número reducido de pacientes con resultados inconsistentes en la reducción de proteinuria y mejoría de la función renal o actividad de la enfermedad.

Objetivo: Valorar la eficacia de la dapaglifozina en la reducción de proteinuria y mejoría de la función renal en pacientes con LNM.

Material y métodos: Estudio clínico abierto y controlado en el que se incluyó a pacientes > 18 años de ambos sexos clasificados con lupus según criterios SLICC 2012, desde el 2021 hasta el 2025, con NLM diagnosticada mediante biopsia renal. Todos los pacientes recibieron prednisona oral (1 mg/kg/día por seis semanas y descenso hasta 5 mg/día a los seis meses) acompañada de tacrolimus (4 mg/día), ácido micofenólico (1 g/día), cloroquina (150 mg/día), losartán (50 mg/día) y sólo el grupo experimental recibió dapaglifozina (10 mg/día por 24 meses). La remisión completa (RC) se definió como proteinuria de 24 horas (PU24h) < 0,5 g/día y la remisión parcial (RP) se estableció como una mejoría del 50% en la PU24h. La diferencia (Δ , delta) para índice de masa corporal (IMC), SLEDAI, PU24h, depuración de creatinina de 24 horas (Depcrea24h), C3 y

anti-ADNdc entre el valor basal y el valor a los 24 meses se comparó entre el grupo experimental y el control. Para el análisis de variables cualitativas y cuantitativas se usaron las pruebas ji cuadrada y U de Mann-Whitney. Todas las pruebas estadísticas se condujeron a un nivel de significancia < 0,05. **Resultados:** De 33 pacientes con NLM, 78,8% correspondió a mujeres. La media de edad (desviación estándar [DE]) fue de 37,2 (9,9) años. Hasta 19 pacientes usaron dapaglifozina y 14 se asignaron al grupo control. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores basales de IMC, SLEDAI, PU24h, Depcrea24h, C3 y anti-ADNdc entre ambos grupos. A los 24 meses, ocho pacientes con dapaglifozina y nueve del grupo control alcanzaron una RC ($p = 0,208$), mientras que cuatro pacientes con dapaglifozina y sólo dos pacientes del grupo control alcanzaron una RP ($p = 1,000$). No se hallaron diferencias en el Δ del valor basal y a los 24 meses de seguimiento para IMC, SLEDAI, PU24h, Depcrea24h, C3, y anti-ADNdc entre el grupo con dapaglifozina y el control (**Tabla 1**). Por último, no se observaron efectos adversos como infecciones durante el seguimiento.

Tabla 1. Diferencia del valor basal y a los 24 meses de seguimiento del índice de masa corporal, SLEDAI, proteinuria y depuración de creatinina de 24 horas, complemento y anti-ADNdc en pacientes con nefritis lúpica membranosa tratados con o sin dapaglifozina. (DC21)

Δ del valor basal y a los 24 meses de seguimiento	Dapaglifozina (n = 19) mediana (RIC)	Control (n = 14) mediana (RIC)	Valor de p
Δ IMC	0 (-1,0-1,2)	0 (-0,7-0,01)	0,244
Δ SLEDAI	2,0 (0,0-4,0)	4,0 (1,5-6,0)	0,648
Δ PU24h, g/día	1,54 (0,95-7,87)	1,45 (0,89-3,40)	0,839
Δ Depuración de creatinina mL/min	-0,98 (-6,68-2,72)	0,52 (-18,3-4,31)	0,839
Δ C ₃	-5,0 (-18,0-0,0)	-8,5 (-18,2-12,2)	0,754
Δ Anti-ADNdc	1,0 (-8,0-31,0)	2,0 (0,0-19,7)	0,839

Δ , (delta) diferencia entre el valor basal y a los 24 meses de seguimiento; RIC, rango intercuartílico de 25°-75°; IMC, índice de masa corporal; SLEDAI, *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*; PU24h, proteinuria de 24 horas; anti-ADNdc, anticuerpos contra el ácido desoxirribonucleico de doble cadena.

Conclusiones: Este estudio no identificó diferencias en alcanzar la RC o RP, en la reducción de la proteinuria, mejoría de la función renal o cambios

en el IMC o actividad de la enfermedad entre los pacientes con LNM tratados con dapagliflozina durante el seguimiento a 24 meses. Sin embargo, estas observaciones deben confirmarse en estudios aleatorizados con un mayor número de pacientes.

Bibliografía

- Wagner BR, Rao PS. Sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors: are they ready for prime time in the management of lupus nephritis? *Curr Opin Rheumatol.* 2024;36(3):163-168.
- Sammaritano LR, Askanase A, Bermas BL, *et al.* 2024 American College of Rheumatology (ACR) Guideline for the Screening, Treatment, and Management of Lupus Nephritis. *Arthritis Rheumatol.* 2025. doi: 10.1002/art.43212.
- Chakrabarti K, McCune WJ. SGLT-2 inhibitors: new horizons for rheumatologists. *Curr Opin Rheumatol.* 2024;36(5):351-359.
- Hakrrouch S, Tampe D, Kluge IA, *et al.* Comparative analysis of SGLT-2 expression in renal vasculitis and lupus nephritis. *Ann Rheum Dis.* 2022;81(7):1048-1050.
- 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(2):e002686.
- Nagy S, Kesselman MM. The role of sodium-glucose co-transporter-2 (sglt-2) inhibitors in treating lupus nephritis: a systematic review. *Cureus.* 2024;16(12):e76130.
- Yen FS, Wang SI, Hsu CC, *et al.* Sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors and nephritis among patients with systemic lupus erythematosus. *JAMA Netw Open.* 2024;7(6):e2416578.
- Sagy I, Shitrit I, Abuhasira R, *et al.* Kidney outcomes of systemic lupus erythematosus patients treated with SGLT2 inhibitors: a national cohort study. *Semin Arthritis Rheum.* 2025;73:152746.

DC22

ANÁLISIS DE DETERIORO COGNITIVO Y ÁREAS COGNITIVAS AFECTADAS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO Y SU CORRELACIÓN CON LA AUTOEFICACIA

G. Medina-García, R. Peña-Rivas, I.A. Betancourt-Reyes, A. Santillán-Jennifer, 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 deterioro cognitivo es una manifestación del síndrome antifosfolípido (SAF) detectable por varios métodos. La autoeficacia, o creencia personal para afrontar desafíos, se correlaciona con calidad de vida, ansiedad y depresión en personas con deterioro cognitivo. No se ha explorado esta relación en pacientes con SAF.

Objetivo: Identificar el deterioro cognitivo, las áreas cognitivas afectadas, la autoeficacia y la correlación entre dichas escalas en pacientes con SAF primario.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo en pacientes con SAF primario. Se incluyó a pacientes adultos con SAF primario que firmaron consentimiento informado que pudieran contestar la prueba de Montreal (MoCA) y NEUROPSI para deterioro cognitivo. Adicionalmente se detectaron las áreas cognitivas afectadas por medio de NEUROPSI, así como la autoeficacia (*Spanish Chronic Disease Self-Efficacy Scale*). Se obtuvieron datos demográficos, características clínicas, comorbilidades, puntuaciones de las pruebas MoCA (máxima puntuación: 30 puntos), NEUROPSI y de autoeficacia (máxima puntuación: 40 puntos). Se empleó estadística descriptiva, prueba de Shapiro-Wilk, ji cuadrada y correlación de Spearman.

Resultados: Se analizó a 50 pacientes con SAF primario, 74% de mujeres y 26% de hombres, con edad de $55,02 \pm 11,88$ años, tiempo de evolución de $19,86 \pm 8,1$ años; 26% tenía hipotiroidismo compensado, 24% hipertensión arterial, 20% obesidad, 30% ansiedad, 24% depresión y 6% diabetes mellitus. El 34% tenía antecedente de EVC isquémico. Por medio del

NEUROPSI se identificó un 24% con algún grado de deterioro cognitivo y el 76% restante sin deterioro cognitivo. Con el MoCA se encontró el 56,5% con algún grado de deterioro cognitivo y el 43,5% normal.

Se realizó el análisis de cada área cognitiva afectada ajustado por años de estudio y edad; en la **Tabla 1** se muestran las frecuencias halladas. No se encontró relación entre comorbilidades y presentar algún grado de deterioro cognitivo. La mediana de la puntuación NEUROPSI fue de 104; la de autoeficacia de 34 puntos y la de la prueba de MoCA de 25. Se encontró correlación entre NEUROPSI y autoeficacia ($\rho = 0,397$, $p = 0,008$) y entre el NEUROPSI y el MoCA ($\rho = 0,599$, $p = 0,0001$).

Tabla 1. (DC22)

Área cognitiva	Normal (%)	Moderado (%)	Grave (%)
Orientación	96	0	4
Atención y concentración	85	8	7
Memoria	84	9	7
Lenguaje	81	10	9
Lectura y escritura	73	3	10
Funciones ejecutivas y motoras	84	6	4

Conclusiones: Se identificó deterioro cognitivo en pacientes con SAF primario. Las alteraciones del lenguaje y lectura y escritura fueron las más frecuentes. A mayor puntuación en las pruebas MoCA y NEUROPSI existe un buen nivel de autoeficacia.

Bibliografía

- Ostrosky-Solis F, Ardila A, Rosselli M. NEUROPSI: a brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *J Int Neuropsychol Soc.* 1999;5(5):413-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s1355617799555045>.
- Hassan F, Naffaa ME, Saab A, *et al.* Cognitive impairment in anti-phospholipid syndrome and anti-phospholipid antibody carriers. *Brain Sci* [Internet]. 2022;12(2):222. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/brainsci12020222>.

DC23

USO DE DENOSUMAB EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y OSTEOPOROSIS: UN ESTUDIO DE SERIE DE CASOS

A. Hernández-Miranda, M. Moreno-Ramírez, I.A. Quintal-Medina

Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez

Introducción: La osteoporosis afecta a 11 a 37% de las personas que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), prevalencia superior a la observada en la población general. Los bifosfonatos son el tratamiento antirresortivo de primera línea; no obstante, el denosumab constituye una alternativa en casos de intolerancia o contraindicación, con evidencia limitada. **Objetivo:** Describir el cambio de densidad mineral ósea (DMO) con el uso de denosumab en personas que viven con VIH (PVV) con osteoporosis.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y descriptivo. Se revisaron expedientes clínicos de PVV y osteoporosis tratadas con denosumab durante 12 meses y con densitometría basal y de control a los 12 meses. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se recopilieron variables demográficas, factores de riesgo y valores de DMO en columna lumbar y cadera antes y después del tratamiento. El análisis se realizó con *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25 (v25); se aplicó el instrumento de Kolmogorov-Smirnov para normalidad y se emplearon media $\pm$ desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según correspondiera. La comparación antes y después del tratamiento utilizó la prueba t pareada o la de Wilcoxon; se consideró significativa $p < 0,05$ (**Tabla 1**).

Tabla 1. Comparación de densitometría ósea de cadera y columna antes y después del denosumab en la muestra de cuatro sujetos. (DC23)

DMO g/cm ²	Antes	Después	Diferencia (IC95%)	Valor de p	Porcentaje de cambio
Cadera	0,873 ± 0,086	0,902 ± 0,755	0,021 (-0,376-0,106)	0,103	2,81% (0,76%-6,63%)
Columna	0,897 ± 0,100	0,912 ± 0,098	-0,015 (-0,033-0,003)	0,077	1,71% (0,39%-3,13%)

DMO, densidad mineral ósea; IC95%, intervalo de confianza al 95%; g/cm², gramos sobre centímetro al cuadrado. Los valores se presentan en mediana y desviación estándar. Para determinar el valor de p se utilizó la prueba ji cuadrada para una muestra.

Resultados: Se incluyó a cuatro varones, con mediana de edad de 51 años y exposición prolongada al tenofovir (mediana, 15 años). Los factores de riesgo habituales identificados fueron fractura previa (25%), tabaquismo (25%), consumo de alcohol > 150 g/sem (50%), sedentarismo (75%), uso crónico de glucocorticoides e hipogonadismo (25%). Después de 12 meses, la mediana de incremento porcentual de la DMO fue de 2,8% (RIC, 1,1-5,2%) en cadera y 1,7% (RIC, 1,2-2,3%) en columna lumbar. No registraron hipocalcemia, osteonecrosis mandibular ni fracturas nuevas.

Conclusiones: El denosumab se relacionó con un aumento modesto, pero clínicamente relevante de la DMO, además de mostrar un perfil de seguridad favorable en PVV con osteoporosis intolerantes a los bifosfonatos. Se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado para confirmar su efecto sobre la reducción de fracturas.

Bibliografía

- Biver E. Osteoporosis and HIV Infection. *Calcif Tissue Int.* 2022;110(5):624-640. doi: 10.1007/s00223-022-00946-4.
- 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-20 (MarcadorDePosición1)20 update. *Endocr Pract.* 2020;26(Suppl 1):1-46. doi: 10.4158/GL-2020-0524SUPPL. PMID: 32427503.

DC24

ATROFIA ACINAR Y DISFUNCIÓN SALIVAL EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN

I.C. Cantú-Zapata, K. Palomo-Arnaud, B.R. Vázquez-Fuentes, J.A. Esquivel-Valerio, D.A. Galarza-Delgado, J.C.L. Riega-Torres

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: En el síndrome de Sjögren (SS), la biopsia de glándulas salivales menores es fundamental para el diagnóstico y el *Focus score* es el principal criterio histopatológico. Sin embargo, la atrofia acinar podría constituir un marcador adicional de cronicidad y gravedad, aunque su relevancia clínica se ha explorado poco. Por otro lado, la disminución del flujo salival no estimulado es un rasgo clínico característico que refleja el grado de disfunción glandular. Si se considera que el SS se presenta en forma primaria (SSp) o secundaria (SSs), resulta relevante evaluar si la atrofia acinar difiere entre estas variantes y cuál es su relación con la función secretora.

Objetivo: Determinar la prevalencia de atrofia en biopsias de glándula salival en pacientes con SSp en comparación con SSs y su relación con el flujo salival.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y descriptivo que incluyó a pacientes con diagnóstico de síndrome de Sjögren primario (SSp) y secundario (SSs), sometidos a biopsia de glándulas salivales menores entre 2015 y 2023. Las biopsias se consideraron positivas al presentar ≥ 50 células mononucleares inflamatorias por 4 mm² de tejido glandular (*Focus score* ≥ 1), de acuerdo con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2016 para SS. Se registró el número de acúmulos linfocitarios (puntuación de focos) y la presencia de atrofia acinar, clasificada en leve, moderada o grave. Asimismo, se recopilaron variables clínicas como

edad y flujo salival no estimulado (mL/min), el cual se midió mediante sialometría. Para el análisis estadístico se aplicaron las pruebas ji cuadrada en variables categóricas y U de Mann-Whitney en variables continuas no paramétricas. La relación entre el grado de atrofia acinar y el flujo salival se evaluó con la correlación de Spearman.

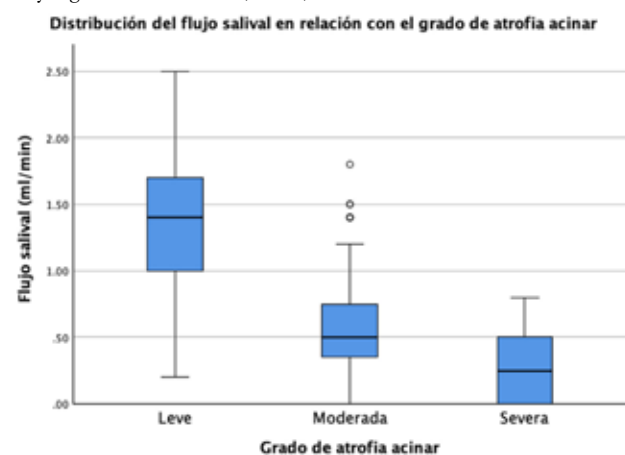
Resultados: Se incluyó a 119 pacientes, 60 con SSp (50,4%) y 59 con SSs (49,6%), con predominio femenino (SSp: 96,7% vs. SSs: 98,3%; p = 0,569). La mediana de edad global fue de 52 años (RIC, 45-60). Las biopsias salivales positivas (≥ 50 células mononucleares/4 mm², *Focus score* ≥ 1) fueron más frecuentes en SSp (75,0%) que en SSs (57,6%; p = 0,045). La puntuación de focos fue significativamente mayor en SSp (mediana 2,0 [RIC, 0,75-4,0]) respecto de SSs (1,0 [RIC, 0,0-2,0]; p = 0,020). La atrofia acinar se observó en el 61,7% de los pacientes con SSp frente al 25,4% en SSs (p < 0,001). En cuanto a la función glandular, el flujo salival no estimulado fue menor en SSp (mediana 0,10 mL/min [RIC: 0,05-0,25]) en comparación con SSs (0,50 mL/min [RIC: 0,30-1,25]; p = 0,021) (Tabla 1). El flujo salival mostró una disminución progresiva con mayor gravedad de atrofia acinar (Figura 1). La correlación de Spearman confirmó una vinculación negativa significativa entre ambas variables (p = -0,645, p < 0,001).

Tabla 1. Comparación de variables histopatológicas y de flujo salival entre pacientes con síndrome de Sjögren primario y secundario. (DC24)

	Síndrome de Sjögren primario (n = 60)	Síndrome de Sjögren secundario (n = 59)	p
Sexo, n (%)			0,569
Femenino	58 (96,7%)	58 (98,3%)	
Masculino	2 (3,3 %)	1 (1,7%)	
Biopsia salival positiva (≥ 50 células mononucleares/4 mm ² , <i>Focus score</i> ≥ 1), n (%)	45 (75,0%)	34 (57,6%)	0,045
Puntuación de focos, mediana (RIC)	2,0 [0,75-4,0]	1,0 [0,0-2,0]	0,020
Atrofia acinar, n (%)	37 (61,7%)	15 (25,4%)	< 0,001
Flujo salival (mL/min), mediana (RIC)	1,0 (0,5-1,5)	0,5 (0,3-1,25)	0,021

Los valores se expresan como número (%) o mediana (RIC). Los valores de p se calcularon con la prueba ji cuadrada para variables categóricas y la prueba U de Mann-Whitney para variables continuas.

Figura 1. Boxplot del flujo salival según el grado de atrofia acinar (leve, moderada y grave). Se observa una disminución progresiva del flujo con mayor gravedad de atrofia. (DC24)



Conclusiones: La atrofia acinar fue significativamente más frecuente en el síndrome de Sjögren primario en comparación con el secundario y se relacionó con menores valores de flujo salival y con mayores puntuaciones

de focos linfocitarios. La correlación negativa entre el grado de atrofia y el flujo salival sugiere que la pérdida estructural glandular se relaciona directamente con la disfunción secretora. Estos hallazgos apoyan la relevancia de la atrofia como marcador histopatológico complementario en la caracterización del SSp.

Bibliografía

1. Fisher BA, Brown RM, Bowman SJ, *et al.* A review of salivary gland histopathology in primary Sjögren's syndrome with a focus on its potential as a clinical trials biomarker. *Ann Rheum Dis.* 2015;74(9):1645-50.
2. Navazesh M, Kumar SK. Measuring salivary flow: challenges and opportunities. *J Am Dent Assoc.* 2008;139 Suppl:35S-40S.

DC25

CALIDAD DE SUEÑO, FATIGA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

I. Palacios-Obregón, K.Y. Ramos-Reza, S.S. Heredia-González, F.A. Marín-Muñoz, F. Humphrey-Escamilla, L.P. Gallegos-Gloria, A.C. Dávila-Herrada, M.E. Corral-Trujillo, N. Luna-Mireles, A.A. Treviño-Arreola, E. Escamilla-Barrientos, M.A. Villarreal-Alarcón, J.A. Cárdenas-De la Garza, I.J. Hernández-Galarza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) frecuentemente experimentan alteraciones del sueño. Asimismo, presentan una alta prevalencia de ansiedad, depresión y grados significativos de fatiga. La mala calidad de sueño es multifactorial, influida por factores genéticos, psicológicos, estilo de vida, actividad de la enfermedad y comorbilidades.

Objetivo: Describir la calidad de sueño, fatiga y síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con ERA.

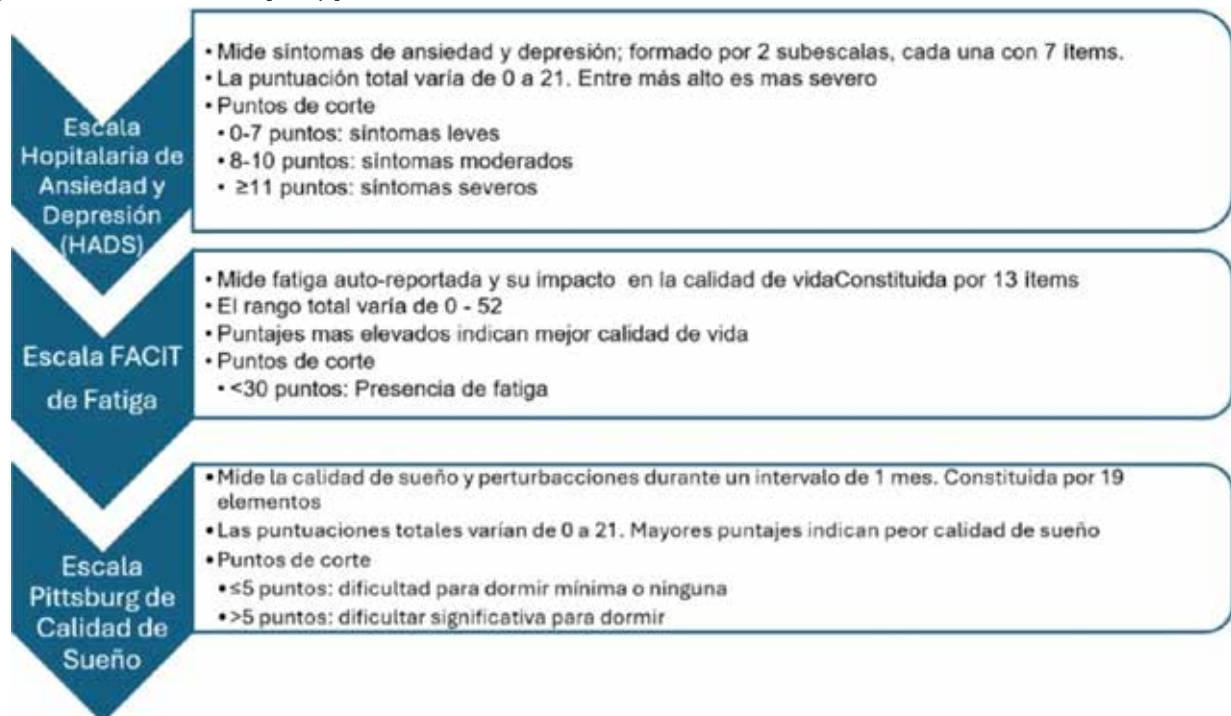
Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y observacional en pacientes mayores de 18 años con ERA de la consulta externa del servicio

de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González de junio a agosto de 2024. Se realizó una evaluación con escalas para medir la calidad de sueño y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión y fatiga. Las escalas utilizadas y su descripción se encuentran en la **Figura 1**. **Resultados:** Se incluyó a 32 pacientes con ERA, con edad promedio de 45,31 años y un IMC de 28,42, la mayoría de mujeres (93,73%). La artritis reumatoide (AR) fue el diagnóstico más común (33,33%). En cuanto a la calidad de sueño: en general, 71,87% de los pacientes duerme menos de 7 horas y 30,43% de estos pacientes señala haber tomado medicamentos para dormir ≥ 3 veces en el último mes. Se observó mala calidad de sueño en 62,5% de los pacientes, más prevalente en AR (35%) y con progresión de la ERA mayor a seis años (70%). Adicionalmente, el 50% refirió fatiga, 60% ansiedad y 45% depresión. De éstos, el 45% tenía síntomas graves de ansiedad y el 20% síntomas graves de depresión. En contraste, el 37,5% mostraba buena calidad de sueño, con mínima fatiga, ansiedad y depresión. Los resultados se muestran en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Calidad de sueño en pacientes con ERA. (DC25)

	< 5 puntos Pacientes con buen sueño n (%) = 12 (37,5)	< 5 puntos Pacientes con buen sueño n (%) = 12 (37,5)
Sexo		
Mujer, n (%)	10 (83,33)	20 (100)
Edad, media $\pm$ DE	38,25 (15,55)	49,55 (12,97)
IMC, media $\pm$ DE	27,28 (4,47)	29,11 (5,66)
Ocupación, n (%)		
Empleado	6 (50)	9 (45)
Desempleado	6 (50)	11 (55)
Nivel educativo, n (%)		
Educación básica	5 (41,66)	8 (40)
Educación superior	7 (58,3)	12 (60)
Diagnóstico, n (%)		
AR		
LES	4 (33,33)	7 (35)
Escleroderma	4 (33,33)	5 (15)
SS	2 (16,66)	1(5)
Miopatías	0 (0)	4 (20)
inflamatorias	2 (16,7)	2 (10)

Figura 1. Escalas utilizadas: descripción y puntos de corte. (DC25)



Comorbilidades, n (%)		
Obesidad	3 (25)	8 (40)
Hipertensión arterial	3 (25)	7 (35)
DM2	0 (0)	5 (15)
Otras	4 (33,33)	12 (60)
Duración de la enfermedad		
< 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	6 (50)	6 (30)
FACIT-F		
Puntuaciones medias ± DE	36,6 (14,41)	30,6 (10,93)
HADS		
Puntuaciones medias ± DE		
Ansiedad	4 (33,33)	7,1 (4,22)
Depresión	2,25 (2,27)	10,15 (4,19)

DE, desviación estándar; IMC, índice de masa corporal; AR, artritis reumatoide; LES, lupus eritematoso sistémico; SS, síndrome de Sjögren; DM2, diabetes mellitus tipo 2; ANA, anticuerpos antinucleares; FR, factor reumatoide.

Conclusiones: Los pacientes con mala calidad de sueño presentan tasas más altas de depresión grave (20%) y ansiedad (45%), mayor duración de la enfermedad, comorbilidades, y una edad media 10 años mayor en comparación con el grupo con buen sueño. Realizar una evaluación detallada de los patrones de sueño en los pacientes con ERA y promover su cuidado podría ayudar a mejorar su calidad de vida.

Bibliografía

Gouda W, Mokhtar M, Elazab SA, *et al.* Sleep disorders in patients with rheumatoid arthritis: association with quality of life, fatigue, depression levels, functional disability, disease duration, and activity: a multicenter cross-sectional study. J Int Med Res. 2023; doi:10.1177/03000605231204477.

DC26

COMPARACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO, MARCADORES INFLAMATORIOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON FARME BIOLÓGICOS Y CONVENCIONALES

V. Cervantes-Ramírez, F.M. García-García, E.C. Garza-González, A. Leal-Valdez, R.L. Polina-Lugo, K.M. Cuevas-Arellano, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica relacionada con un mayor riesgo cardiovascular (CV) debido a su efecto proaterogénico y proinflamatorio. Los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME), tanto sintéticos convencionales como biológicos, influyen en la actividad inflamatoria y la evolución del riesgo CV. El uso de fármacos biológicos se ha acompañado de incrementos de los valores de lípidos séricos; sin embargo, no está claro el efecto que esto representa en el riesgo CV.

Objetivo: Comparar el perfil de lípidos, marcadores inflamatorios y riesgo CV en pacientes con AR tratados con FARME biológicos y con tratamiento convencional.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a pacientes de 30 a 75 años con AR que cumplían los

criterios de ACR/EULAR 2010 y se excluyó a aquellos con antecedente de enfermedad CV. Los pacientes se clasificaron en dos grupos de acuerdo con la exposición a fármacos biológicos: pacientes tratados sin FARME biológicos y pacientes en tratamiento con FARME biológicos. El riesgo CV se evaluó por medio de tres escalas: Framingham-BMI, Framingham-Lipids y QRISK3. Se realizó ultrasonido carotídeo a 195 pacientes y la placa carotídea (PC) se definió como un grosor difuso de la íntima media carotídeo $\geq 1,2$ mm o grosor focal $\geq 0,8$ mm. Se realizaron pruebas de laboratorio que incluían valores de proteína C reactiva (PCR), velocidad de sedimentación globular (VSG) y perfil de lípidos. La prueba de Kolmogorov-Smirnov se utilizó para determinar la normalidad y las comparaciones se realizaron con ji cuadrada, t de Student y U de Mann-Whitney. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 195 pacientes: 161 tratados con FARME convencionales sin biológicos y 34 en tratamiento con FARME biológicos (con o sin convencionales). La edad media fue de $56 \pm 9,68$ años. Las características demográficas y factores de riesgo CV tradicionales fueron similares entre grupos. Los pacientes en el grupo con biológicos presentaron una mayor duración de la enfermedad en comparación con el grupo convencional ($6,19$ [$3,00$ - $13,84$] *vs.* $11,50$ [$4,25$ - $15,75$]; $p = 0,026$). El grado de actividad fue similar en ambos grupos. El perfil lipídico fue más alto en el grupo de biológicos, con diferencias estadísticamente significativas en colesterol total, LDL y colesterol no HDL ($p = 0,002$, $p = 0,005$ y $p = 0,019$, respectivamente). En cuanto a marcadores inflamatorios, se observaron cifras más bajas en el grupo con biológicos para PCR y VSG ($p = 0,009$ y $p = 0,032$). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos respecto de las escalas de riesgo CV: Framingham-BMI, Framingham-Lipids y QRISK3. La presencia de PC fue más frecuente en el grupo sin biológicos ($44,72\%$ *vs.* $38,24\%$); sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,488$). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características clínicas, de laboratorio y ultrasonido carotídeo. (DC26)

	Grupo sin FARME biológicos n = 161	Grupo con FARME biológicos n = 34	Valor de p
Edad, años, media ± DE	56,17 ± 9,88	55,70 ± 8,83	0,800
Mujeres, n (%)	145 (90,06)	32 (94,12)	0,458
Factores de riesgo CV			
Obesidad, n (%)	59 (36,65)	7 (20,59)	0,790
Diabetes mellitus, n (%)	33 (20,50)	3 (8,82)	0,111
Hipertensión, n (%)	62 (38,51)	14 (41,18)	0,772
Dislipidemia, n (%)	74 (45,96)	16 (47,06)	0,907
Tabaquismo activo, n (%)	17 (10,56)	4 (11,76)	0,837
Características clínicas			
Duración de enfermedad, años, mediana, (RIC)	6,19 (3,00-13,84)	11,50 (4,25-15,75)	0,026
DAS-28 PCR, media ± DE	3,47 ± 1,47	3,40 ± 1,40	0,782
DAS-28 VSG, media ± DE	4,51 ± 1,44	4,25 ± 1,43	0,340
Perfil lipídico			
Colesterol total, media ± DE	173,2 ± 36,42	194,1 ± 28,3	0,002
LDL, media ± DE	91,56 ± 31,59	107,9 ± 24,27	0,005
HDL, mediana, (RIC)	53,00 (44,30-64,20)	58,00 (48,88-74,15)	0,085
Col-no-HDL, media ± DE	117,9 ± 36,60	133,6 ± 26,94	0,019
Índice col total/ HDL, mediana (RIC)	3,21 (2,55-3,94)	3,46 (2,67-3,78)	0,515
Marcadores inflamatorios			
PCR, mediana, (RIC)	0,620 (0,27-1,16)	0,38 (0,10-0,70)	0,009
VSG, mediana, (RIC)	22,00 (16,00-35,00)	17,50 (13,00-29,75)	0,032

Escala de riesgo CV			
Framingham-BMI mediana, (RIC)	12,30 (7,65-22,80)	10,52 (6,86-16,24)	0,144
Framingham-Lipids mediana, (RIC)	8,40 (5,39-14,10)	9,30 (7,65-14,06)	0,896
QRISK III mediana, (RIC)	6,50 (3,40-11,80)	7,00 (4,42-8,77)	0,683
Ultrasonido carotídeo			
Placa carotídea unilateral o bilateral, n (%)	72 (44,72)	13 (38,24)	0,488

DE, desviación estándar; CV, cardiovascular; RIC, rango intercuartílico; DAS-28 PCR, *Disease Activity Score* en 28 articulaciones con proteína C reactiva; DAS-28 VSG, *Disease Activity Score* en 28 articulaciones con velocidad de sedimentación globular; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad.

Conclusiones: De acuerdo con estos resultados, no se identificaron diferencias en la determinación del riesgo CV y la presencia de PC, aunque sí se observaron diferencias significativas en el perfil lipídico y los marcadores inflamatorios. Este hallazgo podría explicarse por la mayor duración de la enfermedad en el grupo con biológicos y por un índice de actividad comparable entre grupos, factores que limitarían la detección de un menor riesgo relacionado con los FARME biológicos. Estos resultados remarcan la importancia del tamizaje cardiovascular en pacientes tratados con fármacos biológicos y marcadores inflamatorios en parámetros normales. Se requieren estudios prospectivos con cohortes más amplias y duraciones de enfermedad comparables para esclarecer el efecto de los biológicos.

Bibliografía

1. Pappas DA, Reed G, Kane K, *et al.* Effect of biologic agents and inflammation on lipid levels and cardiovascular risk in rheumatoid arthritis patients. *Semin Arthritis Rheum.* 2024;68:152504.
2. Papamichail GV, Markatseli TE, Georgiadis AN, *et al.* The effects of biologic agents on cardiovascular risk factors and atherosclerosis in rheumatoid arthritis patients: a prospective observational study. *Heart Vessels.* 2022;37(12):2128-2136.

DC27

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

L.A. Aparicio-Vera¹, I.P. García-Herrera², I. Vera-Sánchez³, M. Flores-Merl³, P. Núñez-García¹, L.F. Pérez-Pérez¹

⁽¹⁾Hospital para el niño poblano, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽³⁾Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Introducción: La salud sexual y reproductiva en población adolescente en México constituye un tema de especial preocupación, particularmente en subgrupos vulnerables como los pacientes con enfermedades reumatológicas.

Objetivo: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la salud sexual y reproductiva en cuatro diferentes dimensiones: salud sexual, salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con enfermedades reumatológicas del Hospital de la Niñez Poblana.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo que usó una escala psicométrica validada, aplicada a una muestra de 22 pacientes adolescentes del género femenino; los diagnósticos predominantes fueron lupus eritematoso sistémico y artritis idiopática juvenil. Se realizó estadística descriptiva para la descripción de los datos obtenidos.

Resultados: Los resultados revelaron que, en cuanto a conocimientos, el 91% reconoce que el sexo no está limitado a la reproducción, pero hasta el 68% muestra dudas sobre una sexualidad limitada a la genitalidad y hasta un 63,6% duda sobre la relación entre el tamaño del pene y el placer sexual.

El 77,2% considera importante distinguir entre deseos personales y ajenos y el 72,7% valora conocer las preferencias de la pareja. El 86,3% comprende la relación entre el ciclo de fecundidad y el embarazo y la misma proporción entiende el concepto de salud reproductiva como el ejercicio libre y responsable de la sexualidad. El 95,4% identifica el contacto sexual como principal vía de infección de transmisión sexual (ITS). El 91% conoce que el diagnóstico de las ITS se realiza mediante examen de laboratorio. Entre 77 y 86,3% tiene conocimiento sobre prevención, verificación de empaque y correcta forma de apertura del condón. Sin embargo, hasta el 68,1% desconoce los lubricantes adecuados.

En cuanto a las actitudes, el 63,6% afirma tener capacidad para resistir la presión social para tener relaciones sexuales. El 72,7% reconoce su derecho a decidir cuándo tener hijos. El 59,1% asegura poder acudir a los servicios de salud sin temor. El 72,6% reconoce que no sólo las trabajadoras sexuales transmiten ITS. El 59,1% no considera ofensivo que una mujer solicite el uso del condón. En relación con las prácticas, el 86,3% refirió no tener vida sexual activa, por lo que esta categoría aportó escasa información.

Conclusiones: Se advierte que aún persiste la falta de conocimiento, aunque más del 50% de los encuestados revela actitudes saludables, pero con áreas clave que requieren atención; por lo tanto, representa una oportunidad para que el médico pediatra aborde integralmente estos aspectos durante la consulta médica regular. Asimismo, resalta la necesidad de crear estrategias educativas dirigidas específicamente a la población adolescente con enfermedades reumatológicas, con el fin de mejorar su calidad de vida y reducir riesgos adjuntos.

Bibliografía

1. Andreoli L, Bertias GK, Agmon-Levin N, *et al.* EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(3):476-85. Available from: <https://ard.bmj.com/content/annrheumdis/76/3/476.full.pdf>
2. Kawai VK, Costa AF, Pereira MC, *et al.* Sexual and reproductive health counseling among adolescents with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71(suppl 10). Abstract nr 2387. Available from: <https://acrabstracts.org/abstract/sexual-and-reproductive-health-counseling-among-adolescents-with-systemic-lupus-erythematosus/>

DC28

RETRASO DIAGNÓSTICO Y SU IMPACTO CLÍNICO EN PACIENTES MEXICANOS CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL DE LA COHORTE ESPALDA

S. Sánchez-Pérez¹, R.E. Ramírez-Ibarra², E. Ponce-Morales², I.L. Gámez-Saiz², M.A. Encarnación³, J.P. Romero-López⁴, J.C. Casasola-Vargas²

⁽¹⁾Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, IPN, ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽³⁾Escuela Superior de Medicina, IPN, ⁽⁴⁾Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Introducción: La espondiloartritis axial (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que compromete principalmente la columna vertebral y las articulaciones sacroiliacas. Se manifiesta con dolor lumbar inflamatorio, rigidez matutina y limitación funcional, además de posibles manifestaciones extraarticulares como uveítis, psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal. La detección temprana resulta fundamental, ya que un diagnóstico tardío prolonga la actividad inflamatoria no controlada y modifica la progresión estructural, la discapacidad y la calidad de vida.

Diversos estudios en Europa y Norteamérica han descrito un retraso diagnóstico que oscila entre cinco y 10 años. Sin embargo, en Latinoamérica la información es aún limitada, aunque algunos informes coinciden en que el retraso es similar o incluso mayor, resultado de las características clínicas heterogéneas y de factores de acceso al sistema de salud. Entre las principales dificultades se encuentran la confusión con dolor mecánico en etapas iniciales y la baja disponibilidad de resonancia magnética o de reumatólogos capacitados en atención primaria.

La cohorte ESPALDA constituye una fuente valiosa para evaluar el retraso diagnóstico en pacientes mexicanos, al permitir analizar su efecto clínico, funcional y estructural. Estos hallazgos pueden orientar estrategias de referencia temprana y optimizar el abordaje terapéutico en la región.

Objetivo: Analizar el retraso diagnóstico y su relación con variables clínicas, funcionales y estructurales en pacientes mexicanos con EA de la cohorte ESPALDA (Registro de ESpondiloartritis Axial de América).

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y analítico basado en la cohorte ESPALDA de pacientes con el diagnóstico de EA. Se registraron años de retraso diagnóstico, actividad de enfermedad (BASDAI, BASFI, ASDAS-ESR, ASDAS-CRP), MASES, grado de sacroileítis (escala 0-4, categorizada en leve, moderada y grave) y tratamiento con fármacos biológicos. Correlaciones: Spearman entre retraso y variables continuas. Comparaciones: Kruskal-Wallis (≤ 5 , 6-10, > 10 años) y Mann-Whitney (≤ 5 vs. > 5). Categorías: χ^2 para sacroileítis y uso de biológico.

Resultados: Se incluyó a 144 pacientes con espondiloartritis axial, con un retraso diagnóstico promedio de $7,5 \pm 5,9$ años. Al estratificar por grupos de retraso diagnóstico (< 5 , 5-10 y > 10 años), se observó que los pacientes con > 10 años presentaron un BASFI significativamente mayor que los de menor retraso ($p = 0,04$), lo que refleja una mayor discapacidad funcional. No se identificaron diferencias significativas en BASDAI, ASDAS-ESR y ASDAS-CRP entre los grupos. Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Retraso diagnóstico. (DC28)

Variable	< 5 años (n = 72)	5-10 años (n = 34)	> 10 años (n = 38)	P ($< 0,05$)
Edad al inicio (años, media $\pm$ DE)	24,2 $\pm$ 11,5	20,9 $\pm$ 11,9	22,6 $\pm$ 9,9	0,30
BASDAI (media $\pm$ DE)	4,25 $\pm$ 2,39	4,34 $\pm$ 2,27	4,83 $\pm$ 2,29	0,46
BASFI (media $\pm$ DE)	4,16 $\pm$ 2,79	6,58 $\pm$ 7,27	5,20 $\pm$ 2,56	0,04
ASDAS-ESR (media $\pm$ DE)	2,73 $\pm$ 1,26	3,10 $\pm$ 1,13	2,92 $\pm$ 1,19	0,36
ASDAS-CRP (media $\pm$ DE)	3,85 $\pm$ 1,40	3,99 $\pm$ 1,69	3,67 $\pm$ 1,24	0,91
Manifestaciones extraarticulares				
Uveítis	16,7%	34,3%	47,4%	0,002
Psoriasis	16,7%	31,4%	44,7%	0,006
	0,0%	2,9%	2,6%	0,37
Sacroileítis grave (%)	27,8%	61,8%	68,4%	$< 0,001$
Uso de biológicos (%)	22,2%	20,6%	7,9%	0,16

En cuanto a las manifestaciones extraarticulares, se encontró un incremento progresivo con el retraso diagnóstico: las manifestaciones globales fueron más frecuentes en los pacientes con > 10 años (47,4% vs. 16,7%) en < 5 años ($p = 0,002$), particularmente la uveítis (44,7% vs. 16,7%); $p = 0,006$). Respecto del daño estructural, la frecuencia de sacroileítis grave aumentó progresivamente con el retraso diagnóstico, hasta alcanzar 68% en > 10 años frente a 28% en < 5 años ($p < 0,001$).

En relación con el análisis de correlación, el retraso diagnóstico se vinculó positivamente con BASFI ($\rho = 0,28$, $p < 0,01$) y sacroileítis izquierda ($\rho = 0,22$, $p = 0,03$), lo que confirma su efecto en la discapacidad y la progresión estructural.

Conclusiones: El retraso diagnóstico en esta cohorte mexicana de pacientes con EA se aproximó a 7 años, comparable con lo informado en otras regiones. Los retrasos mayores de cinco años se vincularon con un aumento significativo de las manifestaciones extraarticulares, especialmente uveítis, mayor limitación funcional y, sobre todo, con un incremento marcado de la proporción de sacroileítis grave. Estos hallazgos refuerzan la urgencia de implementar estrategias de referencia temprana y optimizar el acceso a reumatología en Latinoamérica para acortar la brecha diagnóstica.

Bibliografía

- Zhao SS, Pittam B, Harrison NL, *et al*. Diagnostic delay in axial spondyloarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology* (Oxford). 2021;60(4):1620-8.
- Feldtkeller E, Khan MA, van der Heijde D, *et al*. Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int*. 2003;23(2):61-6.

- Ríos-Rodríguez V, Poddubnyy D. Diagnostic delay in axial spondyloarthritis: causes, consequences and solutions. *Curr Rheumatol Rep*. 2020;22(8):41.

- López-Medina C, Moltó A, Claudepierre P, *et al*. Clinical phenotypes of axial spondyloarthritis according to age at disease onset: results from the DESIR cohort. *Arthritis Care Res* (Hoboken). 2018;70(9):1400-9.
- Sommerfleck FA, Burgos-Vargas R, Maldonado-Cocco JA, *et al*. Early diagnosis of spondyloarthritis in Latin America: difficulties and opportunities. *Clin Rheumatol*. 2014;33(2):179-83.

DC29

DETECCIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER BASADA EN ESCALA SEGUN IMACS EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

M.A. Villeda-Aguilar, L. Andrade-Ortega, F.C. Irazoque-Palazuelos
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) tienen prevalencia de 2 a 25 por 100 000 personas. Existe una relación importante con las neoplasias, con incidencia del 6 a 60%. El *International Myositis Assessment & Clinical Studies Group* (IMACS) propuso recientemente una escala de estadificación del riesgo para cáncer de acuerdo con las características clínicas y serológicas; a través de ella se han propuesto directrices claras para el cribado de cáncer; empero, poco se ha estudiado la utilidad de estas escalas en la población mexicana.

Objetivo: Evaluar la vinculación entre estratificación del riesgo oncológico de escala IMACS y la presencia de neoplasias en pacientes con MII en el CMN 20 de Noviembre, con el fin de determinar la utilidad de esta clasificación para una más precisa y oportuna del cáncer en esta población.

Material y métodos: Análisis descriptivo de la población. La relación entre la clasificación IMACS (original y modificada) y el cáncer se evaluó con ji cuadrada y prueba exacta de Fisher. Se recodificó el riesgo en dos grupos para calcular sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razón de momios. Se analizó a subgrupos clínicos y serológicos, y se evaluó la capacidad discriminativa con curvas ROC y prueba de DeLong, con significancia estadística.

Resultados: Se incluyó a 81 pacientes, todos con anticuerpos medidos, con una mayor frecuencia de mujeres (77,8%) y edad media de 46,5 años. En cuanto a la clasificación clínica, la dermatomiositis fue más frecuente (38,3% de los casos), seguida de polimiositis (28,4%). Los anticuerpos más frecuentes fueron Ro52 (21,0%), seguido de anticuerpo Ku (6,2%), TIF1 y NXP2. De acuerdo con la clasificación de riesgo, el 71,6% de los pacientes registró riesgo alto, el 2,5% riesgo intermedio y el 25,9% riesgo estándar. De los pacientes con riesgo alto, 46 fueron mujeres y 12 hombres. La frecuencia global de neoplasias fue de 9 casos (11,1%) y de ellos 8 (13,8%) correspondieron al grupo de alto riesgo. Se realizaron pruebas de relación entre riesgo según la escala IMACS y la presencia de neoplasias mediante ji cuadrada de Pearson con valor de 1,52 ($p = 0,465$). Esto proporcionó una sensibilidad de 88,9%, una especificidad de 27,8%, un valor predictivo positivo de 13,3% y uno negativo de 95,2%; la razón de verosimilitud positiva se situó en 1,23 y la negativa en 0,40. La razón de momios para cáncer en el grupo intermedio + alto fue 3,1 (IC95% 0,33-6,17). Debido a que esta cohorte presenta mayor edad, se elevó el umbral de 40 a 50 años, y se denominó "IMACS modificado". Ambos índices (original y modificado) se binarizaron (riesgo bajo vs. intermedio + alto) y se analizaron frente a la presencia de neoplasias nuevamente (**Tabla 1**). Para la versión de IMACS modificado se obtuvieron sensibilidad de 66,7% y especificidad de 41,7%. Se realizó una curva ROC del índice original que mostró un área bajo la curva de 0,596, mientras que la versión modificada alcanzó un área bajo la curva de 0,551 (**Figura 1**); la prueba de DeLong no reveló diferencias significativas entre ambas ($p > 0,20$). Estos resultados indican que el corte de 50 años mejora la especificidad, en detrimento de la sensibilidad.

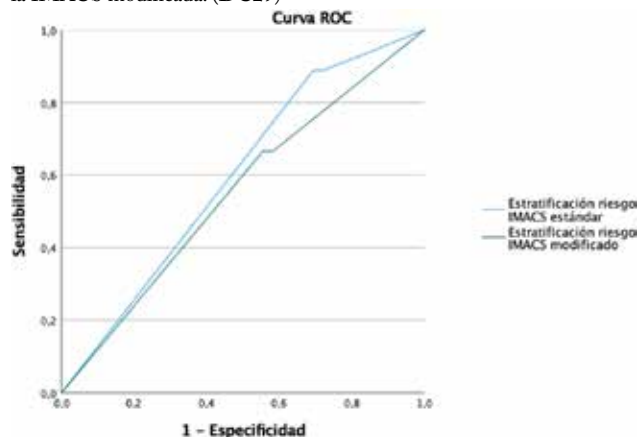
Conclusiones: Este estudio representa un primer acercamiento para validar la escala IMACS en la población mexicana. Aunque su capacidad predictiva fue limitada por la elevada especificidad, pero baja sensibilidad,

resalta la necesidad de integrar variables clínicas y serológicas adicionales, así como un mayor número de pacientes para mejorar la detección de cáncer en pacientes con MII.

Tabla 1. Tablas 2 x 2 de la clasificación IMACS estándar y la IMACS modificada (≥ 50 años). (DC29)

Riesgo IMACS fusionados	IMACS estándar			IMACS modificada (≥ 50 años)		
	Sin cáncer	Con cáncer	Total	Sin cáncer	Con cáncer	Total
Riesgo bajo	20	1	21	30	3	33
Riesgo intermedio + alto	52	8	60	42	6	48
Total	72	9	81	72	9	81

Figura 1. Curvas ROC que comparan la clasificación IMACS estándar y la IMACS modificada. (DC29)



Bibliografía

1. Lundberg IE, Fujimoto M, Vencovsky J, *et al.* Idiopathic inflammatory myopathies. *Nat Rev Dis Primers.* 2021;7:86.
2. Khoo T, Lilleker JB, Thong BY, *et al.* Epidemiology of the idiopathic inflammatory myopathies. *Nat Rev Rheumatol.* 2023;19(11):695-712.
3. Lundberg I, Bottai M, Tjärnlund A. Response to: 'Performance of the EULAR/ACR classification criteria for adult and juvenile idiopathic inflammatory myopathies in clinical practice' by Hočevar *et al.* *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2018;77(12):e91-e91.
4. De Santis M, Selmi C. CATAIN. Established and novel insights to guide cancer assessment in patients with idiopathic inflammatory myopathies. *Seminars in Arthritis and Rheumatism.* 2024;71:152619.
5. Oldroyd AGS, Callen JP, Chinoy H, *et al.* International Myositis Assessment and Clinical Studies Group Cancer Screening Expert Group; Aggarwal R. International Guideline for Idiopathic Inflammatory Myopathy-Associated Cancer Screening: an International Myositis Assessment and Clinical Studies Group (IMACS) initiative. *Nat Rev Rheumatol.* 2023;19(12):805-817.

DC30

OBESIDAD SARCOPÉNICA Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN ARTRITIS REUMATOIDE: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y ANTROPOMÉTRICA

L.E. Herrera-Jiménez¹, D.A. Salazar-Gutiérrez¹, D. Deossa-Piedrahita², S. Cerpa-Cruz², F.J. Ruiz-González², M.A. Pérez-Romero², M. De León-Cid¹, F.J. Turrubiates-Hernández¹, 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 Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por la inflamación crónica de las articulaciones, lo que provoca daño articular progresivo y discapacidad. Además del daño articular y las comorbilidades, se han observado alteraciones en la composición corporal en pacientes con AR, como obesidad, sarcopenia y obesidad sarcopénica (OS), las cuales se han vinculado con discapacidad y peor pronóstico clínico, aunque su caracterización antropométrica y funcional en la población mexicana aún es limitada.

Objetivo: Evaluar las diferencias en composición corporal entre fenotipos en pacientes con AR y explorar sus correlaciones con variables clínicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en el que participaron 22 pacientes con diagnóstico de AR. La composición corporal se evaluó mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA, densitómetro GE Lunar Prodigy Advance, enCORE v16, GE Healthcare). Los parámetros considerados fueron masa magra apendicular (ALMI, kg/m²) y el índice de masa grasa corporal total (FMI, kg/m²). La fuerza muscular se evaluó por dinamometría. Otras evaluaciones incluyeron: actividad de la enfermedad por DAS28 y calidad de vida por HAQ-DI. Se analizaron los datos con un valor de $p < 0,05$ para significancia estadística.

Resultados: El 87% correspondió a pacientes del sexo femenino con una mediana de edad de 52 años (intervalo, 34-67 años). La OS fue el fenotipo más frecuente, identificado en la mitad de los pacientes (50%), seguida del grupo con obesidad (14%). Un 27% mostró un perfil caracterizado por obesidad y probable sarcopenia. Sólo un 9% de los pacientes no presentó alteraciones en los compartimentos corporales. El fenotipo de OS se caracterizó por mayor porcentaje de grasa y menor fuerza muscular en comparación con los demás grupos. Estas diferencias fueron significativas tanto en grasa corporal ($p = 0,012$) como en fuerza muscular ($p = 0,028$) tras el ajuste por edad y sexo. La masa magra mostró diferencias iniciales ($p = 0,044$), mientras que el IMC alcanzó significancia limítrofe ($p = 0,050$) sin confirmarse en el análisis ajustado ($p = 0,106$). Además, el sexo influyó en el porcentaje de grasa ($p = 0,015$) y la edad en la fuerza muscular ($p = 0,020$). En el análisis correlacional, un mayor porcentaje de grasa se relacionó con menor masa magra ($p = -0,548$; $p = 0,008$) y la edad se relacionó inversamente con la fuerza muscular ($p = -0,559$; $p = 0,010$).

Conclusiones: La OS fue el fenotipo más frecuente en pacientes con AR y se vinculó con mayor porcentaje de grasa y menor fuerza muscular, independientemente de la edad y el sexo. El IMC no discriminó de modo adecuado entre fenotipos, lo que resalta la importancia de evaluar directamente la composición corporal y la fuerza. Las correlaciones identificadas confirman la interacción entre exceso de grasa, pérdida de músculo y el efecto de la edad sobre la fuerza, lo que posiciona a la OS como un perfil de riesgo clínicamente relevante en AR.

Bibliografía

1. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. *The Lancet.* 2016;388(10055):2023-38.
2. Baker JF, Giles JT, Weber D, *et al.* Sarcopenic obesity in rheumatoid arthritis: prevalence and impact on physical functioning. *Rheumatology (Oxford).* 2022;61(6):2285-2294.



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiainclinica.org



LIV Congreso Mexicano de Reumatología

CARTELES GENERALES

CG001

ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE RECIBEN METOTREXATO EN LATINOAMÉRICA

O.L. Sedano-Santiago¹, E. Calvo-Marcelo², E.R. Ramírez-Anaya², M. Chávez-López², J. Sedano-Barreto², L. Sandoval-Sosa²

⁽¹⁾Hospital Marino Molina, Perú, ⁽²⁾ECOSERMEDIC ELASTAM

Introducción: El metotrexato (MTX) se prescribe de forma habitual en pacientes con artritis reumatoide (AR), pero las dosis acumulativas pueden provocar riesgo de fibrosis hepática. El síndrome metabólico también eleva el riesgo de enfermedad hepática.

Objetivo: Explorar, mediante una técnica de imagen ecográfica validada, la relación entre el MTX acumulativo, sin síndrome metabólico y riesgo de fibrosis hepática en pacientes que reciben el medicamento por su diagnóstico de AR.

Material y métodos: Se examinó a 36 pacientes con AR en tratamiento con MTX mediante elastografía hepática cuantitativa (EHC), de acuerdo con el consenso de ultrasonido americano (SRU), con uso del ecógrafo Vinno 10; mediante parámetros de módulo elástico (ME) y velocidad de ondas de corte (SWV) se compararon con 18 controles saludables, independientemente de tener fibrosis hepática, para identificar factores de riesgo (**Figura 1**).

Resultados: Los casos (promedio de edad de 43 años, con 24 mujeres) y los controles (44 años de edad, 12 mujeres) tenían grados de actividad leve (15%), moderada (25%), grave (60%) y en remisión (10%). Se encontró que

Figura 1. Elastografía hepática SW en un paciente con riesgo de fibrosis hepática (dosis acumulativa de MTX, 830 mg). AR con actividad grave. (CG001)



el 36,27% tenía riesgo de fibrosis hepática (ME > 9 kPa); 32,21% no se definió (ME < 5 y < 9 kPa) y se descartó riesgo en 32,52% (< 5 kPa). Entre los controles, el 14% reveló riesgo de enfermedad hepática

Conclusiones: Si bien la dosis acumulada de MTX es factor de riesgo para fibrosis hepática, en ausencia de síndrome metabólico, se ha señalado que en Latinoamérica el riesgo es considerable; por lo tanto, los pacientes con AR que reciben MTX deben vigilarse atentamente para detectar signos de fibrosis hepática en forma temprana.

Bibliografía

Barr RG. SRU Rule of 4: a practical guide to liver elastography. Journal of Ultrasound in Medicine. 2019;38(5):939-947.

CG002

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL CONTROLADO

A.I. Céspedes-Cruz, L. Hernández-Bautista, B.I. Méndez-Peña, A.R. Torres-Jiménez, E. Hernández-Echegaray, A. Velázquez-Cruz, M. Zeferrino-Cruz, G.C. Cortina-Olvera, M.R. Ramírez-Juárez

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico juvenil (LESj) puede afectar cualquier nivel, incluida el área neuropsicológica, y comprometer las capacidades cognitivas en el niño y adolescente en desarrollo, además de relacionarse con problemas emocionales y cognitivos, como ansiedad, irritabilidad, depresión, cambios en la memoria y atención, por lo que deben realizarse evaluaciones psicológicas para la detección temprana y el tratamiento oportuno.

Objetivo: Describir la evaluación neuropsicológica en pacientes con lupus eritematoso sistémico juvenil controlado en el servicio de reumatóloga pediátrica del Centro Médico Nacional la Raza.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y longitudinal en el que se incluyó a pacientes de 10 a 18 años de edad, con diagnóstico de LESj controlado al menos por seis meses. (SLEDAI < 2). Se realizó un análisis de las variables cualitativas binominales con prueba exacta de Fisher y variables cuantitativas con t de Student. La correlación de la evaluación psicológica y el tratamiento actual se efectuaron con ji cuadrada.

Resultados: Se incluyó a 23 pacientes con edad promedio de 13 años y se identificó alteración de la cognición global en diversas áreas en el 37%, con un promedio bajo en la capacidad intelectual en 11 pacientes (48%), razonamiento perceptual en 48%, memoria de trabajo en 48%, atención en 26%, denominación verbal en 20% y funciones ejecutivas en 30%. En cuanto al estado emocional, el 24% de los pacientes mostró alteración: 8% ansiedad y 16% depresión. El 25% estuvo por arriba de lo normal, principalmente en funciones ejecutivas, y no se encontró diferencia entre ansiedad y depresión. El 87% tomaba prednisona (5 mg/día) y 95% mico-fenolato (600 mg/m²/sc). Véanse las **Tablas 1 y 2**.

Conclusiones: La detección oportuna de la alteración cognitiva global es importante, sobre todo para apoyar las áreas alteradas en cada paciente y aprovechar la plasticidad cerebral para mejorar la calidad de vida y el aprovechamiento escolar y laboral a futuro.

Tabla 1. Datos demográficos, de laboratorio y terapéuticos. (CG002)

	Total de pacientes	Media
Sexo	23	F (18)/H (5)
Edad al diagnóstico (años)	23	11 (5-16)
Edad actual (años)	23	13 (8-17)
Tiempo de evolución en años (meses)	23	2,5 (1-11)
SLEDAI actual	23	0,17 (0-2)
Anti-DNA al diagnóstico (UI/mL)	21	286
Anti-DNA actual (UI/mL)	23	59,3
C3 actual (mg/dL)	23	115
C4 actual (mg/dL)	23	17

Bibliografía

1. AIE'd A, Vega-Fernández P, Muscal E, *et al.* Challenges of diagnosing cognitive dysfunction with neuropsychiatric systemic lupus erythematosus in childhood. *Arthritis Care Res (Hoboken)* [Internet]. 2017;69(10):1449-59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/acr.23163>.
2. Kwan A. Assessment of the psychometric properties of patient-reported outcomes of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus.

Seminars in arthritis and rheumatism. [Internet]. 2019;49(2):260-266. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2019.03.004>.

3. Charras A, Smith E, Hedrich CM. Systemic lupus erythematosus in children and young people. *Curr Rheumatol Rep* [Internet]. 2021;23(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11926-021-00985-0>

CG003

ANÁLISIS DE COBERTURA DE VACUNACIÓN POR DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y AFINES

A. Gómez-Álvarez, L.Y. Gaytán-García, J.A. Esquivel-Valerio, D.A. Galzarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas aumentan la susceptibilidad a las infecciones. La mayoría de las sociedades médicas internacionales recomienda la inmunización contra enfermedades prevenibles por vacunación para este grupo de pacientes. Sin embargo, la evidencia señala una adherencia subóptima a las recomendaciones de vacunación en esta población.

Objetivo: Describir las tasas de vacunación según el diagnóstico en pacientes con enfermedades reumáticas que acudieron al servicio de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey en el año 2024.

Tabla 2. Descripción por color de la evaluación psicológica de cada paciente. (CG002)

Paciente	Capacidad intelectual	Razonamiento perceptual	Memoria de trabajo	Atención	Denominación verbal	Funciones ejecutivas	Estado emocional
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							

■ Bajo ■ Normal ■ Alto

Material y métodos: Se evaluó a un total de 1 513 pacientes y se registró su estado de vacunación de acuerdo con las recomendaciones actuales de inmunización en adultos. Éstas incluyeron: influenza (en el último año), neumococo (en los últimos cinco años), herpes zóster (VHZ) (alguna vez), virus del papiloma humano (VPH) (cualquier dosis), hepatitis B (VHB) (cualquier dosis) y COVID-19 (cualquier dosis). También se registraron, cuando fue aplicable, datos sobre hepatitis A (VHA) y Tdap.

Resultados: La población del estudio incluyó a pacientes con artritis reumatoide (n = 583), osteoartritis (n = 275), lupus (n = 201), fibromialgia (n = 194), osteoporosis (n = 165) y síndrome de Sjögren (n = 95). Se evaluaron las tasas de vacunación con las siguientes vacunas: influenza, neumococo (13V y 23V), hepatitis A (VHA), hepatitis B (VHB), Tdap, herpes zóster, virus del papiloma humano (VPH) y COVID-19. La vacunación contra COVID-19 mostró la mayor cobertura al superar el 76% en todos los grupos diagnósticos. En contraste, las vacunas como VHA, VHB, Tdap, herpes zóster y VPH presentaron una baja cobertura, generalmente entre 0% y 10%. La cobertura de vacunación contra la influenza fue moderada, con la más alta en pacientes con osteoartritis (75%). Las vacunas contra neumococo (tanto 13V como 23V) tuvieron una baja aplicación en general y destacaron los pacientes con lupus por su cobertura particularmente baja (**Figura 1**). Entre los diagnósticos, la osteoartritis registró las tasas de vacunación más elevadas, especialmente para influenza y COVID-19. Sin embargo, los pacientes con lupus y osteoporosis mostraron menor aplicación, en particular para las vacunas contra neumococo y herpes zóster. La fibromialgia y el síndrome de Sjögren mostraron baja cobertura en la mayoría de las vacunas.

Conclusiones: El análisis revela una amplia variabilidad en las tasas de vacunación de acuerdo con el diagnóstico, con una cobertura particularmente baja para vacunas distintas de la de COVID-19. Estos hallazgos resaltan la necesidad de estrategias específicas para mejorar la adherencia a la vacunación, sobre todo en poblaciones inmunocomprometidas. La implementación de protocolos de vacunación estandarizados por diagnóstico y el fortalecimiento de la educación médica continua son acciones clave para optimizar la prevención de enfermedades en estos pacientes.

Bibliografía

Figuerola-Parra G, Moreno-Salinas A, Santoyo-Fexas L, *et al.* Vaccination in rheumatic disease patients: results of a pilot quality improvement program. *Rheumatology*. 2021;59(6):362-6. doi:10.5114/reum.2021.112349.

CG004

DESENLAZES RENALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEFRITIS LÚPICA

A. Rebolledo-Zamora, L.A. Aparicio-Vera, J.M. Ortega-Solar, F.E. Hernández Lara-González, L.A. Valle-Noriega

Hospital de la Niñez Poblana

Introducción: La nefritis lúpica es una complicación frecuente del lupus eritematoso sistémico. Cuando existe compromiso renal, se incrementa la mortalidad. El riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica es mayor en países de medianos ingresos. Las publicaciones médicas sobre los desenlaces renales en niños son escasas en México.

Objetivo: Describir los desenlaces renales en pacientes pediátricos con nefritis lúpica en el Hospital de la Niñez Poblana a un año de tratamiento, durante el periodo de 2013 a 2024.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva que incluyó a pacientes de 0 a 18 años, con criterios clínicos de nefritis lúpica. Se documentó el tratamiento recibido y se evaluaron la respuesta completa (proteinuria < 4 mg/m²/h, el sedimento inactivo y la tasa de filtración glomerular (TFG) normal, la respuesta parcial (reducción > 50% de proteinuria con cociente proteinuria/creatinuria < 1, mejoría > 50% de TFG o sedimento activo) o la refractariedad (no cumple con respuesta completa o parcial), la tasa de filtración glomerular (TFG), el requerimiento de tratamiento sustitutivo renal (TSR) y la mortalidad al año de seguimiento (**Tabla 1**).

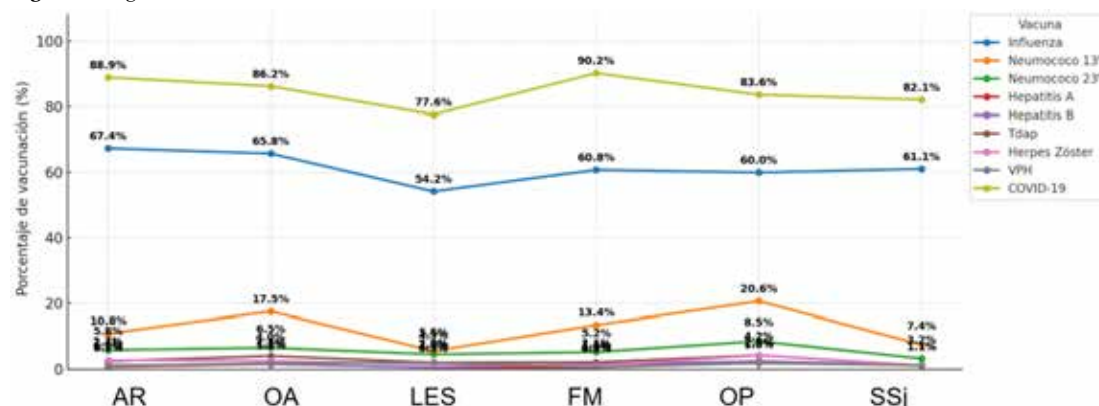
Tabla 1. Desenlaces renales de pacientes con nefritis lúpica al año de seguimiento. (CG004)

Característica	1 año n = 49
Proteinuria en 24 h, media (intervalo) (mg/m ² /h)	88,7 (0,2-1515)
Hematuria, n (%)	39 (78)
Cilindruria, n (%)	15 (30)
Creatinina, media (intervalo) (mg/dL)	0,67 (0,2-4,8)
Tasa de filtración glomerular, media (DE) (mL/min/1,73 m ²)	114,5 (11,8-232)
Valores séricos de C3, media (DE) (mg/dL)	98,3 (23,5-155)
Valores séricos de C4, media (DE) (mg/dL)	16,6 (1,98-35)
Respuesta parcial, n (%)	22 (44,9)
Respuesta completa, n (%)	7 (14,3)
Refractariedad, n (%)	21 (42,9)
Recaída, n (%)	6 (12,2)
Muerte, n (%)	1 (2)
Tasa de filtración glomerular < 90 mL/min/1,73 m ² , n (%)	11 (22,4)
Pacientes con tratamiento sustitutivo renal, n (%)	4 (8,2)

Fuente: Hospital para la Niñez Poblana

Resultados: Se incluyeron 57 expedientes, con prevalencia de 0,12%. La edad promedio al diagnóstico fue de 12,7 años con predominio del sexo femenino (3:1). Todos recibieron esteroides y el tratamiento inmunosupresor se decidió según fueran la disponibilidad y la respuesta terapéutica. Al año

Figura 1. La gráfica muestra la cobertura de vacunación en cada enfermedad evaluada. (CG003)



AR, artritis reumatoide; OA, osteoartritis; LES, lupus eritematoso sistémico; FM, fibromialgia; OP, osteoporosis; SSj, síndrome de Sjögren.

se identificó lo siguiente: respuesta completa de 14,3%, parcial de 44,9% y refractariedad de 42,9%. El 22,4% presentó TFG < 90 mL/min/1,73 m². Una TFG comprometida al diagnóstico incrementa 1,7 veces el riesgo de ERC al año ($p = 0,004$) y 8% de los pacientes requirió TSR al año.

Conclusiones: Los desenlaces renales en niños mexicanos con nefritis lúpica son desfavorables. Dados los bajos índices de respuesta, especialmente en la clase II, un tratamiento y seguimiento más intenso podrían mejorar los desenlaces. El triple tratamiento de primera línea debe considerarse en estudios futuros para la clase proliferativa.

Bibliografía

1. Sakamoto AP, Silva CA, Islabão AG, *et al.* Chronic kidney disease in patients with childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Pediatr Nephrol.* 2023;38(6):1843-54.
2. Khandelwal P, Govindarajan S, Bagga A. Management and outcomes in children with lupus nephritis in the developing countries. *Pediatr Nephrol.* 2023;38(4):987-1000.

CG005

TENDENCIAS NACIONALES DE MORTALIDAD Y HOSPITALIZACIÓN POR ESPONDILOARTRITIS PSORIÁSICA Y AXIAL EN MÉXICO (2000-2023)

I. Etchegaray-Morales¹, I. Peláez-Ballestas², J. Casasola-Vargas², R.E. Ramírez-Ibarra², P. Munguía-Realpozo³, C. Mendoza-Pinto³, V.G. Galindo-Quijano³, M.A. García-Flores⁴

⁽¹⁾Departamento de Reumatología, Facultad de Medicina, BUAP, ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽³⁾Centro de Investigación Biomédica de Oriente, IMSS, Puebla, ⁽⁴⁾Coordinación de Investigación y Educación en Salud

Introducción: La espondiloartritis (SpA), que engloba a la artritis psoriásica (AP) y la espondiloartritis axial (EA), se relaciona con incremento de la mortalidad, sobre todo la cardiovascular, y elevada utilización de recursos sanitarios; sin embargo, la magnitud de esta carga en México se había explorado poco.

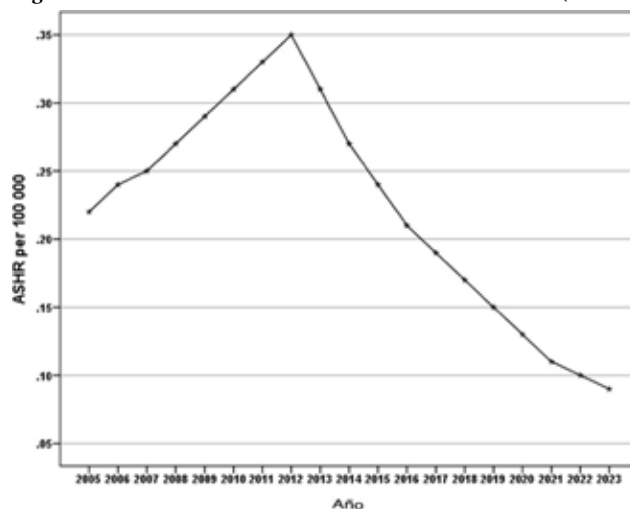
Objetivo: Describir las tendencias nacionales de las tasas de mortalidad (2000-2023) y hospitalización (2005-2023) estandarizadas por edad atribuibles a AP y EA en adultos mexicanos, así como evaluar diferencias por sexo y región geográfica.

Material y métodos: Estudio transversal retrospectivo basado en el Repositorio Integrado de Información en Salud Pública y los egresos hospitalarios de la Dirección General de Información en Salud. Se incluyeron defunciones y altas hospitalarias de personas ≥ 15 años con los códigos CIE10 M07 (AP) o M45 (EA). Se calcularon tasas crudas y ajustadas al censo de 2010 por 100 000 habitantes. Las tendencias se analizaron mediante regresión Joinpoint (≤ 2 puntos de cambio) con determinación del cambio porcentual anual (APC) y del promedio anual (AAPC); los análisis se estratificaron por sexo y cuatro regiones (norte, centro, bajo, sureste). Sensibilidad: exclusión de 2020 (perturbación COVID19). Protocolo aprobado: R20252106012.

Resultados: Se documentaron 433 defunciones por SpA (69% hombres; 405 EA, 28 AP) de 14 233 153 muertes totales. La mortalidad permaneció estable entre 2000 y 2023 (AAPC = 0,9%, IC95%, -7,8 a 10,4; $p = 0,84$), sin diferencias significativas por sexo. Entre 2005 y 2023 se registraron 3 663 hospitalizaciones (63,3% de hombres); la región centro concentró el 30,7%, seguida del sureste con 24,4%, norte con 22,9% y Bajío con 21,9%. La tasa nacional mostró un ascenso no significativo en 2005-2012 (APC = +6,6%/año; $p = 0,28$) y un descenso pronunciado en 2012-2023 (APC = -11,7%/año; $p < 0,001$) (Figura 1), con AAPC global -5,0% (IC95%, -9,5 a -0,2; $p = 0,035$). La reducción fue mayor en hombres (AAPC = -7,1%; $p = 0,02$) y en las regiones norte (AAPC = -7,5%; $p = 0,03$) y sureste (AAPC = -7,9%; $p = 0,01$); el centro mostró disminución modesta (AAPC = -2,9%; $p = 0,29$) y el Bajío permaneció estable.

Conclusiones: Mientras la mortalidad por SpA en México se ha mantenido sin cambios sustanciales en las últimas dos décadas ($p = 0,84$), las hospitalizaciones han disminuido significativamente desde 2012 (AAPC = -5,0%; $p = 0,035$), sobre todo en varones y en los estados del norte y sureste. La vigilancia epidemiológica continua y las estrategias focalizadas

Figura 1. Cobertura de vacunación en cada enfermedad evaluada. (CG005)



resultan esenciales para reducir la carga clínica y asistencial de la AP y la EA en México.

Bibliografía

1. Andrés M, Sivera F, Pérez-Vicente S, *et al.* Centre-related variability in hospital admissions of patients with spondyloarthritis. *Rheumatol Int.* 2016;36:1301-1308. doi:10.1007/s00296-016-3519-y
2. Joinpoint Trend Analysis Software, Version 5.1.0. Surveillance Research Program, Division of Cancer Control & Population Sciences, National Cancer Institute. 2024.

CG006

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE MATERIAL AUDIOVISUAL EDUCATIVO SOBRE EJERCICIO EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

M.M. Rodríguez-Reyes¹, L.C. Reynoso-Medina¹, C.E. López-Cardona¹, A.C. Méndez-Silva¹, A.R. Gonzalo-Ugarte¹, J.E. Ruiz-García¹, I. Peláez-Ballestas², A.V. Villarreal-Treviño¹, F. García-García¹, N.E. Rubio-Pérez¹, Z.I. García-Murillo¹, F.A. Vásquez-Trimino¹

⁽¹⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL, (Pediatría), ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los niños con diagnóstico de artritis idiopática juvenil (AIJ) usualmente presentan dolor, rigidez matutina e hinchazón. Se sabe que la AIJ puede causar discapacidad a corto y largo plazos, por lo que la actividad física supervisada y la fisioterapia son esenciales para controlar complicaciones relacionadas, como contracturas, deformidades y dolor crónico. En un estudio cualitativo realizado en este centro durante marzo a junio del 2023 se encontró que hasta el 60% de los pacientes no realizaba ejercicio debido a su estado de salud, fatiga, miedo, dolor, así como falta de tiempo o costos adicionales, por lo que prefería realizar ejercicios en casa.

Objetivo: Diseñar y validar material audiovisual sobre ejercicio para pacientes con artritis idiopática juvenil.

Material y métodos: Estudio de métodos mixtos, con enfoque cuali-cuantitativo para construir y validar material audiovisual educativo sobre ejercicio para pacientes con artritis idiopática juvenil. Se incluyó a 30 pacientes de ambos sexos, con edades de 6 a 18 años y diagnóstico de AIJ, según los criterios de ILAR. Se incluyeron datos demográficos y relacionados con la actividad de la enfermedad (JADAS) y el estado funcional (CHAQ). El estudio se llevó a cabo durante el periodo 2024-2025.

El equipo de diseño del material audiovisual incluyó a tres reumatólogos pediatras, un residente en reumatología pediátrica, dos médicos rehabilitadores con experiencia en pediatría, un metodólogo y un diseñador gráfico.

El diseño se basó en las guías de validación de materiales audiovisuales de UNICEF y se elaboraron las guías de validación, compuestas por preguntas sobre: atracción, comprensión, aceptación, involucramiento e inducción a la acción. Se integraron dos grupos focales de pacientes con AIJ de 6 a 12 años y 13 a 18 años y sus cuidadores. Se proyectaron los videos y llenaron el instrumento de evaluación del material audiovisual para completar la validación. Se realizaron dos rondas de correcciones.

Resultados: Se identificó una mediana de edad de 10 (IQ 5,5), con 16 (53%) individuos femeninos y un estado funcional (CHAQ) con una mediana de 1 punto (IQ 3) y mediana de JADAS de 0,5 (IQ 5); la AIJ poliarticular FR+ fue el subtipo más frecuente con 11/30 (38%), seguido del sistémico con 9/30 (31%). Para la validación del material audiovisual se decidió realizar un video compuesto de tres cápsulas acerca de cuidados articulares, los cuales se elaboraron con animaciones en 3D y tuvieron una duración de uno a dos minutos cada uno. Al tener el primer producto de los videos se corrigieron en tres ocasiones características físicas de los personajes, así como de los escenarios de cada video.

Luego de las dos rondas de correcciones se obtuvo la validación del material, que cumplió con las características de atracción, comprensión, aceptación, involucramiento e inducción a la acción. A pesar de que al inicio del diseño y validación se encontraron opiniones diferentes con los expertos, las opiniones de los pacientes alcanzaron altos grados de eficacia (> 80%).

Conclusiones: El estudio permitió diseñar y validar con éxito material audiovisual educativo sobre ejercicio para niños con AIJ, y conseguir elevados grados de aceptación y eficacia entre los pacientes y sus cuidadores, lo que representa una herramienta valiosa para fomentar la actividad física y prevenir complicaciones vinculadas con la enfermedad.

Bibliografía

- 2022 Ana Karen Leos Lejas - Tesis terminada.pdf [Internet]. [citado 20 de octubre 2024]. Disponible <http://eprints.uanl.mx/26599/1/2022%20ANA%20KAREN%20LEOS%20LEJAS%20%20Tesis%20terminada.pdf>
- Full Text PDF [Internet]. [citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/374748341_Artritis_idiopatica_juvenil_una_enfermedad_limitante/fulltext/652d2bb36725c324010c55c0/Artritis-idiopatica-juvenil-una-enfermedad-limitante.pdf

CG007

TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN LINGÜÍSTICA DEL CUESTIONARIO “EVALUACIÓN DEL FENÓMENO DE RAYNAUD ASOCIADO A LA ESCLEROSIS SISTÉMICA” DEL INGLÉS AL ESPAÑOL

A. Miguel-Álvarez¹, A.M. Valenzuela-Vergara², J.G. Fernández-Acosta¹, P.E. Carreira-Delgado³, A. Babini⁴, D.R. Gil-Calderón⁵, J. Pauling⁶, T.S. Rodríguez-Reyna¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Pontificia Universidad Católica de Chile, ⁽³⁾Universidad Hospital 12 de Octubre, Madrid, España, ⁽⁴⁾Hospital Italiano, Córdoba, Argentina, ⁽⁵⁾Hospital Universitario Mayor MEDERI, Bogotá, Colombia, ⁽⁶⁾North Bristol NHS Trust, Bristol, Reino Unido

Introducción: El fenómeno de Raynaud relacionado con esclerosis sistémica (FR-ES) es una afección por vasoespismo, con gran efecto en la calidad de vida de los pacientes. Existen escasas herramientas validadas para evaluar esta anomalía en la población hispanohablante. El cuestionario *Assessment of Systemic Sclerosis-associated Raynaud's Phenomenon* (ASRAP) proporciona mayores datos sobre el efecto del fenómeno de Raynaud (FR), por lo que se considera una herramienta útil y completa para la valoración.

Objetivo: Traducir del inglés al español y realizar la validación lingüística del cuestionario de la “Evaluación del Fenómeno de Raynaud Asociado a la Esclerosis Sistémica” (ASRAP).

Material y métodos: Estudio observacional, cualitativo, transversal y multicéntrico para asegurar la equivalencia cultural y lingüística del ASRAP del inglés al español. Metodología de traducción y validación lingüística: a) traducción directa: del inglés al español por dos traductores hispano-

hablantes; b) reconciliación: revisión y consenso de versión por dos traductores; c) traducción inversa: por angloparlante no familiarizado con el cuestionario; d) revisión de la retrotraducción: comparación y revisión de discrepancias; e) armonización: por reumatólogos bilingües expertos para determinar su equivalencia en España y Latinoamérica; f) análisis cognitivo: evaluar la claridad, comprensión y aceptabilidad de la traducción del cuestionario en una cohorte de 11 pacientes mediante entrevistas semiestructuradas y escala de 5 puntos, reevaluación en una segunda cohorte; g) corrección de pruebas: dos rondas por el comité y un traductor; h) versión final: de todas las iteraciones.

Resultados: Los pasos iniciales se desarrollaron sin complicaciones. En la fase de armonización con el panel de expertos surgieron discrepancias en la redacción: el término “medianamente” se sustituyó por “algo” y “episodios” por “ataques” para reflejar mejor el uso común entre los pacientes. La versión prefinal del ASRAP en español se probó en campo en 11 pacientes con FR-ES (seis de Chile y cinco de México). La edad media $\pm$ desviaciones estándar fue de $58,5 \pm 13,03$ años; 10 pacientes eran mujeres. La duración media desde el primer episodio del fenómeno de Raynaud fue de $11,3 \pm 14,4$ años y de $10 \pm 13,7$ años desde el primer episodio distinto del fenómeno de Raynaud; y 6 (54%) habían completado estudios superiores. En general, los pacientes encontraron el cuestionario claro y fácil de entender. Se sugirió una revisión menor durante el análisis cognitivo para la pregunta 27. Según los comentarios de los pacientes, la frase “Un cambio en mi rutina normal ha hecho que me preocupe sobre un posible empeoramiento de mis síntomas de Raynaud” se modificó a “Un cambio en mi rutina normal hizo que me preocupe sobre un posible empeoramiento de mis síntomas de Raynaud” para su mejor comprensión. Como paso inicial de validación se administró ASRAP a 58 pacientes (36 de México y 22 de Chile), con una amplia distribución de puntuaciones (media de $50,5 \pm 9,8$, intervalo de 31,32 a 67,07).

Conclusiones: Este proceso colaborativo de adaptación cultural asegura que la versión al español del ASRAP es conceptual y culturalmente equivalente a la original, y también que es lingüísticamente neutral, relevante, clara y comprensible para hispanohablantes con fenómeno de Raynaud relacionado con esclerosis sistémica. La validación lingüística posterior establecerá su utilidad en la población hispanohablante.

Bibliografía

- Pauling JD, Reilly E, Smith T, *et al.* Factors influencing Raynaud condition score diary outcomes in systemic sclerosis. *J Rheumatol.* 2019;46:1326-1334.
- Yu L, Domsic RT, Saketkoo LA, *et al.* The Assessment of Systemic sclerosis-associated Raynaud's Phenomenon (ASRAP) questionnaire: item bank and short form development. *Arthritis Care Res.* 2023;75:1725-1734.

CG008

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESPONDILOARTRITIS EN PACIENTES CON UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA

N.N. Del Real-Aldana, L.D. Fajardo-Hermosillo

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

Introducción: La uveítis anterior aguda (UAA) se ha relacionado con enfermedades autoinmunes e inflamatorias, infecciones, traumatismos y medicamentos. En la espondiloartritis, la UAA es la manifestación extraarticular más frecuente. En las publicaciones médicas se han informado diversos factores vinculados con el desarrollo de espondiloartritis en pacientes que inicialmente presentaron UAA, como menor edad, sexo masculino, afectación ocular unilateral, dolor lumbar inflamatorio, artritis, dactilitis, antígeno HLAB-27 y proteína C reactiva (PCR). La mayoría de estos estudios se ha realizado en las poblaciones europea, asiática y norteamericana, de tal modo que existe un vacío de información en la población nacional.

Objetivo: Identificar los factores relacionados con el desarrollo de espondiloartritis en pacientes con UAA.

Material y métodos: Estudio de casos y controles. Se incluyó a pacientes que inicialmente presentaron UAA, mayores de 18 años de ambos sexos,

inscritos entre 2022 y 2024. Se clasificaron como casos los que desarrollaron espondiloartritis y como controles lo que no la desarrollaron. Se realizó un análisis bivariado de las características demográficas, clínicas y paraclínicas tanto de casos como de controles. Se calculó la razón de momios (RM) y los intervalos de confianza del 95% (IC95%) y posteriormente las variables significativas se sometieron a un análisis de regresión logística (ARL) ajustado. Todas las pruebas estadísticas se ejecutaron con una significancia de $< 0,05$. Este estudio recibió aprobación del comité de ética e investigación número 1301 con el código R-2024-1301-148.

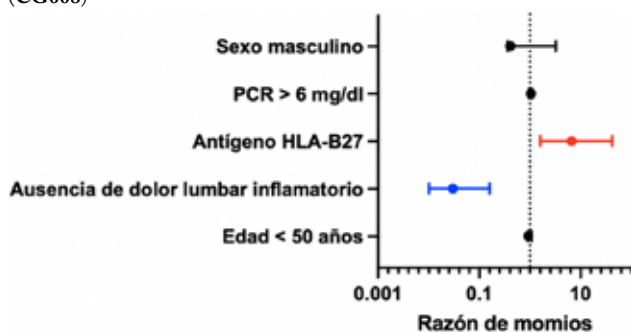
Resultados: De 94 pacientes que presentaron de modo inicial UAA, 39 (41,5%) desarrollaron espondiloartritis y 64,9% pertenecía al sexo femenino, con una media (desviación estándar [DE]) de edad de 49,5 (13,3) años. La mediana (rangos intercuartílicos [RIC]) del tiempo de evolución en años fue de 6 (2-15). Hasta 54,3% de los pacientes presentó UAA unilateral y sólo 77,7% tuvo crisis recurrentes de UAA. El antígeno HLA-B27 estuvo presente en 26,6% de los pacientes que inicialmente mostraron UAA. Los factores como sexo masculino, mayor tiempo de evolución, artritis periférica, dactilitis, presencia del antígeno HLA-B27 y PCR elevada se relacionaron con el riesgo de desarrollar espondiloartritis. En cambio, los factores como la falta de antecedentes familiares de espondiloartritis, nula rigidez matutina o dolor lumbar inflamatorio y ausencia de entesitis se vincularon con menor riesgo de desarrollar espondiloartritis. En el ARL ajustado por edad y sexo, sólo la presencia del antígeno HLA-B27 con RM de 6,65 (IC95%, 1,06-41,9; $p = 0,044$) permaneció como un factor de riesgo independiente relacionado con el desarrollo de espondiloartritis en pacientes que inicialmente presentaron UAA; en cambio, la ausencia de dolor lumbar inflamatorio con RM de 0,03 (IC95%, 0,01-0,16; $p \leq 0,001$) persistió como un factor protector vinculado con falta de desarrollo de espondiloartritis en estos pacientes (**Figura 1**).

Conclusiones: Los pacientes que tuvieron al principio UAA relacionada con el antígeno HLA-B27 poseen un mayor riesgo de desarrollar espondiloartritis. En cambio, los pacientes que inicialmente muestran UAA sin dolor lumbar inflamatorio tienen un menor riesgo de desarrollar espondiloartritis durante su seguimiento.

Bibliografía

1. Tsirouki T, Dastiridou A, Symeonidis C, *et al.* A focus on the epidemiology of uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2018;26(1):2-16.
2. Cantini F, Nannini C, Cassarà E, *et al.* Uveitis in spondyloarthritis: an overview. *J Rheumatol Suppl.* 2015 Nov;93:27-9.
3. Yen JC, Hsu CA, Hsiao SH, *et al.* Acute anterior uveitis as a risk factor of ankylosing spondylitis-a national population-based study. *Int J Environ Res Public Health.* 2017 Jan 23;14(1):107.
4. Mitulescu CT, Popescu CC, Oprea CL, *et al.* A referable clinical pattern of spondyloarthritis-associated uveitis. *Rom J Ophthalmol.* 2018;62(2):155-161.
5. Rademacher J, Müllner H, Diekhoff T, *et al.* Keep an eye on the back: spondyloarthritis in patients with acute anterior uveitis. *Arthritis Rheumatol.* 2023 Feb;75(2):210-219.

Figura 1. Gráfica de bosque del análisis de regresión logística multivariado ajustada por edad y sexo; se muestra la razón de momios de los factores relacionados con el desarrollo de espondiloartritis en pacientes que inicialmente presentaron uveitis anterior aguda. En color rojo se muestran factores de riesgo y en color azul los factores de protección. Variable dependiente desarrollo o no de espondiloartritis. R^2 : de Nagelkerke 0,665. (CG008)



6. Bolletta E, Macchioni P, Citriniti G, *et al.* Clinical features and prevalence of spondyloarthritis in a cohort of Italian patients presenting with acute nongranulomatous anterior uveitis. *J Immunol Res.* 2022;2022:6632081.

CG009

EL IMPACTO DE LA CALIDAD DE SUEÑO EN LOS NIVELES DE CITOCINAS PROINFLAMATORIAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C.G. Ávalos-Fernández, S. Cerpa-Cruz, J.F. Uribe-Martínez

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune que se presenta con inflamación articular mediada por citocinas inflamatorias como la interleucina 1 (IL-1), la interleucina 6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α). Los valores séricos de estas citocinas también pueden aumentar en las personas que sufren trastornos del sueño, por lo que se ha propuesto que existe una relación entre la calidad del sueño y la inflamación identificada en los pacientes con AR.

Objetivo: Evaluar si la mala calidad del sueño medida con el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh predice valores elevados de IL-1, IL-6 y TNF- α en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Se calculó un tamaño total de muestra de 88 pacientes para una potencia del 90% con un nivel de confianza del 95%. Se incluyó a los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis reumatoide de acuerdo con los criterios de ACR/EULAR 2010 que acudieron a la consulta de reumatología y se estratificaron de acuerdo con su calidad de sueño evaluada por el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh y se midieron los valores de IL-1, IL-6 y TNF- α mediante la técnica de ELISA. Se realizó un estudio de correlación de Pearson o Spearman, según correspondía, y luego una regresión logística para determinar si la mala calidad de sueño predecía valores elevados de interleucinas.

Resultados: Este estudio analizó a 90 pacientes con artritis reumatoide, de los cuales el 86,7% presentó mala calidad del sueño. No se encontró correlación significativa entre la calidad del sueño y los valores de IL-1 β o TNF- α , pero sí una relación débil con IL-6 ($r = 0,223$, $p = 0,034$). Tampoco hubo relación con la actividad de la enfermedad, IMC o tabaquismo. Sin embargo, los valores de IL-6 se correlacionaron con la disfunción diurna ($r = 0,212$, $p = 0,045$), lo que sugiere un posible efecto en el bienestar diario de los pacientes (**Tabla 1**).

Tabla 1. Correlación entre valores de interleucinas y la calidad de sueño. (CG009)

	IL-6	TNF- α	IL-1 β
Calidad del sueño	$r = 0,223$	$r = 0,07$	$r = 0,054$
	$p = 0,034^*$	$p = 0,51$	$p = 0,61$

IL-6, interleucina 6; TNF- α , factor de necrosis tumoral alfa; IL-1 β , interleucina 1 beta.

Conclusiones: No se encontró evidencia suficiente para que la calidad del sueño prediga los valores de IL-1 β , IL-6 y TNF- α en pacientes con AR, aunque se observó una correlación débil con IL-6, lo que sugiere una posible influencia en la inflamación. Dado que la mala calidad del sueño es frecuente en estos pacientes, su evaluación debe integrarse al tratamiento. Se requieren estudios longitudinales y herramientas objetivas para esclarecer mejor su relación con la inflamación.

Bibliografía

1. Westhovens R, van der Elst K, Matthys A, *et al.* Sleep problems in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology.* 2014;41(1):31-40.
2. Grabovac I, Haider S, Berner C, *et al.* Sleep quality in patients with rheumatoid arthritis and associations with pain, disability, disease duration, and activity. *J Clin Med.* 2018;7(10):n.

CG010

COMPARACIÓN ENTRE MÉXICO Y CUBA DE MEDICINA TRADICIONAL EN LUPUS

H.A. Rosas-Fraga¹, C. Espinosa-Escobar², Y. Vizcaino-Luna³, T. Colmenares-Roa², A. Manrique-De Lara², L. Andrade-Ortega⁴, G.A. Reyes-Llerena⁵, M. Bermúdez Marrero-Witjal³, G. Reyes-Cordero⁶, A.M. López-Mantecón⁵, E. Álvarez-Hernández², L. Pérez-Barboso⁷, J. Álvarez-Nemegyei⁸, Z.M. Guibert-Toledano⁵, I. Peláez-Ballestas⁵

⁽¹⁾Universidad Nacional Autónoma de México, ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽³⁾Hospital Universitario Provincial Arnaldo Milián, Santa Clara, Cuba, ⁽⁴⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽⁵⁾Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre, La Habana, Cuba, ⁽⁶⁾Hospital General Salvador Zubirán Anchondo, ⁽⁷⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL, ⁽⁸⁾Hospital Star Médica Mérida

Introducción: Los procesos de atención del lupus eritematoso sistémico (LES) incluyen usos de diferentes formas de atención, como la biomedicina y la medicina tradicional e integrativa (sistemas de atención). Esta diversidad de usos se ha relacionado con el contexto sociocultural, por lo que la comparación entre dos países con antecedentes histórico-culturales y sistemas de salud diferentes permitirá profundizar en el conocimiento de dichos usos. Reconstruir estas trayectorias de atención a través del método etnográfico permite a pacientes y reumatólogos dialogar acerca de los distintos sistemas de atención.

Objetivo: Describir el uso de la medicina tradicional e integrativa durante la trayectoria de búsqueda de atención de personas con LES en servicios de reumatología de Cuba y México.

Material y métodos: Estudio cualitativo etnográfico con técnicas de entrevistas semiestructuradas e informales, con grupos focales y observación no participante con pacientes y reumatólogos. Se invitó a participar a pacientes adultos con diversidad de manifestaciones clínicas que cumplieron con criterios clínicos o clasificación de LES por criterios EULAR/ACR 2019. Los reumatólogos participantes están certificados por el Colegio Mexicano de Reumatología o la Sociedad Cubana de Reumatología. Para las entrevistas y los grupos focales se aplicaron guías temáticas previamente realizadas que incluían las trayectorias de atención y el uso de distintos sistemas de atención. Todas las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas para su análisis, complementadas con notas de campo. Se realizó un análisis temático mediante el software Atlas.ti. Se contó con aprobación del comité de ética de todos los centros participantes.

Resultados: Participaron 44 pacientes, 86,4% de mujeres, con promedio de edad de 42 años, 93,2% atendido en instituciones públicas. Participaron 54,4% de reumatólogos y 45,6% de reumatólogos, con un promedio de edad de 45,5 años y experiencia promedio como reumatólogos de 14,5 años en atención privada y pública (en México). Se identificaron los siguientes temas relacionados con el uso de tratamientos no biomédicos: diversidad y gravedad de síntomas, creencias y juicios, red de apoyo, comunicación médico-paciente, y tipos de usos de los diferentes sistemas (Tabla 1). Se reconstruyeron seis sistemas de atención no biomédicos: medicina tradicional china, medicina tradicional mexicana, santería, homeopatía, reiki y naturismo.

Conclusiones: La combinación de los siete sistemas de atención no biomédicos y la biomedicina se relacionó con las distintas redes de apoyo, la

Tabla 1. (CG010)

		México		Cuba	
	Paciente		Reumatólogo	Paciente	Reumatólogo
Creencias y juicios de la diversidad de sistemas de salud	Cotidianidad	Manuel (Oaxaca): “Acá en Oaxaca es muy, muy creíble eso de la limpia de todo eso, pero hasta cierto punto.”	Dr. Javier (Nuevo León): “De aquellos que más desfavorecida económicamente y en educación y en dinero, siempre tienen más retrasos, más propensos de irse a la medicina alternativa o brujería o tomar chochos.”	Adriana (Santa Clara): “No. Nunca me puse nada, ningún fomento, ni nada así, de que otra gente diga, aquí, ves, la costumbre, que te digan ‘mira, ponte un fomentico, o ponte tal hierbica...”	Dra. Ada María (La Habana): [...] sí, en Cuba también hay mucha costumbre de que las personas, o sea, eso es parte de la idiosincrasia, consuman [...]”
Padecimiento	Malestares a los que responde el uso de tratamientos no biomédicos	Camila, (Veracruz): “También fui a las Flores de Bach porque también familiares me dijeron ‘mira yo me siento este mal, me siento triste y me han ayudado las flores de Bach.”	Dr. Miguel (Yucatán): “Hay suplementos, todos los suplementos alimenticios que se promocionan en internet o que son de boca en boca o que se dice que tienen cosas para el reumatismo, que dicen que tiene colágeno, o que tienen ajo...”	Lilly (La Habana): “Me empezaron a salir unas ronchas, todo el cuerpo, no le puedo explicar [...] Y entonces empezaron a buscar hierbas, y a hervirme escoba amarga, y no sé qué cosa. Bueno, variedad, y tirándome aquella agua, tirándome agua todo el día, tirándome aquella agua. [...] para aliviar.”	Dr. Yordan: “Toman tilo, tilo para la ansiedad. Dra. Diana (Santa Clara): La sábila, la manzanilla para la piel. [...] El ajo para los dolores articulares, utilizan romero también y para esas cosas incluso utilizan- hacen con murraya, hacen lociones, lociones [...] y alivian los dolores.”
	Temporalidad respecto al tratamiento biomédico	Carlos (Ciudad de México): “Me recomendó un amigo que fuera con homeópata. Y fui y me suspendió todos los medicamentos anteriores. [...] nomás me dijo que no lo tomara. Pues yo pienso que es para ver si hacía efecto su medicamento de él. [...]”	Dr. Miguel (Yucatán): “Hay otra barrera importante que es, este, los remedios. [...] La cosa es peor cuando el paciente utiliza la medicina no alopática en la forma alternativa, [que] deja su tratamiento.”	Evelyn (La Habana): “A ver, yo probé, que no es mentira y gracias a eso me sentí mejor, con un biólogo. Yo me tomo el medicamento de mi enfermedad, siempre lo tomaba, pero me dijo también que tomara unas cápsulas que naturales, de un biólogo.”	
Los expertos de la salud	Comunicación médico-paciente	Victoria (Ciudad de México): “Este, fui en una ocasión con el [naturista] pero no tenía confianza porque eran hierbas. [...] Este, le pregunté al [médico de trasplante] que si puedo tomarme una tacita de té de palo azul. [...] sí me dio su autorización. Entonces también noto mucha mejoría con el palo azul.”	Dra. Sofía (Ciudad de México): Algunos sí tratan de llevar mejor la relación médico-paciente, [...] Pero la gran mayoría pues no te llega a avisar y ya cuando empiezas a ver algunas alteraciones que a la mejor no corresponden ni a los medicamentos que está tomando el paciente.”	Lilly (La Habana): “No me gustan las hierbas. [...] Y entonces como la nefróloga, una de las cosas que me dijo fue ‘trata de no tomar ni cocimientos ni hierbas, ni esas cosas’, por el riñón, porque ya eso, de todas formas, esa afección está ahí. Y entonces yo tengo que tratar de cuidarlo”	Moderadora: “¿Entonces les cuentan a ustedes? Me estoy tomando, ta ta ta”. Dra. Yoselyn (Santa Clara): Ellos todo nos lo cuenta, nos manda fotos por WhatsApp. Dra. Lilyana (Santa Clara): Ellos nos enseñan.”

comunicación médico-paciente y el contexto sociocultural en ambos países. La mayor diferencia entre los dos países fue la integración de ciertos sistemas de atención no biomédicos al sistema de salud en Cuba a través de la especialidad de medicina natural y tradicional. En México, el sistema no biomédico más utilizado fue la medicina tradicional mexicana. Agradecimientos: Premio H. Ralph Schumacher 2024. Grupo Latino Americano de Estudio del Lupus (GLADEL/PANLAR).

Bibliografía

Aringer M, Costenbader K, Daikh D, *et al.* 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2019;78(9):1151-1159.

CG011

DACTILITIS POR GOTA, INTEGRANDO LA ECOGRAFÍA EN EL ROMPECABEZAS DIAGNÓSTICO

A.R. Morales-Meza, D.I. Rojas-Abarca, C.V. Montiel-Castañeda, R.C. Soto-Fajardo, R.E. Cervantes-Ramírez

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

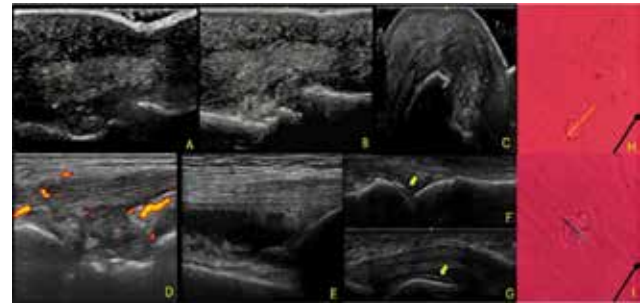
Introducción: La dactilitis relacionada con gota ocurre en 5 a 9,6% de los casos. Se ha sugerido que es un indicador de gravedad de la enfermedad, ya que se vincula con un mayor número de tofos, articulaciones afectadas, concentraciones más elevadas de ácido úrico y duración prolongada de la enfermedad. Se presenta a continuación un caso de dactilitis secundaria a gota, en el que se utilizó en particular el estudio de ecografía como auxiliar diagnóstico.

Presentación del caso: Hombre de 53 años sin antecedentes personales patológicos, que contaba con historial de dolor oligoarticular de cuatro años de evolución, automedicado con dosis variable de glucocorticoides. En abril del 2025 acudió al servicio de urgencias por dolor y limitación de la movilidad del 5° dedo y rodilla derecha. La exploración física mostró dactilitis del 5° dedo, oligoartritis que afectaba a ambas rodillas y carpo derecho, y presentaba además una masa palpable sobre el codo derecho. Los estudios de laboratorio solicitados se muestran en la **Tabla 1**. Las radiografías no revelan datos de sacroileítis. Se indicaron ecografía musculoesquelética y artrocentesis ecoguiada. Entre los hallazgos de la ecografía (**Figura 1**) se encontraban: dactilitis del 5° dedo derecho (edema de tejidos blandos, tenosinovitis del flexor y sinovitis de la articulación interfalángica proximal), sinovitis en la articulación radiocarpiana, receso ulnar, rodilla, codo y tenosinovitis del 2°-4° y 6° compartimientos extensores derechos, así como sinovitis en rodilla, tobillo, tenosinovitis del tibial posterior y tendón extensor largo de los dedos izquierdos. Se identifican signo del doble contorno en la 1° metatarsofalángica izquierda y bursitis olecraneana que en su interior presenta áreas hiperecoicas, agrupadas y mal definidas con agregados internos. Se aplicó el *Madrid Sonographic Entthesis Index* (MASEI), que resultó no concluyente para espondiloartritis periférica. No se hallaron lesiones cutáneas ni ungueales. Al analizar el líquido sinovial se observaron cristales de urato monosódico (**Figura 1**). Se integró el diagnóstico de gota poliarticular y se inició tratamiento consistente en prednisona (15 mg) con esquema de reducción progresiva, colchicina (0,5 mg/24 h VO) y alopurinol con dosis inicial de 300 mg diarios y consejería nutricional. Sin embargo, el paciente mostró poca adherencia al tratamiento.

Tabla 1. Estudios de laboratorio del paciente. (CG011)

Prueba	Nivel	Intervalo de referencia
Factor reumatoide	< 10	0,0-14 UI/mL
Anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado	< 8	0,0-16 U/mL
Proteína C reactiva	6,3	0,0-1,0 mg/dL
Velocidad de sedimentación globular	2	2-30 mm/H
HLA-B27	Negativo	—
Ácido úrico	8,83	4,40-7,60 mg/dL

Figura 1. Imágenes de la ecografía musculoesquelética y del análisis de líquido sinovial. A y B, dactilitis del quinto dedo derecho (edema de tejidos blandos, tenosinovitis del flexor y sinovitis de la articulación interfalángica proximal). C, áreas hiperecoicas, agrupadas y mal definidas en su interior con agregados en bursa olecraneana (indicativa de tofo). D, sinovitis en la articulación radiocarpiana derecha con Doppler de poder positivo. E, sinovitis de rodilla derecha. F y G, signo del doble contorno (flecha amarilla) en la primera metatarsofalángica izquierda. H e I, estructuras en forma de aguja con birrefringencia negativa, luz compensada a 400x. La flecha negra es el eje del compensador del microscopio. (CG011)



Discusión: En este caso se concluyó gota y se descartaron diagnósticos diferenciales de dactilitis, como espondiloartritis, trastornos inflamatorios inmunomediados, hematológicos, etc. De éstos, el diagnóstico diferencial más relevante era el de artritis psoriásica, debido a su importante relación con la gota/hiperuricemia, además de ser una causa de dactilitis y oligoartritis, pero la ecografía ayudó a descartar esta anomalía. Por estas razones, la ecografía fue fundamental para establecer el diagnóstico en este paciente, al confirmar lesiones consistentes con dactilitis, tofo, signo del doble contorno y poliartitis, así como facilitar la realización precisa de la artrocentesis y posibilitar la confirmación definitiva mediante la detección de cristales de urato monosódico.

Conclusiones: La dactilitis en la gota es infrecuente, afecta a menos del 10% de los pacientes y se relaciona con un curso clínico más grave y crónico. La ecografía es una técnica no invasiva, de bajo costo y realizada en tiempo real, que desempeña un papel importante como apoyo diagnóstico.

Bibliografía

- Hamard A, Burns R, Miquel A, *et al.* Dactylitis: a pictorial review of key symptoms. *Diagn Interv Imaging.* 2020;101:193-207.
- Andracco R, Zampogna G, Parodi M, *et al.* Risk factors for gouty dactylitis. *Clin Exp Rheumatol.* 2009;27:993-995.

CG012

EVALUACIÓN DE LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DEL ÍNDICE NEÚTRÓFILO-LINFOCITO PARA DETECTAR ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Y. Ramírez-Menchaca, A.A. Ramírez-Pérez

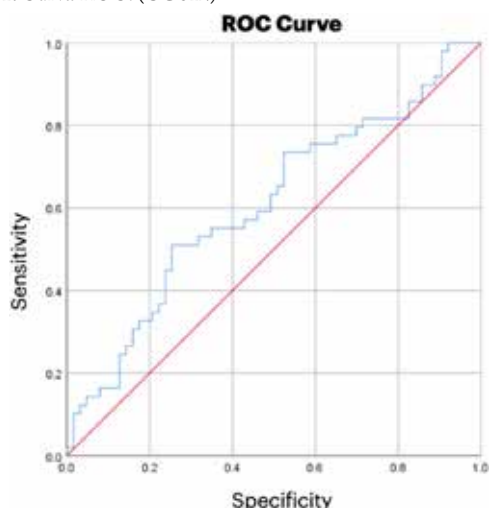
UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por una fisiopatología compleja y un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La vigilancia de la actividad es fundamental para optimizar el tratamiento y prevenir complicaciones. Una de las herramientas más empleadas para esta valoración es el índice SLEDAI-2K. Recientemente se ha propuesto el índice neutrófilo-linfocito (INL) como un biomarcador accesible y económico que podría determinar de manera confiable la actividad del LES.

Objetivo: Evaluar la precisión diagnóstica del índice neutrófilo-linfocito en la detección de actividad de la enfermedad en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Material y métodos: Se diseñó un estudio observacional, transversal y retrospectivo en pacientes con LES atendidos en el Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez del Centro Médico Nacional Siglo XXI, entre enero de 2023 y enero de 2025. Se incluyó a sujetos mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de LES según los criterios ACR/EULAR 2019 o SLICC 2012, con al menos seis meses de seguimiento clínico y sin modificaciones recientes en el tratamiento inmunosupresor. Se excluyó a las personas con infecciones activas, neoplasias, enfermedades autoinmunes adicionales o antecedente de transfusión en los tres meses previos. Para el análisis se utilizó curva ROC (Figura 1) con el fin de determinar el punto de corte óptimo del INL, así como sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de verosimilitud (LR).

Figura 1. Curva ROC. (CG012)



Resultados: Se incluyó a 112 pacientes, de los cuales 88,4% correspondió a mujeres, con una mediana de edad de 36 años. No se observaron diferencias significativas entre los grupos según la actividad de la enfermedad en variables demográficas, comorbilidades ni esquemas terapéuticos, salvo un mayor uso de ciclofosfamida en el grupo con SLEDAI-2K ≥ 4 ($p = 0,034$). La mediana de INL fue de 2,28 (1,45-3,30) en los pacientes con SLEDAI-2K < 3 y de 2,99 (1,78-4,53) en aquéllos con SLEDAI-2K ≥ 4 ($p = 0,05$) (Tabla 1). El análisis ROC identificó un punto de corte de 1,87, con un área bajo la curva (AUC) de 0,608, sensibilidad del 78% y especificidad del 35%.

Conclusiones: El índice neutrófilo-linfocito se presenta como una herramienta complementaria en la evaluación de la actividad del LES. Su sensibilidad es adecuada, aunque tiene limitaciones en especificidad, por lo que no sustituye a las escalas validadas. Se requieren estudios adicionales en diferentes poblaciones para establecer su utilidad clínica y fortalecer su aplicabilidad en la práctica médica.

Bibliografía

- Aringer M, Costenbader K, Daikh D, *et al.* 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71(9):1400-12. doi:10.1002/art.40930.
- Tian J, Zhang D, Yao X, *et al.* Global epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *Ann Rheum Dis.* 2022;81(11):1543-51. doi:10.1136/annrheumdis-2022-222123.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Detección y tratamiento oportuno mejora calidad de vida de personas con lupus [Internet]. Gobierno de México; 2019 [citado 2025 ago 18]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201905/115>.
- Yang Z, Zhang Z, Lin F, *et al.* Comparisons of neutrophil-, monocyte-, eosinophil-, and basophil-lymphocyte ratios among various systemic autoimmune rheumatic diseases. *APMIS.* 2017;125(10):863-71. doi:10.1111/apm.12722.

- 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(3):372-6. doi:10.3109/14397595.2015.1091136.
- Yu J, Zeng T, Wu Y, *et al.* Neutrophil-to-C3 ratio and neutrophil-to-lymphocyte ratio were associated with disease activity in patients with systemic lupus erythematosus. *J Clin Lab Anal.* 2019;33(5):e22633. doi:10.1002/jcla.22633.
- Zinellu A, Paliogiannis P, Mangoni AA. A systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of the neutrophil-to-lymphocyte ratio and the platelet-to-lymphocyte ratio in systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Med.* 2024;24(2):357-69. doi:10.1007/s10238-024-01438-5.
- Firizal AS, Sugianli AK, Hamijojo L. Cut-off point of neutrophil-to-lymphocyte ratio as a marker of active disease in systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2020;29(12):1566-70. doi:10.1177/0961203320950822.
- Soliman WM, Sherif NM, Ghanima IM, *et al.* Neutrophil to lymphocyte and platelet to lymphocyte ratios in systemic lupus erythematosus: relation with disease activity and lupus nephritis. *Reumatol Clin.* 2020;16(4):255-61. doi:10.1016/j.reuma.2018.07.014.

Tabla 1. Características clínicas generales de la población. (CG012)

	SLEDAI-2K < 3 (n = 63)	SLEDAI-2K ≥ 4 (n = 49)	p
Edad, años (RIC)	38 (31-51)	33 (26-46)	0,075*
Mujer (%)	56 (50%)	43 (38,4%)	0,853Δ
Hombre (%)	7 (6,3%)	6 (5,4%)	0,853Δ
Años de diagnóstico (RIC)	7 (4-17)	8 (3-17,5)	0,98*
Comorbilidades			
-Diabetes mellitus 2 (%)	5 (4,5%)	5 (4,5%)	0,676Δ
-Hipertensión arterial (%)	20 (17,9%)	21 (18,8%)	0,226Δ
-Hipotiroidismo (%)	11 (9,8%)	10 (8,9%)	0,692Δ
-Enfermedad renal crónica (%)	9 (8,0%)	4 (3,6%)	0,311Δ
-Dislipidemia (%)	6 (5,4%)	5 (4,5%)	0,575‡
-Enfermedad pulmonar intersticial (%)	5 (4,5%)	2 (1,8%)	0,333‡
Laboratorio			
Neutrófilos, $\times 10^9/L$ (RIC)	3,460 (2,470-4,700)	3,700 (2,295-5,790)	0,37*
Linfocitos, $\times 10^9/L$ (RIC)	1,460 (1,040-2,090)	1,360 (0,975-1,880)	0,45*
INL, mediana (RIC)	2,28 (1,45-3,30)	2,99 (1,78-4,53)	0,05*
Tratamiento			
-Prednisona (%)	21 (18,8%)	17 (15,2%)	0,88Δ
-Ácido micofenólico (%)	45 (40,2%)	36 (32,1%)	0,811Δ
-Ciclofosfamida (%)	0 (0%)	4 (3,6%)	-
-Hidroxicloroquina (%)	13 (11,6%)	10 (8,9%)	0,976Δ
-Azatioprina (%)	8 (7,1%)	3 (2,7%)	0,365‡
-Cloroquina (%)	23 (20,5%)	22 (19,6%)	0,369Δ
-Rituximab (%)	3 (2,7%)	3 (2,7%)	0,535‡

Δ Prueba ji cuadrada. *Prueba U de Mann-Whitney. ‡Prueba exacta de Fisher.

CG013

IMPACTO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN LA ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA Y LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA

A. Leal-Valdez, R.L. Polina-Lugo, O.A. Garza-Flores, F.M. García-García, R.I. De la Rosa-Vásquez, V.P. Limas-Martínez, A. Domínguez-Guerra, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, V.M. Fraga-Enríquez, D.A. Salcedo-Almanza

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) presentan un mayor riesgo cardiovascular (CV) debido a una mayor prevalencia de comorbilidades e inflamación sistémica crónica. En aquellos con una respuesta inadecuada a los fármacos antirreumáticos sintéticos modificadores de la enfermedad convencionales se recomienda el tratamiento biológico. Los estudios previos han demostrado que la inhibición de citocinas proinflamatorias, como el factor de necrosis tumoral (TNF- α), la interleucina (IL)-1 y la IL-6, ejerce efectos beneficiosos sobre la función cardíaca y podría prevenir el desarrollo de aterosclerosis. Sin embargo, la evidencia actual es todavía limitada.

Objetivo: Determinar la relación entre uso de tratamiento biológico y presencia de aterosclerosis subclínica y función VI en pacientes con AP.

Material y métodos: Estudio transversal y comparativo en pacientes de 30 a 75 años con AP, según criterios CASPAR 2006, sin antecedente de enfermedad CV. Se incluyó a 49 pacientes con tratamiento biológico por ≥ 1 mes y 49 sin éste, pareados por edad, sexo y ≥ 2 comorbilidades CV. Se realizó ultrasonido carotídeo para la detección de placa (PC) (íntima-media $\geq 1,2$ mm o focal $\geq 0,8$ mm) y ecocardiograma transtorácico para el índice de masa ventricular izquierda (IMVI), fracción de expulsión (FEVI) y deformación longitudinal global (GLS).

Resultados: En ambas poblaciones, la mayoría de los pacientes correspondió a mujeres con tratamiento anti-TNF. Entre los 98 pacientes sometidos a ultrasonido carotídeo (Tabla 1), la mediana de duración del tratamiento biológico fue de 26 meses (RIC, 12-60). La dislipidemia fue significativamente más prevalente en el grupo de tratamiento biológico ($p = 0,041$), mientras que no se encontraron diferencias significativas para otras comorbilidades. La prevalencia de PC fue menor en pacientes que no recibieron tratamiento biológico (40,8%, $p = 0,54$).

Tabla 1. Resultados. (CG013)

A. US carotídeo (n = 98)	Pacientes con tratamiento biológico (n = 49)	Pacientes sin tratamiento biológico (n = 49)	p
Edad, años, media $\pm$ DE	51,9 $\pm$ 11,7	51,9 $\pm$ 10,53	0,98
Mujeres, n (%)	27 (55,1)	27 (55,7)	1,00
Diabetes, n (%)	17 (14,2)	17 (34,6)	0,13
Hipertensión, n (%)	17 (34,6)	17 (34,6)	1,0
Dislipidemia, n (%)	26 (53,6)	16 (32,6)	0,04
Tabaquismo activo, n (%)	11 (22,4)	12 (24,4)	0,80
Duración de la enfermedad, años, media (RIC)	12 (7,0-20,0)	8 (3,0-16,0)	0,10
DAPSA, media, (RIC)	13,2 (7,2-22,0)	15,1 (11,0-33,0)	0,15
IMC, media $\pm$ DE	29,1 $\pm$ 5,3	30,5 $\pm$ 5,7	0,20
Aterosclerosis subclínica			
Placa carotídea, n (%)	21 (42,8)	20 (40,8)	0,54
Placa unilateral, n (%)	13 (26,5)	8 (16,3)	0,21
Placa bilateral, n (%)	8 (16,3)	12 (24,4)	0,31
B. Ecocardiograma (n = 60)	(n = 30)	(n = 30)	
Edad, años, media $\pm$ DE	54,0 $\pm$ 13,0	55,1 $\pm$ 12,2	0,73
Mujeres, n (%)	18 (60,0)	18 (60,0)	1,0
Diabetes, n (%)	6 (20,0)	7 (34,6)	0,75
Hipertensión, n (%)	12 (40,0)	7 (23,3)	0,16
Dislipidemia, n (%)	17 (56,6)	13 (43,3)	0,30
Tabaquismo activo, n (%)	9 (30,0)	9 (30,0)	0,36
Duración de la enfermedad, años, media (RIC)	18,0 $\pm$ 11,3	11,7 $\pm$ 11,8	0,04
DAPSA, media, (RIC)	18,4 $\pm$ 14,8	22,8 $\pm$ 23,6	0,40

IMC, media $\pm$ DE	30,2 $\pm$ 5,7	28,9 $\pm$ 4,8	0,37
Evaluación ventricular izquierda			
IMVI, media $\pm$ SD	86,7 $\pm$ 32,1	100 $\pm$ 51,6	0,21
GRP, mediana (IQR)	0,42 (0,34-0,46)	0,40 (0,37-0,47)	0,77
FEVI, media $\pm$ SD	60,8 $\pm$ 6,0	60,1 $\pm$ 5,0	0,64
E/E' ratio, media $\pm$ SD	8,0 $\pm$ 2,0	8,3 $\pm$ 2,6	0,45
DSS, n (%)	4 (13,3)	3 (10,0)	0,61
GLS, media $\pm$ SD	-19,7 $\pm$ 2,5	-19,9 $\pm$ 4,0	0,83

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; DAPSA, *Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis*; IMC, índice de masa corporal; IMVI, índice de masa del ventrículo izquierdo; GRP, grosor relativo de la pared; FEVI, fracción de expulsión de ventrículo izquierdo; DSS, disfunción sistólica subclínica; GLS, deformación longitudinal global.

En el grupo de 60 pacientes objeto de ecocardiografía, 30 recibían tratamiento biológico, con una duración media del tratamiento de 44,0 $\pm$ 50,7 meses. No se observaron diferencias significativas en las comorbilidades de riesgo CV entre los grupos. El IMVI fue mayor en pacientes sin tratamiento biológico, pero otros parámetros ecocardiográficos no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: El tratamiento biológico no se relacionó con una menor prevalencia de PC ni con la función ventricular izquierda. Sin embargo, esto podría deberse a la corta duración del uso del tratamiento biológico en los pacientes. Si bien los fármacos biológicos son esenciales para controlar la actividad de la enfermedad, se necesitan estudios prospectivos más amplios para determinar su efecto en la evaluación del riesgo CV.

Bibliografía

- Ahlehoff O, Hansen PR, Gislasen GH, *et al.* Myocardial function and effects of biologic therapy in patients with severe psoriasis: a prospective echocardiographic study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2016;30(5):819-23.
- Champs B, Degboé Y, Barnetche T, *et al.* Short-term risk of major adverse cardiovascular events or congestive heart failure in patients with psoriatic arthritis or psoriasis initiating a biological therapy: a meta-analysis of randomised controlled trials. *RMD open*. 2019;5(1):e000763.

CG014

ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD ÓRGANO ESPECÍFICA Y PATRONES SEROLÓGICOS EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UNA COHORTE HISPANA

H.T. Ríos-Bazaldúa, V. Cantú-Martínez, E. Domínguez-Chapa, R.L. Polina-Lugo, A.C. Bardán-Incháustegui, 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, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los autoanticuerpos en las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) desempeñan un papel fundamental en la patogenia de la enfermedad y se clasifican como anticuerpos específicos de miositis (AEM) o anticuerpos asociados a miositis (AAM). Su importancia diagnóstica y pronóstica está bien establecida. Sin embargo, los datos sobre la estratificación del fenotipo según el perfil de autoanticuerpos en la población hispana son aún limitados.

Objetivo: Describir los patrones de actividad de la enfermedad específica de órgano basados en perfiles serológicos en una cohorte hispana de MII. **Material y métodos:** Estudio transversal retrospectivo de pacientes hispanos con diagnóstico de MII. La actividad de la enfermedad específica de órgano se evaluó mediante el Índice de daño de miositis (IDM) y las escalas MYOACT y MITAX. En pacientes con múltiples anticuerpos, las

puntuaciones de actividad se atribuyeron a todos los anticuerpos identificados. Además, se clasificó a los pacientes en dos grupos: positividad única (presencia de un solo autoanticuerpo, ya sea AEM o AAM) y positividad múltiple (presencia de dos o más autoanticuerpos, independientemente de la clasificación). Los datos clínicos y serológicos se compararon mediante las pruebas U de Mann-Whitney, ji cuadrada o exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyó a 38 pacientes (edad media de $49,34 \pm 15,91$; 84,2% de mujeres). Se identificaron 15 autoanticuerpos, los más frecuentes de los cuales fueron Ro52 ($n = 15$), TIF1 γ ($n = 11$) y MDA5 ($n = 7$). La puntuación media de MITAX fue de $11,2 (\pm 9,1)$. De los 38 pacientes, las áreas más afectadas en cuanto a los grados de actividad fueron la muscular (73,7%), la constitucional (65,8%) y la esquelética (57,9%). Al estratificar por positividad de autoanticuerpos, la afectación pulmonar fue la más común en pacientes con MDA5 (85,7%) y Ro52 (80%) positivos. La afectación cardiovascular fue poco frecuente, observada sólo en pacientes con Ro52, MDA5 y PL12. Las puntuaciones MITAX más altas se identificaron en SAE (12), PL12 (9,33) y Ku (9), aunque algunos anticuerpos estuvieron presentes sólo en uno o dos pacientes. Dieciséis individuos mostraron positividad para un solo autoanticuerpo y los más frecuentes fueron TIF1 γ ($n = 4$), MDA5 ($n = 3$) y Mi2 β ($n = 3$). Aunque los pacientes con múltiples autoanticuerpos ($n = 22$) mostraron una tendencia hacia un mayor daño y puntuaciones más altas en MYOACT y MITAX, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, al estratificar por sistema orgánico, se observó una mayor frecuencia de afectación orgánica en pacientes con positividad para múltiples anticuerpos, ya que la afectación muscular fue significativamente más común en este grupo (90,5% vs. 50%, $p = 0,03$).

Conclusiones: Los patrones de actividad de la enfermedad difieren según sean los perfiles serológicos. MDA5, Ro52 y TIF1 γ se relacionaron sólidamente con la afectación pulmonar, mientras que los pacientes con anticuerpos antisintetasa (OJ, EJ, PL12, PL7 y Jo1), Ku y SAE mostraron predominantemente actividad muscular. Estos hallazgos, aunque limitados por el pequeño tamaño de los subgrupos, podrían contribuir a un mejor reconocimiento de los fenotipos de mayor actividad y facilitar la identificación temprana de posibles complicaciones específicas de órganos en los subgrupos de MII, particularmente en la población hispana.

Bibliografía

1. Halilu F, Christopher-Stine L. Myositis-specific antibodies: overview and clinical utilization. RIR [Internet]. 2022;3(1):1-10.
2. Liu Y, Zheng Y, Hao H, et al. Narrative review of autoantibodies in idiopathic inflammatory myopathies. Ann Transl Med [Internet]. 2023;11(7):291.

CG015

SALUD BUCAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: UN PROGRAMA PILOTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

M. Alarcón-Jarquín, F. García-García, V. López-Flores, A. González-Meléndez, D. Galarza-Delgado, J. Riega-Torres

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas suelen experimentar problemas de salud bucal como caries, xerostomía y enfermedad periodontal. Estas complicaciones están relacionadas tanto con la propia enfermedad como con los tratamientos inmunosupresores, lo que a menudo produce una reducción de la calidad de vida y un control inflamatorio sistémico deficiente. A pesar de ello, la salud bucal sigue sin recibir la atención necesaria en la atención reumatológica.

Objetivo: Presentar la experiencia de una clínica interdisciplinaria de reumatología y odontología y evaluar el efecto de la atención colaborativa en la detección temprana de riesgos bucodentales, la promoción de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud bucodental en pacientes con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: En 2017 se estableció un modelo de atención interdisciplinaria estructurada para vincular a reumatólogos con profesionales de la odontología. Su objetivo era prevenir el deterioro de la salud bucodental

en pacientes con enfermedades reumáticas. Durante las evaluaciones regulares, los reumatólogos evaluaban los factores de riesgo bucodentales y derivaban a los pacientes a odontólogos especializados en afecciones bucodentales reumatológicas. Los dentistas realizaron evaluaciones integrales que incluyeron exámenes físicos, pruebas salivales, puntuación ICDAS (Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries) y GOHAI (Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrica). Se desarrollaron planes de prevención individualizados que abordaron la higiene, la dieta, la estimulación salival y el uso de flúor. Se derivó a pacientes a especialistas dentales según fuera necesario. El modelo garantizó la vigilancia continua de los resultados clínicos y los informados por los pacientes, lo que creó un ciclo de retroalimentación para promover la adherencia y la integración sostenida de la atención.

Resultados: Se incluyó a 415 pacientes con enfermedades reumáticas. La edad media fue de $52,27 \pm 14,17$ años; el 91,1% correspondió a mujeres y el 6,3% a embarazadas. Los diagnósticos incluyeron artritis reumatoide (57,1%), lupus eritematoso sistémico (17,1%), síndrome de Sjögren primario (14,2%) y otras afecciones (11,6%). Todos los pacientes asistieron a la consulta dental inicial; el 90% se derivó a otras especialidades odontológicas. La prevalencia de afectaciones bucodentales incluyó caries dental en el 60,7%, disminución del flujo salival no estimulado en el 46,7% y ausencia de piezas dentales en el 10,3%. Todos recibieron recomendaciones personalizadas de salud bucodental por parte de profesionales dentales capacitados. Inicialmente lanzado en colaboración con el departamento de odontología, el programa se expandió en 2024 debido a la creciente demanda. Ese año, los servicios odontológicos se integraron completamente en el espacio físico de la clínica de reumatología, lo que incrementó significativamente las consultas odontológicas y mejoró las vías de derivación y el acceso a la atención especializada (Figura 1).

Conclusiones: La integración de las evaluaciones dentales en la atención reumatológica mejoró la detección y el tratamiento de problemas de salud bucodental en pacientes con enfermedades reumáticas. El aumento de las derivaciones y la mejora de la colaboración interdisciplinaria demuestran la viabilidad y el valor de la atención coordinada. Las derivaciones inmediatas y la orientación universal en salud bucodental destacan el éxito de este modelo integrado y centrado en el paciente.

Bibliografía

1. Abubakr OA. Dental and oral manifestations of rheumatoid arthritis. [Journal]. 2023.
2. Lee YH. Investigation of periodontitis, halitosis, xerostomia, and serological characteristics in patients with rheumatoid arthritis versus osteoarthritis and healthy controls. Sci Rep. 2024;14:55004. doi:10.1038/s41598-024-55004-w.

CG016

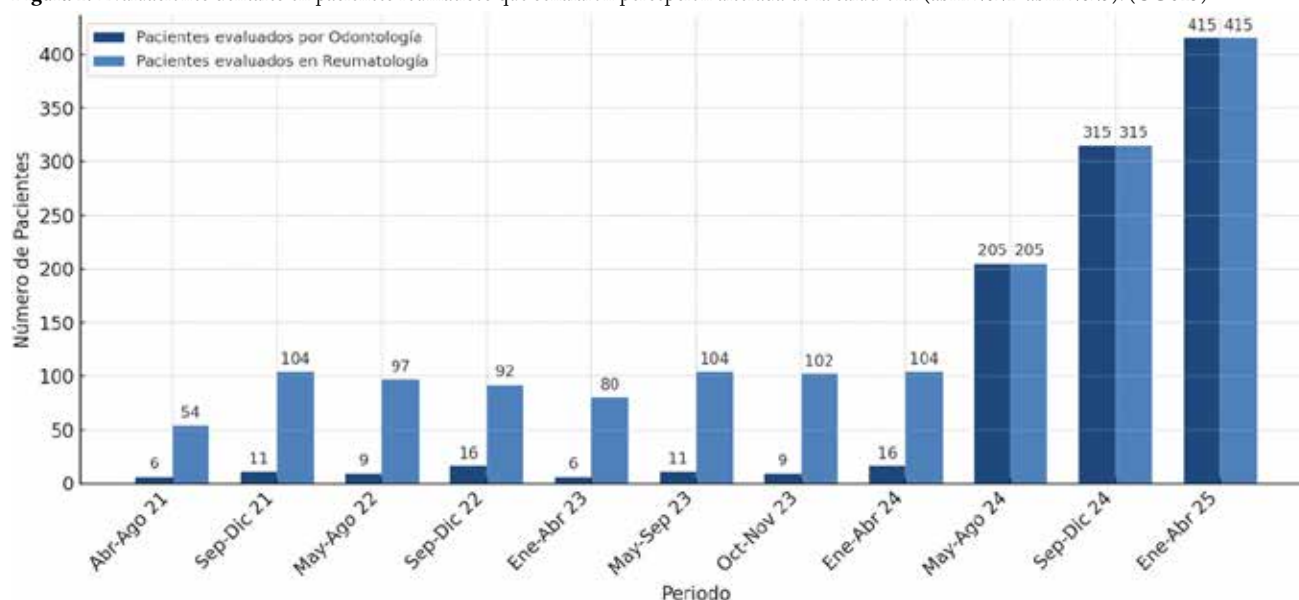
INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE: EVALUACIÓN DE MODELOS DE LENGUAJE DE GRAN ESCALA PARA COMPRENDER LITERATURA EN REUMATOLOGÍA

P. Munguía-Realpozo¹, C. Mendoza-Pinto¹, I. Etchegaray-Morales², E. Ramírez-Lara³, G. Medina-Valeriano¹, M.A. García-Flores⁴, A.J. Montiel-Jarquín³

⁽¹⁾Centro de Investigación Biomédica de Oriente-UMAE, IMSS, Puebla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽²⁾Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽³⁾Unidad Médica de Alta Especialidad, IMSS, Puebla, ⁽⁴⁾Coordinación de Planeación y Enlace Institucional OOAD, Puebla

Introducción: La alfabetización en salud es un determinante clave para la capacidad de los pacientes de tomar decisiones informadas, interactuar eficazmente con los sistemas sanitarios y manejar de forma adecuada su enfermedad. Sin embargo, las publicaciones médicas revisadas por pares suelen estar redactadas a un grado de complejidad que excede la capacidad de comprensión de gran parte de la población general. Las autoridades sanitarias, como la American Medical Association (AMA) y los National Institutes of Health (NIH), recomiendan que el material educativo para pacientes se escriba a un nivel equivalente a sexto grado de lectura. A pesar de ello, gran

Figura 1. Evaluaciones dentales en pacientes reumáticos que señalaron percepción alterada de la salud oral (abril 2021-abril 2025). (CG015)



parte de la información disponible, incluida la producida por instituciones académicas, supera ampliamente este estándar. Los modelos de lenguaje de gran escala (*Large Language Models*, LLMs), como ChatGPT, han emergido como herramientas potenciales para simplificar el lenguaje y mejorar la accesibilidad de contenidos complejos, lo que podría contribuir a acortar esta brecha en reumatología.

Objetivo: Evaluar la eficacia de ChatGPT 4.0 para simplificar y mejorar la legibilidad de artículos científicos revisados por pares en reumatología, con el fin de hacerlos comprensibles para el público general sin comprometer la exactitud de la información.

Material y métodos: Se seleccionaron 12 artículos de acceso abierto sobre diversas áreas de la reumatología, todos de autoría de los investigadores principales. La legibilidad inicial se evaluó mediante los índices *Flesch-Kincaid Grade Level* (FKGL) y *Simple Measure of Gobbledygook* (SMOG). Posteriormente cada texto se procesó en ChatGPT 4.0 y se solicitó su simplificación al nivel de sexto grado. Dos reumatólogos expertos evaluaron la adecuación de los textos generados en términos de precisión, ausencia de errores y omisiones. Los cambios en legibilidad y extensión se analizaron mediante pruebas t para muestras pareadas y se describieron estadísticamente los resultados.

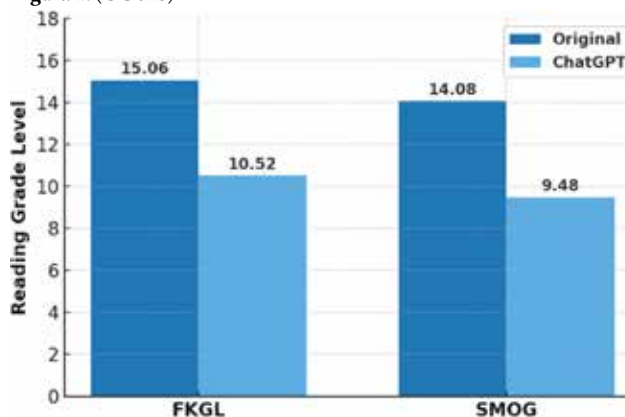
Resultados: ChatGPT redujo significativamente el nivel medio de lectura de los artículos ($p < 0,0001$) y pasó de un promedio de grado 15 (FKGL: 15,06; SMOG: 14,08) a grado 10 (FKGL: 10,52; SMOG: 9,48) (Figura 1). La simplificación fue consistente en los diferentes tipos de estudio y, según los revisores, las versiones generadas fueron apropiadas y precisas. El recuento medio de palabras disminuyó de 3 517 a 446 ($p = 0,047$), lo que representa una reducción sustancial en la extensión de los textos. Sin embargo, el nivel de lectura alcanzado aún está por encima del recomendado para materiales educativos dirigidos a pacientes.

Conclusiones: ChatGPT 4.0 mostró un efecto positivo significativo en la simplificación del lenguaje de artículos científicos en reumatología, con mejor accesibilidad al contenido sin comprometer la exactitud. No obstante, el nivel de legibilidad resultante (grado 10) todavía supera el umbral aconsejado por la AMA y el NIH, lo que limita su aplicabilidad directa para todos los grupos de pacientes, especialmente aquellos con alfabetización en salud limitada. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar revisiones adicionales por expertos o ajustes iterativos para garantizar que el material educativo cumpla con los estándares óptimos de legibilidad. Los estudios futuros deben explorar estrategias para optimizar el uso de LLMs en educación del paciente, evaluar su efecto real en la comprensión y la toma de decisiones, y ampliar su aplicación a otras áreas de la reumatología.

Bibliografía

- Benjamin RM. Improving health by improving health literacy. *Public Health Rep.* 2010;125:784-785. doi: 10.1177/003335491012500602.
- Rooney MK, Santiago G, Perni S, *et al.* Readability of patient education materials from high-impact medical journals: a 20-year analysis. *J Patient Exp.* 2021;8:2374373521998847. doi: 10.1177/2374373521998847.

Figura 1. (CG016)



CG017

IMPACTO DE LA GRASA VISCERAL EN RELACIÓN CON LOS MARCADORES INFLAMATORIOS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

I.C. Cantú-Zapata, K. Palomo-Arnaud, D.L. Carrera-Cruz, M.F. Fikir-Ordóñez, D.A. Ayala-Rodríguez, V.A. Caballero-Flores, K.V. Hernández-López, D.A. Galarza-Delgado, J.C.L. Riega-Torres

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El tejido adiposo visceral constituye un componente metabólicamente activo que contribuye a un estado inflamatorio crónico mediante la secreción de adipocinas y mediadores inflamatorios, lo que

puede influir en la actividad de la enfermedad. Los estudios previos han demostrado que la obesidad visceral se relaciona con valores elevados de la proteína C reactiva (PCR) en la población general y en pacientes con enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide (AR). Sin embargo, su relación con diferentes elementos de la composición corporal y el grado de actividad de la enfermedad no están completamente establecidos.

Objetivo: Determinar la relación entre la presencia de obesidad visceral con los marcadores inflamatorios, actividad inflamatoria, y composición corporal en pacientes con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en 108 pacientes con diagnóstico de enfermedades reumáticas. Se obtuvo valoración clínica y composición corporal mediante bioimpedancia eléctrica multifrecuencia (InBody 120). La fuerza de prensión manual se evaluó con el dinamómetro digital Baseline BIMS. Los valores de la proteína C reactiva (PCR, mg/L) y velocidad de sedimentación globular (VSG, mm/h) se extrajeron del expediente clínico. En pacientes con artritis reumatoide (AR, n = 81) se determinó la actividad de la enfermedad mediante el *Disease Activity Score* en 28 articulaciones (DAS28) y se los clasificó en baja/remisión (< 3,6) y moderada/alta ($\geq 3,6$). Las variables continuas se compararon entre pacientes con y sin obesidad visceral mediante prueba t de Student para muestras independientes. Las variables categóricas se analizaron mediante ji cuadrada. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: De los 108 pacientes incluidos, la edad media fue $49,4 \pm 13,7$ años y el 93,5% correspondió a mujeres. La prevalencia de obesidad visceral fue elevada (80,6%, n = 87). En la comparación entre grupos (Tabla 1), los pacientes con obesidad visceral presentaron valores significativamente más altos de IMC ($32,1 \pm 6,8$ vs. $21,7 \pm 2,5$ kg/m², $p < 0,001$) y porcentaje de grasa corporal ($44,4 \pm 6,1$ vs. $28,6 \pm 5,9$, $p < 0,001$). No se observaron diferencias en edad ($p = 0,243$) ni en fuerza de prensión manual ($p = 0,255$). En cuanto a parámetros inflamatorios, no se identificaron diferencias significativas en la proporción de pacientes con PCR elevada ($p = 0,423$) ni con VSG elevada ($p = 0,499$). En contraste, la presencia de obesidad visceral se vinculó con mayor frecuencia de masa muscular baja (64,4% vs. 38,1%, $p < 0,001$). En el subgrupo con AR, los pacientes con obesidad visceral mostraron mayor proporción de actividad moderada/alta de la enfermedad en comparación con los no obesos viscerales (71,8% vs. 28,2%, $p = 0,042$).

Conclusiones: No se halló relación entre obesidad visceral y marcadores inflamatorios séricos convencionales (PCR y VSG), lo que sugiere que estos parámetros no reflejan completamente la inflamación vinculada con el tejido adiposo. En el subgrupo de AR, la obesidad visceral se relaciona con mayor probabilidad de presentar actividad clínica moderada/alta, lo que resalta su papel potencial como modulador de la inflamación y factor pronóstico relevante y la obesidad visceral se relacionó con mayor adiposidad global y menor masa muscular, lo que configura un fenotipo de obesidad sarcopénica.

Tabla 1. Características clínicas, inflamatorias y de composición corporal en pacientes con enfermedades reumáticas según la presencia de obesidad visceral. (CG017)

	Sin obesidad visceral (n = 21)	Con obesidad visceral (n = 87)	P
Edad, años (media $\pm$ DE)	46,3 $\pm$ 17,3	50,2 $\pm$ 12,7	0,243
IMC, kg/m ² (media $\pm$ DE)	21,7 $\pm$ 2,5	32,1 $\pm$ 6,8	< 0,001
% grasa corporal (media $\pm$ DE)	28,6 $\pm$ 5,9	44,4 $\pm$ 6,1	< 0,001
Fuerza de prensión, kg (media $\pm$ DE)	19,1 $\pm$ 5,2	17,3 $\pm$ 6,6	0,255
PCR alta, n (%)	6 (28,6%)	29 (33,3%)	0,423
VSG alta, n (%)	7 (33,3%)	36 (41,4%)	0,499
Masa muscular baja, n (%)	8 (38,1%)	56 (64,4%)	< 0,001
Actividad en AR moderada/alta, n (%)	23 (28,2%)	51 (71,8%)	0,042

Media $\pm$ desviación estándar (DE) para variables continuas y número (porcentaje) para variables categóricas. Actividad moderada/alta (DAS28, $\geq 3,6$) en pacientes con AR (n = 81). PCR alta: > 5 mg/L; VSG alta: > 20 mm/h en mujeres y > 15 mm/h en hombres. Prueba t de Student para variables continuas y prueba ji cuadrada para variables categóricas.

Bibliografía

1. Shuster A, Patlas M, Pinthus JH, *et al.* The clinical importance of visceral adiposity: a critical review of methods for visceral adipose tissue analysis. *Br J Radiol.* 2012;85(1009):1-10.
2. George MD, Giles JT, Katz PP, *et al.* The impact of obesity and adiposity on inflammatory markers in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2017;69(12):1789-98.

CG018

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE NEUMOPATÍA INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

A. Elizalde-García, D.G. Miranda-Hernández

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La esclerosis sistémica, también conocida como esclerodermia, es una enfermedad heterogénea que Curzio describió por primera vez en 1752 en Italia. Se caracteriza por autoinmunidad, inflamación, vasculopatía, fibrosis de la piel y órganos internos. Los pacientes con esclerosis sistémica se dividen en afectación cutánea limitada y cutánea difusa en función de la extensión de la fibrosis cutánea. El órgano más afectado es la piel; sin embargo, esta afectación sola tiene bajo efecto en la mortalidad; por el contrario, el compromiso pulmonar puede ocurrir en ambos subgrupos de la enfermedad, es una causa importante de morbilidad en estos pacientes y la principal causa de muerte. La enfermedad pulmonar intersticial se distingue por procesos infiltrativos parenquimatosos difusos que pueden conducir a la fibrosis. Hasta el 90% de los pacientes con esclerosis sistémica tiene evidencia de enfermedad pulmonar intersticial en la tomografía de tórax de alta resolución.

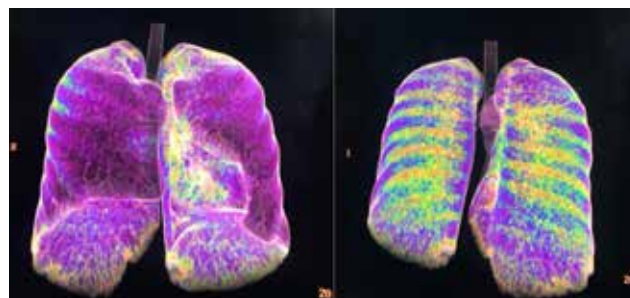
Objetivo: Identificar los factores relacionados con neumopatía intersticial en pacientes con esclerosis sistémica.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles. Se analizaron las variables clínicas, el perfil de anticuerpos y el patrón tomográfico y los que mostraron significancia estadística ($p < 0,05$) mediante prueba ji cuadrada se sometieron a un análisis multivariado y se expresaron en *odds ratio*.

Resultados: Se analizó a un total 193 pacientes, 64 casos y 129 controles. La edad promedio fue de 55 años en los casos y 50 años en los controles. El tiempo de evolución de la enfermedad fue mayor en los casos (84 vs. 48 meses), con mayor afectación sistémica (calcinosis $p < 0,001$), gastrointestinal ($p < 0,001$), cardiovascular e hipertensión arterial pulmonar ($p < 0,001$). Los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial tuvieron títulos de afectación NINE (76%) con un patrón de vidrio deslustrado (65%). En el análisis bivariado se identificó que el riesgo para la afectación pulmonar era mayor con la presencia de calcinosis (OR 5,6, $p < 0,01$), afectación gastrointestinal, cardiovascular (OR 4, $p < 0,01$), y anti-Scl70 (OR 8,2, $p < 0,01$). En la tomografía de alta resolución predominó la neumopatía intersticial inespecífica (76%), con un patrón de vidrio deslustrado (65%) (Figura 1).

Conclusiones: Estos hallazgos demuestran la elevada frecuencia de enfermedad pulmonar intersticial en la población mexicana en relación con factores clínicos y serológicos similares a lo notificado en las publicaciones médicas.

Figura 1. (CG018)



Bibliografía

1. Perelas A, Arrossi AV, Highland KB. Pulmonary manifestations of systemic sclerosis and mixed connective tissue disease. *Clin Chest Med*. 2019;40(3):501-518.
2. Bergamasco A, Hartmann N, Wallace L, *et al*. Epidemiology of systemic sclerosis and systemic sclerosis-associated interstitial lung disease. *Clin Epidemiol*. 2019;18;11:257-273.
3. Aeger VK, Wirz EG, Allannore Y, *et al*. Incidences and risk factors of organ manifestations in the early course of systemic sclerosis: a longitudinal EUSTAR Study. *PLoS One*. 2016;11(10):1-15.

CG019

DISFUNCIÓN CARDIOVASCULAR SUBCLÍNICA EVALUADA POR ECOCARDIOGRAFÍA EN PACIENTES JÓVENES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO VS. ADULTOS SANOS

F.M. García-García, E.C. Garza-González, A. Leal-Valdez, V. Cervantes-Ramírez, O.A. Garza-Flores, L.Y. López-Cantú, P. García-Decilos, V.M. Fraga-Enríquez, I.J. Colunga-Pedraza, J.A. Cárdenas-De la Garza, J.R. Azpiri-López, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por inflamación sistémica y aterosclerosis acelerada, lo que conduce a un mayor riesgo cardiovascular (CV). Aunque la enfermedad CV suele presentarse en individuos de edad avanzada, los pacientes con LES pueden desarrollar alteraciones subclínicas a edades más tempranas debido a la inflamación crónica. Las técnicas ecocardiográficas emergentes, como la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI), la deformación longitudinal global (GLS) y la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP), permiten la detección temprana de la disfunción CV antes de la aparición de manifestaciones clínicas.

Objetivo: Evaluar las alteraciones CV subclínicas en pacientes jóvenes con LES, en comparación con adultos sanos de mayor edad.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó a pacientes ≤ 39 años que cumplían con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2019 para LES, y un grupo control de adultos sanos ≥ 40 años sin enfermedad reumática, inscritos en una clínica de cardio-reumatología preventiva. Se excluyó a los individuos con antecedentes de enfermedad CV. Se recolectaron datos demográficos, factores de riesgo CV y parámetros ecocardiográficos. Los ecocardiogramas los realizó un especialista en ecocardiografía. Se evaluaron y clasificaron la geometría cardíaca y la función sistólica y diastólica de acuerdo con las guías ASE/EACVI 2016. La normalidad de los datos se verificó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones entre grupos se efectuaron con las pruebas t de Student, ji cuadrada o U de Mann-Whitney. Se consideró significativa una $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 140 participantes: 64 pacientes jóvenes con LES y 76 controles sanos de mayor edad. La mediana de edad fue de 25 años en el grupo LES y de 55 años en los controles ($p < 0,001$). La proporción de mujeres fue significativamente mayor en el grupo LES (90,62% vs. 64,47%; $p < 0,001$). Estos pacientes también presentaron menor índice de masa corporal ($p < 0,001$), así como menor prevalencia de diabetes mellitus ($p < 0,001$), dislipidemia ($p < 0,001$) y tabaquismo ($p = 0,034$). La HbA1c fue más baja en LES ($p = 0,012$), mientras que la velocidad de sedimentación globular resultó más elevada ($p = 0,050$).

En la evaluación ecocardiográfica, los pacientes con LES mostraron una FEVI reducida (59,04 vs. 62,53, $p = 0,006$) y una GLS deteriorada (-18,99 vs. -20,84, $p = 0,010$). En contraste, los controles registraron un índice de masa del ventrículo izquierdo más alto ($p < 0,001$) y mayor grosor relativo de la pared ($p = 0,023$). Asimismo, la función diastólica evidenció en el grupo LES una onda E' más alta ($p = 0,002$), acompañada de una menor relación E/e' ($p < 0,001$) y menor tiempo de desaceleración ($p < 0,001$). Además, la excursión sistólica del plano anular tricúspideo ($p = 0,004$) y la PSAP (24,03 vs. 19,60 mmHg; $p = 0,028$) fueron significativamente más elevadas en estos pacientes (Tabla 1).

Tabla 1. Características de riesgo cardiovascular, de laboratorio y ecocardiográficas. (CG019)

Variable	Pacientes jóvenes con LES n = 64	Controles sanos de mayor edad n = 76	p
Edad, mediana (RIC)	25,00 (22,00-34,00)	55,00 (50,00-61,25)	< 0,001
Mujeres, n (%)	58 (90,62)	49 (64,47)	< 0,001
Factores de riesgo CV			
IMC, kg/m ² , media $\pm$ DE	23,79 $\pm$ 4,49	27,84 $\pm$ 4,68	< 0,001
Obesidad, n (%)	4 (6,25)	12 (15,78)	0,070
Diabetes mellitus, n (%)	1 (1,56)	16 (21,05)	< 0,001
Hipertensión arterial, n (%)	10 (15,62)	22 (28,94)	0,060
Dislipidemia, n (%)	6 (9,37)	29 (38,15)	< 0,001
Tabaquismo, n (%)	11 (17,18)	25 (32,89)	0,034
Parámetros de laboratorio			
HbA1c, media $\pm$ DE	5,03 $\pm$ 1,13	5,77 $\pm$ 1,32	0,012
PCR, mg/dL, mediana (RIC)	0,46 (0,26-0,74)	0,40 (0,24-0,56)	0,212
VSG, mm/h, mediana (RIC)	20,50 (11,00-39,50)	16 (7,00-27,00)	0,050
Tratamiento			
Prednisona, n (%)	54 (84,37)	–	< 0,001
Hidroxicloroquina, n (%)	56 (87,5)	–	< 0,001
Antihipertensivos, n (%)	14 (21,87)	9 (11,84)	0,203
Estatinas, n (%)	10 (15,62)	12 (15,78)	0,533
Parámetros ecocardiográficos			
Función ventricular izquierda			
FEVI, media $\pm$ DE	59,04 $\pm$ 8,35	62,53 $\pm$ 6,17	0,006
GLS, media $\pm$ DE	-18,99 $\pm$ 2,96	-20,84 $\pm$ 3,52	0,010
GRP, mediana (RIC)	0,293 (0,259-0,352)	0,342 (0,270-0,432)	0,023
IMVI, g/m ² , mediana $\pm$ DE	66,38 $\pm$ 21,21	84,05 $\pm$ 29,18	< 0,001
Onda E', mediana (RIC)	0,16 (0,13-0,18)	0,12 (0,11-0,14)	0,002
Relación E/e', media $\pm$ DE	6,96 $\pm$ 2,47	8,47 $\pm$ 2,31	< 0,001
Tiempo de desaceleración, ms, mediana (RIC)	163 (149-187)	215 (187-255)	< 0,001
Función ventricular derecha			
TAPSE, mm, mediana (RIC)	21,00 (19,25-24,00)	18,00 (2,20-24,00)	0,004
PSAP, mmHg, media $\pm$ DE	24,03 $\pm$ 8,07	19,60 $\pm$ 8,18	0,028
Velocidad S', cm/s, mediana (RIC)	13,00 (11,00-14,00)	12,00 (11,00-14,00)	0,305

Se presentan los valores como media $\pm$ desviación estándar (DE) o mediana (RIC), según correspondiera.

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; LES, lupus eritematoso sistémico; CV, cardiovascular; IMC, índice de masa corporal; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; GLS, deformación longitudinal global; GRP, grosor relativo de la pared; IMVI, índice de masa del ventrículo izquierdo; TAPSE, excursión sistólica del plano anular tricúspideo; PSAP, presión sistólica de la arteria pulmonar; S', velocidad sistólica máxima del anillo tricúspide. Los valores en negrita indican significancia estadística ($p < 0,05$).

Conclusiones: Estos resultados indican que los pacientes jóvenes con LES pueden mostrar alteraciones ecocardiográficas tempranas en comparación con individuos sanos de mayor edad, incluidas la reducción de la deformación miocárdica, las presiones pulmonares elevadas y la disfunción diastólica. Estas diferencias se observaron a pesar de una menor carga de factores de riesgo metabólicos comunes. En conjunto, los hallazgos evidencian deterioro CV subclínico en pacientes jóvenes con LES y subrayan la necesidad de implementar una vigilancia CV sistemática en esta población.

Bibliografía

1. Gartshetyn Y, Braverman G, Mahtani S, *et al.* Prevalencia de la calcificación de arterias coronarias en pacientes jóvenes con LES de ascendencia predominantemente hispana y afroamericana. *Lupus Sci Med.* 2019;6:e000330. doi:10.1136/lupus-2019-000330.
2. Frostegård J. Lupus eritematoso sistémico y enfermedad cardiovascular. *J Intern Med.* 2023;293(1):48-62. doi:10.1111/joim.13557.

CG020

IMPACTO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO EXPLORATORIO EN EL OCCIDENTE DE MÉXICO

S. Ramírez-Pérez¹, P.A. Romero-García², M.A. Dávalos-Benítez³, E.L. Varela-Avalos³, C.E. Mendoza-Díaz³, M.L. Flores³

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético (IIRSME), CUCS, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México, ⁽²⁾Unidad de Especialidades Ortopédicas (UESO), Área de Columna Vertebral, 45116, Zapopan, Jalisco, ⁽³⁾Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG), School of Medicine, Programa Internacional, Zapopan, Jalisco,

Introducción: La artritis reumatoide (AR) representa la segunda prevalencia más elevada de las enfermedades reumáticas. En pacientes mexicanos, la prevalencia de la AR supera la prevalencia mundial (1,6% vs. 1%). El dolor crónico en la AR se ha relacionado con una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con AR. Estas afecciones psicológicas pueden influir directamente en la intensidad y la sensibilidad del dolor y vincularse con la actividad de la enfermedad.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de la ansiedad y la depresión y su efecto en la actividad de la enfermedad en pacientes con AR del Occidente de México.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes adultos (18 a 65 años) del occidente de México diagnosticados con AR según los criterios ACR/EULAR del 2010. Tras firmar el consentimiento informado, los reumatólogos evaluaron la ansiedad y la depresión de los pacientes mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), respectivamente. De modo adicional se evaluó la puntuación de la actividad de la enfermedad y la capacidad funcional con el índice DAS-28 y el Índice de Discapacidad del Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ-DI). Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva e inferencial a través de GraphPad Prism versión 9. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Se recopilaron datos de 30 pacientes con AR (Tabla 1). La edad promedio de los pacientes fue de 45 ± 14 años y el 97% se identificó como mujer. Dentro de las variables clínicas evaluadas, la mediana de la puntuación del índice DAS-28 fue de 3,1 (2,7-4,2), y el 73% de los pacientes se clasificó como gravedad baja-moderada. Anti-CCP 44 U/mL (15-101), FR 43 UI/mL (23-226), pCr 3,5 mg/dL (1,9-12) y VSG $25,5 \pm 12,4$ mm/h. El FARME predominantemente prescrito fue el metotrexato (63%) y el 70% de los pacientes utilizaba prednisona. La evaluación del PHQ-9 reveló que el 53% no sufría depresión o sólo una depresión mínima, el 23,5% una depresión leve y el 10% una depresión moderada-grave. Las puntuaciones del BAI indicaron que el 74% de los pacientes mostraba una ansiedad baja, mientras que el 26% una ansiedad moderada-grave. El grupo con ansiedad moderada a grave, según la puntuación en BAI, también registró los valores más altos de DAS-28 ($p < 0,05$, Figura 1A). Se observó esta misma tendencia con las puntuaciones de depresión de PHQ-

9 de leve a grave y los valores de DAS-28 ($p < 0,05$, Figura 1B). Asimismo, se evaluaron las puntuaciones de HAQ-DI, pero no se identificó ninguna relación significativa con los valores de BAI y PHQ-9.

Tabla 1. Variables clínicas, sociodemográficas y terapéuticas de los pacientes con AR. (CG020)

Variable	AR (n = 30)
Edad (años) media $\pm$ DE	45 ± 14
Género, % (n)	
Masculino	3 (1)
Femenino	97 (29)
Estado de la enfermedad	
DAS28	3,1 (2,7-4,2)
Remisión < 2,6% (n)	29 (9)
Bajo 2,6-3,2% (n)	32 (10)
Moderado 3,2-5,1% (n)	32 (10)
Alto > 5,1% (n)	7 (2)
HAQ-DI	
Discapacidad leve 0-1	42 (13)
Discapacidad moderada 1-2	48 (15)
Discapacidad grave 2-3	10 (3)
PHQ-9	
0-4 ninguna/mínima	55 (17)
5-9 leve	23 (7)
10-14 moderada	13 (4)
15-19 moderada-grave	6 (2)
20-27 grave	3 (1)
Evaluación clínica	
DAS28-VSG	5,8 (2,4-8,0)
FR (UI/mL)	55,7 (1,7-437,1)
pCr (mg/dL)	2 (0,2-153,8)
VSG (mm/h)	41 (17-58,5)
Anti-CCP (U/mL)	63,3 (1,7-500)
Tratamiento, % (n)	
AINE	70 (57)
Esteroides	26 (21)
FARME	
Sulfasalazina	23 (19)
Cloroquina	45 (37)
Metotrexato	45 (37)

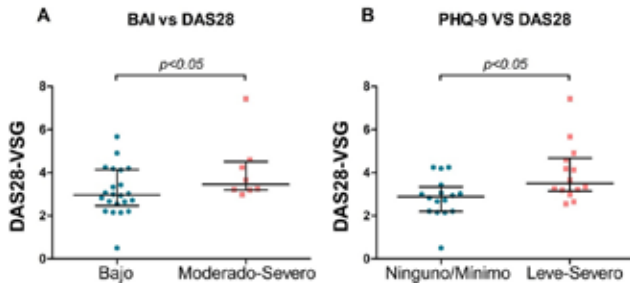
AR, artritis reumatoide; DAS28, Disease Activity Score 28; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire Disability Index; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; VSG, velocidad de sedimentación globular; FR, factor reumatoide; pCr, proteína C reactiva; anti-CCP, anticuerpos contra péptidos cíclicos citrulinados; AINE, antiinflamatorios no esteroideos; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad.

Conclusiones: En este estudio, los pacientes con AR y ansiedad moderada-grave y depresión leve-profunda se vincularon con un aumento de las puntuaciones del DAS-28, pero no con la escala HAQ-DI. La evaluación y tratamiento de la depresión y la ansiedad pueden representar un efecto negativo en los pacientes con AR y se sugiere considerarlos como parte esencial del abordaje clínico en pacientes del Occidente de México.

Bibliografía

1. Ryan S, McGuire B. Psychological predictors of pain severity, pain interference, depression, and anxiety in rheumatoid arthritis patients with chronic pain. *Br J Health Psychol.* 2016;21(2):336-50.
2. Islam ST, Descallar J, Martens D, *et al.* Screening for anxiety in patients with inflammatory arthritis using the Multidimensional Health Assessment Questionnaire. *J Rheumatol.* 2023;50(10):1273-8.
3. Meade T, Joyce C, Perich T, *et al.* Prevalence, severity, and measures of anxiety in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2024;76(2):171-80.

Figura 1. La ansiedad y la depresión se relacionan con un aumento de la actividad de la enfermedad (DAS-28). A, las puntuaciones de DAS-28 se estratificaron entre los grupos de ansiedad baja y ansiedad moderada-grave de acuerdo con las puntuaciones de la escala BAI en pacientes con AR. B, las puntuaciones de DAS-28 se clasificaron en dos grupos distintos de depresión (ninguna/mínima y leve-grave) según los valores de la escala PHQ-9 en pacientes con AR. El DAS-28 se calculó con los valores de VSG. Se aplicaron pruebas no paramétricas con U de Mann-Whitney (bilateral) y se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. (CG020)



CG21

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

A.C. Argüelles-Zayas, A.K. Rivas-Loor, A.L. Infante-Amorós, R. Infante-Argüelles, A. Chico-Capote, N. Casas-Figueroa, Y. Sánchez-Bruzón, M. Estévez-Del Toro

Hospital Hermanos Ameijeiras

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) se caracterizan por la debilidad muscular, pero también pueden afectar a los pulmones. El cuadro pulmonar difiere según sea su presentación.

Objetivo: Caracterizar la enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en el servicio de reumatología del Hospital Hermanos Ameijeiras, en La Habana, Cuba, en el periodo comprendido entre enero de 2022 y enero del 2024. El universo quedó constituido por todos los pacientes con MII según los criterios de Bohan y Peter con y sin enfermedad pulmonar intersticial (EPI) 104 pacientes y la muestra fue de 72 pacientes. Se incluyó a pacientes con MII (n = 36) y sin EPI (n = 36). Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y analíticas. Todos los pacientes fueron objeto de radiografía de tórax, prueba funcional respiratoria y tomografía pulmonar de alto campo en busca de EPI y ecocardiograma en busca de hipertensión pulmonar; se determinaron anticuerpos específicos y relacionados de miositis. Se buscaron neoplasias. Para el análisis estadístico de todas las variables se utilizaron medidas de resumen. Los resultados se mostraron en porcentaje para las variables cualitativas. Las variables cuantitativas se mostraron como media y desviación estándar (DE). La comparación de las frecuencias se realizó con la prueba de proporciones ji cuadrada. Se empleó el programa estadístico STATISTICA 10.0 para Windows. Se utilizó el nivel de significación $p < 0,05$. Los resultados se presentaron en tablas y figuras. La investigación recibió aprobación del Consejo Científico del centro y se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Resultados: La edad promedio del total de pacientes fue de 56 años, la mayoría correspondió a mujeres y de color de piel no blanco y procedencia urbana, con escolaridad mayor del 12° grado. El 50% de los pacientes mostró EPI en la tomografía axial pulmonar de alto campo y el patrón tomográfico más frecuente fue la neumopatía intersticial usual (NIU) con un 38,9%, seguida por neumopatía intersticial no específica (NINE) con un 61,1%. En el 100% de los pacientes con EPI se identificó un patrón restrictivo en la prueba funcional respiratoria. Sólo la tos y la disnea tuvieron diferencias estadísticas significativas entre los grupos de estudio ($p < 0,001$). Hubo diferencias significativas para la albúmina e hipertensión pulmonar en relación con la aparición de EPI. Entre los grupos de estudio se hallaron diferencias

para anticuerpos anti-Jo1, anti-Ro52 y anti-Mi2. La combinación anti-Jo1 con anti-Ro52 tuvo diferencias estadísticas en relación con la neoplasia.

Conclusiones: La mitad de los pacientes tuvo EPI y el patrón tomográfico más frecuente fue la NIU seguido por NINE; la tos, la disnea, la hipertensión pulmonar y la hipoalbuminemia fueron las características clínicas más comunes en los pacientes con EPI. Los anticuerpos anti-Jo 1 se relacionaron con EPI y los pacientes con anti-Jo 1 y anti-Ro52 positivos con EPI y neoplasias.

Bibliografía

1. Ponce YM, Zalazar MM, García Coello AD, *et al.* Serie de casos clínicos de pacientes con miopatía inflamatoria idiopática y enfermedad pulmonar intersticial del "Registro de miopatías inflamatorias idiopáticas"; de la Sociedad Argentina de Reumatología. Rev. Argent. Reumatol. [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 18 de noviembre de 2024];31(1):12 -17. Disponible en: <https://ojs.reumatologia.org.ar/index.php/revistaSAR/article/view/422>.
2. Gómez G, Gargiulo MA, Granel A, *et al.* Métodos de diagnóstico en el estudio de las miopatías inflamatorias autoinmunes: datos del Registro Argentino de Miopatías Inflamatorias de la Sociedad Argentina de Reumatología. Rev. Argent. Reumatol. [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 18 de noviembre de 2024];31(1):3 -7. Disponible en: <https://ojs.reumatologia.org.ar/index.php/revistaSAR/article/view/420>.

CG022

PREVALENCIA DEL RIESGO CARDIOMETABÓLICO (NVAI) EN SAF, ES Y CONTROLES

M.P. Cruz-Domínguez, P.M. Ávila-García, G. Medina-García, A. Fuentes-Conde, M. Rivera-Rangel

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Una de cada cuatro personas ≥ 25 años sufrirá un episodio vascular cerebral (mortalidad del 11,9%); el infarto agudo de miocardio reduce en promedio 16 años de vida. El síndrome antifosfolípido (SAF) y la esclerosis sistémica (ES) o esclerodermia incrementan el riesgo cardiometabólico mediante inflamación crónica, disfunción endotelial y dislipidemia. El nuevo índice de adiposidad visceral (NVAI) permite determinar el riesgo cardiometabólico, por lo que identificar su prevalencia y variación a un mes puede guiar intervenciones preventivas en poblaciones de alto riesgo.

Objetivo: Calcular y comparar la prevalencia basal y a un mes del riesgo cardiometabólico elevado por NVAI en pacientes con SAF, ES y controles, al evaluar cambios intragrupal e intergrupales.

Material y métodos: Cohorte prospectiva en tres grupos (SAF, ES y controles) de un hospital de tercer nivel. Evaluación basal y al mes posterior a intervención educativa de los conceptos básicos en alimentación. Variable principal: presencia de riesgo cardiometabólico por NVAI (calculado con edad, perímetro de cintura, PAM, TG y HDL; puntos de corte: hombres $> 0,75$; mujeres $> 0,18$) (Tabla 1 y Figura 1).

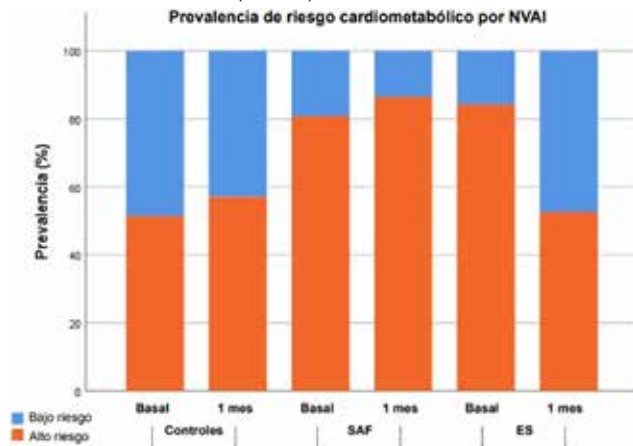
Tabla 1. Relación de los componentes del NVAI con el grado de riesgo cardiometabólico por grupo, al inicio y a un mes. (CG022)

	Control (n = 35)	SAF (n = 52)	ES (n = 18)
Componentes del NVAI	Valor p	Valor p	Valor p
Edad	A; 0,002	A; 0,026	–
Evaluación basal			
Cintura	A; 0,001*	A; 0,001*	A; 0,026
PAM	A; 0,009	A; 0,002	–
TG	A; 0,006	–	–
HDL	–	B; 0,001*	B; 0,003
Evaluación a un mes			
Cintura	A; < 0,001*	A; 0,006	A; 0,001*
PAM	A; 0,034	–	–

TG	A; 0,005	–	–
HDL	B; 0,039	B; 0,015	–

A, alto riesgo cardiometabólico; B, bajo riesgo cardiometabólico. NVAI, Nuevo índice de adiposidad visceral; SAF, síndrome antifosfolípido; ES, esclerosis sistémica o esclerodermia; PAM, presión arterial media; TG, triglicéridos; HDL, lipoproteínas de alta densidad.

Figura 1. Gráfica de barras que muestra por grupo la prevalencia de alto riesgo cardiometabólico por NVAI (naranja) y bajo riesgo cardiometabólico por NVAI (azul) en dos mediciones (basal y al mes). NVAI, Nuevo índice de adiposidad visceral; SAF, síndrome antifosfolípido; ES, esclerosis sistémica o esclerodermia. (CG022)



Resultados: Descripción de proporciones con IC95%, comparaciones entre grupos mediante χ^2 ; cambio intragrupo con prueba de McNemar ($\alpha = 0,05$); análisis de interacción grupo-tiempo con regresión logística para datos repetidos (modelo GEE).

Conclusiones: En SAF y ES más del 80% tiene un riesgo cardiometabólico elevado. Sólo la ES mostró una reducción significativa del riesgo cardiometabólico al mes de seguimiento y alcanzó valores similares respecto de los controles. La circunferencia de cintura es un marcador de alto riesgo cardiometabólico presente en los tres grupos.

Bibliografía

- Martínez-Díaz G, Cruz-Domínguez MP, López-Zamora B, *et al.* Influence of visceral adiposity on cardiovascular risk in patients with systemic sclerosis. *Rheumatol Int* 2024;44:621-30.
- Martínez-Zazo AB, Pedrón-Giner C. Conceptos básicos en alimentación. SEGHN. 2016; Disponible en: <https://www.seghn.org/sites/default/files/2017-06/conceptos-alimentacion.pdf>

CG023

DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS DE USO REUMATOLÓGICO EN MÉXICO

J. Deanda-Quintero, A. Vargas-Guerrero

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El apego al tratamiento y la disponibilidad de los medicamentos, principalmente para la población de menores recursos, son indispensables. El desabasto de fármacos es un problema creciente a nivel mundial, que conlleva mayores costos derivados de exacerbaciones, hospitalizaciones, complicaciones, abuso de otros fármacos (p. ej., glucocorticoides) y de medicina alternativa o productos milagro.

Objetivo: Delinear un panorama actual de la disponibilidad de los fármacos de uso reumatológico en el sector salud de México.

Material y métodos: Se realizó y difundió entre los reumatólogos de México un cuestionario de Google Forms con las siguientes preguntas: ¿En

qué institución labora?, ¿En qué nivel de atención?, ¿Cuenta con los siguientes medicamentos dentro de su cuadro básico? y Señale el porcentaje de disponibilidad habitual.

Resultados: Respondieron la encuesta 92 reumatólogos. La distribución laboral fue: 39 (42%) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 22 (24%) de la Secretaría de Salud (SS), 19 (21%) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y 12 (13%) de otros. Por nivel de atención, 51 (55%) laboran en 2º nivel y 41 (45%) en 3º nivel. De forma global, señalan tener en su cuadro básico en 2º nivel: metotrexato (MTX) 47 (96%), leflunomida (LEF) 43 (84%), sulfasalazina (SSZ) 47 (92%), hidroxicloroquina (HCQ) 28 (54%), azatioprina (AZA) 48 (94%), micofenolato (MMF) 42 (82%), tacrolimus (TAC) 40 (78%), ciclofosfamida (CYC) 39 (76%), adalimumab (ADA) 44 (86%), etanercept (ETN) 42 (82%), golimumab (GOL) 37 (72%), certolizumab (CTZ) 40 (78%), tocilizumab (TCZ) 41 (80%), abatacept (ABT) 38 (74%), rituximab (RTX) 43 (84%), belimumab (BEL) 15 (30%), ustekinumab (UST) 14 (28%), secukinumab (SEC) 41 (80%), ixekizumab (IXE) 25,5 (50%), bimekizumab (BIM) 4 (4%), guselkumab (GUS) 3 (6%), baricitinib (BAR) 37 (72%), tofacitinib (TOF) 30 (58%), upadacitinib (UPA) 12 (24%), anifrolumab (ANI) 10 (20%), inmunoglobulina (IG) 41 (80%). En el cuadro básico en 3º nivel: MTX 37 (90%), LEF 34 (83%), SSZ 34 (83%), HCQ 25 (61%), AZA 33 (80%), MMF 34 (83%), TAC 32 (78%), CYC 32 (78%), ADA 35 (85%), ETN 31 (75%), GOL 28 (68%), CTZ 30 (73%), TCZ 30 (73%), ABT 30 (73%), RTX 33 (80%), BEL 18 (44%), UST 16 (39%), SEC 24 (58%), IXE 12 (30%), BIM 3 (7%), GUS 8 (20%), BAR 29 (71%), TOF 27 (66%), UPA 14 (34%), ANI 8 (20%), IG 34 (83%).

En la **Figura 1** se muestra el porcentaje de disponibilidad global de medicamentos (< 25%, 25-50%, 51-75%, > 75% y N/D, no disponible) de acuerdo con el nivel de atención. La disponibilidad general registrada por institución y nivel de atención se muestra en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Disponibilidad más frecuente por institución y nivel de atención. (CG023)

Disponibilidad	IMSS	SS	ISSSTE	Otros
	2º nivel/3º nivel	2º nivel/3º nivel	2º nivel/3º nivel	2º nivel/3º nivel
Global	25-50%/25-50%	< 25%/< 25%	25-50%/25-50%	25-50%/25-50%
MTX	> 75%/25-50%	> 75%/< 25%	> 75%/25-50%	25-50%/25-50%
LEF	51-75%/25-50%	< 25%/< 25%	> 75%/25-50%	25-50%/25-50%
SSZ	25-50%/25-50%	< 25%/25-50%	> 75%/25-50%	25-50%/25-50%
HCQ	51-75%/< 25%	25-50%/25-50%	51-75%/25-50%	< 25%/25-50%
AZA	> 75%/25-50%	51-75%/< 25%	25-50%/25-50%	25-50%/25-50%
MMF	51-75%/25-50%	25-50%/25-50%	25-50%/25-50%	< 25%/51-75%
TAC	25-50%/25-50%	< 25%/25-50%	25-50%/25-50%	< 25%/51-75%
CYC	< 25%/25-50%	< 25%/25-50%	25-50%/25-50%	< 25%/25-50%
ADA	51-75%/25-50%	< 25%/25-50%	> 75%/25-50%	25-50%/51-75%
ETN	25-50%/25-50%	< 25%/25-50%	> 75%/25-50%	25-50%/51-75%
GOL	> 75%/25-50%	< 25%/< 25%	> 75%/25-50%	25-50%/51-75%
CTZ	> 75%/25-50%	< 25%/< 25%	> 75%/25-50%	25-50%/51-75%
TCZ	> 75%/25-50%	< 25%/< 25%	25-50%/25-50%	25-50%/51-75%
ABT	> 75%/25-50%	< 25%/< 25%	> 75%/25-50%	< 25%/< 25%
RTX	25-50%/25-50%	< 25%/< 25%	25-50%/25-50%	25-50%/< 25%
BEL	< 25%/< 25%	< 25%/< 25%	< 25%/< 25%	25-50%/25-50%
UST	< 25%/< 25%	N/D/< 25%	25-50%/25-50%	< 25%/< 25%
SEC	51-75%/25-50%	< 25%/< 25%	25-50%/25-50%	< 25%/< 25%
IXE	25-50%/25-50%	< 25%/< 25%	25-50%/25-50%	< 25%/25-50%
BIM	< 25%/< 25%	N/D/< 25%	< 25%/< 25%	< 25%/< 25%

2. Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, *et al.* Tratado de reumatología expertconsult: en dos volúmenes. 10a ed. Elsevier; 2018.
3. Kronzer VL, Kimbrough BA, Crowson CS, *et al.* Incidence, prevalence, and mortality of dermatomyositis: a population-based cohort study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2023;75(2):348-55. <http://dx.doi.org/10.1002/acr.24799>.
4. Kim H. Juvenile dermatomyositis: updates in pathogenesis and biomarkers, current treatment, and emerging targeted therapies. *Paediatr Drugs*. 2025;27(1):57-72. <http://dx.doi.org/10.1007/s40272-024-00658-2>.
5. Bowerman K, Pearson DR, Okawa J, *et al.* Malignancy in dermatomyositis: a retrospective study of 201 patients seen at the University of Pennsylvania. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(1):117-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.061>.
6. Kanaoka M, Yamaguchi Y, Watanabe T, *et al.* Clinically amyopathic dermatomyositis with anti-transcriptional intermediary factor 1- γ autoantibody positivity. *Rheumatology (Oxford)*. 2020;59(1):e68-9. <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keaa112>.
7. Zhao X, Si S. Five genes as diagnostic biomarkers of dermatomyositis and their correlation with immune cell infiltration. *Front Immunol*. 2023;14:1053099. <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2023.1053099>.
8. Chen F, Wang J, Zhang P, *et al.* Interstitial lung disease in dermatomyositis without myositis-specific and myositis-associated autoantibodies: study of a series of 72 patients from a single cohort. *Front Immunol*. 2022;13:879266. <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2022.879266>.
9. Cobos GA, Femia A, Vleugels RA. Dermatomyositis: an update on diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2020;21(3):339-53. <http://dx.doi.org/10.1007/s40257-020-00502-6>.
10. Didona D, Juratli HA, Scarsella L, *et al.* The polymorphous spectrum of dermatomyositis: classic features, newly described skin lesions, and rare variants. *Eur J Dermatol*. 2020;30(3):229-42. <http://dx.doi.org/10.1684/ejd.2020.3761>.
11. McPherson M, Economidou S, Liampas A, *et al.* Management of MDA-5 antibody positive clinically amyopathic dermatomyositis associated interstitial lung disease: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum*. 2022;53:151959. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2022.151959>.
12. Traineau H, Aggarwal R, Monfort JB, *et al.* Treatment of calcinosis cutis in systemic sclerosis and dermatomyositis: a review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(2):317-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2019.07.006>.
13. Kim HJ, Werth VP. Updates in dermatomyositis: newer treatment options and outcome measures from dermatologic perspectives. *Ann Dermatol*. 2024;36(5):257-65. <http://dx.doi.org/10.5021/ad.24.022>.
14. Sevím E, Kobrin D, Casal-Domínguez M, *et al.* A comprehensive review of dermatomyositis treatments - from rediscovered classics to promising horizons. *Expert Rev Clin Immunol*. 2024;20(2):197-209. <http://dx.doi.org/10.1080/1744666X.2023.2270737>.
15. Paik JJ, Casciola-Rosen L, Shin JY, *et al.* Study of tofacitinib in refractory dermatomyositis: an open-label pilot study of ten patients. *Arthritis Rheumatol*. 2021;73(5):858-65. <http://dx.doi.org/10.1002/art.41602>.
16. Paik JJ, Lubin G, Gromatzky A, *et al.* Use of Janus kinase inhibitors in dermatomyositis: a systematic literature review. *Clin Exp Rheumatol*. 2023;41(2):348-58. <http://dx.doi.org/10.55563/clinexprheumatol/hxin60>.
17. Gamba A, Depascale R, Zanatta E, *et al.* Effectiveness and safety of low dose Rituximab as remission-maintenance treatment for patients with refractory idiopathic inflammatory myopathies: results of a retrospective study from a monocentric cohort. *Clin Rheumatol*. 2024;43(10):3167-74. <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-024-07079-z>.
18. García-Hernández FJ, Chinchilla-Palomares E, Castillo-Palma MJ, *et al.* Evaluación de la eficacia del tratamiento con rituximab asociada a ciclofosfamida en pacientes con miopatía inflamatoria idiopática refractaria. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(6):256-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2009.12.022>.
19. Moghadam-Kia S, Oddis CV, Aggarwal R. Modern therapies for idiopathic inflammatory myopathies (IIMs): role of biologics. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2017;52(1):81-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s12016-016-8530-2>.
20. Majmudar S, Hall HA, Zimmermann B. Treatment of adult inflammatory myositis with rituximab: an emerging therapy for refractory patients. *J Clin Rheumatol*. 2009;15(7):338-40. <http://dx.doi.org/10.1097/RHU.0b013e3181bb8e70>.
21. Basnayake C, Cash K, Blumbergs P, *et al.* Use of rituximab in histologically confirmed idiopathic inflammatory myositis: a case series. *Clin Rheumatol*. 2015;34(2):371-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-013-2449-2>.
22. Rojas L, Ramsubeik K, Sánchez-Ramos L. Rituximab treatment in adult patients with idiopathic inflammatory myositis: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Rheumatol*, January 2025. <http://dx.doi.org/10.1097/RHU.0000000000002151>.

CG025

ALTERACIONES DE LA MECÁNICA VASCULAR EN ARTRITIS REUMATOIDE EN COMPARACIÓN A CONTROLES

A.L. Hernández-Orozco, L.R. Rodríguez-Santillán, S. Luna, D.R. Campos-Pedroza, T.Y. Villa-Olivares, D. Cardona-Müller, S.E. Totsuka-Sutro, E.G. Cardona-Muñoz, C.J. López-Gradilla, C.G. Ramos-Becerra, F. Grover-Páez, S. Pascoe-González, L. González-López, J.I. Gámez-Nava
Departamento de Fisiología, CUCS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se relaciona con un incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV), que constituyen la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. El riesgo para sufrir ECV en AR es de 1,5 a 4 veces mayor que en la población general y, entre los factores patogénicos, figura la inflamación crónica que acelera la aterosclerosis y favorece la rigidez arterial. La rigidez arterial se define como la pérdida de elasticidad y capacidad de distensión vascular; éstos son componentes mayores de la mecánica vascular y constituyen un marcador temprano e independiente de riesgo cardiovascular. La velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral (VOPcf) es el estándar de oro para evaluarla.

Objetivo: Comparar las alteraciones de la mecánica vascular entre pacientes con artritis reumatoide y controles.

Material y métodos: Es un estudio transversal analítico que incluyó a 25 pacientes con AR según el criterio del Colegio Americano de Reumatología y 20 controles sin enfermedades autoinmunes, mayores de 18 años. Se realizó historia clínica y exploración física para identificar factores de riesgo cardiovascular. Los parámetros de la mecánica vascular se evaluaron con ecógrafo (MyLabX1); para identificar el grosor de la túnica media se empleó radiofrecuencia; y el sistema de tonometría de aplanamiento para el análisis de onda de pulso (SphygmoCor) para obtener la velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral (VOPcf) en metros por segundo (m/s).

Resultados: Se estudió a 25 pacientes con AR y 20 controles. Ambos grupos fueron predominantemente mujeres (92% vs. 90%, $p = 1,00$). Los sujetos con AR presentaron mayor edad ($55,5 \pm 12$ vs. $48,5 \pm 7,9$ años, $p = 0,02$), ambos con un índice de masa corporal (IMC) similar ($28,2 \pm 5,1$ vs. $26,9 \pm 3,4$ kg/m², $p = 0,37$). El índice de aumentación fue significativamente más alto en el grupo con AR ($0,33 \pm 0,10$ vs. $0,14 \pm 0,13$, $p < 0,001$), al igual que la VOPcf ($7,4 \pm 2$ vs. $6,2 \pm 1$ m/s, $p = 0,01$). En pacientes con artritis reumatoide se observó una correlación moderada entre la VOPcf con el deterioro en la escala visual análoga de actividad ($r = -0,493$, $p = 0,012$), y con el rendimiento físico y la VOPcf ajustada por edad ($r = 5,20$ m, $p = 0,02$). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características generales y clínicas de los pacientes con AR y controles. (CG025)

Variable	AR n = 25	Controles n = 20	p
Edad, media $\pm$ DE	55,5 $\pm$ 12	48,5 $\pm$ 7,9	0,02
Sexo femenino, n (%)	92%, n = 23	90%, n = 18	1,00
IMC, media $\pm$ DE	28,2 $\pm$ 5,1	26,9 $\pm$ 3,4	0,367
VOPcf media $\pm$ DE	7,4 $\pm$ 2	6,2 $\pm$ 1	0,01
Índice de aumentación vascular media $\pm$ DE	0,33 $\pm$ 0,10	0,14 $\pm$ 0,13	0,001

IMC, índice de masa corporal; VOPcf, velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral. Las variables cuantitativas expresadas en media $\pm$ DE se compararon con t de Student; las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes, y se compararon con ji cuadrada. Valor estadístico $p < 0,05$.

Conclusiones: Los pacientes con AR tienen incrementadas las alteraciones de la mecánica vascular con respecto a la población general. En particular la rigidez arterial es significativamente mayor y se vincula con el futuro desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Son necesarias la detección temprana, las formas de tratamiento y el seguimiento de la rigidez arterial en AR para mejorar su pronóstico cardiovascular.

Bibliografía

- Ambrosino P, Tasso M, Lupoli R, *et al.* Non-invasive assessment of arterial stiffness in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis of literature studies. *Ann Med.* 2015;47(6):457-67.
- Wang P, Huang L, Xu Q, *et al.* Assessment of aortic stiffness in patients with rheumatoid arthritis using pulse wave velocity: an update meta-analysis. *Arch Med Res.* 2019;50(7):401-12.

CG026

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A BAJA MASA MUSCULAR APENDICULAR EN ARTRITIS REUMATOIDE Y CONTROLES

J.I. Gámez Nava¹, D.D.R. Campos Pedroza¹, S. Luna¹, A.L. Hernández Orozco¹, E.M. Olivas Flores², H. Jacobo Cuevas¹, J.M. Ponce Guarneros¹, N.A. Rodríguez Jiménez¹, F. González Ponce¹, E.E. Gómez Ramírez¹, M. Ramírez Villafana¹, S. Totsuka Sutto³, G.E. Cardona Muñoz², L. González López¹

⁽¹⁾CUCS, ⁽²⁾Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, I.M.S.S. Guadalajara, Jalisco, ⁽³⁾Instituto de Terapéutica Experimental y Clínica (INTEC), Departamento de Fisiología, CUCS, UDG

Introducción: La baja masa muscular esquelética (miopenia) se presenta en artritis reumatoide (AR) en una frecuencia de 20 a 43% de los pacientes; esta baja masa muscular se caracteriza por cambios significativos de la fuerza, función física y alteraciones del desempeño de la vida diaria. En México, pocos estudios se han conducido para evaluar la baja masa muscular en mujeres con AR, mediante métodos validados; más aún, no se conocen del todo los factores desencadenantes de esta miopenia.

Objetivo: Identificar y comparar la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con baja masa muscular en pacientes con AR y controles.

Material y métodos: Tipo de estudio: transversal analítico que incluyó a pacientes femeninas mayores de 18 años con AR según criterios del ACR 1987; se evaluó a los controles con un cuestionario estructurado, que incluía características epidemiológicas, comorbilidades, desarrollo de la enfermedad y tratamientos. En pacientes con AR se determinó la actividad de la enfermedad (DAS28), VSG y funcionalidad (HAQ-di). La masa muscular esquelética se determinó a través de absorciometría dual de rayos X (DXA) con un densitómetro iDXA GE LUNAR (software versión 16.0, Madison, WI, USA). La masa muscular se calculó tras identificar la masa magra de brazos y piernas y se obtuvo el índice musculoesquelético (SMI) de acuerdo con la siguiente fórmula (brazos + piernas/peso²) que corresponde a SMI bajo < 5,5 kg/m² de masa muscular y considerado normal un SMI > 5,5 kg/m²

Análisis estadístico. Se realizaron comparaciones entre proporciones por medio de ji cuadrada y comparaciones entre promedios mediante t de Student; un valor de p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se evaluó a 153 pacientes con AR y 98 controles (Tabla 1). Se encontró una mayor prevalencia de baja masa muscular esquelética en los pacientes con AR de 48,4% comparados con 18,4% en los controles: p < 0,001. Entre los pacientes con AR que tenían IMC bajo o normal, el 70,3% presentó baja masa muscular en comparación con 17,7% con masa muscular normal (p < 0,001). Hay una menor proporción de pacientes con masa muscular baja que usa glucocorticoides en un 75,7% respecto de una masa muscular normal en el 87,3% de los pacientes (p < 0,062). La masa muscular total se correlacionó significativamente con la fuerza prensil (r = 0,18, p = 0,032). No hubo diferencia en edad entre AR y control (p = 0,8), ni en uso de alcohol, tabaquismo, menopausia, osteoporosis, actividad de la enfermedad o tratamientos utilizados.

Tabla 1. Comparación de variables relacionadas con baja masa muscular esquelética en AR. (CG026)

Variable	AR con baja masa muscular (n = 153)	AR con masa muscular normal (n = 98)	p
Edad, media ± DE	58,3 ± 8	59,2 ± 11	0,61
IMC bajo/normal, n (%)	52 (70,3%)	14 (17,7%)	< 0,001
Tabaquismo, n (%)	8 (10,8%)	6 (7,6%)	0,49
Menopausia, n (%)	63 (85,1%)	68 (86,1%)	0,87
Alcoholismo, n (%)	5 (6,8%)	8 (10,1%)	0,46
Actividad de la enfermedad (DAS28 ≥ 3,2), n (%)	55 (74,3%)	61 (77,2%)	0,68
Osteopenia/osteoporosis, n (%)	65 (87,8%)	66 (83,5%)	0,45
FARME, n (%)	72 (97,3%)	78 (98,7%)	0,52
Glucocorticoides, n (%)	56 (75,7%)	69 (87,3%)	0,06
Biológicos, n (%)	12 (16,4%)	9 (11,4%)	0,51
FR (UI/mL), media ± DE	46,2 ± 212,8	23,8 ± 152,3	0,63
VSG (mm/h), media ± DE	0,49 ± 0,50	0,56 ± 0,50	0,87
HAQ-DI, media ± DE	0,62 ± 0,49	0,68 ± 0,47	0,42

IMC, índice de masa corporal; DAS28-VSG, *Disease Activity Score-28-VSG*; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; FR, factor reumatoide; VSG, velocidad de sedimentación globular; HAQ-DI, cuestionario de evaluación de la salud-índice de discapacidad.

Las variables cuantitativas expresadas en media ± DE se compararon con t de Student; las variables cualitativas expresadas en frecuencias y porcentajes se compararon con ji cuadrada. Valor estadístico p < 0,05.

Conclusiones: La prevalencia de baja masa muscular en pacientes con AR es muy alta; con frecuencia esta baja masa muscular se relaciona con una mayor pérdida funcional muscular, por lo que debe identificarse tempranamente y tratada para evitar las complicaciones adjuntas.

Bibliografía

González-Ponce F, Gámez-Nava JI, Gómez-Ramírez EE, *et al.* Myostatin levels and the risk of myopenia and rheumatoid cachexia in women with rheumatoid arthritis. *J Immunol Res.* 2022;2022:1-10.

CG027

ASOCIACIÓN DE LA PROTEÍNA STAT4 CON MARCADORES BIOLÓGICOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. Landeros-Sáenz, K.M. Bravo-Villagra, A. López-Quintero, G.E. Martínez-Bonilla, J.F. Uribe-Martínez

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta al 1,6% de la población en México. Se caracteriza por inflamación de la membrana sinovial y provoca dolor y limitación funcional. La obesidad, un estado con implicaciones globales se relaciona con el desarrollo de enfermedades como la AR, debido a su influencia en la inflamación a través del tejido adiposo. La proteína STAT4, mediadora clave en procesos inflamatorios y autoinmunes, tiene una función fundamental en la AR, pero la relación entre el estado nutricional y su activación sigue sin comprenderse por completo.

Objetivo: Determinar la relación de la expresión de la proteína fosforilada de STAT4 y el estado nutricional de pacientes con artritis reumatoide. Identificar los marcadores inflamatorios y variables clínicas en pacientes con artritis reumatoide. Clasificar a los pacientes de acuerdo con su estado nutricional. Identificar biomarcadores relevantes que puedan correlacionarse con el estado nutricional de los pacientes con AR. Identificar la presencia de STAT4 fosforilada en pacientes con artritis reumatoide.

Correlacionar el estado nutricional por IMC y mini-ECCA, la actividad de la enfermedad por DAS28 con la expresión de STAT4 en pacientes con AR en la población del occidente de México.

Material y métodos: Es un estudio transversal analítico y correlacional realizado en pacientes del servicio de reumatología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde de noviembre de 2023 a julio de 2024. Se incluyó a 63 pacientes, clasificados con AR según los criterios de ACR/EULAR 2010. Se evaluaron variables clínicas, el índice de masa corporal (IMC), medidas antropométricas, la calidad de la dieta y la proteína fosforilada STAT4 (realizado en el Centro de Ciencias de la Salud). **Resultados:** La muestra consistió en 57 mujeres (90,5%) y 6 hombres (9,5%), con una mediana de edad de 50 años (21-68). Un 68,25% de los pacientes presentó sobrepeso u obesidad. Se observó que el 79% de estos pacientes tenían una dieta no saludable. Los análisis mostraron que el 57% de los individuos era seropositivo para factor reumatoide y que el 42% mostraba actividad moderada o alta de la enfermedad. Los pacientes con sobrepeso u obesidad mostraron valores significativamente más altos de glucosa sérica ($p = 0,01$) en comparación con los pacientes con normopeso. Tras determinarse la expresión de la proteína STAT4 no se encontró una relación significativa entre la expresión de STAT4 fosforilada y su estado nutricional (IMC, medidas antropométricas, bioimpedancia eléctrica o tipo de dieta) en los pacientes con AR (Tabla 1).

Tabla 1. Proteínas STAT4 fosforiladas en pacientes con artritis reumatoide. (CG027)

Variable	Ausencia STAT4-p	Presencia STAT4-p	OR	IC95%	p
Normopeso	2 (10)	18 (90)	Referencia		0,661
Sobrepeso/obesidad*	3 (7)	40 (93)	1,565	0,211-11,635	
DAS28 VSG < 3,2	1 (20)	31 (53,4)	Referencia		0,190
DAS28 VSG > 3,2	4 (80)	27 (46,6)	0,221	0,023-2,113	
FR seronegativo	1 (20)	51 (87,9)	Referencia		0,547
FR seropositivo	4 (80)	7 (12,2)	0,463	0,038-5,656	

*Prueba ji cuadrada; frecuencias y porcentajes.

Conclusiones: Este estudio no encontró una relación entre la expresión de la proteína fosforilada STAT4 y el estado nutricional en pacientes con AR. Los resultados sugieren que factores adicionales, no abordados, podrían intervenir en la activación de STAT4 en la AR.

Bibliografía

- Bravo-Villagra KM, Muñoz-Valle JF, Baños-Hernández CJ, *et al.* STAT4 Gene variant rs7574865 is associated with rheumatoid arthritis activity and anti-CCP levels in the western but not in the southern population of Mexico. *Genes (Basel)*. 2024;15(2):241.
- Malemud CJ. The role of the JAK/STAT signal pathway in rheumatoid arthritis. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2018;10(5-6):117-127.

CG028

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DE PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN

D. Deossa-Piedrahita, I. Avilés-Lizárraga, V. González-Díaz, G.E. Martínez-Bonilla, M.E. Ventura-Valenzuela, J. Uribe-Martínez, S. Cerpa-Cruz, A.C. Macías-Martínez, A.K. Del Ángel-Aranda, C.A. Trujillo-Hernández, J.L. Sánchez-Reynoso

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La enfermedad de Sjögren (ES) es un trastorno autoinmune sistémico caracterizado principalmente por la disfunción de las glándulas exocrinas. La prevalencia calculada es de 0,3 a 1 por cada 1000 personas, con predominio femenino (relación mujer:hombre de 9:1) e incidencia máxima alrededor de los 50 años. Las características clínicas

típicas del síndrome de Sjögren son queratoconjuntivitis seca, xerostomía, además de tumefacción de las glándulas parótidas. Hasta un 30 a 40% de los pacientes puede presentar síntomas extraglandulares como fatiga, fenómeno de Raynaud, poliartralgia/artritis, enfermedad pulmonar intersticial (EPI), neuropatía y púrpura. Los datos más recientes indican que la prevalencia de EPI en pacientes con ES primario oscila entre 9% y 35%. La prevalencia EPI en pacientes con SS en México no se ha caracterizado en las publicaciones médicas revisadas, sin datos epidemiológicos nacionales.

Objetivo: Determinar la prevalencia y las características clínicas relacionadas con enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con síndrome de Sjögren primario o secundario.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de síndrome de Sjögren primario o secundario (ACR/EULAR 2016), atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara entre febrero de 2024 y julio de 2025. Se recabaron resultados de biopsias de glándula salival menor, complemento, valores de PCR, VSG, positividad para anti-RO, LA, ANA, tomografía de alta resolución. Se incluyeron otras variables como género, presencia de otro padecimiento inmune y manifestaciones clínicas.

Las variables cuantitativas se expresaron como medias y desviación estándar (DS). Se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, la comparación de los grupos se realizó con ji cuadrada o Fisher para variables categóricas y t de Student para variables continuas con distribución normal, así como U de Mann-Whitney para variables de distribución libre. Se usó el software jamovi versión 2.6.2.

Resultados: Se incluyó a un total de 52 pacientes, todos del género femenino, con un promedio de edad de 57 años ($DE \pm 11,1$). Un 15,3% de los pacientes se diagnosticó con EPI, de los cuales el 75% mostró síntomas secos y musculoesqueléticos. El patrón tomográfico más común fue neumonía intersticial no específica (NINE) en el 75% de los casos, seguido de neumonía linfocítica con 25%. Respecto de las características de laboratorio de este grupo de pacientes, el 75% registró positividad para anti-Ro y ninguno para anti-La. La media de los valores de VSG y PCR fue de 23,4 mg/dL y 0,35 mg/dL, respectivamente. La afección relacionada más frecuente fue la osteoporosis.

Conclusiones: En este estudio, la prevalencia de EPI en pacientes con enfermedad de Sjögren fue del 15,3%, similar a lo encontrado en las publicaciones médicas; la EPI más común fue NINE y la mayoría de los casos se vinculó con síntomas secos y musculoesqueléticos.

Bibliografía

- Marlette X y Criswell LA. Primary Sjögren's syndrome. *New England Journal of Medicine*. 2018;378(10):931-939.
- La Rocca G, Ferro F, Sambataro G, *et al.* Interstitial lung disease phenotypes and predictive risk factors in primary Sjögren's syndrome. *Journal of Clinical Medicine*. 2024.

CG029

SALUD SEXUAL, IMAGEN CORPORAL Y COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN PERSONAS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS: ESTUDIO TRANSVERSAL

J.P. González-Morales, J.A. Álvarez-Meza, G. García-Arellano, J.L. Guerrero-Rodríguez, F. Alexandra-Medina, H. Moreno-Dávila, M.E. Corral-Trujillo, M.A. Villarreal-Alarcón, J.A. Cárdenas-De la Garza, DA. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La disfunción sexual y la insatisfacción corporal son aspectos que afectan negativamente la calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumatológicas; se trata de dimensiones subestimadas y escasamente exploradas en la práctica clínica cotidiana.

Objetivo: Evaluar la disfunción sexual e insatisfacción corporal en pacientes con enfermedades reumatológicas y la comunicación que tienen sobre dichos temas con su reumatólogo.

Material y métodos: Se condujo un estudio transversal en adultos (≥ 18 años) con diagnóstico confirmado de artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), fibromialgia, osteoartritis (OA) y otras enfermedades reumatológicas que acudieron a la consulta ambulatoria de reumatología del Hospital Universitario en Monterrey, Nuevo León. Se aplicaron los cuestionarios *Arizona Sexual Experiences Scale* (ASEX; ≥ 19 puntos) para la evaluación de disfunción sexual; la versión corta del *Body Shape Questionnaire* (BSQ-8) para la valoración de insatisfacción con la imagen corporal; y una selección de reactivos del *Sexual Health Evaluation Patient Survey* (SHEPS) para la comunicación médico-paciente. Se obtuvieron datos clínicos y sociodemográficos de los expedientes médicos. En el análisis estadístico se emplearon pruebas no paramétricas y la correlación de Spearman para explorar relaciones. Se estratificaron los resultados por diagnóstico.

Resultados: Se incluyó a 304 pacientes; el 94,1% correspondió a mujeres, con una edad media de $48,6 \pm 15,4$ años. Los diagnósticos más frecuentes fueron: artritis reumatoide ($n = 130$, 42,8%), lupus eritematoso sistémico ($n = 65$, 21,4%), fibromialgia ($n = 20$, 6,6%), osteoartritis ($n = 20$, 6,6%), otras ($n = 69$, 22,6%), como esclerosis sistémica ($n = 9$, 3,0%), dermatomiositis ($n = 14$, 4,6%), enfermedad mixta del tejido conjuntivo ($n = 2$, 0,7%), espondiloartritis ($n = 6$, 2,0%), artritis psoriásica ($n = 3$, 1,0%), gota ($n = 3$, 1,0%), osteoporosis ($n = 9$, 3,0%), síndrome de Sjögren ($n = 8$, 2,6%), síndrome antisintetasa ($n = 2$, 0,7%), síndrome de antifosfolípidos ($n = 2$, 0,7%), uveítis ($n = 1$, 0,3%), vasculitis ($n = 2$, 0,7%) y psoriasis ($n = 1$, 0,3%). El 53,6% señaló ser sexualmente activos, pero sólo el 15,5% había hablado sobre su salud sexual con su reumatólogo. La disfunción sexual se presentó en el 57,2% de los participantes. La mediana de la puntuación BSQ-8 fue de 14,00 (RIC, 10,00-21,00), lo que ubica a la población dentro del espectro de ausencia o leve preocupación corporal (Tabla 1). Se detectó una relación significativa entre la edad y la disfunción sexual ($p < 0,001$); las mujeres con disfunción sexual tienen una edad promedio de $52,05 \pm 15,9$ años y aquellas sin disfunción de $44,08 \pm 13,5$ años. Más de la mitad de los pacientes están dispuestos a hablar sobre sexualidad y las puntuaciones de BSQ-8 se correlacionaron positivamente con las respuestas afirmativas en SHEPS ($\rho = 0,218$; $p < 0,001$) y negativamente con las respuestas negativas ($\rho = -0,218$; $p < 0,001$). La insatisfacción corporal es mayor a menor edad y se observó una correlación negativa pero significativa entre BSQ-8 y edad ($\rho = -0,22$; $p = 0,001$).

Tabla 1. Prevalencia de la disfunción sexual y puntuaciones en la escala BSQ-8 de acuerdo con los diagnósticos más frecuentes en pacientes con enfermedades reumatológicas. (CG029)

Diagnóstico	n	Disfunción sexual, n (%)	BSQ-8, mediana (RIC)
Fibromialgia	20	11 (55,0)	17,0 (8,75-29,25)
Artritis reumatoide	130	79 (60,70)	13,0 (10-21)
Lupus eritematoso sistémico	65	32 (49,20)	16,0 (12-23)
Osteoartritis	20	15 (75,0)	12,0 (9,75-20,25)

n, número de pacientes; RIC, rango intercuartílico, BSQ-8, *Body Shape Questionnaire*. La disfunción sexual se representa como frecuencia absoluta y porcentaje. Las puntuaciones de BSQ-8 se expresan como mediana.

Conclusiones: La disfunción sexual y la insatisfacción corporal son altamente prevalentes en pacientes con enfermedades reumatológicas, sobre todo en aquellos con osteoartritis y artritis reumatoide. Sin embargo, aún es un aspecto poco abordado en la práctica clínica. Las correlaciones observadas destacan la importancia de integrar la evaluación de la salud sexual y de la imagen corporal en la atención reumatológica, con el fin de mejorar el bienestar general y una atención más integral.

Bibliografía

Minopoulou I, Pyrgidis N, Tishukov M, *et al.* Sexual dysfunction in women with systemic autoimmune rheumatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2023;62(3):1021-1030.

CG030

RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON GOTA ESTIMADO MEDIANTE QRISK 3: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

A.K. Del Ángel Aranda¹, C.A. Trujillo Hernández², D.A. Castro Bernabé², J.L. Sánchez Reynoso¹, D. Deossa Piedrahita¹, A.C. Macías Martínez¹, S. Cerpa Cruz¹

⁽¹⁾Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾ISSSTE

Introducción: La gota es una artritis inflamatoria por depósito de cristales de urato monosódico en articulaciones y tejidos, que causa brotes recurrentes y daño tisular. Es la artritis inflamatoria más frecuente, con prevalencia mundial de 1 a 6,8%. Los pacientes con gota tienen mayor incidencia de episodios cardiovasculares, vinculados con hiperuricemia, inflamación y factores de riesgo comunes. En consecuencia, la evaluación y la atención integral son fundamentales.

Objetivo: Determinar la proporción de pacientes con gota que tienen alto riesgo cardiovascular a 10 años según la calculadora QRISK®3-2018, y analizar los factores clínicos y metabólicos adjuntos.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal mediante revisión retrospectiva de expedientes de pacientes con gota en el servicio de reumatología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde atendidos en el último año. Se incluyó a adultos (≥ 18 años) y se calculó el riesgo cardiovascular con el QRISK®3-2018, sin incluir a quienes tenían enfermedad cardiovascular establecida. Las variables se describieron con estadística descriptiva según su distribución y se compararon mediante ANOVA/Kruskal-Wallis. Los factores relacionados con el riesgo se evaluaron con regresión logística ajustada por variables clínicas relevantes. Se consideró significancia con $p < 0,05$ y se utilizó SPSS v28.0.

Resultados: Se incluyó a 68 pacientes con gota sin antecedente de enfermedad cardiovascular. La media de edad fue de 56 años ($DE \pm 12$), con predominio de hombres. La distribución del riesgo cardiovascular se determinó mediante QRISK fue: leve 28 (41,2%), moderado 26 (38,2%) y alto 13 (19,1%). El modelo de regresión logística se realizó con los pacientes con información completa en todas las variables de ajuste ($n = 60$). Ocho casos se excluyeron por datos faltantes. Al comparar por categorías de riesgo, los pacientes en el grupo de alto riesgo fueron de mayor edad y presentaron un IMC más alto en comparación con los grupos de riesgo leve y moderado. No se observaron diferencias significativas en valores séricos de ácido úrico, perfil lipídico o años de la enfermedad. La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial fue mayor en el grupo de alto riesgo, aunque sin alcanzar significancia estadística. En el análisis de regresión logística, la edad ($OR\ 1,17$; $IC95\%,\ 1,09-1,26$; $p < 0,001$) y el índice de masa corporal ($OR\ 1,14$; $IC95\%,\ 1,02-1,28$; $p = 0,025$) se vincularon de manera independiente con un mayor riesgo cardiovascular (moderado o alto frente a categorías inferiores). El sexo masculino también mostró relación ($OR\ 18,7$; $IC95\%,\ 1,26-275,9$; $p = 0,033$). La diabetes, la hipertensión y los valores de ácido úrico no demostraron relación.

Conclusiones: Los pacientes con gota poseen un alto riesgo cardiovascular, y la edad y el índice de masa corporal son los principales factores relacionados. Esto subraya la necesidad de una evaluación sistemática del riesgo cardiovascular y de intervenciones dirigidas al control de peso y factores modificables en esta población.

Bibliografía

- FitzGerald JD, Gout. *Ann Intern Med*. 2025;178(3):ITC33-ITC48. doi: 10.7326/ANNALS-24-03951. Epub 2025 Mar 11. PMID: 40063960.
- Drivelegka P, Jacobsson LTH, Lindström U, *et al.* Incident gout and risk of first-time acute coronary syndrome: a prospective, population-based cohort study in Sweden. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2023;75(6):1292-1299. doi: 10.1002/acr.25018. Epub 2022. PMID: 36094855.
- Lee DY, Moon JS, Jung I, *et al.* Risk acceleration by gout on major adverse cardiovascular events and all-cause death in patients with diabetes and chronic kidney disease. *Diabetes Obes Metab*. 2025;27(3):1554-1563. doi: 10.1111/dom.16165. Epub 2025 Jan 2. PMID: 39748223.

CG031

PERFILES DE CÉLULAS INMUNITARIAS Y FIRMAS TRANSCRIPTÓMICAS DE ATROSCLOSIS EN EL LUPUS ERMATOSO SISTÉMICO

D. Rodríguez-Garibay, R. Martínez-Canales, B.R. Ávalos-García, E.A. Galindo-Calvillo, A.M. Ortiz-Ríos, T. Quintanilla-Castillo, M.C. Salinas-Carmona, N. Macías-Segura, L. Pérez-Barbosa, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, C.M. Skinner-Taylor

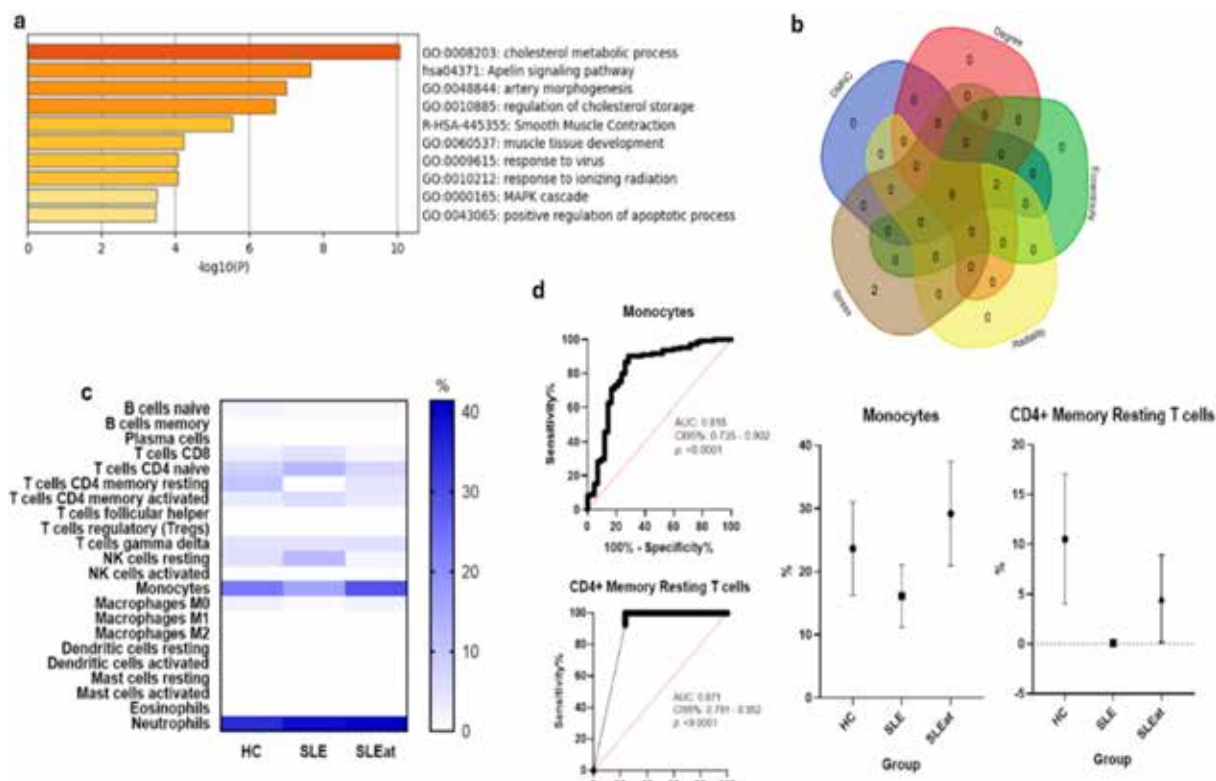
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) aumenta significativamente el riesgo de aterosclerosis prematura y contribuye a la morbilidad y mortalidad a largo plazo. Los factores de riesgo cardiovascular habituales no explican completamente este fenómeno. Se propone que la lesión endotelial de origen inmunológico es un mecanismo clave.

Objetivo: Integrar datos transcriptómicos de perfiles celulares inmunitarios para identificar firmas moleculares y celulares relacionadas con la aterosclerosis subclínica en el LES.

Material y métodos: Los conjuntos transcriptómicos GSE154851 y GSE110174 se obtuvieron del *Gene Expression Omnibus*. GSE154851 incluye a pacientes con aumento del grosor íntima-media carotídeo (GIMc), mientras que GSE110174 incluye a pacientes con LES sin GIMc y controles sanos. Se realizó un análisis de enriquecimiento del conjunto de genes (AECG) para identificar genes vinculados con la aterosclerosis coronaria. Las redes de interacción proteína-proteína (IPP) se analizaron con Cytoscape y se identificaron los genes hub (HGs) mediante cinco algoritmos de centralidad. Las fracciones de células inmunitarias (22 tipos) se determinaron mediante CIBERSORTx. Se utilizó un ANOVA de dos vías con corrección FDR para comparar las poblaciones celulares entre los grupos, y la regresión logística evaluó las relaciones con el estado del GIMc.

Figura 1. (CG031)



Resultados: Diecinueve genes mostraron un enriquecimiento significativo en el fenotipo de aterosclerosis, entre ellos ACTA2, ABCA1, MYH11, APOB, PCSK9, PPARG, TGFB1 y SMAD3 (Figura 1). El perfil celular inmunitario reveló diferencias significativas en linfocitos T CD8+, subgrupos CD4+ vírgenes y de memoria, linfocitos NK, monocitos, macrófagos M0 y neutrófilos. Los linfocitos T CD8+, los linfocitos T CD4+ vírgenes y los linfocitos NK en reposo se relacionaron negativamente con el GIMc, mientras que los linfocitos T CD4+ de memoria en reposo, los monocitos y los macrófagos M0 mostraron relaciones positivas ($p < 0,001$ en todos los casos) (Figura 1). La precisión diagnóstica se vio respaldada por el análisis de la curva ROC, que destacó a los monocitos y los linfocitos T CD4+ de memoria como posibles biomarcadores (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis de regresión logística de los tipos de células inmunes relacionados con la aterosclerosis vinculada con el LES. (CG031)

Tipo de célula	OR	IC95%	Valor p
Células T CD8+	0,72	0,62-0,85	< 0,001
Células T CD4+ Inexperto	0,81	0,74-0,89	< 0,001
Células T de memoria en reposo CD4+	4,81	2,48-9,35	< 0,001
Células T activadas por memoria CD4+	0,36	0,25-0,51	< 0,001
Células NK en reposo	0,27	0,14-0,50	< 0,01
Monocitos	1,41	1,26-1,58	< 0,001
Macrófagos M0	2,71	1,87-3,91	< 0,001

Los odds ratios (OR), los intervalos de confianza (IC95%) y los valores p indican la fuerza de la relación entre los subconjuntos de células inmunes y la presencia de un mayor espesor de la íntima-media carotídea (GIMc) en pacientes con LES, en relación con aquellos sin GIMc.

Conclusiones: Se identificaron perfiles de células inmunitarias relacionados con la aterosclerosis, incluidas las relaciones positivas con los siguientes subgrupos celulares: monocitos, linfocitos T de memoria CD4+ en reposo y macrófagos M0, mientras que las células como los linfocitos T CD8+ y las células NK en reposo se relacionaron negativamente. Estas firmas celulares inmunitarias indican una vía específica por la cual se produce la aterosclerosis relacionada con el LES, a través de una vía inmunopatógena. Estos resultados subrayan el valor de los enfoques personalizados en el tratamiento del riesgo cardiovascular en pacientes con LES y justifican la investigación para su validación en cohortes más amplias.

Bibliografía

1. Bartoloni E, Alunno A, Gerli R. Riesgo de enfermedad cardiovascular en lupus eritematoso sistémico y el papel de factores tradicionales y no tradicionales. *Front Med.* 2022;9:847635.
2. Gkrouzman E, Costenbader KH, Gladman DD. Enfermedad cardiovascular en lupus eritematoso sistémico: riesgo, prevención y manejo. *Rheum Dis Clin North Am.* 2021;47(3):401-16.

CG032

MANEJO PERSONALIZADO EN PACIENTES EMBARAZADAS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES GUIADA POR CALCULADORA BASADA EN BIOMARCADORES

B.R. Ávalos-García, N. Macías-Segura, R. Martínez-Canales, D. Rodríguez-Garibay, O.J. García-Torres, E.A. Galindo-Calvillo, A.M. Ortiz-Ríos, S.F. Muñoz-Moreno, M.C. Salinas-Carmona, J.A. Cárdenas-De la Garza, L. Pérez-Barbosa, D.A. Galarza-Delgado, C.M. Skinner-Taylor
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las decisiones terapéuticas durante el embarazo en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA), como el lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome antifosfolípido (SAF), la artritis reumatoide (AR) y el síndrome de Sjögren, requieren un enfoque personalizado, debido a los perfiles de riesgo heterogéneos y la complejidad de las interacciones patológicas durante la gestación. La integración de la evidencia mediante metaanálisis permite optimizar la selección terapéutica y mejorar los desenlaces materno-fetales en este grupo de pacientes.

Objetivo: Desarrollar y aplicar un algoritmo de recomendación terapéutica para uso médico basado en un metaanálisis integral.

Material y métodos: Con uso de las pautas PRISMA se llevó a cabo una revisión sistemática y un metaanálisis para identificar relaciones terapéuticas basadas en evidencia entre distintas ERA. Los biomarcadores claves se trazaron en respuesta al tratamiento, incluidos anticoagulante lúpico (AL), anti-β2GP1, anticardiolipina, anti-SSA/Ro, anti-dsDNA, los componentes del complemento (C3/C4, sC5b-9), NLR, el índice de actividad de la enfermedad, las pérdidas gestacionales previas o la trombosis. Se asignaron umbrales de intervención y se construyó una matriz de decisiones que relaciona perfiles de riesgo basados en biomarcadores con estrategias farmacológicas y no farmacológicas, tales como hidroxcloroquina (HCQ),

ácido acetilsalicílico (AAS), heparina de bajo peso molecular (HBPM), corticosteroides e inmunosupresores.

Resultados: La calculadora integra nueve indicaciones terapéuticas centrales basadas en biomarcadores. Por ejemplo, la presencia de AL y títulos elevados de anticuerpos antifosfolípidos indicó el uso de HBPM+AAS (OR: 1,29 para reducción de resultados adversos del embarazo); y anti-Ro positivo activó la indicación de HCQ para prevenir bloqueo AV fetal (reducción de riesgo de 18% a 7,5%). El lupus activo (SLEDAI > 4 o hipocomplementemia) indica el uso de corticosteroides y azatioprina; los valores elevados de NLR o quemerina sirvieron como marcadores inflamatorios complementarios. Cada recomendación terapéutica está respaldada por valores OR/RR publicados y es ajustable según sean el contexto clínico y el trimestre del embarazo (**Tabla 1**).

Conclusiones: La calculadora terapéutica personalizada traduce perfiles de biomarcadores en recomendaciones terapéuticas accionables, con justificación basada en evidencia. Actualmente, el sistema se encuentra en proceso de licenciamiento académico y aún no está disponible de forma pública. Los futuros estudios evaluarán su efecto en modelos de atención multidisciplinaria.

Bibliografía

1. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, *et al.* Guía del Colegio Americano de Reumatología 2020 para el manejo de la salud reproductiva en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. *Arthritis Rheumatol.* 2020;72(4):529-56.
2. Andreoli L, Bortoluzzi A, Bertsias GK, *et al.* Recomendaciones EULAR para la salud de la mujer y el manejo de la planificación familiar, reproducción asistida, embarazo y menopausia en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(3):476-85.

CG033

SALUD DENTAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS VERSUS CONTROLES SANOS: UN ESTUDIO PILOTO

B.R. Ávalos-García, F.M. García-García, M.I. Alarcón-Jarquín, O.A. Garza-Flores, D. Rodríguez-Garibay, E.A. Galindo-Calvillo, L.U. Tapia-Aguayo, S.M. Celaya-Lozano, V.L. Cisneros-López, G. Figueroa-Parra, D.A. Galarza-Delgado, L. Pérez-Barbosa, J. Riega-Torres, C.M. Skinner-Taylor
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El embarazo es un periodo dinámico caracterizado por extensos cambios psicológicos y hormonales que pueden modificar significativamente la salud oral. Esos cambios incrementan el riesgo de desarrollar enfermedad periodontal, gingivitis y otras anomalías orales debido a alteraciones en la función inmune, el flujo sanguíneo y las concentraciones hormonales. Las mujeres con enfermedades reumáticas enfrentan desafíos adicionales en mantener la salud oral durante el embarazo. Las enfermedades reumáticas, tales como artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico, son alteraciones inflamatorias crónicas que a menudo requieren tratamientos inmunosupresores, lo que puede agravar aún más los problemas de salud

Tabla 1. Recomendaciones terapéuticas guiadas por biomarcadores en pacientes embarazadas con enfermedades reumáticas autoinmunes. (CG032)

Biomarcador/factor clínico	Tratamiento recomendado	Justificación (tamaño del efecto/evidencia)
Anticoagulante lúpico (AL) + títulos altos de anticuerpos antifosfolípido (aPL)	Ácido acetilsalicílico a baja dosis (AAS) + heparina de bajo peso molecular (HBPM)	OR: 1,29 para reducir resultados adversos del embarazo
Anti-SSA/Ro positivo	Hidroxcloroquina (HCQ)	Disminuye el riesgo de recurrencia de bloqueo AV fetal de 18% a 7,5%
SLEDAI > 4 o hipocomplementemia	Corticosteroides ± azatioprina	Controla la actividad del lupus y previene brotes durante el embarazo
Valores elevados de NLR o quemerina	Considerar ajuste antiinflamatorio o vigilancia estrecha	Indicadores de inflamación subclínica
Pérdida gestacional previa o trombosis	AAS ± HBPM según sea el perfil de anticuerpos antifosfolípido (aPL)	Profilaxis secundaria en síndrome antifosfolípido (SAF) obstétrico

dental. El embarazo en mujeres con enfermedades reumáticas representa un escenario clínico singular, ya que estas pacientes no sólo corren el riesgo de complicaciones maternas, sino que también pueden enfrentar un mayor riesgo de resultados adversos en el embarazo. Además, los estudios han mostrado que la enfermedad periodontal en este grupo de pacientes puede vincularse con complicaciones adicionales, como ocurre en mujeres con valvulopatías reumáticas.

Objetivo: Evaluar la prevalencia, gravedad y factores de riesgo en las condiciones de salud oral, en mujeres con enfermedades reumáticas respecto de las mujeres embarazadas sanas.

Material y métodos: Estudio piloto comparativo de centro único. Se inscribió a mujeres embarazadas, diagnosticadas con enfermedades reumáticas de acuerdo con los criterios de clasificación EULAR/ACR, que visitaron la clínica de reumatología en el Hospital Universitario José Eleuterio González. Todas las pacientes embarazadas mayores de 18 años con enfermedades reumatológicas se incluyeron y compararon con pacientes embarazadas mayores de 18 años sanas que aceptaron participar en el estudio. Las evaluaciones clínicas y orales se efectuaron cada trimestre en todas las participantes (Tabla 1). Los casos y controles se emparejarán por edad para reducir al mínimo el efecto de este factor como posible variable de confusión.

Resultados: Se incluyó a 15 pacientes con enfermedades reumatológicas y seis pacientes sanas de control. No hubo diferencias significativas relacionadas con la edad o el trimestre de embarazo. Los diagnósticos más frecuentes fueron lupus eritematoso sistémico (26,6%) y síndrome antifosfolípido (4,6%). Todas las pacientes con enfermedades reumáticas señalaron dificultad moderada al realizar actividades diarias y el 6,66% experimentó dolor moderado. La mayoría refirió ansiedad o depresión leve (60%) y requirió ayuda con el autocuidado (86,6%). Respecto de la salud dental, no se identificaron diferencias en el tiempo transcurrido entre la última revisión dental, frecuencia del cepillado, pH, flujo salival, o puntuación del CPOD. Sin embargo, más pacientes con enfermedades reumáticas eran conscientes de la relación entre su enfermedad y la salud bucal (53,3% vs. 0%, $p = 0,035$) y habían recibido recomendación médica de visitar al dentista (73,3% vs. 0%, $p = 0,02$). No hubo diferencias significativas en el número de dientes afectados de acuerdo con el ICDAS. A pesar de esto, hubo una mayor prevalencia de dientes afectados en el grupo de pacientes reumáticas.

Conclusiones: Las mujeres embarazadas con enfermedades reumáticas demostraron mayor conciencia y guía médica en relación con su salud oral y aun así mostraron una mayor prevalencia de dientes afectados en comparación con los controles sanos, lo que destaca la importancia de cuidado dental integral en esta población vulnerable.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas. (CG033)

Variable	Pacientes reumáticos n = 15	Pacientes sanos n = 6	Valor p
Edad, media + DE	30,20 ± 5,14	28,16 ± 8,54	0,507
Trimestre			
Primero	3 (20,00)	-	
Segundo	4 (26,66)	1 (16,66)	0,367
Tercero	8 (53,33)	5 (83,33)	
Diagnóstico			
Síndrome de Sjögren	1 (6,66)	-	
Artritis reumatoide	2 (13,33)	-	
LES	4 (26,66)	-	
Síndrome antifosfolípido (SAF)	7 (46,66)	-	
Miopatías inflamatorias	1 (6,66)	-	
Tiempo desde el diagnóstico			
1-5 años	10 (66,66)	-	
5-10 años	5 (33,33)	-	
Problemas para realizar actividades diarias			
Leves	-	1 (16,66)	0,105
Moderados	15 (100,00)	5 (83,33)	

Dolor			
Leve	5 (33,33)	3 (50,00)	
Moderado	10 (66,66)	3 (50,00)	1
Ansiedad o depresión			
Leve	9 (60,00)	4 (66,66)	
Moderada	4 (26,66)	2 (33,33)	0,638
Grave	2 (13,33)	-	
Autocuidado			
Ausente	2 (13,33)	2 (33,33)	
Presente	13 (86,66)	4 (66,66)	0,292

DE, desviación estándar; LES, lupus eritematoso sistémico.

Bibliografía

1. Silk H. Enfermedades de la boca en el embarazo. *Am Fam Physician*. 2008;77(8):1139-44.
2. Offenbacher S, Boggess KA, Murtha AP, *et al*. Enfermedad periodontal progresiva y riesgo de parto muy prematuro. *Obstet Gynecol*. 2006;107(1):29-36.

CG034

NEFRITIS LÚPICA PEDIÁTRICA EN MÉXICO: CARACTERIZACIÓN INTEGRAL DE UNA COHORTE HOSPITALARIA (2020-2024)

A.B. Bernabé-Jiménez, C.C. León-Rodríguez, B.R. Gallegos-Tirado, K.B.M. Franco-Morataya, B. Chura-Chipana, I.G. Kattan-Mejía, E.J. Juárez-Benítez, V.L. De León-De León, A. Sánchez-Polendo, P.B. Lara-Herrera, E. Faugier-Fuentes

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El LES pediátrico representa 10 a 20% de los casos y suele tener curso más agresivo. La nefritis lúpica (NL) ocurre en 50 a 80% de los pacientes y provoca morbilidad considerable. El diagnóstico se basa en clínica, serología y biopsia renal, que guían el tratamiento. Los factores como subtipo histológico, proteinuria, hipalbuminemia y actividad serológica se acompañan de mal pronóstico.

Objetivo: Caracterizar el fenotipo clínico, de laboratorio e histopatológico de la NL pediátrica en el HIMFG (2020-2024) e identificar predictores de requerimiento de tratamiento de reemplazo renal (TRR).

Material y métodos: Estudio transversal en < 18 años con NL confirmada por criterios clínicos o biopsia renal. Se recogieron características demográficas, clínicas, inmunológicas, histológicas y terapéuticas. Se usaron pruebas estadísticas descriptivas, comparativas y regresión logística para analizar factores relacionados con el requerimiento de TRR (STATA 14.0; $p < 0,05$).

Resultados: De 184 pacientes con LES, 80 (83% de mujeres; edad media de 15,1 ± 2,8 años) presentaron NL. La presentación clínica incluyó proteinuria mediana de 41 mg/m²/h, hematuria (46%) y leucocituria (26%). El 100% tuvo ANA positivo y mediana de anti-dsDNA de 584,5 UI/mL; se observó hipocomplementemia en C3 y C4. La clase IV fue la más frecuente por biopsia (60%). El 18,75% requirió tratamiento de reemplazo renal y la mortalidad fue del 6,25%. En la regresión multivariada, la hipalbuminemia (< 2,5 g/dL) se vinculó con mayor probabilidad de requerir TRR (OR: 6,04; IC95%:1,33-27,50; $p = 0,020$). Véanse las Tablas 1 y 2.

Conclusiones: Este estudio es una de las series más extensas en la población pediátrica mexicana con nefritis lúpica y mostró una elevada frecuencia de formas graves que reflejan la agresividad de la enfermedad. La hipalbuminemia se identificó como un predictor independiente de requerimiento de TRR, lo que subraya la importancia de su detección temprana y la estratificación de riesgo para optimizar desenlaces renales.

Tabla 1. Comparación de parámetros clínicos y serológicos entre los distintos subtipos histológicos de nefritis lúpica (clases I-V, incluidas las combinaciones), de acuerdo con la clasificación ISN/RPS. (CG034)

Variable	Clase I, n = 1	Clase II, n = 3	Clase II + V, n = 1	Clase III, n = 4	Clase III + V, n = 4	Clase IV, n = 27	Clase IV + V, n = 3	Clase V, n = 2	p
Edad al diagnóstico	7,86	17,1 (15,8-18,2)	14,51	15,0 (11,5-16,9)	14,6 (12,0-15,6)	15,5 (14,3-16,9)	14,9 (12,2-16,6)	13,3 (11,7-14,8)	0,29
Femenino (%)	0	3 (100)	1 (100)	3 (75)	4 (100)	20 (74,07)	3 (100)	2 (100)	0,55
Tiempo de duración al Dx (meses)	16	2 (1-2)	6	2 (1-2,5)	2 (1-4)	3 (1-12)	2 (2-12)	2 (0-4)	0,69
Hipertensión al Dx	1 (100)	3 (100)	1 (100)	2 (50)	1 (25)	11 (40,74)	0	0	0,11
SLEDAI actividad alta o muy alta	0	0	0	3 (75)	3 (75)	17 (62,96)	3 (100)	2 (100)	0,08
TFG < 90 mL/min/1,73 m ²	0	0	0	0	2 (50)	18 (66,67)	2 (66,67)	0	0,012
Albúmina < 2,5 g/dL (%)	0	0	1 (100)	1 (25)	2 (50)	22 (81,48)	2 (66,67)	1 (50)	0,009
Proteinuria 12 h (mg/m ² /h)	32	22 (10-41)	234	69,5 (48-159)	68,5 (32-92)	102 (41-286)	108 (77-303)	152 (63-241)	0,14
Hematuria	1 (100)	3 (100)	0	1 (25)	2 (50)	10 (37,04)	1 (33,33)	2 (100)	0,17
Leucocitos	1 (100)	3 (100)	1 (100)	4 (100)	0	15 (55,56)	3 (100)	2 (100)	0,013
Cilindros	1 (100)	2 (66,67)	1 (100)	3 (75)	2 (50)	14 (51,85)	1 (33,33)	1 (50)	0,98
C3	79	49,3 (34,4-89,2)	22,5	22,9 (12,0-33,9)	63,6 (19,4-105)	30,8 (18,9-52,2)	21,6 (16-61,3)	25,3 (21,1-29,6)	0,39
C4	3,6	2,8 (1,6-16,2)	1,9	4,5 (2-7,4)	13,1 (11,4-21,9)	4,3 (2,64-9,5)	2,4 (1,9-23,3)	2,9 (2,4-3,4)	0,30
Anti-dsDNA	102	800 (56-800)	202	800 (400-800)	176 (10-571)	384 (97-800)	699 (61-800)	553 (306-800)	0,65
Anticoagulante lúpico	1 (6,67)	1 (6,67)	1 (6,67)	2 (13,33)	2 (13,33)	7 (46,67)	0	1 (6,67)	0,36
Anticardiolipina IgM	1 (100)	1 (33,33)	1 (100)	1 (16,67)	0	3 (11,11)	0	0	0,09
Anticardiolipina IgG	0	0	0	0	0	2 (7,41)	1 (33,33)	0	0,59
Anti-β2-glucoproteína I IgM	1 (100)	1 (33,33)	1 (100)	1 (25)	0	9 (33,33)	0	0	0,32
Anti-β2-glucoproteína I IgG	0	0	0	0	0	1 (3,7)	0	0	-

Tabla 2. Comparación de características clínicas, histológicas y de laboratorio entre pacientes con y sin requerimiento de tratamiento de reemplazo renal (TRR). Los datos se presentan como mediana (RIC) o frecuencia (%). Se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney para variables continuas y ji cuadrada o exacta de Fisher para las categóricas. En negritas aparecen los resultados estadísticamente significativos (p < 0,05). (CG034)

Variable	TRR no (n = 65)	TRR sí (n = 15)	p
Edad al diagnóstico	15,5 (13,3-17,0)	15,5 (14,4-16,9)	0,82
Mujeres (%)	54 (83,08)	13 (86,67)	0,54
Tiempo de duración al Dx	31,8 (15,5-48,8)	31,8 (21,8-53,8)	0,96
Hipertensión al inicio	36 (55,38)	4 (26,67)	0,04
TFG < 90 mL/min/1,73 m ²	19 (29,23)	12 (80)	0,001
Clase I	1 (3,23)	0	0,08
Clase II	3 (9,68)	0	
Clase II + V	1 (3,23)	0	
Clase III	4 (12,9)	0	
Clase III+ V	2 (6,45)	2 (14,29)	
Clase IV	18 (58,06)	9 (64,29)	0,29
Clase IV + V	0	3 (21,43)	
Clase V	2 (6,45)	0	
Índice de actividad	8 (6-11)	10 (7,5-13,5)	
Índice de cronicidad	1 (0-2)	1 (0-3)	
Albúmina < 2,5 g/dL (%)	21 (32,31)	12 (80)	0,001
Proteinuria 12 h (mg/m ² /h)	38 (14-97)	108 (77-292)	0,0006
Proteinuria límites nefróticos > 40 12h (mg/m ² /h)	31 (47,69)	14 (93,33)	0,001
Hematuria	39 (60)	4 (26,67)	0,02
Leucocitos	52 (80)	7 (46,67)	0,013
Cilindros	46 (70,77)	6 (40)	0,02
C3	34,6 (24,2-55,2)	44,7 (21,6-67)	0,69
C4	4,3 (2,4-7,8)	6 (2,4-23,3)	0,32
Anti-dsDNA	578 (202-800)	342 (42-800)	0,14

Bibliografía

- Valenzuela-Almada MO, Hocaoglu M, Dabit JY, *et al.* Epidemiology of childhood-onset systemic lupus erythematosus: a population-based study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2022;74(5):728-32.
- Rojas-Rivera JE, Praga-Terente M. Nefropatía lúpica. Madrid; 2024 Jun.

CG035**FRECUENCIA DE ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS EN UNA ASOCIACIÓN CIVIL EN JALISCO**

A.R. Mendoza-Badillo¹, V.M. Menchaca-Tapia², A.J. López-Andrade³, M. Gómez-Rivera¹, C. Moreno-Pérez¹, S. Espinosa-Sandoval¹, A.G. Bernard-Medina¹

⁽¹⁾Una Sonrisa al Dolor A.C., ⁽²⁾Centro Médico Nacional de Occidente IMSS (Pediatría), ⁽³⁾Clínica de especialidades ISSSTE, Jalisco

Introducción: Las enfermedades reumatológicas constituyen un conjunto de alteraciones crónicas que afectan significativamente la calidad de vida. La determinación de su prevalencia resulta esencial para dimensionar su efecto en la salud pública y orientar políticas sanitarias adecuadas. Aunque se han llevado a cabo investigaciones similares en diversos estados de la República Mexicana, en Jalisco no están disponibles datos que permitan conocer con precisión la magnitud de estas enfermedades. Por lo tanto, se decidió desarrollar un cuestionario generado con modelos de lenguaje de IA que permitiera censar a los beneficiarios de una asociación civil dedicada a pacientes reumáticos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de enfermedades reumatológicas en una población de beneficiarios pertenecientes a una asociación civil del estado de Jalisco.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio exploratorio, transversal y descriptivo mediante la aplicación de un cuestionario a pacientes atendidos en una asociación civil dedicada al acompañamiento y atención de personas con enfermedades reumatológicas. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario estructurado, elaborado con el apoyo de herramientas de inteligencia artificial, compuesto por 17 preguntas distribuidas en cinco

secciones: datos generales incluido el municipio de residencia, los antecedentes familiares de enfermedad reumatológica, los síntomas actuales o previos de dolor, la rigidez articular matutina o la inflamación articular, la fatiga sin causa aparente, la fiebre recurrente, la pérdida de peso o la caída de cabello sin causa aparente, y el diagnóstico médico de enfermedades reumatológicas. El cuestionario se distribuyó a través de la plataforma Google Forms y las respuestas se analizaron mediante estadísticas descriptivas, con expresión de los resultados en porcentajes según las variables estudiadas.

Resultados: Se envió el cuestionario a 280 personas que acuden a la asociación civil y 151 (54%) lo contestaron. La mayoría de los participantes fueron mujeres (86%), mientras que los hombres representaron el 14%. En los antecedentes familiares de enfermedad reumatológica, el 58% de los encuestados señaló tener un familiar con diagnóstico confirmado de enfermedad reumática, el 31% indicó no tener familiares diagnosticados, y el 11% declaró no saber si existía algún antecedente familiar. Respecto de la distribución de afecciones, las enfermedades reumatológicas más usuales fueron la artritis reumatoide en 49 (33%), seguida por algún tipo de espondiloartritis y fibromialgia en 34 (22%) y 31 (20%), respectivamente, lupus eritematoso sistémico en 21 (14%), osteoartritis en 9 (6%), artritis idiopática juvenil en 4 (3%), gota en 1 (0,7%) y el resto indicó padecer otras enfermedades reumáticas no especificadas. La mayoría de las personas (135) vive en la zona metropolitana de Guadalajara, pero otros municipios son Puerto Vallarta, Tecalitlán, San Marcos, el Arenal, de uno a cuatro pacientes por municipio.

Conclusiones: Los hallazgos evidencian que la mayoría de los pacientes encuestados corresponde a mujeres y que la artritis reumatoide, las espondiloartritis, la fibromialgia y el lupus eritematoso sistémico representan las alteraciones más frecuentes dentro de esta muestra. El presente estudio constituye un primer acercamiento para conocer la prevalencia de enfermedades reumatológicas en una población atendida por una asociación civil en el estado de Jalisco y validar en el futuro el cuestionario para extenderlo a una mayor población.

Bibliografía

1. Bautista-Molano W, Peláez-Ballesteros I, Reginato AM, *et al.* The impact of rheumatic diseases in Latin America: COPCORD perspective. *Clinical Rheumatology*. 2015;34(6):873-877. <https://doi.org/10.1007/s10067-014-2732-y>
2. Evans JR, Mathur A. The value of online surveys. *Internet Research*. 2005;15(2):195-219. <https://doi.org/10.1108/10662240510590360>
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Enfermedades reumáticas: diagnóstico y tratamiento oportuno. Dirección de Prestaciones Médicas. <https://www.inss.gob.mx>
4. Organización Mundial de la Salud. (2003). The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium (Informe técnico Serie 919). <https://www.who.int/publications/i/item/9241209194>
5. Peláez-Ballesteros I, Hernández-Garduño A, Burgos-Vargas R, *et al.* Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico: a study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *The Journal of Rheumatology*. 2011;38(3):578-585. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100951>
6. Peláez-Ballesteros I, Moreno-Montoya J, Álvarez-Nemegyei J, *et al.* Prevalence of rheumatic diseases in Mexico: results of a national COPCORD study. *Journal of Clinical Rheumatology*. 2014;20(6):310-315. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000000148>
7. Secretaría de Salud (México). (2020). Diagnóstico situacional de enfermedades musculoesqueléticas en México. Dirección General de Epidemiología. <https://www.gob.mx/salud>

CG036

VIOLENCIA DE PAREJA Y EMBARAZO NO PLANIFICADO: RIESGOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS A DESENLACES ADVERSOS

D. Rodríguez-Garibay, F.R. Arévalo-Nieto, B.R. Ávalos-García, A.Y. Porras-Hernández, A.M. Ortiz-Ríos, L.C. Rodríguez-Avalos, D. Rodríguez-Rodríguez, S.M. Celaya-Lozano, G.P. Castro-Cruz, E.A. Galindo-Calvillo, J.A. Cárdenas-De la Garza, L. Pérez-Barbosa, D.A. Galarza-Delgado, C.M. Skinner-Taylor

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los factores de riesgo psicosocial en el embarazo comprenden situaciones de tipo social, económico, emocional o conductual que pueden generar estrés o limitar la capacidad de la mujer para atender su propia salud y la del embarazo. Estos factores incluyen situaciones como el estrés crónico, ansiedad, falta de red de apoyo, violencia de género, dificultades económicas, alimentación y sucesos vitales. La presencia de uno o más factores de riesgo psicosocial durante el embarazo puede incrementar el riesgo de que haya una complicación obstétrica, parto prematuro, bajo peso o recién nacido pequeño para la edad gestacional, con la posibilidad de discapacidades relacionadas durante el desarrollo del niño, como problemas del aprendizaje, problemas de conducta y dificultades sociales, así como trastornos de hiperactividad y déficit de atención.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo psicosociales vinculados con desenlaces adversos en mujeres embarazadas con enfermedad reumática autoinmune (ERA).

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y analítico en mujeres embarazadas con ERA pertenecientes a la clínica de salud reproductiva del Hospital Universitario. Se revisaron expedientes clínicos en los que se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales, entre ellas edad, estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad, tipo de familia, ocupación, planeación y deseo del embarazo, violencia de género evaluada con la escala HITS (herir, insultar, amenazar, gritar) con punto de corte de 5 para violencia, red de apoyo, nivel de ansiedad (estado y rasgo) cuantificada mediante la escala IDARE con puntuaciones para ansiedad baja (< 30 puntos), media (30-44) y alta (> 45), consumo de sustancias, control prenatal y trimestre de ingreso. Se evaluaron los principales desenlaces fetales: muerte fetal, prematuridad y bajo peso para la edad gestacional. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva y comparación entre grupos con pruebas t de Student y ji cuadrada o de Fisher para variables categóricas. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se evaluó a 29 pacientes con una edad promedio de $27,9 \pm 5,3$ años; la mayoría vivía en unión libre (51,7%), pertenecía a familias extensas (55,2%), se dedicaba al hogar (62,1%) y reveló nivel socioeconómico bajo (58,6%). El 65,5% refirió embarazo no planeado, el 24,1% violencia de género y el 48,3% ansiedad. Todas las pacientes se catalogaron como embarazos de alto riesgo; los principales desenlaces fueron prematuridad en 13,8%, bajo peso para la edad gestacional en 20,7% y una muerte perinatal en 3% (**Tabla 1**). En el análisis bivariado no se observaron diferencias significativas entre prematuridad y los factores psicosociales evaluados. En cambio, el bajo peso para la edad gestacional se relacionó con una mayor puntuación en la escala de violencia ($5,83 \pm 1,83$ vs. $4,22 \pm 0,51$; $p = 0,04$) y con embarazos no planeados (100% vs. 56,5%; $p = 0,05$). No se identificaron relaciones significativas con edad, ansiedad, IMC, nivel socioeconómico, ocupación o nivel educativo.

Conclusiones: La violencia de pareja y el embarazo no planificado fueron los factores de riesgo psicosociales que se relacionaron con bajo peso al nacer. La detección temprana de estos factores de riesgo y el diseño de intervenciones preventivas por parte del equipo multidisciplinario contribuyen a mejorar la salud materna y perinatal.

Bibliografía

1. Alvarado R, Medina E, Aranda W. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Rev Med Chile*. 2002;130(5):561-568.
2. Alvarado R, Medina E, Aranda W. Componentes psicosociales del riesgo durante la gestación. Revisión bibliográfica. *Rev Psiquiatría*. 1996;13(1):30-41.

CG037

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE TEZIUTLÁN

A. Lucas-Hernández, B.E. Hernández-Sánchez

(1)Hospital General de Teziutlán, (2)Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Tabla 1. Relaciones entre factores de riesgo psicosociales relacionados con prematuridad y bajo peso al nacimiento en mujeres embarazadas con enfermedad reumática. (CG036)

	n = 29					
	Prematuridad		Valor de p	Peso bajo		Valor de p
	Sí = 4	No = 25		Sí = 6	No = 23	
Edad*	28 ± 3,55	27,88 ± 5,54	0,96	27,17 ± 4,02	28,09 ± 5,6	0,71
Violencia*	4,75 ± 0,957	4,52 ± 1,15	0,71	5,83 ± 1,83	4,22 ± 0,51	0,04
Ansiedad*	42,50 ± 4,20	42,60 ± 7,11	0,97	38,67 ± 6,25	43,61 ± 6,59	0,11
IMC*	27,42 ± 7,26	28,46 ± 7,76	0,80	24,63 ± 7,43	29,27 ± 7,47	0,18
Nivel socioeconómico†	4 (100%) nivel bajo 0 (0%) nivel alto	18 (72%) nivel bajo 7 (28%) nivel alto	0,54	6 (100%) nivel bajo 0 (0%) nivel alto	16 (69,6%) nivel bajo 7 (30,4%) nivel alto	0,28
Ocupación†	4 (100%) hogar 0 (0%) empleo	14 (56%) hogar 11 (44%) empleo	0,26	5 (83,3%) hogar 1 (16,7%) empleo	13 (56,5%) hogar 10 (43,5%) empleo	0,36
Nivel estudios†	3 (75%) básico 1 (25%) avanzado	11 (44%) básico 14 (56%) avanzado	0,33	3 (50%) básico 3 (50%) avanzado	11 (47,8%) básico 12 (52,2%) avanzado	1,00
Embarazo planeado†	4 (100%) no planeado 0 (0%) planeado	15 (60%) no planeado 10 (40%) planeado	0,26	6 (100%) no planeado 0 (0%) planeado	13 (56,5%) no planeado 10 (43,5%) planeado	0,05

*Prueba t de Student.

† Prueba exacta de Fisher.

Introducción: Las enfermedades reumatológicas (ER) tienen alta prevalencia global y representan un problema creciente en Latinoamérica, con consecuencias socioeconómicas significativas. En México, los datos epidemiológicos provienen principalmente del estudio COPCORD, que permitió dimensionar la carga de enfermedad en cinco regiones del país. Ante la escasez de estadísticas locales, resulta fundamental generar evidencia que refleje el perfil epidemiológico de los pacientes en contextos regionales. El presente estudio caracteriza a la población atendida en la consulta de reumatología del Hospital General de Teziutlán (HGT), con el fin de aportar información que complemente los registros nacionales.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas e inmunológicas de los pacientes con enfermedades reumatológicas en el HGT.

Material y métodos: Se creó una base de datos en Excel de pacientes atendidos en la consulta de reumatología que incluyó variables sociodemográficas, diagnósticos, comorbilidades, antecedentes familiares, características clínicas, tratamientos recibidos y marcadores inmunológicos.

Resultados: Se analizó a 223 pacientes, de los cuales 169 cumplieron criterios diagnósticos de alguna ER (**Tabla 1**). Predominaron la artritis reumatoide (AR) (33,7%) y la osteoartritis (OA) (29,6%), seguidas del lupus (LES) (13,0%). La mayoría correspondió a mujeres (87,6%), con edad promedio de 51,9 ± 15,1 años y edad al diagnóstico de 47,0 ± 17,1 años. La escolaridad más frecuente fue primaria (29,6%) y secundaria (26,0%). Las comorbilidades más comunes fueron hipertensión arterial (30,8%) y diabetes (19,5%), seguidas de osteopenia (11,8%), osteoporosis (13,0%) y enfermedad tiroidea (10,1%). La mitad de los pacientes señaló exposición a biomasa (50,3%) y el 18,3% era fumador activo. En los pacientes con AR, los títulos del factor reumatoide (FR) alcanzaron 303,7 ± 382,8 UI/mL y los de anti-CCP 479,2 ± 830,2 U/mL. Los anticuerpos antinucleares fueron positivos en 20,1%, con predominio de patrones moteado y homogéneo. Otros autoanticuerpos (anti-Ro, anti-La, anti-DNA, anti-Sm) mostraron heterogeneidad en pacientes con LES. La frecuencia de anticuerpos antifosfolípidos fue baja. Los índices de actividad inicial fueron: DAS28 3,09 ± 1,17, CDAI 7,20 ± 5,26, HAQ 3,26 ± 1,99 y SLEDAI 7,67 ± 4,04. Los resultados confirman que la AR y la OA son las ER más frecuentes, en concordancia con informes previos, así como el predominio femenino y la edad promedio (quinta década). La exposición a la biomasa y al tabaquismo, hallazgos destacados en esta cohorte, constituyen factores de riesgo ambientales relevantes para la gravedad de la AR. Un aspecto particularmente notable fue la elevada media de FR y anti-CCP, ya que se correlacionan con un curso más agresivo, riesgo de daño estructural irreversible y peor pronóstico funcional. Este hallazgo enfatiza la necesidad de diagnóstico temprano, vigilancia y acceso oportuno a tratamientos modificadores de la enfermedad, incluidos los fármacos biológicos en casos seleccionados. Aunque México cuenta con el estudio COPCORD, éste se centró en regiones urbanas y semiurbanas, sin incluir población rural ni del estado de Puebla. Esto representa una limitación importante, ya

que los determinantes sociales y ambientales, como la exposición a biomasa documentada en esta cohorte, son más frecuentes en comunidades rurales y pueden modificar el riesgo y la expresión clínica de las enfermedades reumatológicas.

Conclusiones: Los hallazgos subrayan la importancia de contar con estadísticas locales que permitan diseñar estrategias de atención adaptadas al contexto regional y orientar políticas de salud pública en reumatología.

Tabla 1. Variables epidemiológicas de pacientes atendidos en el HGT, n = 169. (CG037)

Edad		
Edad (años)	51,9 ± 15,1	
Edad al diagnóstico	46,98	
Frecuencia (n)		Porcentaje (%)
Sexo		
Hombres	21	12,43
Mujeres	148	87,57
Escolaridad		
Analfabeta	22	13,02
Primaria	50	29,59
Secundaria	44	26,04
Preparatoria	27	15,98
Licenciatura	26	15,38
Posgrado	0	0
Heredofamiliares		
Familiar con ER	48	28,40
Familiar con cáncer	37	21,89
Comorbilidades		
Diabetes tipo II	33	19,53
Hipertensión	52	30,77
ERC	10	5,92
Cáncer	3	1,78
Enfermedad tiroidea	17	10,06
Hepatopatía	13	7,69
Neumopatía	11	6,51

Tabaquismo	31	18,34
Alcoholismo	51	30,18
Diagnóstico		
Artritis reumatoide	57	33,73
Osteoartritis	50	29,59
Lupus	22	13,02
Gota	9	5,33
Fibromialgia	8	4,73
OA erosiva	5	2,96
Enfermedad de Sjögren	3	1,78
Artritis psoriásica	3	1,78
Espondiloartritis	3	1,78
EITC	3	1,78
Miopatías inmunomediadas	3	1,78
AIJ	1	0,59
Vasculitis IgA	1	0,59
Esclerosis sistémica	1	0,59

HGT, Hospital General de Teziutlán; ER, enfermedad reumatológica; ERC, enfermedad renal crónica; OA, osteoartritis; EITC, enfermedad indiferenciada; AIJ, artritis idiopática juvenil.

Bibliografía

1. Peláez-Ballesteros 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*. 2011;86:3-8. doi:10.3899/jrheum.100951
2. van der Helm-van Mil AH, Huizinga TW, de Vries RR, *et al*. Emerging patterns of risk factor make-up enable subclassification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2007;56(6):1728-1735. doi:10.1002/art.22716

CG038

COMPARACIÓN ENTRE LA PRESENTACIÓN, CURSO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTERITIS DE TAKAYASU DE INICIO PEDIÁTRICO VERSUS EN EL ADULTO

E. Tapia-López, A. Espinosa-Orantes, L.A. Martínez-Martínez, A. Vargas-Guerrero

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis crónica, poco frecuente, que requiere diagnóstico y tratamiento oportunos. Las investigaciones previas sugieren que la AT de inicio pediátrico podría presentarse de forma más grave y con menor respuesta al tratamiento. Esta situación se ha analizado poco con los tratamientos actuales debido a la baja incidencia de la enfermedad. Se ha señalado que la AT afecta predominantemente a mujeres (87-94%) y, si bien su inicio es más común entre los 20 y 30 años, el diagnóstico en edades tempranas de la vida es cada vez más frecuente.

Objetivo: Comparar el tipo de afectación al inicio, los grados de actividad, el daño al inicio y en el seguimiento, así como la respuesta al tratamiento en pacientes pediátricos respecto de los adultos con arteritis de Takayasu.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de cohorte retrospectiva que analizó expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con AT entre 2020 y 2024. Los pacientes se dividieron en dos grupos: pediátricos (< 18 años) y adultos (≥ 18 años). Se incluyó a pacientes de cualquier edad o género con diagnóstico confirmado según los criterios EULAR/PRINTO/PRES para población pediátrica y ACR/EULAR 2022 para población adulta. Se recopilaron datos demográficos, manifestaciones clínicas, vasos afectados (clasificación de Numano), tratamiento médico y quirúrgico/intervencionista, además de determinar la actividad de la enfermedad por clinimetría (criterios de Dabague-Reyes e ITAS2010). El análisis

estadístico incluyó las pruebas ji cuadrada o Fisher y t de Student o U de Mann-Whitney, tras considerar un nivel de significación $p \leq 0,05$.

Resultados: Se analizó a un total de 62 pacientes (13 pediátricos y 49 adultos). La edad promedio de diagnóstico fue de 11,7 ($\pm 4,5$) años para los pacientes pediátricos y 40 ($\pm 16,9$) años para los adultos ($p = 0,001$). Al momento del diagnóstico, los pediátricos tenían significativamente más frecuencia de fiebre (54% *vs.* 10%, $p = 0,002$), sudoración nocturna (23% *vs.* 4%, $p = 0,050$) y dolor abdominal (39% *vs.* 4%, $p = 0,003$). Por el contrario, los adultos mostraron una mayor frecuencia de colitis ($p = 0,043$) y cefalea durante el seguimiento ($p = 0,048$). De acuerdo con la clasificación de Numano, la distribución de la afectación vascular más común en ambos grupos fue el tipo V (61,5% en pediátricos y 76% en adultos). En el seguimiento no se encontraron diferencias significativas en la actividad de la enfermedad por clinimetría ($p = 0,424$), en los índices de neutrófilos/linfocitos (INL) ni en el de plaquetas/linfocitos (IPL) entre los grupos. El uso de deflazacort (15% en niños *vs.* 0% en adultos, $p = 0,041$) y tocilizumab (23% en niños *vs.* 6% en adultos, $p = 0,100$) fue más frecuente en el grupo pediátrico. Durante ese periodo fallecieron tres pacientes pediátricos (23%), por causas no vinculadas directamente con la actividad de la AT (hemorragia cerebral, glomerulonefritis de rápida progresión, insuficiencia cardíaca aguda por cambio valvular).

Conclusiones: No se observaron diferencias significativas en la actividad entre pacientes pediátricos y adultos con AT. Los pacientes pediátricos presentaron con mayor frecuencia compromiso de la aorta abdominal y sus ramas principales (como las arterias renales), y menos de los troncos supraaórticos. Los pacientes que iniciaron en la edad pediátrica requirieron con mayor frecuencia tratamiento intervencionista y uso de deflazacort y tocilizumab como consecuencia del efecto de la enfermedad en esta población.

Bibliografía

1. Misra DP, Rathore U, Kopp CR, *et al*. Presentation and clinical course of pediatric-onset versus adult-onset Takayasu arteritis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rheumatol*. 2022;41(12):3601-13.
2. Joseph G, Goel R, Thomson VS, *et al*. Takayasu arteritis. *J Am Coll Cardiol*. 2023;81(2):172-86.

CG039

DETERMINACIÓN DE CD40 EN PACIENTES CON LUPUS ERI- TEMATOSO SISTÉMICO Y SU ASOCIACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

A. López-Llamas¹, N. Espinoza-García², M. Marín-Rosales³, J.A. Corona-Ángeles¹, C.A. Palafox-Sánchez¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, UDG, ⁽²⁾Instituto de Investigación en Biología Molecular y Terapia Génica (IIBMyTG), UDG, ⁽³⁾Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica, caracterizada por la presencia de autoanticuerpos contra antígenos nucleares, depósito de complejos inmunes e inflamación crónica en órganos como la piel, las articulaciones y los riñones. CD40 es una glucoproteína transmembranal de la familia del factor de necrosis tumoral, identificada en células B, monocitos, células dendríticas, células endoteliales y epiteliales y actúa como una potente molécula coestimuladora de los linfocitos T. La producción de anticuerpos por parte de las células B depende de las células T, que requieren dos señales: reconocimiento antigénico (TCR/MHC) y coestimulación mediante unión de receptor-ligando como CD40L-CD40(3). Sin embargo, se desconoce si existe relación entre CD40 soluble y la actividad de la enfermedad del LES.

Objetivo: Relacionar los valores solubles de CD40 con la actividad de la enfermedad y dominios clínicos en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Material y métodos: La actividad clínica de la enfermedad se evaluó mediante los índices Mex-SLEDAI y SLEDAI 2K. La cuantificación de los valores de CD40 soluble en suero se realizó mediante ELISA (R&D Systems). El análisis de los datos se llevó a cabo en GraphPad Prism 9.3.

Resultados: Este estudio incluyó a 77 pacientes con LES (75 mujeres y 2 hombres) y 77 mujeres como controles sanos (CS). La mediana del índice

de actividad MexSLEDAI fue de 2 (0-32), con un 32,47% de pacientes en estado inactivo y 67,53% activos. Se obtuvo una media de 7,94 años de evolución de la enfermedad (intervalo, 0-28). Las manifestaciones más frecuentes fueron hematológicas (63,38%), mucocutáneas (60,56%) y renales (57,75%).

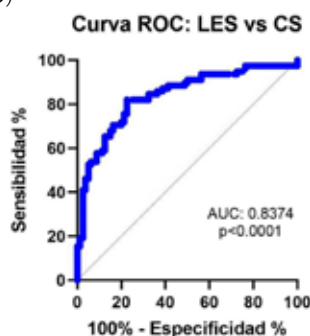
Los valores séricos de CD40 fueron significativamente más altos en pacientes con LES en comparación con los controles (media 780,8 pg/mL, $n = [75]$ vs. (media $\pm$ DE: 486,5 pg/mL, $[n = 77]$); $p < 0,0001$). No se observaron diferencias entre los grupos de LES según la actividad de la enfermedad y el índice Mex-SLEDAI, pero sí entre controles y pacientes con LES inactivo o activo. En cuanto a la actividad de la enfermedad según el SLEDAI 2K, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de LES, pero sí entre CS y el grupo de no activos o alta actividad de la enfermedad y entre CS y el grupo de moderada o alta actividad. El análisis de curva ROC mostró un AUC de 0,837 (Figura 1), lo que indica que CD40 tiene una buena capacidad para diferenciar entre pacientes con LES y sujetos sanos ($p > 0,0001$, IC 0,7737-0,9011). Además, los valores de CD40 fueron mayores en pacientes con afectación renal.

Conclusiones: Los valores solubles de CD40 están incrementados en pacientes con LES en comparación con controles sanos, y se vinculan con la afectación renal. Estos hallazgos sugieren su potencial relevancia como posible biomarcador y como blanco terapéutico. Se requieren estudios adicionales para confirmar su relación con la actividad de la enfermedad y su utilidad clínica.

Bibliografía

- Hoi A, Igel T, Mok CC, *et al.* Systemic lupus erythematosus. The Lancet. Elsevier B.V. 2024;403:2326-38.
- Chen JM, Guo J, Wei CD, *et al.* The association of CD40 polymorphisms with CD40 serum levels and risk of systemic lupus erythematosus. BMC Genet. 2015;16(1).
- Yazdany J, Davis J. The role of CD40 ligand in systemic lupus erythematosus. Lupus. 2004;13:377-80.

Figura 1. (CG039)



CG040

EFICACIA Y SATISFACCIÓN RWE CON RISANKIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA TEMPRANA EN PACIENTES VÍRGENES A BIOLÓGICOS

K. Gómez-García¹, J.A. Walsh², W. Tillett³, C.D. Saffore⁴, Ye Xiaolan⁴, Manish Patel⁴, A. Bilian⁴, J.B. Vora⁴, G. Milligan⁵, A. Ostor⁶

⁽¹⁾AbbVie farmacéuticos, ⁽²⁾Asuntos de Veteranos de Salt Lake City y Universidad de Utah, Salt Lake City, USA, ⁽³⁾Real Hospital Nacional de Enfermedades Reumáticas, ⁽⁴⁾AbbVie Inc. Chicago, ⁽⁵⁾Adelphigroup, ⁽⁶⁾Universidad Nacional Australiana

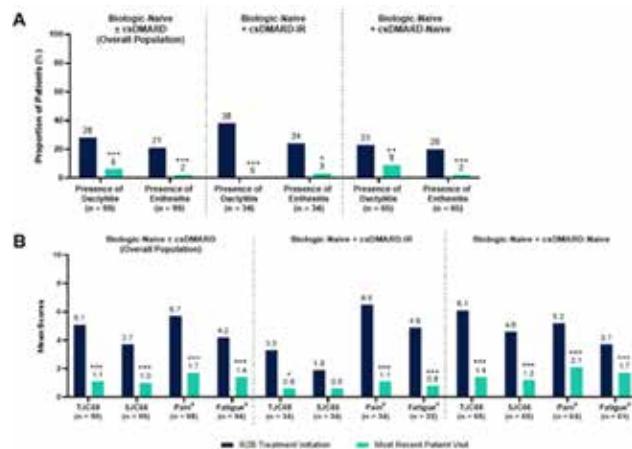
Introducción: El risankizumab (RZB), un IL23i, demostró eficacia y seguridad para el tratamiento de AP en dos EC de fase 3. Existe evidencia limitada en el mundo real respecto de los resultados en pacientes con AP al principio del curso de la enfermedad después del tratamiento con RZB. **Objetivo:** Evaluar la efectividad RWE y la satisfacción paciente-médico con

RZB para el tratamiento de pacientes que no han recibido antes fármacos biológicos con AP temprana (diagnosticados ≤ 24 m) en la práctica clínica regular. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo (junio de 2023 a junio de 2024) con uso de datos del Adelphi, se incluyó a pacientes que no habían recibido antes fármacos biológicos con AP temprana y que recibieron 150 mg de RZB SC. El análisis se basó en cuestionarios transversales realizados por médicos (evaluación de efectividad y satisfacción) y sus pacientes (evaluación de satisfacción) durante sus visitas. Las evaluaciones de efectividad incluyeron cambio en la proporción de pacientes con dactilitis o entesitis, cambio en TJC68, SJC66 y evaluaciones médicas del dolor y la fatiga con EVA desde el inicio del tratamiento hasta la visita más reciente ($p < 0,05$). Además, se evaluó la proporción de pacientes que lograron mejoras clínicamente significativas, incluidas la resolución completa de la dactilitis y la entesitis, TJC68 y SJC66 ($= 0$ o ≤ 1 entre pacientes con puntuaciones > 1 al inicio del tratamiento), y una diferencia mínima clínicamente significativa en dolor y fatiga. Los datos recopilados mediante encuestas a pacientes y médicos se utilizaron para evaluar la satisfacción con el control de la enfermedad tras el tratamiento con RZB. Los resultados se evaluaron en pacientes con AP temprana que no habían recibido biológico $\pm$ FARME SC y en los siguientes subgrupos: pacientes que no habían recibido biológicos-IR ≥ 1 FARME SC (FARME sc-IR + fármaco biológico inicial) y pacientes que no habían recibido biológicos ni FARME SC (sin biológicos + FARME SC inicial).

Resultados: De 99 pacientes que iniciaron tratamiento con RZB, 56% procedía de EUA y 44% de Europa. Los pacientes tenían en promedio 43,1 años, 47% correspondió a mujeres y la superficie corporal afectada por psoriasis era de 12,9% al inicio del tratamiento. La duración del tratamiento con RZB fue de 9,1 meses y la media de TJC68 y SJC66 al inicio del tratamiento de 5,1 y 3,7. Las características basales fueron generalmente similares en todos los subgrupos. Se observaron mejoras significativas en la presencia de dactilitis y entesitis y cambio en TJC68, SJC66, dolor y fatiga desde el inicio del tratamiento hasta la visita más reciente (Figura 1). Se observaron altas tasas de resolución de dactilitis (79%) y entesitis (90%), TJC68 ≤ 1 (67%) y SJC66 ≤ 1 (74%), y logro de mejoras clínicamente significativas en dolor (87%) y fatiga (64%) (Figura 2). Los resultados de efectividad en el subgrupo + FARME SC - IR biológicos *naïve* fueron generalmente similares a los observados en la población general, excepto por el cambio en SJC66 (Figuras 1 y 2). También se notaron mejoras en el subgrupo de biológico *naïve* + FARME SC-*naïve*, aunque ciertos puntos finales (como la resolución de la dactilitis y la fatiga) parecieron menos pronunciados en comparación con la población general. La satisfacción informada por el paciente y el médico ($n = 17$ y $n = 99$) sobre la capacidad de RZB para controlar la enfermedad fue de 88% y 97% en la población general.

Conclusiones: En entornos clínicos del mundo real, los pacientes *naïve* a biológicos con AP temprana que iniciaron el tratamiento con RZB

Figura 1. Proporción de pacientes con presencia de dactilitis o entesitis y mejoría promedio en TJC68, SJC66, dolor y fatiga en pacientes con AP tratados con RZB. (CG040)



FARME SC: FARME sintético convencional; IR, respuesta inadecuada; RZB, risankizumab.
(A) Proporción de pacientes con presencia de dactilitis o entesitis en la población general del estudio y subgrupos.
(B) Cambio medio en TJC68, SJC66, dolor y fatiga desde el inicio del tratamiento con RZB hasta la visita más reciente del paciente.
* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. La probabilidad se evaluó desde el inicio del tratamiento con RZB hasta la visita más reciente mediante la prueba de McNemar (proporción de pacientes) y prueba (quantiles median).
*Se evaluó mediante una escala de calificación numérica (rango 0 a 10) donde puntajes más altos indican peores resultados de dolor y fatiga.

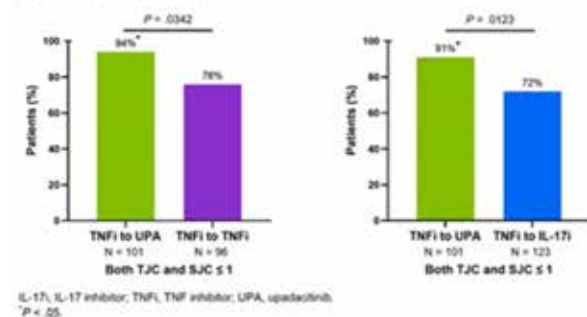
Objetivo: Comparar la efectividad al cambiar de un iTNF en primera línea a upadacitinib (UPA), respecto de ciclar a otro iTNF o cambiar de un iTNF a un iIL-17 en el compromiso articular en los pacientes con artritis psoriásica (AP).

Material y métodos: Los datos se extrajeron de los Programas Específicos de Enfermedades del Mundo Real ADELPHI (SpA) V y VI Disease Specific Programmes™, encuestas transversales administradas a médicos (reumatólogos, dermatólogos y especialistas en medicina interna) de marzo de 2021 a noviembre de 2021 para SpA V y de junio de 2023 a junio de 2024 para SpA VI. Los pacientes adultos con AP que cambiaron de tratamiento de iTNF en la primera línea de tratamiento avanzado a otro tratamiento avanzado se estratificaron por el tratamiento de segunda línea de interés: iTNF a UPA, iTNF a iTNF, o iTNF a iIL-17. El resultado primario de la evaluación señalada por el médico tanto de TJC ≤ 1 como de SJC ≤ 1 se evaluó ≥ 3 meses a partir del cambio de tratamiento. La demografía y las características clínicas del paciente se equilibraron mediante ajuste de regresión ponderada por probabilidad inversa (IPWRA). Los análisis de regresión se realizaron por separado para comparaciones entre iTNF a UPA y iTNF a iTNF, así como entre iTNF a UPA y iTNF a iIL-17.

Resultados: De los 320 pacientes incluidos en el análisis que cambiaron de un iTNF de primera línea, 101 cambiaron a UPA, 96 a un segundo iTNF y 123 a un iIL-17. El iTNF de primera línea más utilizado en cada grupo fue el adalimumab. El tratamiento de segunda línea más utilizado en el iTNF a iTNF grupo fue el adalimumab mientras que el secukinumab fue el más usado como segunda línea en el iTNF para el grupo iIL-17. La razón más frecuente para el cambio de tratamiento informada por el médico fue el empeoramiento de las articulaciones. En el momento del cambio, la mayoría de los pacientes tenía una actividad de la enfermedad notificada por el médico de moderada a grave (iTNF a UPA: 92%; iTNF a iTNF: 89%; iTNF a iIL-17: 93%). Después del ajuste mediante IPWRA, muchos más pacientes en el iTNF a UPA grupo tenían evaluación de TJC y SJC ≤ 1 informada por el médico al momento de la recolección de datos en comparación con pacientes del grupo iTNF a iTNF (94% vs. 76%; $p = 0,0342$) y el grupo iTNF a iIL-17 (91% vs. 72%; $p = 0,0123$) (Figura 1).

Figura 1. (CG042)

Figure 1: Adjusted Physician-Reported Assessment of Both TJC and SJC ≤ 1 at the Time of Data Collection



Conclusiones: Los pacientes que cambiaron de su primer tratamiento avanzado iTNF a UPA como su tratamiento avanzado de segunda línea tuvieron significativamente menor compromiso de articulaciones inflamadas y dolorosas que aquellos con ciclado a un segundo iTNF o cambio a un iIL-17. Los resultados demuestran que cambiar a UPA después de un iTNF puede beneficiar a los pacientes con AP.

Bibliografía

- Gossec L, Kerschbaumer A, Ferreira RJO, *et al.* EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2024;83(6):706-719. <https://doi.org/10.1136/ard-2024-225531>
- Abramson SR, Khattri S, Lebwohl M. A review of current evidence for TNF inhibitor switching in psoriatic arthritis. *Journal of Psoriasis and Psoriatic Arthritis*. 2016;1(3):102-111. <https://doi.org/10.1177/247553031600100304>.

CG043

IL-35 EN NEFRITIS LÚPICA

A. González-Monroy, A.F. Aguilar-Vázquez, C.E. Juárez-Gómez, C.A. Gómez-Ríos, J.A. Castillo-Hernández, G.I. Rodríguez-Hernández, V. Muñoz-Ramírez, E.J. Díaz-Huerta, L.G. Acevedo-Ancona, F.A. Villanueva-Ledesma, S.A. Durán-Montoya, L.J. Vidal-Arellano, M. Cabrera-López, A. Llamas-García, M. Vázquez-Del Mercado

Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La nefritis lúpica (NL) constituye una de las complicaciones más frecuentes y graves del lupus eritematoso sistémico (LES). En este contexto, la respuesta inmunitaria se caracteriza por un desequilibrio entre mediadores proinflamatorios y reguladores. La interleucina 35 (IL-35) es una citocina secretada principalmente por células T reguladoras, con capacidad de inhibir respuestas Th17 y modular la inflamación. A pesar de su relevancia potencial, su expresión en el tejido renal de pacientes con NL y su relación con parámetros clínicos no se ha dilucidado del todo.

Objetivo: Caracterizar la expresión anatómica en glomérulo, túbulo intersticial, así como en agregados inflamatorios, fibrosis y atrofia tubular de IL-35 en biopsias renales de NL y su vinculación con la actividad clínica y la gravedad de la enfermedad.

Material y métodos: Se analizaron biopsias renales de 20 pacientes con NL. Todos cumplieron los criterios EULAR/ACR 2019. La expresión de IL-35 se evaluó mediante inmunohistoquímica. La intensidad y distribución del IL-35 se clasificó en expresión nula (0%), expresión leve (1-30%), expresión moderada (31-60%), expresión grave (61-80%) y sobreexpresión (> 80%), en relación con parámetros clínicos. El análisis estadístico se realizó con pruebas no paramétricas, tras considerar una $p < 0,05$ significativa.

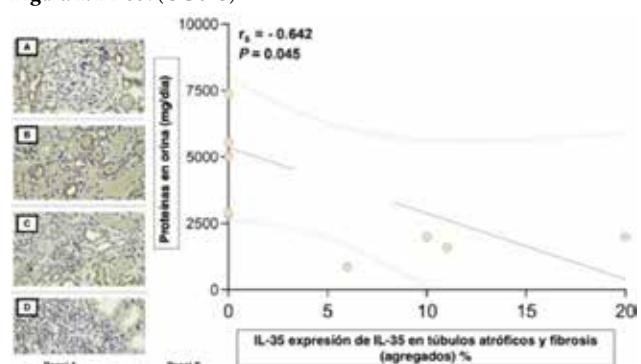
Resultados: La IL-35 se expresó principalmente en el compartimiento tubulointersticial, áreas de fibrosis y túbulos atroficos, con menor expresión glomerular (Figura 1). Se observó una correlación inversa entre expresión de IL-35 y valores de proteinuria. En pacientes con mayor actividad clínica y proteinuria significativa, los valores de IL-35 fueron notablemente reducidos, lo que sugiere una disminución de la regulación inmunitaria en estados inflamatorios activos.

Conclusiones: La disminución de IL-35 en pacientes con NL activa apoya su papel como mediador inmunorregulador clave, cuya pérdida podría favorecer el predominio de Th17. Su localización en áreas de fibrosis y atrofia tubular sugiere además una función moduladora en la progresión del daño crónico renal. Estos hallazgos refuerzan la posibilidad de considerar a IL-35 como un biomarcador pronóstico y un potencial blanco terapéutico en NL. El equilibrio entre IL-35 e IL-17A podría ser determinante en la evolución clínica de estos pacientes.

Bibliografía

- Cai Z. Remission of systemic lupus erythematosus disease activity with regulatory cytokine interleukin (IL)-35 in Murphy Roths Large (MRL)/lpr mice. *Clin Exp Immunol* 2015;181(2):253-66.
- McGeachy MJ, DJ Cua, SL Gaffen. The IL-17 family of cytokines in health and disease. *Immunity*. 2019;50(4):892-906.

Figura 1. IL-35. (CG043)



CG044

DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON DIFERENTES ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

K.C. Hernández-Rojas¹, D. Xibillé-Friedmann², G. Olvera-Soto³, D. González-Rodríguez¹, G. Carmona-Lara¹, G. De Hoyos-Rodríguez¹, A. Reyes-Salinas¹, S. Carrillo-Vázquez¹

⁽¹⁾Hospital Regional 1° de Octubre, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca, Morelos, ⁽³⁾Hospital Ángeles Metropolitano

Introducción: Son ampliamente conocidos los factores de riesgo para desarrollar un cambio en la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes con artritis reumatoide (AR). Existe evidencia de que los fármacos biológicos y convencionales podrían tener efectos beneficiosos sobre el metabolismo y la remodelación ósea.

Objetivo: Analizar los cambios en la DMO en personas con AR, sometidas a diferentes esquemas terapéuticos, que incluyeron fármacos antiinflamatorios convencionales, agentes biológicos y moléculas pequeñas.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio longitudinal, descriptivo, observacional y prospectivo en una muestra de 75 pacientes con AR y diferentes estrategias terapéuticas atendidos en el Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE. Se midió la actividad de la enfermedad y los cambios en la DMO basal, a los seis y 12 meses (**Figuras 1 y 2**).

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 75 pacientes. Respecto del tratamiento, 38,7% consumía golimumab, 14,7% certolizumab, 14,7% tocilizumab, 8,0% rituximab, 6,6% baricitinib, 2,7% abatacept, 1,3% infliximab y etanercept. Se identificó una correlación débil entre los valores de PCR y la DMO a los seis meses, tanto del cuello femoral ($\rho = 0,295$, $p = 0,010$) como de la columna lumbar ($\rho = 0,256$, $p = 0,027$). Los análisis en la DMO mostraron que no hubo diferencias estadísticamente significativas del cuello femoral entre todos los grupos de tratamiento ($t = 0,934$, $p = 0,353$). Para la columna total, el valor de p en la prueba de Spearman fue de 0,052, lo cual sugiere una tendencia hacia el aumento de la densidad ósea en aquellos tratados con fármacos biológicos. En general, los tratamientos mostraron cambios discretos en la DMO durante el periodo de seguimiento.

Figura 1. Diferencia entre la DMO basal y a los seis meses del cuello femoral de acuerdo con el FARME establecido. (CG044)

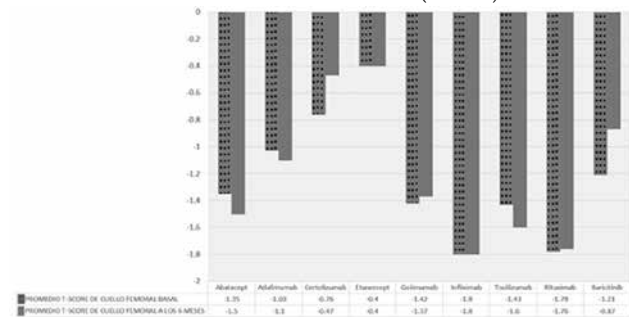
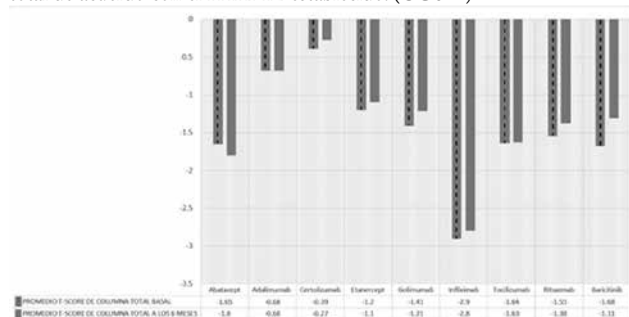


Figura 2. Diferencia entre la DMO basal y a los seis meses de la columna total de acuerdo con el FARME establecido. (CG044)



En el cuello femoral, la mayoría de los tratamientos produjo cambios promedio en el T -score desde -0,150 (abatacept) hasta +0,063 (certolizumab). Es importante destacar que el certolizumab, baricitinib y golimumab fueron los tratamientos que mostraron ganancias promedio positivas en esta área. En cuanto a la columna total, se observan mayores incrementos en los valores promedio de T -score con baricitinib (+0,280) y rituximab (+0,200), lo que sugiere un posible efecto protector sobre la masa ósea trabecular. El abatacept fue el único biológico con el que se observó disminución de la DMO en ambas áreas (-0,150). El adalimumab (-0,070) y el tocilizumab (-0,170) tuvieron un empeoramiento sólo en el cuello femoral.

Conclusiones: Tras el periodo de seguimiento se reconoció una tendencia a que los cambios en la DMO fueran más favorables en la columna vertebral que en el cuello femoral. Los tratamientos con baricitinib, rituximab, golimumab y certolizumab evidenciaron mejores resultados en la conservación o incremento de la DMO, mientras que el uso del abatacept se vinculó con una disminución en ambos sitios evaluados. Es importante señalar que la dosis de glucocorticoides fue mínima y se realizó el análisis estadístico correspondiente para evitar sesgos derivados de este factor. Los pacientes con AR, a pesar de un buen control clínico, pueden experimentar un deterioro óseo progresivo, lo que sugiere que deben considerarse otros factores de riesgo presentes. Se requiere mayor seguimiento para establecer relaciones más claras.

Bibliografía

- Chen YM, Lin CH, Chen HH, *et al.* Risk of osteoporosis in patients with rheumatoid arthritis treated with different biologics: A population-based cohort study. *J Clin Med.* 2021;10(7):1371. doi:10.3390/jcm10071371
- Tawaratsumida H. Risk factors for bone loss in patients with rheumatoid arthritis treated with biologic disease-modifying anti-rheumatic drugs. *BMC Res Notes.* 2017;10(1):765.

CG045

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD EN ESPONDILOARTRITIS JUVENIL Y ADULTA: ANÁLISIS DE LA COHORTE ESPALDA

S. Sánchez-Pérez¹, R.E. Ramírez-Ibarra², E. Ponce-Morales², I.L. Gámez-Saiz², J.P. Romero-López³, J.C. Casasola-Vargas²

⁽¹⁾Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, IPN, ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽³⁾Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Introducción: En las espondiloartritis de inicio juvenil (EAJ) predominan manifestaciones periféricas como artritis y entesitis, mientras que los adultos suelen iniciar con dolor lumbar inflamatorio y mayor compromiso axial. El tiempo de retraso en el diagnóstico es mayor en las EAJ. La sacroilitis es un marcador característico y su gravedad se relaciona con daño estructural avanzado. Los estudios recientes sugieren variaciones en la progresión según sea la edad de inicio. El tratamiento incluye FARME y fármacos biológicos (anti-TNF, anti-IL17), eficaces en ambos grupos, aunque con diferencias en acceso y respuesta clínica.

Objetivo: Comparar las características clínicas, funcionales y radiológicas en pacientes con espondiloartritis de inicio juvenil y adulto de una cohorte de individuos con espondiloartritis.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y analítico basado en la cohorte de pacientes con espondiloartritis del registro ESPALDA (Registro de Espondiloartritis Axial de América). Se incluyó a individuos de una clínica especializada en espondiloartritis con diagnóstico de espondiloartritis clasificados en dos grupos: inicio juvenil (< 17 años) e inicio adulto (≥ 17 años). Se analizaron variables demográficas, clínicas, de actividad de la enfermedad (BASDAI, BASFI, ASDAS-VSG, ASDAS-PCR), retraso diagnóstico, MASES y grado de sacroilitis (escala 0-4, agrupada en leve, moderada y grave) en ambas articulaciones sacroiliacas. La normalidad se evaluó con Shapiro-Wilk; se aplicaron las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney según correspondiera, y ji cuadrada para comparaciones categóricas.

Resultados: Se analizó a 145 pacientes con espondiloartritis: 52 de inicio juvenil y 93 de inicio en el adulto (**Tabla 1**). En cuanto al sexo, los pacientes juveniles fueron predominantemente hombres (80,8%),

mientras que en adultos la distribución fue más equilibrada (58,1% hombres y 41,9% mujeres), con una diferencia significativa entre ambos grupos ($p = 0,009$). Respecto del primer síntoma, en los juveniles predominó el dolor articular periférico (70,2%), en tanto que en los adultos se observó mayor proporción de dolor lumbar (50,6%), diferencia que también fue estadísticamente significativa ($p = 0,035$). Las manifestaciones extraarticulares fueron más frecuentes en adultos, 37,4% vs. 14,8% ($p = 0,007$), con una mayor proporción de uveítis en este grupo, 36,3% vs. 13,0% ($p = 0,004$). En cuanto a las manifestaciones articulares periféricas, los juveniles mostraron una tendencia a mayor inflamación de caderas ($p = 0,05$). El retraso diagnóstico fue similar en ambos grupos (7,48 años en juveniles vs. 7,56 años en adultos; $p = 0,290$). Tampoco se identificaron diferencias en las medias de BASDAI (4,13 vs. 4,60; $p = 0,448$) ni BASFI (5,28 vs. 4,82; $p = 0,727$). Para ASDAS-ESR (2,63 vs. 3,02; $p = 0,096$) y ASDAS-CRP (3,54 vs. 4,06; $p = 0,087$) se identificaron tendencias hacia mayores valores en adultos, aunque sin alcanzar significancia, además de no haber diferencias significativas en la distribución de los grados de sacroilitis derecha ($p = 0,449$) ni izquierda ($p = 0,567$). Finalmente, el uso de fármacos biológicos fue mayor en adultos (20,4% vs. 13,5%), aunque sin diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,276$).

Conclusiones: El inicio juvenil se caracteriza por predominio masculino y un primer síntoma periférico, mientras que en adultos predomina el dolor axial y las manifestaciones extraarticulares, especialmente uveítis. Aunque no se observaron diferencias significativas en la actividad clínica, el retraso diagnóstico o el daño estructural, el fenotipo inicial y las manifestaciones extraarticulares varían según sea la edad de inicio, lo que indica la necesidad de un abordaje diferencial en ambos grupos.

Bibliografía

1. Tse SM, Laxer RM. New advances in juvenile spondyloarthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2018;44(4):733-745.
2. Sommerfleck F, Buschiazzi E, Maldonado Cocco JA, *et al*. Clinical features of juvenile-onset and adult-onset spondyloarthritis: results from a cohort of 97 Latin American patients. *Clin Rheumatol*. 2020;39(5):1567-1573.
3. Niewold TB, Harrison MJ, Paget SA. Juvenile-onset ankylosing spondylitis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2005;31(3):503-518.
4. Ortolan A, van Lunteren M, Sepriano A, *et al*. Radiographic progression in early axial spondyloarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2023;75(6):1119-1131.
5. Xiong A, James T, Zhang Z, *et al*. Radiographic severity of sacroiliitis in juvenile versus adult-onset axial spondyloarthritis: a multicenter cohort study. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:680916.
6. Shen J, Shang Q, Li EK, *et al*. Efficacy and safety of biologics in axial spondyloarthritis: a systematic review and network meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2024;63(3):863-873.

CG046

EVALUACIÓN ULTRASONOGRÁFICA DE LA ARTRITIS EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS: RESULTADOS PRELIMINARES

C.V. Montiel-Castañeda¹, D.I. Rojas-Abarca¹, A. Morales-Meza¹, F.B. Sánchez-Zamudio¹, R.E. Cervantes-Ramírez², J.J. Torres-Ruiz², D. Gómez-Martín², C. Pineda-Villaseñor¹, R.C. Soto-Fajardo¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son enfermedades autoinmunes sistémicas caracterizadas por inflamación muscular crónica, que causa debilidad proximal y mialgias. Sin embargo, su espectro clínico es más amplio, incluidas frecuentes manifestaciones extramusculares como afectación cutánea, enfermedad pulmonar intersticial, miocardiitis y artritis.

La artritis es una manifestación prevalente y heterogénea, informada en 18% a 53% de los pacientes y puede presentarse como poliartritis simétrica no erosiva o, en algunos casos, con daño estructural erosivo que simula artritis reumatoide (AR), especialmente en síndromes de superposición. Esta variabilidad dificulta el diagnóstico diferencial.

El ultrasonido musculoesquelético ha emergido como una herramienta valiosa para evaluar la sinovitis y el daño articular en las MII, aunque se necesitan más estudios para estandarizar su uso, correlacionar los hallazgos con los subtipos clínicos y serológicos, y optimizar el diagnóstico y el tratamiento tempranos.

Objetivo: Describir la frecuencia de manifestaciones articulares en pacientes con miopatías inflamatorias con ecografía musculoesquelética.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico que incluyó a pacientes con diagnóstico de MII de acuerdo con los criterios

Tabla 1. Datos demográficos y clínicos de espondiloartritis juvenil y de inicio en el adulto. (CG045)

Datos clínicos y emográficos n = 145	Juveniles n = 52	Adultos n = 93	Valor de p
Sexo	F: 19,2%; M: 80,8%	F: 41,9%; M: 58,1%	0,0096
Primer síntoma	Dolor articular periférico: 63,5% Dolor lumbar: 26,9% Uveítis: 3,8% Dactilitis: 3,8% Entesitis: 1,9%	Dolor lumbar: 44,1% Dolor articular periférico: 43,0% Entesitis: 4,3% Dactilitis: 3,2% Uveítis: 3,2% Psoriasis: 1,1% Enfermedad inflamatoria intestinal: 1,1%	Dolor articular periférico vs. dolor lumbar 0,035
Retraso en el diagnóstico	Media: 7,48	Media: 7,56	0,29
Articulaciones inflamadas	Caderas: 18% Rodillas: 13% Mediopié: 1,9%	Caderas: 6,6% Rodillas: 12% Mediopié: 4,4%	0,05 0,92 0,3
Clinimetría	Media BASDAI: 4,13 BASFI: 4,82 ASDAS-PCR: 4,06	BASDAI: 4,60 BASFI: 4,82 ASDAS-PCR: 4,06	0,448 0,727 0,087
Grado de sacroilitis	Media Derecha: 2,87 Izquierda: 2,89	Derecha: 2,58 Izquierda: 2,77	0,381 0,574
Uso de tratamiento biológico	13,5%	20,4%	0,41
Manifestaciones extraarticulares	14,8% 13,0% 1,9%	37,4% 36,3% 1,1%	0,007 0,004 1,0

ACR/EULAR 2017. Se realizó una evaluación clínica integral de acuerdo con la clinimetría del consorcio IMACS y un conteo articular de 68 articulaciones. Se recabaron del expediente clínico estudios de laboratorio pertinentes. Tras la evaluación clínica se realizó la evaluación ecográfica. La ecografía se efectuó con un equipo General Electric LOGIQTM con sondas de 8-18MHz y de 4-12MHz y siguió un protocolo estandarizado de 12 articulaciones bilaterales. Se evaluó la sinovitis con la escala semicuantitativa de EULAR/OMERACT (0-3) en los modos B y Doppler. Los investigadores permanecieron cegados a la evaluación clínica. El análisis estadístico se realizó mediante medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y ji cuadrada para comparar hallazgos entre subtipos de miopatías y la rho de Spearman para evaluar la correlación entre el número de articulaciones con sinovitis ecográfica y las variables clinimétricas. El análisis se realizó con el software SPSS (v.26+), con un grado de significación de $p < 0,05$. Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características demográficas. (CG046)

Pacientes	n = 51
Edad	46,1 (14,6)
Mujeres	36 (70,6%)
Evaluación global de la enfermedad (paciente)	2 (2-5)
Evaluación global de la enfermedad (médico)	1 (1-3)
MMT8	80 (78-80)
CPK	134,5 (87,5-332,75)
PCR	0,18 (0,1-0,42)
VSG	4 (2-9)
HAQ	0,38 (0-1,13)
PDN Dosis	5 (2,1-12,5)
Uso de PDN	21 (41,2)
AZA	8 (15,7)
MTX	14 (27,5)
AM	25 (49)
MMF	26 (51)
IC	5 (9,8)
RTX	7 (13,7)
iJAK	1 (2)
IG	3 (5,9)
Plasmaféresis	2 (3,9)
Articulaciones dolorosas	0 (0-0)
Porcentaje de pacientes con articulaciones dolorosas	5 (9,8)
Articulaciones inflamadas	0 (0-0)

MMT8, *Muscle memory test* 8; CPK, creatina fosfoquinasa; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación globular; HAQ, *Health Assessment Questionnaire*; PDN, prednisona; AZA, azatioprina; MTX, metotrexato; AM, antimaláricos; MMF, micofenolato de mofetilo; IC, inhibidor de calcineurina; RTX, rituximab; iJAK, inhibidores de JAK; IG, inmunoglobulina.

Resultados: Se inscribió a 51 pacientes con MII entre julio y agosto de 2025, en su mayoría mujeres (70,6%) con una edad promedio de 46 años. El diagnóstico principal fue dermatomiositis (62,7%) y el tiempo promedio de evolución de la enfermedad fue de 48 meses. El tratamiento inmunosupresor más usado fue el micofenolato de mofetilo (51%), seguido de antimaláricos (49%). Un 41,2% recibía corticosteroides y un 13,7% fármaco biológico con rituximab. Los parámetros de laboratorio, como la creatinina cinasa, se mantenían dentro de intervalos normales. La mayoría presentaba baja actividad clínica y ninguno mostraba actividad articular en la exploración física. Sin embargo, la ecografía reveló sinovitis, principalmente en rodillas (25 articulaciones) y codos (15 articulaciones). Sólo 12 pacientes presentaron sinovitis clínicamente significativa, grado ≥ 2 en la escala de grises o Doppler, de los cuales ocho sufrían afectación de una sola articulación (**Figura 1**). No se hallaron diferencias entre el número de articulaciones afectadas y el subtipo de MII. Tampoco se identificó una correlación entre la actividad de la MII y la presencia de sinovitis.

Conclusiones: La ecografía reveló sinovitis subclínica en rodillas y codos leve, a pesar de la baja actividad clínica. El 23% de los pacientes tuvo sinovitis clínicamente significativa, aunque sólo el 7% la presentaba en más de una articulación. No se encontró relación entre la presencia de sinovitis y la actividad global de la enfermedad.

Bibliografía

- Lundberg IE, Fujimoto M, Vencovsky J, *et al.* Idiopathic inflammatory myopathies. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1):86.
- 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.

CG047

GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN SÍNDROME ANTISINTETASA EN SU FASE AGUDA: INCIDENCIA DE SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

M.I. González-Pérez¹, J. Lerma-López², D. Rivero-Gallegos¹, M. Mejía¹, N. Ruiz-Gómez¹, K. Chacón-Abril¹, G.B. Garduño-Arriaga¹, J. Rojas-Serrano¹

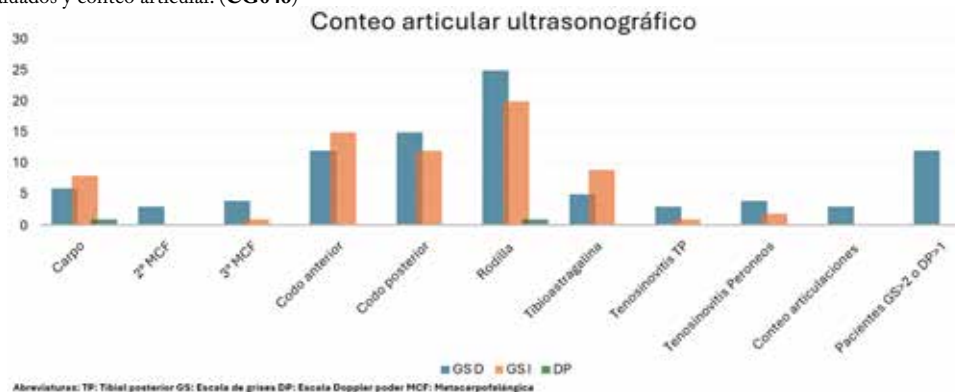
⁽¹⁾Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias INER, ⁽²⁾ISSSTE, Culiacán

Introducción: Las manifestaciones pulmonares son la principal causa de morbilidad en el síndrome antisintetasa (SAS). Hasta el momento se desconoce la incidencia de síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) en la fase aguda del síndrome, los factores de riesgo relacionados y el pronóstico de este trastorno.

Objetivo: Determinar la incidencia del SIRA, evaluar los factores de riesgo adjuntos y su pronóstico en pacientes con síndrome antisintetasa.

Material y métodos: Se incluyó a sujetos con SAS de acuerdo con los criterios del ACR/EULAR 2025. Todos los pacientes se evaluaron de

Figura 1. Sitios evaluados y conteo articular. (CG046)



manera protocolizada. Se registraron variables clínicas y tomográficas. Para definir SIRA se utilizaron los criterios de Berlín 2012 y se clasificaron como aquellos sujetos que tuvieran índice $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ como SIRA leve, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ como SIRA moderado y $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100$ como SIRA grave. Se calculó la fuerza de la relación de las diferentes variables clínicas, tomográficas y serológicas (tipo de anticuerpo antisintetasa) con SIRA. Se determinaron la mortalidad y los factores relacionados con éste. Este trabajo es un subanálisis de protocolos registrados por el comité de ética con registro C08-17 y C06-23.

Resultados: Se identificó a 210 pacientes con SAS con valores de gasometría en su evolución basal. Hasta 172 (82%) cumplieron criterios de SIRA, con SIRA leve 118 (56,19%), moderado 54 (25,71%) y ninguno grave. La **Tabla 1** describe la cohorte y la fuerza de la relación de las variables analizadas. Todos los pacientes se trataron con prednisona hasta una dosis de 50 mg/día y el 55% con un esquema combinado de metotrexato con leflunomida. De los pacientes con SIRA, el 81% mostró mejoría con un incremento absoluto de la CVF o DLCO de un 10% o un 15% del predicho en las pruebas de función pulmonar a los seis meses de seguimiento. Nueve sujetos murieron. No hubo diferencia en la mortalidad de los pacientes que tuvieron SIRA respecto de los que no lo presentaron (**Figura 1**).

Conclusiones: El SIRA tiene una elevada incidencia en la fase aguda del SAS. A pesar de la gravedad de este diagnóstico, la gran mayoría de los pacientes experimenta mejoría con el tratamiento adecuado. Es vital que se considere al SAS como parte del diagnóstico diferencial del SIRA.

Bibliografía

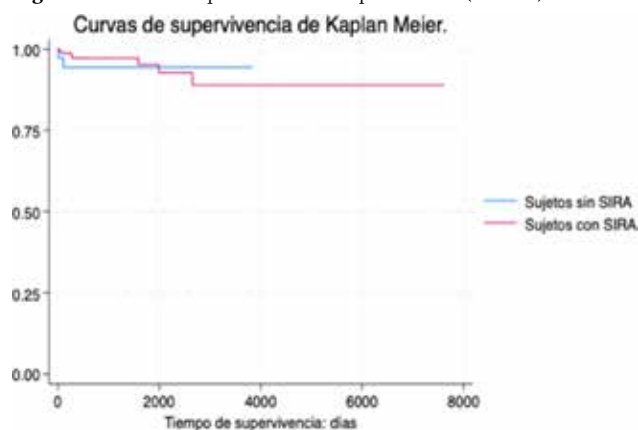
- Hervier B, Uzunhan Y. Inflammatory myopathy-related interstitial lung disease: from pathophysiology to treatment. *Respir Med Res.* 2020;78:100774. doi: 10.1016/j.resmer.2020.100774.
- Kim SH, Park IN. Acute respiratory distress syndrome as the initial clinical manifestation of an antisynthetase syndrome. *Tuberc Respir Dis (Seoul).* 2016;79(3):188-92. doi:10.4046/trd.2016.79.3.188.

Tabla 1. (CG047)

Variable	Todos los pacientes, n = 210	Pacientes con SIRA, n = 172	Pacientes sin SIRA, n = 38	OR (IC95%) p
Sexo f/m	141 (67%)/69 (33%)	116 (67%)/56 (33%)	25 (66%)/13 (34%)	0,92 (0,44-1,9) 0,8
Edad	55,2 ± 11,8	55,5 ± 11,6	54,2 ± 12,8	1,009 (0,97-1,04) 0,5
Pacientes Jo1 positivos	68 (33%)	52 (30%)	16 (42%)	0,59 (0,28-1,22) 0,16
Pacientes Ro52 positivos	108 (53%)	90 (53,5%)	18 (50%)	1,15 (0,56-2,37) 0,7
Patrón tomográfico NOC	71 (33,81%)	57 (33%)	14 (37%)	0,84 (0,40-1,76) 0,6
NINE	97 (46%)	79 (45%)	18 (47%)	0,94 (0,46-1,9) 0,8
NIU	27 (13%)	24 (14%)	3 (8%)	1,89 (0,53-6,63) 0,32
Extensión total Goh	56 ± 21,6	57,15 ± 21,6	47,4 ± 20,17	1,02 (1,001-1,04) 0,034
Extensión de vidrio deslustrado consolidación Goh	47,44 ± 21,24	49,11 ± 21,46	40,77 ± 19,27	1,02 (0,99-1,04) 0,06
Extensión de fibrosis Goh	6 (2,5-13,44)	6,25 (2,72-14,24)	5,12 (1,28-8,5)	1,04 (0,99-1,10) 0,093

SIRA, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda; NOC, neumonía organizada criptogénica; NINE, neumonía intersticial no específica; NIU, neumonía intersticial usual.

Figura 1. Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. (CG047)



CG048

AUTOPERCEPCIÓN, CALIDAD DE VIDA Y SEXUALIDAD EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTÁNEA Y ARTRITIS PSORIÁSICA

D. Alpízar-Rodríguez¹, L. Hernández-González¹, C.A. Maldonado-García², A. Bernal-González¹, A. Peña-Ayala¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS,

⁽²⁾Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua

Introducción: La psoriasis cutánea y la artritis psoriásica (PC/AP) son enfermedades inflamatorias crónicas que comprometen piel o articulaciones y modifican de manera significativa el bienestar sociopsicológico de los pacientes. Además de la limitación funcional, afectan la autoestima, la percepción de la imagen corporal y sexualidad, y también directamente la calidad de vida.

Objetivo: Describir la autoestima, la percepción de imagen corporal, la calidad de vida y la sexualidad en pacientes con PC y AP.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de PC y AP evaluados por el servicio de dermatología y referidos posteriormente a los de reumatología y psicología. Se corroboró la presencia de artritis por ultrasonido. Se recabaron variables sociodemográficas, tiempo desde el diagnóstico y PASI a la evaluación de reumatología y psicología. Se aplicaron la Escala de autoestima de Rosenberg (RSE), el Cuestionario de imagen corporal (BSQ) y el de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL). Se aplicó un cuestionario de función eréctil para hombres y de función sexual para mujeres. Se realizó análisis estadístico descriptivo y comparativo de grupos por sexo con la prueba exacta de Fisher para variables categóricas y Kruskal-Wallis para variables continuas. Se condujo un análisis de regresión logística univariante para determinar la relación de edad, sexo y tiempo de diagnóstico con artritis.

Resultados: Se analizó a un total de 34 pacientes, con una mediana de edad de 49 años (RIC, 25-75%, 41-58), con 23 (68%) hombres. Más de la mitad de los pacientes tenía escolaridad mayor a preparatoria (64,7%) y empleo (70,6%). Los pacientes señalaron una mediana de tiempo desde el diagnóstico de 10 (4-7) años. En el análisis univariable no se identificó relación estadísticamente significativa de edad o tiempo de diagnóstico de enfermedad con la presencia de artritis (OR, 0,9; IC95%, 0,9-1,1 y OR, 0,9; IC95%, 0,8-1,1) y tendencia de relación con sexo femenino (OR, 8,3; IC95%, 0,8-91,3). La **Tabla 1** muestra la comparación por grupos de sexo. Los hombres señalaron ser empleados de manera más frecuente, 82,6% contra 45,4% (p = 0,04). En la evaluación psicopsicosocial y sexual, los hombres refirieron una autoestima alta más frecuentemente (89,3% vs. 36,4, p = 0,03). Se observó una tendencia en las mujeres a tener preocupación marcada/exagerada por su imagen corporal (18,2% vs. 8,7%, p = 0,42). La calidad de vida no fue diferente entre los grupos, tanto en el dominio físico, psicológico, social y de entorno como de manera general (p = 0,77). En cuanto a la sexualidad, la función eréctil fue normal en 26,1% de los

Tabla 1. Características de los pacientes con artritis psoriásica: comparación por sexo. (CG048)

Variable	Total n = 34	Masculino n = 23	Femenino n = 11	p
Características sociodemográficas				
Edad, mediana (RIC)	49 (41-58)	50 (44-58)	45 (36-65)	0,50
Escolaridad, n (%)				0,46
Primaria/secundaria	12 (35,3)	7 (30,4)	5 (45,5)	
Preparatoria o mayor	22 (64,7)	16 (69,6)	6 (54,6)	
Características enfermedad				
Tiempo desde el diagnóstico, años, mediana (RIC)	10 (4-17)	5 (4-14)	10 (1-20)	0,55
PASI basal, mediana (RIC)	17,3 (12,3-24,5)	16,5 (12,3-22,3)	24,5 (5,4-99,0)	0,34
Artritis, n (%)	4 (11,8)	1 (4,4)	3 (27,3)	0,08
Evaluación psicología				
Puntuación total de prueba de Rosenberg, mediana (RIC)	32,5 (29-36)	34 (31-37)	29 (26-32)	0,02
Autoestima alta, n (%)	22 (64,7)	18 (78,3)	4 (36,4)	0,03
Autoestima media, n (%)	10 (29,4)	4 (17,4)	6 (54,6)	
Efecto bajo, n (%)	2 (5,9)	1 (4,4)	1 (9,1)	
Imagen corporal, mediana (RIC)	47 (34-67)	45 (34-56)	67 (38-73)	0,12
Sin preocupación/leve	30 (88,2)	21 (91,3)	9 (81,8)	0,42
Marcada/exagerada	4 (11,8)	2 (8,7)	2 (18,2)	
Calidad de vida (WHOQOL)				
Dominio físico, mediana (RIC)	13,1 (11-15)	13,7 (11-15)	11,7 (10-16)	0,55
Dominio psicológico, mediana (RIC)	13,3 (11-14)	13,3 (10-15)	13,3 (12-14)	0,65
Dominio social, mediana (RIC)	13,3 (8-16)	14,6 (9-16)	10,7 (7-16)	0,34
Dominio de entorno, mediana (RIC)	13,5 (10-16)	14,0 (11-17)	13,0 (8-16)	0,32
General , mediana (RIC)	12 (8-16)	12 (8-20)	12 (8-16)	0,77
Baja calidad de vida, n (%)	13 (39,4)	9 (39,1)	4 (40,0)	0,83
Moderada calidad de vida, n (%)	8 (24,2)	5 (21,7)	3 (30,0)	
Alta calidad de vida, n (%)	12 (36,4)	9 (39,1)	3 (30,0)	
Función eréctil, mediana (RIC)	-	18 (13-22)	-	-
Función eréctil normal	-	6 (26,1)	-	-
Disfunción eréctil leve	-	8 (34,8)	-	
Disfunción eréctil leve a moderada	-	5 (21,7)	-	
Disfunción eréctil moderada	-	4 (17,4)	-	
Función sexual mujeres	-	-	-	-
Deseo, trastorno moderado/grave, n (%)	-	-	7 (63,6)	-
Excitación, trastorno moderado/grave, n (%)	-	-	6 (54,5)	-
Lubricación, trastorno moderado/grave, n (%)	-	-	6 (54,5)	-
Orgasmo, trastorno moderado/grave, n (%)	-	-	5 (45,4)	-
Problemas penetración vaginal, trastorno moderado/grave, n (%)	-	-	2 (18,2)	-
Ansiedad anticipatoria, trastorno moderado/grave, n (%)	-	-	3 (27,3)	-

*p < 0,05 por prueba exacta de Fisher o Kruskal-Wallis, distribución no paramétrica de datos.

pacientes. El dominio de la función sexual más afectado en mujeres fue el deseo (63,6%).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con psoriasis/artritis psoriásica se observaron diferencias por sexo en aspectos psicosociales y de sexualidad. Los hombres mostraron mayor autoestima, mientras que las mujeres mayor preocupación por la imagen corporal y afectación en el deseo sexual. La calidad de vida no presentó diferencias significativas entre grupos. Estos hallazgos resaltan la necesidad de un abordaje integral que

considere dimensiones emocionales y sexuales, además del control clínico de la enfermedad.

Bibliografía

1. Nazik H, Nazik S, Gul FC. Body image, self-esteem, and quality of life in patients with psoriasis. Indian Dermatol Online J. 2017;8:343-6.
2. Salle R. Psoriasis and sexuality: patients express their feelings. Skin Health Dis. 2023;3:e199.

CG049

EFICACIA Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS A CINCO AÑOS DEL ESTUDIO FASE 3 SELECT-PSA 1

A. Chapela-Meneses¹, I. McInnes², Kato Koji³, M. Magrey⁴, J. Merola⁵, Kashimoto Mitsumasa⁶, D. Haaland⁷, L. Coates⁸, I. Lagunes³, Liu Yanxi³, E. Mancil³, Parikh Bhumik³, C. Phillips³

⁽¹⁾AbbVie Farmacéuticos México, ⁽²⁾Facultad de Medicina, Veterinaria y Ciencias de la Vida, Universidad de Glasgow, Glasgow (Reino Unido), ⁽³⁾AbbVie Inc, North Chicago, IL, USA, ⁽⁴⁾Division Chief of Rheumatology at University Hospitals Cleveland Medical Center, Case Western Reserve University School of Medicine at University Hospitals, Cleveland, OH, United States; ⁽⁵⁾Department of Dermatology and Department of Medicine, Division of Rheumatology, UT Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, USA, ⁽⁶⁾Department of Nephrology and Rheumatology, Kyorin University School of Medicine, Tokyo, Japan, ⁽⁷⁾McMaster University, Hamilton, Ontario, NOSM University, Sudbury, Ontario, and The Waterside Clinic, Orillia, Ontario, Canada, ⁽⁸⁾NIHR Clinician Scientist and Senior Clinical Research Fellow, Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences, University of Oxford, Oxford, UK

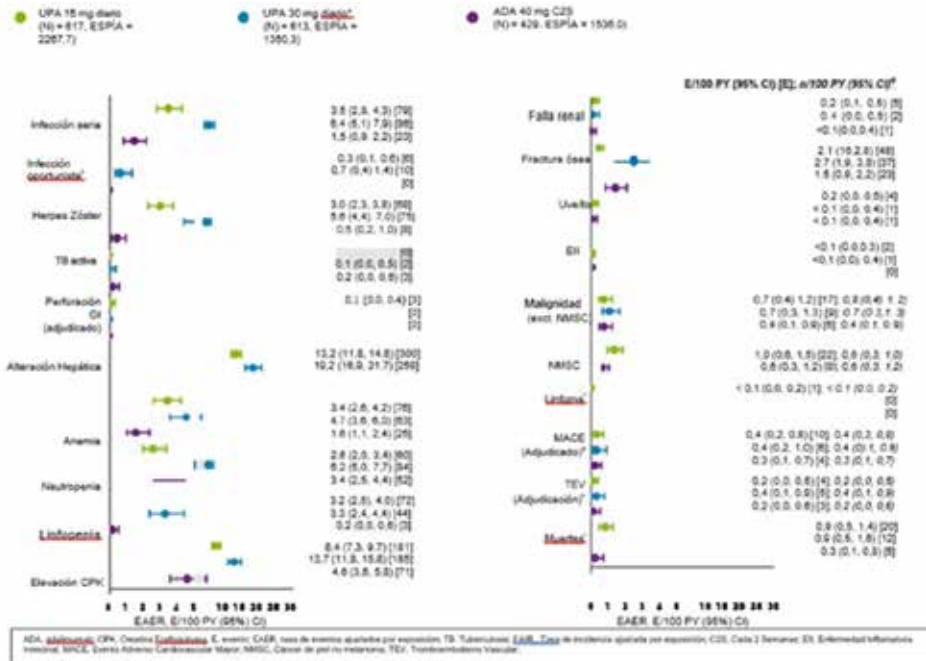
Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a articulaciones y piel. El tratamiento estándar incluye FARME no biológicos, pero muchos pacientes muestran una respuesta inadecuada o intolerancia. El upadacitinib (UPA), un inhibidor oral de la cinasa Janus (JAK), ha demostrado eficacia en la mejora de signos y síntomas de AP hasta la semana 12 (estudio principal) y en extensiones a largo plazo hasta las semanas 104 (dos años) y 152 (tres años) en el estudio fase 3 SELECT-PSA 1. Sin embargo, existen pocos datos sobre la seguridad y eficacia sostenidas comparadas directamente con adalimumab (ADA), un anti-TNF, en el contexto de tratamiento prolongado (cinco años).

Objetivo: Evaluar la seguridad y eficacia a largo plazo de UPA frente a ADA en pacientes con AP activa e historial de respuesta inadecuada o intolerancia a ≥ 1 FARME convencional, específicamente hasta la semana 260 (cinco años) en el marco del estudio SELECT-PSA 1.

Material y métodos: Participaron los pacientes adultos con AP aleatorizados para recibir UPA (15 mg diario), UPA (30 mg diario), ADA (40 mg SC cada dos semanas), o placebo durante las primeras 24 semanas. Al finalizar este periodo, los pacientes del grupo placebo cambiaron a UPA (15 mg, 30 mg) o se mantuvieron con ADA. Los participantes inicialmente en el grupo de 30 mg pasaron gradualmente a 15 mg (el cambio más temprano ocurrió en la semana 104) cuando la dosis de 15 mg se aprobó. El análisis de seguridad consideró a todos los pacientes que recibieron al menos una dosis del fármaco, al resumir efectos adversos (EAER) y tasas de incidencia ajustadas por exposición (EAIR) para efectos de interés (**Figura 1**). La eficacia se evaluó con imputación por no respondedor (NRI) y análisis por observación (AO) de criterios binarios (ACR20/50/70, MDA, PASI75/90/100) y continuos (HAQ-DI, evaluación de dolor, progresión radiográfica mediante calificación de Sharp modificada).

Resultados: Un total de 1 704 pacientes recibió al menos una dosis y 983 (57,7%) completaron 260 semanas de tratamiento. Las principales razones de discontinuación fueron efectos adversos (8,4%), retiro de consentimiento (6,2%) y falta de eficacia (4,7%). El perfil de seguridad de UPA a cinco años se mantuvo consistente con ADA y con datos de años previos; las tasas de neoplasias graves (sin incluir el cáncer de piel distinto del melanoma), efectos cardiovasculares mayores y tromboembolismo venoso fueron bajas y similares entre grupos. Las tasas de infecciones graves, herpes zoster, anemia, linfopenia, elevación de CPK y cáncer de piel no melanoma fueron mayores con UPA respecto de ADA, y fueron más pronunciadas con la dosis de 30 mg en comparación con 15 mg (**Tabla 1**). La mortalidad fue comparable entre UPA y ADA, y la principal causa fue la neumonía por COVID-19. La eficacia clínica (ACR20/50/70, MDA, PASI75/90/100) con UPA de 15 mg se mantuvo estable hasta la semana 260 y fue comparable a ADA en todos los análisis

Figura 1. Tasas de eventos ajustadas por exposición efectos adversos emergentes de tratamiento a la semana 260 (cinco años). (CG049)



ADALIMUMAB (ADA) y UPADACITINIB (UPA) se los otorgó el Hospital de la Universidad de Glasgow. El estudio SELECT-PSA 1 es un estudio de fase 3, aleatorizado, controlado, a doble ciego, que evalúa la eficacia y seguridad de UPA en comparación con ADA en pacientes con AP activa e historial de respuesta inadecuada o intolerancia a ≥ 1 FARME convencional. Los pacientes fueron aleatorizados a recibir UPA (15 mg diario) o UPA (30 mg diario) o ADA (40 mg SC cada dos semanas) o placebo durante las primeras 24 semanas. Los pacientes del grupo placebo cambiaron a UPA (15 mg, 30 mg) o se mantuvieron con ADA. Los participantes inicialmente en el grupo de 30 mg pasaron gradualmente a 15 mg (el cambio más temprano ocurrió en la semana 104) cuando la dosis de 15 mg se aprobó. El análisis de seguridad consideró a todos los pacientes que recibieron al menos una dosis del fármaco, al resumir efectos adversos (EAER) y tasas de incidencia ajustadas por exposición (EAIR) para efectos de interés. La eficacia se evaluó con imputación por no respondedor (NRI) y análisis por observación (AO) de criterios binarios (ACR20/50/70, MDA, PASI75/90/100) y continuos (HAQ-DI, evaluación de dolor, progresión radiográfica mediante calificación de Sharp modificada). La mortalidad fue comparable entre UPA y ADA, y la principal causa fue la neumonía por COVID-19. La eficacia clínica (ACR20/50/70, MDA, PASI75/90/100) con UPA de 15 mg se mantuvo estable hasta la semana 260 y fue comparable a ADA en todos los análisis.

Tabla 1. (CG049)

Variable/punto final	UPA, 15 mg diario	UPA, 15 mg diario	UPA, 30 mg diario	UPA, 30 mg diario	ADA, 40 mg C2S	ADA, 40 mg C2S
	AO	NRI	AO	NRI	AO	NRI
Proporción de pacientes, % (IC95%)						
ACR20	n/N = 233/258	n/N = 229/429	n/N = 226/261	n/N = 219/423	n/N = 227/263	n/N = 232/429
	90,3 (86,7, 93,9)	53,4 (48,7, 58,1)	86,6 (82,5, 90,7)	51,8 (47,0, 56,5)	86,3 (82,2, 90,5)	52,0 (47,3, 56,7)
ACR50	n/N = 188/262	n/N = 189/429	n/N = 185/260	n/N = 181/423	n/N = 174/262	n/N = 169/429
	71,6 (66,3, 77,2)	44,1 (39,4, 48,9)	71,2 (65,6, 76,7)	42,8 (38,1, 47,5)	66,4 (60,7, 72,1)	39,4 (34,8, 44,0)
ACR70	n/N = 123/261	n/N = 126/429	n/N = 125/258	n/N = 125/423	n/N = 117/262	n/N = 124/429
	47,1 (41,5, 53,2)	29,4 (25,1, 33,7)	48,4 (42,4, 54,5)	29,6 (25,3, 33,9)	44,7 (38,6, 50,7)	28,9 (24,6, 33,2)
MDA	n/N = 156/265	n/N = 145/429	n/N = 163/261	n/N = 155/423	n/N = 144/262	n/N = 146/429
	58,9 (52,9, 64,8)	33,8 (29,3, 38,3)	62,5 (56,6, 68,3)	36,6 (32,1, 41,2)	55,0 (49,0, 61,0)	34,0 (29,5, 38,5)
PASI75	n/N = 105/134	n/N = 96/214	n/N = 103/129	n/N = 99/210	n/N = 115/135	n/N = 79/211
	78,4 (71,4, 85,3)	44,9 (38,2, 51,5)	79,8 (72,9, 86,8)	47,1 (40,4, 53,9)#	85,2 (79,2, 91,2)	37,4 (30,9, 44,0)
PASI90	n/N = 90/134	n/N = 83/214	n/N = 85/129	n/N = 81/210	n/N = 97/135	n/N = 69/211
	67,2 (59,2, 75,1)	38,8 (32,3, 45,3)	65,9 (57,7, 74,1)	38,6 (32,0, 45,2)	71,9 (64,3, 79,4)	32,7 (26,4, 39,0)
PASI100	n/N = 63/134	n/N = 59/214	n/N = 65/129	n/N = 51/210	n/N = 69/135	n/N = 48/211
	47,0 (38,6, 55,5)	27,6 (21,6, 33,6)	52,7 (44,1, 61,3)	31,0 (24,7, 37,2)	51,1 (42,7, 59,5)	22,7 (17,1, 28,4)
Resolución de entesitis por LEI ^c	n/N = 145/174	n/N = 122/270	n/N = 139/162	n/N = 126/268	n/N = 135/163	n/N = 86/265
	83,3 (77,8, 88,9)	45,2 (39,2, 51,1)**	85,8 (80,4, 91,2)	47,0 (41,0, 53,0)###	82,8 (77,0, 88,6)	32,5 (26,8, 38,1)
Resolución de dactilitis por LDI ^d	n/N = 91/92	n/N = 77/136	n/N = 81/84	n/N = 71/127	n/N = 91/92	n/N = 60/127
	98,9 (96,8, 100,0)	56,6 (48,3, 64,9)	96,4 (92,5, 100,0)	55,9 (47,3, 64,5)	98,9 (96,8, 100,0)	47,2 (38,6, 55,9)
Cambio desde el inicio, media (IC95%) o media (DE) ^e	Descriptiva (AO)	MMRM (AO)	Descriptiva (AO)	MMRM (AO)	Descriptiva (AO)	MMRM (AO)
HAQ-DI	n = 260	n = 421	n = 262	n = 419	n = 262	n = 425
	-0,59 (0,62)	-0,53 (-0,58, -0,48)	-0,59 (0,59)	-0,54 (-0,59, -0,48)*	-0,51 (0,58)	-0,46 (-0,51, -0,40)
Dolor (EVA, NRS)	n = 260	n = 421	n = 262	n = 419	n = 262	n = 425
	-3,7 (2,5)	-3,3 (-3,5, -3,0)	-3,6 (2,6)	-3,2 (-3,5, -3,0)	-3,4 (2,6)	-3,1 (-3,4, -2,9)
BASDAI ^f	n = 88	n = 137	n = 88	n = 137	n = 78	n = 123
	-3,35 (2,28)	-3,22 (-3,60, -2,84)	-3,47 (2,37)	-3,18 (-3,56, -2,79)	-3,07 (2,67)	-3,02 (-3,43, -2,61)
ASDAS ^f	n = 83	n = 137	n = 83	n = 137	n = 74	n = 123
	-1,69 (1,10)	-1,56 (-1,76, -1,37)	-1,90 (1,17)	-1,63 (-1,82, -1,44)	-1,54 (1,22)	-1,49 (-1,69, -1,29)
mTSS	n = 252	n = 264	n = 244	n = 259	n = 246	n = 259
	0,24 (2,71)	0,23 (0,02, 0,48)	0,19 (1,38)	0,20 (-0,06, 0,46)	0,23 (1,63)	0,22 (-0,04, 0,48)

(diferencia < 10%). Los cambios en HAQ-DI, evaluación de dolor y progresión radiográfica también fueron sostenidos y similares entre ambos grupos al cabo de cinco años.

Conclusiones: El UPA demuestra un perfil de seguridad estable y eficacia mantenida hasta cinco años en pacientes con AP activa y respuesta inadecuada/intolerancia a FARME convencional. No se identificaron nuevos riesgos de seguridad con el uso prolongado y la eficacia fue comparable a la del adalimumab. Estos hallazgos refuerzan el valor de UPA como opción terapéutica a largo plazo para pacientes con AP.

Bibliografía

- McInnes YO, Nash P, Ritchlin CT, *et al.* N Engl J Med. 2021;384:1227-39.
- McInnes YO, Nash P, Ritchlin CT, *et al.* Rheumatol Int. 2023; 10:275-92.
- McInnes YO, Nash P, Ritchlin CT, *et al.* Ann Rheum Dis. 2023. [Abstract].
- Burmester G, Nash P, Manz MG, *et al.* RMD Open. 2023;9:e002735.

CG050

PATRONES DE EXPRESIÓN GLOMERULAR DE IL-17A EN NEFRITIS LÚPICA

J.A. Castillo-Hernández¹, A.F. Aguilar-Vázquez¹, C.E. Juárez-Gómez², A. González-Monroy¹, L.J. Vidal-Arellano¹, B.T. Martín-Márquez³, C.A. Gómez-Ríos⁴, O.E. Pizano-Martínez¹, E.A. Martínez-García¹, L. Andrade-Ortega⁵, F.J. Pérez-Vázquez¹, M. Cabrera-López¹, A. Llamas-García¹, M. Vázquez-Del Mercado¹

⁽¹⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾CUCS, UDG; ⁽³⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁴⁾IIRSME, CUCS, UDG; ⁽⁵⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁶⁾CLATEJ; ⁽⁷⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁸⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una de las manifestaciones más graves del lupus eritematoso sistémico (LES), caracterizada por inflamación glomerular mediada por depósitos inmunes y citocinas proinflamatorias. Entre las citocinas relacionadas con la vía Th17, la interleucina 17A (IL-17A) ha cobrado relevancia por su papel en la activación de células endoteliales y mesangiales, así como en la amplificación de la respuesta inflamatoria. Se ha descrito su incremento en suero y orina de pacientes con NL, pero su expresión específica en tejido renal y su correlación con marcadores clínicos aún requieren mayor clarificación.

Objetivo: Caracterizar la expresión de IL-17A en biopsias renales de pacientes con NL moderada y grave, describir su localización glomerular y tubulointersticial, y analizar su vinculación con parámetros clínicos de actividad y daño renal.

Material y métodos: El estudio incluyó a 20 pacientes (18 mujeres y 2 hombres) con LES y diagnóstico histológico de NL, inscritos en el Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, México. Todos cumplieron los criterios EULAR/ACR 2019. La expresión de IL-17A se evaluó mediante inmunohistoquímica (IHQ) en cortes de tejido fijado en paraformaldehído. Se analizó la intensidad de expresión en los compartimentos glomerulares y tubulointersticiales, clasificada en expresión negativa (0%), leve (1-30%), moderada (31-60%), intensa (61-80%) o sobreexpresión (81-100%). Se correlacionó con variables clínicas como creatinina sérica, urea, hemoglobina, valores de complemento y proteína C reactiva (PCR). Se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas, tras considerar $p < 0,05$ significativa.

Resultados: IL-17A mostró un patrón de expresión predominantemente glomerular, con tinciones intensas en podocitos y células mesangiales. Su presencia se correlacionó con parámetros clínicos de actividad, como cifras elevadas de creatinina y urea, lo cual sugiere un vínculo directo con deterioro de la función renal. Asimismo, se observó una relación con anemia significativa y elevación de PCR, lo que confirmó su papel como mediador proinflamatorio sistémico. No se identificó una relación clara con los valores séricos de complemento, aunque sí con daño glomerular activo en formas proliferativas de NL. En el compartimento tubulointersticial, la expresión fue menos intensa, aunque presente en algunos infiltrados inflamatorios (**Figura 1**). En conjunto, estos hallazgos señalan que IL-17A contribuye principalmente a la inflamación glomerular y se relaciona con marcadores clínicos de actividad y gravedad.

Conclusiones: IL-17A se expresa de forma significativa en glomérulos de pacientes con NL y se vincula con parámetros clínicos de daño renal y actividad inflamatoria. Su presencia refuerza el papel de la vía Th17 en la fisiopatología de la NL, con implicaciones potenciales para su uso como

biomarcador de actividad y posible blanco terapéutico. Estos resultados aportan evidencia de que IL-17A no sólo participa en la inflamación sistémica, sino que ejerce un papel directo en el daño renal glomerular.

Bibliografía

- McGeachy MJ, DJ Cua, and SL Gaffen. The IL-17 family of cytokines in health and disease. *Immunity*. 2019;50(4):892-906.
- Mills KHG. IL-17 and IL-17-producing cells in protection versus pathology. *Nat Rev Immunol*. 2023;23(1):38-54.

CG051

ASOCIACIÓN DE POLIMORFISMOS VDR (BsmI Y TaqI) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y CONTROLES SANOS DEL SUR DE MÉXICO

A.F. Muñoz-Jaimes¹, J. Campos-Murillo¹, P.M. Navarro-Rodríguez¹, J.F. Muñoz-Valle¹, J.E. Navarro-Zarza², F.J. Turrubiales-Hernández¹, C.O. Hernández-Ramírez¹, S. Ramírez-De Los Santos¹, C.J. Baños-Hernández¹, H.R. Ceja-Gálvez¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, ⁽²⁾Hospital IMSS Bienes-
tar Raymundo Abarca Alarcón, Chilpancingo de los Bravos, Guerrero, México

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por sinovitis y destrucción articular irreversible. Su etiología es multifactorial, en la que intervienen diversos factores tanto ambientales como genéticos. Entre los genes probables se encuentra VDR (receptor de vitamina D), un factor de transcripción nuclear dependiente de calcitriol (forma activa de la vitamina D). Este receptor regula la expresión de genes vinculados con la inflamación y la modulación del sistema inmune. Se han identificado diversos polimorfismos de VDR como BsmI (A>G, rs1544410) localizado en el intrón 8 y TaqI (C>T, rs731236) localizado en el exón 9, relacionados con enfermedades autoinmunes.

Objetivo: Vincular los polimorfismos del receptor de vitamina D BsmI (A>G, rs1544410) y TaqI (C>T, rs731236), en pacientes con AR y controles sanos del sur de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles que incluyó a 348 pacientes con diagnóstico de AR y 332 controles sanos, pareados por edad. Se recogieron datos clínicos (tiempo de evolución, DAS28 y HAQ), serológicos (FR y anti-CCP) y tratamiento. El DNA genómico se aisló de leucocitos sanguíneos mediante el método de *salting-out*. La genotipificación se realizó con análisis de discriminación alélica TaqManTM en un sistema QuantStudio 5 (Applied Biosystems, USA). Se determinaron frecuencias alélicas y genotípicas, y se evaluaron en distintos modelos genéticos (codominante, dominante, recesivo y alélico). Se empleó regresión logística para determinar las razones de momios (OR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%), tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: La edad de los pacientes fue de 47 años y 45 años en controles, con predominio del sexo femenino en ambos grupos. Los pacientes presentaron una enfermedad establecida con un tiempo de evolución de cinco años y en su mayoría activa (DAS28 moderada/alta: 31%), con alta prevalencia de autoanticuerpos (FR+ = 94,4%, anti-CCP+ 95,2%). La distribución genotípica para ambos polimorfismos cumplió con el equilibrio de Hardy-Weinberg en los controles. Para el polimorfismo BsmI, la distribución de genotipos (AA, AG, GG) en casos fue de 3,16%, 24,71% y 72,13%, respectivamente, comparado con 1,8%, 23,19% y 75,01% en sujetos control. Ninguno de los modelos analizados mostró una vinculación estadísticamente significativa (**Tabla 1**), para el dominante (AG+GG *vs.* AA; OR: 1,77, IC95%, 0,64-5,23; $p = 0,27$), recesivo (GG *vs.* AA+AG; OR: 0,88, IC95%, 0,61-1,25; $p = 0,48$) o alélico (G *vs.* A; OR: 0,95, IC95%, 0,70-1,31; $p = 0,79$). Para el polimorfismo TaqI, la distribución de genotipos (CC, CT, TT) fue de 77,3%, 19,25% y 3,45% en AR, y 77,11%, 21,39% y 1,5% en controles. En ningún modelo se observaron relaciones significativas (**Tabla 1**) para el modelo dominante (CT+TT *vs.* CC; OR: 1,011, IC95%, 0,7-1,44; $p = 0,1$), recesivo (CC *vs.* CT+TT; OR: 0,42, IC95%, 0,13-1,206; $p = 0,11$) y alélico (T *vs.* C; OR: 0,92, IC95%, 0,66-1,27; $p = 0,62$).

Figura 1. (CG050)

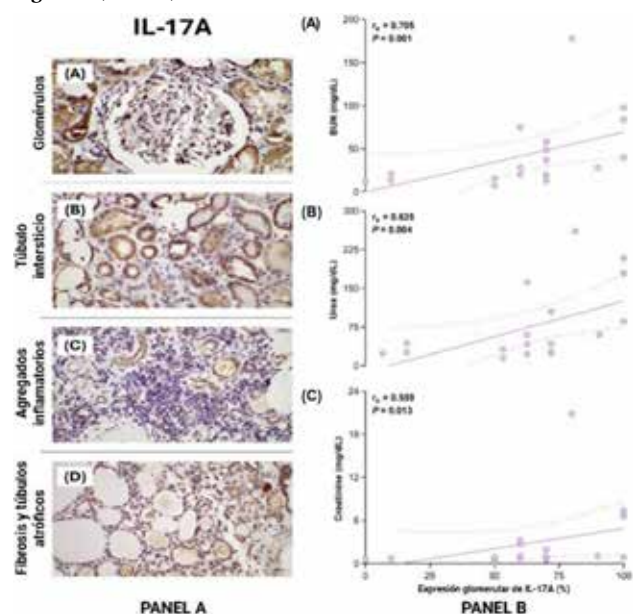


Tabla 1. Frecuencias genotípicas y alélicas de los polimorfismos *BsmI* y *TaqI* de *VDR* en pacientes con AR y SC. (CG051)

Modelo	Casos AR n = 348, % (n)	Controles n = 332, % (n)	OR	IC95%	p ^b
<i>BsmI</i> (rs1544410)					
Codominante					
AA ^a	3,16 (11)	1,8 (6)	1		
AG	24,71 (68)	23,19 (77)	2,067	0,727-6,36	0,17
GG	72,13 (269)	75,01 (249)	1,69	0,61-5,023	0,31
Dominante					
AA ^a	3,16 (11)	1,8 (6)	1		
AG+GG	96,84 (337)	98,2 (326)	1,77	0,64-5,23	0,27
Recesivo					
AA+AG ^a	22,7 (79)	25 (83)	1		
GG	77,3 (269)	75 (249)	0,88	0,61-1,25	0,48
Alelo					
A ^a	12,93 (90)	13,4 (89)	1		
G	87,07 (606)	86,6 (575)	0,95	0,7-1,31	0,79
<i>TaqI</i> (rs731236)					
Codominante					
CC ^a	77,3 (269)	77,11 (243)	1		
CT	19,25 (67)	21,39 (84)	1,39	0,96-2,003	0,08
TT	3,45 (12)	1,5 (5)	0,43	0,13-1,23	0,12
Dominante					
CC ^a	77,3 (269)	77,11 (248)	1		
CT+TT	22,7 (79)	22,89 (84)	1,011	0,70-1,44	0,1
Recesivo					
CC+CT ^a	96,55 (336)	98,5 (327)	1		
TT	3,45 (12)	1,5 (5)	0,42	0,13-1,206	0,11
Alelo					
C ^a	86,93 (605)	87,8 (583)	1		
T	13,07(91)	12,2 (81)	0,92	0,66-1,27	0,62

^aGenotipo de referencia.^bValor de p calculado con regresión logística de acuerdo con el genotipo de referencia.

Conclusiones: Los polimorfismos Bsm1 (A>G, rs1544410) y TaqI (C>T, rs731236) no aportan evidencia suficiente en la susceptibilidad a desarrollar AR en la población de estudio. Sin embargo, se requieren estudios en cohortes mayores y diversidad genética para confirmar estos hallazgos.

Bibliografía

- Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid Arthritis. The Lancet 2016;388:2023-2038, doi:10.1016/S0140-6736(16)30173-
- Tizaoui K, Hamzaoui K. Association between VDR polymorphisms and rheumatoid arthritis disease: systematic review and updated meta-analysis of case-control studies. Immunobiology 2015;220:807-816, doi: 10.1016/j.imbio.2014.12.013.

CG052

EVALUACIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR EN PIE-TOBILLO CON DINAMOMETRÍA Y SU RELACIÓN CON EL DAÑO ARTICULAR EN ARTRITIS REUMATOIDE

B.I. Saldívar-Oviedo, C.A. Lozada-Pérez

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) afecta a pequeñas articulaciones y provoca daño estructural progresivo; el pie puede estar afectado desde etapas tempranas y pasar inadvertido durante las evaluaciones clínicas. Las lesiones que se relacionan con el pie reumático son pérdida del espacio articular, erosiones, osteopenia periarticular y subluxación articular. Estas lesiones pueden generar destrucción articular con mayor laxitud ligamentosa y disfunción tendinosa, lo que modifica la biomecánica del pie, junto con dolor, discapacidad y empeoramiento de la calidad de vida. Además de los cambios estructurales, se ha descrito una disminución de fuerza muscular en ese punto, sin estar claramente establecida la relación entre disminución de fuerza muscular y grado de daño radiográfico articular.

Objetivo: Determinar la relación de la fuerza muscular en pie y tobillo con el grado de daño estructural articular y la calidad de vida.

Material y métodos: Estudio transversal con 42 pacientes con AR, revisados en la consulta de la división de reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación, de febrero a junio de 2025. Se midió la fuerza muscular (en newtons) en los músculos tibial anterior y posterior, largos de los dedos y del primer dedo (todos en flexión y extensión) con el dinamómetro microFET2 (Hogan Scientific). Se evaluaron radiografías de manos y pies y se determinó el índice de Sharp modificado por Van der Heijde. Se realizó HAQ-DI y escala de discapacidad y calidad de vida relacionada con el daño e inflamación en pie y tobillo (*Food Function Index* [FFI] y [FFI-M] de 0 a 100: a mayor puntuación mayor discapacidad) y DAS28-PCR.

Análisis estadístico: la estadística descriptiva se expresó mediante medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo con la distribución de cada una de las variables, con media y desviación estándar. Se analizaron las variables continuas mediante la prueba de Shapiro-Wilk y se crearon los variables categóricas de tiempo de evolución de la AR (< 5 años, entre 5 y < 10 y > 10 años) y para fuerza de tibial anterior y posterior al tomar como punto de corte 114,07 N y 140,88 N, respectivamente. Con dichas variables categóricas se realizó una vinculación mediante ji cuadrada. Se utilizó para el análisis el paquete estadístico Stata v.14 (Stata®Corp, TX, EUA) con un nivel de significancia estadística de 0,05.

Resultados: La media del tiempo de evolución AR fue de 10,7 años, con media de DAS28-PCR: 2,7 y media HAQ-DI: 4,5 y FFI: 29,5. La fuerza en los grupos musculares evaluados estuvo por debajo de valores normales, sin encontrar una relación con el daño radiográfico. Existe una relación significativa entre el tiempo de evolución y el daño radiográfico (p = 0,001), así como con la actividad de la enfermedad (p = 0,001). En la **Tabla 1** se muestra la gravedad de la afectación radiográfica y su relación con tiempo de evolución, actividad de la enfermedad, FFI, FFI-M y HAQ-DI.

Tabla 1. Grado de afectación radiográfica y su relación con el tiempo de evolución, actividad de la enfermedad, funcionalidad (FFI y FFI-M) y HAQ-DI. (CG052)

Índice de Sharp-van der Hadje	Leve n = 19	Moderado n = 16	Grave n = 6	p
Tiempo de evolución, n (%)				
< 5	13 (68,4)	2 (11,7)	0	0,001
6-10 años	1 (5,2)	2 (11,7)	0	
> 10 años	5 (26,3)	13 (76,4)	6 (100)	
Actividad por Das28-PCR, n (%)				0,001
Remisión	9 (47,4)	6 (35,3)	3 (50)	
Leve	4 (21,1)	3 (17,6)	1 (16,7)	
Moderada	6 (31,6)	7 (41,2)	1 (16,7)	
Grave	0	0	1 (16,7)	
FFI, n (%)				0,677
Normal	4 (21,1)	5 (29,4)	0	
Leve	4 (21,2)	5 (29,4)	4 (66,7)	
Moderada	8 (42,2)	4 (2,5)	1 (16,7)	
Grave	3 (15,8)	3 (17,6)	1 (16,7)	
FFI-M, n (%)				0,157
Normal	3 (15,8)	4 (23,5)	2 (33,3)	
Leve	5 (26,3)	5 (29,4)	2 (33,3)	
Moderada	7 (36,8)	5 (29,4)	2 (33,3)	
Grave	4 (21,1)	3 (17,6)	0	
HAQ-DI, n (%)				0,1
Leve	17 (89,5)	12 (70,6)	4 (66,7)	
Moderado	2 (10,5)	5 (29,4)	2 (33,3)	

DAS28-PCR, Disease activite index score 28-Protein C reactive; FFI, Foot function index; FFI-M, Foot function index modified; HAQ-DI, Health Assesment Questionnaire Disability index.

Conclusiones: En este estudio se evaluó la afectación de pie, su relación con fuerza muscular y calidad de vida. Los pacientes mostraron disminución significativa de fuerza en flexión y extensión plantar sin encontrarse una vinculación directa con el daño articular radiográfico, por lo que puede haber otros factores relacionados que no se evaluaron en el estudio. No se encontró nexo entre la discapacidad y el daño estructural. Se plantea la necesidad de establecer puntos de corte de fuerza muscular de pie y tobillo en pacientes con AR y establecer intervenciones específicas para mejorar la fuerza y la biomecánica.

Bibliografía

1. Mann TS, Nunes GA. Rheumatoid deformities of the lesser toes. Foot Ankle Clin. 2024;29(4):629-44. doi: 10.1016/j.fcl.2024.02.004.
2. Stolt M, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Foot health in patients with rheumatoid arthritis: a scoping review. Rheumatol Int. 2017;37(9):1413-22. doi:10.1007/s00296-017-3699-0.

CG053

¿CONTROLAMOS O COMPLICAMOS? LA DELGADA LÍNEA DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

M.A. Rodríguez-Márquez, R. Espinosa-Morales

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: Existe una elevada prevalencia de polifarmacia en pacientes con artritis reumatoide (AR), lo que podría acompañarse de un mayor riesgo de prescripción de fármacos potencialmente inapropiados (FPI) e interacciones farmacológicas (IF), lo que comprometería la seguridad del paciente. México vive el cambio epidemiológico de su población, por lo que es preponderante analizar el efecto de la polifarmacia en la población geriátrica y poder reducir al mínimo riesgos innecesarios en los pacientes. Compararla con otra enfermedad osteomuscular común como la osteoartritis (OA) permite dimensionar mejor el problema.

Objetivo: Conocer la prevalencia de la polifarmacia y comparar las interacciones farmacológicas potencialmente inapropiados (FPI) e interacciones farmacológicas (IF) en pacientes adultos mayores de 65 años con artritis reumatoide y osteoartritis en un hospital de tercer nivel de referencia nacional.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en pacientes ≥ 65 años con diagnóstico de AR y OA atendidos durante 2024 en la consulta externa de esta institución. Los grupos de estudio se parearon por edad y sexo. Para identificar FPI se utilizaron los criterios de Beers y para detectar las IF se empleó la herramienta drugs.com. Se aplicó estadística descriptiva para determinar prevalencias de polifarmacia, FPI, IF y efectos adversos. Las comparaciones entre ambos grupos se realizaron mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney (según normalidad) y χ^2 o prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Además, se analizó la correlación entre el número de medicamentos prescritos y la presencia de FPI o IF con el coeficiente de Spearman, tras considerar $p \leq 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se analizó a 59 pacientes por grupo, todos del sexo femenino, con edades promedio similares (71,4 y 72,2 años). A pesar de no encontrar diferencia entre el número de comorbilidades en sujetos con OA y AR ($p = 0,06$), los efectos adversos fueron más frecuentes en el grupo con AR (47,45%) frente a OA (16,94%), en particular linfopenia y anemia en AR, y somnolencia/mareo en OA. La polifarmacia fue significativamente más prevalente en pacientes con AR (86,44% vs. 47,5%; $p = 0,001$), al igual que las IF y los efectos adversos vinculados con medicamentos ($p = 0,001$ para ambos casos). Se observó una correlación positiva entre el número de medicamentos y el uso de FPI e IF en ambos grupos. En el análisis intragrupal de AR no hubo diferencia significativa en el número total de fármacos ni en el uso de FARME entre quienes presentaron o no efectos adversos; sin embargo, el uso de medicamentos potencialmente inapropiados fue mayor en aquellos con efectos adversos ($p = 0,03$), especialmente en combinaciones que incluían metotrexato y leflunomida.

Conclusiones: Los pacientes con AR mostraron una mayor frecuencia de polifarmacia y efectos adversos en comparación con sujetos con OA. Aunque se identificó una correlación positiva entre el número total de medicamentos con los FPI e IF, no se observaron diferencias en el total de fármacos ni en el uso de FARME entre los pacientes con AR que mostraron efectos adversos y quienes no. Estos hallazgos sugieren que es importante reforzar la vigilancia en la prescripción y optimizar las combinaciones terapéuticas en la población geriátrica.

Bibliografía

Bechman K, Clarke BD, Rutherford AI, *et al.* Polypharmacy is associated with treatment response and serious adverse events: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register for rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford) 2019;58:1767-76.

Figura 1. Comparación de esquemas de tratamiento de FARME usados en pacientes con artritis reumatoide con y sin efectos adversos. La figura muestra la correlación existente entre las variables de estudio en sujetos con artritis reumatoide; en los recuadros se muestra el coeficiente de correlación = r, y debajo el valor de p. Con color gris se muestran los recuadros con diferencia estadísticamente significativa. Analizado mediante correlación de Spearman, se consideró significativo cuando el valor de p es $\leq 0,05$. (CG053)

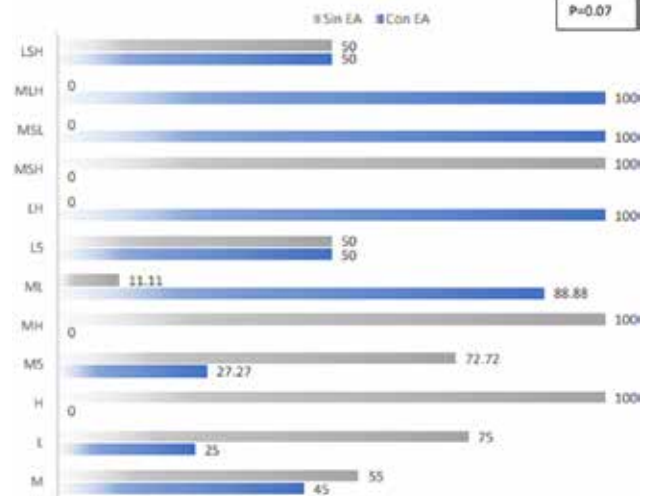


Tabla 1. Comparación de variables de estudio entre pacientes con osteoartritis y artritis reumatoide y el subgrupo de artritis reumatoide con y sin efecto adverso. (CG053)

	Osteoartritis, n = 59	Artritis reumatoide, n = 59	p
Polifarmacia	51 (47,45 %)	51 (86,44%)	0,001
Efectos adversos	10 (16,94 %)	28 (47,45 %)	0,001
Comorbilidades	1 (1,2)	2 (1,2)	0,06
Núm. total de fármacos	5 (4,7)	8 (6,9)	0,001
FPI	0 (0,1)	0 (0,1)	0,6
IF mayores	0 (0,0)	1 (0,3)	0,001
	Artritis reumatoide con efectos adversos n = 28	Artritis reumatoide sin efectos adversos n = 31	p
Núm. total de fármacos	7,5 (6,25, 8)	8 (6,10)	0,09
FPI	0 (0,1)	0 (0,0)	0,03
IF mayores	2 (1,4)	1 (0,1)	0,001
Núm. de FARME	1,5 (1,2)	2 (1,2)	0,83

En la tabla se muestra el valor del número de efectos observados, así como el valor porcentual para las variables categóricas, analizado con χ^2 , así como el valor de las medianas y percentil 25,75^o para las variables cuantitativas, con análisis mediante U de Mann-Whitney.

FPI, fármacos potencialmente incorrectos; FARME, fármacos modificadores de la enfermedad. Se consideró diferencia significativa cuando el valor de p fue $\leq 0,05$.

Tabla 2. Correlación de variables de estudio en sujetos con artritis reumatoide y osteoartritis. (CG053)

Coeficiente correlación Valor de p	Número de fármacos potencialmente incorrectos		Número total de fármacos usados		Número de comorbilidades		Edad de pacientes	
	AR	OA	AR	OA	AR	OA	AR	OA
Número de interacciones farmacológicas	0,30 0,02	0,26 0,03	0,31 0,01	0,33 0,01	-0,04 0,71	0,003 0,97	-0,08 0,53	-0,03 0,8
Número de fármacos potencialmente inapropiados			0,45 0,001	0,47 0,001	0,10 0,40	0,35 0,001	0,18 0,15	0,05 0,7
Número total de fármacos usados					0,59 0,001	0,60 0,001	0,26 0,04	-0,14 0,26
Número de comorbilidades							0,32 0,01	-0,01 0,93

CG054**ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL OCCIDENTE DE MÉXICO: DEFICIENCIA GENERALIZADA Y CORRELACIONES CON BIOMARCADORES CLÍNICOS**

M. De León-Cid¹, J. Muñoz-Valle¹, F.J. Turrubiates-Hernández¹, G. González-Estévez¹, S. Cerpa-Cruz², I. Avilés-Lizárraga², A.P. Álvarez-Cortés¹, L.E. Herrera-Jiménez¹, C.J. Baños-Hernández¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, ⁽²⁾Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una de las enfermedades autoinmunes más frecuentes, caracterizada por inflamación crónica y dolor articular, que ocasiona deterioro funcional y riesgo de discapacidad. Diversos estudios han mostrado que el estado nutricional, particularmente la deficiencia de micronutrientes, influye en la evolución clínica y la respuesta inflamatoria. No obstante, en la población mexicana con AR la evidencia aún es limitada, sobre todo en la región occidental del país.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional de micronutrientes y su correlación con biomarcadores clínicos en pacientes con AR del occidente de México.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y observacional entre febrero y agosto de 2025. Participaron 31 pacientes con diagnóstico de AR que acudieron a la consulta del servicio de reumatología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. La edad promedio fue de 49,8 ± 10,1 años, con predominio femenino (93,5%). Se registraron peso, talla e índice de masa corporal.

La evaluación dietética se realizó mediante recordatorio de 24 horas, aplicado en dos días entre semana y uno en fin de semana, para determinar la ingestión habitual. Los datos se analizaron con el software Nutritionist Pro™ y se compararon con las ingestiones dietéticas recomendadas (IDR). El análisis estadístico se efectuó con SPSS v.25.

Resultados: La comparación entre la ingestión promedio y las IDR mostró deficiencia significativa ($p < 0,05$) en la mayoría de los micronutrientes evaluados: vitamina E ($4,26 \pm 1,98$ mg/día, $p < 0,001$), vitamina A ($535,9 \pm 569,2$ µg/día, $p = 0,001$), vitamina D ($2,87 \pm 1,69$ µg/día, $p < 0,001$), vitamina K ($53,8 \pm 56,6$ µg/día, $p < 0,001$), hierro ($12,8 \pm 3,8$ mg/día, $p < 0,001$), calcio ($650,9 \pm 192,9$ mg/día, $p < 0,001$), yodo ($13,7 \pm 59,6$ µg/día, $p < 0,001$), magnesio ($302,0 \pm 183,5$ mg/día, $p = 0,001$) y zinc ($8,64 \pm 2,5$ mg/día, $p < 0,001$). En contraste, el consumo de selenio fue superior respecto de la IDR ($80,8 \pm 26,4$ µg/día vs. 55 µg/día, $p < 0,001$). En el análisis de correlación, la ingestión de vitamina E se vinculó de manera positiva y significativa con la concentración de hemoglobina ($r = 0,407$; $p = 0,023$). Asimismo, la ingestión de zinc presentó una correlación negativa

con la velocidad de sedimentación globular (VSG) ($r = -0,345$; $p = 0,057$), la cual se aproximó al umbral de significancia estadística.

Conclusiones: Los pacientes con AR del occidente de México presentaron una deficiencia generalizada de micronutrientes en comparación con las IDR por la (FDA/HHS), lo que podría contribuir a la persistencia de inflamación y al deterioro clínico. Destaca la correlación positiva entre vitamina E y hemoglobina, lo que sugiere un posible papel protector en el estado hematológico. Aunque la correlación negativa entre zinc y VSG no alcanzó significancia estadística, sugiere una tendencia biológicamente relevante que exige mayor investigación. Estos hallazgos preliminares refuerzan la necesidad de evaluar y optimizar la ingestión de micronutrientes en el abordaje integral de los pacientes y analizar con otros parámetros clínicos e inflamatorios.

Bibliografía

1. Cush JJ. Rheumatoid arthritis. Medical Clinics of North America. 2021;105(2):355-65.
2. Meng Q, Dong S, Ge J, *et al.* Association between composite dietary antioxidant index and rheumatoid arthritis: results from NHANES 2003-2018. Int J Med Sci. 2025;22(5):1184-93.

CG055**FUNCIÓN SEXUAL EN VARONES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES**

A. Gómez-Álvarez, B.R. Évalos-García, 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 define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. Diversos factores modifican negativamente la función sexual en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA), como dolor, limitación articular, fatiga, alteraciones en la autoestima y efectos de los tratamientos. El cuestionario CSFQ-14 identifica disfunción sexual, mientras que Qualisex evalúa el efecto percibido de la enfermedad sobre la sexualidad en un intervalo de 0 a 10, de forma subjetiva.

Objetivo: Determinar la frecuencia de disfunción sexual en pacientes varones con ERA mediante los cuestionarios CSFQ-14 y Qualisex.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo en el que se incluyó a varones de 18 a 50 años con diagnósticos de artritis reumatoide, artritis psoriásica, lupus eritematoso sistémico, espondiloartritis, esclerosis sistémica o síndrome de Sjögren primario, atendidos en la consulta externa de reumatología. Se aplicó el cuestionario CSFQ-14, que identifica la presencia de disfunción sexual con un punto de corte ≤ 47 , de acuerdo con cuatro dominios: deseo, excitación, orgasmo y placer. Además, se aplicó el cuestionario Qualisex que determina el efecto de la enfermedad en la sexualidad y evalúa el interés sexual, satisfacción, disfunción sexual, efecto emocional/percepción de autoimagen y relación de pareja, con una puntuación de 0 a 10: a mayor puntuación mayor efecto negativo en la sexualidad.

Resultados: Se evaluó a 43 varones con ERA con edades comprendidas entre 18 y 50 años, con una mediana de 38 años. La desviación estándar poblacional fue de 10 años. El 27,90% de los pacientes ($n = 12$) señaló disfunción sexual de acuerdo con el cuestionario CSFQ-14. La mayor afectación se documentó en pacientes con ES, en quienes dos de los tres participantes evaluados presentaron disfunción sexual (66,6%) (Figura 1). En el análisis por dominios de la escala CSFQ-14 se evidenció que el deseo sexual constituye el aspecto más comprometido en esta población: el 93,5% mostró alteraciones en la frecuencia de actividad sexual y el 87,0% en el interés sexual. La prevalencia de disfunción sexual aumentó progresivamente en los límites superiores de Qualisex, hasta alcanzar 75% en pacientes con puntuaciones $\geq 6,5$.

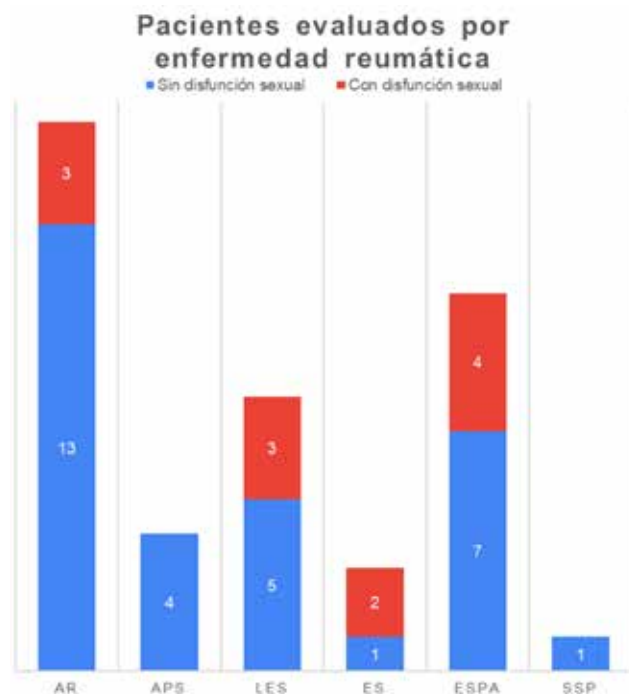
Conclusiones: La disfunción sexual es una anomalía frecuente en varones con ERA, identificada en 28% de estos pacientes. El deseo sexual fue el dominio más comprometido, por encima de excitación, orgasmo y placer.

Estos hallazgos destacan la importancia de incluir la evaluación de la función sexual como parte del abordaje integral de estos pacientes y de establecer estrategias dirigidas a mejorar su calidad de vida.

Bibliografía

1. World Health Organization. Sexual health document series. Geneva: World Health Organization; 2006.
2. Stensen M. Sexual and reproductive health in rheumatic disease. *Nat Rev Rheumatol*. 2017;13(8):485-93. doi:10.1038/nrrheum.2017.102.

Figura 1. Número de pacientes evaluados por diagnóstico y presencia de disfunción sexual según el cuestionario CSFQ-14. (CG055)



CG056

DESCRIPCIÓN DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS INICIALES SEGÚN EL PERFIL DE ANTICUERPOS MPO O PR3 EN VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA

C. Silva-Álvarez, G. Echeverría-González

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

Introducción: Las vasculitis relacionadas con ANCA comprenden un grupo raro de vasculitis necrosantes de pequeños a medianos vasos; se caracterizan por la presencia habitual de autoanticuerpos circulantes contra PR3 y MPO, clasificados como EGPA, MPA y GPA. Las tasas de incidencia global de VAA varía entre 13,07 y 20,9 casos por millón de personas en Europa, con diferencias por variaciones regionales/geográficas, e incluso por criterios de clasificación. Los criterios actuales de clasificación ACR/EULAR 2022 tienen una sensibilidad del 85, 91 y 93%, respectivamente, para EGPA, MPA y GPA, y especificidad del 94% para GPA y MPA y 99% para EGPA. Sin embargo, se ha observado que cada subtipo de VAA se vincula con mayor relación con MPO/PR3 según el caso y ha sido en los casos con cambio de la especificidad de anticuerpos o presencia de ambos en los que se ha identificado una variación clínica en estrecho nexo con MPO/PR3. Actualmente se observa una tendencia a preferir la clasificación del subtipo ANCA debido a la vinculación hallada entre el subtipo de anticuerpos, las manifestaciones y la evolución clínica, e incluso la respuesta al tratamiento.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas iniciales según el perfil de anticuerpos MPO o PR3 en pacientes con vasculitis relacionadas con ANCA.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal; se revisaron los expedientes clínicos electrónicos de pacientes ≥ 18 años, de ambos sexos, con vasculitis relacionada con ANCA que cumplieran los criterios de clasificación Chapel Hill 2012 y ACR/EULAR 2022 (GPA, MPA o EGPA). El muestreo fue no probabilístico por casos consecutivos, se determinó un tamaño mínimo de 77 sujetos para la población finita de referencia y se incluyó al final a 94 pacientes. El análisis se realizó con SPSS v16.0. La normalidad de las variables cuantitativas se evaluó mediante Kolmogorov-Smirnov; las variables con distribución normal se describieron con media $\pm$ DE, mientras que el resto se resumió con mediana y rango intercuartílico. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyó a 94 pacientes con vasculitis relacionadas con ANCA (68,1% de mujeres, con mediana de edad de 52 años y media de edad al diagnóstico de $43,9 \pm 16,2$ años). El 53,2% fue seropositivo para MPO y el 44,7% para PR3; 2,1% registró doble positividad. El grupo MPO mostró predominio femenino (82% vs. 54,8%; $p = 0,005$) y afectación clínica principalmente renal y pulmonar, mientras que el grupo PR3 evidenció compromiso multiorgánico con mayor participación otorrinolaringológica y mucosa/ocular (21,1% vs. 6,8%; $p < 0,001$).

Conclusiones: En esta cohorte de vasculitis relacionadas con ANCA, la especificidad serológica fue decisiva: el perfil PR3 se vinculó con afectación multiorgánica de predominio ORL-mucoso y recaídas en los mismos territorios, en tanto que el perfil MPO concentró compromiso y daño crónico renal-pulmonar. A pesar de estos patrones divergentes, la carga inflamatoria inicial (BVAS v3) y la posibilidad de alcanzar remisión libre de esteroides fueron comparables; destacó la utilidad pronóstica de determinar MPO o PR3 para guiar la vigilancia y el tratamiento individualizados.

Bibliografía

1. Kronbichler A, Bajema IM, Bruchfeld A, *et al*. Diagnosis and management of ANCA-associated vasculitis. *Lancet*. 2024;403(10427):683-698.
2. Lindsay L, Spiera R. Current landscape of antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis: classification, diagnosis, and treatment. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*. 2015;41(1):1-19, VIII.
3. Martínez-Téllez G, Ramos-Ríos II MA, Torres-Rives B. Determinación de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos mediante inmunofluorescencia indirecta para el diagnóstico de las vasculitis. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2013;12(3):446-453
4. Domínguez-Quintana M, Alba MA, Hinojosa-Azaola A, *et al*. Classification of ANCA-associated vasculitis: differences based on ANCA specificity and clinicopathologic phenotype. *Rheumatol Int*. 2021;41(10):1717-28.
5. Mohammad AJ. An update on the epidemiology of ANCA-associated vasculitis. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2020;59(Supplement_3):iii42-iii50.
6. Pagnoux C. Actualizaciones en vasculitis asociada a ANCA. *Eur J Rheumatol*. 2016;3(3):122-133.
7. Pimentel-Quiroz VR, Sattui SE, Ugarte-Gil MF, *et al*. ANCA-associated vasculitis in Latin America: a systematic literature review: about their epidemiology and their clinical features. *Journal of Clinical Rheumatology: Practical Reports on Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*. 2022;28(1):44-51.
8. Sánchez-Torres A, Acevedo-Vásquez E, Sánchez-Schwartz C, *et al*. Epidemiología de las vasculitis sistémicas primarias en una población latinoamericana. *Rev. Chil. Reumatol*. 2004;21(3):145-150.
9. Pierini FS, Scolnik M, Scaglioni V, *et al*. Incidence and prevalence of granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis in health management organization in Argentina: a 15-year study. *Clinical Rheumatology*. 2019;38(7):1935-1940.
10. Fries JF, Hunder GG, Bloch DA. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of vasculitis. Summary. *Arthritis and Rheumatism*. 1990;33(8):1135-1136.

CG057

DESENLADES DE EMBARAZOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DATOS DEL REGISTRO MEXICANO DE LUPUS (LUPUSRGMX)

D. Alpízar-Rodríguez¹, M.F. Bravo-García², A.L. Hernández-Ledesma², D. Martínez², G. Sevilla-Parra², A. Peña-Ayala¹, L. Tinajero-Nieto³, E. Torres-Valdez⁴, J. Sepúlveda-Delgado⁵, M.J. Mier y Terán-Guevara⁶, V. Rivera-Terán¹, A. Medina-Rivera²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽²⁾Laboratorio Internacional de Investigación sobre el Genoma Humano, Universidad Nacional Autónoma de México, ⁽³⁾Hospital General Regional No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, ⁽⁴⁾Hospital General Regional No. 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, El Marqués, ⁽⁵⁾Hospital Regional de Alta Especialidad, Ciudad Salud, Chiapas, ⁽⁶⁾Universidad Panamericana

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta predominantemente a mujeres en edad reproductiva. El embarazo en pacientes con LES se acompaña de un mayor riesgo de complicaciones maternas y fetales en comparación con la población general. Conocer los desenlaces obstétricos en mujeres con LES permite identificar áreas de oportunidad para mejorar la atención integral. **Objetivo:** Describir los desenlaces del embarazo en mujeres mexicanas con LES participantes del Registro Mexicano de Lupus (LupusRGMX). **Material y métodos:** Se realizó un análisis transversal anidado en una cohorte de mujeres con LES registradas en el LupusRGMX. La identificación de personas mexicanas con diagnóstico de LES y la recolección de datos se realizaron mediante participación voluntaria a través del LupusRGMX y la consulta clínica de reumatólogos colaboradores, de mayo de 2021 hasta la actualidad, con uso de la plataforma electrónica *Research Electronic Data Capture* (REDCap). Todos los participantes cumplieron los criterios del Colegio Americano de Reumatología para el diagnóstico de LES. Para este análisis se incluyó a mujeres mayores de 18 años que contestaron el cuestionario de factores reproductivos de junio de 2023 a junio de 2025. Se analizaron variables demográficas y clínicas.

Resultados: Se incluyó a 184 mujeres con una mediana de edad de 38,5 años (RIC, 25-75%, 18-66). Más del 50% de las participantes era derechohabiente del IMSS. La mayoría de las participantes procedía de Querétaro, Estado de México y Ciudad de México. Una quinta parte refirió antecedentes familiares de LES (20,6%). El tiempo entre los primeros síntomas y el diagnóstico fue de menos de seis meses en 24% de las pacientes; sin embargo, 27% señaló > 5 años. De las manifestaciones clínicas, 17,4% indicó padecer nefritis lúpica. Los tratamientos para LES más comunes fueron los antimaláricos en > 70% de los pacientes y los glucocorticoides en casi 60%. Las comorbilidades más frecuentes fueron enfermedad tiroidea e hipertensión en > 10% de los pacientes. El 46,7% (n = 86) de las participantes tenía al menos un embarazo, con un intervalo de 1 a 5 embarazos, para un total de 182 embarazos. Entre los desenlaces obstétricos, 45 (24,7%) correspondieron a abortos y 24 (13,2%) a partos de pretérmino. Casi la

mitad del total de los abortos (48,8%) sucedió en el primer embarazo. Hasta 4 (8,8%) de las pacientes que abortaron señalaron fumar durante el embarazo. Quince mujeres (17,4% de las que tuvieron embarazos) sufrieron complicaciones y la preeclampsia fue la más frecuente (11 embarazos). Véase la **Figura 1**.

Conclusiones: En este grupo de mujeres mexicanas con LES, cerca de la mitad tenía al menos un embarazo, en una cuarta parte de ellos el desenlace fue un aborto y más de uno de cada 10 embarazos tuvo como desenlace un parto de pretérmino. La preeclampsia fue la complicación más común. Estos hallazgos destacan la necesidad de un seguimiento estrecho y multidisciplinario durante la gestación en pacientes con LES, con el fin de reducir la carga de desenlaces adversos materno-fetales.

Bibliografía

Dao KH, Bermas BL. Systemic lupus erythematosus management in pregnancy. *Int J Womens Health*. 2022;14:199-211.

CG058

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORATORIO Y TRATAMIENTO EN NIÑOS CON RECIENTE DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON MANIFESTACIONES EXTRARRENALES

B.R. Gallegos-Tirado¹, H.F. Menchaca-Aguayo¹, E. Faugier-Fuentes¹, V. Rivera-Terán², P.B. Lara-Herrera¹, C.C. León-Rodríguez¹, A.B. Bernabé-Jiménez¹, B. Chura-Chipana¹, K.B.M. Franco-Morataya¹, I.G. Kattan-Mejía¹, E.J. Juárez-Benítez¹, V.L. De León-De León¹, A. Sánchez-Polendo¹

⁽¹⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

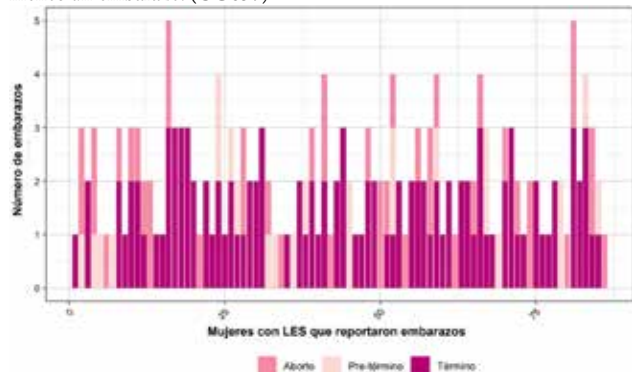
Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune con compromiso de múltiples sistemas. Del 10 a 20% de los casos se diagnostica en la niñez y típicamente se observa un curso más grave de la enfermedad. El mejor conocimiento de las manifestaciones iniciales puede permitir un diagnóstico más temprano y exacto, así como mejores estrategias terapéuticas. Todavía son escasos los estudios realizados para describir las manifestaciones iniciales del LES en pediatría y más aún las manifestaciones extrarrenales.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas, clínicas, hallazgos de laboratorio y tratamiento recibido en niños con diagnóstico reciente de lupus eritematoso sistémico con manifestaciones extrarrenales.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Tamaño de la muestra: todos los pacientes con diagnóstico entre 2019 y 2025, sin manifestaciones renales iniciales. Criterios de inclusión: pacientes de 0 a 17 años 11 meses en los primeros seis meses del diagnóstico. El diagnóstico se confirmó por criterios ACR o SLICC. Criterios de exclusión: enfermos con nefritis lúpica al diagnóstico.

Resultados: De un total de 34 participantes, el 88% (30) era del sexo femenino y el 12% (4) del masculino. La media de edad al diagnóstico fue de 12 años ($\pm 2,94$). Del lugar de origen, la mayoría procedía del Estado de México en un 47,1%, seguido de la Ciudad de México en un 44,1%. Con un diagnóstico de acuerdo con el *America College of Rheumatology* (ACR) 1997, las manifestaciones más frecuentemente encontradas fueron: inmunológicas en 79,4% (27), hematológicas en 73,5% (25) y eritema malar en 61,76% (21). Los patrones más comunes de anticuerpos antinucleares fueron: citoplásmico con 58,8% (20), homogéneo con 52,94% (18) y moteado fino con 32,2% (13). Las diluciones iniciales más frecuentes fueron 1:80 y 1:160. Del perfil de autoanticuerpos, el 100% fue positivo a anti-DNA de cadena doble. El segundo más encontrado fue anti- $\beta 2$ glucoproteína 1 (IgA, IgG, e IgM) con una positividad del 73,5% (25). El anticoagulante lúpico fue positivo en 44,1% (16). Los valores disminuidos de C3/C4 se observaron en 52,9% (18). La prueba de Coombs fue positiva en el 44,1% (15). Las alteraciones hematológicas se presentaron en un 79,41% (27), VRT1, seguidas de manifestaciones mucocutáneas en 67,65% (23) y musculoesqueléticas en el 61,8% (21). Las manifestaciones neuropsiquiátricas sólo se presentaron en un 35,29%

Figura 1. Desenlaces de embarazos en cada mujer con LES que refirió al menos un embarazo. (CG057)



(12). Las manifestaciones menos comunes fueron las cardiorrespiratorias en 11,8% (4) y las gastrointestinales en un 5,88% (2). A nivel bioquímico, las medias de los intervalos de citometría hemática, pruebas de función renal, hepática y electrolitos séricos se encontraron dentro de límites normales. En los reactantes de fase aguda, la velocidad de sedimentación globular (VSG) tuvo un valor promedio de 19,5 ($\pm$ 7,5-30) mm/h y la proteína C reactiva (PCR) una mediana de 1,55 mg/dL (0,54-0,14). Como tratamiento inicial, el 50% de los pacientes (17) recibió pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida en 26,5% (9), inmunoglobulina humana IV en 23,5% (8) y recambios plasmáticos en 2,9% (1). Como mantenimiento, el más administrado fue el metotrexato en 50% (17), seguido del micofenolato de mofetilo en 32,4% (11), la azatioprina en 14,7% (5) y el tacrolimus en 2,9%. El 100% (34) recibió hidroxicloroquina.

Conclusiones: La afectación hematológica es la manifestación extrarrenal más común. Los anticuerpos anti-DNA de cadena doble se identificaron en todos los pacientes. La normalidad de los estudios generales no excluye el diagnóstico. El tratamiento más prescrito fue hidroxicloroquina y glucocorticoides.

Bibliografía

- Charras A, Smith E, Hedrich CM. Systemic lupus erythematosus in children and young people. *Curr Rheumatol Rep*. 2021;23(3):20. doi: 10.1007/s11926-021-00985-0. PMID: 33569643; PMCID: PMC7875946.
- Kamphuis S, Silverman ED. Prevalence and burden of pediatric-onset systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Rheumatol*. 2010;6:538-46.

CG059

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN LA ENFERMEDAD DE SJÖGREN: COHORTE RETROSPECTIVA EN UN CENTRO MEXICANO

C.D. Plácido-Cuenca¹, D. Alpízar-Rodríguez², S. Nava-Gallegos¹, H. Menchaca-Aguayo³

⁽¹⁾Hospital General Darío Fernández Fierro, ISSSTE, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽³⁾Hospital General Agustín O'Horán

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación extraglandular relevante en la enfermedad de Sjögren (ES), con implicaciones pronósticas significativas. Su frecuencia, presentación clínica y factores relacionados se han estudiado poco en poblaciones latinoamericanas.

Objetivo: Determinar la prevalencia, caracterizar los fenotipos clínico-radiológicos y evaluar los factores vinculados con la EPI en pacientes con ES. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de cohorte realizado en el Hospital Darío Fernández Fierro entre 2023 y 2025. Se incluyó a pacientes con ES según criterios ACR/EULAR 2016 y al menos una tomografía de alta resolución de tórax. Se identificaron dos fenotipos: EPI preexistente (diagnóstico previo o concomitante de la ES) y EPI incidente (diagnóstico posterior). Se compararon variables clínicas, serológicas, funcionales y radiológicas entre los grupos. Se realizó análisis de regresión logística para identificar factores predictivos.

Resultados: De 51 pacientes con ES, 31 (60,8%) presentaron EPI; ocho tuvieron EPI preexistente y 23 EPI incidente. Los pacientes con EPI preexistente mostraron mayor edad al diagnóstico de ES (mediana 71,5 vs. 62 años; $p = 0,03$), mayor actividad sistémica (mediana de ESSDAI 12 vs. 5; $p = 0,002$) y menor capacidad vital forzada (FVC) (75% vs. 97,5%; $p = 0,02$), además de que presentaron más a menudo enfermedad grave por extensión radiológica, evaluada mediante la puntuación de Warrick (75% vs. 8,7%, $p = 0,002$). La enfermedad moderada fue más frecuente en pacientes con EPI incidente respecto de la persistente (65,2% vs. 25%, $p = 0,002$). En cuanto a los patrones tomográficos, el grupo con EPI preexistente mostró una mayor proporción de neumonía intersticial usual (NIU), (62,5% vs. 4,3%; $p = 0,002$). Se observó una tendencia del patrón de neumonía intersticial no específica a ser más frecuente en el grupo con

EPI incidente (65,2% vs. 25%; $p = 0,09$). No se identificaron diferencias significativas entre los grupos en otras variables clínicas, serológicas o funcionales. En el análisis multivariable, una menor puntuación de ESSDAI se relacionó de forma independiente con EPI incidente (OR 0,8; IC95%, 0,7-0,9; $p = 0,04$).

Conclusiones: La EPI es frecuente en pacientes con ES, con dos fenotipos clínicos diferenciados. La puntuación de ESSDAI podría ser una herramienta útil para identificar a pacientes en riesgo de EPI incidente (Tabla 1). Estos hallazgos refuerzan la importancia de la evaluación pulmonar sistemática desde el diagnóstico de ES.

Tabla 1. Análisis de regresión logística de los factores de riesgo basales vinculados con el desarrollo de EPI. (CG059)

Variable	Análisis univariable		Análisis multivariable	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Edad al diagnóstico de ES, años	0,9 (0,8-1,1)	0,057		
Sexo femenino	6,6 (1,1-42,1)	0,044	12,8 (0,9- 172,3)	0,05
ESSDAI	0,8 (0,6-0,9)	0,037	0,8 (0,7-0,9)	0,04
Hipergammaglobulinemia	0,9 (0,9-1,1)	0,688		
Factor reumatoide (FR)	1,0 (0,9-1,1)	0,576		
Hipocomplementemia C4 < 19 mg/dL	1,0 (0,9-1,2)	0,315		
Anti-Ro60 positivo	0,9 (0,9-1,1)	0,445		
FVC	1,1 (0,9-1,2)	0,057		
Enfermedad moderada por puntuación de Warrick moderada	5,6 (0,9-34,5)	0,06	4,7 (0,5-48,1)	0,19
NIU	0,02 (0,01-0,32)	0,004		

FVC, capacidad vital forzada; IC, intervalo de confianza; OR, odds ratio; ES, enfermedad de Sjögren; NIU, neumonía intersticial usual.

Bibliografía

- La Rocca G, Ferro F, Sambataro G, *et al.* Primary-Sjögren's syndrome-related interstitial lung disease: a clinical review discussing current controversies. *J. Clin. Med.* 2023;12:3428. <https://doi.org/10.3390/jcm12103428>
- La Rocca G, Ferro F, Sambataro G, *et al.* Interstitial lung disease phenotypes and predictive risk factors in primary Sjögren's syndrome. *J. Clin. Med.* 2024;13:4963.

CG060

CITOCINAS ASOCIADAS A ARTRITIS REUMATOIDE EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO

J.A. III García-Vargas, S.E. Rojas-Gutiérrez, R. Martínez-Carrizález, M.C. Salinas-Carmona, N. Macías-Segura, J.A. Esquivel-Valerio, L.Y. Gaytán-García, D.A. Galarza-Delgado, O.J. García-Gómez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) muestra una fase preclínica con autoanticuerpos y mediadores inflamatorios circulantes, sin sinovitis clínica. Los familiares de primer grado (FDR) de pacientes con AR tienen un riesgo tres a cinco veces mayor que la población general. El estudio de citocinas séricas en FDR permite identificar biomarcadores tempranos y comprender la activación inmune inicial de desarrollar esta enfermedad.

Objetivo: Determinar qué citocinas individuales y firmas combinadas (incluida la firma de interferón tipo I) discriminan con mayor precisión la autoinmunidad preclínica (FR o ACPA) y predicen el tiempo hasta la aparición de artritis reumatoide en familiares de primer grado sin artritis clínica.

Material y métodos: Revisión sistemática conforme a PRISMA 2020. Se buscaron estudios en PubMed/MEDLINE, Scopus y Web of Science (2008-2025) humanos, inglés/español, sobre citocinas/quimiocinas séricas o plasmáticas en FDR sin artritis clínica o sueros premórbitos. Se incluyeron cohortes, casos-controles (anidados) y transversales; se excluyeron las series de casos, editoriales y revisiones no sistemáticas.

Estrategia PubMed (MeSH + texto libre): ("Arthritis, Rheumatoid" [Mesh] OR RA[tiab]) AND ("First-Degree Relatives"/"first-degree relative"/FDR[tiab]) AND (Cytokines[Mesh] OR cytokine* OR Chemokines[Mesh] OR chemokine* OR "Interferon Type I"[Mesh]/"interferon type I" OR interleukin* OR "IL-6" OR "TNF-alpha" OR "IL-9" OR "GM-CSF" OR "MCP-1"/CCL2[tiab]) AND (preclinical OR presymptomatic OR autoantibod* OR ACPA OR "rheumatoid factor"/RF[tiab]); filtros: Humans; English/Spanish; 2008-2025.

Cribado por duplicado (título/resumen y texto completo) con resolución por consenso; extracción por duplicado. Riesgo de sesgo: Newcastle-Ottawa. La heterogeneidad impidió metaanálisis; se realizó síntesis cualitativa de acuerdo con el diagrama de flujo PRISMA.

Resultados: Los FDR muestran elevaciones de citocinas proinflamatorias respecto de los controles, consistentes con inflamación sistémica subclínica. Se identificaron aumentos de interleucina 6 (IL-6), interleucina 1 alfa y beta (IL-1 α/β), factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), interferón gamma (IFN- γ), interleucina 2 (IL-2), interleucina 9 (IL-9), interleucina 17 (IL-17), y del factor estimulante de colonias de granulocito-macrófago (GM-CSF). Se observaron también quimiocinas elevadas como proteína quimiotáctica de monocitos 1 (MCP-1, CCL2) y una firma de interferón tipo I. En contraste, las citocinas reguladoras de perfil Th2 aparecen disminuidas en FDR, especialmente la interleucina 4 (IL-4) e interleucina 13 (IL-13). La interleucina 10 (IL-10) puede estar aumentada en fases premórbitas como respuesta compensatoria insuficiente (**Figura 1**).

Varias citocinas se vinculan con la presencia de autoanticuerpos: IL-6, IFN- γ , IL-2 e IL-9 son más altas en FDR con factor reumatoide o anticuerpos anticitrulinados. Una mayor cantidad de citocinas y quimiocinas elevadas se relaciona con menor tiempo a la aparición de AR. Una puntuación combinada de citocinas se ha vinculado con autoinmunidad preclínica y podría estratificar riesgo. Adicionalmente, se han descrito cambios

celulares en FDR seropositivos (p. ej., expansión de linfocitos T CD4⁺ con alta expresión de TIGIT), lo que apoya una activación inmune sistémica anterior a la sinovitis clínica.

Conclusiones: Los FDR de pacientes con AR muestran un perfil de citocinas desequilibrado antes de la artritis clínica: elevación de mediadores proinflamatorios y disminución de citocinas reguladoras. Estas alteraciones se relacionan con autoinmunidad humoral y, cuando se integran en paneles o puntuaciones, ofrecen potencial para estratificación temprana del riesgo y blancos preventivos en la fase preclínica. La integración de citocinas con autoanticuerpos y síntomas prodrómicos puede optimizar la identificación de individuos elegibles para vigilancia o intervención temprana.

Bibliografía

1. Hughes-Austin JM, Deane KD, Derber LA, *et al.* Multiple cytokines and chemokines are associated with rheumatoid arthritis-related autoimmunity in first-degree relatives without rheumatoid arthritis: SERA study. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(6):901-7.
2. Lübberts J, Brink M, van de Stadt LA, *et al.* The type I interferon signature as a biomarker of preclinical rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(5):776-80.

CG061

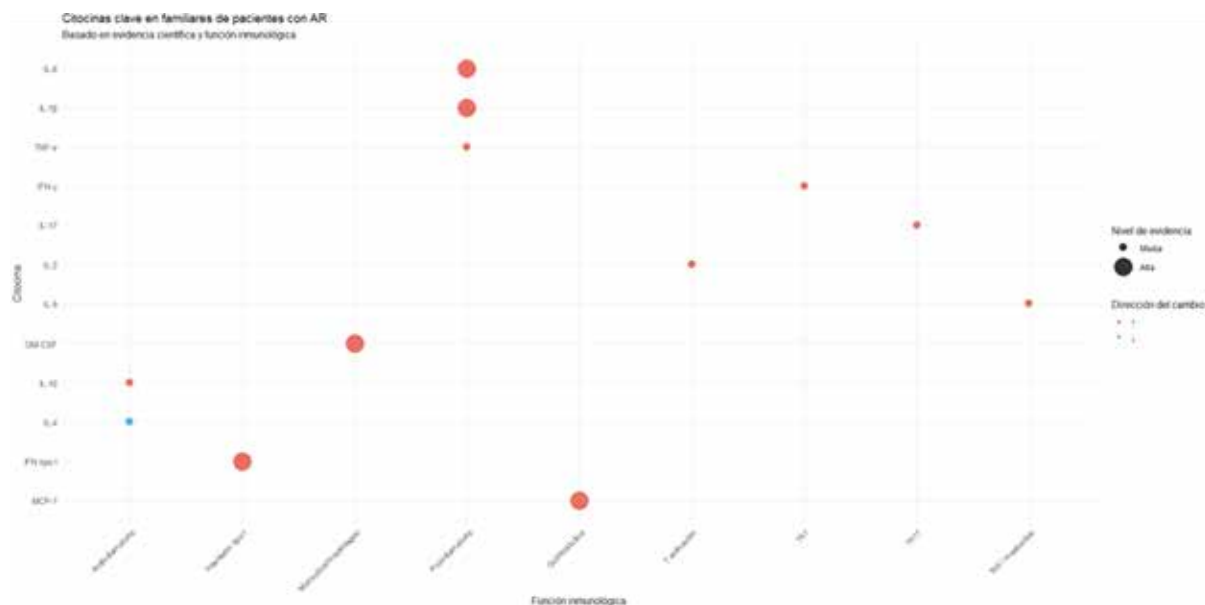
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

B. Vereza-Martínez, S. Muñoz-López, F.C. Irazoque-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La esclerosis sistémica (esclerodermia, ES) es una enfermedad autoinmune multisistémica poco frecuente, caracterizada por autoanticuerpos, vasculopatía y fibrosis de la piel y los órganos internos.

Figura 1. Perfil de citocinas séricas alteradas en familiares de primer grado (FDR) de pacientes con artritis reumatoide sin artritis clínica. Cada punto representa una citocina, ordenada por función inmunológica en el eje X y nombre de la citocina en el eje Y. El color/flecha indica la dirección del cambio en FDR respecto de los controles (rojo ↑: aumento; azul ↓: disminución) y el tamaño del punto refleja el grado de evidencia (mayor tamaño = evidencia más sólida/replicada). Se observan incrementos de IL-6, IL-1 β , TNF- α , IFN- γ , IL-2, IL-9, IL-17, GM-CSF, MCP-1 y de la firma de interferón tipo I, junto con disminución de IL-4 y aumento compensatorio de IL-10 en algunos estudios. La distribución sugiere predominio Th1/Th17 y activación mieloide/quimiotáctica con menor señal reguladora Th2, consistente con un estado inflamatorio sistémico preclínico relacionado con autoinmunidad (ACPA/FR). (**CG060**)



La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es la causa más frecuente de muerte entre los pacientes con esclerosis sistémica, con prevalencia hasta de 30% y mortalidad a 10 años de 40%. La detección inicial de esta anomalía permite sin duda respuestas terapéuticas que mejoran la calidad de vida de los pacientes a corto, mediano y largo plazos; de igual manera, la identificación de los factores de riesgo para EPI en esta población es crucial para desarrollar estrategias preventivas y reducir el daño pulmonar.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo relacionados con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en pacientes con esclerosis sistémica (ES) atendidos en este hospital.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico.

Resultados: Se incluyó a un total de 70 pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica. La edad promedio fue de 59,3 años (DE $\pm$ 14,9). La muestra se integró predominantemente con mujeres (n = 65, 92,86%), mientras que sólo el 7,14% correspondió a sujetos masculinos (n = 5). Entre los pacientes con esclerosis sistémica y EPI, el subtipo más frecuente de enfermedad pulmonar intersticial fue la neumonía intersticial no específica (NINE), presente en el 42,9% de los casos (n = 30). La neumonía intersticial usual (NIU) se identificó en el 7,1% (n = 5) (Tabla 1).

Tabla 1. Subtipo de enfermedad pulmonar intersticial. (CG061)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NA	35	50,0
	NINE	30	42,9
	NIU	5	7,1
	Total	70	100,0

En particular se observó una mayor frecuencia de EPI en pacientes con ES cutánea difusa, presencia de anticuerpos antitopoisomerasa I (anti-Scl-70) (p = 0,019), edad avanzada (p = 0,006) y comorbilidades (p = 0,041); destacó una sólida relación entre hipertensión arterial pulmonar y EPI en pacientes con ES (p = 0,000). La coexistencia de ambas alteraciones podría reflejar un patrón de afectación pulmonar más grave, con implicaciones pronósticas relevantes (Tabla 2).

Tabla 2. Hipertensión arterial pulmonar y enfermedad pulmonar intersticial. (CG061)

Pruebas ji cuadrada			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Ji cuadrada de Pearson	19,024	2	0,000
Razón de verosimilitudes	20,345	2	0,000
Relación lineal por lineal	18,363	1	0,000
N de casos válidos	70		

Conclusiones: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) constituye una complicación frecuente que incrementa en grado significativo la morbilidad de los pacientes con esclerosis sistémica. En este estudio se identificaron factores de riesgo clínicos, serológicos y radiológicos que se alinean con los descritos en las publicaciones internacionales. El conocimiento, detección temprana y caracterización adecuada son fundamentales para optimizar el tratamiento clínico y mejorar los desenlaces funcionales y vitales.

Bibliografía

- Perelas A, Silver RM, Arrossi AV, *et al.* Systemic sclerosis-associated interstitial lung disease. *Lancet Respir Med.* 2020;8(3):304-20.
- Distler O, Assassi S, Cottin V, *et al.* Predictors of progression in systemic sclerosis patients with interstitial lung disease. *Eur Respir J.* 2020;55.
- Ghazipura M, Macrea M, Herman D, *et al.* Tocilizumab in patients with systemic sclerosis-associated interstitial lung disease: a systematic review and meta-analysis. *Ann Am Thorac Soc.* 2024;21(2):328-37.

CG062

EVALUACIÓN DE MODELOS EXTENSOS DE LENGUAJE PARA EL CÁLCULO DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A. González-Meléndez¹, E.A. Galindo-Calvillo¹, A.M. Ortiz-Ríos², B. Ávalos-García¹, M. González-Treviño², I.C. Reynosa-Silva¹, D.L. Carrera-Cruz¹, C.J. Arequipa-Loachamin¹, J.A. Álvarez-Meza¹, D.A. Gallarza-Delgado¹, E. Navarro-Mendoza³, M.C. Cuéllar-Gutiérrez⁴, M. Bautista-Vargas⁵, G. Figueroa-Parra¹

⁽¹⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL,

⁽²⁾Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee, USA, ⁽³⁾Mayo

Clinic, Rochester, Minnesota, USA, ⁽⁴⁾Hospital del Salvador, Universidad de

Chile, Santiago, Chile, ⁽⁵⁾Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada en particular por inflamación persistente y afectación multiorgánica. La estrategia de tratamiento vigente (dirigida por objetivos o *treat-to-target*) requiere instrumentos de evaluación del estado global de la enfermedad para tomar las decisiones terapéuticas. El índice SLEDAI-2k (*Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000*) es una de las herramientas más utilizadas para esta finalidad. Sin embargo, su implementación en la práctica clínica diaria representa un reto debido al tiempo requerido para su documentación y cálculo. En este contexto, la inteligencia artificial (IA), en particular a través del procesamiento del lenguaje natural aplicado a notas clínicas, ha emergido como una alternativa innovadora para apoyar las decisiones médicas. Su implementación en la evaluación automatizada del SLEDAI podría representar una estrategia útil para mejorar la objetividad, eficiencia y reproducibilidad de la vigilancia clínica en pacientes con LES.

Objetivo: Valorar la viabilidad de integrar herramientas de IA como apoyo en la evaluación de la actividad de la enfermedad en pacientes con LES.

Material y métodos: Se realizó un estudio piloto y transversal para evaluar la factibilidad del uso de modelos extensos de lenguaje (MEL) para el cálculo de la escala de actividad de la enfermedad SLEDAI-2k a partir de notas de evolución de pacientes con LES. Las notas se obtuvieron de manera anónima (y sin identificadores) de reumatólogos certificados y en formación que desconocían el objetivo de uso de dichas notas. Con posterioridad, un reumatólogo con experiencia en la atención de pacientes con LES calculó de manera independiente las puntuaciones de SLEDAI-2k para cada nota. Estas mismas notas se evaluaron en múltiples plataformas de IA (Chat-GPT, Gemini, DeepSeek, Claude, Perplexity) al solicitar, mediante instrucciones estandarizadas, que se calculara la puntuación SLEDAI-2k. Tras tomar como referencia las puntuaciones realizadas por el reumatólogo certificado, se obtuvo la proporción de puntuaciones correctas e incorrectas. Después se exploró entre las incorrectas, aquellas que fueron sobrestimadas o subestimadas. Los resultados se muestran con estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 21 notas de evolución de pacientes con LES. De los cinco MEL evaluados, ninguno obtuvo una tasa de aciertos mayor de 50% (Figura 1). El modelo con mejor desempeño fue Chat-GPT con 38,1% (8/21) de aciertos y el peor Gemini con 23,8% (5/21); el resto de los modelos (DeepSeek, Claude, Perplexity) obtuvo la misma tasa de puntuaciones correctas (28,6%). Al explorar las puntuaciones incorrectas, Chat-GPT tendió a subestimarlas (38,1% *vs.* 23,8%), mientras que Gemini y DeepSeek sobreestimaron todas sus puntuaciones incorrectas (76,2% y 71,4%, respectivamente). Claude también tendió a sobrestimar las puntuaciones incorrectas (61,9% *vs.* 9,5%). Perplexity equitativamente subestimó (33,3%) y sobrestimó (38,1%) sus puntuaciones.

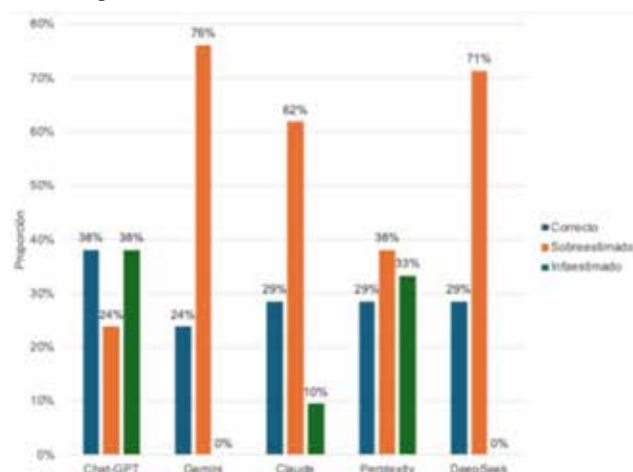
Conclusiones: Los modelos extensos de lenguaje mostraron una baja tasa de puntuaciones correctas en comparación con los de un reumatólogo certificado. El desarrollo o entrenamiento de modelos especializados en esta tarea podría aumentar el rendimiento y proveer una herramienta que permita optimizar la atención de los pacientes con LES.

Bibliografía

- Siegel CH, Sammaritano LR. Systemic lupus erythematosus. *JAMA.* 2024;331(17):1480-91.

2. Gladman DD, Ibáñez D, Urowitz MB. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. *J Rheumatol*. 2002;29(2):288-91.

Figura 1. Tasa de aciertos y errores en puntuaciones de SLEDAI-2k calculadas por distintos modelos extensos de lenguaje en comparación con un reumatólogo certificado. (CG062)



CG063

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, INMUNOLÓGICAS Y EVOLUCIÓN DE SÍNDROMES DE SUPERPOSICIÓN EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

B. Chura-Chipana¹, H. Menchaca-Aguayo¹, D. Alpízar-Rodríguez², E. Faugier-Fuentes¹, C.C. León-Rodríguez¹, A.B. Bernabé-Jiménez¹, B.R. Gallegos-Tirado¹, K. Franco-Morataya¹

⁽¹⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: Los síndromes de superposición en reumatología pediátrica son un reto diagnóstico y terapéutico por la coexistencia de manifestaciones clínicas e inmunológicas de más de una enfermedad autoinmune sistémica, como lupus eritematoso sistémico (LES), dermatomiositis juvenil (DMJ) y artritis idiopática juvenil (AIJ), entre otras. La información en la población pediátrica es limitada, en su mayoría son informes aislados o cohortes pequeñas.

Objetivo: Describir las características clínicas, inmunológicas y terapéuticas y la evolución de pacientes pediátricos con síndromes de superposición atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez entre 2014 y 2024.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se obtuvo información de expedientes de pacientes atendidos entre 2014 y 2024. Se registraron variables clínicas, inmunológicas y evolución a 12 meses. Se clasificó a los pacientes en remisión completa, parcial o persistencia de actividad de acuerdo con los criterios para cada enfermedad. Se realizó estadística no paramétrica. Se condujo un análisis univariable y multivariable para explorar factores basales relacionados con el diagnóstico de superposición más frecuente y la remisión completa de la actividad o la remisión parcial/persistencia al año.

Resultados: Se revisaron 188 expedientes, de los cuales 30 cumplieron criterios de inclusión. Se encontró predominio del sexo femenino (66,7%), con edad mediana al diagnóstico inicial de 11 años, con un intervalo de tiempo entre primero y segundo diagnósticos de 12,8 meses (RIC, 25-75%, 11-16 meses). Los diagnósticos iniciales más frecuentes fueron LES en 40%, AIJ en 23,3% y DMJ en 16,7%. La DMJ fue el diagnóstico de superposición más frecuente (33,3%). Tener una edad mayor al diagnóstico inicial (RM 1,88; IC95%, 1,04-3,39) y la presencia de erupción en heliotropo (RM 40,8; IC95%, 2,09-797,8) se vincularon con

diagnóstico subsecuente de DMJ en el análisis multivariable ajustado por sexo. En el análisis univariable que comparó grupos de actividad de la enfermedad, los síntomas como erupción en heliotropo, esclerodactilia y debilidad muscular se relacionaron con lograr una remisión completa a los 12 meses ($p = 0,03$ cada una). Los pacientes con primer diagnóstico de LES, derrame pleural y valores bajos de complemento C3-C4 experimentaron con más frecuencia remisión parcial o persistente ($p = 0,04$, $p = 0,02$ y $p = 0,03$, respectivamente) (Tabla 1). Sin embargo, estas relaciones no persistieron en el análisis multivariable ajustado por edad. El tratamiento varió según fuera el diagnóstico inicial. Los pacientes con LES recibieron con mayor frecuencia esquemas combinados e intensivos (micofenolato, ciclofosfamida, rituximab y glucocorticoides), mientras que en la AIJ predominó la sulfasalazina y en la dermatomiositis el metotrexato. En los casos de esclerosis sistémica se utilizaron principalmente inmunoglobulina y rituximab.

Conclusiones: En este estudio, el lupus fue el diagnóstico inicial más común y se relacionó con una evolución menos favorable. Las manifestaciones cutáneas como eritema en heliotropo y esclerodactilia tuvieron mejor pronóstico, mientras que el consumo de complemento, proteinuria y derrame pleural fueron marcadores de actividad persistente. El tratamiento fue heterogéneo y dependió del fenotipo predominante con mayor intensidad en el lupus. Este estudio constituye la primera serie mexicana en la población pediátrica y destaca la importancia de identificar factores clínicos y serológicos que orienten el seguimiento y tratamiento en los síndromes de superposición.

Bibliografía

- Batu ED, Günlüp A, Şahin S, *et al*. Pediatric mixed connective tissue disease versus other overlap syndromes: a retrospective multicenter cohort study. *Rheumatol Int*. 2023;43(8):1485-95. doi:10.1007/s00296-023-05300-x.
- Laccarino L, Gatto M, Bettio S, *et al*. Overlap connective tissue disease syndromes. *Autoimmun Rev*. 2013;12(3):363-73. doi: 10.1016/j.autrev.2012.06.004.
- Jury EC, D'Cruz D, Morrow WJW. Autoantibodies and overlap syndromes in autoimmune rheumatic disease. *J Clin Pathol*. 2001;54(5):340-7. doi:10.1136/jcp.54.5.340.

CG064

PERFIL DE ESTILO DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS

A. Bernal-González, M. Lozano-Hernández, A.H. Peña-Ayala, D. Clavijo-Cornejo

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria, sistémica y crónica con crecimiento de las células de la piel que causa placas gruesas, escamosas y erupción rojiza. Afecta al 2% de la población general y su origen es multifactorial. Los factores ambientales incluyen estrés, infecciones y malos estilos de vida, como obesidad, alcoholismo, tabaquismo y vida sedentaria que agrava la psoriasis. La calidad de vida (CV) se ve afectada sobre todo cuando las lesiones cutáneas se hallan en áreas visibles, lo que altera gravemente el grado emocional y la autoestima por el rechazo social, familiar y de pareja. Si se tiene en cuenta lo anterior, surge la pregunta: ¿cómo están relacionados los comportamientos de estilos de vida en la calidad de vida de las personas con psoriasis que asisten a una consulta de reumatología, en una institución de tercer nivel?

Objetivo: Conocer los estilos de vida de los pacientes con psoriasis que acuden a la consulta de ultrasonido en reumatología del INR y la forma en que estos estilos de vida intervienen en su calidad de vida.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y observacional, con muestra determinada por conveniencia. La muestra se integró con 104 personas adultas con diagnóstico de psoriasis que asistieron a ultrasonido en el servicio de reumatología del INR, donde se obtuvo información previo consentimiento informado: datos sociodemográficos. Se aplicaron los cuestionarios Perfil de estilo de vida que promueve la salud II, de Nola Pender, validado en México, de 52 reactivos y seis dimensiones: responsabilidad en la salud, actividad física, nutrición, crecimiento

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y de laboratorio de los pacientes pediátricos con síndromes autoinmunes de superposición (n = 30). (CG063)

Variable	Total n = 30	Remisión completa n = 14	Parcial/ persistencia n = 16	P
Sexo, femenino, n (%)	20 (66,7)	11 (78,6)	9 (56,3)	0,19
Edad al diagnóstico inicial (años), mediana (RIC)	11 (9-14)	11 (9-12)	11 (9,8-15)	0,33
Edad al segundo diagnóstico, mediana (RIC)	12,8 (11-16)	12,3 (10,1-15,0)	13,7 (11,3-16,8)	0,26
Primer diagnóstico, n (%)				
LES	12 (40,0)	2 (14,3)	10 (62,5)	0,04*
AIJ	7 (23,33)	3 (21,4)	4 (25,0)	
DMJ	5 (16,7)	4 (28,6)	1 (6,3)	
ES	4 (13,3)	3 (21,4)	1 (6,3)	
SSj	2 (6,7)	2 (14,3)	0 (0)	
Segundo diagnóstico, n (%)				
LES	4 (13,3)	2 (14,3)	2 (12,5)	0,14
AIJ	3 (10,0)	0 (0)	3 (18,7)	
DMJ	10 (33,3)	5 (35,7)	5 (31,3)	
ES	5 (16,7)	4 (28,6)	1 (6,3)	
SSj	1 (3,3)	0 (0)	1 (6,3)	
ANCA	3 (10,0)	0 (0)	3 (18,8)	
Otros	4 (13,3)	3 (21,4)	1 (6,3)	
Tiempo entre el primero y segundo diagnósticos (meses), mediana (RIC)	12 (6-25)	13,5 (6-25)	11,5 (6,5-22)	0,46
Manifestaciones clínicas entre diagnósticos 1° y 2°, n (%)				
Fiebre	21 (70,0)	10 (71,4)	11 (68,7)	0,87
Fatiga	15 (50,0)	7 (50,0)	8 (50,0)	1,00
Alopecia	13 (43,3)	4 (28,6)	9 (56,3)	0,12
Úlcera oral	9 (30,0)	3 (21,4)	6 (37,5)	0,33
Erupción malar	12 (40,0)	4 (28,6)	8 (50,0)	0,23
Erupción en heliotropo	15 (50)	10 (71,4)	5 (31,3)	0,03*
Fotosensibilidad	23 (40,0)	4 (28,6)	8 (50,0)	0,23
Pápulas de Gottron	16 (53,3)	9 (64,3)	7 (43,8)	0,26
Esclerodactilia	11 (36,7)	8 (57,1)	3 (18,8)	0,03*
Artralgias/artritis	17 (56,7)	10 (71,4)	7 (43,8)	0,12
Debilidad muscular	13 (43,3)	9 (64,3)	4 (25,0)	0,03*
Derrame pleural	8 (26,7)	1 (7,1)	7 (43,8)	0,02*
EPI	9 (30,0)	5 (35,7)	4 (25,0)	0,52
Datos de laboratorio				
Leucocitos absolutos, mediana (RIC)	4250 (3300-5700)	4100 (3500-5700)	4300 (2900-5750)	0,96
Linfocitos absolutos, mediana (RIC)	755 (580-1080)	895 (550-1080)	670 (605-1045)	1,0
Plaquetas, mediana (RIC)	350000 (293000-387000)	362000 (339000-413000)	332000 (254000-367500)	0,08
VSG, mediana (RIC), n (%)	23 (76,7)	10 (72,4)	13 (81,3)	0,52
PCR, mediana (RIC), n (%)	24 (80,0)	11 (78,6)	13 (81,3)	0,85
ANA	10 (33,3)	6 (42,8)	4 (25,0)	0,30
Anti-DNA ^s	8 (38,1)	4 (44,4)	4 (33,3)	0,60
Complemento (C3-C4) (bajo), n (%)	15 (50,0)	4 (28,6)	11 (68,8)	0,03*
Proteinuria nefrótica	10 (33,3)	2 (14,3%)	8 (50,0%)	0,09

*21 pacientes, *p < 0,05, pruebas χ^2 o Kruskal-Wallis.

espiritual, relaciones interpersonales y control del estrés, y el cuestionario Skindex-29, que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, de 29 reactivos en tres dominios: síntomas, emociones y funcionamiento. El análisis se realizó a través del programa SPSS. La fiabilidad del cuestionario se obtuvo con alfa de Cronbach, IC95% y p < 0,001. Estadística descriptiva (Fr y %) para las variables cualitativas y medidas de tendencia

central y dispersión para las cuantitativas. La prueba de hipótesis fue ji cuadrada. La comparación de dos medias se efectuó con t de Student para muestras independientes.

Resultados: De 104 personas (60% de hombres, con edad promedio de 53,4 años [DE $\pm$ 12,3]), 52,9% tiene una relación de pareja, 46,2% escolaridad básica, 68% trabaja actualmente y 32% no trabaja por la psoriasis;

22,5% sufre HTA, 37,5% tiene familiar con psoriasis (el padre con 9,6%); 62,55% fumó y 29,8% aún ingiere bebidas alcohólicas; 49% tiene problemas del sueño. El 27% refirió una edad de inicio con psoriasis de 31 a 40 años y 42% tiene < de 10 años con psoriasis. El subgrupo principal presente de psoriasis fue la forma en placas con 74% y hasta 58,7% de las placas se identificó ligeramente enrojecido o pigmentado levemente y los brazos (46%) fueron el lugar de mayor incidencia. Los pacientes perciben un mal EV en 50% y su familia infiere que un 5,5% de su EV cambió. El EV global es saludable, pero la actividad física es poco saludable (45%). El efecto en la CV está presente en la dimensión emocional y la sintomática en 27,9% todo el tiempo.

Conclusiones: Este estudio identificó características y necesidad de reestructuración de las esferas social, psicológica y física, por lo que es fundamental un control multidisciplinario que ayude a favorecer la reorganización de los estilos de vida con el objetivo de fortalecer la calidad de vida de las personas y su familia.

Bibliografía

1. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. EEUU: University of Nebraska Medical Center; 1996. <https://bit.ly/3l3XI1x> [Links]
2. Minokawa Y, Sawada Y, Nakamura M. Lifestyle factors involved in the pathogenesis of alopecia areata. International Journal of Molecular Sciences [Internet] 2022;23(3):1038. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms23031038>.

CG065

CORRELACIÓN DE LA FUNCIÓN COGNITIVA CON EL ÍNDICE DE ACTIVIDAD SLEDAI 2K EN PACIENTES CON LES EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P.E. Balbuena-García, J. Lembrino-Teoyotl, R. Arreguín-Reyes

Hospital de Especialidades Puebla CMN General de Div. Manuel Ávila Camacho

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad de carácter autoinmune con afectación de múltiples órganos y sistemas. El deterioro cognitivo se cataloga dentro de los síndromes neuropsiquiátricos, con una prevalencia calculada de 6,6 a 80%. La disparidad en cuanto a la prevalencia se relaciona con dificultad para atribuir el déficit cognitivo exclusivamente al lupus eritematoso sistémico, falta de biomarcadores diagnósticos validados y poblaciones de estudio heterogéneas. En ausencia de pruebas específicas generalmente se subdiagnostica. Dentro de las pruebas de tamizaje, la evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) es una herramienta rápida y con una elevada sensibilidad para la detección de disfunción cognitiva. En clínica tiene un comportamiento estable o fluctuante y existe una relación entre la actividad de la enfermedad y el daño orgánico.

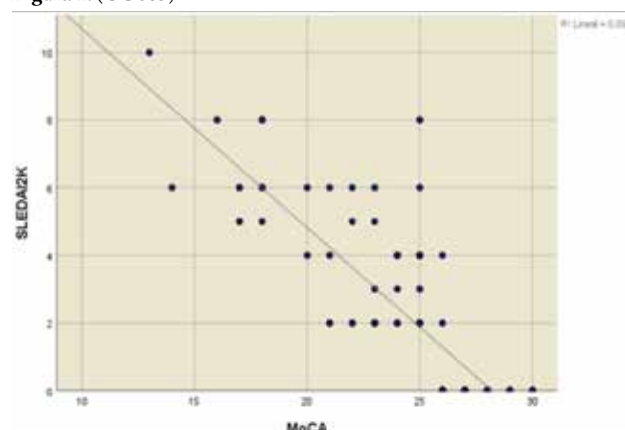
Objetivo: Determinar la correlación entre la función cognitiva y el índice de actividad de la enfermedad en pacientes con lupus eritematoso sistémico en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó la evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) de forma transversal para determinar la disfunción cognitiva y, mediante valoración clínica en conjunto con estudios de laboratorio, se determinó el índice de actividad de la enfermedad mediante la escala SLEDAI 2K. Para determinar su relación se realizó correlación de Spearman.

Resultados: Se llevó a cabo la evaluación de 100 pacientes con diagnóstico de LES con una mediana de edad de 35,50 años y una duración de la enfermedad de siete años. Se obtuvo una mediana de 4 puntos en SLEDAI 2K, con una mediana de 25 puntos en MoCA (**Figura 1**). Los resultados mostraron una correlación negativa alta ($r = 0,869$, $p < 0,001$) entre la función cognitiva y la actividad de la enfermedad.

Conclusiones: Existe una correlación significativa entre la función cognitiva y la actividad de la enfermedad en paciente con LES. A medida que aumenta la actividad de la enfermedad, el desempeño en el MoCA fue menor. Los hallazgos sugieren que la detección temprana y el control de la actividad son imprescindibles para preservar la función cognitiva.

Figura 1. (CG065)



Bibliografía

1. Seet D, Allameen NA, Tay SH, *et al.* Cognitive dysfunction in systemic lupus erythematosus: immunopathology, clinical manifestations, neuroimaging and management. Rheumatology and Therapy. 2021;8(2):651-679.
2. Raghunath S, Glikmann-Johnston Y, Hanly JG, *et al.* Cognitive dysfunction in systemic lupus erythematosus: how do we advance our understanding? The Lancet. Rheumatology. 2022;4(4):293-302.
3. Raghunath S, Glikmann-Johnston Y, Golder V, *et al.* Clinical associations of cognitive dysfunction in systemic lupus erythematosus. Lupus Sci Med. 2023;10(1):335-340.

CG066

REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE BIOMARCADORES PREDICTIVOS PARA LA ARTRITIS REUMATOIDE

J.A. III García-Vargas, S.E. Rojas-Gutiérrez, O.J. García-Gómez, R. Martínez-Carrizález, M.L. Ruiz-De la Cruz, M.C. Salinas-Carmona, J.A. Esquivel-Valerio, L.Y. Gaytán-García, D.A. Galarza-Delgado, T.A. Suárez-Vázquez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) presenta una fase preclínica en la cual diversos biomarcadores inmunológicos, genéticos y moleculares pueden identificar a individuos con alto riesgo de desarrollar la enfermedad. Las poblaciones en riesgo incluyen familiares de primer grado de pacientes con AR, individuos seropositivos asintomáticos (positivos a autoanticuerpos, pero sin artritis clínica) y personas con síntomas prodrómicos (p. ej., artralgias inexplicadas). Los estudios previos han demostrado que los autoanticuerpos como los antipéptidos citrulinados (ACPA, típicamente detectados como anti-CCP) y el factor reumatoide (FR) pueden preceder a la AR clínicamente aparente por varios años, con alta especificidad para la enfermedad. Sin embargo, la sensibilidad de marcadores individuales es limitada, por lo que se han evaluado combinaciones multivariadas que integran autoanticuerpos, factores genéticos, perfiles transcriptómicos e inflamatorios para mejorar la predicción de AR.

Objetivo: Evaluar, mediante una revisión sistemática con metaanálisis, los biomarcadores clave (autoanticuerpos típicos y emergentes, marcadores genéticos, firmas transcriptómicas, proteínas inflamatorias y modelos combinados) que predicen la progresión a AR en individuos en riesgo (familiares de primer grado, seropositivos asintomáticos y pacientes con síntomas prodrómicos de AR).

Material y métodos: Se realizó una búsqueda sistemática (2004-2024) en PubMed, Scopus, EMBASE y Web of Science según las directrices PRISMA y asistida por ResearchRabbit. Se incluyeron estudios observacionales (cohorte prospectivas, casos y controles anidados y longitudinales) en familiares de primer grado de pacientes con AR y sujetos en fase

preclínica sin AR al inicio. En PubMed se aplicó una estrategia con términos sobre AR, familiares de primer grado y biomarcadores (serológicos, transcriptómicos, metabólicos, p. ej., anti-CCP, FR, expresión génica), con filtro de fechas y exclusión de revisiones e informes de caso. Se extrajeron

características del estudio, población, tamaño muestral, biomarcadores y técnicas, además de sensibilidad, especificidad, OR, HR (IC95%) y AUC. La síntesis fue narrativa y, cuando hubo homogeneidad, se realizó metaanálisis de efectos aleatorios para obtener medidas combinadas.

Figura 1. Mapa de calor de *odds ratio* (OR) por categoría de biomarcador en individuos en riesgo de artritis reumatoide (AR). Filas: estudios; columnas: autoanticuerpos, citocinas, genético, transcriptómico e inflamatorio. Las celdas muestran los OR señalados por cada estudio (no agregados); el tono más oscuro indica mayor magnitud. El valor 0,00 denota “no reportado” para esa combinación y no implica ausencia de relación. Datos obtenidos de una revisión sistemática PRISMA (2004-2024) en familiares de primer grado y sujetos en fase preclínica sin AR al inicio. Valores redondeados a dos decimales. AR, artritis reumatoide; OR, *odds ratio*. (CG066)



Figura 2. Mapa de calor de *hazard ratio* (HR) por categoría de biomarcador en individuos en riesgo de artritis reumatoide (AR). Filas: estudios; columnas: autoanticuerpos, citocinas, genético, transcriptómico e inflamatorio. Las celdas muestran los HR informados por cada estudio (no agregados); los más oscuros indican mayor magnitud. El valor 0,00 señala “no reportado” para esa combinación y no implica ausencia de riesgo. Interpretación: HR > 1 indica mayor riesgo de progresión a AR clínica en el tiempo. Datos de una revisión sistemática PRISMA (2005-2025) en familiares de primer grado y sujetos en fase preclínica sin AR al inicio. Valores redondeados a dos decimales. AR, artritis reumatoide; HR, *hazard ratio*. (CG066)

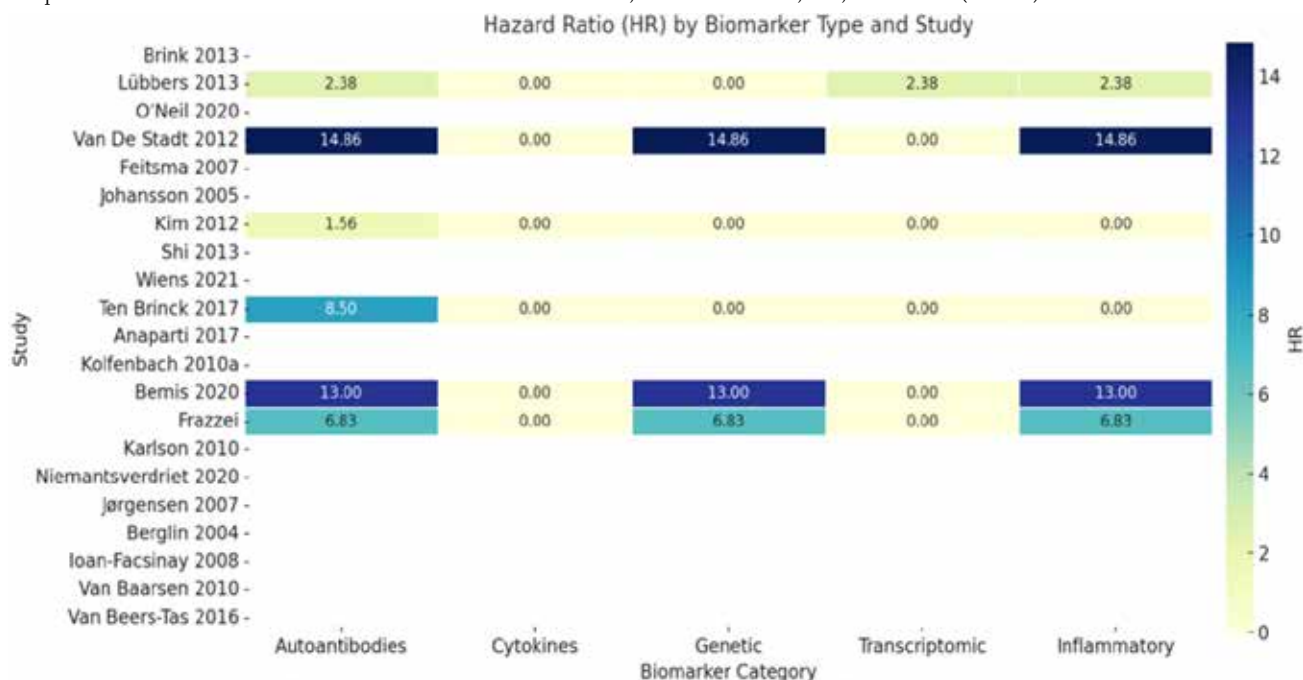
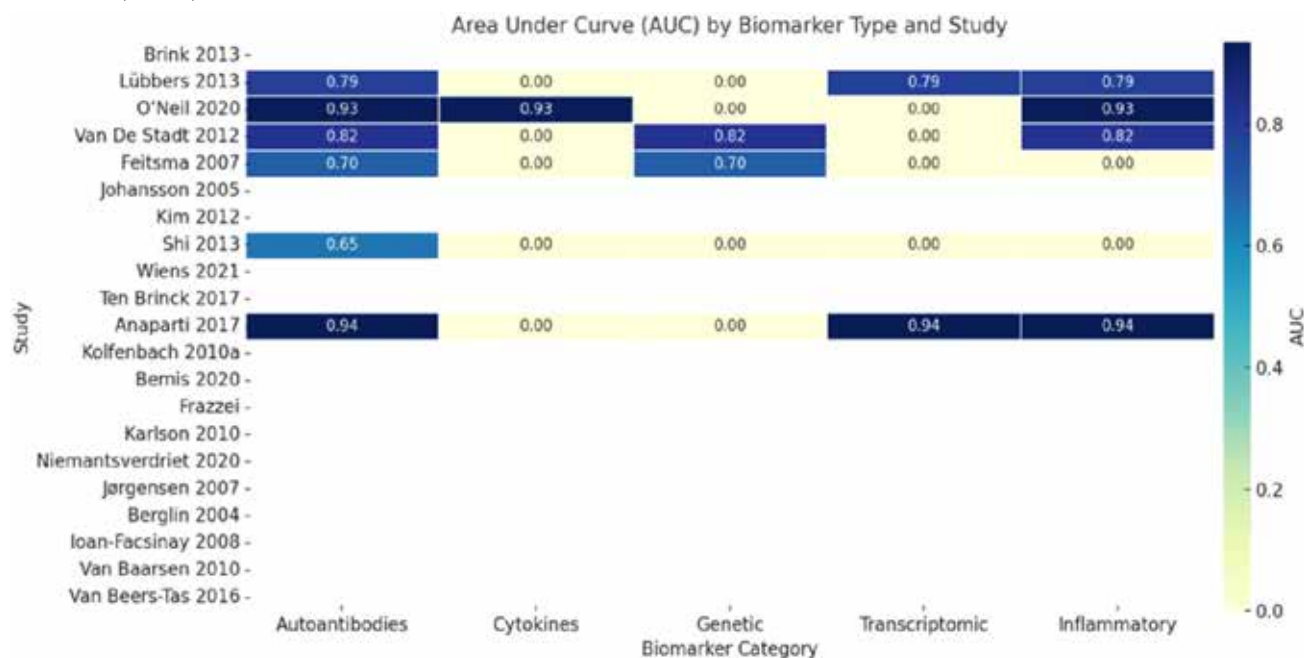


Figura 3. Mapa de calor del área bajo la curva (AUC) por categoría de biomarcador en individuos en riesgo de artritis reumatoide (AR). Filas: estudios; columnas: autoanticuerpos, citocinas, genético, transcriptómico e inflamatorio. Las celdas muestran los AUC informados por cada estudio (no agregados); los tonos más oscuros indican mejor discriminación. 0,00 indica "no reportado" para esa combinación y no debe interpretarse como valor real. Guía de interpretación: <0,5 sin discriminación; 0,7-0,8 aceptable; 0,8-0,9 buena; > 0,9 excelente. Datos de una revisión sistemática PRISMA (2005-2025) en familiares de primer grado y sujetos en fase preclínica sin AR al inicio. Valores redondeados a dos decimales. AR, artritis reumatoide; AUC, área bajo la curva ROC. (CG066)



Resultados: Se incluyeron 40 estudios con 15 847 participantes que evaluaron biomarcadores predictivos de AR en familiares de primer grado y poblaciones preclínicas. Los autoanticuerpos fueron los más estudiados, especialmente ACPA/anti-CCP (9 estudios) y factor reumatoide (5 estudios), con *odds ratios* individuales de 1,2 a 49,8 y especificidad de 86% a 99,2%. Los paneles combinados demostraron rendimiento superior a los biomarcadores individuales, con áreas bajo la curva ROC de 0,65 a 0,935. Las combinaciones más efectivas incluyeron anti-CCP con marcadores genéticos (PTPN22, HLA-SE), que alcanzaron OR superiores a 132,0 y especificidad del 100%. Los paneles multimodales que integraron biomarcadores serológicos, genéticos e inflamatorios mostraron *hazard ratios* de 4,09 a 14,86 para estratificación de alto riesgo. La capacidad predictiva se extendió de 1 a 12 años antes del desarrollo clínico, con mayor valor predictivo en los dos a cinco años anteriores al inicio de los síntomas. Véanse las Figuras 1 a 5.

Conclusiones: Los paneles de biomarcadores combinados que incorporan autoanticuerpos de alto título (ACPA, anti-CCP, factor reumatoide), marcadores genéticos (HLA-SE, PTPN22) y proteínas inflamatorias demuestran rendimiento diagnóstico superior a los biomarcadores individuales para predecir el desarrollo de AR en familiares de primer grado y poblaciones preclínicas. Las combinaciones multimodales alcanzan especificidades del 100% y áreas bajo la curva superiores a 0,90, con capacidad predictiva hasta 12 años antes del inicio clínico. Estos hallazgos respaldan el desarrollo de calculadoras de riesgo clínicamente útiles para la identificación temprana y estratificación del riesgo en poblaciones susceptibles, lo que facilita la implementación de estrategias de medicina preventiva y el inicio oportuno de intervenciones terapéuticas en la fase preclínica de la enfermedad.

Bibliografía

- Wiens K, Ernst M, Kamps A, *et al.* Preclinical autoimmunity in first-degree relatives of rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheumatol.* 2021;73(8):1316-1324.
- Lübbbers J, Brink M, van de Stadt LA, *et al.* The type I IFN signature as a biomarker of preclinical rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(5):776-780.

CG067

BELIMUMAB: MEJORA LA REMISIÓN TEMPRANA Y SOSTENIDA, REDUCE ACTIVIDAD Y PREVIENE BROTES DE LUPUS EN POBLACIÓN CHIAPANECA: ESTUDIO DE CASOS-CONTROLES

V.I. Hernández-Sánchez, L.D. Fierro-Toledo, A.J. Prado-Rodríguez, E. Peralta-Pineda, J. Sepúlveda-Delgado

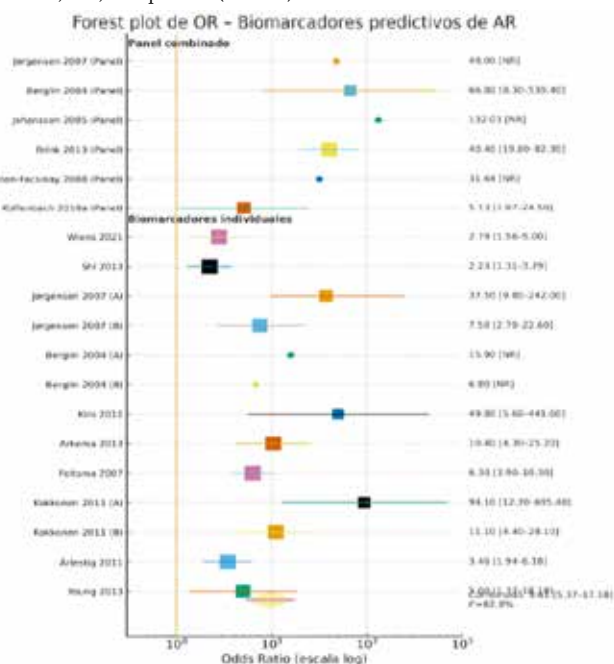
Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica con pérdida de tolerancia inmunológica y variabilidad clínica influida por factores genéticos y ambientales; en la última década, los tratamientos dirigidos como el belimumab, anticuerpo anti-BLyS, han ampliado las opciones de control de la enfermedad y se alinean con estrategias T2T orientadas a remisión y LLDAS propuestas por DORIS. Aunque el belimumab recibió aprobación en México en 2012 y se extendió a la nefritis lúpica en 2022, la efectividad en la población mexicana de práctica real es limitada, especialmente en ascendencias latinoamericanas subrepresentadas. Este trabajo caracteriza la respuesta al belimumab en una cohorte del sureste de México para aportar evidencia contextualizada y útil para decisiones clínicas regionales.

Objetivo: Determinar, durante el primer año, las tasas de remisión y LLDAS con belimumab más estándar de cuidado (BEL+SoC) frente a SoC; evaluar cambios en SLEDAI-2K, MEX-SLEDAI y biomarcadores; y explorar a largo plazo la remisión y los brotes según la exposición al belimumab.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles anidado en dos cohortes de LES atendidas en la clínica de autoinmunidad del HRAE Ciudad Salud: cohorte BEL+SoC (2022-2025, protocolo 002/2023) y cohorte histórica SoC (2018-2021, 08/2018). Inclusión: ≥ 18 años, LES por ACR/EULAR 2023, consentimiento y CRF; exclusión: superposición autoinmune, síndromes genéticos y embarazo. Se registraron SLEDAI-2K, MEX-SLEDAI, PGA, estados DORIS/LLDAS, flares SELENA-SLEDAI (> 4 puntos), y biomarcadores (ANA, C3, C4, VSG, PCR, ferritina)

Figura 4. Diagrama de bosque de *odds ratio* (OR) para biomarcadores predictivos de artritis reumatoide (AR). Esta gráfica resume los resultados del metaanálisis de los estudios observacionales recopilados en la revisión sistemática (2005-2025) realizada según los lineamientos de PRISMA en familiares de primer grado y sujetos en fase preclínica sin AR inicial. Se presentan por separado los estudios que evaluaron paneles combinados de biomarcadores (parte superior) y aquellos que analizaron biomarcadores individuales (parte inferior). Cada línea horizontal muestra el intervalo de confianza del 95% (IC95%) de un estudio, y el cuadrado central representa el cálculo puntual del OR, con un tamaño proporcional al peso del estudio en el metaanálisis de efectos aleatorios (método DerSimonian-Laird). La línea vertical punteada señala la hipótesis nula (OR = 1). En los estudios en los que no se registró IC95%, se anotó "[NR]" y no se incluyeron en el cálculo combinado. El rombo al pie indica el OR combinado para los biomarcadores individuales, junto con su IC95% e índice I^2 de heterogeneidad. El eje horizontal se muestra en escala logarítmica para una interpretación adecuada de las magnitudes. AR, artritis reumatoide; OR, *odds ratio*; ACPA, anticuerpos antipeptidos citrulinados; FR, factor reumatoide; NR, no reportado (CG066)



cada tres meses. Análisis con SPSS 22 y R 4.5.0; variables categóricas en frecuencias y continuas como media $\pm$ DE o mediana (RIC); modelo GEE de Poisson para tasa de brotes en seguimiento prolongado de BEL+SoC. Aprobación ética 002/2023 y 08/2018 conforme a Helsinki y normativa mexicana; riesgo mínimo. Véase la **Figura 1**.

Conclusiones: En la práctica real en población chiapaneca, BEL+SoC se relaciona con mejoría temprana de actividad, mayores tasas de remisión y LLDAS al primer año, y señal de menor riesgo de brotes durante la

Figura 1. Seguimiento de pacientes que recibieron belimumab. (CG067)

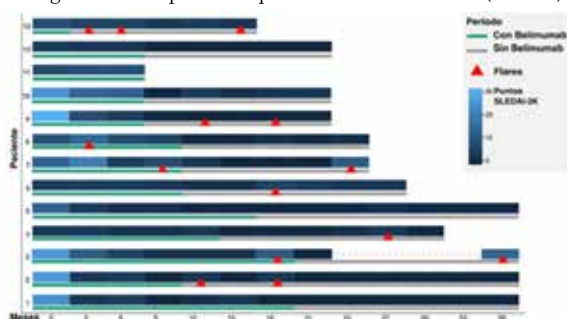
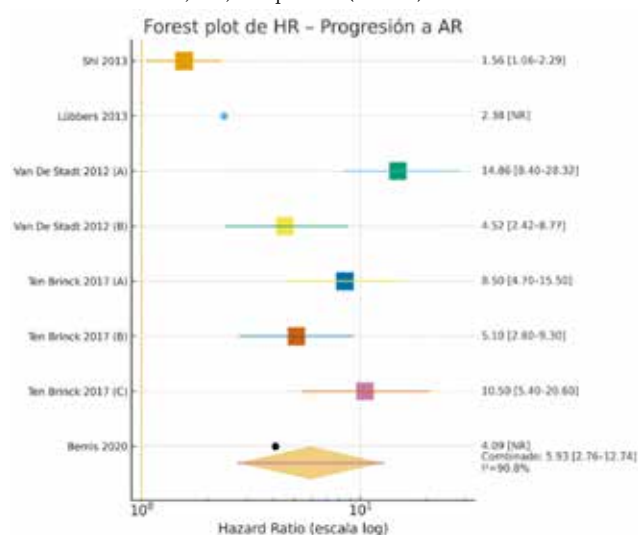


Figura 5. Diagrama de bosque de *hazard ratio* (HR) para la progresión a artritis reumatoide (AR). Esta gráfica resume los resultados del metaanálisis de los estudios observacionales incluidos en la revisión sistemática PRISMA (2005-2025) sobre familiares de primer grado y sujetos en fase preclínica. Cada línea muestra el cálculo puntual del HR (cuadrado) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%), con un tamaño de cuadrado proporcional al peso del estudio en el metaanálisis de efectos aleatorios. Las etiquetas (A, B, C) indican diferentes paneles o subgrupos de biomarcadores dentro de un mismo estudio. La línea vertical punteada representa la ausencia de efecto (HR = 1) en escala logarítmica; los valores por encima de ella señalan mayor riesgo de progresión a AR. Los estudios que no registraron IC95% se señalan con "[NR]" y se grafican sin incluirse en el cálculo combinado. El rombo dorado en la parte inferior muestra el HR combinado calculado mediante un modelo de efectos aleatorios (DerSimonian-Laird), con su IC95% y la heterogeneidad entre estudios ($F = 90.8\%$) localfor. AR, artritis reumatoide; HR, *hazard ratio*; IC95%, intervalo de confianza del 95%; NR, no reportado. (CG066)



exposición, lo que respalda su papel como pilar en T2T para LES. Estos hallazgos, consistentes con los estudios BLISS y OBSERVE, sugieren mayor beneficio cuando se usa como tratamiento de primera línea, aunque se reconocen limitaciones por tamaño muestral y necesidad de estudios de mayor poder y análisis multivariados.

Bibliografía

1. Pisetsky DS, Lipsky PE. New insights into the role of antinuclear antibodies in systemic lupus erythematosus. *Nature Reviews Rheumatology*. 2020;16(10):565-79.
2. Huang SP, Snedecor SJ, Nanji S, *et al.* Real-world effectiveness of belimumab in systemic lupus erythematosus: a systematic literature review. *Rheumatology and Therapy*. 2022;9(4):975-91.
3. Parra-Sánchez AR, Voskuyl AE, van Vollenhoven RF. Treat-to-target in systemic lupus erythematosus: advancing towards its implementation. *Nature Reviews Rheumatology*. 2022;18(3):146-57.

CG068

ALTERACIONES METABOLÓMICAS EN PACIENTES ADULTOS CON LES: RESULTADOS DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

S. Barrera-Hernández¹, C. Mendoza-Pinto², E. Jiménez-Jiménez², P. Munguía-Realpozo³, I. Etcheagaray-Morales⁴, M. Barreto-Victoria⁴, Y.M. Martínez-Barragán⁴, M.A. Trinidad-González⁴, J. Ayón-Aguilar⁵

(¹)Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho UMAE, IMSS, Puebla, (²)Centro de Investigación Biomédica de Oriente, (³)Centro de Investigación Biomédica de Oriente, IMSS, Puebla, (⁴)Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, (⁵)Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla

Introducción: La investigación metabólica constituye una vía prometedora para descubrir biomarcadores específicos en el lupus eritematoso sistémico (LES), en el cual los autoanticuerpos convencionales tienen limitaciones diagnósticas y de vigilancia. Aunque diversos estudios han descrito alteraciones metabólicas, la evidencia permanecía dispersa y sin cuantificación rigurosa. Esta revisión sistemática y metaanálisis integra dicha información y caracteriza la huella bioquímica del LES en adultos, con miras a impulsar estrategias terapéuticas de inmunometabolismo.

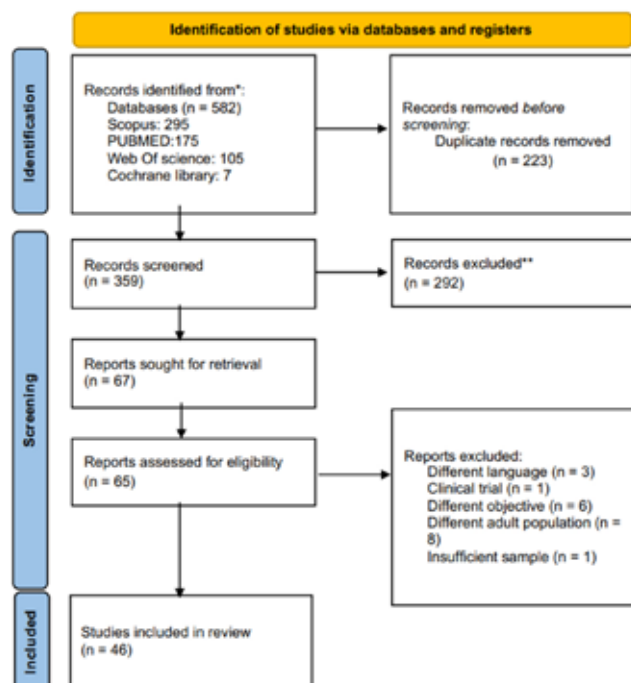
Objetivo: Evaluar, mediante revisión sistemática y metaanálisis, las diferencias en perfiles metabólicos entre pacientes adultos con LES y controles sanos, e identificar metabolitos comunes con potencial utilidad biomarcadora.

Material y métodos: Se siguieron lineamientos PRISMA y se registró el protocolo en PROSPERO. Se consultaron PubMed, Web of Science, Scopus y Cochrane Library hasta noviembre de 2024 (**Figura 1**). Dos revisores seleccionaron estudios observacionales comparativos, extrajeron datos y evaluaron la calidad con la escala Newcastle Ottawa. Se calcularon razones de medias (RoM) o diferencias de medias estandarizadas bajo modelo de efectos aleatorios; la heterogeneidad se exploró con I^2 . El metaanálisis se aplicó a metabolitos informados por ≥ 2 estudios.

Resultados: De 582 referencias iniciales, 46 estudios (3 999 participantes; 2 238 LES y 1 761 controles) publicados entre 2011 y 2024 cumplieron criterios; el 96% correspondió a casos y control y 57% procedía de China. Predominaron muestras de suero o plasma analizadas por LCMS/GCMS no dirigidas. Cinco estudios aportaron datos metaanalizables para 10 metabolitos. Se observaron descensos significativos de isoleucina (RoM: 0,73) y leucina (0,81), triptófano (0,73; $I^2 = 75\%$), glicina y asparagina (ambas 0,79), mientras que la metionina aumentó 54% (1,54; $I^2 = 88\%$). El ácido oleico se elevó 42% (1,42; IC95%, 1,19-1,69; $I^2 = 0\%$) y el cáprico disminuyó 20% (0,80; 0,67-0,95). La síntesis cualitativa corroboró agotamiento de intermediarios del ciclo de Krebs, acumulación de acilcarnitinas y un perfil de lípidos oxidados (9HODE, 5HETE, LTB) indicativo de estrés mitocondrial y desequilibrio redox.

Conclusiones: El LES puede exhibir una firma metabólica: agotamiento generalizada de aminoácidos, especialmente de cadena ramificada, exceso relativo de metionina y desajustes en ácidos grasos, lo que apunta a disfunción mitocondrial y alteraciones del metabolismo de un carbono. Se requieren estudios longitudinales multicéntricos con plataformas estandarizadas y enfoque multiómico para validar la utilidad clínica de estos metabolitos y esclarecer su relación causal con la actividad y el daño orgánico del LES.

Figura 1. (CG068)



Bibliografía

Romick-Rosendale LE, Brunner HI, *et al.* Identification of urinary metabolites that distinguish membranous lupus nephritis from proliferative lupus nephritis and focal segmental glomerulosclerosis. *Arthritis Res Ther* 2011;13:R199.

CG069

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS CATASTRÓFICO EN MÉXICO

L. Del Carpio-Orantes¹, B.I. López-Benjume², S. García-Méndez³, L.G. Montano-Montiel⁴, R. Morán-Contla³

⁽¹⁾Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽²⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽³⁾Consultor particular, ⁽⁴⁾Hospital Juárez de México

Introducción: El síndrome antifosfolípido catastrófico (SAFC) es una entidad poco frecuente; se han notificado aproximadamente 1 000 casos en el mundo y se desconoce su prevalencia en México.

Objetivo: Determinar la prevalencia calculada del SAFC en México.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica de casos clínicos aislados o series de casos en diversos motores de búsqueda, mediante los términos “síndrome antifosfolípido catastrófico” y “México” en abril de 2025.

Resultados: Se encontró una serie de casos retrospectivos en necropsias que incluía 12 casos, dos informes con dos casos cada uno e informes de 14 casos clínicos aislados; estas publicaciones se generaron entre 2003 y 2024 (**Tabla 1**). En total se recopilaron datos de 30 casos de SAFC, de los cuales 18 correspondían al síndrome antifosfolípido primario, 10 se relacionaron con lupus eritematoso sistémico y uno era de esclerosis sistémica. La tasa de prevalencia calculada en la población mexicana en 2025 es de 2,2 casos por 10 000 000 de habitantes. La mortalidad fue del 68% en esta serie de casos. En cuanto a la evolución, 19 pacientes fallecieron, nueve sobrevivieron y dos casos no revelaron detalles. Sólo cuatro registraron el uso del tratamiento triple entre varios tratamientos, con resultados exitosos en el 75% de estos casos; cuatro casos utilizaron ciclofosfamida, cuatro plasmaféresis y dos rituximab como modalidades de rescate; ninguno se trató con ecilizumab.

Conclusiones: Los casos de síndrome antifosfolípido catastrófico en México están subregistrados; su identificación ayudará a mejorar las estrategias diagnósticas y terapéuticas actuales en el país y promover la implementación del tratamiento triple y, en casos refractarios, el uso de ecilizumab para reducir la mortalidad actual.

Bibliografía

Del Carpio-Orantes L, López-Benjume B, García-Méndez S, *et al.* Catastrophic antiphospholipid syndrome in Mexico. Literature review. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2023;19(8):442-445. doi: 10.1016/j.reumae.2023.04.003. Epub 2023 May 18. PMID: 37210256.

CG070

EVALUACIÓN DE AUTOANTICUERPOS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA: UN ANÁLISIS PRELIMINAR MEDIANTE WESTERN BLOT

J. Simón-Campos¹, G. Viana-Torre², E. Pacheco-Pantoja², G. Berrote-rán-Reyes²

⁽¹⁾Universidad Autónoma de Yucatán, ⁽²⁾Universidad Anáhuac Mayab

Introducción: La fibromialgia es una enfermedad caracterizada por dolor crónico generalizado. En fecha reciente se ha propuesto la participación del sistema inmunológico en su fisiopatología. Los estudios han mostrado que los anticuerpos IgG provenientes de pacientes con fibromialgia pueden inducir síntomas en el modelo murino, lo cual respalda la hipótesis de autoinmunidad mediada por autoanticuerpos. Sin embargo, el antígeno específico reconocido por los autoanticuerpos séricos permanece

Tabla 1. Características de los casos y series de casos incluidos. (CG069)

Autor	Género/edad	Enfermedades relacionadas	Tratamiento	Pronóstico	Ciudad
Bermúdez-Bermejo, 2016	2 casos, edad no especificada	---	---	---	Ciudad de México
García-Carrasco, 2007	Mujer, 28 años	LES/sepsis	Triple tratamiento Antimicrobianos	Bueno	Puebla
	Mujer, 22 años	LES/nefritis lúpica/SAF secundario	Triple tratamiento	Bueno	Puebla
Palacios-Moguel, 2018	Mujer, 41 años	SAF primario/valvulopatía mitral	Triple tratamiento Plasmaféresis Hidroxicloroquina	Malo	Ciudad de México
Méndez-Flores, 2007	Hombre, 35 años	Insuficiencia vascular periférica	HBPM	Malo	Ciudad de México
Medina, 2009	Hombre, 34 años	Síndrome de Down/sepsis	Anticoagulantes Metilprednisolona Azatioprina	Bueno	Ciudad de México
Asencio-Real, 2015	Mujer, 64 años	---	HBPM Metilprednisolona Ciclofosfamida Plasmaféresis	Malo	Jalisco
Cordero-Estrada, 2015	Mujer, 16 años	Consumo de cocaína	HBPM Dexametasona	Bueno	Jalisco
Rangel-Hernández, 2018	Hombre, 56 años	SAF primario/tabaquismo	---	Malo	Ciudad de México
Peña-Vélez, 2016	Mujer, 12 años	LES	Ciclofosfamida Inmunoglobulina IV Plasmaféresis Rituximab Micofenolato/prednisona	Bueno	Ciudad de México
Millán-Iturbe, 2019	Mujer, 42 años	---	---	Malo	Ciudad de México
Vargas-Quevedo, 2018	Mujer, 12 años	SOP/LES/nefritis lúpica	Metilprednisolona Ciclofosfamida Rituximab Inmunoglobulina IV	Bueno	Ciudad de México
Del Carpio-Orantes, 2017	Hombre, 52 años	Insuficiencia vascular periférica	Triple tratamiento	Bueno	Veracruz
García-Díaz, 2020	Mujer, 22 años	LES/nefritis lúpica	Anticoagulantes Prednisona Antimaláricos	Bueno	Ciudad de México
Olguín-Ortega, 2003	12 casos de necropsias Mujer, 24 a Mujer, 24 a Mujer, 15 a Mujer, 68 a Hombre, 40 a Mujer, 18 a Hombre, 50 a Hombre, 40 a Hombre, 27 a Hombre, 33 a Mujer, 24 a Mujer, 24 a	LES (4) SAF primario (7) Esclerosis sistémica (1)	---	Malo	Ciudad de México
Méndez-Nungaray, 2024	Hombre, 36 a	SAF primario, neumonía	Metilprednisolona Inmunoglobulina IV Anticoagulantes	Malo	Ciudad de México
González-Gutiérrez, 2001	Mujer, 14 a	LES	Metilprednisolona Ciclofosfamida	Malo	Ciudad de México
García-Herrera, 2024	Mujer, 11 a	Coartación aórtica/SAF primario	Metilprednisolona prednisona, azatioprina, enoxaparina Hemodiálisis	Bueno	Puebla
Casos totales	30 casos Prevalencia: 2,2 casos/10 000 000 Mortalidad: 68%	SAF primario (18) SAF secundario a LES (11) Esclerosis sistémica (1)		19 mal pronóstico 9 buen pronóstico 2 no especificado	Ciudad de México 24 Veracruz 1 Jalisco 2 Puebla 3

LES, lupus eritematoso sistémico; SAF, síndrome antifosfolípidos; SOP, síndrome de ovarios poliquísticos; HBPM, heparina de bajo peso molecular.

desconocido. Algunas proteínas expresadas en ganglios de raíces dorsales y relacionadas con neuropatía de pequeñas fibras se han propuesto como posibles antígenos, entre ellas FGFR3, plexina D1, MX1, DBNL, KRT8 y CASPR2.

Objetivo: Evaluar la reactividad de autoanticuerpos IgG séricos de pacientes con fibromialgia, respecto de seis proteínas probables mediante la técnica de *Western blot*.

Material y métodos: Se inscribió a 20 participantes (10 con fibromialgia y 10 controles sanos). La edad media de los casos fue de 55,3 años (DE, 13,4) y la de los controles de 48,3 años (DE, 15,2). El 87,5% correspondió a mujeres. La duración media de la enfermedad en los casos fue de 15,6 años (DE, 10,3). Se evaluó la reactividad de autoanticuerpos IgG mediante *Western blot* contra proteínas recombinantes seleccionadas. Las proteínas recombinantes humanas se separaron por electroforesis en gel de poliacrilamida y transfirieron a membranas de nitrocelulosa para su análisis con *Western blot*. Las membranas se incubaron con suero diluido de cada participante, seguido del uso de un anticuerpo secundario anti-IgG humano conjugado con peroxidasa.

Resultados: No se observó reactividad diferencial en la señal de *Western blot* ni diferencias en las bandas específicas, entre los sueros de pacientes con fibromialgia y los controles para ninguna de las seis proteínas analizadas.

Conclusiones: Los resultados preliminares sugieren que las proteínas FGFR3, plexina D1, MX1, DBNL, KRT8 y CASPR2 no son reconocidas de forma específica por los autoanticuerpos IgG presentes en el suero de pacientes con fibromialgia. Aunque el tamaño de la muestra es limitado, estos datos sugieren que estas proteínas *no* son los antígenos blanco en esta enfermedad. Se requiere continuar con la búsqueda del antígeno específico mediante el análisis de otras proteínas probables y con una muestra más amplia.

Bibliografía

1. Onuora S. Antibodies induce fibromyalgia symptoms. *Nat Rev Rheumatol*. 2021;17(9):507-507.
2. Krock E, Morado-Urbina CE, Menezes J, *et al*. Fibromyalgia patients with elevated levels of anti-satellite glia cell immunoglobulin G antibodies present with more severe symptoms. *PAIN*. 2023;164(8):1828.

CG071

IMPACTO DE LA DISFAGIA EN LA EVOLUCIÓN Y SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA IDIOPÁTICA

J. Lira Tecpa, C.V. Cruz Reyes, G. Medina Garcia, M.Á. Saavedra Salinas, M. Bustamante González Reyna

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

Introducción: La disfagia forma parte de las manifestaciones gastrointestinales de las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) donde se ha reportado una incidencia aproximada de 8-58%, presentando alteraciones para la alimentación y se ha asociado con complicaciones desde desnutrición, neumonía por aspiración, mayor riesgo de desarrollo cáncer y aumento de la mortalidad. La evaluación de los factores clínicos que se asocian a la aparición de disfagia en los pacientes con MII y su implicación pronóstica permitir desarrollar estrategias para mejorar el diagnóstico y su calidad de vida.

Objetivo: Describir el impacto de la disfagia en la evolución clínica y supervivencia en los pacientes con miopatía inflamatoria idiopática (MII).

Material y métodos: Diseño observacional, retrospectivo, casos y controles. Pacientes atendidos en el servicio de reumatología de la UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" del IMSS con diagnóstico de MII con o sin disfagia incluidos de enero de 2014 a diciembre de 2024, analizando expediente físico y electrónico, recabando laboratorios y complicaciones médicas. Se utilizó U de Mann-Whitney, chi-cuadrada, curva ROC, cálculo de riesgo y curva de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados: 204 pacientes incluidos (101 con disfagia, 103 sin disfagia), edad media 39,29 $\pm$ 14,6 años, género femenino (69,1%). Miopatía más

frecuente dermatomiositis (53,4%), MMT8 basal 69 puntos (rango 33-105). Aquellos pacientes con disfagia tuvieron niveles más elevados de enzimas musculares como reactantes de fase aguda ($p < 0,001$). Niveles séricos de PCR $> 10,5$ mg/l presenta sensibilidad de 80,1% y especificidad de 68,9% para sospechar disfagia. Dominio clínico más afectado fue la pérdida de peso ($p < 0,001$). Existe un aumento de riesgo de complicaciones médicas en el grupo con disfagia como neumonía por aspiración (OR 2,842, IC 95% 1,538-5,251), desnutrición (OR 3,905, IC 95% 2,034-7,497), recaída clínica (OR 2,134, IC 95% 1,194-3,816), cáncer (OR 5,367, IC 95% 1,748-16,483), muerte (OR 6,297, IC 95% 2,746-14,439) y una sobrevida estimada de 5 meses (1,5-8,5, $p = 0,018$).

Conclusiones: La disfagia en pacientes con MII se asoció con mayor riesgo de complicaciones clínicas, incremento de mortalidad y menor sobrevida comparado con aquellos que no la desarrollaron. Una PCR basal alta se considera un indicador de riesgo para disfagia. Es importante realizar un abordaje adecuado de la disfagia y, en caso de documentarse la misma iniciar de forma oportuna tratamiento y rehabilitación adecuada que pueda disminuir sus complicaciones y mejorar su calidad de vida de corto a largo plazo.

Bibliografía

Lundberg IE, Fujimoto M, Vencovsky J, *et al*. Idiopathic inflammatory myopathies. *Nat Rev Dis Primers*. 2021 Dec;7(1):1-47. DOI: 10.1038/s41572-021-00325-7.

CG072

CORRELACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D₃ CON LA ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

J.A. Álvarez-Montano, Y. Mejía-Holguín, L. Ortiz-Treviño, D.O. Gragea-Portes, L.B. De la Cruz-Becerra, V.E. Villalobos-Espinosa, S.A. Vázquez-Guevara, M.A. Ramos-Sánchez.

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

Introducción: La vitamina D₃ ejerce funciones inmunomoduladoras, con efectos antiinflamatorios. Se ha observado que la deficiencia de esta vitamina se vincula con el desarrollo de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, aunque hay estudios inconsistentes sobre su correlación con la enfermedad. No se ha establecido si la deficiencia de vitamina D₃ es causa o consecuencia de la artritis reumatoide (AR).

Objetivo: Determinar la correlación entre los valores séricos de vitamina D₃ y la actividad de la artritis reumatoide al momento del diagnóstico.

Material y métodos: Estudio clínico, transversal y analítico. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años de ambos sexos que cumplieron los criterios ACREULAR 2010 en su primera evaluación en reumatología y que no hubieran recibido vitamina D, fármacos modificadores de la enfermedad o esteroides. Se registraron los datos clínicos y demográficos, se calculó el índice DAS28 y se determinaron las concentraciones séricas de vitamina D₃. En el análisis estadístico se emplearon medidas de tendencia central, se compararon medias y proporciones, y se buscó correlación de las variables con rho de Spearman. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se evaluó a 45 pacientes, 39 (86%) mujeres y 6 (13%) hombres, con una mediana de la edad de 50 (24-65) años. Los pacientes se dividieron en tres grupos según fuera la actividad de la enfermedad: 13 (28,9%) tenían remisión o baja actividad de la AR, 25 (55,6%) moderada y 7 (15,6%) alta. No hubo diferencia en la duración de los síntomas antes del diagnóstico de la AR entre estos grupos y la mediana de duración de los síntomas fue de 8 (2-49) meses. Se encontraron valores más bajos de hemoglobina en el grupo de alta actividad comparados con los de remisión/baja actividad (12 *vs.* 13,8, $p = 0,026$). La mediana de las concentraciones séricas de vitamina D₃ fue de 21,8 (9,1-60,8) ng/mL y se identificó a 12 (36,4%) pacientes con deficiencia, 14 (42,4%) con insuficiencia y sólo 7 (21,2%) con cifras normales de vitamina D₃. No hubo diferencia en los valores de vitamina D₃ entre los tres grupos (22,4 *vs.* 21,7 *vs.* 21, respectivamente, $p = 0,663$) y tampoco se encontró diferencia estadística en la frecuencia de deficiencia o insuficiencia de vitamina D₃. No se reconoció correlación entre las concentraciones séricas de vitamina

D₃ y el DAS28/PCR ($p = 0,678$). El estudio se halla en curso y aún se inscribe a pacientes.

Conclusiones: No hubo correlación entre las cifras séricas de vitamina D₃ y el DAS28/PCR al momento del diagnóstico de la AR.

Bibliografía

1. Clasen JL, Cole R, Aune D, *et al.* Vitamin D status and risk of rheumatoid arthritis: systematic review and meta-analysis. *BMC Rheumatology*. 2023;7(1):3.
2. Venetsanopoulou AI, Alamanos Y, Voulgari PV, *et al.* Epidemiology and risk factors for rheumatoid arthritis development. *Mediterranean Journal of Rheumatology*. 2023;34(4):404-413.

CG073

PROGRAMA INTEGRADO PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

H.T. Ríos-Bazaldúa, V. Cantú-Martínez, R.L. Polina-Lugo, E. Domínguez-Chapa, A.C. Bardán-Incháustegui, 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, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El riesgo de cáncer aumenta significativamente en las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII), en particular durante los primeros tres a cinco años tras el diagnóstico. Es la principal causa de mortalidad en las MII; la implementación de estrategias de cribado eficaces facilita la detección temprana y la intervención oportuna. Es necesario establecer un programa de atención integral y multidisciplinario e incorporar la detección del cáncer basada en el riesgo propio del paciente.

Objetivo: Describir el modelo para la detección temprana del cáncer en pacientes con MII en el programa de atención multidisciplinaria de este centro.

Material y métodos: El programa de detección temprana del cáncer, iniciado el 1 de marzo de 2024 en la clínica de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González (Nuevo León, México), está diri-

gido a pacientes mayores de 18 años con MII. El programa tiene tres objetivos principales: a) estratificar el riesgo de cáncer en pacientes con IIM mediante una calculadora digital de acuerdo con las guías internacionales (alto, intermedio o bajo); b) educar a los pacientes sobre el cribado adaptado a su riesgo, incluidas TC de baja dosis, PIF, mamografía, citología cervical y PSA; y c) detectar cánceres prevalentes mediante cribado, derivar a oncología los casos positivos y dar seguimiento individual a los negativos. Los indicadores de calidad fueron:

1. Proporción de pacientes cribados por edad y sexo.
2. Tiempo desde el diagnóstico de IIM hasta el término del cribado.
3. Porcentaje de pacientes con resultados positivos.
4. Proporción de pacientes no estudiados.

Análisis de datos: estadísticas descriptivas con frecuencias, porcentajes, media, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico.

Resultados: Se incluyó a un total de 63 pacientes con IIM (54 mujeres, 9 hombres; edad media: $45,9 \pm 16,3$ años). La mayoría de los pacientes presentaba un riesgo intermedio de cáncer (47,6%), seguido de los de alto (41,2%) y bajo riesgo (11,1%). Todos los pacientes de alto riesgo se sometieron al menos a una prueba de cribado y sólo cinco no completaron ninguna. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de IIM hasta la prueba de cribado fue de 10,0 meses (RIC, 2,0-12,0). Los hombres mostraron una tasa general de cribado más alta que las mujeres (**Tabla 1**). Sin embargo, el 67,6% de las pruebas de cribado de cáncer de colon se realizó en mujeres mayores de 40 años. El 100% de los hombres mayores de 40 años se sometió a pruebas de cribado de cáncer de pulmón, mientras que el 82,3% y el 67,6% de las mujeres mayores de 40 años se sometieron a pruebas de cribado de cáncer de mama y cuello uterino, respectivamente. En cuanto a los resultados del cribado, el cribado pulmonar arrojó resultados positivos en el 6,3% de los pacientes, pero no se diagnosticaron neoplasias. Un cribado positivo de cáncer de mama confirmó adenocarcinoma y un cribado cervical reveló una lesión intraepitelial escamosa de alto grado.

Conclusiones: Los hallazgos revelan que la mayoría de los pacientes con MII se clasificó como de riesgo alto o intermedio de cáncer, lo que subraya la importancia clínica de la estratificación del riesgo. A pesar de estos hallazgos, las deficiencias en el cribado del cáncer resaltan la necesidad de estrategias de educación e intervención específicas. Además, son cruciales los esfuerzos multidisciplinarios y la implementación de atención personalizada para las estrategias de prevención del cáncer.

Tabla 1. Cobertura de detección y tiempo hasta su finalización por sexo y categoría de edad. (CG073)

	Mujeres (18-40) (n = 20)	Mujeres > 40 (n = 34)	Hombres (18-40) (n = 4)	Hombres (> 40) (n = 5)
Tiempo para completar un solo procedimiento de detección, meses, mediana (RIC)	10,0 (2,0-30,0)	12,0 (2,0-12,0)	4,0 (3,5-8,0)	4,0 (1,0-10,0)
Cribado completo según edad y sexo, n (%)	7 (35,0)	15 (44,1)	3 (75,0)	3 (60,0)
Tipo de cribado				
Colon				
Detección realizada, n (%)	8 (40,0)	23 (67,6)	0 (0)	3 (60,0)
Tiempo para completar la evaluación, meses, media $\pm$ DE	43,9 $\pm$ 44,5	18,6 $\pm$ 15,4	-	6,7 $\pm$ 11,5
Pulmón				
Detección realizada, n (%)	13 (65,0)	25 (73,5)	3 (75,0)	5 (100,0)
Tiempo para completar la evaluación, meses, media $\pm$ DE	31,0 (9,0-75,0)	1,0 (1,0-23,0)	4,0 (3,5-11,0)	4,0 (1,0-19,0)
Mama				
Detección realizada, n (%)	3 (15,0)	28 (82,3)	NA	NA
Tiempo para completar la evaluación, meses, media $\pm$ DE	66,0 (63,0-69,0)	12,0 (1,5-12,0)	NA	NA
Cérvix				
Detección realizada, n (%)	11 (55,0)	23 (67,6)	NA	NA
Tiempo para completar la evaluación, meses, media $\pm$ DE	54,0 (12,0-63,0)	12,0 (2,5-24,0)	NA	NA
Próstata				
Detección realizada, n (%)	NA	NA	0 (0)	4 (80,0)
Tiempo para completar la evaluación, meses, media $\pm$ DE	NA	NA	-	24,0 $\pm$ 25,8

RIC, rango intercuartílico; DE, desviación estándar; NA, no aplicable.

Bibliografía

1. Trallero-Araguás E, Gil-Vila A, Martínez-Gómez X, *et al.* Cancer screening in idiopathic inflammatory myopathies: ten years experience from a single center. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* [Internet]. 2021;53:151940.
2. Patasova K, Lundberg IE, Holmqvist M. Genetic influences in cancer-associated myositis. *Arthritis & Rheumatology* [Internet]. 2022;75(2): 153-63.

CG074

PREVALENCIA DE CONDROCALCINOSIS Y CONCORDANCIA DE LA EVALUACIÓN RADIOLÓGICA ENTRE REUMATÓLOGOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Altamirano-Molina, L.O. Jacobo-Ramírez, J.A. Cleofas-Sánchez, D. Alpízar-Rodríguez, C.A. Lozada-Pérez, A.H. Peña-Ayala, V. Rivera-Terán, R. Espinosa-Morales

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: Los depósitos de cristales de pirofosfato de calcio pueden visualizarse por radiografía, se denominan “condrocalcinosis” y se observan como una banda estrecha y densa que sigue el contorno de la epífisis en el cartílago articular (**Figura 1**). La radiografía tiene una sensibilidad del 54% y una especificidad del 92% para la identificación de la condrocalcinosis. La rodilla y la muñeca son las articulaciones donde mejor se detectan los depósitos de cristales de pirofosfato de calcio, tanto por radiografía convencional como por ecografía.

Objetivo: Determinar la prevalencia de condrocalcinosis en radiografías de rodillas y manos, y evaluar la concordancia entre reumatólogos certificados en la lectura radiológica de condrocalcinosis.

Material y métodos: Se revisaron las radiografías de rodillas y manos tomadas en el 2024 de pacientes mayores de 40 años de la consulta externa de esta institución. Se seleccionaron las radiografías con técnica adecuada y que no mostraran fractura o prótesis articular. Dos reumatólogos certificados realizaron la revisión y determinaron la presencia de condrocalcinosis en las radiografías. Se realizó estadística descriptiva. En un subgrupo de radiografías evaluadas se determinó la concordancia entre observadores mediante el coeficiente kappa de Cohen.

Resultados: Se realizaron 9 559 radiografías a 5 672 pacientes, de los cuales resultaron útiles 3 305 (2 650 de rodillas, 655 de manos) de 3 250 pacientes. Se obtuvieron 2 200 rodillas derechas, 2 200 rodillas izquierdas, 430 manos derechas y 428 manos izquierdas. Los 3 250 pacientes con radiografías útiles tenían una edad promedio de 63 años (DS 11,72) y 75,29% correspondió a mujeres. La edad promedio de los pacientes con condrocalcinosis fue de 70,54 (DS 10,68) respecto de los pacientes sin condrocalcinosis de 62,7 (DS 11,6), con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En cuanto al sexo, se identificó condrocalcinosis en 125 (5,38%) mujeres y 39 (4,85%) hombres, sin diferencia significativa ($p = 0,77$). En un subgrupo de 1 599 radiografías, un primer revisor encontró una prevalencia de condrocalcinosis de 5,2% y un segundo revisor de 9,1%. La concordancia interobservador por coeficiente de kappa fue de 0,49. En

Figura 1. Radiografías de rodilla (A) y mano (B). Las flechas señalan las zonas de condrocalcinosis. (CG074)



el consenso posterior con un tercer reumatólogo se concluyó el diagnóstico en 164 pacientes (5,05%), con condrocalcinosis de rodillas derechas en 114 (5,18%), rodillas izquierdas en 113 (5,13%), manos derechas en 4 (0,93%) y mano izquierda en 1 (0,23%).

Conclusiones: La prevalencia de condrocalcinosis en la población estudiada fue de 5,05%, mayor que la informada en estudios previos. Se registró un aumento de la prevalencia con edad mayor, pero sin diferencia por sexo. La identificación de condrocalcinosis fue mayor en rodillas que en manos (**Figura 1**). La concordancia entre observadores fue moderada. Se requiere mayor difusión y estandarización de los hallazgos radiográficos de condrocalcinosis que permitan su identificación oportuna.

Bibliografía

1. Tedeschi SK, Becce F, Pascart T, *et al.* Imaging features of calcium pyrophosphate deposition disease: consensus definitions from an international multidisciplinary working group. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2023;75(4):825-834.
2. De la Garza-Montaña P, Pineda C, Lozada-Pérez CA, *et al.* Prevalence of chondrocalcinosis in a Mexican tertiary care institution of musculoskeletal disorders. *Clin Rheumatol*. 2019;38(9):2595-2602.

CG075

ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA ELEVADO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SU ASOCIACIÓN CON ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

D.P. Osorno-Ramírez, A.A. Ramírez-Pérez, L.E. Chable-Nicolás

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica y multisistémica caracterizada por inflamación persistente y un curso recurrente-remite, que afecta principalmente a mujeres en edad productiva. A pesar de los avances terapéuticos, es todavía una alteración con complicaciones graves, como nefritis lúpica y manifestaciones neuropsiquiátricas. Para evaluar la actividad de la enfermedad se emplea el índice SLEDAI-2K, en el cual una puntuación mayor de 4 indica actividad clínica significativa. En fecha reciente se ha propuesto el ancho de distribución eritrocitaria (ADE) como un marcador accesible y de bajo costo que podría vincularse con la inflamación y actividad de la enfermedad en pacientes con LES.

Objetivo: Determinar si un ADE elevado ($> 15\%$) se relaciona con actividad de la enfermedad medida mediante SLEDAI-2K > 4 en pacientes con LES.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico y retrospectivo en el Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI (IMSS). Se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico confirmado de LES según criterios del ACR, mayores de 18 años y con estudios de laboratorio vigentes (≤ 1 mes antes de la consulta). Se excluyó a los pacientes con procesos infecciosos activos o comorbilidades proinflamatorias. Se analizaron variables clínicas, de laboratorio y tratamiento, y se aplicó regresión logística univariada para evaluar la relación entre ADE y actividad de LES.

Resultados: Se incluyó a 98 pacientes, de los cuales 84,7% correspondió a mujeres. El 15,3% presentó un ADE $> 15\%$ y el 24,5% mostró actividad de la enfermedad (SLEDAI-2K > 4). Un ADE elevado se vinculó de manera significativa con actividad clínica ($p = 0,009$), actividad renal ($p < 0,001$), menores valores de C3 y C4 ($p = 0,005$), hemoglobina más baja ($p = 0,022$) y mayor uso de prednisona ($p = 0,001$). En el análisis de regresión, el ADE $> 15\%$ fue el único factor con relación estadísticamente significativa, con un OR de 5,66 (IC95%, 1,629-19,666), ajustado por edad y sexo.

Conclusiones: Los resultados muestran que un ADE $> 15\%$ se vincula significativamente con mayor actividad clínica del LES. Este hallazgo respalda su utilidad como marcador hematológico auxiliar, accesible y económico en la vigilancia de la enfermedad, especialmente en contextos clínicos con recursos limitados. Se recomienda realizar estudios multicéntricos y

longitudinales para validar su aplicación como marcador pronóstico en pacientes con LES.

Bibliografía

1. Kiriakidou M, Ching C. Systemic lupus erythematosus. *Ann Intern Med.* 2020;172(11):ITC81-ITC96.
2. Alhamdi M, Hamed A. Red blood cell distribution width: a promising index for estimating disease activity of systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol.* 2023;41(3):640-7.

CG076

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO Y REMISIÓN CLÍNICA EN NIÑOS CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

K.B.M. Franco-Morataya¹, A. Bernabé-Jiménez¹, B. Gallegos-Tirado¹, B. Chura-Chipana¹, C. León-Rodríguez¹, K. Chacón-Abril², H. Menchaca-Aguayo¹, E. Faugier-Fuentes¹, P. Lara-Herrera¹

⁽¹⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁽²⁾Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: La artritis idiopática juvenil es la enfermedad reumológica crónica más frecuente en la infancia, caracterizada por artritis de al menos seis semanas de duración sin causa identificable. La incidencia varía según sea la región, con predominio de las formas oligoarticular en Europa y poliarticular en poblaciones latinoamericanas y africanas, mientras que la AIJ sistémica es más común en Japón. Los factores como el subtipo poliarticular, el diagnóstico tardío y la presencia de manifestaciones sistémicas se relacionan con un peor pronóstico. En contextos con barreras de acceso a servicios de salud, los retrasos en la identificación y el inicio del tratamiento pueden afectar la evolución clínica. Se describen las características clínicas, de laboratorio y terapéuticas de la AIJ en la población pediátrica mexicana con el fin de evaluar la frecuencia de remisión de acuerdo con los subtipos y analizar los factores vinculados.

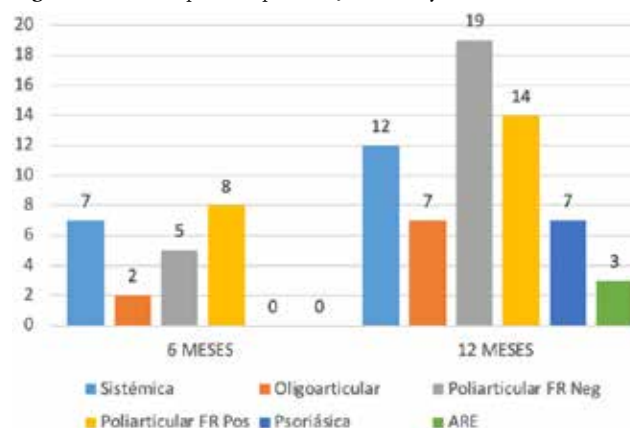
Objetivo: Describir los tratamientos utilizados y los desenlaces clínicos (remisión, actividad baja) en pacientes con artritis idiopática juvenil en el Hospital Infantil de México entre 2020 y 2024.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en 100 pacientes con diagnóstico de artritis idiopática juvenil según los criterios ILAR 2001, atendidos en el departamento de reumatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez entre 2020 y 2024. Se recopilaron datos sociodemográficos, clínicos, de laboratorio y terapéuticos, así como la evolución mediante criterios de Wallace y JADAS10 a los tres, seis y 12 meses.

Resultados: Se analizó a 100 pacientes con AIJ, con predominio femenino (71%) y mediana de edad al diagnóstico de nueve años. Los subtipos más frecuentes fueron poliarticular FR positivo (33%), poliarticular FR negativo (25%) y sistémico (17%). Las articulaciones más afectadas fueron rodillas (79%) y carpos (67%). En estudios de laboratorio, 87% fue ANA positivo, 35% FR y 97% registró PCR elevada. El tratamiento incluyó AINE (80%), esteroides (56%), FARME convencionales (72% metotrexato) y fármacos biológicos en 71% (etanercept, tocilizumab y adalimumab los más usados). Se observó mejoría progresiva con disminución de articulaciones activas (mediana de seis al inicio y cero a los seis y 12 meses) y de PCR (1,24 al inicio y 0,31 mg/dL en el seguimiento). Según Wallace, 22% alcanzó remisión a los seis meses y 62% a los 12. El uso de fármacos biológicos mostró una tendencia favorable hacia la remisión (OR 2,48; $p = 0,075$).

Conclusiones: Este estudio representa uno de los análisis más amplios realizados en un centro latinoamericano y el primero enfocado exclusivamente en una población pediátrica mexicana con AIJ. El subtipo más frecuente en este estudio fue la AIJ poliarticular FR positivo, que se relaciona por lo general con un peor pronóstico. Sin embargo, se evidenció que el uso de tratamiento biológico produce una mayor tasa de remisión clínica a los seis meses (Figura 1), lo que representa eficacia del tratamiento iniciado. Se documentan tasas de remisión mayores para la AIJ poliarticular, similares para AIJ sistémica y menores para AIJ oligoarticular, en comparación con otras series. El tiempo desde el inicio de los síntomas, para concretar el

Figura 1. Remisión por subtipo de AIJ a los seis y 12 meses. (CG076)



diagnóstico, fue de seis meses en este estudio, similar a otras series publicadas, en las que se ha informado una media de 6,7 meses. El retraso en el diagnóstico contribuye a la aparición de secuelas articulares. Se requieren estudios multicéntricos tanto a nivel nacional como en población latinoamericana, que abarquen la diversidad étnica y geográfica.

Bibliografía

Rebollo-Giménez AI, Pistorio A, Orsi SM, *et al.* Frequency of remission achievement in the pre-treat-to-target decade in juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Rheumatol.* 2025;23(1):8.

CG077

ASOCIACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DEFICIENTES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y PRESENCIA DE ACTIVIDAD RENAL

L.E. Chablé-Nicolás, A.A. Ramírez-Pérez, D.P. Osorno-Ramírez

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

Introducción: La nefritis lúpica es una de las complicaciones más graves del lupus eritematoso sistémico (LES), con riesgo de progresión hacia enfermedad renal crónica y terminal. La deficiencia de vitamina D (DV) es frecuente en pacientes con LES y se ha vinculado con mayor actividad clínica y consumo de complemento. En México, la evidencia es limitada, a pesar de que factores como la restricción solar y el uso de glucocorticoides podrían acentuar el déficit de DV en esta población.

Objetivo: Determinar si la deficiencia de vitamina D (< 20 ng/mL) se relaciona con actividad renal, definida por proteinuria significativa (> 500 mg/día) en pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal realizado en la Unidad Médica de Alta Especialidad Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de LES según los criterios ACR/EULAR 2019, con determinación sérica de vitamina D y registro de proteinuria. Se excluyeron los casos con proteinuria atribuible a causas distintas del LES. Se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas, farmacológicas y de actividad de la enfermedad (SLEDAI-2K). Se aplicaron las pruebas ji cuadrada, t de Student o U de Mann-Whitney, según fuera la distribución de los datos. Se realizaron modelos de regresión logística multivariada ajustados por edad y sexo.

Resultados: Se estudió a 100 pacientes, 84% de mujeres, con edad media de 39,9 años. La mediana de duración de la enfermedad fue de 10,5 años. El 27% presentó actividad renal definida por proteinuria > 500 mg/24 h y el 33% hematuria. La mediana de 25(OH)D fue de 20,1 ng/mL, con deficiencia en el 50% de la cohorte. En pacientes con nefritis, el 78% presentó deficiencia de vitamina D respecto del 40% de los pacientes sin afectación renal ($p = 0,001$). Los valores medios de DV fueron más bajos en nefritis (14,56

$\pm 1,56$ ng/mL) en comparación con los pacientes sin nefritis ($23,88 \pm 1,18$ ng/mL, $p < 0,001$). En el análisis multivariado ajustado, la DV se mantuvo como predictor independiente de nefritis (OR 3,58; IC95%, 1,08-11,84; $p = 0,037$). El uso de ácido micofenólico también fue predictor independiente (OR 4,87; IC95%, 1,18-20,1; $p = 0,029$). La edad mostró relación inversa marginalmente significativa (OR 0,95; IC95%, 0,91-0,99; $p = 0,045$).

Conclusiones: La deficiencia de vitamina D (< 20 ng/mL) se vincula de manera significativa con actividad renal en pacientes con LES, incluso tras ajustar por variables clínicas y demográficas. Estos hallazgos apoyan la medición sistemática de vitamina D como parte del seguimiento integral de pacientes con LES y nefritis lúpica, y sugieren que la complementación podría desempeñar un papel coadyuvante en la reducción de daño renal.

Bibliografía

1. Ruiz-Irastorza G, Egurbide MV, Olivares N, *et al.* Vitamin D deficiency in systemic lupus erythematosus: prevalence, predictors and clinical consequences. *Rheumatology (Oxford)*. 2008;47(6):920-3. PubMed.
2. Petri M, Bello KJ, Fang H, *et al.* Vitamin D in systemic lupus erythematosus: modest association with disease activity and the urine protein-to-creatinine ratio. *Arthritis Rheum*. 2013;65(7):1865-71.

CG078

COMPARACIÓN DE NIVELES DE FOLISTATINA ENTRE ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA VERSUS INACTIVA

F. González-Ponce, J.I. Gámez-Nava, H. Jacobo-Cuevas, L.R. Rodríguez-Santillán, J.M. Ponce-Guarneros, N.A. Rodríguez-Jiménez, M. Ramírez-Villafañá, E.E. Gómez-Ramírez, Y. Esparza-Guerrero, L. González-López

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

Introducción: La activina A y la miostatina son miocinas que participan en la degradación muscular esquelética. La folistatina es una glucoproteína que bloquea la acción de ambas moléculas, pero en los procesos inflamatorios tiene una acción pleiotrópica. No existen estudios que evalúen la relación de las concentraciones de folistatina con la inflamación de la artritis reumatoide (AR).

Objetivo: Evaluar los valores de folistatina en AR y su relación con actividad de la enfermedad.

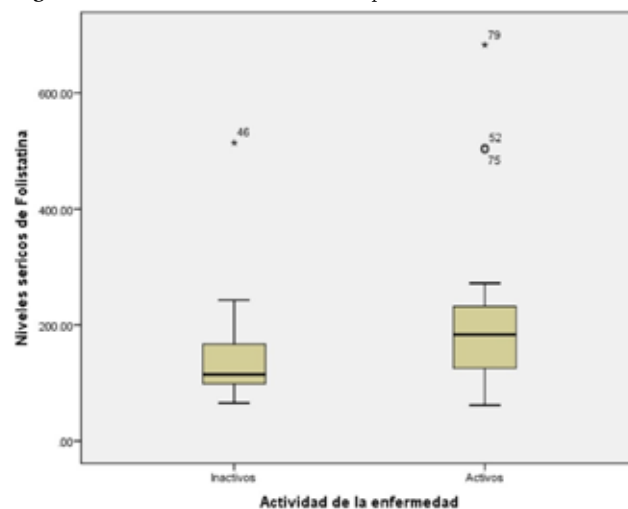
Material y métodos: Se evaluó a 57 pacientes con AR y 20 controles. Se les realizó historia clínica en la cual se obtuvieron datos sociodemográficos, comorbilidades, características clínicas de la AR y medicamentos (Tabla 1). Para evaluar la actividad de la enfermedad se utilizó DAS28-VSG y se dividió en dos grupos: activo (DAS28 $\geq 3,2$) e inactivo (DAS28 $< 2,6$). Se registró el número de articulaciones dolorosas e inflamadas. Para la cuantificación de la folistatina se utilizó la técnica ELISA.

Tabla 1. Comparación de características clínicas entre pacientes con artritis reumatoide activos e inactivos. (CG078)

Variables	AR activos n = 27	AR inactivos n = 30	Valor p
Edad	54,6 $\pm$ 8	59,4 $\pm$ 8,3	0,032
Duración AR			
IMC	28,7 $\pm$ 6,0	26,1 $\pm$ 3,5	0,053
Discapacidad funcional HAQ-DI > 0,6	16 (59)	9 (30)	0,026
Metotrexato	25 (93)	27 (90)	1,000
Sulfasalazina	22 (82)	19 (63)	0,128
Leflunomida	17 (63)	12 (40)	0,083
Cloroquina	18 (67)	17 (57)	0,439
Prednisona < 10 mg/día	16 (59)	11 (37)	0,088
VSG	21 $\pm$ 8	19 $\pm$ 5	0,184
Folistatina pg/mL	211 $\pm$ 141	141 $\pm$ 84	0,026

Resultados: Al comparar la AR con los controles, el grupo de AR presentó mayores valores de folistatina (174 ± 119 vs. 132 ± 47 pg/mL; $p = 0,030$). En la artritis reumatoide, las concentraciones de folistatina se correlacionaron con mayor puntuación DAS28-VSG ($r = 0,344$; $p = 0,009$) y mayor VSG ($r = 0,398$; $p = 0,002$) (Figura 1). Al dividir el grupo de AR entre activos e inactivos, el grupo activo tuvo menor edad ($54,6 \pm 8$ vs. $59,4 \pm 8,3$; $p = 0,032$), mayor frecuencia de bajo rendimiento físico (82% vs. 57% ; $p = 0,044$), mayor frecuencia de articulaciones dolorosas (63% vs. 0% ; $< 0,001$) e inflamadas (37% vs. 0% ; $p < 0,001$), y mayores valores de folistatina (211 ± 141 vs. 141 ± 84 pg/mL; $p = 0,026$). No hubo diferencias entre el tratamiento farmacológico utilizado entre activos e inactivos.

Figura 1. Valores séricos de folistatina en pacientes con AR. (CG078)



Conclusiones: Las concentraciones de folistatina fueron mayores en el grupo de AR comparado con los controles. Entre los pacientes con AR, la folistatina se correlacionó con los DAS28 y VSG. Son necesarios estudios longitudinales que evalúen otras proteínas inflamatorias para precisar el papel de la folistatina como potencial biomarcador de actividad de la enfermedad.

Bibliografía

1. Hedger MP, Winnall WR, Phillips DJ, *et al.* The regulation and functions of activin and follistatin in inflammation and immunity. *Vitam Horm*. 2011;85:255-97.
2. Diller M, Frommer K, Dankbar B, *et al.* The activin-follistatin anti-inflammatory cycle is deregulated in synovial fibroblasts. *Arthritis Res Ther*. 2019;21(1):144.

CG079

PROCESOS DE FORMACIÓN CIUDADANA Y DIAGNÓSTICOS SOCIALES HACIA UN MARCO LEGISLATIVO DEL LES EN MÉXICO, UN ANÁLISIS DE CASO

E. Calleja-Macedo, L.I. Athié-Juárez

Centro de Estudios Transdisciplinarios Athié-Calleja por los Derechos de las Personas con Lupus A.C.

Introducción: En México, las personas con lupus y otras enfermedades autoinmunes enfrentan retos de visibilización. No hay un censo oficial de personas diagnosticadas y el tiempo para obtener un diagnóstico preciso oscila entre cuatro y seis años. Además, son escasos los especialistas, con sólo 0,58 reumatólogos por cada 100 000 habitantes.

En este contexto, el Centro de Estudios Transdisciplinarios Athié-Calleja por los Derechos de las Personas con Lupus A. C. (Cetlu) ha impulsado una iniciativa de ley federal en beneficio de las personas con lupus y otras enfermedades autoinmunes, que se encuentra en el senado de la República,

en espera de ser discutida. En paralelo, se han formado 25 equipos de incidencia con personas con lupus en igual número de estados, para desarrollar diagnósticos sociales e iniciativas estatales. Derivado de esta labor, se han presentado iniciativas en los congresos de Puebla, Tlaxcala, Hidalgo, Michoacán y Sinaloa. Además, se recopilaron 3100 firmas de apoyo que se entregaron al senado de la República.

Objetivo: Identificar, categorizar y analizar los procesos para la formación y coordinación de los equipos estatales de incidencia legislativa; desglosar la metodología desarrollada para el acompañamiento y posicionamiento de las personas con lupus como agentes de cambio en sus entidades; describir el proceso para el desarrollo consensuado de los diagnósticos sociales.

Material y métodos: Mediante una metodología de estudio de caso cualitativo, la investigación presenta la complejidad de las experiencias vividas y percibidas por las personas firmantes en apoyo a la iniciativa de ley, de las cuales el 75% es ciudadanía solidaria. Para implementar esta metodología se distribuyeron y aplicaron 32 enlaces a encuestas digitales y un enlace único a una encuesta nacional. Como efecto de lo anterior, en su carácter descriptivo, el estudio desglosa los retos del interactuar humano en pro de un marco legislativo por regiones geográficas.

Resultados: El proceso de estructurar, presentar y socializar la iniciativa de ley revela que las cuestiones legislativas están prácticamente ausentes del imaginario colectivo de la comunidad de personas con lupus. Hay siete motivaciones principales para la participación, derivadas de actos sociales discriminatorios (**Tabla 1 y Figura 1**). El posicionamiento del tema legislativo en torno del lupus ha generado visibilización social, incremento de la atención, activación de las comunidades, procesos de formación ciudadana y desarrollo de diagnósticos sociales estatales.

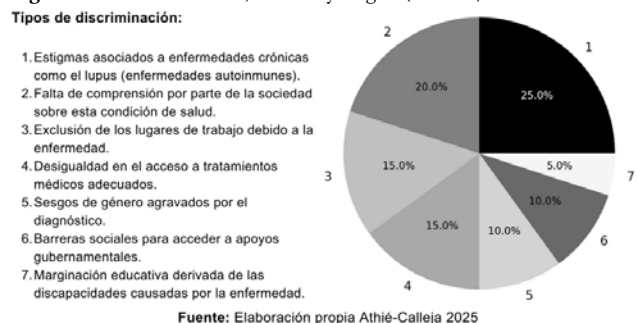
Conclusiones: El camino hacia la promulgación de una Ley de Derechos de las Personas con Lupus y Otras Enfermedades Autoinmunes en México enfrenta retos en dos áreas principales: a) dentro de las comunidades relacionadas con el lupus, es decir, es necesario realizar esfuerzos para garantizar que las personas con lupus, sus cuidadores, los profesionales sanitarios y las instituciones comprendan plenamente la importancia de contar con un marco legislativo que respalde los derechos de la ciudadanía lúpica; y b) en todos los ámbitos sociales, esto es, es necesario una mayor concienciación social, tal y como se destaca en la iniciativa legislativa: “Es una realidad que esta enfermedad contribuye a la aparición de múltiples formas de violencia y violaciones de los derechos humanos” (Gaceta del Senado, 20 de noviembre de 2024).

Tabla 1. Discriminaciones percibidas. (CG079)

Tópicos señalados	% de menciones	Principales preocupaciones/necesidades mencionadas
Visibilidad y sensibilización	45	- Falta de conocimiento sobre el lupus en la sociedad - Necesidad de educar sobre la enfermedad - Invisibilidad de los síntomas
Atención médica	40	- Acceso a tratamientos y medicamentos - Necesidad de más especialistas - Diagnóstico oportuno - Atención integral en salud
Derechos laborales	35	- Discriminación en el trabajo - Flexibilidad laboral - Reconocimiento de discapacidades
Apoyo económico	25	- Alto costo de los tratamientos - Necesidad de subsidios gubernamentales - Posibilidad de pensiones
Discriminación	20	- En el ámbito laboral y en entornos sociales - Falta de comprensión de la enfermedad
Investigación	15	- Necesidad de más estudios sobre lupus - Búsqueda de mejores tratamientos
Calidad de vida	10	- Impacto en la vida diaria - Apoyo psicológico
Legislación	10	- Aprobación de la Ley Lupus - Reconocimiento legal de la enfermedad

Fuente: Elaboración propia de Athié-Calleja, 2025.

Figura 1. Discriminaciones, barreras y sesgos. (CG079)



Bibliografía

- Cardiel M. Las múltiples realidades de la odisea diagnóstica. Lúpica: Experiencias, Saberes y Contranarrativas del Lupus. 2024;1(0):8-12. Disponible en: <https://cetlu.com.mx/articulos/08-entrevista/>.
- Gaceta del Senado de la República. [Internet]. 20 de noviembre de 2024 [citado 2025 ago 19]. Disponible en: <https://cetlu.com.mx/>.
- Goycochea-Robles MV, *et al.* Situación de la reumatología en México: déficit de reumatólogos y sus posibles soluciones. Reumatol Clin. 2022;18(2):115-22. Disponible en: <https://www.reumatologiainclinica.org/es-situacion-reumatologia-mexico-deficit-reumatologos-articulo-S1699258X22000171>.

CGo8o

ASOCIACIÓN ENTRE DILATACIÓN ESOFÁGICA, CAMBIOS TOMOGRÁFICOS Y FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ESCLEROSIS SISTÉMICA

K. Chacón-Abril, D.I. Velazco-Muciño, N.I. Ruiz-Gómez, G.B. Garduño-Arriaga, M.I. González-Pérez, M. Mejía, J. Rojas-Serrano

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) está presente en el 80 a 90% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES), de los cuales alrededor del 40% desarrolla síntomas respiratorios. Las manifestaciones gastrointestinales son igualmente frecuentes, con afectación esofágica hasta en el 90% de los casos. La dilatación esofágica, identificada en la tomografía de alta resolución de tórax (TACAR), constituye un marcador de dismotilidad y se ha relacionado también con complicaciones respiratorias.

Objetivo: Evaluar la relación entre el diámetro esofágico infraaórtico, las pruebas de función respiratoria y la extensión de la EPID medido por puntuación de Goh en pacientes con ES.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de ES según los criterios ACR/EULAR 2013 y EPID confirmada por TACAR. Se evaluaron de forma cegada al diagnóstico clínico las TACAR basales y se clasificaron los patrones según el sistema propuesto por ATS/ERS para las neumonías intersticiales idiopáticas (**Tabla 1**). La extensión de fibrosis e inflamación se determinó mediante la puntuación de Goh; además, se midió el diámetro esofágico mayor (en milímetros), y se consideró como esófago dilatado un valor ≥ 9 mm. Los pacientes realizaron pruebas de función respiratoria basales (espirometría y DLCO). Las correlaciones se evaluaron mediante el coeficiente de Spearman. El estudio recibió aprobación del comité local (C07-23).

Resultados: Se incluyó a 43 pacientes con ES, edad media de 60,8 años, 76,7% de mujeres, con duración mediana de la EPID de 1,95 años. En la TACAR, el patrón predominante fue NINE (88,9%), con extensión por puntuación de Goh: 51% (fibrosis 12%, vidrio despulido 51%). La dilatación esofágica se observó en 80,6%, aunque sólo el 40,9% de los pacientes refirió reflujo. En la función pulmonar, la capacidad vital forzada % predicha (CV-F_{vp}) media fue de 66% y la difusión de monóxido de carbono % (DLCO%) de 50%. Se identificó correlación negativa significativa entre el diámetro eso-

fágico y la CVF% ($r = -0,51$, $p = 0,01$) y correlación positiva con la extensión de la fibrosis por puntuación de Goh ($r = 0,52$, $p = 0,006$) (Figura 1).

Conclusiones: En pacientes con ES y EPID, la dilatación esofágica se observó en el 80% de los casos y se relacionó con mayor extensión de fibrosis pulmonar y mayor gravedad de la EPI. El compromiso esofágico debe evaluarse sistemáticamente mediante TACAR en todos los pacientes con EPID-ES incluso en ausencia de síntomas gastrointestinales.

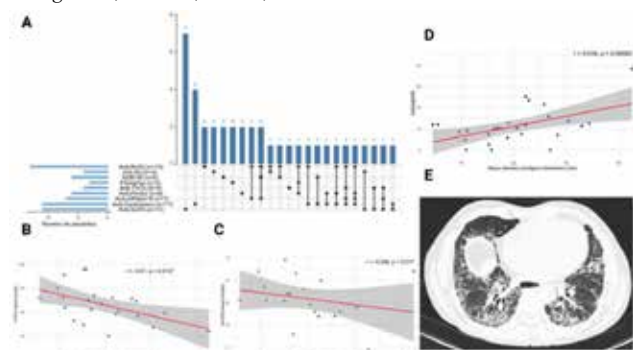
Bibliografía

- McMahan ZH. Gastrointestinal involvement in systemic sclerosis: an update. *Current Opinion in Rheumatology*. 2019;31(6):561-8.
- Richardson C, Agrawal R, Lee J, *et al*. Esophageal dilatation and interstitial lung disease in systemic sclerosis: a cross-sectional study. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2016;46(1):109-14.

Tabla 1. Características basales de la cohorte. (CG080)

Variable	n = 43
Edad, media $\pm$ DE	60,81 $\pm$ 10,21
Mujeres, n (%)	33 (76,74)
Seguimiento en años, mediana (RIC)	1,95 (1,28 - 5,84)
Muerte, n %	7 (16,28)
Serología, n (%)	
Anticuerpos antinucleares	39 (90,70)
Positividad ≥ 2 autoanticuerpos	17 (43,59)
Manifestaciones clínicas, n (%)	
Engrosamiento cutáneo proximal a MCF	20 (46,51)
Esclerodactilia	26 (60,47)
Fenómeno de Raynaud	32 (74,42)
Puntuación de Rodnan modificada, mediana (mín-máx)	4 (0-38)
Tos	26 (60,47)
Disnea	37 (86,05)
Reflujo gastroesofágico	21 (48,84)
Tomografía de tórax	
Patrón, n (%)	
NINE	32 (88,89)
NIU	4 (11,11)
Extensión de la EPID por puntuación de Goh, mediana (RIC)	
Extensión total de la EPID	51 (42-80)
Extensión del vidrio despolido	50,58 (38,78-64,08)
Extensión de la fibrosis	11,88 (7,5-20,8)
Presencia de dilatación esofágica, n (%)	29 (80,56)
Diámetro mayor esófago infraaórtico, media $\pm$ DE	19,95 $\pm$ 8,75
Pruebas de función respiratoria, media $\pm$ DE	
Capacidad vital forzada % predicho	65,97 $\pm$ 17,93
Capacidad vital forzada, L	2,01 $\pm$ 0,61
DLCO % predicho	50,29 $\pm$ 19,80
DLCO mL/min/mmHg	11,74 $\pm$ 5,19

Figura 1. A, diagrama de UpSet de anticuerpos positivos en la cohorte. B, correlación de FVC% predicho y diámetro esofágico. C, correlación DLCO% predicho y diámetro esofágico. D, correlación de extensión de la fibrosis en TACAR por puntuación de Goh y diámetro esofágico. E, tomografía de tórax de un paciente con anti-Th/To positivo y diámetro esofágico 31,52 mm. (CG080)



CG081

DIFERENCIAS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS Y NO INFLAMATORIAS

D.L. Carrera-Cruz, I.C. Reynosa-Silva, I.C. Cantú, J.C. Riega-Torres, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El índice de masa corporal (IMC) es una herramienta ampliamente utilizada en la práctica clínica para la evaluación nutricional; corresponde a una medida calculada del peso corporal en relación con la talla. Aunque el IMC permite categorizar el estado ponderal y determinar el riesgo para la salud, no refleja de manera precisa la composición grasa corporal. El término composición corporal (CC) se refiere a la forma en que se distribuye el peso corporal en sus diferentes componentes: grasa, músculo, hueso y agua. La evaluación de la CC es fundamental para determinar el estado de salud y nutrición. En estudios previos, las alteraciones de la CC se han descrito principalmente en pacientes con artritis reumatoide y osteoartritis de forma independiente; sin embargo, existe poca información sobre las diferencias en CC entre pacientes con enfermedades reumáticas (ER) inflamatorias y no inflamatorias.

Objetivo: Determinar las diferencias en la composición corporal entre pacientes con ER inflamatorias y no inflamatorias.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y descriptivo en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias y no inflamatorias que acudieron a consulta externa de reumatología y se seleccionaron de forma aleatoria. Se incluyó a sujetos mayores de 18 años, a quienes se les evaluó la composición corporal mediante análisis de bioimpedancia eléctrica (BIA) con un monitor compacto. Se obtuvieron medidas de peso, porcentaje de grasa corporal, agua y masa muscular, así como grasa y masa muscular en kilogramos. La normalidad de la distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables categóricas se expresaron como número total (%) y las numéricas como mediana (p25-p75). Se utilizaron las pruebas ji cuadrada y U de Mann-Whitney para comparar grupos, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a 1 391 pacientes, de los cuales 1 262 (90,7%) fueron mujeres, con una mediana de edad de 51 años (42-60). La principal ER inflamatoria fue la artritis reumatoide ($n = 650$, 46,7%), seguida del lupus eritematoso sistémico ($n = 179$, 12,9%). Entre las ER no inflamatorias, la más frecuente fue la osteoartritis ($n = 222$, 16%), seguida de fibromialgia ($n = 73$, 5,2%). Los pacientes con ER inflamatorias presentaron menor grasa corporal total y menor porcentaje de masa muscular, mientras que aquellos con ER no inflamatorias fueron de mayor edad y tuvieron un porcentaje más elevado de grasa corporal (Tabla 1).

Conclusiones: En este estudio, los pacientes con ER inflamatorias tuvieron una composición corporal caracterizada por menor grasa corporal y menor porcentaje de masa muscular. En contraste, los pacientes con ER no inflamatorias mostraron un mayor porcentaje de grasa corporal. A pesar de que no se observaron diferencias en el IMC entre los grupos, sí se hallaron diferencias significativas en la composición corporal. Por lo tanto, para un análisis más adecuado del estado nutricional en pacientes con enfermedades reumáticas es recomendable realizar una evaluación de la CC que permita diseñar un plan nutricional individualizado.

Bibliografía

- Bray GA, Beyond BMI. *Nutrients*. 2023;15(10). <https://doi.org/10.3390/nu15102254>.
- Toomey CM, Cremona A, Hughes K, *et al*. A review of body composition measurement in the assessment of health. In *Topics in Clinical Nutrition* 2015;30(1). <https://doi.org/10.1097/TIN.000000000000017>.
- Letarouilly JG, Flipo RM, Cortet B, *et al*. Body composition in patients with rheumatoid arthritis: a narrative literature review. In *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*. 2021;13. <https://doi.org/10.1177/1759720X211015006>.

Tabla 1. Diferencias en composición corporal entre pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias y no inflamatorias. (CG081)

	ER inflamatorias (n = 1 075)	ER no inflamatorias (n = 316)	P
Edad, años	50 (40-59)	56 (49-64)	< 0,01
Altura, metros	1,56 (1,52-1,61)	1,56 (1,52-1,60)	0,308
Peso, kg	69,5 (59,3-80,7)	70,6 (61,2-80,1)	0,263
% de grasa corporal	37,1 (30,1-42,6)	38,4 (33,1-42,9)	< 0,001
% de agua corporal	43,9 (40,4-48,3)	42,7 (40,2-45,9)	0,797
% de masa muscular	59,8 (54,5-66,4)	58,4 (54,2-63,5)	0,004
Grasa corporal, kg	25,4 (18,2-33,2)	26,9 (20,7-33,7)	0,016
Masa muscular, kg	41,1 (37,9-45,1)	40,7 (37,7-44,1)	0,238
Índice de masa corporal, kg/m ²	28,1 (24,4-32,7)	28,9 (25,4-32,7)	0,098

*Datos representados como mediana (p25-p75")

ER, enfermedades reumáticas.

CGo82**FUNCIONALIDAD DEL INJERTO RENAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO A UN AÑO DE SEGUIMIENTO, REPORTE DE CASOS**

L.C. Sánchez-Márquez, M.C. Ocampo-Torres, J.C.H. Hernández-Rivera
 UMAE Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

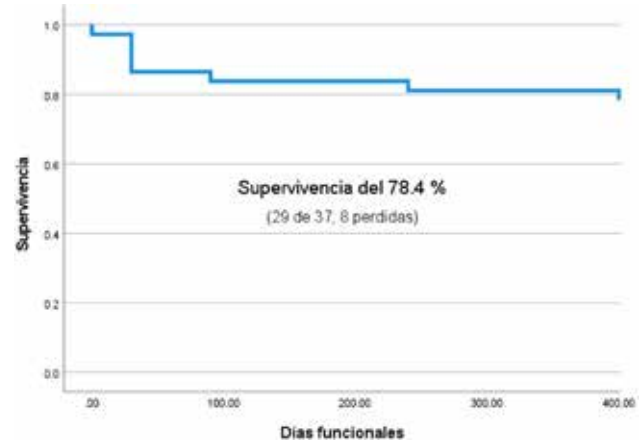
Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema de salud pública global con una prevalencia de 13,4% y entre 4,9 y 7 millones de casos en etapa terminal (ERT). En México, su frecuencia es comparable a la de los países desarrollados, y la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las principales causas. Sin embargo, las enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (LES) también representan un factor importante, dado que 40 a 70% de los pacientes con LES desarrollan nefritis lúpica (NL), la cual puede progresar a ERT en 3 a 4% a 10 años. En estos casos, el trasplante renal constituye la mejor alternativa terapéutica; no obstante, la funcionalidad del injerto puede verse comprometida por factores inmunológicos, metabólicos y quirúrgicos.

Objetivo: Evaluar la funcionalidad del injerto renal en pacientes con lupus eritematoso sistémico con trasplante renal a un año de seguimiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte ambispectivo, longitudinal, descriptivo y analítico, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, de enero de 2018 a diciembre de 2023. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de LES y trasplante renal, con al menos un año de seguimiento. El desenlace principal fue la funcionalidad del injerto renal al año. Se analizaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, quirúrgicas y relacionadas con el tipo de donante. El análisis estadístico incluyó pruebas de normalidad, comparaciones entre grupos, y curvas de supervivencia de Kaplan-Meier con significancia de $p < 0,05$.

Resultados: De 1 859 trasplantes renales registrados, 37 correspondieron a pacientes con LES (91,9% de mujeres, mediana de edad de 35 años). Al año de seguimiento, 29 pacientes (78,4%) mantuvieron injerto funcional y 8 (21,6%) sufrieron pérdida (**Figura 1**). Entre los factores analizados se observaron diferencias significativas en valores de hemoglobina (mayor en el grupo funcional, $p = 0,041$), glucosa (menor en el grupo funcional, $p = 0,046$), potasio (menor en el grupo funcional, $p = 0,044$) y calcio (menor en el grupo funcional, $p = 0,005$). Aunque no estadísticamente significativas, también se identificaron tendencias hacia una menor funcionalidad en pacientes con mayor tiempo de isquemia fría, donantes fallecidos y presencia de hepatitis C. La mayoría de las pérdidas ocurrió en los primeros 100 días postrasplante.

Conclusiones: La funcionalidad del injerto renal en pacientes con LES a un

Figura 1. Funcionalidad del injerto a un año en pacientes trasplantados con LES. (CG082)

año fue del 78,4%, inferior a lo informado en poblaciones generales trasplantadas. Los factores como anemia, alteraciones metabólicas (glucosa, calcio, potasio) y mayor tiempo de isquemia fría se vincularon con peor desenlace, lo que sugiere su relevancia clínica. Aunque la recurrencia de NL no pudo confirmarse por falta de biopsias protocolizadas, se reconoce la importancia de estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado. El trasplante renal aún es una opción viable y preferente en pacientes con LES y ERT, siempre que se adopte un abordaje multidisciplinario e individualizado para optimizar la supervivencia del injerto.

Bibliografía

- Finzel S, Schaffer S, Rizzi M, *et al.* Pathogenese des systemischen Lupus erythematoses. Z Rheumatol [Internet]. 2018;77(9):789-98.
- Obrador GT, Álvarez-Estévez G, Bellorín E, *et al.* Documento de consenso sobre nuevas terapias para retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica con énfasis en los iSGLT-2: implicaciones para Latinoamérica. Nefrol Latinoam [Internet]. 2024;21(92).
- Lv J-C, Zhang L-X. Prevalence and disease burden of chronic kidney disease. En: Advances in Experimental Medicine and Biology. Singapore: Springer Singapore; 2019:3-15.
- Paniagua R, Ramos A, Fabian R, *et al.* Chronic kidney disease and dialysis in Mexico. Perit Dial Int [Internet]. 2007;27(4):405-9.
- Sabucedo AJ, Contreras G. ESKD, transplantation, and dialysis in lupus nephritis. Semin Nephrol [Internet]. 2015;35(5):500-8.
- Mahajan A, Amelio J, Gairy K, *et al.* Systemic lupus erythematosus, lupus nephritis and end-stage renal disease: a pragmatic review mapping disease severity and progression. Lupus [Internet]. 2020;29(9):1011-20.
- Stevens PE. Evaluation and management of chronic kidney disease: Synopsis of the kidney disease: Improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. Ann Intern Med [Internet]. 2013;158(11):825.

CGo83**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A POLIFARMACIA EN ARTRITIS REUMATOIDES**

F.A. Ávalos-Salgado¹, J.I. Gámez-Nava², J.A. Gutiérrez-Aceves³, S.A. González-Vázquez⁴, E.F. López-Villalobos¹, R. Escutia-Gutiérrez¹, S.J. Guevara-Martínez¹, F. González-Ponce², J.M. Ponce-Guarneros², E.G. Cardona-Muñoz², L. González-López²

⁽¹⁾Centro Universitario de Ciencias Exactas e Ingenierías, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS, ⁽⁴⁾Hospital General Regional 110, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara

Introducción: El tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide tiene múltiples esquemas, algunos de los cuales incluyen el multitratamiento

que lleva con frecuencia a la polifarmacia. Ésta puede desencadenar la aparición de efectos adversos que ponen en riesgo la adherencia terapéutica o la seguridad del paciente.

Objetivo: Evaluar el efecto de la polifarmacia en la presencia de efectos adversos.

Material y métodos: Se revisaron 500 expedientes de pacientes con AR evaluados en un centro universitario. Se identificaron variables clínicas relacionadas con efectos adversos. Se definió el efecto adverso como cualquier suceso negativo, sin nexo con el comportamiento de la enfermedad, notificado en los expedientes clínicos. La diferencia se evaluó en variables cuantitativas con la prueba t de Student y las variables cualitativas con ji cuadrada.

Resultados: En promedio, cada paciente utilizó $7,7 \pm 2,5$ medicamentos, y el tipo de fármaco más utilizado fueron los modificadores de la enfermedad (94,2%), los antiinflamatorios no esteroideos (92,2%) y los glucocorticoides (87,8%). Respecto de los efectos adversos, se observó que 285 (57,0%) registraron por lo menos un efecto adverso, y los más frecuentes fueron sistema inmune, principalmente infecciones (26,0%), constitucionales (18,4%), gástricos (13,2%) y dérmicos (8,0%). Los factores de riesgo vinculados con efectos adversos fueron: comorbilidades (95,4% *vs.* 86,0%, $p < 0,001$), entre las cuales se observaron hipertensión ($p = 0,025$) y diabetes mellitus tipo 2 ($p < 0,001$), manifestaciones extraarticulares (64,9% *vs.* 52,6%, $p = 0,005$), factor reumatoide positivo (72,3% *vs.* 63,7%, $p = 0,040$) y número de medicamentos utilizados (8 ± 2 *vs.* 7 ± 1 , $p < 0,001$). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Comparación de los factores de riesgo para el desarrollo de efectos adversos. (CG083)

Variable, n (%)	Sin efecto adverso n = 215 (100,0)	Con efecto adverso n = 285 (100,0)	p
Sexo femenino, n (%)	34 (15,8)	41 (14,4)	
Edad, media $\pm$ DS	55,6 $\pm$ 12,8	55,1 $\pm$ 12,0	0,6
Comorbilidades, n (%)	185 (86,0)	272 (95,4)	< 0,001
Hipertensión, n (%)	43 (20,0)	82 (28,8)	0,025
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	10 (4,7)	45 (15,8)	< 0,001
Depresión, n (%)	29 (13,5)	46 (16,1)	0,4
Duración AR, media $\pm$ DS	9,6 $\pm$ 8,8	10,8 $\pm$ 9,9	0,1
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	113 (52,6)	185 (64,9)	0,005
Síndrome de Sjögren secundario, n (%)	88 (40,9)	154 (54,0)	0,004
Factor reumatoide, n (%)	137 (63,7)	204 (72,3)	0,040
Núm. medicamentos, media $\pm$ DS	7,0 $\pm$ 2,3	8,3 $\pm$ 2,6	< 0,001

Conclusiones: El reconocimiento de los principales efectos adversos que se presentan durante el tratamiento ayudará a los profesionales de la salud a reconocer señales que puedan llevar al paciente a mostrar esta clase de efecto adverso; de esa manera se obtiene un tratamiento enfocado en la prevención y la efectividad terapéutica. Es una de las principales determinantes para el profesional de la salud: el número de fármacos prescritos.

Bibliografía

Ávalos-Salgado FA, González-López L, González-Vázquez S, *et al*; Research Group for Factors Related to Therapeutic Outcomes in Autoimmune Diseases. Risk factors associated with adverse events leading to methotrexate withdrawal in elderly rheumatoid arthritis patients: a retrospective cohort study. J Clin Med. 2024;13(7):1863. doi: 10.3390/jcm13071863. PMID: 38610627; PMCID: PMC11012848.

CG084

PLACA CAROTÍDEA SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y OBESIDAD CON BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR ESTIMADO

F.M. García-García, E.C. Garza-González, V. Cervantes-Ramírez, A. Leal-Valdez, O.A. Garza-Flores, V. Ocampo-Flores, K.M. Cuevas-Arellano, H.H. Garza-Sepúlveda, I.J. Colunga-Pedraza, J.A. Cárdenas-De la Garza, J.R. Azpiri-López, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) se relaciona con un mayor riesgo cardiovascular (CV) debido a la inflamación sistémica y las comorbilidades metabólicas como la obesidad. Esta última es frecuente en la AP y puede favorecer tanto la inflamación sistémica como la progresión de la aterosclerosis. Las calculadoras comunes de riesgo CV, como las de Framingham y QRISK3, suelen subestimar el riesgo real en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas. El ultrasonido carotídeo ofrece una evaluación directa de la aterosclerosis subclínica y puede mejorar la estratificación del riesgo en esta población.

Objetivo: Comparar los índices de riesgo CV y los hallazgos de ultrasonido carotídeo entre pacientes con AP y controles con obesidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y comparativo en una clínica de cardiorreumatología. Se incluyó a dos grupos de participantes con obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$): pacientes con AP de 30 a 75 años que cumplan con los criterios de clasificación CASPAR 2006 y controles con obesidad sin antecedente de enfermedad reumática. Se excluyó a los individuos con enfermedad CV establecida en ambos grupos. Se recolectaron de forma sistemática datos demográficos, factores de riesgo CV (incluidas hipertensión, diabetes mellitus y dislipidemia) y parámetros de ultrasonido carotídeo. El riesgo CV se evaluó con tres herramientas validadas que determinan el riesgo a 10 años de enfermedad CV aterosclerótica: Framingham-lípidos, Framingham-IMC y QRISK3 (**Tabla 1**). Un operador experimentado único realizó el ultrasonido carotídeo mediante ecografía en modo B y un protocolo estandarizado. La presencia de placa carotídea se definió como grosor íntima-media carotídeo (cIMT) difuso $\geq 1,2 \text{ mm}$ o un engrosamiento focal $\geq 0,5 \text{ mm}$. La distribución de los datos se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones entre grupos se efectuaron mediante las pruebas t de Student, ji cuadrada o U de Mann-Whitney, según correspondiera. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Tabla 1. Perfil de riesgo cardiovascular y hallazgos carotídeos. (CG084)

Variable	Pacientes con AP y obesidad n = 73	Controles con obesidad n = 67	p
Edad, media $\pm$ DE	52,39 $\pm$ 10,04	54,06 $\pm$ 6,33	0,250
Mujeres, n (%)	36 (49,31)	48 (72,72)	0,005
Factores de riesgo CV			
IMC, mediana (RIC)	33,39 (31,22-37,10)	33,29 (31,39-35,53)	0,627
DM, n (%)	21 (28,76)	16 (23,88)	< 0,001
HTA, n (%)	37 (50,68)	23 (34,32)	< 0,001
DLP, n (%)	47 (64,38)	26 (38,80)	< 0,001
Tabaquismo, n (%)	16 (21,91)	17 (25,37)	0,630
Tratamiento			
Prednisona, n (%)	18 (24,65)	–	< 0,001
Hidroxicloroquina, n (%)	61 (83,56)	–	< 0,001
FARMEb, n (%)	28 (38,35)	–	< 0,001
Antihipertensivos, n (%)	31 (42,46)	21 (31,34)	< 0,001
Estatinas, n (%)	17 (23,28)	12 (17,91)	< 0,001
Calculadoras de riesgo CV			
FRS-lípidos, mediana (RIC)	4,40 (2,00-11,02)	7,20 (4,75-11,50)	0,004
FRS-IMC, mediana (RIC)	7,50 (3,00-18,20)	9,85 (5,85-13,65)	0,201

QRISK3, mediana (RIC)	3,30 (1,77-9,97)	5,20 (2,75-10,80)	0,039
Ultrasonido carotídeo			
Placa carotídea, n (%)	38 (52,05)	22 (32,83)	0,022

Los valores se presentan como media $\pm$ DE o mediana (RIC), según correspondiera. DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; AP, artritis psoriásica; CV, cardiovascular; IMC, índice de masa corporal; DM, diabetes mellitus; HTA, hipertensión arterial; DLP, dislipidemia; FARMEb, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; FRS-lípidos, *Framingham Risk Score*-modelo lípidos; FRS-IMC, *Framingham Risk Score*-índice de masa corporal. Los valores en negritas indican significancia estadística en $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 140 participantes: 73 con AP y obesidad y 67 controles obesos. Los pacientes con AP tuvieron una edad media de 52,39 años contra 54,06 años de los controles, y una menor proporción de mujeres (49,31% *vs.* 72,72%). La prevalencia de diabetes (28,76% *vs.* 23,88%), hipertensión (50,68% *vs.* 34,32%) y dislipidemia (64,38% *vs.* 38,80%) fue mayor en el grupo con AP ($p < 0,001$). Los índices de riesgo CV fueron más bajos en los pacientes con AP según Framingham-lípidos (4,40 *vs.* 7,20; $p = 0,004$) y QRISK3 (3,30 *vs.* 5,20; $p = 0,039$). La presencia de placa carotídea se observó en el 52,05% de los pacientes con AP y en el 32,83% de los controles ($p = 0,022$).

Conclusiones: En este estudio, los controles con obesidad y sin As presentaron mayores índices de riesgo CV, mientras que los pacientes con AP y obesidad registraron una prevalencia más alta de placa carotídea. Tales hallazgos ponen en evidencia las limitaciones de las calculadoras convencionales de riesgo CV y apoyan la necesidad de integrar el ultrasonido carotídeo dentro de la evaluación CV. Este enfoque permitiría un abordaje más integral y una mejor estratificación del riesgo y la atención preventiva en pacientes con AP y comorbilidades metabólicas.

Bibliografía

- Verhoeven F, Prati C, Demougeot C, *et al.* Cardiovascular risk in psoriatic arthritis, a narrative review. *Jt Bone Spine*. 2020;87(5):413-8.
- Gladman DD, Ang M, Su L, *et al.* Cardiovascular morbidity in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(7):1131-5.

CGo85

INFLUENCIA EN EL USO DE PREDNISONA SOBRE EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

E.C. Garza-González, F.M. García-García, O.A. Garza-Flores, A. Leal-Valdez, V. Cervantes-Ramírez, L.Y. López-Cantú, J.R. Azpiri-López, I.J. Colunga-Pedraza, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica y multisistémica relacionada con un aumento de la morbilidad y la mortalidad, particularmente debido a complicaciones cardiovasculares. La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVAS) ha surgido como una de las principales causas de muerte en pacientes jóvenes con LES. Este riesgo cardiovascular elevado no puede explicarse completamente sólo por los factores de riesgo habituales, lo que sugiere que mecanismos específicos de la enfermedad, incluidos la inflamación crónica, la disfunción inmunitaria y los factores relacionados con el tratamiento, desempeñan un papel fundamental.

Objetivo: Evaluar el efecto de la prednisona en pacientes con LES sobre el perfil lipídico y el riesgo de aterosclerosis subclínica.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, comparativo y analítico de casos y controles. Se incluyó a 80 pacientes mayores de 18 años que cumplieran con los criterios de clasificación para LES según las guías ACR/EULAR 2019. En 34 pacientes se realizó ultrasonido carotídeo y se registró la presencia de placa, definida como un engrosamiento de la pared mayor al 50% o una región focal con una medición superior a 1,5 mm que protruye hacia la luz. También se registró el grosor íntima-media carotídeo (CIMT). El análisis descriptivo se llevó a cabo con frecuencias (%), media ($\pm$ DE), mediana (q25-q75%) y comparaciones con las pruebas ji cuadrada

y t de Student, según correspondiera. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$ (Tabla 1). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25 (IBM, Nueva York, EUA).

Tabla 1. Demografía y ultrasonido carotídeo. (CG085)

	LES con prednisona n = 65	LES sin prednisona n = 15	p
Edad, media $\pm$ DE	35,32 $\pm$ 11,67	42,6 $\pm$ 15,63	0,045
Femenino, n (%)	58 (82,23%)	13 (86,66 %)	0,770
Factores de riesgo cardiovasculares			
Peso, kg, media $\pm$ DE	66,44 $\pm$ 16,87	71,08 $\pm$ 14,14	0,327
Talla, m, media $\pm$ DE	1,58 $\pm$ 0,06	1,60 $\pm$ 0,08	0,488
IMC, media $\pm$ DE	26,3 $\pm$ 6,42	27,63 $\pm$ 4,95	0,457
Obesidad, n (%)	13 (20%)	3 (20%)	1
Índice c/c, media $\pm$ DE	0,85 $\pm$ 0,5	0,84 $\pm$ 0,06	0,423
DM, n (%)	4 (6,15%)	1 (6,66%)	0,941
HTA, n (%)	15 (23,07%)	2 (13,33%)	0,406
DLP, n (%)	6 (9,23%)	4 (26,66%)	0,060
Tabaquismo, n (%)	4 (6,15%)	2 (13,33%)	0,340
Tratamiento			
FARME, n (%)	39 (60%)	1 (6,66%)	< 0,001
HCQ/CQ, n (%)	30 (46,15%)	12 (80%)	0,018
IECAS/ARA, n (%)	19 (29,68%)	2 (13,33%)	0,060
Estatinas, n (%)	13 (20%)	3 (20%)	0,889
Perfil lipídico			
COL total, mg/dL, media $\pm$ DE	186,03 $\pm$ 63,63	155,46 $\pm$ 27,18	0,073
VLDL, mg/dL, mediana, (p25 - p75)	1 (0-1)	18,1 (11,62 - 23,8)	0,049
LDL, mg/dL, media $\pm$ DE	38,92 $\pm$ 26,85	62,15 $\pm$ 30,99	0,004
HDL, mg/dL, mediana (p25 - p75)	68,5 (51,3 - 106)	60,9 (44,2 - 92,05)	0,467
Ratio COL:HDL, mediana (p25 - p75)	2 (2 - 3)	2 (1,5 - 3,5)	0,701
TG, mg/dL, media $\pm$ DE	132,18 $\pm$ 47,7	127,09 $\pm$ 55,23	0,718
Valores de glucosa			
Glucosa, mg/dL, mediana (p25 - p75)	87,7 (82 - 94)	93 (91,2 - 98,8)	0,007
HbA1c, media $\pm$ DE	5,10 $\pm$ 1,04	5,52 $\pm$ 1,13	0,172
Ultrasonido carotídeo	LES con Prednisona n = 24	LES sin Prednisona n = 10	
Placa carotídea, n (%)	0 (0%)	1 (10%)	0,116
GIMC derecha, mm, media $\pm$ DE	0,43 $\pm$ 0,069	0,52 $\pm$ 0,17	0,046
Hiperplasia intimal derecha, n (%)	1 (4,16%)	1 (10%)	0,510
Placa derecha, n (%)	0 (0%)	1 (10%)	0,116
GIMC izquierda, mm, media $\pm$ DE	0,43 $\pm$ 0,5	0,5 $\pm$ 0,18	0,118
Hiperplasia intimal izquierda, n (%)	0 (0%)	1 (10%)	0,116
Placa izquierda, n (%)	0 (0%)	1 (10%)	0,116
Placas bilaterales, n (%)	0 (0%)	1 (10%)	0,116

IMC, índice de masa corporal; c/c, cintura/cadera; DM, diabetes mellitus; HTA, hipertensión arterial; DLP, dislipidemia; FARME, fármaco antirreumático modificador de la enfermedad; HCQ/CQ, hidroxiquina/cloroquina; IECAS/ARA, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/antagonistas de receptor de aldosterona; COL, colesterol; VLDL, lipoproteína de muy baja densidad; LDL, lipoproteína de baja densidad; HDL, lipoproteína de alta densidad; TG, triglicéridos; HbA1c, hemoglobina glucosilada; GIMC, grosor íntima-media carotídeo; DE, desviación estándar; kg, kilogramo; m, metro; mm, milímetro; p25, percentil 25%; p75, percentil 75%.

Resultados: En este estudio de cohorte de pacientes con LES, aquellos que recibían prednisona eran significativamente más jóvenes ($35,32 \pm 11,67$ vs. $42,6 \pm 15,63$ años, $p = 0,045$) y con mayor frecuencia recibían tratamiento con FARME (39 [60%] vs. 1 [6,66%], $p < 0,001$), mientras que el uso de hidroxicloroquina/cloroquina fue mayor en el grupo sin prednisona ($p = 0,018$). No se encontraron diferencias significativas en los factores de riesgo cardiovascular comunes, como obesidad, diabetes, hipertensión o tabaquismo. A pesar de los conocidos efectos metabólicos adversos de los corticosteroides, los pacientes que no recibían prednisona presentaron valores significativamente más altos de VLDL ($p = 0,049$), colesterol LDL ($p = 0,004$) y glucosa en ayuno ($p = 0,007$), lo que sugiere una tendencia paradójica hacia un peor perfil metabólico en aquellos sin esteroides. En un subgrupo de 34 pacientes sometidos a ultrasonido carotídeo, el grosor íntima-media carotídeo (CIMT) derecho también fue significativamente mayor en el grupo sin prednisona ($0,43 \pm 0,069$ vs. $0,52 \pm 0,17$, $p = 0,046$), lo que indica mayor aterosclerosis subclínica.

Conclusiones: Este estudio sugiere que, en pacientes con LES, el uso de prednisona, a pesar de sus conocidos efectos metabólicos adversos, se acompañó paradójicamente de un perfil más favorable de lípidos y glucosa, así como un menor grosor íntima-media carotídeo, en comparación con aquellos que no recibían prednisona. No se encontraron diferencias significativas en los factores de riesgo cardiovascular habituales ni en la presencia de placa carotídea. Estos hallazgos indican que los efectos antiinflamatorios de la prednisona pueden, en ciertos contextos, mitigar los riesgos metabólicos y vasculares, y reducir potencialmente la aterosclerosis subclínica. Sin embargo, se requieren más estudios longitudinales para comprender mejor su efecto cardiovascular a largo plazo en el LES.

Bibliografía

- Taskinen MR, Kuusi T, Yki-Järvinen H, *et al.* Short-term effects of prednisone on serum lipids and high-density lipoprotein subfractions in normolipidemic healthy men. *J Clin Endocrinol Metab.* 1988;67(2):291-9. doi: 10.1210/jcem-67-2-291. PMID: 3134387.
- Ross IL, Marais AD. The influence of glucocorticoids on lipid and lipoprotein metabolism and atherosclerosis. *SAMJ: South African Medical Journal.* 2014;104(10):671-674. Retrieved April 30, 2025, from http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-95742014001000015&lng=en&tlng=en.

CGo86

USO DE PREDNISONA EN PACIENTES CON LES Y SUS IMPLICACIONES EN PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS

E.C. Garza-González, F.M. García-García, A. Leal-Valdez, V. Cervantes-Ramírez, B.C. Juárez-Sandoval, V. Ocampo-Flores, J.R. Azpiri-López, I.J. Colunga-Pedraza, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) se vincula con un mayor riesgo de morbilidad cardiovascular, incluidas la enfermedad aterosclerótica y la disfunción cardíaca estructural y funcional. Los mecanismos como la inflamación crónica, la disfunción endotelial y los efectos adversos del tratamiento contribuyen a este riesgo. Los estudios han documentado cómo el uso de prednisona se ha relacionado con alteraciones ecocardiográficas subclínicas, como disfunción diastólica, lesiones valvulares y fibrosis miocárdica, cuya aparición podría depender de otros factores y actividad del LES.

Objetivo: Evaluar las implicaciones en los parámetros ecocardiográficos en LES con uso de prednisona.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles, transversal, comparativo y analítico. Se incluyó a 74 pacientes ≥ 18 años con LES según las guías ACR/EULAR 2019. Se recopilaron datos demográficos, factores de riesgo CV y parámetros ecocardiográficos. Todos los ecocardiogramas los realizó un ecocardiografista certificado, mediante protocolos estandarizados que incluyen los modos B, M, Doppler espectral, Doppler a color y Doppler tisular (Tabla 1). Se evaluaron y clasificaron la geometría cardíaca, así como la función sistólica y diastólica, de acuerdo con las guías ASE/EACVI 2016. El análisis descriptivo se efectuó con frecuencias (%),

media ($\pm$ DE), mediana ($q_{25}-q_{75}^{\circ}$), y comparaciones mediante las pruebas ji cuadrada y t de Student. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 74 pacientes con LES, de los cuales 51 (68,9%) recibían prednisona y 23 (31,1%) no. La mayoría de los pacientes en ambos grupos correspondió a mujeres, 92,15% en el grupo con prednisona respecto de 82,60% en el grupo sin prednisona. La edad media fue similar entre los grupos, con $36,76 \pm 12,08$ años quienes recibían prednisona y $38,78 \pm 13,42$ años en aquellos que no la recibían. La mediana de duración de LES fue de 12 años en el grupo con prednisona y de 18 años en el grupo sin prednisona. La prevalencia de HTA fue significativamente mayor en pacientes con prednisona (31,37% vs. 4,34%, $p = 0,011$), mientras que el tabaquismo fue más frecuente en el grupo sin prednisona (17,39% vs. 3,92%, $p = 0,050$). El uso de MMF fue más común en el grupo con prednisona (29,41% vs. 0%, $p = 0,004$), al igual que los IECA/ARA (33,33% vs. 4,34%, $p = 0,007$). El resto de los tratamientos no mostró diferencias significativas. Los pacientes sin prednisona mostraron valores mayores de glucosa ($91,72 \pm 8,12$ vs. $86,61 \pm 9,05$, $p = 0,022$), y el resto no mostró significancia. En la ecocardiografía no se identificaron diferencias significativas en la función sistólica ni la diastólica. Se observó una mayor fracción de acortamiento y GLS más negativa, sin ser significativo. La geometría ventricular no reveló diferencias.

Tabla 1. Demografía, estudios de laboratorios y ecocardiograma. (CG086)

	LES con prednisona n = 51	LES sin prednisona n = 23	p
Demografía			
Mujeres, n (%)	47 (92,15%)	19 (82,60%)	0,221
Edad, media $\pm$ DE	$36,76 \pm 12,08$	$38,78 \pm 13,42$	0,523
DM, n (%)	3 (5,88%)	2 (8,69%)	0,655
HTA, n (%)	16 (31,37%)	1 (4,34%)	0,011
DLP, n (%)	10 (19,60%)	3 (13,04%)	0,492
Obesidad, n (%)	9 (17,64%)	4 (17,39%)	0,979
Tabaquismo, n (%)	2 (3,92%)	4 (17,39%)	0,050
Duración LES, mediana (p25 - p75)	12 (3,50 - 54)	18 (11,5 - 84)	0,159
Tratamiento			
MTX, n (%)	12 (23,52%)	8 (34,78%)	0,313
HCQ/CQ, n (%)	46 (90,19%)	23 (100%)	0,120
MMF, n (%)	15 (29,41%)	-	0,004
IECA/ARA, n (%)	17 (33,33%)	1 (4,34%)	0,007
Laboratorios			
Hb, mediana (p25 - p75)	12,60 (11,45 - 13,50)	13,20 (12,65 - 14,05)	0,034
Glucosa, media $\pm$ DE	$86,61 \pm 9,05$	$91,72 \pm 8,12$	0,022
PCR, mediana (p25 - p75)	0,44 (0,13 - 0,69)	0,47 (0,30 - 0,67)	0,547
VSG, mediana (p25 - p75)	24,54 (15 - 36)	16 (0,30 - 24,5)	0,126
Ecocardiograma			
FEVI, media $\pm$ DE	$60,66 \pm 5,77$	$60,08 \pm 5,26$	0,683
GLS, media $\pm$ DE	$-19,55 \pm 2,80$	$-20,64 \pm 2,47$	0,119
TAPSE, mediana (p25 - p75)	22 (20 - 24)	21 (19 - 24)	0,565
FAC, media $\pm$ DE	$48,16 \pm 8,87$	$51,28 \pm 6,12$	0,322
GPR, media $\pm$ DE	$0,35 \pm 0,13$	$0,34 \pm 0,008$	0,797
E' septal, mediana (p25 - p75)	0,10 (0,85 - 0,12)	0,10 (0,09 - 0,13)	0,902
E'/E, media $\pm$ DE	$6,40 \pm 3,21$	$6,51 \pm 2,56$	0,887
PSAP, mediana (p25 - p75)	23,83 (19,21 - 27)	22,76 (20 - 24,18)	0,341
Geometría cardíaca			
Geometría normal, n (%)	33 (64,70%)	16 (69,56%)	0,683
Remodelado concéntrico, n (%)	10 (19,60%)	2 (8,69%)	0,239

Hipertrofia concéntrica, n (%)	2 (3,92%)	-	0,336
Hipertrofia excéntrica, n (%)	10 (19,60%)	4 (17,39%)	0,822

DM, diabetes mellitus; HTA, hipertensión arterial; DLP, dislipidemia; LES, lupus eritematoso sistémico; MTX, metotrexato; HCQ/CQ, hidroxicloroquina/cloroquina; MMF, micofenolato de mofetilo; IECA/ARA, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina/antagonista de receptor de angiotensina; TAPSE, *Tricuspid annular plane systolic excursion*; FAC, fracción de acortamiento del ventrículo derecho; PSAP, presión sistólica de la arteria pulmonar; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; GLS, *Global longitudinal strain*; GPR, grosor parietal relativo; E' septal: velocidad de relajación diastólica temprana del anillo mitral en la pared septal; E'/E, relación entre velocidad de la onda E transmitral y velocidad E' tisular; DE, desviación estándar; p25-p75, percentiles 25°-75°.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con LES, el uso de prednisona se relacionó con una mayor prevalencia de HTA y alteraciones en algunos parámetros metabólicos, sin diferencias significativas en la función cardíaca. No obstante, se observó un curso hacia una mejor función ventricular izquierda en los pacientes libres de prednisona. Esto sugiere un posible efecto subclínico del uso crónico de glucocorticoides sobre la función cardiovascular. La relación entre el uso de prednisona y las alteraciones ecocardiográficas aún no está completamente establecida, por lo que se necesitan más investigaciones.

Bibliografía

- Enríquez-Merayo E, Cuadrado MJ. Steroids in lupus: enemies or allies. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;12(11). <https://doi.org/10.3390/jcm12113639>.
- Bulkley BH, Roberts WC. The heart in systemic lupus erythematosus and the changes induced in it by corticosteroid therapy. A study of 36 necropsy patients. *The American Journal of Medicine*. 1975;58(2):243-264. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(75\)90575-6](https://doi.org/10.1016/0002-9343(75)90575-6).

CG087

IMPACTO DE LA PREDNISONA EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL Y LOS MARCADORES METABÓLICOS EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

E.C. Garza-González, O.A. Garza-Flores, F.M. García-García, V. Cervantes-Ramírez, A. Leal-Valdez, L.Y. López-Cantú, J.R. Azpiri-López, I.J. Colunga-Pedraza, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado *Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL*

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es un trastorno autoinmune crónico que afecta a múltiples sistemas orgánicos y posee tasas elevadas de morbilidad y mortalidad, principalmente debido a complicaciones cardiovasculares. La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVAS) se ha convertido en una causa importante de mortalidad, sobre todo entre personas jóvenes con LES. El aumento del riesgo cardiovascular (RCV) observado en esta población va más allá de los factores de riesgo comunes, lo que indica que elementos específicos del lupus, como la inflamación persistente, las alteraciones en la regulación inmunitaria y los efectos relacionados con el tratamiento como el uso de prednisona, desempeñan un papel crucial en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular.

Objetivo: Evaluar el efecto de la prednisona en pacientes con LES sobre parámetros antropométricos y perfil lipídico.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, comparativo y analítico de casos y controles. Se incluyó a 80 pacientes mayores de 18 años, en tratamiento con prednisona, que cumplieran con los criterios de clasificación para LES según ACR/EULAR 2019. Se registraron datos clínicos y demográficos. Se tomaron medidas somatométricas y los pacientes se clasificaron por IMC de acuerdo con los criterios de la OMS. El análisis descriptivo se realizó con frecuencias (%), media ($\pm$ DE), mediana (q25-q75°) y comparaciones con las pruebas ji cuadrada y t de Student, según correspondiera (**Tabla 1**). Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS.

Tabla 1. Demografía, estudios de laboratorio y somatometría. (CG087)

	LES con prednisona n = 65	LES sin prednisona n = 15	p
Edad, media, $\pm$ DE	35,32 $\pm$ 11,67	42,6 $\pm$ 15,63	0,045
Femenino, n (%)	58 (82,23%)	13 (86,66 %)	0,770
Factores de riesgo cardiovascular			
DM, n (%)	4 (6,15%)	1 (6,66%)	0,941
HTA, n (%)	15 (23,07%)	2 (13,33%)	0,406
DLP, n (%)	6 (9,23%)	4 (26,66%)	0,060
Tabaquismo, n (%)	4 (6,15%)	2 (13,33%)	0,340
Tratamiento			
FARME, n (%)	39 (60%)	1 (6,66%)	< 0,001
HCQ/CQ, n (%)	30 (46,15%)	12 (80%)	0,018
IECAS/ARA, n (%)	19 (29,68%)	2 (13,33%)	0,060
Estatinas, n (%)	13 (20%)	3 (20%)	0,889
Perfil lipídico			
COL total, mg/dL, media $\pm$ DE	186,03 $\pm$ 63,63	155,46 $\pm$ 27,18	0,073
VLDL, mg/dL, mediana (p25 - p75°)	1 (0-1)	18,1 (11,62 - 23,8)	0,049
LDL, mg/dL, media $\pm$ DE	38,92 $\pm$ 26,85	62,15 $\pm$ 30,99	0,004
HDL, mg/dL, mediana (p25 - p75)	68,5 (51,3 - 106)	60,9 (44,2 - 92,05)	0,467
Ratio COL:HDL, mediana (p25 - p75)	2 (2 - 3)	2 (1,5 - 3,5)	0,701
TG, mg/dL, media $\pm$ DE	132,18 $\pm$ 47,7	127,09 $\pm$ 55,23	0,718
Valores de glucosa			
Glucosa, mg/dL, mediana (p25 - p75°)	87,7 (82 - 94)	93 (91,2 - 98,8)	0,007
HbA1c, media $\pm$ DE	5,10 $\pm$ 1,04	5,52 $\pm$ 1,13	0,172
Somatometría			
Peso, kg, media $\pm$ DE	66,44 $\pm$ 16,87	71,08 $\pm$ 14,14	0,327
Talla, m, media $\pm$ DE	1,58 $\pm$ 0,06	1,60 $\pm$ 0,08	0,488
IMC, media $\pm$ DE	26,3 $\pm$ 6,42	27,63 $\pm$ 4,95	0,457
Cintura, cm, media $\pm$ DE	87,48 $\pm$ 14,34	84,46 $\pm$ 23,19	0,520
Cadera, cm, media $\pm$ DE	101,25 $\pm$ 14,88	106,26 $\pm$ 12,94	0,233
Índice c/c, media $\pm$ DE	0,85 $\pm$ 0,5	0,84 $\pm$ 0,06	0,423
Clasificación IMC			
Clase I, n (%)	21 (32,3%)	4 (26,66%)	0,671
Clase II, n (%)	21 (32,3%)	7 (53,33%)	0,127
Clase III, n (%)	5 (7,69%)	2 (13,3%)	0,486
Clase IV, n (%)	7 (10,76%)	1 (6,66%)	0,633

DM, diabetes mellitus; HTA, hipertensión arterial; DLP, dislipidemia; FARME, fármacos antiinflamatorios modificadores de la enfermedad; HCQ/CQ, hidroxicloroquina/cloroquina; IECA/ARA, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/antagonistas de receptor de angiotensina; COL, colesterol; VLDL, lipoproteína de muy baja densidad; LDL, lipoproteína de baja densidad; HDL, lipoproteína de alta densidad; TG, triglicéridos; HbA1c, hemoglobina glucosilada; IMC, índice de masa corporal; c/c, cintura/cadera; DE, desviación estándar; p25, percentil 25°; p75, percentil 75°.

Resultados: En este estudio de cohorte de pacientes con LES, los enfermos que recibían prednisona eran significativamente más jóvenes (35,3 $\pm$ 11,7 *vs.* 42,6 $\pm$ 15,6 años, $p = 0,045$), con mayor frecuencia tratados con FARME (60% *vs.* 6,66%, $p < 0,001$) y con menor uso de hidroxicloroquina/cloroquina (80% *vs.* 46,15%, $p = 0,018$). A pesar de los conocidos efectos metabólicos adversos de la prednisona, estos pacientes presentaron valores significativamente más bajos de VLDL ($p = 0,049$), LDL (62,15 $\pm$ 30,99 *vs.* 38,92 $\pm$ 26,85 mg/dL, $p = 0,004$) y glucosa en ayuno (93 [91,2-98,8] *vs.* 87,7 [82-94] mg/dL, $p = 0,007$) en comparación con aquellos que no recibían prednisona. Se tomaron medidas somatométricas, sin encontrar resultados significativos (todas las $p > 0,05$). La mayoría de los pacientes en ambos grupos se ubicó en las clases I y II (peso normal a sobrepeso), sin observarse diferencias estadísticamente significativas en ninguna categoría de peso (todas las $p > 0,05$), lo que indica que el uso de prednisona no se vinculó con cambios en la clasificación del IMC.

Conclusiones: Este estudio mostró que los pacientes con LES que recibían prednisona presentaron, paradójicamente, un perfil metabólico más favorable, con cifras significativamente más bajas de VLDL, LDL y glucosa en ayuno, a pesar de sus conocidos efectos metabólicos adversos. Asimismo, no se observaron diferencias significativas en las medidas antropométricas. Estos hallazgos paradójicos podrían explicarse por los efectos antiinflamatorios de la prednisona en el contexto de una mayor actividad de la enfermedad, lo que podría mejorar de forma transitoria el metabolismo de los lípidos y la glucosa. Se requiere investigación longitudinal adicional para evaluar las implicaciones cardiovasculares a largo plazo del uso de prednisona en esta población.

Bibliografía

- Güler-Yüksel M, Kuijper M, Bos R, *et al.* Changes in body weight and body composition in patients with active rheumatoid arthritis aged 65+ treated with 2-year low-dose add-on prednisolone in the randomised double-blind placebo-controlled GLORIA trial. RMD Open. 2023;9(2):e002905. doi: 10.1136/rmdopen-2022-002905. PMID: 37349120; PMCID: PMC10314614.
- Konijn NP, van Tuyl LH, Boers M, *et al.* The short-term effects of two high-dose, step-down prednisolone regimens on body composition in early rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford). 2016;55(9):1615-22. doi: 10.1093/rheumatology/kew221. Epub 2016 May 31. PMID: 27247434.

CGo88

MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN EN REUMATOLOGÍA, RETOS Y OPORTUNIDADES

Tatiana Sofía Rodríguez Reyna^{1,2}, Julio César Casasola Vargas¹, Enrique Faugier Fuentes¹, Fernando García Rodríguez¹, Antonio González Pineda¹, Susana López y López¹, Claudia Irene Meléndez Mercado¹, Myriam Méndez Núñez¹, Samara Mendieta Zerón¹, Blanca Adela Mota Mondragón¹, Gemma Moreno Hernández², Angélica Vargas Guerrero¹

⁽¹⁾Consejo Mexicano de Reumatología, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los estudios previos han mostrado que 65 a 70% de los reumatólogos mantienen su certificación en este país y que se concentran en grandes centros urbanos.

Objetivo: Conocer los obstáculos para mantener la certificación y diseñar estrategias encaminadas a favorecer que todos los reumatólogos del país la conserven.

Material y métodos: Se realizó una encuesta abierta y anónima a todos los reumatólogos y, como grupo de comparación, a médicos de otras especialidades, difundida por medios electrónicos, en agosto de 2025. Se recabaron datos demográficos, lugar de formación académica y de trabajo, y situación laboral y de certificación.

Resultados: Al 18 de agosto se obtuvieron 496 respuestas válidas, 59,5% de hombres y 40,5% de mujeres (248 reumatólogos/248 no reumatólogos); 98,8% de los encuestados ejerce su especialidad, 10% en el sector público, 31,7% en el privado y 58,3% en ambos, sin diferencias entre reumatólogos y no reumatólogos ($p = 0,07$), pero más mujeres que hombres sólo en sector público (16 vs. 6%, $p = 0,001$); 93% de los encuestados (igual proporción de hombres y mujeres) obtuvo su certificación al egreso (97% de los reumatólogos vs. 89% de los no reumatólogos, $p = 0,001$); 84,2% señaló haberla mantenido, algunos hasta después > 40 años de haber egresado (89% de reumatólogos vs. 80% de no reumatólogos, $p = 0,01$, 89% de mujeres vs. 81% de hombres, $p = 0,02$); 62,9% consideró necesario mantenerla, 26% importante y 11% no lo consideró necesario ni importante, con más reumatólogos que la consideró necesaria o importante en comparación con los no reumatólogos (92 vs. 85%, $p = 0,01$) y más mujeres que hombres (72 vs. 57%, $p = 0,007$). Entre las barreras más importantes para mantener la certificación se mencionaron alto costo (28%), no alcanzar la puntuación solicitada (17%), complejidad del proceso (14%), falta de tiempo (7%), falta de interés (3%) y otras (10%); las barreras más frecuentes entre reumatólogos y no reumatólogos fueron no alcanzar la puntuación (19 vs. 15%) y complejidad del proceso

(16 vs. 12%) y las más frecuentes entre mujeres contra hombres fueron alto costo (32 vs. 26%) y no alcanzar la puntuación exigida (19 vs. 16%), sin diferencias significativas; 18% de los encuestados no refirió barreras (15% de reumatólogos vs. 22% de los no reumatólogos); 79% de los encuestados consideró que buscará mantener su certificación (84% de reumatólogos vs. 76% de no reumatólogos, $p = 0,02$). Más especialistas que ejercen en los estados con ciudades más grandes obtuvieron su certificación al egreso (95 vs. 90% todos y reumatólogos, $p = 0,04$) y la mantienen (98 vs. 76%, $p = 0,009$ todos y 95 vs. 81% reumatólogos, $p = 0,009$).

Conclusiones: La mayoría de los reumatólogos y otros especialistas encuestados coinciden en que mantener la certificación es necesario, aunque 11% no lo considera así. Los especialistas coinciden en que hay diversas barreras de índole académico y económico para conservar la certificación, y que la dificultad para alcanzar la puntuación y la complejidad del proceso son las principales barreras descritas por los reumatólogos. Los consejos deben trabajar en estrategias para disminuir las barreras y difundir información sobre la importancia y la obligatoriedad legal de mantener la certificación para ejercer una especialidad en este país.

Bibliografía

Álvarez-Hernández E. Reumatol Clin (Engl Ed). 2023;19(7):379-385. doi: 10.1016/j.reumae.2023.04.002.

CGo89

IMAGEN CORPORAL Y FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

L.Y. Gaytán-García, H.A. Martínez-Espinosa, J.A. Esquivel-Valerio, G. García-Arellano, R.I. Arvizu-Rivera, D.A. Galarza-Delgado, J.A. Cárdenas-De la Garza, A.M. Núñez-Elizondo, R.E. Rivera-Villafuerte, J.A. III García-Vargas, M.E. Corral-Trujillo, G. Serna-Peña

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) afecta predominantemente a mujeres y suele ir acompañado de cambios físicos y malestar psicológico. Se informan en el LES tanto insatisfacción con la imagen corporal como disfunción sexual; su relación aún no es clara y suele no explorarse en profundidad.

Objetivo: Describir las características de la población y determinar si la autoestima corporal se vincula de forma independiente con la función sexual general en mujeres con LES.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal en mujeres adultas con criterios de clasificación EULAR/ACR de 2019 para LES. Las participantes completaron la escala de estima corporal (BES), la escala de autoestima de Rosenberg (RSES), el índice de función sexual femenina (FSFI) y el cuestionario de salud SF-36. Se utilizó regresión lineal para predecir la puntuación total del FSFI y se evaluaron las interacciones, la no linealidad, los valores atípicos y los efectos de subdominio. La significación estadística se estableció en $\alpha = 0,05$. El estudio recibió aprobación del comité de ética institucional (RE24-00010).

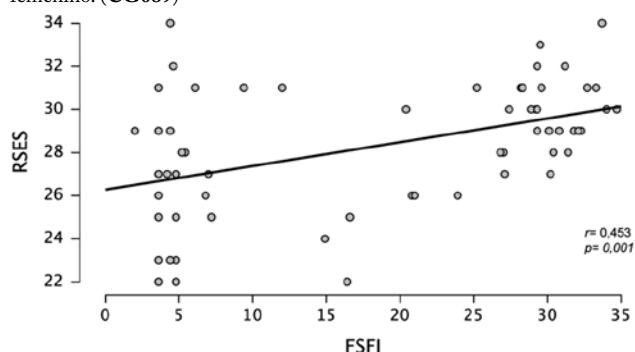
Resultados: Se estudió a 62 mujeres con LES y edad media de $37,02 \pm 12,20$ años, con intervalo de edad de 18 a 61 años y duración media de la enfermedad de $11,23 \pm 3,8$ años; la exposición total a esteroides fue de $22,8 \pm 35,8$ meses, el estado civil registró 37,1% de solteras, 33,9% de casadas y 21% en unión libre (Tabla 1). Del total de participantes, 38,7% no tiene actividad sexual, 16,2% no está satisfecho con su vida sexual y 32,3% ($n = 62$) está muy satisfecho con su vida sexual; los años de educación mostraron una media de $11,9$ años $\pm 3,8$. La correlación entre la escala BES y FSFI fue débil y positiva ($r = 0,232$, $p = 0,069$). Sin embargo, no fue estadísticamente significativa ($p = 0,440$). Se encontró una correlación positiva entre FSFI y RSES ($r = 0,453$; IC95%, 0,201-0,473; $p = 0,001$) (Figura 1). El tiempo de uso de esteroides expresado en meses revela una correlación débil no significativa con la escala FSFI ($r = 0,188$; $p = 0,144$; IC95%, -0,065-0,418). Las pruebas de interacción y de no linealidad no arrojaron resultados significativos. En el análisis de BES y los subdominios del FSFI de excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor se encontraron relaciones negativas. La adición de las ocho subescalas del SF-36 no mejoró el desempeño del modelo.

Conclusiones: La función sexual de las mujeres con LES tiene una vinculación débil con la autoestima corporal. Se deben estudiar otros factores que afecten la calidad del desarrollo sexual en mujeres con LES y ampliar la cantidad de pacientes en el estudio. Asimismo, la relación encontrada entre la escala de RSES y la FSFI puede estudiarse en futuras investigaciones para definir su papel en esta población. Las intervenciones centradas en la imagen corporal, como la terapia cognitivo-conductual, pueden mejorar la salud sexual². Abordar las preocupaciones sobre la imagen corporal debe considerarse en la atención integral del LES para mejorar la salud sexual y la calidad de vida.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de pacientes con LES. Frecuencia expresada en porcentajes. N, número de pacientes; HTA, hipertensión arterial sistémica; LES, lupus eritematoso sistémico. (CG089)

Características de la población n = 62	
Edad, n (%)	
18-35 años	35 (54,4)
36-60 años	26 (41,9)
60 años	1 (1,6)
Años de educación, n (%)	
> 9 años	35 (56,4)
< 9 años	27 (43,5)
Estado civil, n (%)	
Casada	21 (33,9)
No casada	41 (66,1)
Duración de la enfermedad, n (%)	
< 3 años	23 (37)
3-10 años	21 (33,8)
> 10 años	18 (29)
Comorbilidades, n (%)	
Sin comorbilidad	24 (38,7)
HTA	10 (16,1)
Hipotiroidismo	6 (9,6)
Otras	22 (35,4)

Figura 1. Gráfica de dispersión que muestra una correlación de Spearman positiva. BES, escala de estima corporal; FSFI, índice de función sexual femenino. (CG089)



Bibliografía

- Liu M, Dou J, Wang Q. The effect of systemic lupus erythematosus on sexual function in women: an updated meta-analysis based on cross-sectional studies. *Adv Rheumatol*. 2022;62(1):24.
- Chen H, Shi S, Cui H, *et al*. What are the predictive factors of body image disturbance in patients with systemic lupus erythematosus? A cross-sectional study in China. *BMJ Open*. 2022;12(11):e060049.

CG090

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE SUEÑO Y SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES

K.Y. Ramos-Reza, I. Palacios-Obregón, M.E. Corral-Trujillo, J.A. Álvarez-Meza, F.A. Marín-Muñoz, S.S. Heredia-González, L.P. Gallegos-Gloria, N. Luna-Mireles, E. Escamilla-Barrientos, A.A. Treviño-Arreola, F. Humphrey-Escamilla, J.A. Cárdenas-De la Garza, M.A. Villarreal-Alarcón, I.J. Hernández-Galarza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) se presentan frecuentemente con síntomas psiquiátricos, como fatiga crónica, depresión y ansiedad, y muchas veces están relacionados con mala calidad de sueño. La inflamación prolongada, citocinas elevadas, dolor crónico y efectos adversos de medicamentos pueden contribuir a estas alteraciones. La calidad de sueño puede evaluarse con la Escala de Pittsburgh de Calidad del Sueño (PSQI), una herramienta validada que evalúa el sueño y siete de sus componentes.

Objetivo: Describir la calidad del sueño en pacientes con ERA y su relación con ansiedad, depresión y fatiga.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y observacional en la consulta externa de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, México, en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico previo de ERA. Las escalas y su descripción se muestran en la **Figura 1**.

Resultados: De los 176 pacientes con ERA, 170 (96,5%) eran mujeres, con una edad media de $46,25 \pm 15,95$ años. La artritis reumatoide (AR) (40,3%) y el lupus eritematoso sistémico (LES) (31,25%) fueron las ERA más comunes. Las puntuaciones medias en la prueba PSQI fueron 9,5 (7-13) *vs.* 4 (3-4,25) ($p < 0,001$). Se observó que 102 pacientes (58%) tenían mala calidad de sueño *vs.* 73 (42%) que tenían buena calidad de sueño. Entre los pacientes con AR y LES, 93 (52,8%) tenían remisión/actividad baja de la enfermedad, en tanto que 40 (22,7%) tenían actividad moderada/grave. Se identificó una tendencia entre actividad de la enfermedad y mala calidad de sueño, con 28,4% de pacientes con mala calidad de sueño que reveló actividad grave de la enfermedad. El uso de glucocorticoides fue más prevalente en pacientes con mala calidad de sueño (43,1% *vs.* 29,7%). Las comorbilidades afectaron a 123 pacientes (69,88%), ligeramente más común en pacientes con mala calidad de sueño (74,5% *vs.* 63,5%). Los sujetos con mala calidad de sueño mostraron significativamente más ansiedad (27,5% $p < 0,001$) y depresión (9,8% $p = 0,024$) con una mediana de puntuación HADS para ansiedad (7 *vs.* 3) y depresión más elevada (5 *vs.* 2). La fatiga también fue más común en los pacientes con mala calidad de sueño (49% *vs.* 17,6%) con puntuaciones FACIT-F más bajas (31 *vs.* 43, $p < 0,001$). Si se reúne a los pacientes con mala calidad de sueño y con ansiedad se obtienen puntuaciones significativamente peores en los siete componentes del sueño ($p < 0,001$). Entre el grupo con depresión, la mayoría de los componentes estaba significativamente afectada, excepto la latencia del sueño y la duración. Asimismo, la fatiga también estuvo sólidamente relacionada con todos los componentes, excepto la latencia del sueño. Los resultados se muestran en la **Tabla 1**.

Figura 1. Escalas utilizadas: descripción y puntos de corte. (CG090)

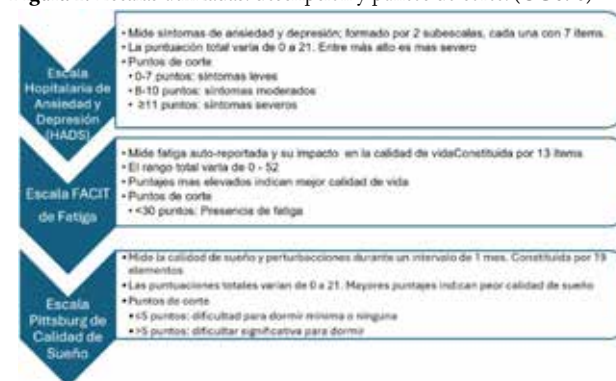


Tabla 1. Componentes de la Escala de Pittsburgh de Calidad de Sueño (PSQI) en pacientes con mala calidad de sueño, síntomas de ansiedad, depresión y fatiga. (CG090)

	Pacientes con MCS n = 102 (58%)	p =	Síntomas de ansiedad n = 66 (37,5%)	p =	Síntomas de depresión n = 44 (25%)	p =	Con fatiga n = 63 (35,8%)	p =
Componente 1. Calidad subjetiva del sueño (0 muy buena a 3 muy mala) Percepción individual de la calidad de sueño	1 (1-2)	< 0,001	2 (1-2)	< 0,001	2 (1-2)	< 0,001	2 (1-2)	< 0,001
Componente 2. Latencia del sueño (0 ningún problema a 3 problemas frecuentes) Tiempo para quedarse dormido y frecuencia de problemas para conciliar el sueño	2 (1-3)	< 0,001	2 (1-3)	< 0,001	2 (0-3)	0,231	2 (1-3)	0,149
Componente 3. Duración del sueño (0 más de 7 horas a 3 menos de 5 horas) Número de horas que la persona duerme cada noche	2 (1-2)	< 0,001	2 (1-2)	< 0,001	1 (1-2)	0,066	1 (1-2)	0,003
Componente 4. Eficiencia habitual del sueño (0 más del 85% a 3 menos del 65%) Porcentaje de tiempo dormido en comparación con el tiempo total en cama	1 (0-2)	< 0,001	1 (0-2)	< 0,001	0,5 (0-2)	0,033	0 (0-1)	0,020
Componente 5. Alteraciones del sueño (0 nunca a 3 más de 3 veces por semana) Frecuencia de problemas como despertarse durante la noche	2 (1-2)	< 0,001	2 (1-2)	< 0,001	2 (1-2)	< 0,001	2 (1-2)	0,002
Componente 6. Uso de fármacos para dormir (0 nunca a 3 más de 3 veces por semana) Frecuencia de uso de medicación para dormir	0 (0-2)	< 0,001	0 (0-2)	< 0,001	0 (0-2)	< 0,001	0 (0-2)	< 0,001
Componente 7. Disfunción diurna (0 nunca a 3 muy frecuente) Problemas diurnos relacionados con el mal sueño	2 (1-2)	< 0,001	2 (1-2)	< 0,001	2 (1-2)	< 0,001	2 (1-2)	< 0,001

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con ERA (58%) experimentaban mala calidad de sueño. Ésta demostró una sólida vinculación con los grados elevados de ansiedad y fatiga, mientras que la prevalencia de depresión en los pacientes con mala calidad de sueño fue más del doble en comparación con los individuos con buena calidad de sueño (14,9% vs. 32,3%). Estos resultados enfatizan la relación entre el sueño y la salud mental en las ERA y la importancia de estrategias de cuidado integrales que se enfoquen en el bienestar físico y psicológico.

Bibliografía

Buyssse DJ, Reynolds CF, Monk TH, *et al.* The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): a new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research*. 1989;28(2):193-213.

CG091

FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

I.G. Aquino-Javier, J.G. López-Muciño, M.B. Colli-Cortés
Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) desarrollan enfermedad pulmonar intersticial (EPI), hasta nueve veces más que la población general y hasta 13% más que en pacientes sólo con AR. Los síntomas clínicos aparecen hasta que el compromiso pulmonar está bien establecido, por lo que pueden permanecer asintomáticos en estadios tempranos, lo que origina diagnósticos tardíos y desenlaces negativos.

Dado el efecto negativo en el pronóstico, su diagnóstico temprano es de suma importancia. No se dispone de una prueba de tamizaje estandarizada internacionalmente; sin embargo, se han reconocido factores de riesgo que modifican la presentación de dicha complicación.

Objetivo: Identificar la frecuencia de los principales factores de riesgo en pacientes con neumopatía intersticial secundaria a artritis reumatoide (EPI-AR) de un hospital de tercer nivel, el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE (HRGIZ).

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó la revisión de expedientes de pacientes de la consulta externa de reumatología, con diagnóstico confirmado de EPI-AR del HRGIZ de enero del 2020 a enero del 2025 (**Tabla 1**); se describió la frecuencia de los factores de riesgo: tabaquismo, positividad a los anticuerpos antipeptido cíclico citrulinados (anti-CCP) o factor reumatoide (FR), sexo masculino, tiempo de evolución de la enfermedad, actividad moderada o alta de la enfermedad y edad > 55 años (**Figura 1**).

Resultados: Se revisaron 701 expedientes de pacientes con AR y 21 pacientes con EPI-AR (3%) cumplieron criterios de inclusión para el estudio. La mayoría de los casos de EPI-AR ocurrió en mujeres (85,7%). El tabaquismo no fue prevalente en la población de estudio y sólo el 4,78% de los pacientes presentó un consumo de tabaco mayor de 30 cajetillas/año. Todos los pacientes con EPI-AR tuvieron edad mayor de 55 años y el 71,42% registró factor reumatoide > 90 IU/mL. Sólo el 9,52% de los pacientes contó con resultados de anti-CCP, los cuales tuvieron valores elevados, con media de 1 427,5 UI/mL. Respecto de la actividad de la enfermedad, el 85,7% de los pacientes registró actividad moderada o alta al

Figura 1. Factores de riesgo de EPI-AR en pacientes de la consulta externa de reumatología del HRGIZ en el periodo 2022-2024. (CG091)

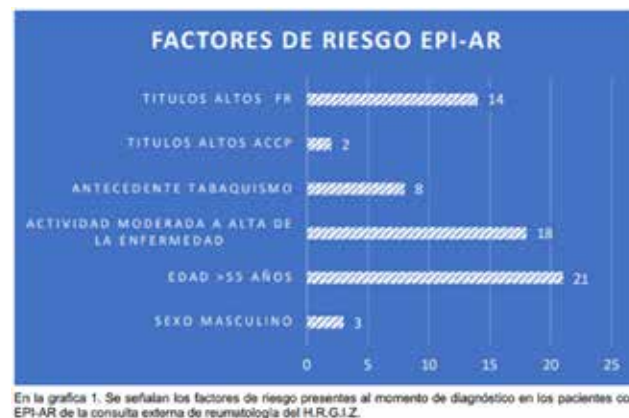


Tabla 1. Características demográficas de los pacientes con artritis reumatoide de la consulta externa de reumatología del HRGIZ en el periodo 2022-2024. (CG091)

Edad (años)		Sexo		Edad de Dx de AR (años)	Edad de Dx de EPI (años)	Número de años desde Dx AR	Patrón TACAR	NINE	DM2	HAS	EPOC
		F	M			y Dx. EPI	NIU				
N		18	3				11	10	7	8	1
DE (±)	6,7			10,48	6,6	13,3					
Porcentaje		85,7	14,2				52,3	47,6	33,3	38,0	4,7
Media	68			59	67	8					
V. mín	54			35	53	-2					
V. máx	86			76	84	42					

N, número de folios en que se encontró registrada la variable. Para el análisis de la edad y el sexo, se tomó N como el número de pacientes. DE, desviación estándar; V. máx, valor máximo encontrado de la variable; V. mín, valor mínimo encontrado de la variable; F, sexo femenino; M, sexo masculino; Dx, diagnóstico; TACAR, tomografía axial computarizada de alta resolución; NIU, patrón de neumonía intersticial usual; NINE, patrón de neumonía intersticial no específico; DM2, diabetes tipo 2; HAS, hipertensión arterial sistémica; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

diagnóstico de EPI-AR, y sólo el 14,2% de la muestra se encontraba con baja actividad o en remisión. El tiempo promedio desde el diagnóstico de AR hasta el diagnóstico de EPI fue de ocho años. La frecuencia de neumatía intersticial con patrón usual (NIU) fue de 52,4% y la de patrón no específico (NINE) de 47,6%, sin documentar relación estadísticamente significativa con algún factor de riesgo (edad, tiempo de evolución, tabaquismo, valores del factor reumatoide) para la presentación de uno u otro patrón tomográfico. En cuanto al tratamiento, el 89,47% tenía antecedente de uso de metotrexato y el 52,38% de fármacos modificadores de la enfermedad biológicos. Se notificó la muerte de un paciente (4,76%) secundaria a complicaciones infecciosas (micosis pulmonar).

Conclusiones: En este estudio no se encontró predominio de afectación en hombres ni frecuencia elevada de tabaquismo, lo que debe investigarse en series más grandes para corroborar una posible relación de EPI-AR sin influencia de dichos factores en este grupo étnico. En el estudio, la frecuencia de NIU y NINE fueron similares (52 y 47%, respectivamente). Asimismo, no se demostró vinculación de algún factor de riesgo específico para la presentación de patrón tomográfico de NIU o NINE. En este estudio, los factores como tiempo de evolución de la enfermedad, alta actividad de la enfermedad y títulos incrementados del factor reumatoide y ACPA fueron frecuentes entre los pacientes con EPI-AR.

Bibliografía

- Hackner K, Hütter L, Flick H, *et al.* Screening for rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease—a Delphi-based consensus statement. *Zeitschrift Für Rheumatologie*. 2024;83(2):160-168.
- Zhang M, Yin J, Zhang X. Factors associated with interstitial lung disease in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2023;18(6):e0286191.

CG092

IMPACTO ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

N.A. Nieto-Guerrero, J.P. González-Morales, M.F. Moguel-Ehuan, A.G. Pérez-Gómez, V. Cantú-Martínez, A.C. Bardán-Incháustegui, G. García-Arellano, M.A. Villarreal-Alarcón, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) se relaciona con el uso de polifarmacia y consume una cantidad significativa de recursos de salud, con un efecto económico en los pacientes y sus familias.

Objetivo: Determinar el efecto del gasto mensual en medicamentos sobre los ingresos de los pacientes con ES en un hospital de tercer nivel en México y su efecto en la obtención del tratamiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo entre 2024 y 2025 en la consulta ambulatoria de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, México. Se incluyó a todos los pacientes a partir de los 16 años con diagnóstico de ES de acuerdo con los criterios de clasificación de EULAR/ACR 2013. Una trabajadora social determinó los ingresos mensuales a través de una evaluación económica vía telefónica. Para este estudio se consideró un total de 82 medicamentos usados en ES, síntomas y comorbilidades. Se obtuvieron los costos promedio de estos fármacos en comparación con los precios en tres farmacias locales. Los precios e ingresos se registraron en dólares estadounidenses (USD), tras considerar que un dólar equivalía a 18,58 pesos mexicanos. Se efectuó un análisis descriptivo con las medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas.

Resultados: Se analizaron las prescripciones más recientes de 60 pacientes ambulatorios con diagnóstico de ES entre 2024 y 2025, con un promedio de 6,41 medicamentos por paciente. El 62% (37) usa al menos un FARME sintético: el 55% (33) sólo uno y el 7% (4) dos. El 70% (42) de los pacientes tiene polifarmacia, considerada ésta como el uso de ≥ 5 medicamentos simultáneos. El 65% (39 pacientes) consume un inmunosupresor. Del total de la muestra, 27 pacientes contestaron la evaluación económica y se concluyó que las familias ganan un promedio de USD 404,03 por mes, en un intervalo desde USD 0,0 hasta USD 1 345,53. El promedio de costo mensual de fármacos fue de USD 119,11, con un intervalo de 40,41 a USD 283,47. Aproximadamente, un 29,48% del ingreso familiar mensual total de los pacientes se destina sólo a medicamentos de ES. El 44% (12) de los pacientes dejó de comprar al menos un medicamento debido a los precios.

Conclusiones: Casi un tercio del ingreso familiar mensual total de los pacientes se destina tan sólo a fármacos de ES, sin incluir consultas, tratamientos, hospitalizaciones y otros gastos médicos. Cerca de la mitad de los pacientes excluye al menos un medicamento de su tratamiento debido a los costos.

Bibliografía

Calderón LM, Chaudhary M, Pope JE. Healthcare utilization and economic burden in systemic sclerosis: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*. 2022;61(8):3123-31. doi:10.1093/rheumatology/keab847.

CG093

EVALUACIÓN DE TRATAMIENTO ADJUNTO CON iSGLT2 EN EL MANEJO DE NEFRITIS LÚPICA

J.C. Ramírez-Sánchez, D. Ordaz-Macías, B. García-Briones, C. Abud-Mendoza, R. Ortiz-Hernández, P. Morales-Sosa, L.F. Martínez-De la Hoya, A.T. Campa-Ferrusca, J.E. Molar-López, R. Gallegos-López, E. Santillán-Guerrero, G. Aguilera Barragán-Pickens, E. Cuevas-Orta, D.A. Herrera-Van Oostdam

Hospital Central Ignacio Morones, SLP

Introducción: La nefritis lúpica ocurre en 33 a 55% durante los primeros cinco años y el 30% de estos casos evoluciona a enfermedad renal crónica a 10 años. La evaluación de la respuesta renal se establece con recomendaciones del EULAR/ERA-EDTA 2019, en las que la respuesta es de 27 a 66%. La proteinuria $\leq 0,5$ g/día se considera un factor independiente de buena respuesta. Los inhibidores de SGLT2 en estudios pequeños de pacientes con nefritis lúpica han demostrado reducir significativamente la proteinuria y estabilizar la tasa de filtración glomerular, además de disminuir el uso de esteroides en 30%.

Objetivo: Describir la respuesta renal medida por proteinuria de 24 horas en pacientes con nefritis lúpica, con tratamiento estándar e inicio de iSGLT2 atendidos en este centro.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional. Inclusión: individuos mayores de 18 años, determinación de proteínas en orina de 24 horas, serología para LES (ANA, anti-DNAs, valores de complemento), biopsia renal con clasificación ISN/RPS 2003, uso de inmunosupresores (ciclofosfamida, inhibidores de calcineurina, análogos de ácido micofenólico), e inicio de inhibidores SGLT2.

Resultados: Se incluyó a 19 pacientes, con mediana de edad de 28 años (RIQ ± 14), con 17 mujeres (89,4%). El 47,4% tenía hipertensión arterial y 26,3% obesidad. El tiempo de evolución de nefritis lúpica fue de 24 meses (RIQ ± 19). La respuesta renal completa se presentó en 63,2%, la respuesta parcial en 26,3%, 10,5% sin respuesta renal y con una mediana de 24 meses (Tabla 1). El comportamiento de la proteinuria fue el siguiente: mediana inicial de 0,78 g/día (RIQ $\pm 2,7$), a tres meses de 2,8 (RIQ $\pm 3,9$), a seis meses de 1,11 (RIQ $\pm 1,65$), a 12 meses de 1,3 (RIQ $\pm 2,04$) y a 24 meses de 0,5 (RIQ $\pm 1,18$). Al analizar la respuesta completa, la proteinuria basal fue de 2,87 (RIQ $\pm 2,6$); la remisión completa en general se alcanzó a 12 meses con valores $\leq 0,5$ g/día, que disminuyó tras 24 meses a $\leq 0,38$ g/día. El tipo de nefritis más frecuente fue la clase IV en 47%, de los cuales 41% logró respuesta completa y 2/9 pacientes no registraron respuesta.

Tabla 1. (CG093)

Variable	Total	Respuesta completa	Respuesta parcial
Edad, mediana (RIQ)	28 (14)	25 (12,3)	36 (56)
Sexo femenino, n (%)	17 (89,4)	10 (83,3)	5 (26,3)
Hipertensión, n (%)	9 (47,4)	6 (50,0)	2 (40)
Obesidad, n (%)	5 (26,3)	2 (16,7)	2 (40)
Tiempo de evolución en meses			
LES, mediana (RIQ)	36 (54)	35 (48)	96 (52)
NL, mediana (RIQ)	24 (19)	24 (22,5)	24 (20)
Valores de creatinina sérica (mg/dL)			
Basal, mediana (RIQ)	0,78 (0,41)	0,74 (0,26)	1 (2,8)
24 meses, mediana (RIQ)	0,6 (0,25)	0,6 (0,25)	0,7 (1,9)
Proteinuria de 24 h (g/dL)			
Basal, mediana (RIQ)	3,5 (2,7)	2,87 (2,6)	3,5 (1,5)
3 meses, mediana (RIQ)	2,8 (3,9)	1,39 (2,0)	2,8 (3,6)
6 meses, mediana (RIQ)	1,11 (1,65)	0,73 (1,66)	1,16 (0,22)
12 meses, mediana (RIQ)	1,3 (2,04)	0,50 (1,55)	1,7 (0,4)
24 meses, mediana (RIQ)	0,5 (1,18)	0,38 (0,2)	0,74 (0,07)
Clase histológica ISN/RPS2003			
II, n (%)	2 (10,5)	2 (16,7)	0
III, III+V, n (%)	5 (26,3)	2 (16,7)	2 (40)
IV, IV+V, n (%)	9 (47,4)	5 (41,7)	2 (40)
V, n (%)	4 (15,8)	3 (25,0)	1 (20)
Índice de actividad, mediana (RIQ)	9 (7)	7 (6)	12 (3)
Índice de cronicidad, mediana (RIQ)	4 (4)	1 (4)	4 (1)
Esquema terapéutico			
IECA, n (%)	10 (52,6)	7 (58,3)	2 (40)
ARA2, n (%)	9 (47,4)	5 (41,7)	3 (60)

Estatina, n (%)	19 (100)	12 (100)	5 (100)
Prednisona, n (%)	19 (100)	12 (100)	5 (100)
Dosis prednisona inicial, mediana (RIQ)	40 mg (13)	42,5 mg (16)	40 mg (10)
Ciclofosfamida, n (%)	15 (78,9)	9 (75)	4 (80)
Micofenolato, n (%)	19 (100)	12 (100)	5 (100)
Rituximab, n (%)	10 (52,6)	7 (58,3)	2 (40)

Conclusiones: Lo observado en este informe de casos demuestra tasas de respuesta globales con 63%; los pacientes que se expusieron a un esquema completo con 3 g de ciclofosfamida mostraron la mayor tasa de respuesta completa. En la nefritis lúpica, los iSGLT2 deben usarse en combinación con inmunosupresión y ARA-II/IECA.

Bibliografía

- Lee YH, Song GG. Mortality in patients with systemic lupus erythematosus: A meta-analysis of overall and cause-specific effects. *Lupus*. 2024;33(9):929-937. doi: 10.1177/09612033241257134. Epub 2024 May 21. PMID: 38769901.
- Gasparotto M, Gatto M, Binda V, *et al.* Lupus nephritis: clinical presentations and outcomes in the 21st century. *Rheumatology (Oxford)*. 2020;59(Suppl5):v39-v51.
- Longhitano E, Calabrese V, Casuscelli C, *et al.* Proteinuria and progression of renal damage: the main pathogenetic mechanisms and pharmacological approach. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60(11):1821. doi: 10.3390/medicina60111821. PMID: 39597006; PMCID: PMC11596299.
- 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* [Internet]. 2022;8(2):e002686. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/rmdopen-2022-002686>.
- Wagner BR, Rao PS. Sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors: are they ready for prime time in the management of lupus nephritis? *Curr Opin Rheumatol* [Internet]. 2024;36(3):163-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/BOR.0000000000001002>.

CG094

PREVALENCIA DE HIPERMOVILIDAD ARTICULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN REMISIÓN

C.V. Elizondo-Solís, M.A. Garza-Elizondo

Centro Médico Zambrano Hellion TecSalud

Introducción: La hipermovilidad articular, incluidos el síndrome de Ehlers-Danlos hiper móvil (SEDH) y los trastornos del espectro de hipermovilidad (TEH), puede coexistir con diversas enfermedades reumáticas y contribuir a la persistencia del dolor, incluso en etapas de remisión clínica. Su identificación es relevante para orientar un tratamiento integral y reducir la discapacidad funcional relacionada.

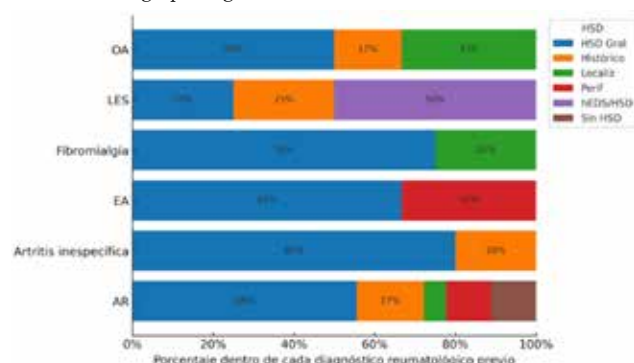
Objetivo: Determinar la prevalencia de hipermovilidad articular en pacientes con enfermedades reumáticas en remisión o controladas que presentan dolor articular persistente.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes con enfermedades reumáticas en remisión clínica o control clínico, pero con dolor articular persistente, atendidos en la consulta de reumatología del Centro Médico Zambrano Hellion entre noviembre de 2024 y agosto de 2025. Los pacientes fueron referidos a la clínica de hipermovilidad de la misma institución, donde se evaluaron con los criterios diagnósticos de SEDH/TEH de 2017.

Resultados: Se incluyó a 50 pacientes: artritis reumatoide (AR) 18, espondiloartritis (EA) 9, fibromialgia 8, osteoartritis (OA) 6, artritis inespecífica 5 y lupus eritematoso sistémico (LES) 4. La presentación más frecuente fue TEH generalizada, observada en AR (55,6%), artritis inespecífica (80,0%), EA (66,7%), fibromialgia (75,0%) y OA (50,0%). En LES, la distribución fue SEDH/TEH (50,0%), TEH histórico (25,0%) y TEH generalizado (25,0%). El TEH periférico se presentó principalmente en EA (33,3%) y en

menor proporción en AR (11,1%), mientras que el TEH localizado fue más prevalente en OA (33,3%) y fibromialgia (25,0%). Un 11,1% de los pacientes con AR no presentó datos de hipermovilidad articular (**Figura 1**).

Figura 1. Distribución de subtipos de TEH según el diagnóstico reumatológico. Gráfica de barras apiladas que muestra la distribución porcentual de los distintos subtipos TEH dentro de cada diagnóstico reumatológico. Se incluyen los subtipos: TEH generalizado, histórico, localizado, periférico, SEDH/TEH y sin TEH. La proporción se expresa como porcentaje dentro de cada grupo diagnóstico. (CG094)



Conclusiones: La hipermovilidad articular fue altamente prevalente en pacientes con enfermedades reumáticas en remisión que mantienen dolor persistente, con predominio del TEH de forma generalizada en gran parte de los diagnósticos. Estos hallazgos sugieren que la hipermovilidad articular contribuye al dolor residual en este grupo de pacientes y resalta la importancia de su identificación sistemática en la práctica reumatológica para favorecer un abordaje terapéutico más integral.

Bibliografía

- Rodgers KR, Gui J, Dinulos MB, *et al.* Ehlers-Danlos syndrome hypermobility type is associated with rheumatic diseases. *Sci Rep.* 2017;7:39636. doi:10.1038/srep39636. PMID: 28051109; PMCID: PMC5209734.
- Alsiri N, Alhadhoud M, Alkatefi T, *et al.* The concomitant diagnosis of fibromyalgia and connective tissue disorders: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum.* 2023;58:152127. doi: 10.1016/j.semarthrit.2022.152127. PMID: 36462303.

CG095

INTERACCIÓN ENTRE DISLIPIDEMIA, EMBARAZO Y ENFERMEDAD REUMÁTICA: DESENLACES MATERNO-FETALES

B.R. Ávalos-García, A.M. Ortiz-Ríos, K.E. Celis-Rodríguez, D. Rodríguez-Garibay, D. Rodríguez-Rodríguez, S.M. Celaya-Lozano, N. Castañeda-Sánchez, E.A. Galindo-Calvillo, J.A. Cárdenas-De la Garza, L. Pérez-Barbosa, D.A. Galarza-Delgado, C.M. Skinner-Taylor

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas, como el lupus eritematoso sistémico (LES), la artritis reumatoide (AR) y el síndrome antifosfolípido (SAF), generan inflamación crónica que altera el metabolismo lipídico y favorece la dislipidemia. Durante el embarazo, el incremento fisiológico de triglicéridos y colesterol responde a la alta demanda energética fetal; sin embargo, en presencia de afección reumática estas modificaciones pueden exacerbarse. Dichas enfermedades se vinculan con mayor riesgo de parto prematuro, aborto espontáneo, bajo peso al nacer y otras complicaciones. La evidencia sobre el perfil lipídico en esta población es limitada, especialmente en casos con enfermedades coexistentes (LES+SAF, AR+SAF), lo que dificulta estrategias preventivas y terapéuticas personalizadas. La dislipidemia durante el embarazo en pacientes con enfermedades reumáticas requiere un enfoque integral para mejorar los resultados materno-fetales.

Objetivo: Evaluar la interacción del colesterol total y los triglicéridos en mujeres embarazadas con enfermedades reumáticas y su relación con desenlaces materno-fetales.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en mujeres embarazadas con enfermedad reumática atendidas en el hospital universitario. Se recopilaron datos sociodemográficos, clínicos y obstétricos a partir de la historia clínica: edad, diagnóstico, trimestre de ingreso, semanas de gestación, índice de masa corporal (IMC) y tratamiento farmacológico. Se determinaron valores séricos de colesterol total y triglicéridos. Los desenlaces perinatales evaluados fueron prematuridad, peso bajo o elevado para la edad gestacional y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), además de preeclampsia. Se aplicaron pruebas ANOVA para analizar diferencias en el perfil lipídico según diagnóstico y t de Student para comparar valores lipídicos entre grupos con y sin desenlaces adversos. Se consideró significancia estadística un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 40 mujeres embarazadas con enfermedades reumáticas y edad media de $28,4 \pm 7,3$ años. Los diagnósticos más frecuentes fueron AR (30%), SAF (25%) y LES (15%). El 50% inició control prenatal en el segundo trimestre, alrededor de la semana 15 de gestación. Durante el embarazo, el 47,5% presentó sobrepeso u obesidad. El valor promedio de colesterol fue de 197 mg/dL y de triglicéridos de 181 mg/dL. Las pacientes con SAF mostraron valores más altos de colesterol y triglicéridos, aunque sin significancia entre diagnósticos (**Figura 1**). Respecto de los desenlaces perinatales, la prematuridad se relacionó con concentraciones más elevadas de colesterol ($p = 0,027$). No se observaron relaciones entre el perfil lipídico y bajo/alto peso al nacer ni con RCIU. De manera relevante, las pacientes con alto riesgo obstétrico de preeclampsia presentaron niveles significativamente menores de colesterol y triglicéridos ($p = 0,002$) (**Tabla 1**).

Conclusiones: En este estudio, los valores lipídicos no variaron según fuera el diagnóstico reumático; sin embargo, el colesterol elevado se vinculó con prematuridad. La elevación del colesterol y triglicéridos podría participar en la fisiopatología de la preeclampsia, al favorecer disfunción endotelial y estrés oxidativo. La vigilancia temprana del perfil lipídico representa una

Figura 1. Valores de colesterol total (mg/dL) y triglicéridos (mg/dL) según el diagnóstico reumatológico en mujeres embarazadas. AR, artritis reumatoide; LES, lupus eritematoso sistémico; SAF, síndrome antifosfolípido; 2 o más diagnósticos = 2 o más diagnósticos reumatológicos; otras = otras enfermedades reumáticas autoinmunes; línea negra = mediana; caja = rango intercuartílico; bigotes = valores mínimo y máximo; a) ANOVA, $p = 0,542$; b) ANOVA, $p = 0,598$. (CG095)

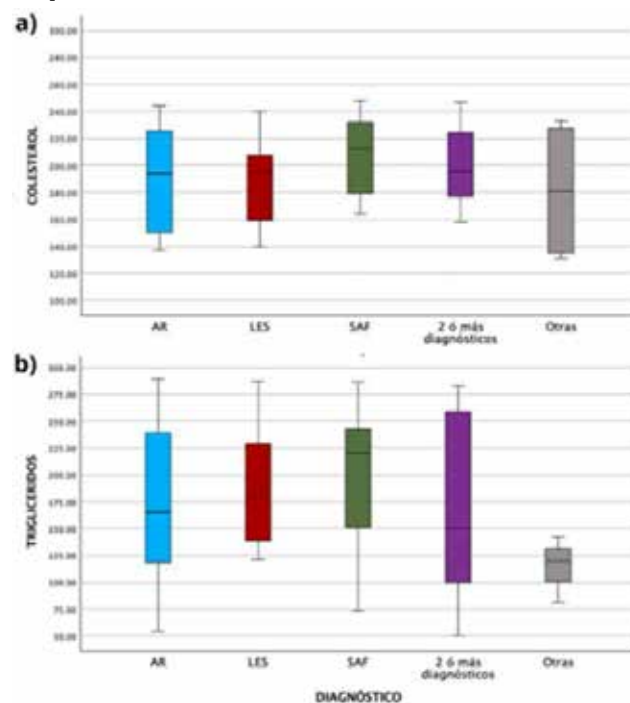


Tabla 1. Relaciones entre valores de colesterol y triglicéridos con efectos perinatales adversos. (CG095)

Resultados	Categoría	n = 40	Colesterol, mg/dL, media $\pm$ DE	p	Triglicéridos, mg/dL, media $\pm$ DE	p
Prematuridad	Sí	6	231,83 $\pm$ 60,34	0,027	221,35 $\pm$ 73,37	0,239
	No	34	191,02 $\pm$ 35,95		173,87 $\pm$ 91,82	
Peso bajo para la edad gestacional	Sí	7	197,28 $\pm$ 30,07	0,993	189,37 $\pm$ 82,45	0,791
	No	33	197,12 $\pm$ 44,70		179,22 $\pm$ 92,74	
Peso elevado para la edad gestacional	Sí	1	210	0,762	283	0,257
	No	39	196,82 $\pm$ 42,67		178 $\pm$ 89,73	
Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)	Sí	6	190,5 $\pm$ 20,5	0,681	172,85 $\pm$ 91,06	0,814
	No	34	198,32 $\pm$ 45		182,43 $\pm$ 91,24	
Riesgo alto de preeclampsia*	Sí	7	168,42 $\pm$ 17,40	0,002	132,11 $\pm$ 53,43	.037
	No	33	203,24 $\pm$ 43,49		191,36 $\pm$ 93,41	

DE, desviación estándar. Se realizaron pruebas t de Student independientes para cada desenlace.

*Se consideró la variable como riesgo alto de preeclampsia, ya que las pacientes estaban en control y con tratamiento y no hubo preeclampsia en estas pacientes. El riesgo se determinó con base en la calculadora de riesgo obstétrico.

herramienta útil para la detección y prevención de complicaciones perinatales en embarazos de alto riesgo. Una mayor muestra permitiría reforzar la evidencia y precisar la relación entre dislipidemia, preeclampsia y desenlaces obstétricos. El abordaje integral de la dislipidemia en mujeres con enfermedades reumáticas debe basarse en prevención, intervención oportuna y coordinación multidisciplinaria para optimizar los resultados materno-fetales.

Bibliografía

1. Kerkar PG. Manejo de la dislipidemia en grupos especiales. Indian Heart J. 2024;76 Suppl 1(Suppl 1):S96100.
2. Tafreshian S, Salari M, Mirfeizi Z, *et al.* Estudio de cohorte sobre complicaciones del embarazo y fetales en pacientes con trastornos reumatológicos. J Obstet Gynaecol India. 2025;75(Suppl 1):28794.

CG096

PANORAMA TRANSCRIPTÓMICO E INMUNOLÓGICO DE LA PÉRDIDA RECURRENTE DEL EMBARAZO Y LA INFERTILIDAD INEXPLICADA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

D. Rodríguez-Garibay, R. Martínez-Canales, B.R. Ávalos-García, E.A. Galindo-Calvillo, A.M. Ortiz-Ríos, O.J. García-Gómez, S.F. Muñoz-Moreno, L. Pérez-Barbosa, D.A. Galarza-Delgado, C.M. Skinner-Taylor, M.C. Salinas-Carmona, N. Macías-Segura

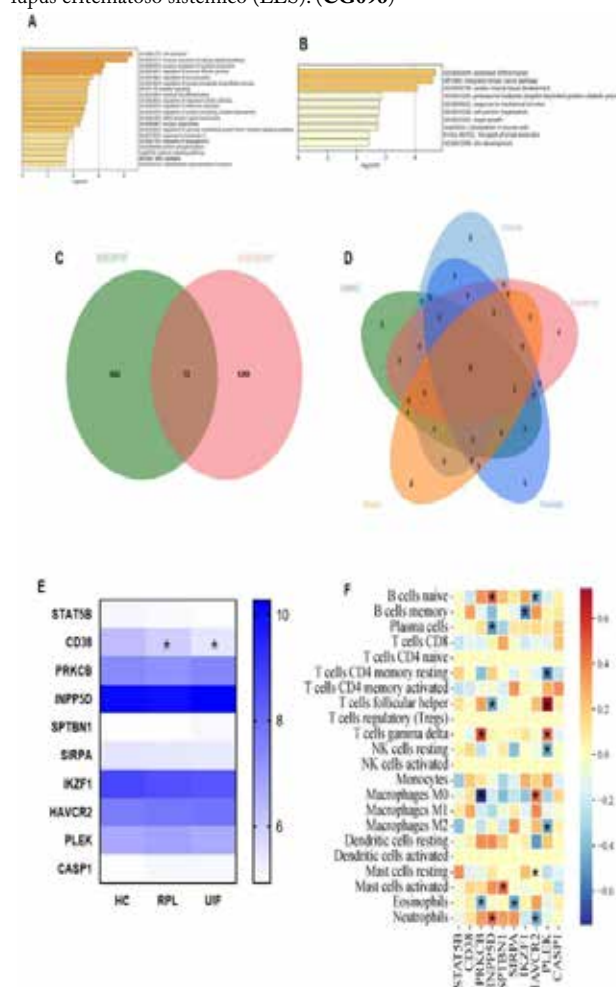
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La pérdida recurrente del embarazo (PRE) y la infertilidad inexplicada (II) representan desafíos significativos en la salud reproductiva de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). El LES causa inflamación sistémica y afecta a múltiples órganos, lo que potencialmente altera los resultados reproductivos.

Objetivo: Utilizar datos transcriptómicos para analizar la patogenia de la PRE y la II en pacientes con LES (**Figura 1**).

Material y métodos: Se descargaron los conjuntos de datos GSE185047, GSE26787 y GSE165004 del repositorio *Gene Expression Omnibus*. Los genes desregulados (DEG, por sus siglas en inglés) se identificaron mediante GEO2R, tras aplicar los siguientes criterios: tasa de descubrimiento falso (TDF) $< 0,05$, cambio de expresión $\log_2 > 1$ para genes sobreexpresados y < -1 para genes subexpresados. Se realizó un análisis de enriquecimiento con Metascape para identificar términos enriquecidos. Los DEG sobreexpresados compartidos entre los conjuntos se visualizaron mediante un diagrama de Venn. Se construyó una red de interacción génica de estos genes con Cytoscape y se identificaron los 10 principales genes nodales mediante cinco algoritmos: DMNC, Degree, Eccentricity, Stress y Radiality. La validación se efectuó en el conjunto GSE165004. El perfil inmunológico se evaluó con CIBERSORT, al analizar 22 tipos de células inmunitarias.

Figura 1. Panorama transcriptómico y de células inmunitarias en la pérdida recurrente del embarazo (PRE) y la infertilidad inexplicada (II) en el lupus eritematoso sistémico (LES). (CG096)



Resultados: Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante ANOVA de dos vías con el método *two-stage step-up* y las correlaciones entre expresión génica y proporción de células inmunes se analizaron con la prueba de Spearman.

Conclusiones: Mediante datos transcriptómicos, este estudio analizó la patogenia de la pérdida recurrente del embarazo (PRE) y la infertilidad inexplicada (II) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Se identificaron 10 genes nodales que podrían predecir riesgos reproductivos en pacientes con LES. Se observó una disminución de la expresión de CD38 dentro de los grupos con PRE e II. Las correlaciones identificadas entre los genes nodales y las proporciones de células inmunitarias infiltradas destacan su papel en los mecanismos de la enfermedad. Estos hallazgos ofrecen un marco molecular para comprender la pérdida gestacional y la infertilidad en el LES, lo que justifica su validación en estudios de cohorte longitudinales.

Bibliografía

1. Moyer A, Edens C. Impact of systemic lupus erythematosus on conception: insights into infertility, fertility preservation, assisted reproductive technology, and pregnancy outcomes. *Semin Reprod Med.* 2024;42(3):209-227.
2. Mishra S, Singh S, Ashish A, *et al.* Unveiling immune and signalling proteins in recurrent pregnancy loss: GEO2R analysis sheds light. *Comput Biol Med.* 2025;194:110535.

CG097

FRACTURAS VERTEBRALES POR EFV/DXA: DEFINICIONES DERIVADAS DE UN ENFOQUE PRAGMÁTICO

J. Morales-Torres¹, J. Romero-Ibarra¹, H. Ávila-Armengol², J. Morales-Vargas³

⁽¹⁾Hospital Aranda de la Parra, ⁽²⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara-Jalisco, ⁽³⁾Morales Vargas Centro de Investigación

Introducción: El hallazgo de una fractura vertebral (FV) indica la presencia de osteoporosis (OP). Definida como la pérdida $\geq 20\%$ de la altura de un cuerpo vertebral, se encontró en 65,8% de los asistentes (≥ 65 años) a una unidad de densitometría, por medio de la evaluación de fractura vertebral por DXA (EFV/DXA). Se analizan algunas implicaciones de estos hallazgos.

Objetivo: Precisar las características de las fracturas vertebrales por evaluación de fractura vertebral (EFV) y proponer un enfoque pragmático para su definición en la clínica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluyó a pacientes remitidos para un estudio de ODM (entre finales del 2021 y finales del 2023), a los que se les realizó un EFV/DXA por cumplir los criterios propuestos por la Posición Oficial 2023 de la *International Society for Clinical Densitometry*. Los estudios se realizaron en un dispositivo GE-Lunar, iDXA. Se presentó la frecuencia de FV definida como una pérdida de altura del cuerpo vertebral $\geq 20\%$ en uno o más áreas vertebrales y se identificó el número de vértebras afectadas, además del porcentaje de FV grados 1, 2 y 3, el porcentaje de pacientes con tres o más FV (FV múltiple), su relación con el valor de DMO y la clasificación densitométrica de la osteoporosis. Se registró con estadística simple.

Resultados: Se incluyó a 1 226 pacientes (91,9% de mujeres) con edad media de 74 ($\pm 8,5$) años, atendidos desde finales de 2021. De éstos, 807 (65,8%) tenían al menos una FV y 419 (34,2%) ninguna. Los pacientes se resumen en la **Tabla 1**. La mayoría de las fracturas fue de grado 1, pero 56% de los pacientes tuvo tres o más FV. Los niveles más afectados fueron T6 a T9 y T11 a T12. El hallazgo de osteoporosis (*T-Score* $\leq -2,5$) en columna, fémur o cuello del fémur fue significativamente más común en aquéllos con FV, aunque muchas de éstas ocurrieron en pacientes con masa ósea baja.

Discusión: La prevalencia de FV en la comunidad es de 19,2 para las mujeres y de 9,8 para los hombres (de 50 y más años) en México. Los hallazgos de este estudio superan esa cifra, pero son similares a los de otros informes. ¿Es adecuado el límite del 20% para definir la presencia de una fractura? Los distintos métodos de detección dan lugar a diferencias en la prevalencia de la FV. Aunque se ha señalado la posibilidad de sobrediagnóstico de la FV, el problema principal parece estar en su falta de identificación. Las condiciones como el acúñamiento fisiológico o degenerativo,

los traumatismos antiguos y las condiciones metabólicas y oncológicas pueden exigir otros métodos de imagen. La definición utilizada aquí es de fácil aplicación y puede resultar en una mayor detección de casos. Dado que aun los pacientes con FV de grado 1 o con cambios limitrofes presentan mayor riesgo de fracturas, debe insistirse en no dejar sin tratamiento adecuado a todos los que tienen FV múltiple o aun una sola FV definible, con estrecha vigilancia a los que muestran cambios limitrofes.

Conclusiones: La definición propuesta revela una elevada frecuencia de FV en la población estudiada y destaca la alta prevalencia de FV múltiple. Es preciso tratar a todos éstos y vigilar a aquéllos con cambios menores o limitrofes.

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos. (CG097)

	Sin fractura (n = 419)	Con fractura (n = 807)	p
Edad media*	73,2 ($\pm 8,28$)	74,82 ($\pm 8,71$)	0,0017
Estatura media*	154,1 ($\pm 10,41$)	152,1 ($\pm 8,39$)	0,0003
Peso medio*	64,67 ($\pm 13,56$)	62,84 ($\pm 11,91$)	0,0136
DMO Columna*	1,028 ($\pm 0,207$)	0,982 ($\pm 0,214$)	0,0003
DMO Fémur*	0,854 ($\pm 0,164$)	0,777 ($\pm 0,152$)	0,0001

* ($\pm$ DE)

Bibliografía

1. Morales-Torres JLA, Romero-Ibarra J, Morales-Vargas J. Aging Clin Exp Res 2024;36:P660.
2. iscd.org/learn/official-positions-2023/ Consultado 26 mayo, 2025.

CG098

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS EN MUJERES EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

D. Rodríguez-Garibay, F.R. Arévalo-Nieto, B.R. Ávalos-García, A.M. Ortiz-Ríos, M.E. Corral-Trujillo, L.U. Tapia-Aguayo, K. Carrillo-Martínez, E.A. Galindo-Calvillo, J.A. Cárdenas-De la Garza, L. Pérez-Barbosa, D.A. Galarza-Delgado, C.M. Skinner-Taylor

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven y trabajan. Estos factores (educación, nivel socioeconómico, acceso a la atención médica, nutrición, seguridad alimentaria, salud mental, apoyo familiar y exposición a la violencia) modifican la salud de la población. En mujeres embarazadas con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA), los DSS pueden influir en los resultados maternos y neonatales, y contribuir a los resultados perinatales adversos (RPA), una menor calidad de vida y una mayor vulnerabilidad a la atención médica. Sin embargo, los datos en esta población son aún limitados.

Objetivo: Describir los determinantes sociales de la salud en mujeres embarazadas con resultados adversos perinatales.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en mujeres embarazadas con ERA que acudieron a una clínica de reumatología entre 2023 y 2024. Treinta y siete pacientes completaron entrevistas estructuradas con una trabajadora social. El IMC gestacional y la calidad de la dieta se obtuvieron de las notas nutricionales. Los diagnósticos de ERA y los RPA se extrajeron de las historias clínicas. Un psicólogo evaluó la violencia doméstica mediante la escala HITS (punto de corte ≥ 5) y la ansiedad mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), que se clasificaron como bajas (< 30), moderadas (30-44) o altas (> 44). Las relaciones se analizaron mediante las pruebas t de Student y ji cuadrada.

Resultados: Se incluyó a 37 mujeres embarazadas con ERA, con una edad media de 28,97 $\pm 6,6$ años. La artritis reumatoide fue el diagnóstico más frecuente (48,6%), seguida del síndrome antifosfolípido (21,6%) y el lupus eritematoso sistémico (18,9%). La mayoría era ama de casa (56,8%), el 37,8% correspondió a casadas y el 37,8% vivía en unión libre. Se registraron resultados perinatales adversos (RPA) en 20 pacientes (54,1%). Las

complicaciones maternas incluyeron trastornos hipertensivos, alteraciones metabólicas (p. ej., anemia, diabetes) e interrupciones del embarazo por causas maternas o fetales. Las complicaciones neonatales incluyeron tres muertes perinatales y dos casos de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales. El bajo nivel socioeconómico se vinculó significativamente con resultados perinatales adversos (RPA) ($p = 0,035$), con el 70% de las mujeres afectadas en este grupo. Aquéllas con RPA mostraron tendencias hacia un IMC gestacional más bajo (25,17 *vs.* 29,21; $p = 0,085$) y un mayor tamaño del hogar (media 4,35 *vs.* 3,5; $p = 0,167$). No se encontraron relaciones significativas con la educación, los gastos de alimentación, las redes de apoyo, los servicios médicos, la violencia doméstica ni los grados de ansiedad (Tabla 1). Cabe destacar que la mayoría de las participantes experimentó grados de ansiedad moderados a altos (75,7% para rasgo, 78,4% para estado), y más de un tercio (32,4%) resultó positivo en las pruebas de detección de violencia durante el embarazo.

Tabla 1. Relaciones entre determinantes sociales de la salud y resultados perinatales adversos. (CG098)

	Total n = 37	Resultados perinatales adversos n = 20	p
Años de escolaridad, n (%)			0,769
< 9 años	14 (37,8)	8 (57,1%)	
> 9 años	23 (62,2)	12 (52,2%)	
Nivel socioeconómico, n (%)			0,035
Bajo	20 (54,1)	14 (70%)	
Medio/alto	17 (45,9)	6 (35,3%)	
Gastos en alimentos, USD, media $\pm$ DE	186 $\pm$ 106	169 $\pm$ 82 <i>vs.</i> (sin complicaciones 206 $\pm$ 128)	0,317
IMC gestacional, kg/m², media $\pm$ DE	27,02 $\pm$ 7,10	25,17 $\pm$ 6,89 <i>vs.</i> (sin complicaciones 29,21 $\pm$ 6,9)	0,085
Tamaño del hogar, mediana (RIC)	4 (2-6)	4,35 $\pm$ 1,69 <i>vs.</i> (sin complicaciones 3,5 $\pm$ 1,8)	0,167
Red de apoyo*, n (%)	32 (86,5)	18 (56,3%)	0,498
Servicios médicos*, n (%)	13 (35,1)	5 (38,5%)	0,161
Escala HITS positiva para violencia, n (%)	12 (32,4)	8 (66,7%)	0,286
Escala STAI ansiedad rasgo moderada-alta, n (%)	28 (75,7)	16 (57,1%)	0,506
Escala STAI ansiedad estado moderada-alta, n (%)	29 (78,4)	17 (58,6%)	0,289

*Se refiere a mujeres que cuentan con redes de apoyo y servicios médicos.

Conclusiones: Abordar los determinantes sociales de la salud (DSS) mediante un enfoque multidisciplinario que integra factores sociales y psicológicos es fundamental para mejorar los resultados perinatales en mujeres embarazadas con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA). El nivel socioeconómico tiene un efecto significativo en la salud materno-fetal y debe considerarse dentro del cuidado reumatológico para reducir las disparidades y mejorar los resultados generales.

Bibliografía

- Girardi G, Longo M, Bremer AA. Social determinants of health in pregnant individuals from underrepresented, understudied, and underreported populations in the United States. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):186.
- Otero-Puime A, Zunzunegui MV. Determinantes sociales de la salud. En: Zurro AM, Jodar Solá G, editores. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2011:151-168.

- Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, *et al.* 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019.

CG099

EFFECTO CRONOTERAPÉUTICO DE CLOROQUINA SOBRE MARCADORES DE FUNCIÓN RENAL EN UN MODELO MURINO DE LUPUS INDUCIDO POR PRISTANE

E.A. Martínez-García, R.E. Flores-Manzo, M. Vázquez-Del Mercado, D.A. Madrigal-Ruiz, B.T. Martín-Márquez, O. Pizano-Martínez, M.G. Ramírez-Dueñas, P.E. Sánchez-Hernández, I.V. Reyes-Pérez, F. Sandoval-García, M. Salazar-Páramo

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune caracterizada por la producción de autoanticuerpos y puede relacionarse con compromiso renal. La actividad inmunológica muestra oscilaciones circadianas, lo que sugiere que el momento de administración de un fármaco puede modificar sus efectos. La cloroquina, utilizada en el lupus por su acción inmunomoduladora y administrada de manera circadiana en la malaria, representa un fármaco idóneo para evaluar esta influencia en la autoinmunidad.

Objetivo: Analizar el efecto cronoterapéutico de la cloroquina sobre marcadores bioquímicos urinarios en un modelo murino de lupus inducido por pristane.

Material y métodos: Se incluyó a ocho grupos de ratones hembra BALB/c ($n = 8$ por grupo), con una edad de ocho semanas: vehículo (cloruro de sodio al 0,9%) en ZT0 (6:00 am) y ZT12 (6:00 pm) (grupos 1 y 2, respectivamente), pristane en ZT0 y ZT12 (grupos 3 y 4, respectivamente), cloroquina en ZT0 y ZT12 (grupos 5 y 6, respectivamente), y pristane + cloroquina en ZT0 y ZT12 (grupos 7 y 8, respectivamente). El lupus murino se indujo con pristane (0,5 mL, IP) a las ocho semanas de edad y la cloroquina se administró por vía oral (30 mg/kg) cada 48 h durante 12 semanas. Se evaluaron los títulos anti-dsDNA, creatinina y albúmina urinaria, razón albúmina/creatinina (RAC) y hallazgos histopatológicos renales. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: En el grupo de cloroquina en ZT12 se observó un incremento significativo de la creatinina urinaria (27,02 mg/dL *vs.* ZT0 (17,83 mg/dL), $p = 0,0218$). En contraste, el grupo pristane + cloroquina en ZT12 mostró una disminución (14,24 mg/dL *vs.* ZT0 (21,34 mg/dL), $p = 0,04$). Por otro lado, al comparar los valores de albúmina urinaria entre los grupos de estudio, no se observaron resultados estadísticamente significativos, pero sí una tendencia a valores más altos en el grupo de cloroquina en ZT12 *vs.* ZT0, $p = 0,08$. Adicionalmente, se identificó una reducción significativa de la RAC en el grupo pristane + cloroquina en ZT12 (172 mg/g) *vs.* ZT0 (867,1 mg/g), $p = 0,0003$. En relación con los valores de anti-dsDNA, no se observaron diferencias significativas entre ZT0 y ZT12, salvo una tendencia entre el grupo de pristane en ZT0 y pristane + cloroquina en ZT12, $p = 0,08$. No obstante, en el grupo pristane + cloroquina en ZT12, los valores de anti-dsDNA aumentaron significativamente a las 28 semanas de edad (45,20 kU/mL *vs.* 16 semanas (23,70 kU/mL), $p = 0,0047$, lo cual no se observó en ZT0. En el análisis histológico renal se observó una tendencia hacia una mayor inflamación intersticial en el grupo pristane + cloroquina en ZT12 *vs.* ZT0, $p = 0,07$. Finalmente, en ZT12, la hiperplasia mesangial > 50% se observó en el 12,5% del grupo de pristane, así como en el grupo de cloroquina, y en un 100% del grupo pristane + cloroquina. Esta diferencia fue estadísticamente significativa al comparar pristane + cloroquina *vs.* pristane, $p = 0,0014$ y con el grupo de cloroquina, $p = 0,0014$.

Conclusiones: La creatinina se modificó de forma dependiente de cloroquina y estos cambios no se reflejaron en la histología, ya que en ZT12 predominó un mayor daño renal. Además, en el grupo pristane + cloroquina en ZT12 se observó un aumento de anti-dsDNA entre las semanas 16 y 28, sin que la cloroquina modificara este efecto. Hasta donde saben los autores, éste es el primer estudio que evalúa el efecto cronoterapéutico de la cloroquina en el modelo murino de lupus y destaca la relevancia de la cronoterapia en autoinmunidad.

Bibliografía

1. Martínez-García EA, Zavala-Cerna MG, Lujano-Benítez AV, *et al.* Potential chronotherapeutic optimization of antimalarials in systemic lupus erythematosus: Is toll-like receptor 9 expression dependent on the circadian cycle in humans? *Front Immunol.* 2018;9:1497.
2. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, *et al.* 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 2019.

CG100

DOLOR NOCIPLÁSTICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA FRAY ANTONIO ALCALDE

J.L. Sánchez-Reynoso, A.E. Rivas-Jáuregui, F.A. Chávez-Ramírez, J.F. Uribe-Martínez, S. Cerpa-Cruz, A.J. Mendoza-Navarro, C.I. Mendoza-Navarro, V. González-Díaz, G.E. Martínez-Bonilla, M.E. Ventura-Valenzuela, I. Avilés-Lizárraga, D. Deossa-Piedrahita, A.K. Del Ángel-Aranda, C.A. Trujillo-Hernández, A.C. Macías

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El dolor nociplástico se define como aquel originado por una alteración en el procesamiento nociceptivo en ausencia de daño tisular o lesión estructural del sistema somatosensorial que lo explique. A nivel mundial se calcula que entre el 5% y el 15% de la población padece dolor nociplástico. La fibromialgia representa la alteración prototípica de este tipo de dolor. En México, el dolor nociplástico constituye un desafío emergente para el diagnóstico y tratamiento, ya que su reconocimiento clínico es todavía limitado.

Objetivo: Determinar la prevalencia del dolor nociplástico en pacientes que acuden a la consulta externa de reumatología, mediante la herramienta diagnóstica *Nociplastic-based fibromyalgia features*.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en la consulta externa de reumatología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde entre julio y agosto de 2025. Se aplicó una encuesta con datos sociodemográficos, diagnósticos reumatológicos y escalas clínicas. La fibromialgia se evaluó mediante los criterios ACR 2016 (*Widespread pain index* y *Symptom severity scale*). El dolor nociplástico se definió con el cuestionario *Nociplastic-based fibromyalgia features* (NFF), compuesto por siete reactivos con punto de corte ≥ 4 según la validación original (sensibilidad de 82,5% y especificidad de 91,5%). Se incluyó a todos los pacientes atendidos en el periodo de estudio. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y las cuantitativas como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. La relación entre variables categóricas se analizó mediante ji cuadrada o prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se analizó a 453 pacientes atendidos en la consulta externa de reumatología. La mayoría correspondió a diagnósticos de artritis reumatoide (29,3%), lupus eritematoso sistémico (14,8%), osteoartritis (14,3%) y pacientes en primera consulta de reumatología (12,4%). Se identificó fibromialgia en el 5,7% como diagnóstico principal previo. Al aplicar los criterios ACR 2016, la prevalencia de fibromialgia fue de 24,5% ($n = 111$). Con el cuestionario NFF y un punto de corte ≥ 4 , el 50,6% ($n = 229$) del total de los pacientes se clasificó con dolor nociplástico. La frecuencia del dolor nociplástico fue mayor en pacientes con diagnóstico previo de fibromialgia (84,6%), espondiloartritis (68,8%), pacientes en primera consulta (58,9%), artritis reumatoide (51,1%) y lupus eritematoso sistémico (47,7%). Por otra parte, fue menos frecuente en la gota (30,8%), síndrome antifosfolipídico (16,7%) y otras enfermedades reumatológicas de menor frecuencia. Entre los pacientes clasificados con fibromialgia por criterios ACR 2016 ($n = 111$), el 89,2% ($n = 99$) sufrió dolor nociplástico según la escala NFF, en contraste con 38,0% ($n = 130$) de aquellos sin fibromialgia ($n = 342$). La relación entre fibromialgia y dolor nociplástico fue significativa ($\chi^2 = 87,8$, $gl = 1$, $p < 0,001$).

Conclusiones: El dolor nociplástico se identificó en la mitad de los pacientes, con prevalencias altas en fibromialgia, espondiloartritis, artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico. La detección mediante el cuestionario NFF permitió evidenciar un subdiagnóstico de dolor nociplástico. Estos hallazgos subrayan la importancia de incorporar la evaluación del dolor nociplástico en la práctica clínica reumatológica.

Bibliografía

1. Kosek E, Cohen M, Baron R, *et al.* Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain.* 2016;157(7):1382-6.
2. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, *et al.* Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet.* 2021;397(10289):2098-110.
3. Ghavidel-Parsa B, Bidari A, Atrkarroushan Z, *et al.* Implication of the nociceptive features for clinical diagnosis of fibromyalgia: development of the preliminary nociceptive-based fibromyalgia features (NFF) tool. *ACR Open Rheumatol.* 2022;4(3):260-8.

CG101

FATIGA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE SUEÑO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J.A. Álvarez-Meza, K.Y. Ramos-Reza, I. Palacios-Obregón, F.A. Marín-Muñoz, M.E. Corral-Trujillo, F. Humphrey-Escamilla, L.P. Gallegos-García, A.C. Dávila-Herrada, S.S. Heredia-González, A.A. Treviño-Arreola, V. Márquez-Alvarado, I.J. Hernández-Galarza, J.A. Cárdenas-De la Garza, M.A. Villarreal-Alarcón, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad sistémica autoinmune que puede afectar a múltiples órganos y se acompaña de comorbilidades heterogéneas y complicaciones; las comorbilidades psiquiátricas como depresión y ansiedad tienen la prevalencia más alta en pacientes con LES.

Objetivo: Comparar las variables sociodemográficas y la prevalencia de ansiedad, depresión, fatiga y alteraciones del sueño entre pacientes con LES y un grupo control.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y observacional en la consulta externa del servicio de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León, de junio a noviembre de 2025. Los pacientes fueron mayores de 18 años con un diagnóstico de LES de acuerdo con los criterios EULAR/ACR 2019 y pacientes sin enfermedades reumáticas como controles. Las escalas utilizadas se muestran en la **Figura 1**.

Figura 1. Escalas utilizadas: descripción y puntos de corte: HADS (ansiedad/depresión), FACIT-F (fatiga) y escala de Pittsburgh de calidad de sueño. (CG101)



Resultados: Se incluyó a 90 pacientes: 48,8% con LES y 51% como grupo control. La edad media difería significativamente ($p < 0,001$) entre los grupos: $38,86 \pm 2,28$ en el grupo de LES *vs.* $51,8 \pm 2,04$ en los controles (**Tabla 1**). Todas las comorbilidades estudiadas eran más prevalentes en los controles, pero no estadísticamente significativas, excepto por la DM2 ($p < 0,024$). Las puntuaciones de síntomas de ansiedad y depresión fueron estadísticamente significativas y mostraron medias de 6 (RIC 5) *vs.* 3 (RIC 6) para ansiedad y 4 (RIC 6) *vs.* 3 (RIC 4) para depresión; la presencia de síntomas leves y graves para ambos fue más frecuente en el grupo control. Los síntomas de fatiga (27,3 *vs.* 23,9%) y los pacientes con mal sueño (50 *vs.* 43,5%) fueron similares en ambos grupos.

Tabla 1. Parámetros clínicos, sociodemográficos y escalas para evaluación de depresión, ansiedad, fatiga y calidad de sueño, entre pacientes con LES y controles. (CG101)

	LES n = 44	Controles n = 46	p
Edad, media $\pm$ DE	36,86 $\pm$ 2,28	51,8 $\pm$ 2,04	< 0,001
IMC, media (RIC)	26,7 (12)	30,85 (9)	101
Género, (%)			
Femenino	43 (97,7)	45 (97,8)	1,00
Masculino	1 (2,3)	1 (2,2)	
Estado civil, n (%)			0,211
Con cónyuge	21 (47,7)	28 (60,9)	
Sin cónyuge	23 (52,3)	18 (39,1)	
Ocupación, n (%)			0,787
Empleado	16 (36,4)	18 (39,1)	
Desempleado	28 (63,6)	28 (60,9)	
Nivel educativo, n (%)			1,00
Educación básica	22 (50)	22 (50)	
Educación superior	22 (50)	22 (50)	
Comorbilidades			
Obesidad	18 (43,1)	27 (58,7)	0,141 0,024
DM2	3 (6,8)	11 (23,9)	0,711 0,367
Hipertensión arterial	10 (22,7)	12 (26,1)	
Hipotiroidismo	8 (18,2)	12 (26,1)	
FACIT-F			
Puntuación total, mediana (RIC)	43 (19)	39 (14)	0,300
Fatiga, n %	12 (27,3)	11 (23,9)	0,715
HADS-depresión			
Puntuación, mediana (RIC)	1 (4)	4 (6)	0,115 0,736
Síntomas leves, n (%)	3 (6,8)	5 (10,9)	
Síntomas graves, n (%)	4 (9,1)	3 (6,5)	
PSQI-calidad de sueño			
Puntuación, mediana (RIC)	5,5 (5)	5 (6)	0,929 0,535
Síntomas leves, n (%)	22 (50)	26 (56,5)	
Síntomas graves, n (%)	22 (50)	20 (43,5)	

LES, lupus eritematoso sistémico; DE, desviación estándar; IMC, índice de masa corporal; RIQ, rango intercuartílico; DM2: diabetes mellitus tipo 2.

Conclusiones: Los pacientes con LES, comparados con el grupo control aún manifiestan síntomas de fatiga, ansiedad y depresión, pero principalmente mala calidad de sueño. Una evaluación completa de todos estos factores debe ser parte de la atención integral de un paciente con LES para una mejor calidad de vida.

Bibliografía

Monahan RC, Beaart-van de Voorde LJJ, Eikenboom J, *et al.* Fatigue in patients with systemic lupus erythematosus and neuropsychiatric symptoms is associated with anxiety and depression rather than inflammatory disease activity. *Lupus*. 2021;30(7):1124-32.

CG102

RELACIÓN DE LA FATIGA CON EL GRADO DE ACTIVIDAD ARTICULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

G. Sánchez-Bringas¹, E. Cruz-Arenas², K. Nieto-Martínez¹, R.E Barbo-sa-Cobos³, A.S. Vargas-Avilés³, C. Hernández-Díaz³

⁽¹⁾Departamento de Embriología y Genética, Facultad de Medicina, UNAM, ⁽²⁾Unidad de Vigilancia Epidemiológica, UVEH, Instituto Nacional de Rehabilitación LGII, ⁽³⁾Hospital Juárez de México

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica, caracterizada por afectación articular, dolor y síntomas generales como fatiga, la cual no es directamente proporcional al grado de actividad ya que se ha identificado en pacientes en remisión. A pesar de los tratamientos, los síntomas como fatiga, mala calidad del sueño o alteraciones del estado de ánimo pueden estar relacionados con la percepción de incremento de la actividad de la enfermedad.

Objetivo: Evaluar la relación de la fatiga con el grado de actividad articular determinado por DAS-28 y ultrasonido en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Estudio transversal analítico. Se determinó el perfil clínico y ultrasonográfico. Se utilizó el Cuestionario de evaluación funcional de la terapia para enfermedades crónicas (FACIT-F) para evaluar la fatiga relacionada con la AR; y DAS-28 y ultrasonido para la actividad de la enfermedad. Se incluyó a mujeres con AR diagnosticada por criterios ACR/EULAR 2010. Se obtuvieron medidas de resumen para las variables cualitativas y de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Se realizó χ^2 para la comparación de variables. Se consideró DAS-28 como variable dependiente. Las comparaciones fueron significativas con valor de $p \leq 0,05$. Se empleó en paquete estadístico STATA.

Resultados: Se incluyó a 99 participantes, con media de edad de $48,88 \pm 11,40$. La principal comorbilidad fue la hipertensión arterial sistémica (25,25%). El 60,98% de pacientes con fatiga leve mostró remisión, 58,33% fatiga moderada y 25% fatiga profunda, con actividad moderada de la enfermedad ($p = 0,012$) (**Tabla 1A**).

Los pacientes en remisión DAS-28 mostraron por ultrasonido inflamación en el codo en 6,17% ($p = 0,24$), rodilla en 20,73% ($p = 0,002$) y afectación en los tendones peroneos en 3,66% ($p = 0,004$) (**Tabla 1B**).

Tabla 1A. Comparación del porcentaje de pacientes de acuerdo con el grado de fatiga y actividad de AR. (CG102)

FACIT-F	DAS-28				P
	Remisión	Baja actividad	Actividad moderada	Alta actividad	
Leve	60,98	41,18	16,67	40,00	0,012
Moderada	34,15	52,94	58,33	60,00	
Grave	4,88	5,88	25,00	0,00	

Tabla 1B. Articulaciones y tendones evaluados por ultrasonido en relación con DAS-28. (CG102)

Articulación/ Escala US GLOESS	DAS-28 (%)				P
	Remisión	Baja actividad	Moderada actividad	Alta actividad	
Carpo GLOESS					0,314
0	83,95	79,41	70,83	70,00	
1 16,05 20,59 29,17				30,00	
2 MCF GLOESS					
0	89,02	81,25	89,58	70,00	
1	10,98	18,75	10,42	30,00	0,266

Codo GLOESS					0,024
0	93,83	76,47	87,50	70,00	
1	6,17	23,53	12,50	30,00	
Rodilla GLOESS					0,002
0	79,27	47,06	62,50	90,00	
1	20,73	52,94	37,50	10,00	
6to compartimiento extensor					0,596
0	86,42	91,18	81,25	80,00	
1	13,58	8,82	18,75	20,00	
Tendones peroneos					0,004
0	96,34	100,00	100,00	80,00	
1	3,66	0	0	20,00	

Conclusiones: La fatiga se relaciona con enfermedades crónicas como la AR, ya que como se muestra en este estudio, a pesar de que el paciente esté en remisión de la enfermedad, puede presentar fatiga, por lo que se propone un abordaje desde una perspectiva multidimensional.

Bibliografía

- Olsen CL, Lie E, Kvien TK, *et al.* Predictors of fatigue in rheumatoid arthritis patients in remission or in a low disease activity state. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016;68(7):1043-8. doi: 10.1002/acr.22787. PMID: 26555897.
- Pope JE. Management of fatigue in rheumatoid arthritis. *RMD Open*. 2020;6(1):e001084. doi: 10.1136/rmdopen-2019-001084. PMID: 32385141; PMCID: PMC7299512.

CG103

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES REFERIDOS A LA PRECONSULTA DE REUMATOLOGÍA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Alpízar-Rodríguez, V. Rivera-Terán, A. Martínez-Villarreal, C.S. Pérez-Coronado, P. López-Ávalos, M.A. Rodríguez-Márquez, J.A. Román-Olmos, B.I. Saldivar-Oviedo, D.L. Fajardo-Reyes, G. Ferrer-Torres, L.O. Jacobo-Ramírez, D.J. Rosas-Cazárez, H. Torres-Avelar, A. Peña-Áyala

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: Las enfermedades reumáticas constituyen una de las principales causas de discapacidad en el plano mundial y afectan de manera notoria la calidad de vida. La preconsulta en reumatología permite optimizar la referencia de pacientes, la detección y la atención de enfermedades de manera oportuna.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes evaluados en la preconsulta de reumatología en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), así como determinar la concordancia diagnóstica con el médico remitente ó a

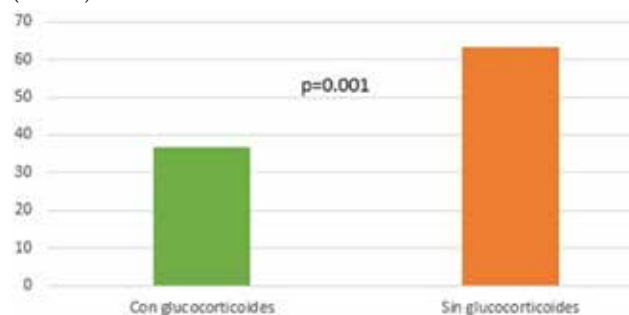
Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo. Se incluyó a pacientes atendidos en la preconsulta reumatológica entre octubre de 2023 y agosto de 2024. Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos, diagnóstico de envío, tratamiento al envío, tiempo de referencia, diagnóstico de reumatología y atención posterior en otros servicios en el INR. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Se condujeron análisis univariante y multivariante para explorar factores relacionados con presentar mejoría de la clase funcional. Se determinó porcentaje de acuerdo con kappa de Cohen entre el diagnóstico del médico remitente y el reumatólogo.

Resultados: Se incluyó a 433 pacientes, de los cuales 339 (78,3%) fueron mujeres, con una mediana de edad de 52 años (rango intercuartílico (RIC), 25-75°, 41-61). Para 286 (66,1%) pacientes era la primera consulta de reumatología. La mediana de tiempo desde la referencia

a la preconsulta fue de 24 meses (RIC, 6-67). El principal motivo de envío fue la sospecha de artritis reumatoide en 178 (41,1%), seguida de artralgias en 60 (13,9%) y sospecha de lupus eritematoso sistémico en 30 (6,9%) pacientes. Recibieron tratamiento previo con glucocorticoides 186 (42,9%) pacientes. Independientemente del diagnóstico preliminar, el 36,7% de los pacientes que recibieron glucocorticoides antes de la preconsulta mostró una mejoría en su clase funcional, en comparación con el 63,3% de aquellos que no recibieron esteroides ($p = 0,001$) (**Figura 1**). El porcentaje de acuerdo observado entre diagnóstico de envío y diagnóstico de reumatología fue de 54,27%, con kappa de 0,4568 ($p < 0,001$). Del total, 324 (74,8%) pacientes permanecieron en seguimiento en el servicio de reumatología y 177 (40,8%) tuvieron seguimiento por rehabilitación.

Conclusiones: En este centro, la mayoría de los pacientes que acuden a preconsulta de reumatología corresponde a mujeres, y la artritis reumatoide es la principal sospecha diagnóstica. Se identificó un retraso notable en la referencia, así como el uso frecuente de glucocorticoides antes de la evaluación por el especialista, lo cual se vinculó con una menor mejoría de la clase funcional. El grado de concordancia diagnóstica entre el médico referente y el reumatólogo fue moderado. Estos resultados destacan la importancia de optimizar los procesos de referencia y la detección temprana para favorecer una atención más oportuna en personas con sospecha de enfermedades reumáticas.

Figura 1. Porcentaje de pacientes con mejoría de la clase funcional. (CG103)



CG104

EXPRESIÓN DE MARCADORES DE ENTRENAMIENTO INMUNE EN LINFOCITOS T GAMMA DELTA Y CÉLULAS (NK) DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

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

⁽¹⁾Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, IPN, ⁽²⁾Centro Médico Nacional, Siglo XXI, IMSS (Pediatría), ⁽³⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽⁴⁾Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Introducción: Las espondiloartritis (EA) son un grupo de enfermedades reumáticas autoinflamatorias crónicas que comparten características genéticas y clínicas con prevalencia de 0,6% en México. Éstas se han relacionado con infecciones bacterianas y se ha notificado que un 60% de los pacientes con EA sufre inflamación intestinal, lo que podría ser un factor fisiopatológico clave de la enfermedad. Las interacciones entre la microbiota intestinal y el sistema inmunológico de los pacientes conducen a la alteración de la barrera intestinal, activación y migración anormal de células inmunes innatas como los linfocitos T $\gamma\delta$ y las células NK residentes del intestino, las cuales podrían depositarse en las articulaciones de estos pacientes. Tras considerar la relación con infecciones previas, aunado a factores potenciadores como el estrés mecánico, se pueden reconocer como sucesos clave en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad. Posiblemente estas células expresen un fenotipo de memoria entrenada que explique su respuesta inflamatoria.

Objetivo: Evaluar la expresión de marcadores relacionados con entrenamiento inmune, además de la producción de IL-17 e IL-22 en linfocitos T, T $\gamma\delta$, células NK y NKT, así como la subpoblación positiva a la integrina $\alpha 4\beta 7$ de cada población celular en sangre periférica y líquido sinovial de pacientes con EA por citometría espectral.

Material y métodos: Se evaluó la expresión de marcadores relacionados con entrenamiento inmune CD45RO, CD161, CD27, migración intestinal con $\alpha 4\beta 7$, además de la producción de IL-17 e IL-22 en linfocitos T $\alpha\beta$, T $\gamma\delta$, células NK y NKT de sangre periférica y líquido sinovial de pacientes con EA. Se realizó la inmunofenotipificación con anticuerpos específicos y se analizaron las poblaciones inmunes mediante citometría espectral y análisis computacional con el programa flowJo 10.9.

Resultados: Se incluyó a siete pacientes, con HLA-B27 (100%), tiempo de evolución ($9 \pm 7,1$ años), ASDAS-PCR ($3,4 \pm 1,7$), PCR ($19,7 \pm 9,8$), VSG ($36,8 \pm 35,5$), así como seis controles sanos. Se identificaron diferencias significativas en las frecuencias de linfocitos T $\gamma\delta$ totales productores de IL-17 ($p = 0,0453$), linfocitos T $\gamma\delta$ CD161+ ($p = < 0,0001$), linfocitos T $\gamma\delta$ $\alpha 4\beta 7$ + IL-17+ ($p = 0,0411$), linfocitos T $\gamma\delta$ $\alpha 4\beta 7$ + CD161+ ($p = < 0,0001$), linfocitos T $\gamma\delta$ $\alpha 4\beta 7$ + CD27- ($p = < 0,0260$), linfocitos T $\gamma\delta$ $\alpha 4\beta 7$ + CD45RO- ($p = < 0,0431$), T $\alpha\beta$ CD161+ ($p = < 0,0416$), NK CD161+ ($p = 0,0167$), y células NK $\alpha 4\beta 7$ + CD161+ ($p = < 0,056$). Además, con el uso combinado de herramientas de análisis para citometría de flujo como t-SNE (la incrustación estocástica de vecinos con distribución t) y FlowSOM (mapas autoorganizados de datos de citometría de flujo) fue posible descubrir poblaciones raras no evidentes mediante la selección manual de regiones convencionales.

Conclusiones: Se encontró una frecuencia elevada de los linfocitos T $\gamma\delta$ IL-17+, T $\gamma\delta$ $\alpha 4\beta 7$ + IL-17+, T $\gamma\delta$ marcados con $\alpha 4\beta 7$ + CD161+, T $\gamma\delta$ $\alpha 4\beta 7$ + CD27-, T $\gamma\delta$ $\alpha 4\beta 7$ +CD45RO- en pacientes a diferencia de los controles; además, la frecuencia de los linfocitos convencionales T $\alpha\beta$ CD161+ se encontró de igual manera elevada en pacientes comparados con los controles; finalmente, la frecuencia de las células NK CD161+, NK $\alpha 4\beta 7$ + CD161+ estaba incrementada en pacientes a diferencia de los controles.

Bibliografía

Romero-López JP, Gómez-Martínez D, Domínguez-López ML, *et al.* Differential expression of TLR2 and TLR4 in $\alpha 4\beta 7$ -positive leukocytes of patients with axial spondyloarthritis. *Rheumatology* (Oxford, England). 2020;59(4):879-888. <https://doi.org/10.1093/RHEUMATOLOGY/KEZ364>.

CG105

COMPOSICIÓN CORPORAL EN RELACIÓN CON EL RIESGO DE SARCOPENIA Y FRAGILIDAD EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

I.C. Cantú-Zapata, K. Palomo-Arnau, M.F. Fikir-Ordóñez, J.A. Esquivel-Valerio, D.L. Carrera-Cruz, I.C. Reynosa-Silva, V. Mata-Riega, C. Barrón-Quevedo, D.A. Galarza-Delgado, J.C.L. Riega-Torres
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La sarcopenia y la fragilidad son comunes en pacientes con enfermedades reumáticas (ER) y se relacionan con un deterioro de la calidad de vida. La evaluación y diagnóstico suelen depender de escalas de riesgo no validadas en ER. El análisis de bioimpedancia eléctrica (BIA) ofrece una evaluación detallada de la composición corporal. La relación entre el riesgo de sarcopenia o fragilidad, medidas por cuestionarios SARC-F o FRAIL, y los cambios en la composición corporal en pacientes con ER aún no se ha explorado.

Objetivo: Evaluar si los pacientes con riesgo de sarcopenia o fragilidad muestran parámetros anormales de composición corporal mediante el uso de BIA.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal en pacientes adultos con enfermedades reumáticas (ER). Se aplicó el cuestionario SARC-F para la detección de sarcopenia y se consideró una puntuación ≥ 4 como presencia de riesgo de esta anomalía. Se utilizó un dinamómetro digital Baseline BIMS para medir la fuerza de prensión manual. Los valores de corte utilizados para identificar fuerza baja de prensión fueron < 27 kg en hombres y < 16 kg en mujeres. Para la fragilidad se aplicó el cuestionario FRAIL: una puntuación de 0 se clasificó como no fragilidad y 3 a 5 puntos como probable fragilidad. Todos los pacientes se sometieron a una valoración clínica nutricional mediante análisis de BIA con el equipo InBody 120. Este estudio recibió aprobación del comité de ética (RE20-00013).

Resultados: Se incluyó a 150 pacientes; la mediana de edad fue de 51 años (RIC, 40-59) y el 92,6% ($n = 119$) correspondió a mujeres. La mayoría tenía artritis reumatoide (56,6%, $n = 85$) y era sedentaria (66%, $n = 100$). La comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial (31,3%, $n = 47$). Treinta y tres pacientes (22%) presentaron riesgo de sarcopenia y 39 (26%) una probabilidad alta de fragilidad. Los pacientes con riesgo de sarcopenia tuvieron menor masa muscular ($22,1 \pm 3,4$ kg *vs.* $22,4 \pm 4,8$ kg, $p = 0,025$) y un mayor índice de masa corporal (IMC) ($30,8 \pm 6,6$ kg/m² *vs.* $29,7 \pm 7,7$ kg/m², $p = 0,039$) en comparación con aquellos sin riesgo. Se encontró una diferencia significativa en la fuerza de prensión manual ($14,5 \pm 6,54$ kg *vs.* $17,6 \pm 6,55$ kg, $p = 0,017$). En cuanto a la fragilidad, los pacientes con probabilidad de fragilidad mostraron una fuerza de prensión manual menor pero no significativa ($15,7 \pm 7,5$ kg *vs.* $17,4 \pm 6,2$ kg, $p = 0,063$) (Tabla 1).

Conclusiones: En pacientes con ER, presentar riesgo de sarcopenia se vinculó con menor masa muscular y un mayor índice de masa corporal (IMC). Los pacientes con probabilidad de fragilidad presentaron una menor fuerza de prensión. Estos hallazgos sugieren que los cuestionarios SARC-F y FRAIL pueden ser útiles para identificar a aquellos pacientes en riesgo de deterioro funcional. Se requieren más estudios para confirmar estas relaciones y evaluar la utilidad clínica de las herramientas de tamizaje de sarcopenia y fragilidad en esta población.

Bibliografía

- Rodríguez-García WD, García-Castañeda L, Orea-Tejeda A, *et al.* Handgrip strength: reference values and its relationship with bioimpedance and anthropometric variables. *Clin Nutr ESPEN*. 2017;19:54-8.
- Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, *et al.* Sarcopenia: revised european consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31.

Tabla 1. Diferencias en la composición corporal entre pacientes con riesgo y sin riesgo de sarcopenia o fragilidad. (CG105)

	Con riesgo de sarcopenia	Sin riesgo de sarcopenia	p	Alta probabilidad de fragilidad	Sin probabilidad de fragilidad	P
	n = 33	n = 117		n = 39	n = 111	
Peso, kg, media $\pm$ DE	73,0 (16,0)	72,0 (18,3)	0,772	71,6 (17,9)	72,5 (17,8)	0,756
Masa muscular, kg, media $\pm$ DE	22,1 (3,4)	22,4 (4,8)	0,025	22,1 (4,4)	31,4 (12,5)	0,667
Masa grasa corporal, kg, media $\pm$ DE	32,3 (11,9)	31,0 (12,5)	0,316	30,9 (12,0)	31,4 (12,5)	0,345
IMC, kg/m ² , media $\pm$ DE	30,8 (6,6)	29,7 (7,7)	0,039	30,0 (6,7)	29,9 (7,7)	0,095
Porcentaje de grasa corporal, %, media $\pm$ DE	42,3 (4,8)	41,1 (8,7)	0,592	41,5 (8,45)	41,4 (9,0)	0,275
Fuerza de prensión kg, media $\pm$ DE	14,5 (6,4)	17,6 (6,5)	0,017	15,7 (7,5)	17,42 (6,2)	0,063

Riesgo de sarcopenia según la puntuación SARC-F (≥ 4 puntos). Alta probabilidad de fragilidad según la puntuación FRAIL (≥ 3 puntos). Valor de p obtenido mediante la prueba t para muestras independientes. Los valores se expresan como media $\pm$ desviación estándar (DE).

CG106

DOSIS ACUMULADA DE CORTICOESTEROIDES PRONÓSTICA PARA DESARROLLO DE COMPLICACIONES A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C.M. Fonseca-Carcache, F. Irazoque-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, crónica, sistémica, inflamatoria y de predominio articular con un gran número de manifestaciones extraarticulares y comorbilidades. A pesar del desarrollo de fármacos biológicos, los corticoesteroides tienen todavía un papel importante en la atención de los pacientes, especialmente como tratamiento combinado con fármacos modificadores de la enfermedad (FARME). La seguridad de los corticoesteroides a mediano y largo plazos depende de la dosis acumulada y la duración del tratamiento, que pueden ocasionar complicaciones, por lo que es de suma importancia identificar los riesgos de desarrollar complicaciones para mejorar la seguridad y la eficacia terapéuticas. En el servicio de reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre se utilizan frecuentemente dosis variables de esteroides para el tratamiento de la AR basados en las diferentes guías internacionales.

Objetivo: Determinar la dosis acumulada de corticoesteroides pronóstica en el desarrollo de complicaciones a corto, mediano y largo plazos en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Se evaluó una cohorte de pacientes con artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre tratados con corticoesteroides y con registro de la dosis de esteroides acumulada, tipo de complicaciones y riesgo de desarrollarlas con la administración de los fármacos suministrados durante el tiempo de evolución de la enfermedad (**Tabla 1**).

Resultados: Se analizó a 63 pacientes de 63 ± 12 años, 35 (87%) del sexo femenino y 8 (13%) del masculino, con 20 ± 9 años de evolución con artritis reumatoide. Las comorbilidades observadas fueron principalmente hipertensión arterial (22%), diabetes mellitus (18%), enfermedad tiroidea (16%), cáncer (14%) y neumopatía intersticial (30%). Todos recibieron el tratamiento convencional aprobado por la Secretaría de Salud y el servicio de reumatología del CMN 20 de Noviembre con una dosis total de esteroides de 11 625 ± 4 714 mg. Las complicaciones relacionadas con los fármacos administrados que mostraron riesgo (RR) elevado > 2 y significativo fueron hipertensión arterial, neumonía, infección de vías urinarias, infección de piel y tejidos blandos, infección por herpes zóster, osteoporosis, gastropatía erosiva, catarata ocular, glaucoma, cardiopatía isquémica, síndrome depresivo, deterioro cognitivo y síndrome de Cushing. La administración continua del fármaco mostró riesgo elevado (> 2) y significativo para el desarrollo de las complicaciones mencionadas y, por el contrario, la administración intermitente de los fármacos mostró tener efecto protector

(RR < 1) en prácticamente todas las complicaciones observadas, excepto para el desarrollo de catarata ocular con riesgo no significativo.

Conclusiones: En pacientes con artritis reumatoide tratados con esteroides, la dosis acumulada administradas en forma continua y a largo plazo incrementa significativamente el riesgo de complicaciones potencialmente graves y, por el contrario, la administración intermitente tiene un efecto significativamente protector.

Bibliografía

1. Delteil A, Lambert C, Pereira B, *et al.* Glucocorticoid trajectories over 2 years in patients with rheumatoid arthritis in a real-life setting. *RMD Open.* 2023;9(4):e003366.
2. Koshi EJ, Young K, Mostales JC, *et al.* Complications of corticosteroid therapy: a comprehensive literature review. *J Pharm Technol.* 2022;38(6):360-367.
3. Aviña JA, Abrahamowicz M, De Vera A, *et al.* Immediate and past cumulative effects of oral glucocorticoids on the risk of acute myocardial infarction in rheumatoid arthritis: a population-based study. *Rheumatology.* 2013;52:68-75.
4. Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, *et al.* EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2017;76(6):960-977.
5. Pere C, Martínez C. Accumulated dose of systemic corticosteroids: significant medical information. 2020;56(12):777-778.

CG107

ENFERMEDAD INFLAMATORIA ORBITARIA ASOCIADA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN CENTRO OFTALMOLÓGICO

C.B. Hubbe-Tena, M. Romero-Márquez, I. Gómez-Luévano, L.E. Concha-Del Río

APEC

Introducción: La enfermedad inflamatoria orbitaria (EIO), también llamada pseudotumor orbitario, es una alteración que afecta la órbita y los tejidos periorbitarios sin una causa sistémica identificable al momento del diagnóstico. Las enfermedades autoinmunes sistémicas son la tercera causa de enfermedad orbitaria en adultos y es la primera orbitopatía vinculada con tiroides (OVT) seguida de los procesos linfoproliferativos. Entre las enfermedades autoinmunes sistémicas se encuentran vasculitis relacionada con ANCA, lupus eritematoso sistémico (LES), artritis reumatoide (AR), síndrome de Sjögren, polimiositis y esclerosis sistémica.

La justificación de este estudio radica en que, hasta el momento, no existen informes publicados que analicen este trastorno en pacientes mexicanos ni latinoamericanos, lo que representa una brecha importante en el conocimiento. Además, al formar parte de un centro de referencia oftalmológica,

Tabla 1. Riesgo de complicación específica con la administración continua o intermitente de glucocorticoides para el tratamiento de la artritis reumatoide. (CG106)

	Administración continua de glucocorticoides		Administración intermitente de glucocorticoides	
	RR	IC95%	RR	IC95%
Hipertensión arterial	1,8	0,59-2,9	0,92	0,50-0,99
Neumonía	3,6	1,2-10,0	0,27	0,19-0,80
Infección de vías urinarias	1,8	0,41-3,4	0,83	0,29-0,44
Gastroenteritis	2,9	1,2-7,7	0,41	0,12-0,99
Infección de piel y tejidos blandos	3,1	1,9-15,0	0,32	0,66-1,0
Infección por herpes zóster	2,3	1,41-4,6	0,71	0,21-0,24
Osteopenia	2,1	1,27-3,9	0,95	0,25-0,60
Osteoporosis	1,8	0,60-4,8	0,58	0,20-0,50
Gastropatía erosiva	1,5	0,47-2,8	0,86	0,35-0,41
Catarata ocular	1,4	0,53-2,7	0,82	0,36-1,80
Glaucoma	2,0	1,76-11,0	0,34	0,91-1,3
Cardiopatía isquémica	8,0	1,4-15,0	0,75	0,62-0,89
Síndrome depresivo	1,8	0,72-2,9	0,39	0,11-0,53
Deterioro cognitivo	2,5	1,56-9,4	0,43	0,10-0,57
Síndrome de Cushing	1,7	0,17-2,8	0,56	0,15-0,87

Elaboración propia basada en los resultados del estudio (2025). RR, riesgo relativo; IC95%, intervalo de confianza al 95%.

se ha observado una elevada frecuencia de pacientes con estas enfermedades, lo que lleva a la necesidad de documentar y caracterizar su comportamiento en esta población.

Objetivo: Identificar las enfermedades autoinmunes relacionadas en pacientes con EIO, así como determinar la presencia de los anticuerpos específicos relacionados.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo basado en una base de datos institucional. Se incluyó a 55 sujetos (edad media, 48,7 ± 14,9 años; mediana, 46; intervalo, 18-87), de los cuales 36 eran hombres (≈ 65%) y 19 mujeres (≈ 35%). Se registró si la afectación ocular era bilateral o unilateral. Se recolectaron diagnósticos clínicos y resultados de 14 autoanticuerpos. La frecuencia de seropositividad se describió para cada marcador y se aplicó la prueba exacta de Fisher para evaluar relaciones entre diagnósticos específicos y presencia de anticuerpos, tras considerar significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Las manifestaciones fueron bilaterales en 34 pacientes y unilaterales en 20. Los autoanticuerpos con mayor frecuencia de positividad fueron c-ANCA y anti-PR3 (9%), FR y ANA (7,2%). Los autoanticuerpos p-ANCA y anti-MPO fueron positivos en tres pacientes; TPO y Tg en 2; los restantes (anti-Jo1, anti-Smith, IgG4) se detectaron en un solo caso. Los anticuerpos positivos se vincularon con diagnósticos heterogéneos, como granulomatosis con poliangiitis (GPA), vasculitis, escleritis, orbitopatía tiroidea, panuveítis granulomatosa y cuadros mixtos de polimiositis-LES. La prueba de Fisher mostró relaciones significativas: c-ANCA/anti-PR3 con GPA ($p = 0,0118$ y $p = 0,0374$, respectivamente); anticetoplasmático, anti-Jo y anti-Smith en un caso de polimiositis + LES + uveítis ($p = 0,0182$); anti-TPO y anti-Tg en esclerouveítis relacionada con AR o en escleritis unilateral con orbitopatía tiroidea ($p = 0,0364$); IgG4 e IgG en panuveítis granulomatosa con desprendimiento de retina ($p = 0,0182$). La mayoría de estos diagnósticos correspondía a un solo paciente, lo que limita la solidez estadística.

Conclusiones: La serie demuestra que la positividad de ANCA, y en particular de C-ANCA y anti-PR3 en GP, se relaciona con una enfermedad inflamatoria orbitaria. La detección de anti-TPO y anti-Tg en escleritis con orbitopatía tiroidea subraya la necesidad de descartar afección tiroidea. La positividad de IgG4 en panuveítis granulomatosa y en EIO plantea la posibilidad de enfermedad relacionada con IgG4 y justifica tomar biopsia de tejido y evaluar IgG4 sérica. Dados la heterogeneidad y el reducido tamaño muestral, estos resultados deben interpretarse como exploratorios, pero resaltan el valor de integrar la serología en la evaluación oftalmológica para orientar al reumatólogo hacia diagnósticos sistémicos.

Bibliografía

1. Bartalena L, Kahaly GJ, Baldeschi L, *et al*; EUGOGO †. The 2021 European Group on Graves' orbitopathy (EUGOGO) clinical practice guidelines for the medical management of Graves' orbitopathy. *Eur J Endocrinol*. 2021;185(4):G43-G67.
2. Mombaerts I, Rose GE, Garrity JA. Orbital inflammation: biopsy first. *Ophthalmol*. 2016;61:664-9.

CG108

PERCEPCIÓN Y USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: RESULTADOS DE UN ESTUDIO TRANSVERSAL

C.A. Trujillo-Hernández, A.J. Mendoza-Navarro, C.I. Mendoza-Navarro, I. Avilés-Lizárraga, V. González-Díaz, G.E. Martínez-Bonilla, J.F. Uribe-Martínez, M.E. Ventura-Valenzuela, D. Deossa-Piedrahita, A.C. Macías-Martínez, A.K. Del Ángel-Aranda, J.L. Sánchez-Reynoso, S. Cerpa-Cruz

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La inteligencia artificial generativa (IAG) se ha popularizado como herramienta de consulta en salud, al ofrecer respuestas inmediatas y accesibles a los pacientes. Sin embargo, su papel en las enfermedades reumáticas aún no está bien descrito.

Objetivo: Evaluar la frecuencia, percepción y patrones de uso de la IAG como recurso de información en pacientes con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en el que participaron 1 310 pacientes atendidos en el servicio de reumatología. Se aplicó una encuesta estructurada que incluyó variables sociodemográficas, tipo de enfermedad, experiencia de uso de IAG, temas consultados, percepción de utilidad y confianza. Se efectuó análisis descriptivo y se exploraron las relaciones mediante pruebas de χ^2 .

Resultados: De los 1 310 pacientes encuestados, el 47% respondió que sí conoce la IAG y 53% que no. El 83,5% correspondió a mujeres y el 16,5% a hombres; el 29% tenía diagnóstico de LES y el 22% de AR. El 56% tuvo más de dos años de diagnóstico. El promedio de edad fue de 36 ± 14 años. El 96% dijo saber algo de la IAG. El 38% refirió utilizar ocasionalmente alguna plataforma de IAG para informarse sobre su enfermedad. Los temas más consultados fueron tratamiento (16%) y diagnóstico (11%). Entre quienes usaron IAG, el 53% indicó que la información fue útil, mientras que el 71% manifestó dudas sobre su confiabilidad. El 11% comparte la información obtenida con su médico. El 62% considera que el uso de IAG complementa la consulta de su reumatólogo. El 20% busca información para entender mejor su enfermedad. El uso de IAG no se vinculó significativamente con la edad, mayor nivel educativo o diagnóstico.

Conclusiones: Una proporción considerable de pacientes con enfermedades reumáticas conoce la inteligencia artificial generativa, aunque su uso como fuente de información es aún limitado y ocasional. La mayoría de los pacientes considera que la IAG puede complementar, pero no sustituir, la orientación médica del reumatólogo.

Bibliografía

1. Traylor DO, Kern KV, Anderson EE, *et al*. Beyond the screen: the impact of generative artificial intelligence (AI) on patient learning and the patient-physician relationship. *Cureus*. 2025;17(1):76825. doi: 10.7759/cureus.76825.
2. Tan TC, Roslan NEB, Li JW, *et al*. Patient acceptability of symptom screening and patient education using a chatbot for autoimmune inflammatory diseases: survey study. *JMIR Form Res*. 2023;7:e49239. doi: 10.2196/49239.

CG109

COMPLICACIONES FETALES EN SAF DURANTE EMBARAZO SEGÚN MANEJO ANTITROMBÓTICO

J.A. Inda-Caro¹, N. Castro-Lizano²

⁽¹⁾UMAE Hospital de Especialidades Ignacio Morones Prieto CMNO, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, ⁽²⁾UMAE Hospital de Especialidades Bernardino Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: Las enfermedades reumáticas generan gran morbilidad y mortalidad en México, pero suelen subestimarse. Entre ellas, el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) destaca por relacionarse con episodios trombóticos en jóvenes y complicaciones materno-fetales graves, como abortos, óbitos, restricción del crecimiento intrauterino y parto de pretérmino. A pesar de su efecto, existen limitaciones en datos epidemiológicos y falta de criterios unificados de atención obstétrica en México, lo que representa un vacío de alto efecto clínico y económico. Este trabajo buscó determinar la frecuencia de complicaciones fetales de acuerdo con el tratamiento, con miras a estandarizar estrategias y mejorar el pronóstico en estas pacientes.

Objetivo: Determinar la frecuencia de complicaciones fetales en pacientes embarazadas bajo diferentes esquemas antitrombóticos por diagnóstico de SAF atendidas en el servicio de reumatología de CMNO durante el periodo comprendido entre 2018 y 2025. Describir las características obstétricas de las pacientes en estudio. Identificar los esquemas de tratamiento antitrombótico instituidos durante la atención de las pacientes embarazadas con SAF. Establecer la frecuencia de complicaciones fetales en las pacientes embarazadas con diagnóstico de SAF. Describir el trimestre del embarazo en que se presenta el mayor número de complicaciones fetales. Describir la frecuencia de complicaciones fetales en pacientes embarazadas con SAF tratadas con enoxaparina a dosis trombo profiláctica o anticoagulante.

Material y métodos: Estudio transversal, analítico y retrolectivo basado en expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de SAF embarazadas, atendidas en la UMAE CMNO entre 2018 y 2025. Se calculó un tamaño mínimo de muestra de 42 pacientes mediante muestreo no probabilístico por cuota. Se incluyó a mujeres mayores de 18 años con embarazo confirmado y criterios de SAF; se excluyó a las pacientes con comorbilidades, malformaciones uterinas, trombofilias u otros factores de riesgo. La variable principal fue la presencia de complicaciones fetales, comparada con factores clínicos y de tratamiento. El análisis se realizó con SPSS v26 mediante pruebas estadísticas descriptivas y comparativas.

Resultados: De 433 expedientes revisados, sólo 42 cumplieron criterios de inclusión. La mediana de edad fue de 31 años; 61,9% había tenido cesárea y 52,4% abortos. El SAF más frecuente fue primario (40,5%), seguido del obstétrico (35,7%) y el secundario (23,8%). El serotipo predominante fue el triple positivo (38,1%). El esquema más usado fue enoxaparina anticoagulante + ASA (52,4%). Se hallaron complicaciones fetales en 66,7%, principalmente parto de pretérmino y necesidad de UCIN, más frecuentes en el tercer trimestre. No hubo diferencia significativa entre anticoagulación plena y tromboprolifaxis, lo que sugiere eficacia similar con menor costo institucional.

Conclusiones: El estudio mostró que la frecuencia de complicaciones fetales en pacientes latinoamericanas con SAF fue del 66,7%, similar a la de las poblaciones de primer mundo sin tratamiento anticoagulante. Curiosamente, las pacientes con enoxaparina a dosis anticoagulante presentaron más complicaciones que las de esquemas alternos, probablemente debido a la mayor proporción de pacientes triple positivo en este grupo. Estos hallazgos sugieren que la eficacia de los distintos regímenes puede ser comparable y destacan la necesidad de continuar la investigación para optimizar decisiones terapéuticas según serotipo y contexto obstétrico específico.

Tabla 1. (CG109)

Complicaciones fetales			
Variables, n (%)	Tromboprolifaxis	Anticoagulación	p*
Complicación	7 (53,8)	21 (72,4)	0,203**
Aborto	0 (0,0)	7 (33,3)	0,098
Óbito	2 (28,6)	4 (19)	0,478
Prematuro	4 (57,1)	6 (28,6)	0,181
RCIU	1 (14,3)	4 (19,0)	0,633
Anomalía congénita	0 (0,0)	3 (14,3)	0,406
UCIN	4 (57,1)	9 (42,9)	0,412

*Prueba exacta de Fisher.

**ji cuadrada.

Bibliografía

- Gaspar P, Sciascia S, Tektonidou MG. Epidemiology of antiphospholipid syndrome: macro- and microvascular manifestations. In *Rheumatology* (United Kingdom). 2024;63(SI):SI24-SI36. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kead571>
- Barbhuiya M, Zuily S, Naden R, *et al.* 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2023;82(10):1258-1270. <https://doi.org/10.1136/ard-2023-224609>.

CG110

ESTUDIO DE LA SUSCEPTIBILIDAD DE NEUTRÓFILOS DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS PARA LA FORMACIÓN DE NETS Y SU INTERACCIÓN CON OSTEÓBLASTOS

L.L. Mojica-Villa¹, M.L. Domínguez-López¹, G.S. García-Romo², S. Sánchez-Pérez¹, J.C. Casasola-Vargas³, E. Reyes-Maldonado¹, J. Luna-Herrera¹, J.P. Romero-López²

⁽¹⁾Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, IPN, ⁽²⁾Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, ⁽³⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Las espondiloartritis (EA) son un grupo de enfermedades heterogéneas e inflamatorias que comparten características genéticas,

fisiopatológicas y clínicas. En estas alteraciones, la inflamación articular conduce a osteoproliferación progresiva. Los estudios informan una elevada presencia de neutrófilos en sangre periférica y líquido sinovial de pacientes con EA, lo que sugiere que podrían participar activamente en la inflamación mediante formación de trampas extracelulares de neutrófilos (NET), formadas por mallas de fibras de DNA que contienen histonas y proteínas citotóxicas, que atraen y activan a otras células inmunes. Estas NET son abundantes en el líquido sinovial y la sangre periférica de pacientes con EA.

Objetivo: Evaluar la NET-osis espontánea en neutrófilos de pacientes con espondiloartritis y determinar el potencial osteogénico de este mecanismo.

Material y métodos: Se obtuvieron muestras de sangre de pacientes con EA y controles. Se aislaron neutrófilos mediante el gradiente con Polymorphoprep y se cultivaron 500 000 células en medio RPMI sin rojo fenol, a 37°C, y se evaluaron a los 30, 60 y 120 minutos para evaluar NET-osis espontánea mediante microscopía fluorescente con DAPI y anti-MPO. Además, se estimularon neutrófilos con plasma de pacientes para medir NET-osis inducida. Se realizaron cocultivos con NET y osteoblastos HFOB1.19 para evaluar la proliferación y la formación de matriz ósea, mediante las técnicas de alamar azul y rojo de alizarina.

Resultados: Se observó mayor NET-osis espontánea en pacientes con EA ($p < 0,0001$) y al ser inducida se presentó mayor NET-osis con el plasma de pacientes con EA, lo que estimuló más NET-osis que los controles ($p < 0,0001$); esto sugiere la presencia de factores proinflamatorios circulantes capaces de inducir NET-osis. La mineralización aumentó desde el séptimo día y fue más evidente a los 14 días.

Conclusiones: Los resultados obtenidos indican que los pacientes con EA presentan un aumento en la NET-osis espontánea. Además, se observó que el plasma de estos pacientes puede inducir NET-osis en neutrófilos sanos, lo que sugiere la presencia de factores inflamatorios circulantes. Por otro lado, las NET obtenidas de pacientes parecen estimular a los osteoblastos y promover tanto su proliferación como la formación de matriz ósea.

Bibliografía

- Zambrano-Zaragoza JF, Gutiérrez-Franco J, De Jesús Durán-Avelar M, *et al.* Neutrophil extracellular traps and inflammatory response: Implications for the immunopathogenesis of ankylosing spondylitis. *Int J Rheum Dis*. 2021;24(3):426-33.
- Coletto LA, Rizzo C, Guggino G, *et al.* The role of neutrophils in spondyloarthritis: a journey across the spectrum of disease manifestations. *Int J Mol Sci*. 2023;24(4):4108.
- Papagoras C, Chrysanthopoulou A, Mitsios A, *et al.* Neutrophil extracellular traps and interleukin 17 in ankylosing spondylitis. *Mediterr J Rheumatol*. 2021;32(2):182.
- Papayannopoulos V. Neutrophil extracellular traps in immunity and disease. *Nat Rev Immunol*. 2018;18(2):134-47.
- Ruiz-Limón P, Ladehesa-Pineda L, Castro-Villegas M, *et al.* Enhanced NETosis generation in radiographic axial spondyloarthritis: utility as biomarker for disease activity and anti-TNF- α therapy effectiveness. *J Biomed Sci*. 2020;27(1):65.

CG111

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A NEUMOPATÍA INTERSTICIAL CLÍNICA Y SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C.J. Nieves-Martínez, V.M. Rosales-Don Pablo, F. Irazoque-Palazuelos

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una manifestación extraarticular grave y frecuente de la artritis reumatoide (AR), con una prevalencia clínica de 2 a 8%. En pacientes asintomáticos se detecta incidentalmente mediante tomografía hasta en un 20% de los casos. Las publicaciones médicas indican numerosas cohortes globales y factores de riesgo vinculados con el desarrollo de esta manifestación, entre los que se encuentran el sexo masculino, AR de larga duración, la actividad persistente de la enfermedad, el tabaquismo y los valores elevados de FR y ACPA.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de EPID clínica y subclínica en pacientes con AR en este hospital.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, comparativo y transversal. Se revisaron los registros de 102 pacientes con AR (51 con EPID y 51 sin EPID) y se analizaron las variables socio-demográficas (edad y sexo), variables clínicas (control de la enfermedad, comorbilidades y tratamientos) y marcadores serológicos (FR, ACPA). Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante *odds ratios* (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95%, regresión logística y un grado de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: En esta cohorte, el 94,1% de los pacientes correspondió a mujeres, con una edad media de 59,3 años (Tabla 1). Las tasas de tabaquismo fueron mayores en el grupo con EPID (52% vs. 36%, $p = 0,050$).

Tabla 1. Características demográficas de la población. (CG111)

	Pacientes con EPID	Pacientes sin EPID
Edad promedio (años)	65,7	61,7
Hombres	2	4
Porcentaje (%)	3,92	7,84
Mujeres	49	47
Porcentaje (%)	96,08	92,16
Tabaquismo	26	18
Porcentaje (%)	52	35,2
Índice tabáquico promedio (paquetes/año)	4,41	5,77

Los títulos de ACPA fueron significativamente mayores en el grupo con EPID (268 vs. 176 UI/mL, $p < 0,001$), mientras que los valores de FR sólo mostraron una tendencia hacia valores más altos en el mismo grupo ($p > 0,05$). El índice de actividad de la enfermedad medido por DAS28-PCR fue significativamente mayor en el grupo con EPID (3,81 vs. 2,21; $p < 0,001$) (Figura 1). En el grupo de EPID, el 90% de los pacientes recibió dos o más FARME convencionales, en comparación con el 74% del grupo control. Además, el 47% del grupo con EPID recibió dos o más FARME biológicos, frente al 19% del grupo control ($p = 0,002$; OR, 3,78). Sin embargo, al ajustar los datos por la actividad de la enfermedad, esta vinculación perdió significancia ($p = 0,13$).

Conclusiones: Los títulos elevados de ACPA y la alta actividad de la enfermedad fueron factores de riesgo independientes para el desarrollo de EPID en pacientes con AR de esta cohorte (Figura 2). Los pacientes con EPID tendieron a recibir más FARME convencionales y biológicos que el grupo control; sin embargo, esta relación entre el uso de fármacos biológicos y la presencia de EPID parece estar más relacionada con una mayor actividad de la enfermedad. De esta forma, la introducción de protocolos de tamizaje tomográfico de manera periódica en pacientes con títulos altos de ACPA, junto con la optimización dinámica del tratamiento, se perfila como la estrategia más promisoría para mitigar la carga de EPID en estos pacientes.

Figura 1. Actividad de la enfermedad (DAS28-PCR). (CG111)

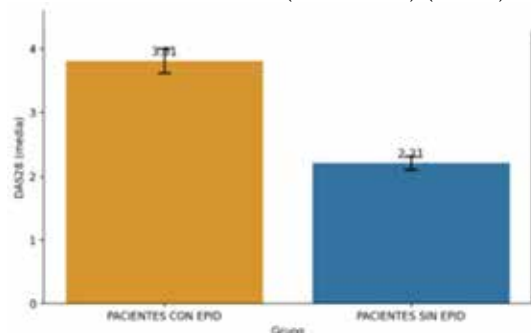
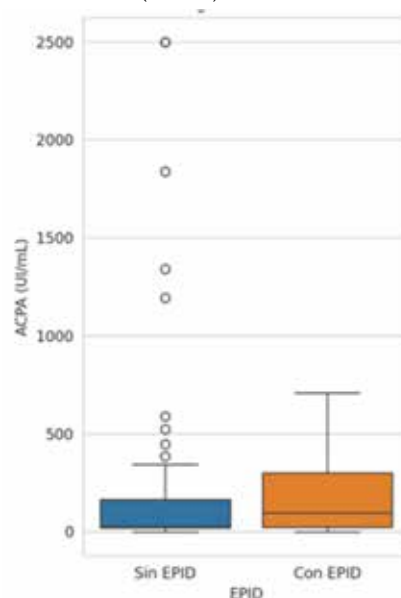


Figura 2. Títulos de ACPA. (CG111)



Bibliografía

- Samhoury BF, Vassallo R, Achenbach SJ, *et al.* Incidence, risk factors, and mortality of clinical and subclinical rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: A population-based cohort. *Arthritis Care Res (Hoboken)* [Internet]. 2022;74(12):2042-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/acr.24856>
- Wang H-F, Wang Y-Y, Li Z-Y, *et al.* The prevalence and risk factors of rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med* [Internet]. 2024;56(1):2332406. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/07853890.2024.2332406>

CG112

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ESTATINAS: ¿SE ESTÁN SIGUIENDO LAS GUÍAS DE PREVENCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR?

I.C. Reynosa-Silva, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, R.I. Arvizu-Rivera, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen un mayor riesgo cardiovascular (RCV) en comparación con la población general. Por lo tanto es importante hacer uso de las estrategias disponibles de prevención primaria y secundaria de la enfermedad cardiovascular. Una de estas estrategias es la administración de estatinas para prevenir la enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

Objetivo: Determinar la proporción de pacientes con LES con indicación para uso de estatinas como prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares de acuerdo con las guías americana y europea de RCV.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes con LES mayores de 18 años. Se recolectó la información clínica de los pacientes, así como de su última prescripción de los expedientes de consulta. Se utilizaron las guías americanas (ACC/AHA 2019) y europea (ESC/EAS 2021) como directrices para indicación de estatinas para prevención primaria y secundaria de RCV, así como las calculadoras ACC/AHA ASCVD y SCORE2 para la evaluación de RCV.

Resultados: Se incluyó a un total de 111 pacientes (90% de mujeres) con una mediana de edad de 37 (25-47) años. Ningún paciente tenía antecedente de enfermedad cardiovascular aterosclerótica o no aterosclerótica. De

acuerdo con las guías americanas (Figura 1), 7 (6,3%) pacientes cumplían alguna indicación para estatinas (cuatro de ellos no consumen aún estatinas). En cuanto a las guías europeas (Figura 2), sólo 16 (14,4%) pacientes tenían indicación para recibir estatinas; de éstos, sólo cinco la tenían prescrita.

Ambas guías sólo consideraban a pacientes > 40 años como elegibles para prevención de RCV con estatinas, ya que las indicaciones dependen de calculadoras que tienen este intervalo de edad como limitante para su uso. Se encontró escasa concordancia entre los criterios de elegibilidad para uso de estatinas de ambas guías (kappa de Cohen de 0,285, $p < 0,001$).

Figura 1. Indicaciones de estatinas según las guías de ACC/AHA 2019. (CG112)

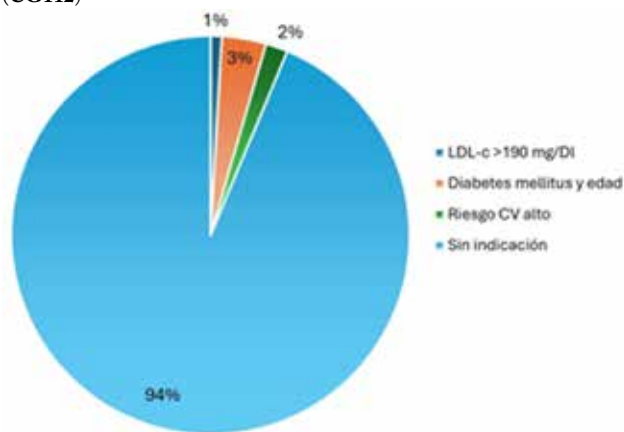
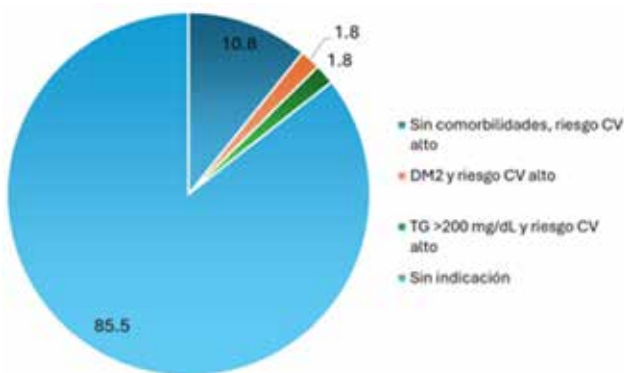


Figura 2. Indicaciones de estatinas según las guías ESC 2021. (CG112)



Conclusiones: A pesar de que los pacientes con LES tienen un mayor RCV en comparación con la población general y que algunos tenían indicación para uso de estatinas, la administración de este fármaco es baja en esta población. Las guías actuales excluyen a la población menor de 40 años, a pesar de reconocerse el riesgo de aterosclerosis acelerada en esta población, y se limitan a recomendar para ellos sólo medidas generales de prevención de RCV para pacientes jóvenes con enfermedades inflamatorias crónicas. Por esto es importante generar conciencia sobre el RCV elevado en LES para optimizar las estrategias de prevención de enfermedades cardiovasculares en esta población.

Bibliografía

- Yengej FY, Limper M, Leavis HL. Statins for prevention of cardiovascular disease in systemic lupus erythematosus. *Neth J Med.* 2017;75(3): 99-105.
- 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. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2022;81(6):768-79.2.

CG113

IMPLEMENTACIÓN DE LA INICIATIVA EVEREST PARA MEJORAR LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA TREAT TO TARGET EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

D.A. González-Rodríguez¹, S.M. Carrillo-Vázquez¹, D.X. Xibillé-Friedmann², G.A. Carmona-Lara¹, G. De Hoyos-Rodríguez¹, A. Reyes-Salinas¹, A. Cervantes-González¹, N. Schneegans-Vallejo², G. Olvera-Soto²

⁽¹⁾Hospital Regional 1° de Octubre, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca, IMSS Bienestar, Morelos

Introducción: La estrategia EVEREST es una iniciativa innovadora diseñada para mejorar la implementación del enfoque *treat to target* (T2T) en pacientes con artritis reumatoide. Su propósito es favorecer la remisión clínica y proporcionar información clara sobre la enfermedad y los objetivos terapéuticos. Además, promueve la toma de decisiones compartida entre reumatólogo y paciente, lo que se ha demostrado que mejora significativamente el pronóstico y la adherencia al tratamiento.

Objetivo: Determinar el efecto que EVEREST tiene sobre los factores que obstaculizan la aplicación de la estrategia T2T en pacientes con AR.

Material y métodos: Se realizó un estudio analítico, observacional, longitudinal y prospectivo en pacientes con artritis reumatoide atendidos en dos centros urbanos: Cuernavaca y Ciudad de México. En la visita inicial, además de la revisión clínica regular, se proporcionó a los pacientes un folleto educativo con información sobre la enfermedad, complicaciones de largo plazo y factores vinculados con mala respuesta. Asimismo, se proyectó un video como herramienta de autoevaluación para identificar articulaciones dolorosas e inflamadas. El seguimiento incluyó tres evaluaciones (basal, a los tres y seis meses), en las que se capturaron variables clínicas y serológicas, además del tratamiento recibido, ya fuera FARME convencional, biológico o sintético dirigido. En los casos de recaída, se documentaron cambios clínicos y ajustes terapéuticos (Tabla 1). El objetivo central fue determinar si el uso de la herramienta educativa EVEREST favorecía una mejor evolución clínica.

Resultados: Este estudio incluyó a 128 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) con actividad moderada, con una edad media de $52,8 \pm 12,8$ años y predominio femenino (94,5%). La mayoría provenía de Morelos (57,8%) y el resto de la Ciudad de México (42,1%). En la evaluación inicial, el tratamiento más frecuente fue metotrexato como FARME convencional ($n = 94$). El 72,6% de los pacientes no utilizaba FARME biológicos o sintéticos dirigidos, mientras que 35 pacientes sí los recibían. Durante el seguimiento de seis meses se observaron mejoras clínicas y funcionales relevantes. El índice DAS28 disminuyó de una mediana basal de 4,0 a 2,77, mientras que el CDAI pasó de 16 a 6 en el mismo periodo. En cuanto a la funcionalidad, el porcentaje de pacientes con un HAQ-DI satisfactorio pasó del 19% inicial al 58% a los seis meses. Asimismo, la calidad de vida medida con RAID mostró una mejoría significativa. Los biomarcadores de inflamación también reflejaron mejoría: la proteína C reactiva (PCR) se redujo de 3,33 a 0,32 mg/dL y la velocidad de sedimentación globular (VSG) de $28,2 \pm 11,2$ a $22,5 \pm 11,7$ mm/h. En la evolución terapéutica, al tercer mes un 21,4% presentó recaída y 33,6% requirió ajustes de tratamiento, principalmente con inicio de fármaco biológico (15,8%). Al sexto mes, 14,9% tuvo recaída y 16,8% requirió ajustes, sobre todo en dosis de esteroides. Al finalizar el seguimiento, el 21% de los pacientes no alcanzó la remisión clínica. El desabasto de medicamentos afectó al 7,4% de los pacientes. La tasa de remisión bajo la estrategia EVEREST no mostró diferencias significativas entre Morelos (40,1%) y la Ciudad de México (38,3%). Entre las limitaciones destacan la pérdida de seguimiento de 21 pacientes y la ausencia de grupo control.

Conclusiones: La implementación de EVEREST como apoyo a la estrategia T2T en artritis reumatoide fue factible y efectiva, con mejores apego terapéutico y desenlaces clínicos (Tabla 2). Se observaron mejoras en DAS28, reactantes de fase aguda, HAQ y RAID, aunque persistieron limitaciones por recursos y sistema de salud.

Bibliografía

- Gavigan K. *Arthritis Res Ther.* 2020;22(1):1-10.
- Gosser L. POS0607, EULAR Annual Meeting, 2022.

Tabla 1. Comparación de datos clinimétricos y paraclínicos entre cada visita. (CG113)

	Basal n = 128 mediana (IQR)	3 meses n = 107 mediana (IQR)	6 meses n = 107 mediana (IQR)	
Articulaciones dolorosas	5 (3-9,75)	3 (1-4,5)	2 (1-4)	0,005
Articulaciones inflamadas	2 (1-2,5)	1 (0-2)	0 (0-1)	0,005
Rigidez matutina > 30 min	31 (24,2%)	24 (24%)	20 (20%)	0,05
DAS28	4,0 (3,43-5,00)	3,24 (2,34-4,30)	2,77 (2,77-3,89)	0,005
CDAI	16 (11-22)	8 (4,25-15,75)	6 (3-12,75)	0,005
Actividad global paciente	6 (4-7)	4 (2-6)	3 (1-5)	0,005
Actividad global evaluador	2 (1-4,75)	1 (0-2)	0 (0-1)	0,005
HAQ-DI	2,39 (1-4,67)	1,78 (0,25-4,50)	1,37 (0,70-2,10)	0,005
Remisión	0	16 (16%)	0	
Bajo	77 (60,2%)	55 (55%)	85 (85%)	
Moderado	45 (35,2%)	29 (29%)	4 (5%)	
Alto	6 (4,6%)	0	0	
RAPID3	6,22 (4-11,77)	7,02 (4-12,7)	4 (2-5)	0,005
Remisión	0	8 (8%)	49 (49%)	
Bajo	10 (7,8%)	36 (36%)	35 (5%)	
Moderado	16 (12,5%)	26 (26%)	11 (11%)	
Alto	102 (79,7%)	25 (25%)	5 (5%)	
RAID	3,31 (2,20-5,29)	2,68 (1,64-4,29)	1,45 (0,78-3,05)	0,005
Sin control adecuado	104 (81%)	63 (63%)	42 (42%)	
Estado aceptable	24 (19%)	37 (37%)	58 (58%)	
Proteína C reactiva, mg/dL	3,33 (0,4-8,95)	1,56 (0,297-5)	0,32 (0,12-0,68)	0,005
VSG, mm/h	28,2 ± 11,2	28,6 ± 11,8	22,5 ± 11,7	0,005

Para comparar las medianas se utilizaron distribución normal + no pareados ("prueba de ANOVA"). Distribución no normal + no pareados ("prueba de Kruskal-Wallis").

Tabla 2. Obstáculos para la implementación de EVEREST. (CG113)

Procedimiento	n (%)
Al mes 3 (107 pacientes)	
Realizó lectura de folleto	
Sí se comprendió	80 (74,7)
No, lo olvidó	14 (13)
No quiso leerlo	6 (5,6)
Sí pero no lo comprendió	7 (6,5)
Recaída	
Recaída	23 (21,4)
Modificación del tratamiento	36 (33,6)
Principales modificaciones	
Cambio o inicio de fármaco biológico	17 (15,8)
Cambio en dosis de esteroide	17 (15,8)
Modificación de FARME convencional	2 (1,8)
Al mes 6 (107 pacientes)	
Recaída	16 (14,9)
Principales modificaciones	
Cambio o inicio de fármaco biológico	0 (0)
Cambio en dosis de esteroide	18 (16,8)
Modificación de FARME convencional	0 (0)
En caso de no alcanzar la remisión, el paciente lo atribuyó a:	
Poca disponibilidad de tiempo para apego a tratamiento médico	5 (4,6)
Falta de confianza en mi médico reumatólogo tratante	3 (3,21)
Falta de apoyo con familiares o amigos	3 (3,21)
Falta de interés sobre la información otorgada por mi médico	1 (0,9)
No me dieron el medicamento en la farmacia	8 (7,4)
No me gusta tomar medicamento VO/IV/SC	3 (3,21)

CG114**IL-21 EN NEFRITIS LÚPICA**

G.I. Rodríguez-Hernández¹, A.F. Aguilar-Vázquez¹, C.E. Juárez-Gómez¹, A. González-Monroy¹, L.J. Vidal-Arellano¹, B.T. Martín-Márquez¹, C.A. Gómez-Ríos¹, O.E. Pizano-Martínez¹, E.A. Martínez-García¹, F. Pérez-Vázquez¹, L. Andrade-Ortega², M. Cabrera-López¹, A. Llamas-García¹, M. Vázquez-Del Mercado¹

⁽¹⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

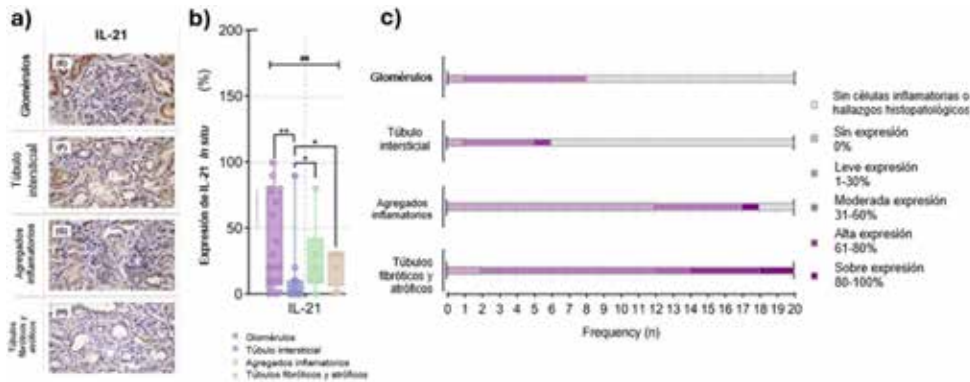
Introducción: La nefritis lúpica (NL) se caracteriza por un desequilibrio entre mediadores inmunológicos proinflamatorios y reguladores. Entre los mediadores inflamatorios, las citocinas del eje Th17 y la citocina IL-21 han despertado interés por su papel en la fisiopatología de la inflamación renal.

Objetivo: Caracterizar la expresión anatómica en glomérulo, túbulo intersticial, así como agregados inflamatorios, fibrosis y atrofia tubular de IL-21 en biopsias renales de NL y su vinculación con la actividad clínica y la gravedad de la enfermedad.

Material y métodos: Se analizaron biopsias renales de 20 pacientes con NL. Todos cumplieron los criterios EULAR/ACR 2019. La expresión de IL-21 se evaluó mediante inmunohistoquímica (IHQ). La intensidad y distribución de IL-21 se clasificó en porcentaje de expresión: negativa (0), leve (1-30), moderada (31-60), grave (61-80) y sobreexpresión (80-100). Esta expresión se relacionó con los parámetros demográficos y clínicos. El análisis estadístico se realizó con pruebas no paramétricas, tras considerar una $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: La expresión de IL-21 se evaluó en 20 pacientes con NL de moderada a grave actividad con una distribución de 18 mujeres (90%) y 2 hombres (10%). El análisis de la expresión anatómica en IHQ de la IL-21 mostró predominio en el glomérulo, los túbulos fibróticos y atróficos (**Figura 1A**). El análisis cuantitativo mostró mayor expresión en los glomérulos y los agregados inflamatorios (**Figura 1B**). En el compartimiento glomerular se demostró sobreexpresión (**Figura 1C**). Este análisis demostró mayor expresión de IL-21 en el glomérulo ($p = 0,014$) y túbulo

Figura 1. A, inmunohistoquímica representativa de la expresión *in situ* de IL-21 en diferentes regiones anatómicas del riñón y hallazgos histopatológicos en pacientes con NL. Barra de escala: 20 μ m. B, los análisis cuantitativos de la expresión de IL-21 por compartimiento anatómico y los hallazgos histopatológicos mostraron la mayor expresión proteica, particularmente en glomérulos y agregados inflamatorios. C, frecuencia global de células inflamatorias en los compartimientos anatómicos (glomérulo y túbulo intersticial), así como la presencia de hallazgos histopatológicos y la intensidad de expresión de citocinas. IL-21 intensamente expresadas en glomérulo y agregados inflamatorios. La intensidad de expresión se categorizó como: sin expresión (0%), leve (1-30%), moderada (31-60%), alta (61-80%) y sobreexpresión (> 80%). (CG114)



intersticial ($p = 0,009$) en pacientes con actividad grave y en formas proliferativas de NL. A medida que aumenta la actividad de la enfermedad, los pacientes presentan valores más bajos de Hb, C3 y C4.

Conclusiones: IL-21 es una citocina pleiotrópica con actividad en los sistemas inmunes innato y adaptativo producida por células T activadas principalmente por CD4+ y, en menor medida, por células NK. El estudio demuestra que IL-21 es una citocina de interés en la fisiopatología de la NL, con un patrón de sobreexpresión glomerular directamente vinculado con la gravedad y la actividad clínica.

Bibliografía

- Liu SM, C King. IL-21-producing Th cells in immunity and autoimmunity. *J Immunol.* 2013;191(7):3501-6.
- Koh CH. IL-17 and IL-21: their Immunobiology and therapeutic potentials. *Immune Netw.* 2024;24(1):e2.

CG115

NIVELES SÉRICOS DE 25OH-VITAMINA D₃ EN INTERNOS DE PREGRADO Y ESTUDIANTES DE MEDICINA, HOSPITAL GENERAL Y UABC MEXICALI

L.E. Bejarano-López¹, G. López-Almada², K.A. Gámez-Leyva¹, M.C. Pérez-Parra Sainz³, F.F. Cons-Molina⁴

⁽¹⁾Hospital General de Mexicali, ⁽²⁾Universidad Autónoma de Baja California, Campus Mexicali, ⁽³⁾Laboratorio de Análisis Clínicos del Valle, ⁽⁴⁾Centro de Investigación en Artritis y Osteoporosis

Introducción: La deficiencia de vitamina D (VD) constituye un problema de salud pública mundial, con implicaciones en el metabolismo óseo, la función inmunológica y diversos procesos metabólicos. En particular, los estudiantes de medicina y los médicos internos de pregrado (MIP) representan un grupo vulnerable debido a su limitada exposición solar, hábitos

nutricionales irregulares y rutinas académicas intensivas que restringen la actividad física al aire libre. Esta situación puede predisponerlos a hipovitaminosis D y sus consecuencias clínicas, incluidos las alteraciones de la homeostasis del calcio y el desarrollo de hiperparatiroidismo secundario.

Objetivo: Establecer los valores séricos de 25-hidroxivitamina D₃ (25OH VD3) y hormona paratiroidea intacta (PTH) en estudiantes de medicina y MIP en Mexicali, Baja California, y analizar su relación con variables antropométricas y hábitos de exposición solar.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en 59 participantes: 29 estudiantes de décimo semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Baja California y 30 MIP del Hospital General IMSS-Bienestar. Se recolectaron datos demográficos, antropométricos y sobre hábitos relacionados con exposición solar, actividad física y uso de protector solar (Tabla 1). Se midieron valores séricos de 25OH VD3 (ng/mL) y PTH intacta (pg/mL) mediante métodos estandarizados. La clasificación de los valores de VD3 se realizó según los criterios de la *Endocrine Society Clinical Practice Guideline*. Para el análisis estadístico se emplearon las pruebas t de Student, U de Mann-Whitney, ji cuadrada, ANOVA/Kruskal-Wallis y correlaciones de Pearson y Spearman, con significancia establecida en $p < 0,05$.

Resultados: El promedio global de 25OH VD3 fue de $20,8 \pm 6,0$ ng/mL. Se observó predominio de insuficiencia (44,1%) y deficiencia (45,8%), mientras que sólo el 10,2% presentó valores suficientes. Los MIP registraron cifras significativamente menores que los estudiantes ($17,9 \pm 6,2$ vs. $23,8 \pm 5,7$ ng/mL, $p = 0,0035$). En cuanto a hábitos, los MIP registraron menor exposición solar, mientras que los estudiantes presentaron mayor uso de protector solar e inactividad física ($p < 0,05$). La PTH intacta promedio fue de $51,3 \pm 19,3$ pg/mL, con 18,6% de los participantes por encima de 70 pg/mL, sin diferencias significativas por sexo o nivel académico. Se encontró una correlación positiva débil entre 25OH VD3 y PTH ($p = 0,260$, $p = 0,048$), y una correlación negativa entre el índice de masa corporal (IMC) y 25OH VD3 ($p < 0,05$).

Conclusiones: La hipovitaminosis D es altamente prevalente entre médicos internos y estudiantes de medicina en Mexicali, y es más pronunciada en los MIP. Los factores como la baja exposición solar, el uso excesivo de

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de 25OH vitamina D₃ y PTH intacta por sexo y nivel académico. (CG115)

Nivel académico	Sexo	Promedio 25OH VitD ₃ (ng/mL)	25OH Vit D ₃ Mín	25OH Vit D ₃ Max	Promedio PTH intacta (pg/mL)	PTH intacta Mín	PTH intacta Máx	p (comparación)
Estudiantes medicina 10° sem	F	23,73	11,77	40,38	53,78	25,82	106,70	VitD3 ($p = 0,92$), PTH ($p = 0,41$)
	M	23,98	12,45	29,22	63,78	42,02	106,10	
Médicos internos pregrado	F	17,84	6,93	38,58	47,55	20,70	109,10	VitD3 ($p = 0,86$), PTH ($p = 0,72$)
	M	18,05	8,83	31,42	46,54	33,32	127,20	
Total		20,80	6,93	40,38	51,33	20,70	127,20	

protector solar, la inactividad física y el mayor IMC se vinculan con valores reducidos de 25OH VD3. Aunque no se evidenció la relación inversa típica entre VD3 y PTH, los datos sugieren la presencia de hiperparatiroidismo secundario en algunos casos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar estrategias preventivas, como programas de complementación, promoción de actividad física y educación sobre exposición solar segura, dirigidas al personal médico en formación.

Bibliografía

- Holick MF. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med.* 2007;357(3):266-81.
- Mithal A, Wahl DA, Bonjour JP, *et al.* Global vitamin D status and determinants of hypovitaminosis D. *Osteoporos Int.* 2009;20(11):1807-20.
- Aranow C. Vitamin D and the immune system. *J Investig Med.* 2011;59(6):881-6.
- Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, *et al.* Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(7):1911-30.

CG116

ESTUDIO DE PACIENTES MEXICANOS CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

I. Mendoza-Lujambio¹, I. García-De La Torre², L. Andrade-Ortega³, M. Vázquez-Del Mercado⁴, K. Lamadrid-Gámez², C. Pérez-Rostro¹, D. Pérez-Covarrubias⁵

⁽¹⁾Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, ⁽²⁾Hospital General de Occidente, SS, Guadalajara, Jalisco, ⁽³⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽⁴⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁵⁾Centro de Estudios de Investigación Básica y Clínica

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo de enfermedades autoinmunes y sistémicas que afectan a los músculos esqueléticos. Estas enfermedades se caracterizan por debilidad proximal, elevación de las enzimas musculares, principalmente creatina fosfoquinasa; compromiso multiorgánico, casi siempre pulmonar; infiltrado leucocitario en tejido muscular; así como autoanticuerpos específicos de miositis. La presencia de anticuerpos específicos de miositis (MSA) y anticuerpos asociados a miositis (MAA) sugiere que existe un componente autoinmune que participa en el desarrollo de las MII. En este estudio se analiza a los pacientes con miositis, con y sin enfermedad pulmonar intersticial (NPI y EPI) y se describen los MAA y MSA, los anticuerpos antinucleares (AAN) y las variables clínicas entre los grupos.

Objetivo: Analizar la frecuencia de autoanticuerpos específicos y relacionados de miositis, anticuerpos antinucleares y diferentes variables clínicas en pacientes con MII y enfermedad pulmonar intersticial (EPI).

Materiales y métodos: Se estudió a 57 pacientes mexicanos con diferentes MII, usuarios del Hospital General de Occidente, que firmaron un consentimiento informado. A los pacientes inscritos se les determinaron sus datos clínicos y se tomaron 10 mL de sangre periférica para realizar la determinación de autoanticuerpos específicos y asociados de miositis (MSA y MAA) mediante la prueba de inmunospecificidad por inmunotransferencia (*myositis antigen profile*) (EUROIMMUN Medizinische Labordiagnostika AG, Lubeck, Alemania), así como la prueba de AAN mediante IFI en portaobjetos comerciales con células Hep-2 (Inova Diagnostics, Inc., San Diego, CA, EUA), con registro del patrón encontrado de acuerdo con la clasificación ICAP.

Resultados: La mayoría de los pacientes correspondió al género femenino (76,8%). Los subtipos de MII hallados en los pacientes fueron: dermatomiositis (DM), polimiositis (PM), dermatomiositis amiopática (DMA), dermatomiositis juvenil (DMJ), escleromiositis (ES), síndrome antisintetasa (SAS), miositis asociada a cáncer (MAC), miositis necrosante inmunomediada (MNIM) y miositis con sobreposición (MS). Las más comunes fueron: DM (52,7%), PM (23,6%) y CAM (19,3%). Entre los grupos de estudio (con EPI y sin EPI [NPI]) se encontró que las MII más frecuentes en el grupo de EPI fueron: DM (47,6%), DMA y SS con 19%. En el grupo de NPI, las MII más comunes fueron: DM (55,9%), PM (26,5%) y MAC (23,5%). Al analizar entre los grupos EPI y NPI, las variables de diabetes tipo 2 (DT2), alcoholismo (Alc), tabaquismo (Tab) e hipertensión (HTA),

sólo HTA mostró una diferencia estadísticamente significativa, y fue mayor la prevalencia en el grupo NEPI ($p = 0,004$). Otras diferencias significativas se observaron entre los subtipos clínicos de MII de PM, DMA, EM y MAC ($p = 0,037$, $p = 0,0428$, $p = 0,0244$ y $p = 0,0244$, respectivamente). En cuanto a las manifestaciones clínicas, se obtuvieron diferencias significativas en la presencia de heliotropo, pápulas de Gottron, artritis basal, disnea, fenómeno de Raynaud, manos de mecánico y EMG anormal ($p = 0,0095$, $p = 0,0024$, $p = 0,0244$, $p = 0,0001$, $p = < 0,0001$, $p = 0,0005$, $p = 0,0016$ y $p = 0,0254$, respectivamente). En relación con los MSA, se identificaron diferencias significativas en los autoanticuerpos anti-NXP2 y anti-Jo-1 ($p = 0,049$ y $p = 0,0284$). Respecto de los MAA, sólo el total de positivos (78,9% vs. 51,5%) mostró una diferencia significativa ($p = 0,0377$).

Conclusiones: Al analizar a los pacientes con MII con EPI y NPI se encontraron diferencias significativas en la HTA y en los subtipos clínicos PM, DMA, EM y MAC, así como con algunas manifestaciones clínicas. Éste es un estudio en el cual se analiza a los pacientes con EPI y NPI en individuos mexicanos con MII.

Bibliografía

- Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. *N Engl J Med.* 1975;292(7):344-77.
- Lundberg IE, Tjarnlund A, Bottai M, *et al.* 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.

CG117

DISFUNCIÓN SEXUAL Y PERCEPCIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON DERMATOMIOSITIS

J.A. Álvarez-Meza, J.P. González-Morales, G. García-Arellano, S.D.J. Martínez-Romero, S.B. Montemayor-Bobadilla, M.E. Corral-Trujillo, M.A. Villarreal-Alarcón, J.A. Cárdenas-De La Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La dermatomiositis, al afectar de forma predominante a la piel, puede desencadenar trastornos en la imagen corporal y baja autoestima. También la edad, sexo, menopausia y otras comorbilidades pueden influir en la percepción de la salud.

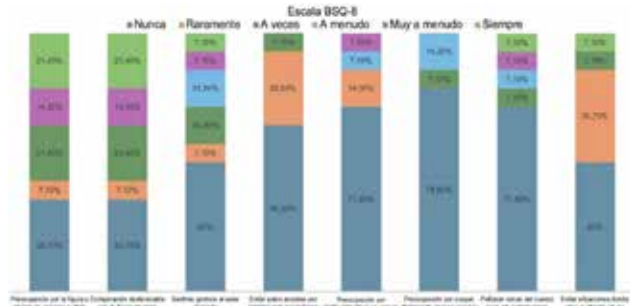
Objetivo: Evaluar la disfunción sexual y la percepción de la imagen corporal en pacientes adultos con dermatomiositis.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal observacional en pacientes adultos (≥ 18 años) con diagnóstico de dermatomiositis atendidos en la consulta externa de reumatología del Hospital Universitario en Monterrey, Nuevo León, entre junio de 2024 y junio de 2025. La disfunción sexual se evaluó con los cuestionarios *Arizona sexual experiences scale* (ASEX) y la percepción de la imagen corporal con el *Body shape questionnaire* (BSQ-8) en su versión abreviada, que clasificó cuatro niveles: sin preocupación (8-18), leve (19-25), moderada (26-33) y grave (34-48). El análisis estadístico empleó la prueba de Mann-Whitney, según la distribución de la muestra, y se utilizó la correlación de Spearman para explorar relaciones entre la escala BSQ-8, menopausia, comorbilidades y escalas ASEX y SHEPS.

Resultados: Se incluyó a un total de 14 pacientes, 92,9% de mujeres, con edad media de $43,93 \pm 16,86$; el 38,5% señaló menopausia; 78,6% refirió vida sexual activa y el 27,3% sufría disfunción sexual. Se identificó a un subgrupo dentro del espectro de preocupación leve en relación con su imagen corporal con una mediana de la escala BSQ-8 de 16 (RIQ, 9,25-20,75). Respecto de la escala SHEPS, la mediana del total de respuestas afirmativas fue de 3,5 (RIC, 3-4), mientras que la mediana del total de respuestas negativas fue de 2,5 (RIC, 2-3). Se encontró una diferencia significativa en la puntuación total de BSQ-8 entre mujeres posmenopáusicas y premenopáusicas ($U = 3,500$; $p = 0,019$). El grupo posmenopáusico registró un promedio de $10,40 \pm 3,78$ y el grupo premenopáusico un promedio de $21,25 \pm 8,24$, lo que indica una menor preocupación por la imagen corporal en las participantes posmenopáusicas (Figura 1). No se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación total de la escala BSQ-8 y la puntuación total de la escala ASEX ($\rho = -0,375$; $p = 0,256$).

Conclusiones: Se encontró disfunción sexual y alteración en la imagen corporal entre los pacientes sin observarse correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de disfunción sexual (ASEX) y la percepción corporal (BSQ-8). Esto sugiere que la disfunción sexual en la dermatomiositis no depende exclusivamente de la alteración de la imagen corporal, sino que puede estar influida por otros factores (actividad de la enfermedad, dolor, fatiga, comorbilidades o efecto psicológico). Los hallazgos resaltan la necesidad de integrar en la atención multidisciplinaria la evaluación de la función sexual y la imagen corporal, dado que ambas dimensiones afectan la calidad de vida, pero no necesariamente de forma interdependiente. Los estudios con muestras más amplias permitirán explorar en mayor profundidad los factores que determinan la disfunción sexual y las alteraciones de la percepción corporal, así como posibles intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar integral de los pacientes con dermatomiositis.

Figura 1. Distribución porcentual de respuestas en la escala BSQ-8 en pacientes con dermatomiositis que muestra predominio de baja preocupación corporal pero con un subgrupo que expresa insatisfacción y conductas de evitación. (CG117)



Bibliografía

De Souza FHC, de Araújo DB, Silva CA, *et al.* Analysis of sexual function of patients with dermatomyositis and polymyositis through self-administered questionnaires: a cross-sectional study. *Rev Bras Reumatol.* 2017;57(2):134-140.

CG118

REGISTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE DEL OÍDO INTERNO EN HOSPITAL PRIVADO DE TERCER NIVEL

D.N. Faz-Muñoz, R. Ceballos-Lizárraga

Centro Médico ABC

Introducción: La enfermedad autoinmune del oído interno (EAOI) se caracteriza por hipoacusia neurosensorial de rápida progresión, relacionada con síntomas como tinnitus o vértigo y puede progresar a sordera. Otras enfermedades autoinmunes sistémicas y la enfermedad de Ménière pueden ocasionar un cuadro de evolución similar. En la actualidad no se cuenta con criterios diagnósticos estandarizados por lo que es trabajo del clínico la sospecha, el abordaje y el tratamiento apropiados.

Tabla 1. (CG118)

Paciente	Edad/tiempo de evolución de los síntomas (años)	Bilateral	Síntomas	Respuesta a corticoides	Tratamiento	Mejoría audición
Paciente 1	66/0,5	Sí	Vértigo y tinnitus	Sí	MTX	No
Paciente 2	49/0,5	Sí	Plenitud ótica, tinnitus	Sí	MTX	Sí
Paciente 3	43/2	No	Vértigo, tinnitus, dolor y plenitud ótica	No	MTX	Sí (subjettiva)
Paciente 4	57/3	Sí	Vértigo, tinnitus	Sí	Golimumab sistémico	Sí, ganancia 10 dB
Paciente 5	44/4	Sí, metacrónica	Tinnitus y vértigo	Sí	Rituximab	Sí, ganancia de 15 dB
Paciente 6	47/6	Sí	Tinnitus	No	Golimumab sistémico	Sí, ganancia 10 dB
Paciente 7	32/1	Sí	Vértigo, tinnitus, náusea, vómito y dolor ótico	Sí	MTX	No

Presentación del caso: Se eligió a pacientes valorados por otoneurología como posibles casos de afectación autoinmune y que tuvieran más de una visita de valoración por reumatología. A todos se les realizó interrogatorio por exposición a tóxicos o medicamentos, así como abordaje de causas infecciosas, todos negativos. Se identificó a siete pacientes, cinco mujeres, con una mediana de edad de 47 años (RIQ, 32-66), con una mediana de dos años (RIQ, 6-6) de evolución de los síntomas. Todos los pacientes recibieron tratamiento sintomático estándar por parte del servicio de otoneurología; respecto del tratamiento inmunosupresor, todos los pacientes recibieron fármacos sintéticos convencionales (metotrexato) y en los casos de refractariedad se indicó tratamiento avanzado. Todos los sujetos experimentaron mejoría significativa de los síntomas relacionados, como vértigo y dolor ótico, si bien el tinnitus sólo mejoró de forma parcial. En 3/7 pacientes se identificó anti HSP-70 y, de igual forma, en 5/7 pacientes se obtuvo una respuesta clínica con esteroide sistémico o intratimpánico (disminución del vértigo o mejoría de la audición). La paciente 1 fue la de mayor edad con una mayor dependencia de dosis elevadas de prednisona, con brotes de vértigo que aparecían al disminuir a < 7,5 mg de prednisona al día. La paciente 2 fue la única que presentó respuesta clínica completa con metotrexato y actualmente se halla sin esteroide. La paciente 3 es la única con afectación unilateral, los pacientes 4 y 6 han tenido buena respuesta al golimumab con enfermedad estable y el paciente 5 es el único tratado con rituximab y único con afectación metacrónica (Tabla 1).

Discusión: La falta de criterios diagnósticos dificulta la agrupación y seguimiento de los pacientes con EAOI. Otros diagnósticos con posible trasfondo autoinmune como la enfermedad de Ménière comparten prácticamente todos los síntomas con la enfermedad autoinmune del oído interno, por lo que en algunos pacientes puede ser difícil la distinción. Un estudio reciente que analizó conglomerados en pacientes con enfermedad de Ménière describió a un subgrupo de individuos con afectación bilateral sincrónica en pacientes jóvenes y con hipoacusia adjunta que podrían sobreponerse a pacientes con EAOI.

Conclusiones: La EAOI es un reto para el clínico y exige un abordaje amplio y multidisciplinario para determinar la sospecha diagnóstica e iniciar tratamiento de forma oportuna, de tal modo que se evite una afectación irreversible. Los registros con pacientes en esta población ayudan a conocer tendencias en comportamiento y pronóstico.

Bibliografía

- Matsuoka AJ, Harris JP. Autoimmune inner ear disease: a retrospective review of forty-seven patients. *Audiol Neurotol* 2013;18:228-239.
- Mohseni-Dargahm M, Falahati Z, Pastras C, *et al.* Environmental research. 2023;238:116972.

CG119

ASOCIACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD FÍSICA, FUERZA PRENSIL, ACTIVIDAD CLÍNICA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

D.A. Salazar-Gutiérrez¹, J.F. Muñoz-Valle¹, L.E. Herrera-Jiménez¹, F. González-Rodríguez¹, S. Cerpa-Cruz², A.C. Macías-Martínez², I.V. Román-Fernández², C.J. Baños-Hernández¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, ⁽²⁾Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune que afecta principalmente a las articulaciones sinoviales y ocasiona limitaciones funcionales y disminución de la calidad de vida. Los factores modificables como la actividad física (AF) y la fuerza de prensión manual podrían influir en el estado clínico y funcional de los pacientes con AR; sin embargo, esta relación se ha explorado poco en la población mexicana.

Objetivo: Analizar la relación entre la AF, la fuerza de prensión manual, la actividad clínica y la calidad de vida en pacientes con AR del occidente de México.

Material y métodos: Se evaluó a 35 pacientes con AR clasificados de acuerdo con los criterios ACR/EULAR 2010. La AF y el tiempo sentado se determinaron con el cuestionario internacional de actividad física versión corta (IPAQ-S). La calidad de vida se evaluó con el índice *Health assessment questionnaire* versión en español (HAQ-DI) (Tabla 1). La fuerza de prensión manual se midió con dinamometría y la actividad clínica de la enfermedad con el índice *Disease activity score-28* (DAS28), con uso de la velocidad de sedimentación globular (VSG) como reactante de fase aguda.

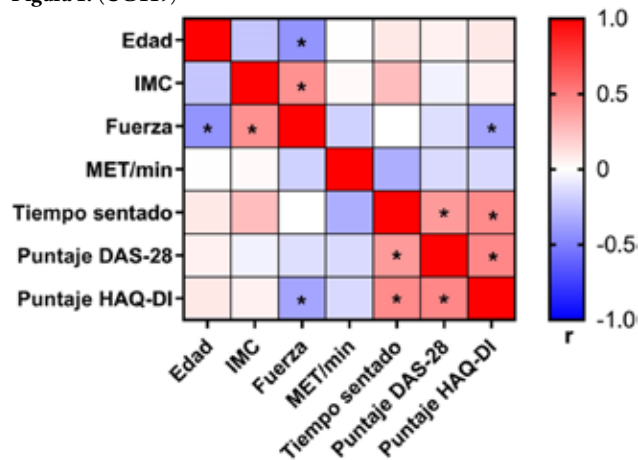
Tabla 1. Regresión lineal múltiple entre la puntuación del HAQ-DI y las variables antropométricas. (CG119)

Variable independiente	β (IC95%)	Error estándar	p
Fuerza	-0,483 (-0,087; -0,01)	0,019	0,015
Edad	-0,089 (-0,034; 0,021)	0,013	0,624
IMC	0,281 (-0,008; 0,066)	0,018	0,117
Sexo	0,162 (-0,541; 1,533)	0,508	0,336

Variable dependiente: puntuación del HAQ-DI.

Resultados: Se incluyó a 35 pacientes, con predominio de mujeres (94,3% vs. 5,7%) y edad media de 49 ($\pm 9,6$) años. La mediana del índice de masa corporal (IMC) fue de 27,2 (23,4-32,0) kg/m². La fuerza de prensión manual media fue de 18,1 ($\pm 7,1$) kg; el 74% de los pacientes registró valores inferiores a lo esperado respecto de la población mexicana sana según el informe de Rodríguez-García *et al.* Se observó una relación negativa entre la fuerza de prensión y la puntuación del HAQ-DI, ajustada por edad e IMC ($\beta = -0,483$, $p = 0,015$). A pesar de que no se encontraron relaciones significativas entre la AF y las variables clínicas o funcionales, sí se identificó una relación entre el tiempo sentado y la calidad de vida ($\beta = 0,454$, $r^2 = 0,21$, $p = 0,006$), así como la actividad clínica ($\beta = 0,394$, $r^2 = 0,15$, $p = 0,019$). El análisis de mediación indicó que la relación entre el tiempo sentado y la actividad clínica fue indirecta y mediada por la puntuación del HAQ-DI (IC95% [0,0595-38,41], $\beta = 16,68$). En el análisis de los componentes individuales del DAS28, el tiempo sentado se correlacionó positivamente con la evaluación global del paciente (EVA) ($r = 0,403$, $p = 0,016$) y con el número de articulaciones dolorosas ($r = 0,352$, $p = 0,038$) (Figura 1).

Figura 1. (CG119)



Conclusiones: En pacientes con AR, una menor fuerza de prensión manual, independiente de la edad y el IMC, se vincula con mayor deterioro funcional. Se sugiere una posible retroalimentación en la que un mayor tiempo sentado se relaciona con una disminución de la calidad de vida, lo que a su vez se vincula indirectamente con mayor actividad clínica, acompañada de un incremento de los valores de EVA y el número de articulaciones dolorosas. Estos hallazgos destacan la relevancia de factores modificables como la fuerza muscular y el sedentarismo en el abordaje integral de la AR, así como la necesidad de profundizar en investigaciones futuras al respecto.

Bibliografía

- Hu H, Xu A, Gao C, *et al.* The effect of physical exercise on rheumatoid arthritis: An overview of systematic reviews and meta-analysis. Journal of Advanced Nursing. Blackwell Publishing Ltd. 2021;77:506-22.
- Rodríguez-García WD, García-Castañeda L, Orea-Tejeda A, *et al.* Handgrip strength: Reference values and its relationship with bioimpedance and anthropometric variables. Clinical Nutrition ESPEN. 2017;1(19):54-8.

CG120

COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA PEQUEÑA EN NEUMOPATÍA INTERSTICIAL DE ORIGEN AUTOINMUNE: ¿UN MARCADOR TEMPRANO DE PROGRESIÓN RESPIRATORIA?

N.I. Ruiz-Gómez, K. Chacón-Abril, G.B. Garduño-Arriaga, D. Rivero-Gallegos, M.I. González-Pérez, J. Rojas-Serrano

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por fibrosis, alteraciones vasculares y compromiso multiorgánico. Un subgrupo de pacientes presenta manifestaciones clínicas y serológicas de autoinmunidad sin cumplir criterios ACR/EULAR, definidos como neumopatía intersticial de origen autoinmune (NI-IA). La identificación de compromiso de la vía aérea pequeña podría constituir un marcador temprano de progresión.

Objetivo: Caracterizar clínica, funcional y serológicamente a pacientes sin criterios ACR/EULAR. Describir la frecuencia de NI-IA y su relación con autoanticuerpos. Analizar la relación entre compromiso bronquiolar (FEF25-75% < 65%) y variables clínicas, funcionales y serológicas (Tabla 1). **Material y métodos:** Se incluyó a pacientes con EPID que no cumplieran criterios ACR/EULAR 2013. Se definió compromiso bronquiolar como FEF25-75% < 65%. Se registraron manifestaciones clínicas, autoanticuerpos relacionados con ES y miopatías. Las variables continuas se describieron de acuerdo con la distribución y las categóricas en frecuencias. Para las relaciones se calcularon *odds ratio* (OR) con IC95%.

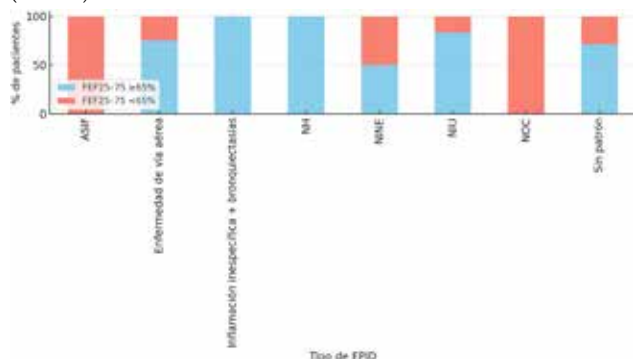
Tabla 1. Relación de variables clínicas con compromiso de la vía aérea pequeña. (CG120)

Variable clínica	OR	IC95%	χ^2	p
Estertores crepitantes*	0,22	0,08-0,63	7,0	0,008
Neuropatía periférica	≈2,1	0,9-5,0	3,1	0,07
Úlceras orales	≈1,9	0,8-4,6	2,9	0,08

*Relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Resultados: Se estudió a 70 pacientes, 81,4% de mujeres, con edad promedio de 63 años. Predominaron los patrones NINE y NIU. Los anticuerpos relacionados con ES y las miopatías se documentaron en 25,7%. El compromiso de la vía aérea grande (FVC < 80%) se observó en 45,7%, sin relaciones significativas. El compromiso de la vía aérea pequeña estuvo presente en 44,3%, junto con estertores crepitantes (OR ≈ 0,22; IC95%, 0,08-0,63; $p = 0,008$) y con tendencia a mayor frecuencia en hombres (OR ≈ 0,20; IC95%, 0,04-0,99; $p = 0,07$). Fue más común en NINE (50%), también observado en NIU y NOC, sin alcanzar significancia global ($\chi^2 = 10,63$, $p = 0,156$). Véase la Figura 1.

Figura 1. Compromiso de la vía aérea pequeña según el tipo de EPID. (CG120)



Conclusiones: Los pacientes con NI-IA sin criterios ACR/EULAR muestran un perfil clínico y serológico semejante al de la ES definida, lo que sugiere un estadio temprano o intermedio de la enfermedad. El hallazgo de compromiso bronquiolar en casi la mitad de los casos subraya su relevancia como marcador de daño respiratorio incipiente. Este patrón podría corresponder a un fenotipo de bronquiolitis en el contexto de EPID, con valor potencial para la vigilancia estrecha, la estratificación pronóstica y la selección de intervenciones terapéuticas oportunas. La tendencia observada hacia una mayor frecuencia en hombres y en patrones NINE/NIU, aunque sin significancia estadística, plantea hipótesis clínicas que justifican estudios prospectivos con mayor tamaño muestral. En conjunto, estos hallazgos apoyan considerar al compromiso de la vía aérea pequeña como un componente clave dentro del espectro evolutivo de la ES y sus formas relacionadas.

Bibliografía

- Mejía M, Carrillo G, Rojas-Serrano J, *et al.* Idiopathic pulmonary fibrosis and hypersensitivity pneumonitis: morphologic features and survival. *Respiration*. 2009;78(5):445-53. doi:10.1159/000235678
- Parambil JG, Myers JL, Ryu JH. Diffuse bronchiolar involvement in connective tissue disease-associated interstitial lung disease. *Chest*. 2006;129(3):934-40. doi:10.1378/chest.129.3.934

CG121

ESTUDIO DE LA VARIANTE GENÉTICA rs231775 DEL GEN *CTLA-4* EN PACIENTES MEXICANOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

L.G. Montano-Montiel, I. Montúfar-Robles, R.E. Barbosa-Cobos, C. Hernández-Díaz, A.S. Vargas-Avilés

Hospital Juárez de México

Introducción: El origen de la artritis reumatoide (AR) es multifactorial, con influencia genética, ambiental y epigenética. El gen *CTLA-4* (*cytotoxic T-lymphocyte antigen 4*) desempeña un papel fundamental en la regulación negativa de la activación de linfocitos T; algunas variantes como rs231775 se han relacionado con un mayor riesgo de enfermedades autoinmunes, como AR, en diferentes poblaciones. Este polimorfismo se evaluó en dos estudios en una población mexicana occidental con AR sin encontrar una relación.

Objetivo: Identificar si la variante rs231775 del gen *CTLA-4* se vincula con susceptibilidad a presentar AR en pacientes mexicanos.

Material y métodos: Estudio de casos y controles; se incluyó a 100 mujeres con diagnóstico de artritis reumatoide según criterios EULAR/ACR 2010 y 100 mujeres sanas del Hospital Juárez de México sin antecedentes autoinmunes. Se realizó genotipificación mediante técnica RT-PCR con sondas TaqMan. La búsqueda de relación entre las variantes genéticas y la AR se determinó con el programa SNPStas y un valor de $p < 0,05$ considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Se estudió a 200 mujeres: 100 casos con AR y 100 controles sanos, ambos grupos comparables sin diferencias significativas. La proporción de genotipos rs231775 del gen *CTLA-4* fue similar: controles (AA 31%, AG 39%, GG 30%) y pacientes (AA 32%, AG 37%, GG 31%). En el modelo codominante, el genotipo AG mostró OR = 0,92 (IC95%, 0,47-1,79; $p = 0,96$), y GG fue comparable a los controles. Las frecuencias alélicas fueron idénticas: A 50,5%, G 49,5%, sin diferencia significativa (OR = 1,0; IC95%, 0,68-1,48; $p = 1,0$) (Tabla 1). Los controles cumplieron el equilibrio de Hardy-Weinberg.

Tabla 1. Frecuencias alélicas y genotípicas del SNV rs231775 del gen *CTLA-4* y análisis de relación en pacientes con artritis reumatoide ($n = 100$) y sujetos control ($n = 100$). (CG121)

Gen	Modelo	Genotipo	Co	AR	OR		
SNV		o alelo	n (%)	n (%)	IC95%	p	
<i>CTLA-4</i>	Codominante	AA	31 (31%)	32 (32%)			
<i>rs231775</i>		AG	39 (39%)	37 (37%)	0,92 (0,47-1,79)	0,96	
<i>A/G</i>		GG	30 (30%)	31 (31%)			
		Alelo	A	101 (50,5)	101 (50,5)		
			G	99 (49,5)	99 (49,5)	1,0 (0,68-1,48)	1,0

SNV, variante de un solo nucleótido; OR, *odds ratio*; IC, intervalo de confianza; $p < 0,05$, estadísticamente significativo; Co, sujetos control; AR, sujetos con artritis reumatoide.

Conclusiones: Este estudio no reveló nexo entre la variante genética rs231775 del gen *CTLA-4* y el desarrollo de artritis reumatoide en el grupo de mexicanos analizado.

Bibliografía

- Maisha JA, El-Gabalawy HS, O'Neil LJ. Modifiable risk factors linked to the development of rheumatoid arthritis: evidence, immunological mechanisms and prevention. *Front Immunol*. 2023;14:1221125. doi:10.3389/fimmu.2023.1221125.
- Shamala V, Devi SA. Deciphering the genetic impact of signal peptide missense CTLA-4 polymorphism with rheumatoid arthritis in the Indian population: A case-control and in silico studies. *Gene*. 2024;930:148819.

CG122

REQUERIMIENTO DE OXÍGENO EN PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

J. Reyes-Gonzaga, C.V. Cruz-Reyes, R.M. Bustamante-González

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, inflamatorias e inmunomediadas que afectan principal, pero no exclusivamente, al músculo. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación extramuscular que tiene una prevalencia de 20 a 78% según sea la serie consultada. Se considera un factor de riesgo para mortalidad, así como para el deterioro de la calidad de vida de los pacientes. Existen pocos estudios que evalúen los desenlaces a largo plazo, por ejemplo el del riesgo de requerir de forma prolongada oxígeno complementario.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo para el uso de oxígeno en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial y miopatías inflamatorias.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles anidados en una cohorte de miopatías inflamatorias idiopáticas del servicio de reumatología del Hospital de Especialidades La Raza en el periodo de enero de 2010 a diciembre de 2021. Mediante un análisis bivariado se seleccionaron aquellas con significancia estadística, así como las variables clínicamente relevantes para el desenlace y luego se realizó un análisis de regresión logística múltiple.

Resultados: Se analizó a un total de 129 pacientes, 92 mujeres y 37 hombres, de los cuales 48 presentaron enfermedad pulmonar intersticial con una mediana de edad de 43 años, predominio del sexo femenino (75,5%) y 8 (16%) que requirieron oxígeno de forma prolongada. Para el grupo de uso de oxígeno de forma prolongada se identificó significancia estadística del tabaquismo ($p = 0,12$), pero no diferencia para el sexo, tipo de miopatía, manifestaciones clínicas, tratamiento con ciclofosfamida, rituximab, inmunoglobulina y micofenolato. En el análisis de regresión logística múltiple se reconoció que la presencia de positividad para anti-Jo1 se vincula con el uso de oxígeno prolongado en pacientes con EPI y MII con un OR de 12, IC95% de 1,0-144, y una p de 0,04 (**Tabla 1**).

Tabla 1. Modelo multivariado para factores de riesgo para el uso de oxígeno prolongado en pacientes con EPI y MII. (CG122)

Factores relacionados con el uso de oxígeno prolongado en pacientes con EPI y MII					
	Oxígeno LT	Sin oxígeno LT	OR	IC95%	p
Metotrexato antes de la EPI, n (%)	3 (3,4)	85 (96,6)	0,6	0,02-1,5	0,9
Anti-Jo1, n (%)	4 (66)	2 (33)	12	1,0-144	0,04 *
PCR basal positiva, n (%)	4 (8,7)	42 (91,3)	0,4	0,02-10	0,6

*Estadísticamente significativo $p < 0,05$.

LT, largo tiempo.

Conclusiones: La presencia del anti-Jo1 se relaciona con el uso de oxígeno prolongado en pacientes con EPI y MII de acuerdo con este estudio; sin embargo, se requieren estudios que incluyan a un mayor número de pacientes, seguimientos con pruebas de función pulmonar, así como la determinación de otros anticuerpos para identificar otros factores que contribuyan al deterioro funcional respiratorio de estos pacientes y puedan evitarse o tratarse de forma oportuna.

Bibliografía

- Cobo-Ibáñez T, López-Longo FJ, Joven B, *et al.* Long-term pulmonary outcomes and mortality in idiopathic inflammatory myopathies associated with interstitial lung disease. *Clin Rheumatol.* 2019;38(3):803-815.
- Li S, Sun Y, Shao C, *et al.* Prognosis of adult idiopathic inflammatory myopathy-associated interstitial lung disease: a retrospective study of 679 adult cases. *Rheumatology (Oxford).* 2021;60(3):1195-1204.

CG123

PREVALENCIA DE SÍNDROMES DE SOBREPOSICIÓN EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE MÉXICO

E. Álvarez-Hernández, R.E. Ramírez-Ibarra, J.L. Armenta-González, M. Cuauhtenco-Tlaxcaltécatl, I.L. Gámez-Saiz, F.A. Martínez-Miranda, E. Ponce-Morales, E. Ulin-Izquierdo, J.C. Casasola-Vargas, C.J. Gómez-Ruiz, G. Huerta-Sil, L. Lino-Pérez, J.F. Moctezuma-Ríos, G. Meza-López y Olguín, G. Medrano-Ramírez

Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los síndromes de sobreposición (SSP) se definen como entidades que llenan criterios de clasificación de al menos dos enfermedades del tejido conectivo (ETC), al mismo tiempo en un mismo paciente. Las manifestaciones clínicas observadas en los SSP pueden diferir de las observadas en ETC simples. Los SSP pueden clasificarse en los relacionados con un perfil de autoanticuerpos específicos (enfermedad mixta del tejido conectivo con anticuerpos anti-U1-RNP, escleromiositis con anticuerpos anti-PM/Scl, síndromes antisintetasa con anticuerpos anti-tRNA sintetasa y lupus eritematoso con síndrome de Sjögren con anticuerpos anti-La/SSB) y los no vinculados con un perfil de anticuerpos específico (el resto

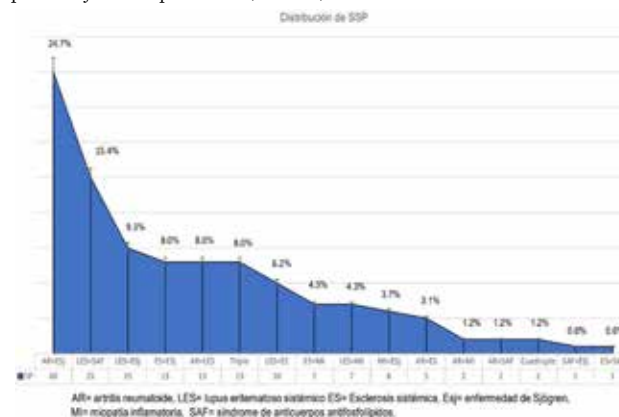
de las combinaciones). Cada ETC puede relacionarse con cualquiera de las otras, en múltiples combinaciones, pero lo más común es la presencia de dos entidades a la vez, aunque en algunos casos pueden coexistir tres o hasta cuatro diferentes ETC (síndromes de sobreposición múltiple). Existe muy escasa información sobre la epidemiología de los SSP; algunos autores publican una frecuencia de 25%, pero podría ser inexacto al usarse definiciones diversas y basarse en informes de series de casos, además de que algunas de las ETC, al considerarse como “secundarias”, no se incluyen como sobreposición (p. ej., síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y enfermedad de Sjögren). Reconocer los SSP es importante para predecir desenlaces y elegir el mejor tratamiento y así evitar complicaciones.

Objetivo: Determinar la prevalencia acumulada de SSP en un servicio de reumatología de un hospital de tercer nivel. Describir las frecuencias y diferentes combinaciones de SSP identificadas.

Material y métodos: Se registró a pacientes atendidos en la consulta externa de reumatología del Hospital General de México Eduardo Liceaga (HGMEL) con diagnóstico de SSP en el periodo comprendido entre marzo y agosto de 2025. De cada paciente se recabaron datos sociodemográficos y se revisó el expediente clínico para verificar que cumpliera con los criterios de clasificación específicos para cada ETC. Se excluyó a los pacientes con datos incompletos. Para el cálculo de prevalencias se obtuvieron las estadísticas del hospital para registrar a los pacientes atendidos en el servicio en el mismo periodo de tiempo de forma general y por diagnóstico específico.

Resultados: En el servicio de reumatología del HGMEL, en el periodo de seis meses, se atendió a 6 855 pacientes, pero sólo 5 158 tenían alguna ETC. Se reconoció a 162 pacientes con SSP, con una edad promedio de $45 \pm 13,7$ años y 155 (95,7%) fueron del sexo femenino. El 90,8% cumplía criterios clínicos para dos entidades reumatológicas, 8% para tres y 1,2% para cuatro. La distribución de los diferentes tipos de sobreposiciones se muestra en la **Figura 1**, pero la sobreposición más frecuente fue la de artritis reumatoide y enfermedad de Sjögren. La prevalencia calculada de forma global y por cada enfermedad principal se muestra en la **Tabla 1**; los SSP más frecuentes fueron enfermedad de Sjögren y SAF. En cuanto a las comorbilidades, en 104 (64,2%) no hubo ninguna, 16 (9,9%) tuvieron hipotiroidismo, 13 (8%) diabetes mellitus, 8 (4,9%) hipertensión arterial, 7 (4,3%) colangitis biliar primaria y 14 (8,6%) alguna otra.

Figura 1. Distribución de SSP en pacientes atendidos en el servicio de reumatología en un periodo de seis meses. Se muestran el número y el porcentaje de los pacientes. (CG123)



Conclusiones: Los SSP son poco frecuentes con prevalencias bajas, pero reconocerlas como entidades simultáneas en un paciente es primordial para su atención y tratamiento médico individualizado.

Bibliografía

- Iaccarino L, Gatto M, Bettio S, *et al.* Overlap connective tissue disease syndromes. *Autoimmun Rev.* 2013;12(3):363-73. doi: 10.1016/j.autrev.2012.06.004.
- Maddison PJ. Overlap syndromes and mixed connective tissue disease. *Curr Opin Rheumatol.* 1991;3(6):995-1000. doi: 10.1097/00002281-199112000-00016.

Tabla 1. Prevalencia de SSP en pacientes atendidos en el servicio de reumatología en un periodo de seis meses. (CG123)

Diagnóstico	Prevalencia	IC95%
Total	162/5158 = 0,031	0,027-0,036
AR	67/2478 = 0,027	0,021-0,033
LES	89/1624 = 0,055	0,044-0,066
ES	46/368 = 0,125	0,091-0,159
ESj	85/318 = 0,267	0,219-0,316
MI	25/206 = 0,121	0,077-0,166
SAF	34/164 = 0,207	0,145-0,269

AR, artritis reumatoide; LES, lupus eritematoso sistémico; ES, esclerosis sistémica; ESj, enfermedad de Sjögren; MI, miopatía inflamatoria; SAF, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

CG124

FRECUENCIA DE ALTERACIONES EN LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DE ÁCIDO ÚRICO SEGÚN LA PUNTUACIÓN DAS28 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

E. García-Rojas, G. Romo-Aguinaga

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune e inflamatoria crónica con una prevalencia global de 0,25 a 1%, con implicaciones importantes en la calidad de vida, funcionalidad e incluso en la mortalidad. Es una de las principales causas de discapacidad en México y se relaciona con diversas comorbilidades, entre ellas un mayor riesgo cardiovascular.

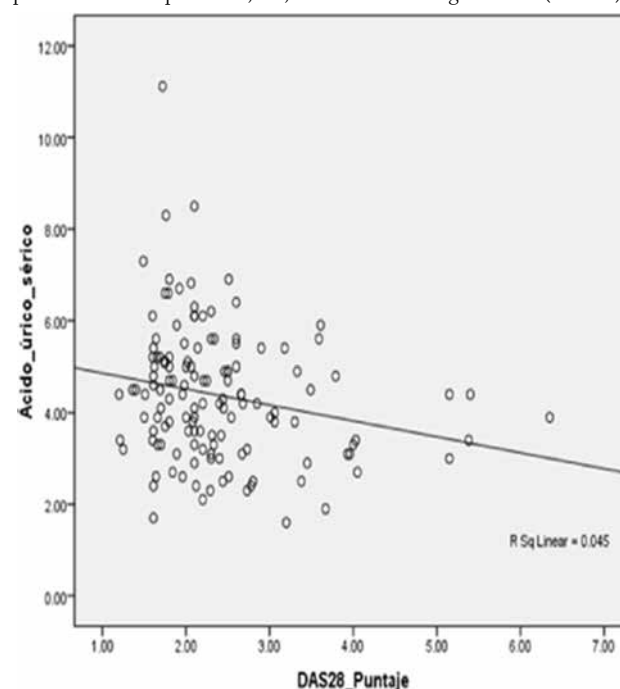
El ácido úrico, producto final del metabolismo de las purinas, se ha vinculado con el riesgo cardiovascular tanto en la población general como en pacientes con AR. Las alteraciones de sus concentraciones, sea hiperuricemia o hipouricemia, se han vinculado con una mayor inflamación y riesgo cardiovascular. Además, el ácido úrico tiene un papel dual: puede activar al sistema inmune, pero también tiene propiedades antioxidantes. Sin embargo, existe controversia sobre su relación con la actividad inflamatoria de la AR y se desconoce la frecuencia de alteraciones en sus valores en esta población en el Centro Médico Nacional de Occidente.

Objetivo: Determinar la frecuencia de las alteraciones de la concentración de ácido úrico sérico según la puntuación DAS28 en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo en pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010, adscritos al Centro Médico Nacional de Occidente, que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Se incluyó a 135 participantes y se consideraron variables como edad, sexo, rigidez matutina, número de articulaciones inflamadas y dolorosas, valores de VSG, PCR, ácido úrico, DAS28, EVA, tabaquismo y comorbilidades. Se revisaron expedientes clínicos y se realizaron pruebas de laboratorio para determinar las cifras séricas de ácido úrico. El análisis estadístico fue descriptivo, con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y frecuencias para cualitativas.

Resultados: Se incluyó a 135 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide; el 70,4% se encontraba en remisión clínica y el 14,1% en actividad leve según el índice DAS28. La normouricemia se observó en el 88,9% de los casos, mientras que la hipouricemia y la hiperuricemia se identificaron en el 7,4% y 3,7%, respectivamente. Se observó una correlación negativa y significativa entre los valores séricos de ácido úrico y la actividad inflamatoria ($p = -0,213$, $p = 0,013$), lo que sugiere que, a mayor actividad de la enfermedad, las concentraciones de ácido úrico tienden a disminuir (Figura 1). No se evidenciaron diferencias significativas en manifestaciones articulares entre los grupos de uricemia y en los pacientes con hiperuricemia no se hallaron signos indicativos de artritis gotosa. Se observaron relaciones significativas entre hipouricemia y uso de leflunomida, así como entre hiperuricemia y el consumo de IECA y diuréticos tiazídicos.

Figura 1. Valores del ácido úrico en el eje "Y" y su puntuación DAS28 en el eje "X". La línea de tendencia muestra una pendiente negativa, lo cual sugiere una relación inversa: a mayor puntuación de DAS28, cifras más bajas de ácido úrico sérico. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman; el valor obtenido fue $\rho = -0,21$, lo que indica una correlación negativa débil, pero existente. La p fue de 0,013, estadísticamente significativa. (CG124)



Conclusiones: Se demostró una baja frecuencia de alteraciones en la uricemia en pacientes con artritis reumatoide, con predominio de la normouricemia. La correlación inversa entre ácido úrico y actividad inflamatoria sugiere que este metabolito podría comportarse como un marcador bioquímico indirecto de inflamación. La ausencia de signos articulares en los pacientes con hiperuricemia permitió descartar clínicamente la coexistencia de gota. Estos hallazgos abren la posibilidad de explorar el ácido úrico como herramienta complementaria en el seguimiento de la artritis reumatoide, aunque se requieren estudios longitudinales que validen su utilidad clínica y pronóstica.

Bibliografía

- Di Matteo A, Bathon JM, Emery P. Rheumatoid arthritis. Lancet [Internet]. 2023;402(10416):2019-33. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)01525-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01525-8).
- Clark P, Contreras D, Ríos-Blancas MJ, et al. Analysis of musculoskeletal disorders-associated disability in Mexico from 1990 to 2021. Gac Med Mex [Internet]. 2024;159(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/gmm.m24000831>.
- Moreno-Montoya J, Álvarez-Nemegyei J, Sanin LH, et al. Association of regional and cultural factors with the prevalence of rheumatoid arthritis in the Mexican population: a multilevel analysis. J Clin Rheumatol [Internet]. 2015;21(2):57-62. Disponible en: http://copcord.org/Publications/COPCORD-MEXICO_Association_of_Regional_AR_JCR_2015.pdf.
- Smolen JS, Aletaha D, Barton A, et al. Rheumatoid arthritis. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2018 [citado el 17 de julio de 2024];4(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29417936/>.
- MacGregor AJ, Snieder H, Rigby AS, et al. Characterizing the quantitative genetic contribution to rheumatoid arthritis using data from twins. Arthritis Rheum [Internet]. 2000;43(1):30-7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1002/1529-0131\(200001\)43:1<30::aid-anr5>3.0.co;2-b](http://dx.doi.org/10.1002/1529-0131(200001)43:1<30::aid-anr5>3.0.co;2-b).
- Padyukov L, Seielstad M, Ong RTH, et al. A genome-wide association study suggests contrasting associations in ACPA-positive versus

- ACPA-negative rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2011 [citado el 17 de julio de 2024];70(2):259-65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21156761>
7. Gregersen PK, Silver J, Winchester RJ. The shared epitope hypothesis. an approach to understanding the molecular genetics of susceptibility to rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* [Internet]. 1987 [citado el 17 de julio de 2024];30(11):1205-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2446635>
 8. Mor A, Abramson SB, Pillinger MH. The fibroblast-like synovial cell in rheumatoid arthritis: a key player in inflammation and joint destruction. *Clin Immunol* [Internet]. 2005 [citado el 18 de julio de 2024];115(2):118-28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15885632>
 9. Noss EH, Brenner MB. The role and therapeutic implications of fibroblast-like synoviocytes in inflammation and cartilage erosion in rheumatoid arthritis. *Immunol Rev* [Internet]. 2008 [cited 2024 Jul 18];223(1):252-70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18613841>
 10. Bradley K, Scatizzi JC, Fiore S, *et al*. Retinoblastoma suppression of matrix metalloproteinase 1, but not interleukin-6, through a p38-dependent pathway in rheumatoid arthritis synovial fibroblasts. *Arthritis Rheum* [Internet]. 2004 [cited 2024 Jul 18];50(1):78-87. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14730602/>

CG125

ADALIMUMAB MEJORA LA SALUD FÍSICA MEDIDA POR SF-36 EN MEXICANOS CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA: SERIE DE CASOS PROSPECTIVA

L.G. Ramírez-González, L.D. Hernández-Sánchez, V.I. Hernández-Sánchez, B.J. Aguilar-De León, J.M. Duque-Maya, J. Sepúlveda-Delgado
Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Introducción: La artritis reumatoide se vincula con un deterioro significativo de la calidad de vida relacionada con la salud, por lo que incorporar mediciones de la calidad de vida como un resultado señalado por el paciente (PRO) es imprescindible para evaluar la efectividad de los tratamientos y mejorar las decisiones. Los estudios previos han demostrado que los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) controlan la inflamación, retrasan su progresión y modifican de forma positiva la calidad de vida, lo que es más evidente para los FARMEb y FARMEsd. En países en vías de desarrollo como México, donde la accesibilidad a FARMEb y FARMEsd es aún muy limitada, la información disponible sobre el efecto que tienen los tratamientos en la calidad de vida de la salud es escasa.

Objetivo: Señalar las tendencias de las puntuaciones de calidad de vida del instrumento SF-36 en pacientes que reciben FARMEsc o los que inician combinación de FARMEsc + FARMEb.

Material y métodos: Se diseñó un estudio prospectivo de cohorte a 36 meses que incluyó a pacientes con artritis reumatoide que reciben FARMEsc o FARMEb + FARMEsc, atendidos en la clínica de autoinmunidad del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud (HRAECS). Se excluyó a pacientes con sobreposición o con alguna otra artritis autoinmune. Se obtuvo consentimiento informado de cada paciente para recolectar datos e instrumentos de calidad de vida e índices de actividad cada tres meses a partir de la inclusión. El proyecto recibió dictamen de los comités de investigación y ética del HRAECS con el folio de registro No. 015/2024. Se recabaron los datos sociodemográficos y se utilizó el Health Survey SF-36 v2.0 en español como instrumento general de HRQoL. Se expresaron las puntuaciones por dominios y componentes de resumen. Se utilizaron los datos poblacionales de 150 controles para calcular las puntuaciones T del SF-36.

Resultados: De un total de 34 pacientes inscritos, 21 cuentan con seguimiento completo a seis meses, por lo que se muestran sus resultados. Diez casos pertenecen al grupo de FARMEb y 11 al grupo de FARMEsc + FARMEsc, con una edad de 41 a 60 años; 20/21 casos correspondieron a mujeres. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 13 ± 8 años. En

la **Tabla 1** se observan los datos sociodemográficos, los referentes a la enfermedad y los índices de actividad basales de ambos grupos. La **Figura 1** muestra los resultados completos en los diferentes dominios de calidad de vida en ambos grupos a los 0 y 6 meses de seguimiento. Los pacientes con FARMEsc + FARMEb presentaron mejoría significativa a los seis meses en los dominios de función física, salud general, vitalidad y salud mental, mientras que los sujetos con FARMEsc sólo experimentaron mejoría en el aspecto emocional.

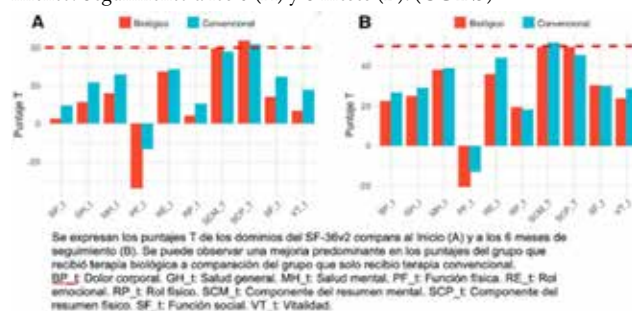
Tabla 1. Características basales de la población. (CG125)

Características	Biológico n = 10	Convencional n = 11	p
Sexo			> 0,9
hombre	0 (0%)	1 (9,1%)	
mujer	10 (100%)	10 (91%)	
Edad (años)	44 (41-47)	48 (42-60)	0,2
Tiempo de evolución de AR (años)	13 ± 8	13 ± 7	0,7
Serología			0,6
Seronegativa	2 (20%)	1 (9,1%)	
Seropositiva	8 (80%)	10 (91%)	
Número FARMEcs			0,048
> 3	4 (80%)	0 (0%)	
≤ 2	1 (20%)	5 (100%)	
Uso de glucocorticoides	4 (40%)	2 (18%)	0,4
Dosis de glucocorticoides empleada (prednisona)			> 0,9
> 10 mg/día	1 (10%)	1 (9,1%)	
≤ 10 mg/día	9 (90%)	10 (91%)	
DAS28 VSG			0,006
Media ± SD	$5,87 \pm 1,31$	$3,56 \pm 1,54$	
Actividad por DAS28 VSG			0,016
Remisión	0 (0%)	1 (13%)	
baja	0 (0%)	2 (25%)	
moderada	2 (20%)	4 (50%)	
alta	8 (80%)	1 (13%)	
DAS28 PCR			0,009
Media ± SD	$5,21 \pm 1,58$	$3,09 \pm 1,08$	
Actividad por DAS28.PCR			0,028
Remisión	1 (10%)	2 (25%)	
baja	0 (0%)	4 (50%)	
moderada	3 (30%)	1 (13%)	
alta	6 (60%)	1 (13%)	

Se adjuntan los datos de la población de estudio a los 0 meses.

VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva.

Figura 1. Comparación de los dominios de SF-36 por grupo de tratamiento. Seguimiento a los 0 (A) y 6 meses (B). (CG125)



Conclusiones: La adición de FARMEb a FARMEsc mejora la función física, salud general, vitalidad y salud mental en comparación con FARMEsc. Es necesario efectuar un análisis con un mayor número de pacientes

y considerar análisis longitudinales que permitan evaluar si las tendencias observadas a seis meses se mantienen a lo largo del tiempo y se correlacionan con otros factores como índices de actividad, biomarcadores y otros PRO. La evaluación de la calidad de vida podría ser un PRO que permita mejorar las decisiones terapéuticas en pacientes con AR activa a quienes se les inicia FARMED.

Bibliografía

1. Strand V, Rentz AM, Cifaldi MA, *et al.* Health-related quality of life outcomes of adalimumab for patients with early rheumatoid arthritis: results from a randomized multicenter study. *The Journal Of Rheumatology* [Internet]. 1 de noviembre de 2011;39(1):63-72.
2. Azevedo AFB, De Petribú KCL, De Novaes Lima M, *et al.* Quality of life of patients with rheumatoid arthritis under biological therapy. *Revista Da Associação Médica Brasileira* [Internet]. 1 de abril de 2015;61(2):126-31.

CG126

ESTABLECIENDO VALORES DE REFERENCIA DE ÁCIDO ÚRICO EN ADULTOS SANOS EN CIUDAD DE MÉXICO: DATOS DE LA COHORTE TLALPAN 2020

G. Tirado-Ojeda, H. Miranda-Mendoza, D. Paulino-González, J. Sesma-Soto, S. Segura-García, A. Romero-Beltrán, F. Ortiz-Sánchez, M. Enriquez-Luna, B. Fisher-Bautista, G. Gutiérrez-Esparza, M. Martínez-García, L.M. Amezcua-Guerra

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El ácido úrico (AU) es el producto final del catabolismo de las purinas y sus valores se han relacionado con diversos trastornos cardiometabólicos. En México, la mayoría de los datos epidemiológicos sobre las concentraciones de AU proviene de poblaciones con comorbilidades, lo que limita el establecimiento de valores de referencia normativos.

Objetivo: Caracterizar la distribución de las concentraciones séricas de AU en una población adulta sana residente en la Ciudad de México.

Material y métodos: Se realizó un análisis transversal con datos de 3 099 adultos sanos (64,6% de mujeres) inscritos en la cohorte Tlalpan 2020 (Tabla 1). Se excluyó a los participantes con enfermedades crónicas, cifras anormales de presión arterial o glucosa, o exposición a medicamentos que alteran el AU. Se registraron parámetros clínicos, antropométricos y bioquímicos, y se analizaron las concentraciones séricas de AU de forma global y estratificada por sexo.

Tabla 1. Características clínicas de los participantes del estudio en la cohorte Tlalpan 2020. (CG126)

	Global (n = 3 099)	Mujeres (n = 2 003)	Hombres (n = 1 096)
Edad, años	38 (29-45)	39 (30-46)	37 (28-44)
Peso, kg	69,0 (60,0-79,2)	64,0 (57,0-73,0)	77,5 (69,6-86,5)
Altura, cm	1,6 (1,5-1,6)	1,5 (1,5-1,6)	1,7 (1,6-1,7)
Índice de masa corporal (IMC), kg/m ²	26,3 (23,7-29,5)	26,0 (23,3-24)	26,7 (24,3-29,7)
Circunferencia abdominal, cm	89,0 (81,0-97,0)	86,0 (79,0-95,0)	93,0 (86,0-100,0)
Presión arterial sistólica promedio, mmHg	106,3 (98,6-114,0)	103,3 (96,6-110,6)	110,6 (104,6-118,0)
- Primera medición, mmHg	108 (100-116)	106 (98-112)	112 (106-120)
- Segunda medición, mmHg	106 (98-112)	102 (96-110)	110 (102-118)
- Tercera medición, mmHg	106 (98-112)	102 (96-110)	110 (102-118)
Presión arterial diastólica promedio, mmHg	71,3 (65,3-78,0)	70,0 (64,0-75,6)	74,6 (69,3-80,0)

- Primera medición, mmHg	72 (66-80)	70 (64-88)	76 (70-80)
- Segunda medición, mmHg	70 (66-88)	70 (64-76)	74 (70-80)
- Tercera medición, mmHg	70 (64-78)	70 (62-76)	74 (70-80)
Fumador activo, n (%)	716 (23)	400 (19)	316 (28)
Consumo de alcohol, n (%)	2.125 (68)	1.282 (64)	843 (76)
Antecedente de madre con gota, n (%)	102 (3)	71 (3)	31 (2)
Antecedente de padre con gota, n (%)	333 (10)	220 (10)	113 (10)
Análisis de laboratorio			
Creatinina, mg/dL	0,7 (0,6-0,9)	0,7 (0,6-0,7)	0,9 (0,8-1,0)
Colesterol total, mg/dL	179,4 (159,7-202,9)	178,4 (159,4-200,6)	182,2 (160,1-207,1)
Colesterol de alta densidad (C-HDL), mg/dL	46,5 (39,7-55,3)	50,0 (42,5-58,6)	42,2 (35,9-47,8)
Colesterol de baja densidad (C-LDL), mg/dL	116,4 (98,2-137,0)	114,5 (97,2-134,5)	120,4 (100,8-141,4)
Triglicéridos, mg/dL	118,9 (84,9-170,5)	110,6 (80,8-154,5)	141,4 (98,0-200,8)
Glucosa, mg/dL	92,0 (87,0-98,0)	91,0 (86,0-97,0)	94,0 (89,0-99,0)

Los datos están presentados en medianas (intervalos intercuartílicos; percentiles 25 y 75%).

Resultados: La mediana de la concentración sérica de AU en la cohorte general fue de 5,16 mg/dL (rango intercuartílico: 4,32-6,15), con un intervalo de referencia central del 95% que osciló entre 3,05 y 7,98 mg/dL. La mediana de la concentración de AU difirió significativamente según el sexo: 4,60 mg/dL (3,99-5,28) en mujeres y 6,39 mg/dL (5,61-7,09) en hombres. La prevalencia de hiperuricemia en la cohorte total fue del 16,5%, notablemente mayor en hombres (28,4%) que en mujeres (10,0%).

Conclusiones: Este estudio establece valores de referencia específicos para cada sexo para el ácido úrico sérico en una población adulta mexicana sana. Los hallazgos podrían orientar la toma de decisiones clínicas y futuras investigaciones sobre la estratificación del riesgo de ácido úrico.

Bibliografía

1. Alegría-Díaz A, Valdez-Ortiz R, Murguía-Romero M, *et al.* Clinical significance of serum uric acid levels in Mexican young adults. *Contributions to nephrology*. 2018;192:125-134.
2. Gutiérrez-Esparza G, Martínez-García M, Márquez-Murillo MF, *et al.* Tlalpan 2020 Case Study: enhancing uric acid level prediction with machine learning regression and cross-feature selection. *Nutrients*. 2025;17(6):1052.

CG127

TERAPIA DE RECAMBIO PLASMÁTICO EN ENCEFALITIS AUTOINMUNE PEDIÁTRICA

I. Kattan-Mejía, C. León-Rodríguez, P. Lara-Herrera, E. Faugier-Fuentes, H. Menchaca-Aguayo

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La encefalitis autoinmune es un trastorno neurológico grave mediado por autoanticuerpos contra receptores neuronales. Su curso puede ser letal si no se trata oportunamente. El recambio plasmático terapéutico (RPT) constituye una estrategia inmunomoduladora útil por su capacidad de remover autoanticuerpos, inmunocomplejos y mediadores inflamatorios. Se presenta la experiencia en cinco pacientes pediátricos con encefalitis autoinmune tratados con RPT.

Presentación de los casos: Se revisaron los casos de cinco pacientes de 4 a 14 años (mediana, 9), tres varones y dos mujeres. Cuatro fueron positivos para anticuerpos anti-NMDAR y en uno no se realizó la determinación. Todos cumplieron con los criterios diagnósticos de encefalitis autoinmune propuestos por Graus *et al.* (2016). Las manifestaciones incluyeron crisis epilépticas focales y generalizadas, alteraciones conductuales y del lenguaje, movimientos anormales, encefalopatía y déficit motor. Dos presentaron fiebre y síntomas inespecíficos iniciales. Los estudios de imagen fueron heterogéneos, desde ausencia de alteraciones hasta lesiones desmielinizantes, isquémicas o áreas de encefalomalacia. El EEG y VEEG mostraron disfunción cortical generalizada y actividad epiléptica continua (**Tabla 1**). Todos recibieron RPT (3-7 sesiones, mediana 5) con albúmina como líquido de reemplazo. La mayoría recibió además esteroides, inmunoglobulina, micofenolato y anticonvulsivos. Un paciente con respuesta parcial recibió posteriormente rituximab, con estabilización clínica. Las complicaciones incluyeron alteraciones psiquiátricas, cuadriparesia flácida, encefalopatía epiléptica, disfagia y desnutrición. Tres pacientes (60%) presentaron infecciones intercurrentes (neumonía, infección urinaria, bacteriemia). El desenlace fue favorable en cuatro, con recuperación completa o parcial; uno presentó secuelas neurológicas persistentes.

Discusión: En esta cohorte, el RPT se acompañó de mejoría clínica y tuvo un perfil de seguridad adecuado, sin complicaciones graves atribuibles directamente al procedimiento. Las infecciones observadas fueron más bien consecuencia de la inmunosupresión global y la gravedad de la enfermedad. Los resultados concuerdan con los informes previos en población pediátrica, en la cual el RPT mostró mayor eficacia cuando se administró tempranamente y como parte de un esquema combinado de inmunoterapia. Esto lo posiciona como una herramienta relevante en escenarios de respuesta insuficiente a tratamientos convencionales.

La heterogeneidad clínica y radiológica resalta la complejidad diagnóstica de la encefalitis autoinmune. No obstante, la aplicación de criterios uniformes para indicar RPT permitió obtener desenlaces favorables en la mayoría de los casos. Entre las limitaciones se encuentran el tamaño pequeño de la muestra, el carácter retrospectivo y la falta de seguimiento prolongado, lo que impide establecer conclusiones firmes sobre eficacia sostenida y prevención de recaídas. A pesar de ello, la experiencia presentada aporta evidencia clínica que respalda el uso de RPT en niños con esta enfermedad.

Conclusiones: El RPT es una opción terapéutica eficaz y segura en encefalitis autoinmune pediátrica, especialmente cuando se emplea de manera temprana y en combinación con inmunoterapia convencional. Se requieren estudios prospectivos y con mayor número de pacientes para precisar su efecto en el pronóstico a largo plazo.

Bibliografía

Pham ST, Nguyen KV, Le LTK, *et al.* Outcomes of therapeutic plasma exchange among children with autoimmune encephalitis in Vietnam. *J Child Neurol.* 2025; DOI: 10.1177/0883073825135622.

CG128

DERMATOMIOSITIS ASOCIADA A ANTI-MDA5, REPORTE DE CASOS

J.I. Reyes-Sepeda, I.J. López-Alonso, O.M. Pérez-Aguilera, I. Rincón-Contreras, A. Rivas-Antonio

Hospital Central Militar

Tabla 1. (CG127)

Edad (años)	Anticuerpos	Manifestaciones principales	Neuroimagen/EEG	Complicaciones	Desenlace
14	No realizado	Crisis convulsivas tónico-clónicas, somnolencia, alteración conductual	TAC de cráneo: sin alteraciones RMN: sin alteraciones estructurales EEG: anormal, actividad epiléptica temporal de-recha	Episodios de agitación y agresividad, conductas disruptivas, déficit de comunicación verbal	Remisión completa
6	Anti-NMDA +	Fiebre, cefalea, discurso incoherente, marcha atáxica, desorientación	VEEG: disfunción grave generalizada de predominio hemisferio izquierdo en cuadrante posterior con ondas lentas rítmicas de 2-4 Hz; disfunción generalizada leve-moderada en vigilia sin actividad epiléptica RMN aumento de la amplitud del sistema ventricular supratentorial hacia recesos temporales de ventrículos laterales, aumento de señal FLAIR periauricular, sin reforzamientos anormales	Infección de vías urinarias, neumonía relacionada con cuidados de salud, movimientos anormales no epilépticos	Remisión completa
12	Anti-NMDA +	Estupor, crisis, fiebre, choque, ventilación mecánica	TAC simple: parénquima cerebral con adecuada diferenciación entre sustancia gris y blanca, sin lesiones ocupativas, hemorrágicas, isquemia o edema RMN: datos indicativos de lesiones desmielinizantes bilaterales asimétricas sin reforzamiento con contraste, estriaciones corticosubcorticales bilaterales y áreas de gliosis	Bacteriemia por catéter (<i>Pseudomonas aeruginosa</i>), epilepsia autoinmune secundaria, disfagia orofaríngea moderada, trastorno de ansiedad generalizada, desnutrición grave, traqueostomía, gastrostomía	Remisión parcial (requirió rituximab)
4	Anti-NMDA +	Crisis focales, estado epiléptico no convulsivo, discinesias orolinguales	RMN: aumento del espacio subaracnoideo de forma generalizada VEEG en vigilia: anormal por disfunción generalizada moderada a grave (ritmo de base 3-4 Hz), sin actividad epiléptica ni correlato clínico-eléctrico con discinesias orolinguales; actividad delta generalizada de 2,5 Hz indicativa de estado epiléptico no convulsivo	Cuadriparesia flácida, encefalopatía epiléptica	Secuelas neurológicas persistentes
9	Anti-NMDA +	Crisis múltiples (mioclónicas, drop attacks, estado epiléptico), alteraciones conductuales	RMN: prominencia del espacio subaracnoideo, áreas subcorticales de señal anormal en sustancia blanca (insular bilateral, parietal superior derecho, giro frontal izquierdo), posible compromiso de sustancia gris, núcleos de la base conservados, sistema ventricular aumentado, cuerpo calloso adelgazado, líneas media, tallo y cerebelo normales, lesiones isquémicas hemisferio derecho, encefalomalacia y disminución de volumen parenquimatoso VEEG: actividad epiléptica grave continua	Estenosis subglótica Cotton I-B, discapacidad intelectual leve-moderada, trastorno del lenguaje (mutismo selectivo), trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, traqueostomía	Remisión completa

Introducción: En los últimos años se ha identificado, en las miopatías inflamatorias, un grupo de autoanticuerpos específicos de miositis útiles para el diagnóstico, la clasificación y el pronóstico de la enfermedad, entre los que se encuentra el anti-MDA5. Estos anticuerpos se relacionan con el desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial rápidamente progresiva (EPI-RP), mortalidad temprana y mal pronóstico, por lo que la detección temprana plantea un panorama previsor de complicaciones y pronóstico.

Presentación del caso: De una base de datos de 45 pacientes del HCM con diagnóstico de miopatía inflamatoria se detectaron cinco casos con presencia de anticuerpos anti-MDA5; se realizó una revisión de expedientes con los siguientes hallazgos: tres hombres y dos mujeres de 34 a 66 años, los cuales iniciaron con poliartralgias, afectación muscular leve (2) seguido de signo de Gottron (**Figura 1**) y heliotropo, tos y disnea, úlceras en nudillos (2), signo del chal y fiebre. A su abordaje inicial destacaron linfopenia, la relación neutrófilos-linfocitos y la proteína C reactiva (PCR). Posteriormente y bajo la sospecha clínica se documenta CK elevada en un paciente, así como elevación de ferritina en el resto (**Tabla 1**). La TACAR identificó los siguientes patrones: neumonía organizada (2), neumonía intersticial de tipo usual (3). De los cinco pacientes, dos desarrollaron síndrome de insuficiencia respiratoria aguda grave (SIRA) con requerimiento de ventilación mecánica, evolución tórpida y defunción a los tres y cuatro meses de diagnóstico. Cabe mencionar que estos últimos clínicamente mostraban ulceraciones en nudillos y alteraciones bioquímicas importantes, como linfopenia, aumento de la relación neutrófilo-linfocito, ferritina y expresión intensa de anti-MDA5 y anti-Ro52. El resto de los pacientes continúa en seguimiento.

Discusión: La prevalencia de anti-MDA5 varía entre 3 y 58% de los pacientes con dermatomiositis y aumenta al 100% en los casos de dermatomiositis amiofálica. Si bien por sí solo se vincula con EPI-RP y mortalidad temprana hasta de 41% a seis meses, en este informe de casos se identificó una sólida relación con anti-Ro52, ferritina, relación neutrófilos-linfocitos y úlceras en nudillos, factores que se han vinculado con neumoopatía intersticial rápidamente progresiva, factores de mal pronóstico documentado, lo cual plantea un contexto clínico alarmante para un tratamiento inmunosupresor radical.

Conclusiones: La dermatomiositis relacionada con anti-MDA5 constituye una urgencia reumatológica con alta mortalidad y requiere tratamiento inmunosupresor intensivo. Las manifestaciones clínicas, aunadas al uso de biomarcadores específicos, pueden ayudar a identificar a pacientes de alto riesgo y guiar el tratamiento médico oportuno.

Bibliografía

1. Lu X, Peng Q, Wang G. Anti-MDA5 antibody-positive dermatomyositis: pathogenesis and clinical progress. *Nature Reviews Rheumatology*. Nature Research. 2024;20:48-62.

Figura 1. A, lesiones eczematosas de ambas manos (manos de mecánico), signo de Gottron y úlcera en segundo nudillo. B, neumonía organizada con consolidación subpleural derecha en lóbulo medio. C, neumonía intersticial de tipo usual, en relación con zonas fibrocicatriciales en intersticio subpleural en lóbulo superior-medio. (CG128)



Tabla 1. Parámetros de laboratorio. (CG128)

Paciente	Edad	Linfopenia	Neut-Linf	PCR (mg/L)	CK (U/L)	Anti-MDA5	Ferritina (ng/mL)	Anti-Ro52	Estado
H	49	170	10:1	89	65	+++	1860	+++	Defunción
H	34	760	2,3:1	69	49	+	404	-	Seguimiento
H	48	440	7,5:1	12,4	62	+++	1350	++	Seguimiento
H	43	310	12,5:10	52,2	38	+	1230	+	Seguimiento
M	66	520	11,2:1	7,8	371	+++	16670	+++	Defunción

2. Barbhaiya M, Zuily S, Naden R, *et al.* 2023 ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2023;82(10):1258-70.

CG129

ASOCIACIÓN DE LOS POLIMORFISMOS -197G/A, -737C/T Y -832A/G DEL GEN *IL-17A* EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL OCCIDENTE DE MÉXICO

F. González-Rodríguez¹, E. Oregón-Romero², M.F. Ferro-Abella², J.F. Muñoz-Valle², M. De León-Cid², S. Cerpa-Cruz³, C.A. Trujillo-Hernández³, S. García-Arellano³, I.V. Román-Fernández², C.J. Baños-Hernández²

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, ⁽²⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario en Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, México

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por inflamación crónica de la membrana sinovial, destrucción progresiva de las articulaciones e incapacidad funcional. En la patogenia de la AR, las células Th17 y su principal citocina, la IL-17A, desempeñan un papel clave debido a su capacidad para inducir la producción de otros mediadores inflamatorios como citocinas, quimiocinas y RANKL, que amplifican la inflamación y contribuyen a la degradación articular. En pacientes con AR se han encontrado valores elevados de IL-17A en el líquido sinovial y en suero, los cuales se vinculan con una mayor gravedad de la enfermedad. Los estudios genéticos han evaluado el papel de varios polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) en el gen *IL-17A* con la susceptibilidad o la actividad de la AR, pero los resultados han sido controvertidos y poco claros.

Objetivo: Evaluar la relación de los polimorfismos rs2275913 (-197G/A), rs8193036 (-737C/T) y rs4711998 (-832A/G) del gen *IL-17A* con la susceptibilidad para desarrollar AR y la actividad clínica de pacientes con AR del occidente de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles que incluyó a 182 pacientes con AR confirmada de acuerdo con los criterios de ACR/EULAR 2010, y 103 sujetos clínicamente sanos denominados grupo control (SC). En el grupo con AR se evaluó la actividad clínica mediante el índice de 28 articulaciones con velocidad de sedimentación glomerular (DAS28-VSG) y se realizaron determinaciones séricas de proteína C reactiva (PCR) y factor reumatoide (FR) por turbidimetría. Además, se cuan-

tificaron los valores de anticuerpos contra péptidos citrulinados cíclicos (anti-CCP) por el método de ELISA tipo sándwich. La genotipificación se realizó por discriminación alélica mediante la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (qPCR) con sondas Taqman. El análisis estadístico se llevó a cabo con el software STATA v.11.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de 51 años ($\pm 14,6$), de los cuales el 90% correspondió al sexo femenino. El 68% presentaba más de dos años de evolución de la enfermedad y el 61% actividad alta (DAS28-VSG). En cuanto a los resultados serológicos, el 87% era positivo para anti-CCP y el 91% para FR. Respecto del tratamiento, los fármacos más utilizados fueron: AINE (68%), MTX (66%), SSZ (41%), HCQ (36%) y GC (20%). En relación con los polimorfismos rs2275913, rs8193036, rs4711998 del gen *IL-17A* se encontraron en equilibrio de Hardy-Weinberg en el grupo de SC ($p > 0,05$). Al comparar entre grupos, sólo en el polimorfismo rs2275913 se observaron diferencias significativas, con mayor prevalencia del genotipo GA (OR = 0,5; IC95%, 0,28-0,88; $p = 0,01$) y el alelo A (OR = 0,58; IC95%, 0,38-0,88; $p < 0,01$) en SC en comparación con pacientes con AR. En el caso del rs4711998, el alelo más frecuente en ambos grupos fue el alelo G, mientras que en el rs8193036 predominó el alelo T. Finalmente, se evaluó el desequilibrio de ligamento de los tres polimorfismos, y se mostraron valores de $D' < 0,50$, lo que significa que estas variantes presentan una segregación independiente.

Conclusiones: El alelo A del polimorfismo -197G/A del gen *IL-17A* se relaciona con protección al desarrollo de la enfermedad en la población del occidente de México, mientras que rs4711998 y rs8193036 no mostraron vinculación significativa. Se sugieren más estudios para confirmar estos hallazgos.

Bibliografía

1. Lee YH, Bae SC. Associations between circulating IL-17 levels and rheumatoid arthritis and between IL-17 gene polymorphisms and disease susceptibility: a meta-analysis. *Postgrad Med J*. 2017;93(1102):465-47.
2. Montúfar-Robles I, Barbosa-Cobos RE, Aleman-Ávila I, et al. IL-17A haplotype confers susceptibility to systemic lupus erythematosus but not to rheumatoid arthritis in Mexican patients. *Int J Rheum Dis*. 2019;22(3):473-9.

CG130

EVALUACIÓN DE LA RESERVA OVÁRICA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA

E.A. Galindo-Calvillo, A.M. Ortiz-Ríos, B.R. Ávalos-García, D. Rodríguez-Garibay, M.E. Corral-Trujillo, F.R. Arévalo-Nieto, J.A. Cárdenas-De la Garza, C.M. Skinner-Taylor, L. Pérez-Barbosa, D.A. Galarza-Delgado
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La infertilidad se define como la imposibilidad de lograr embarazo clínico tras 12 meses de relaciones sexuales sin protección, lo que afecta al 8 a 12% de las parejas en edad fecunda. Las causas frecuentes de infertilidad femenina incluyen disfunción ovárica, daño tubárico, endometriosis y fibromas uterinos. La disfunción ovárica se relaciona con disminución de fertilidad, que suele comenzar desde los 35 años, aunque puede presentarse antes. La función ovárica puede determinarse mediante conteo folicular antral (CFA) y hormona antimülleriana (HAM). La HAM refleja la actividad folicular temprana y es un buen marcador de

reserva ovárica. Una disminución de la reserva ovárica se define por CFA < 5 , volumen ovárico < 3 mL o HAM $< 0,2-0,7$ ng/mL. En mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA), tanto la enfermedad como sus tratamientos pueden afectar la fertilidad. En cuanto a la falla ovárica temprana en ERA, los estudios muestran resultados inconsistentes. La enfermedad psoriásica se acompaña de resultados adversos en el embarazo y riesgo aumentado de insuficiencia ovárica prematura.

Objetivo: Evaluar la reserva ovárica en mujeres en edad fecunda con diagnóstico de enfermedad psoriásica, comparada con valores esperados para su edad.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y comparativo en el que se incluyó a mujeres de 18 a 40 años con enfermedad psoriásica del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se excluyó a las participantes embarazadas, con antecedente de cirugía ovárica, de quimioterapia o radioterapia, con amenorrea primaria o uso de anticonceptivos hormonales el último mes. Se realizaron dos visitas: en la primera se firmó consentimiento informado y se realizó historia clínica. En la segunda se tomaron muestras sanguíneas (que incluyeron parámetros de laboratorio generales y HAM), escalas de actividad (DAPSA, PASI, NAPS), fotografías clínicas y ultrasonido ginecológico para evaluar reserva ovárica (CFA, volumen ovárico).

Resultados: Se seleccionó a seis mujeres con edad promedio de $27,5 \pm 4,76$ años (Tabla 1), 3 (50%) con diagnóstico de psoriasis y 3 (50%) con diagnóstico de artritis psoriásica. En 3 (50%) pacientes, la HAM se encontraba adecuada para su edad, en 2 (33,3%) estaba disminuida y en 1 (16,6%) por arriba de lo esperado. El CFA de todas las pacientes se hallaba dentro de los parámetros. En dos pacientes (33,3%) se registraron volúmenes ováricos disminuidos.

Conclusiones: En este grupo de pacientes es posible valorar cómo dos pacientes se encontraban por debajo de lo esperado para su edad. Los valores menores al corte podrían ser indicativos de falla ovárica temprana y los valores superiores de síndrome de ovario poliquístico. Determinar si el diagnóstico de enfermedad psoriásica predispone a las mujeres a falla ovárica temprana ofrece herramientas para una adecuada consejería prenatal en la consulta de reumatología. Es necesario un estudio con un número mayor de participantes para determinar la significancia estadística.

Bibliografía

1. Farquhar CM, Bhattacharya S, Repping S, et al. Female subfertility. Nature reviews disease primers. Nature Publishing Group. 2019;5.
2. Aydogan Mathyk B, Aslan Cetin B, Bilici S, et al. Evaluation of ovarian reserve in women with psoriasis. *Gynecological Endocrinology*. 2019;35(7):608-11.

CG131

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD MENTAL EN PACIENTES CON LUPUS ACTIVO VS. INACTIVO: ESTUDIO TRANSVERSAL

V.I. Hernández-Sánchez, L.D. Fierro-Toledo, A.P. Aquihuatl-Velázquez, A.J. Prado-Rodríguez, E. Hilerio-Rodríguez, J. Sepúlveda-Delgado
Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica con afectación multiorgánica que modifica la calidad de vida del paciente. Los resultados notificados por el paciente (PRO) que

Tabla 1. Características demográficas. (CG130)

	Diagnóstico	Edad	PASI/DAPSA	HAM	Volumen OD	Volumen OI	CFA OD/OI
1	Psoriasis	20	Alta	2,51 ng/mL	4,39 mL	3,84 mL	9 y 11
2	Psoriasis/AP	33	Media/remisión	2,67 ng/mL	19,72 mL	3,64 mL	7 y 13
3	Psoriasis	28	Baja	2,72 ng/mL	1,39 mL	1,79 mL	5 y 5
4	Psoriasis/AP	27	Baja/moderada	1,23 ng/mL	4,17 mL	1,68 mL	5 y 7
5	Psoriasis/AP	25	Baja/alta	7,4 ng/mL	8,79 mL	12,54 mL	9 y 7
6	Psoriasis	32	Baja	1,17 ng/mL	11,45 mL	1,88 mL	10 y 10

Ap, artritis psoriásica; PASI, *Psoriasis area and severity index*; DAPSA, *Disease activity for psoriatic arthritis*; HAM, hormona antimülleriana; OD, ovario derecho; OI, ovario izquierdo; CFA, conteo folicular antral.

incluyen la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL), salud mental, alimentación y actividad física han tomado relevancia en los últimos años, toda vez que se busca incluir los PRO en la evaluación de la efectividad de los tratamientos y la toma de decisiones clínicas.

Objetivo: Medir y comparar los indicadores de calidad de vida, alimentación, actividad física y salud mental entre pacientes con LES, de acuerdo con su estado de actividad.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con LES en seguimiento por la clínica de autoinmunidad del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud pertenecientes al estudio “Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con lupus eritematoso sistémico” (“HQoL-LES-01”). Folio de registro del comité de bioética: 017/2025. Los participantes firmaron consentimiento informado. Se muestran los resultados de los primeros 17 pacientes inscritos.

Se recabaron los datos sociodemográficos y se utilizó el Health Survey SF-36 v2.0 en español como instrumento general de HRQoL, LupusPRO v1.7 y *Lupus Impact Tracker* (LIT) como instrumentos específicos de HRQoL. Se expresaron las puntuaciones por dominios y componentes de resumen. Se utilizaron los datos poblacionales de 150 controles para calcular las puntuaciones T del SF-36.

Además, se recolectó información de estilo de vida relacionada con la dieta, actividad física y estados de depresión, ansiedad y estrés, mediante los instrumentos MEDAS-14, IPAQ-SF y DASS-21, respectivamente. Se expresaron las puntuaciones sobre la suma ponderada del valor de sus reactivos y sus respectivas categorías.

Para evaluar la actividad de la enfermedad se utilizaron los índices SLEDAI-2K, SLEDAI-MEX y PGA y se tomaron como referencia los criterios de LLDAS y remisión por DORIS.

Resultados: Se incluyó a 17 pacientes con una edad de 32 años (28-40), de los cuales 76% correspondió a mujeres. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 7,12 años ($\pm 4,79$). Hasta 24% pacientes estaba activo, mientras que 53% se hallaba en remisión al momento de la recolección de datos. La **Tabla 1** y la **Figura 1** muestran los resultados en los diferentes dominios de calidad de vida al estratificar los grupos en SLEDAI-2k > 4 y ≤ 4 . Sólo se encontró significancia en el dominio correspondiente a síntomas y ponderación total de HRQoL en el LupusPRO. El resto no mostró relevancia estadística. Además, al agrupar a los pacientes por actividad de enfermedad se identificaron diferencias significativas en los mets obtenidos por IPAQ-SF. Las puntuaciones obtenidas por MEDAS-14 y DASS-21-Depresión tienden a la significancia estadística.

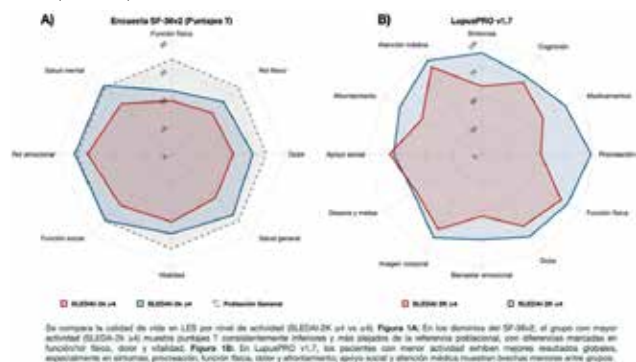
Tabla 1. Calidad de vida relacionada con la salud en el lupus activo e inactivo. (CG131)

Cuestionarios de calidad de vida	Promedio n = 17	SLEDAI-2k ≤ 4 n = 11	SLEDAI-2k ≥ 4 n = 6	p
Cuestionario de salud SF-36v2				
Función física (T-score)	31,57 $\pm$ 21,49	33,60 $\pm$ 18,88	28,18 $\pm$ 26,87	0,7
Rol físico (T-score)	35,82 $\pm$ 12,82	38,96 $\pm$ 14,47	30,57 $\pm$ 7,98	0,2
Dolor corporal (T-score)	39,10 $\pm$ 17,74	42,99 $\pm$ 12,92	32,62 $\pm$ 23,73	0,4
Salud general (T-score)	40,83 $\pm$ 16,47	45,68 $\pm$ 16,52	32,75 $\pm$ 14,05	0,12
Vitalidad (T-score)	39,78 $\pm$ 17,65	42,13 $\pm$ 16,51	35,85 $\pm$ 20,35	0,5
Función social (T-score)	45,38 $\pm$ 12,71	49,58 $\pm$ 10,31	38,37 $\pm$ 14,11	0,13
Rol emocional (T-score)	48,73 $\pm$ 8,73	51,30 $\pm$ 5,90	44,44 $\pm$ 11,44	0,2
Salud mental (T-score)	46,02 $\pm$ 15,33	51,01 $\pm$ 11,48	37,70 $\pm$ 18,31	0,2
Componente físico resumido (T-score)	43,40 $\pm$ 7,92	40,94 $\pm$ 6,75	47,91 $\pm$ 8,48	0,12
Componente mental resumido (T-score)	46,17 $\pm$ 10,03	47,66 $\pm$ 6,91	43,45 $\pm$ 14,58	0,5
Salud percibida respecto del año pasado				0,9
Mucho mejor	9 (56%)	6 (60%)	3 (50%)	
Algo mejor	3 (19%)	2 (20%)	1 (17%)	
Más o menos	3 (19%)	2 (20%)	1 (17%)	
Algo peor	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Mucho peor	1 (6,3%)	0 (0%)	1 (17%)	

Lupus PRO v1.7				
Síntomas	78,13 $\pm$ 23,94	89,17 $\pm$ 13,06	59,72 $\pm$ 27,60	0,047*
Cognición	76,56 $\pm$ 25,36	78,75 $\pm$ 15,65	72,92 $\pm$ 38,26	0,7
Medicación	76,56 $\pm$ 27,72	85,00 $\pm$ 20,24	62,50 $\pm$ 34,46	0,2
Procreación	79,69 $\pm$ 33,81	96,25 $\pm$ 8,44	52,08 $\pm$ 42,88	0,053
Función física	85,00 $\pm$ 18,80	87,50 $\pm$ 18,14	80,83 $\pm$ 20,84	0,5
Dolor	80,00 $\pm$ 16,83	84,00 $\pm$ 13,90	73,33 $\pm$ 20,41	0,3
Bienestar emocional	67,71 $\pm$ 24,70	75,42 $\pm$ 21,74	54,86 $\pm$ 25,74	0,14
Imagen corporal	81,88 $\pm$ 21,82	85,00 $\pm$ 19,86	76,67 $\pm$ 25,82	0,5
Deseos y objetivos	68,33 $\pm$ 28,00	69,44 $\pm$ 32,99	66,67 $\pm$ 21,16	0,8
Apoyo social	79,17 $\pm$ 24,40	77,78 $\pm$ 22,34	81,25 $\pm$ 29,32	0,8
Afrontamiento	74,44 $\pm$ 28,43	83,33 $\pm$ 23,20	61,11 $\pm$ 32,35	0,2
Atención médica	92,50 $\pm$ 14,02	95,14 $\pm$ 10,26	88,54 $\pm$ 18,72	0,5
Calidad de vida relacionada con salud (HRQoL)	78,56 $\pm$ 15,44	86,53 $\pm$ 5,21	66,61 $\pm$ 18,41	0,045*
Calidad de vida no relacionada con salud (N-HRQoL)	78,61 $\pm$ 13,49	81,42 $\pm$ 12,94	74,39 $\pm$ 14,35	0,4
Lupus Impact Tracker	28,67 $\pm$ 24,51	21,67 $\pm$ 15,81	39,17 $\pm$ 32,58	0,3

Se resumen las puntuaciones de cuestionarios de calidad de vida en LES estratificadas por actividad (SLEDAI-2K ≤ 4 vs. ≥ 4) y se muestra que los dominios del SF-36v2 tienden a ser inferiores en el grupo con mayor actividad, particularmente en salud general, función/rol físico, dolor y salud mental, aunque sin diferencias estadísticamente significativas en esta muestra. En LupusPRO v1.7, los pacientes con menor actividad tienen mejores puntuaciones globales y en múltiples dominios, con diferencias significativas en síntomas y en la puntuación compuesta de HRQoL, y tendencias favorables en procreación y bienestar emocional. El Lupus Impact Tracker es más alto (peor efecto) en el grupo con SLEDAI-2K ≥ 4 , mientras que la calidad de vida no relacionada con salud (N-HRQoL) muestra variación mínima entre grupos.

Figura 1. Comparación de puntuaciones en los dominios de calidad de vida. (CG131)



Conclusiones: Los pacientes con LES tienen menores puntuaciones de calidad de vida comparados con la población en general. Los pacientes con LES activo (SLEDAI > 4) mostraron menores puntuaciones de calidad de vida en los dominios físicos, dato que refuerza los hallazgos significativos en las puntuaciones de actividad física obtenidas por IPAQ-SF. Se encontró una mayor tendencia a síntomas de depresión moderada y grave en los pacientes activos. No se hallaron diferencias estadísticas en ansiedad y estrés. Es necesario efectuar un análisis con un mayor número de pacientes y considerar análisis longitudinales que permitan evaluar las tendencias de estas puntuaciones a lo largo del tiempo para poder determinar qué factores se vinculan con la HRQoL y otros PRO.

Bibliografía

1. Ameer MA, Chaudhry H, Mushtaq J, *et al.* An overview of systemic lupus erythematosus (SLE) pathogenesis, classification, and management. *Cureus*. 2022 Oct 15.
2. Heijke R, Björk M, Frodlund M, *et al.* Relationship between remission, disease activity and patient-reported outcome measures in patients with recent-onset systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2020;29(6):625-30.

3. Zúñiga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, *et al.* Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Publica Mex.* 1999;41(2):110-8.

CG132

RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

J.P. González-Morales, J.A. Álvarez-Meza, A.C. Bardán-Incháustegui, G. García-Arellano, V. Cantú-Martínez, P.F. Martínez-Valencia, P.E. Meza-Lugo, D.M. Miranda-Velázquez, M.A. Villarreal-Alarcón, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La esclerosis sistémica se caracteriza por su afectación multiorgánica y provoca deterioro progresivo y crónico de los pacientes; esto da lugar al desarrollo de estrés físico y psicológico. La correlación entre síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con esclerosis es del 48 a 50%; sin embargo, los estudios que lo han evaluado son limitados.

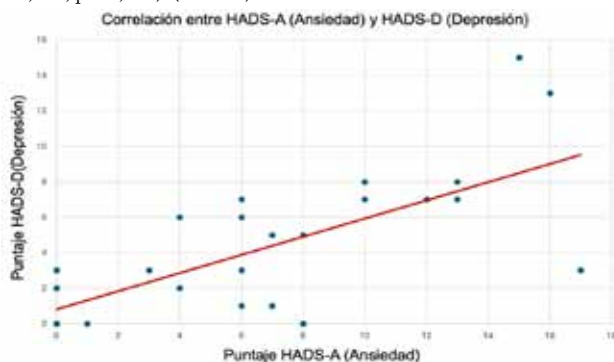
Objetivo: Evaluar la correlación entre la ansiedad y la depresión en una cohorte de pacientes con esclerosis sistémica.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes con diagnóstico confirmado de esclerodermia. Se usó la Escala de Ansiedad (HADS-A) y Depresión (HADS-D) Hospitalaria para evaluar ansiedad y depresión. Se efectuó un análisis descriptivo de las variables de interés. Se compararon grupos independientes mediante t de Student o U de Mann-Whitney, según la normalidad, y las correlaciones se llevaron a cabo con el instrumento de Spearman.

Resultados: Se incluyó a 29 pacientes con diagnóstico confirmado de esclerodermia, todas mujeres (100%). La edad promedio fue de $53,52 \pm 15,19$ años. El subtipo clínico más frecuente fue la esclerodermia limitada en 21 casos (72,4%), mientras que la forma difusa se presentó en ocho casos (27,6%). Los pacientes con subtipo limitado registraron una media de $50,29 \pm 15,61$ años, en tanto que en el subtipo difuso la media fue de $62,00 \pm 10,61$ años, con una tendencia hacia mayor edad en este último grupo ($p = 0,062$). Las puntuaciones totales de la escala HADS-A tuvieron una mediana de 6 (RIQ, 1-6) y para la escala HADS-D de 3 (RIQ, 1-3). En la evaluación de la ansiedad se observó riesgo nulo en 7 (24,1%) pacientes, bajo en 10 (34,5%), intermedio en 5 (17,2%) y alto en 7 (24,1%). Respecto de la depresión: riesgo nulo en 7 (24,1%) pacientes, bajo en 18 (62,1%), intermedio en 2 (6,9%) y alto en 2 (6,9%). Se detectó una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones de ansiedad y depresión ($\rho = 0,673$; $p < 0,001$), lo cual indica que un mayor grado de ansiedad se vincula con mayores grados de depresión (**Figura 1**). La edad no mostró correlación significativa con las puntuaciones de depresión ($\rho = -0,141$; $p = 0,465$) ni con las de ansiedad ($\rho = -0,053$; $p = 0,784$).

Conclusiones: En pacientes con esclerosis sistémica se identificó una correlación significativa entre ansiedad y depresión, independientemente de

Figura 1. Gráfica de dispersión que muestra la relación entre las puntuaciones de ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D) en 29 pacientes con esclerosis sistémica. Se observa una correlación positiva significativa ($\rho = 0,673$; $p < 0,001$). (CG132)



la edad. Estos hallazgos enfatizan la importancia de evaluar y atender ambos trastornos de manera integral en todos los pacientes afectados.

Bibliografía

Mozzetta A, Antinone V, Alfani S, *et al.* Mental health in patients with systemic sclerosis: a controlled investigation. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2008;22(3):336-340.

CG133

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA COHORTE DE NEFRITIS LÚPICA CON BIOPSIA RENAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

X. Jiménez-Jiménez¹, N.E. Torres-Gudiño²

⁽¹⁾Centro Médico Naval, ⁽²⁾Hospital General Darío Fernández Fierro

Introducción: La nefritis lúpica es una manifestación de lupus eritematoso sistémico (LES) que se presenta en 30 a 60%, con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, y se caracteriza por hallazgos clínicos e histopatológicos que dictan la estrategia terapéutica. La edad, género, TFG al inicio de la enfermedad, índice de la cronicidad en la biopsia renal y respuesta al tratamiento también son factores que determinan la evolución de la enfermedad, y el pronóstico para progresión a la enfermedad renal crónica.

Objetivo: Describir las características clínicas en una cohorte de pacientes con nefritis lúpica de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México.

Material y métodos: Se estudió una cohorte retrospectiva descriptiva de 39 pacientes del Centro Médico Naval en la Ciudad de México con diagnóstico de nefritis lúpica, con análisis mediante el programa SPSS de variables demográficas, clínicas, paraclínicas, histopatológicas y del tratamiento inmunosupresor.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 43 años y el 87,2% correspondió a mujeres. Sólo se encontró relación con el síndrome antifosfolípido en 7,7%. Del total de pacientes, el 38,5% presentó nefritis como primera manifestación y el 56,4% una o más comorbilidades, la más frecuente de las cuales fue la diabetes tipo 2 (17,9%). La TFG media de los pacientes fue de 84,9 mL/min, la creatinina de 1,6 mg/dL y la proteinuria en 24 horas de 2,64 g. La nefritis lúpica clase IV + V fue la observada con mayor frecuencia con 25,6%; un tercio de los pacientes requirió tres inmunosupresores en tratamiento secuencial para la inducción de la remisión y el mantenimiento de la enfermedad. Se utilizó fármaco biológico en el 33,3% de los pacientes durante la inducción y en el 61,5% durante el mantenimiento. En su evolución, el 17,9% de los pacientes requirió hemodiálisis, con 10,3% que progresó a ERC y el 100% de mujeres. La tasa de supervivencia en ese momento es del 100%. Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: Los resultados observados se correlacionan con la información publicada en otras cohortes de pacientes hispanos. Se requiere un registro epidemiológico nacional para comprender con mayor precisión los factores pronósticos y la evolución de los pacientes con nefritis lúpica.

Bibliografía

- De Vriese AS, Sethi S, Fervenza FC. Lupus nephritis: redefining the treatment goals. *Kidney International.* 2025;107(2):198-211.
- Teoh S, Desmond YH, *et al.* Ten tips in lupus nephritis management. *Clinical Kidney Journal.* 2025;18(1).

CG134

RETRASO DIAGNÓSTICO EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: IMPACTO EN DISPARIDAD, ACTIVIDAD Y DAÑO DE LA ENFERMEDAD EN UNA COHORTE HISPANA

V. Cantú-Martínez, R. Polina-Lugo, E. Domínguez-Chapa, A.C. Bardán-Incháustegui, M.A. Villarreal-Alarcón, D.A. Galarza-Delgado, J.A. Cárdenas-De la Garza, R.I. Arvizu-Rivera

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Tabla 1. Datos generales. (CG133)

	Clase II 12,8%	Clase II + III 2,6%	Clase III 30,8%	Clase III + IV 5,1%	Clase IV 10,3%	Clase IV + V 25,6%	Clase V 5,1%	Clase III + V 7,7%	Total pacientes 100% (n = 39)
Características demográficas									
Femenino	10,2%	2,6%	30,7%	5,1%	10,3%	15,3%	5,1%	7,7%	87,2%
Masculino	2,6%	0%	0%	0%	0%	10,3%	0%	0%	12,8%
Edad 31-50 años	10,3%	0%	10,3%	2,6%	5,1%	5,1%	0%	5,1%	38,4%
Edad 51-64 años	0%	2,6%	12,8%	2,6%	0%	5,1%	2,6%	2,6%	28,2%
Edad > 65 años	0%	0%	5,1%	0%	0%	0%	2,6%	0%	7,7%
SAF	2,6%	0%	2,6%	0%	0%	0%	2,6%	0%	7,7%
MCA	12,8%	2,6%	17,9%	2,6%	7,7%	12,8%	0%	0%	56,4%
Nefritis de inicio temprano	2,6%	0%	7,7%	5,1%	2,6%	10,3%	5,1%	5,1%	38,4%
Comorbilidades	2,6%	2,6%	20,5%	5,1%	0%	12,8%	5,1%	7,7%	56,4%
Estudios de laboratorio									
C3 bajo	7,7%	0%	12,8%	2,6%	10,3%	15,3%	0%	0%	48,7%
C4 bajo	12,8%	0%	12,8%	0%	10,3%	17,9%	0%	2,6%	56,4%
Anemia	10,3%	0%	12,8%	0%	7,7%	12,8%	0%	2,6%	46,1%
Leucopenia	5,1%	2,6%	5,1%	0%	0%	7,7%	2,6%	0%	23%
Linfopenia	10,3%	2,6%	15,3%	2,6%	10,3%	20,5%	5,1%	2,6%	69,2%
Anti-DNA (+)	2,6%	0%	0%	0%	5,1%	7,7%	0%	0%	15,3%
Datos renales									
Sedimento activo	5,1%	0%	15,3%	0%	10,3%	17,9%	2,6%	5,1%	56,4%
< 3 g de proteinuria	12,8%	2,6%	28,2%	5,1%	5,1%	7,7%	5,2%	7,7%	74,3%
> 3 g de proteinuria	0%	0%	2,6%	0%	2,6%	17,9%	0%	0%	23%
Creatinina normal	12,8%	2,6%	17,9%	2,6%	5,1%	12,8%	5,1%	7,7%	66,6%
Hemodiálisis	0%	0%	5,1%	0%	5,1%	5,1%	2,6%	0%	17,9%
Desarrollo de ERC	0%	0%	2,6%	0%	5,1%	0%	2,6%	0%	10,3%
% sobrevida	12,8%	2,6%	30,7%	5,1%	10,3%	25,6%	5,1%	7,7%	100%

SAF, síndrome de antifosfolípidos; ERC, enfermedad renal crónica; NL, nefritis lúpica; MCA, manifestaciones mucocutáneas-articulares.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo poco frecuente y heterogéneo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por inflamación del tejido muscular y manifestaciones extramusculares, incluidos piel y pulmones. Su clasificación se basa en características clínicas y serológicas, e incluye dermatomiositis (DM), dermatomiositis juvenil (DMJ), dermatomiositis amiofática (DMA), polimiositis (PM), síndrome antisintetasa (SAS), miopatía necrosante autoinmune (IMNA) y miositis por cuerpos de inclusión (MCI). La baja prevalencia, la complejidad clínica y la variabilidad de criterios diagnósticos pueden ocasionar retrasos en el diagnóstico, vinculados con mayor actividad de la enfermedad, daño acumulado y peor pronóstico. Los factores como el fototipo cutáneo más oscuro (Fitzpatrick tipos IV-VI), comúnmente vistos en población hispana, pueden dificultar el reconocimiento de signos cutáneos, lo que podría generar inequidades diagnósticas, especialmente en poblaciones hispanas. **Objetivo:** Evaluar el efecto del retraso diagnóstico sobre la actividad de la enfermedad y el daño acumulado en pacientes con MII, y explorar su relación con edad y fototipo cutáneo en una cohorte hispana.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y comparativo realizado en un hospital universitario de tercer nivel en México (noviembre de 2024 a julio de 2025). Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de MII según criterios establecidos y juicio clínico del reumatólogo tratante. Se registraron datos demográficos, comorbilidades, fototipo de piel (escala de Fitzpatrick) y perfil serológico, panel de miopatías inflamatorias autoinmunes por análisis de *immunoblot* EUROLINE (16 antígenos y cN-1A). La actividad de la enfermedad se evaluó con el *Myositis disease activity assessment tool* (MDAAT: MYOACT + MITAX) y el daño con el *Myositis damage index* (MDI; *extent of damage, severity of damage y extent*

ded damage). La calidad de vida se evaluó con la escala *Health assessment questionnaire* (HAQ). Se dividió a los pacientes según retraso diagnóstico ≤ 5 meses o > 5 meses (mediana de la cohorte) y se aplicó prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad. La comparación de grupos se efectuó con las pruebas ji cuadrada o t de Student para muestras independientes. Se aplicaron pruebas de correlación y comparación de grupos con coeficientes de Pearson o Spearman (SPSS v27).

Resultados: Se incluyó a 53 pacientes (edad media de 45,3 años; 84,6% de). La DM fue el subtipo más frecuente (62,2%). El fototipo de piel Fitzpatrick fue evaluado en todos los pacientes: Fitzpatrick tipo IV fue el más prevalente (56,6%), después tipo III (26,4%) y tipo V (9,4%). Los pacientes con retraso > 5 meses eran más jóvenes ($p = 0,02$) y presentaron mayor actividad (MYOACT: 22,1 *vs.* 10,1, $p < 0,001$; MITAX: 17,7 *vs.* 9,5, $p = 0,005$), daño (MDI extendido: 5,8 *vs.* 4,2, $p = 0,03$) y peor calidad de vida (HAQ, $p = 0,02$). El fototipo IV-V fue más común en retrasos > 5 meses, 80,7% comparado con sólo 19,2% con fototipo II o III (Tabla 1). Se observó correlación positiva entre retraso diagnóstico y escalas de actividad, MITAX ($p = 0,333$, $p = 0,01$) y MYOACT ($p = 0,422$, $p = 0,002$). Se observó una correlación negativa con la edad ($p = -0,296$, $p = 0,03$).

Conclusiones: En esta cohorte hispana, un retraso diagnóstico > 5 meses se vinculó con mayor actividad de la enfermedad, mayor daño y peor calidad de vida. Los retrasos fueron más frecuentes en pacientes jóvenes y con fototipos cutáneos oscuros, lo que sugiere posibles inequidades en el reconocimiento clínico. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias para el diagnóstico temprano y una valoración dermatológica y reumatológica inclusiva que considere la diversidad de presentaciones cutáneas.

Bibliografía

1. Lundberg IE, Fujimoto M, Vencovsky J, *et al.* Idiopathic inflammatory myopathies. *Nat Rev Dis Primers*, 2021;7(1):86.
2. Weisleder H, Valle A, Xie X, *et al.* Racial disparities in diagnosis and treatment of patients with dermatomyositis of different skin tones. *J Clin Rheumatol*, 2024;30(1):8-11.

Tabla 1. Comparación de características clínicas y de laboratorio de acuerdo con el retraso diagnóstico. (CG134)

	Diagnóstico < 5 meses (n = 27)	Diagnóstico > 5 meses (n = 26)	p
Mujeres, n (%)	24 (88,8)	21 (80,7)	0,64
Edad, media (± DS)	50,4 ± 17,1	40 ± 15,3	0,02
IMC, kg/m ² , media (± DS)	26,8 ± 3,8	27,1 ± 5,5	0,84
Prednisona, n (%)	18 (66,6)	23 (88,4)	0,058
Dosis acumulada de prednisona, media (± DS)	3607,0 ± 3725,8	4076,1 ± 4045,8	0,70
Duración de enfermedad, meses, media (± DS)	56,9 ± 69,8	52,9 ± 41,0	0,80
SRP, n (%)	5 (18,5)	0 (0)	0,01
PL12, n (%)	0 (0)	5 (19,2)	0,02
Miopatía inflamatoria idiopática			
Dermatomiositis, n (%)	19 (70,3)	14 (53,8)	0,21
Dermatomiositis juvenil, n (%)	2 (7,4)	1 (3,8)	0,57
Síndrome antisintetasa, n (%)	3 (11,1)	7 (26,9)	0,14
Polimiositis, n (%)	2 (7,4)	2 (7,6)	0,96
Miopatía necrosante inmunomediada, n (%)	1 (3,7)	0 (0)	0,32
Dermatomiositis amiofática, n (%)	0 (0)	2 (7,6)	0,14
Fitzpatrick			
Tipo II-III, n (%)	13 (48,1)	5 (19,2)	0,02
Tipo IV-V, n (%)	14 (51,8)	21 (80,7)	0,02
HAQ, media (± SD)	0,7 ± 0,6	1,2 ± 0,9	0,02
Myositis damage index			
Extent of damage, media (± DS)	4,2 ± 2,6	5,8 ± 2,7	0,03
Severity of damage, media (± DS)	12,9 ± 10,4	18,0 ± 10,0	0,07
Extended damage, mediana (RIC)	1,0 (0,0 – 1,0)	1,0 (0,2 – 2,0)	0,12
Myositis disease activity assessment tool			
MYOACT, media (± DS)	10,1 ± 8,7	22,1 ± 9,7	< 0,001
MITAX, media (± DS)	9,5 ± 7,7	17,7 ± 11,9	0,005
Laboratorios			
CPK, mg/dL, mediana (RIC)	68 (52,0 – 103,0)	132 (50 – 274)	0,11
Aldolasa, mg/dL, media (± DS)	3,8 ± 0,4	-	-
AST, mg/dL, mediana (RIC)	24,5 (19,0 – 46,0)	35,0 (22,5 – 50,0)	0,21
ALT, mg/dL, mediana (RIC)	27,5 (20,5 – 36,7)	30,0 (21,0 – 51,0)	0,44
Albumina, mg/dL, media (± DS)	3,9 ± 0,4	3,8 ± 0,5	0,47
Creatinina, mg/dL, media (± DS)	0,6 ± 0,1	0,5 ± 0,1	0,09

DS, desviación estándar; IMC, índice de corporal; HAQ, *Health assessment questionnaire*; MYOACT, *Myositis disease activity assessment visual analogue scale*; MITAX, *Myositis intention-to-treat activity index*; CPK, creatinina fosfoquinasa; ALT, alanino aminotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa.

CG135

NIVELES SÉRICOS DE PROLACTINA EN PACIENTES CON Y SIN SÍNDROME AUTOINMUNE/INFLAMATORIO INDUCIDO POR ADYUVANTES CON PRÓTESIS MAMARIA Y ACEITES MINERALES

O.L. Vera-Lastra, O.F. Albores-Arias, J. Juárez-Medrano, M.P. Cruz-Domínguez, A.L. Peralta-Amaro, G. Medina

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) se ha relacionado con la presencia de implantes mamarios de silicón (IMS) y aceite mineral (AM) con la aparición de diversas enfermedades autoinmunes. La prolactina (PRL) es una hormona y citocina producida tanto por la adenohipófisis como por células extrapituitarias (linfocitos, endotelio, etc.) que desempeña un papel fundamental en la patogénesis y exacerbación de enfermedades autoinmunes. En pacientes con IMS se ha observado hiperprolactinemia (HPRL) y alteraciones en las hormonas tiroideas, factores que podrían contribuir a la activación y mantenimiento del proceso autoinmune. Se han descrito más de 120 fenómenos autoinmunes y cerca de 70 enfermedades autoinmunes relacionadas con IMS, entre ellas esclerosis sistémica, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, esclerosis sistémica y tiroiditis. La PRL, además de su función endocrina, actúa como citocina inmunomoduladora, regula la proliferación linfocitaria, la síntesis de anticuerpos y producción de citocinas proinflamatorias, lo que podría favorecer la ruptura de la autotolerancia. La presencia de células productoras de PRL en tejidos inflamados apoya su papel en la fisiopatología de ASIA, reflejado por valores séricos elevados en pacientes afectados (Tabla 1).

Objetivo: Comparar los valores de prolactina sérica en pacientes con y sin ASIA en relación con IMS y AM (Tabla 2).

Tabla 1. Pacientes con y sin ASIA y enfermedades autoinmunes. (CG135)

Grupo 1 con ASIA (n = 32 AM y 18 IMS)	Grupo 2 sin ASIA (n = 38)
Pacientes con enfermedad autoinmune definida: 15	Pacientes con enfermedad autoinmune definida: 3
Artritis reumatoide: 3	Artritis reumatoide: 1
Hipotiroidismo autoinmune: 5	Hipotiroidismo autoinmune: 1
Lupus eritematoso sistémico: 2	Lupus eritematoso sistémico: 1
Esclerodermia: 1	
Fibromialgia: 4	

Las manifestaciones clínicas de ASIA fueron significativamente diferentes en el grupo 1 respecto del grupo 2 ($p < 0,001$) en debilidad muscular/miositis, artralgia/artritis, fatiga crónica, insomnio, fiebre y sequedad de boca.

Tabla 2. Valores séricos de prolactina en pacientes con y sin ASIA. (CG135)

Grupo 1 con ASIA (n = 50)	Grupo 2 sin ASIA (n = 38)	p
Pacientes con HPRL: 8	Pacientes sin HPRL: 0	
PRL: 15 (9-21)	PRL: 8 (5,5-10,6)	< 0,001

Ocho pacientes del grupo 1 presentaron hiperprolactinemia (PRL > 20 ng/mL). Por el contrario, ningún paciente del grupo 2 desarrolló hiperprolactinemia.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal, observacional, retrospectivo y de casos y controles. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de ASIA vinculados con IMS y AM, que contaban con mediciones séricas de PRL (medidas por radioinmunoanálisis) registradas en su expediente clínico. Además, se evaluaron las enfermedades autoinmunes relacionadas con ASIA. Se realizó estadística descriptiva, además de ji cuadrada y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyó a 88 pacientes con un tiempo de exposición al adyuvante que osciló entre 1 y 47 años (media, 13 años). La mayoría correspondió al sexo femenino ($n = 85$; 96,6%), mientras que tres pacientes fueron del sexo masculino (3,4%). La mediana de PRL sérica fue de 14,57 mg/dL en el grupo con ASIA y de 8,02 mg/dL en el grupo sin ASIA, diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p < 0,011$), con cifras más elevadas en los pacientes con ASIA. Las enfermedades autoinmunes más frecuentes observadas en pacientes con ASIA fueron hipotiroidismo autoinmune, artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico.

Conclusiones: Se encontró HPRL leve a moderada en forma significativa en pacientes con ASIA respecto de sin ASIA, además de relación con enfermedades autoinmunes en los pacientes con ASIA. Se sugiere realizar un perfil hormonal (en especial de PRL y hormonas tiroideas) y de autoanticuerpos para investigar el desarrollo de enfermedades autoinmunes en pacientes con ASIA inducido por IMS y AM.

Bibliografía

1. Jara LJ, Medina G, Saavedra MA, *et al.* Prolactin and autoimmunity. Clin Rev Allergy Immunol. 2011;40(1):50-9. doi: 10.1007/s12016-009-8185-3. PMID: 19911311.
2. Borba VV, Zandman-Goddard G, Shoenfeld Y. Prolactin and autoimmunity. Front Immunol. 2018;9:73. doi: 10.3389/fimmu.2018.00073. PMID: 29483903; PMCID: PMC5816039.

CG136

PREVALENCIA DE AFECCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA EN EL NORESTE DE MÉXICO

M.J. Rodarte-Gallegos¹, J.A. Hermosillo-Villafranca²

⁽¹⁾UMAE Hospital de Especialidades No. 71, IMSS, Torreón, Coahuila, ⁽²⁾Hospital General de zona #2, IMSS, Monterrey, Nuevo León

Introducción: La esclerosis sistémica progresiva (ESP) es una enfermedad autoinmune del tejido conectivo que se caracteriza por disregulación inmunitaria y fibrosis progresiva con vasculopatía que compromete la piel y puede afectar a múltiples órganos. Las manifestaciones pulmonares, como la enfermedad pulmonar intersticial (EPI), se detectan con tomografía axial computarizada de alta resolución del pulmón; se han notificado patrones tomográficos como neumonía intersticial no específica (NINE) y neumonía intersticial usual (NIU). Esta provoca gran deterioro de la función respiratoria hasta la dependencia de oxígeno, así como incremento de la mortalidad en más del 40% de los pacientes con ES dentro de los primeros cinco años de su diagnóstico. La prevalencia varía y se ha publicado desde el 30% por hallazgos clínicos hasta el 90% en estudios de necropsias, y está más relacionada con la variedad difusa. La hipertensión arterial pulmonar (HAP) se define por una presión arterial pulmonar elevada (mPAP) > 25 mmHg, con una presión capilar pulmonar < 15 mmHg, lo que produce sobrecarga ventricular derecha que en un alto porcentaje deriva en falla ventricular. Se ha informado una prevalencia del 10 a 12% y una tasa de mortalidad del 50% en los tres años tras el diagnóstico.

Objetivo: Conocer la prevalencia de afectación pulmonar en pacientes con esclerosis sistémica progresiva en el noreste de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal de pacientes consecutivos con esclerosis sistémica progresiva clasificados mediante los criterios ACR-EULAR 2013 en dos centros de atención pública del noreste del país en el Instituto Mexicano del Seguro Social (Hospital General de Zona #11, Piedras Negras y Unidad Médica de Alta Especialidad #71, Torreón, Coahuila). Se recabaron características clínicas, analíticas y demográficas, previo consentimiento de pacientes (Tabla 1); se realizó tomografía axial computarizada de alta resolución en búsqueda de EPI y ecocardiograma por cardiólogos en búsqueda de HAP. Se realizó estadística descriptiva una vez establecida la normalidad de los datos mediante pruebas de Kolmogorov-Smirnov.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas. (CG136)

	Pacientes (= 68)	%
Género		
Femenino	65	95,3
Masculino	3	4,4
Edad (años)	51,5 ± 9,86	
Duración ES (años)	7,16 ± 8,05	
Tipo de esclerosis sistémica	49	72,1
Limitada	7	10,3
Difusa	11	16,2
Sobreposición	1	1,5
CREST		
Manifestaciones pulmonares	30	44,1
Enfermedad pulmonar intersticial	4	5,8
Hipertensión pulmonar		

Otras manifestaciones	55	80,8
Fenómeno de Raynaud	10	14,7
Úlceras digitales	34	50
Artritis	32	47,4
Gastrointestinal	1	1,47
Renal	16	23,5
Patrón tomográfico	14	20,5
NIU		
NINE	42	82,3
Anticuerpos	6	12,5
Antinucleares	12	27,2
SCL 70		
Centrómero		

NINE, neumonía intersticial no específica; NIU, neumonía intersticial usual.

Resultados: Se incluyó a 68 pacientes: 65 (95,3%) del sexo femenino, con una edad media de 51,5 ± 9,86 años; dentro del tipo de variantes presentaban limitada 49 (72,1%), difusa 7 (16,2%) y de las manifestaciones pulmonares: EPI en 30 (44,1%) y HAP en 4 (5,8%); los patrones tomográficos encontrados fueron NINE en 14 (20,5%) y NIU en 16 (23,5%). Otras manifestaciones clínicas fueron fenómeno de Raynaud en 55 (80,8%), úlceras digitales en 10 (14,7%), artritis en 34 (50%), afectación gastrointestinal en 32 (47,4%) y renal en 1 (1,4%). Se encontró positividad de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia en 42 (82,3%).

Conclusiones: Los resultados registran similitud con las publicaciones médicas referentes a la EPI; en HAP se identificó una menor prevalencia a la informada. El cribado regular es crucial para detectar estas complicaciones en etapas tempranas, para un inicio oportuno de tratamiento. Los objetivos son mejorar la función pulmonar, reducir la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con ES. Hay que considerar que el tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario que incluya a reumatólogos, neumólogos y otros especialistas.

Bibliografía

1. Fajardo LD, Ocampo MC, Rodríguez J. Características de los pacientes con esclerosis sistémica que desarrollan enfermedad pulmonar intersticial. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(Suppl 3):S363-S371.
2. Lugo GE, Sepúlveda D, García LF, *et al.* Hipertensión arterial pulmonar asociada a esclerodermia en mestizos mexicanos. Rev Hosp Jua Mex 2013;80(4):231-234.

CG137

DESENLACES REPORTADOS POR LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS PEDIÁTRICAS EN MÉXICO

L.C. Reynoso-Medina, M.M. Rodríguez-Reyes, C.E. López-Cardona, Z.I. García-Murillo, F.A. Vázquez-Triminio, J.A. López-Rangel, A.V. Villarreal-Treviño, F. García-Rodríguez, N.E. Rubio-Pérez

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas ponen en riesgo la función de los pacientes y se acompañan de discapacidad funcional, dolor y dificultad para realizar las actividades de la vida cotidiana. Esto produce un deterioro significativo de la calidad de vida, aspectos físicos, emocionales, de desarrollo académico y personal. Estos desenlaces no pueden medirse directamente, por lo que los desenlaces señalados por los pacientes (PRO, *patient related outcomes*) se han establecido como las herramientas ideales para su abordaje.

Objetivo: Analizar el efecto de la enfermedad, a través de PRO, de pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal, con muestreo no aleatorio y consecutivo. Se incluyó a pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedades reumatológicas crónicas que acudieron al servicio de reumatología pediátrica del Hospital Universitario José Eleuterio

González durante los meses de abril y mayo de 2025. Se aplicaron los instrumentos *Patient-reported outcomes measurement information system-29* (PROMIS-29) y la prueba de Morisky-Green para apego al tratamiento. Se analizaron siete dominios por PROMIS-29: funcionamiento físico, ansiedad, depresión, fatiga, sueño, social y dolor. El intervalo de resultados de cada dominio es de 4 a 20 y una puntuación menor de 10 se considera resultado adverso.

Resultados: Se incluyó a 60 pacientes, con una mediana de 12 años (intervalo, 5-18; IQR 10-15); 41 (68,3%) fueron del sexo femenino. Los diagnósticos fueron artritis idiopática juvenil (37; 61,6%), lupus eritematoso sistémico (10; 16,6%), dermatomiositis juvenil (5; 8,3%), esclerodermia (4; 6,6%), esclerosis sistémica (2; 3,3%), polimiositis (1; 1,6%) y síndrome antifosfolípidos (1; 1,6%). El 60,7% mostró apego al tratamiento evaluado con la prueba de Morisky-Green. Los resultados de los dominios de PROMIS-29 fueron funcionamiento físico (mediana 19; IQR 17-20), ansiedad (mediana 17; IQR 14-19), depresión (mediana 19; IQR 15-20), fatiga (mediana 16; IQR 13-20), sueño (mediana 16; IQR 13-18), social (mediana 15; IQR 10-16) y dolor (mediana 18; IQR 14-20). Hasta 31 pacientes (51,6%) mostraron alteración en al menos un dominio y de éstos el 67,7% se encontraba con enfermedad clínicamente activa. Los dominios con más frecuencia de alteraciones fueron sociales (17 pacientes), sueño (15), fatiga (10), ansiedad (10), dolor (9), depresión (8) y funcionamiento físico (3).

Conclusiones: La mitad de los pacientes presentó alteración en la medición del PROMIS-29, la mayoría con enfermedad clínicamente activa. Las intervenciones enfocadas en mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes pediátricos con enfermedades reumatológicas son cruciales, ya que estas anomalías pueden afectar significativamente el bienestar físico, emocional y social de los niños.

Bibliografía

1. García-Galicia A, Hernández-Sánchez V, Santaella-Avalos A, et al. Quality of life and disease activity assessment in juvenile idiopathic arthritis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2021;59(2):133-40.
2. Frye WS, Milojevic D. The role of psychology in pediatric rheumatic diseases. *Pediatr Clin North Am*. 2022;69(5):965-74.

CG138

EFFECTO DE ELEMENTOS DEL ESTILO DE VIDA SOBRE INFLAMACIÓN, ACTIVIDAD CLÍNICA Y METABOLISMO DE CARBOHIDRATOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

N. Schneegans-Vallejo¹, D.X. Xibillé-Friedmann², E. Velasco-Espinal³, J.L. Montiel-Hernández¹

⁽¹⁾Universidad Autónoma del Estado de Morelos, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca José G. Parres, IMSS-Bienestar, ⁽³⁾Universidad Latinoamericana, Cuernavaca, Morelos

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, sistémica y autoinmune que ocasiona destrucción articular y afecta la calidad de vida. El tratamiento se centra en alcanzar la remisión o una menor actividad de la enfermedad. Los tratamientos complementarios como el ejercicio y una alimentación saludable han demostrado ser beneficiosos, tanto en la reducción de la inflamación sistémica como en el control de comorbilidades frecuentes en la AR, como la resistencia a la insulina. A pesar de esta evidencia, el papel del estilo de vida aún se subestima en la práctica clínica y existe una falta de información en este país que relacione estos elementos del estilo de vida con los parámetros clínicos y metabólicos en pacientes con AR.

Objetivo: Evaluar la relación entre el estilo de vida (patrón dietético, actividad física y estado nutricional) con marcadores inflamatorios (proteína C reactiva, PCR), glucémicos y clínicos, en una cohorte de pacientes con AR en seguimiento activo.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal con 104 pacientes diagnosticados con AR, atendidos en el Hospital General de Cuernavaca. Los participantes firmaron un consentimiento informado y se evaluó la actividad clínica mediante los índices DAS28, SDAI y CDAI, además

de la composición corporal (IMC, porcentaje de grasa y masa muscular, grasa visceral). Se aplicaron cuestionarios sobre frecuencia de consumo de alimentos (ENSANUT 2011), de los cuales se obtuvieron los patrones dietéticos y el cuestionario de actividad física (GPAQ), para clasificar a los pacientes como activos o insuficientemente activos según las guías de la OMS. Los valores de la PCR, así como los marcadores glucémicos (glucosa en ayuno y HbA1c), se obtuvieron de los análisis clínicos regulares. El análisis estadístico incluyó pruebas de normalidad, estadística descriptiva y correlaciones entre las variables.

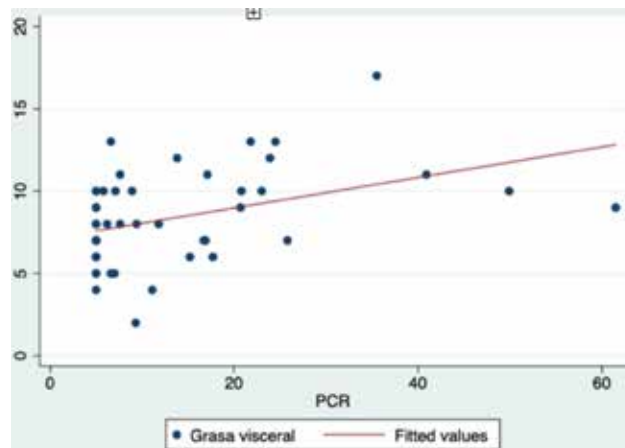
Resultados: De los 104 pacientes, el 96% correspondió a mujeres, con una edad promedio de 51,9-11,8 años. La mayoría de los participantes presentó sobrepeso u obesidad (58%) y grasa visceral elevada (%); además, se observó un riesgo metabólico significativo con valores promedio de glucosa en ayuno de 103,9 mg/dL y de HbA1c de 6,02%, lo que indica que el 50,5% de los participantes mostró alteraciones en el metabolismo de la glucosa. La actividad clínica de la AR se clasificó como moderada: DAS28-PCR 4,09 > 1,14, SDAI 16,61 > 12,98 y CDAI 16,02 > 13,54. Sólo el 19% de los pacientes cumplió con los 150 minutos semanales recomendados por la OMS. El análisis dietético identifica tres patrones dietéticos diferentes; el tercero (rico en cereales, lácteos y bebidas azucaradas) se vinculó significativamente con un mayor número de articulaciones dolorosas ($p = 0,032$), pero no inflamadas.

Conclusiones: Se encontraron correlaciones significativas entre la grasa visceral y la proteína C reactiva ($p = 0,005$), así como entre el IMC y la actividad clínica medida por el CDAI (**Figura 1**). Los aportes de este estudio subrayan el papel relevante del estilo de vida. Asimismo, el estudio proporciona evidencia que apoya la inclusión del estilo de vida como un componente en el tratamiento integral de la AR, con potencial para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Peláez A. Prevalencia de artritis reumatoide en la población adulta mexicana: Un estudio transversal. *Revista de Reumatología de México*. 2011;26(3):180-192.
2. Zaccardelli A. La dieta occidental y su impacto en la inflamación crónica y la autoinmunidad: evidencia emergente. *Nutrients*. 2019;11(10):2500-15.

Figura 1. Relación entre grasa visceral y PCR. (CG138)



CG139

CORRELACIÓN DEL PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP) Y LA SEVERIDAD DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

P.M. Pérez-Morales, L. Ortiz-Treviño, Y. Mejía-Holguín, D.O. Grageda-Portes, L.B. De la Cruz-Becerra, S.A. Vázquez-Guevara, V.E. Villalobos-Espinosa

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

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por fibrosis y vasculopatía, con compromiso frecuente del lecho vascular pulmonar. La hipertensión arterial pulmonar (HAP) constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en estos pacientes. El ecocardiograma Doppler es el método habitual de tamizaje, pero el péptido natriurético tipo B (BNP) se ha propuesto como biomarcador complementario para la detección de disfunción ventricular derecha y la estratificación del riesgo. La evidencia sobre su correlación con la gravedad de la HAP en ES aún es limitada.

Objetivo: Determinar la correlación entre los valores séricos de BNP y la gravedad de la HAP en pacientes con ES.

Material y métodos: Estudio observacional y analítico de cohorte retrospectiva. Se revisaron 84 expedientes durante el periodo comprendido entre enero de 2025 y julio de 2025. De éstos, 61 pacientes se incluyeron al final en el análisis, ya que 23 expedientes se descartaron por datos incompletos o por no cumplir con los criterios de presión sistólica arterial pulmonar (PSAP) estipulados. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ES (criterios ACR/EULAR 2013) y PSAP elevada con determinación de BNP y ecocardiograma Doppler transtorácico en los últimos seis meses. Se excluyó a los pacientes con cardiopatía isquémica o valvular, causas secundarias de HAP o embarazo. La gravedad de la HAP se clasificó según la PSAP en leve (20-50 mmHg), moderada (51-70 mmHg) y grave (≥ 71 mmHg). Se definió BNP alto como > 100 pg/mL. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central, comparación de medias y proporciones, y coeficiente de correlación de Pearson, tras considerar $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se evaluó a 61 pacientes (93,4% de mujeres), con mediana de edad de 53 años (23-79). Las características sociodemográficas se muestran en la **Tabla 1**. El 37,7% presentó BNP elevado (mediana, 187 pg/mL) y el 62,3% BNP normal (mediana, 26 pg/mL). La HAP grave se observó tan sólo en el grupo con BNP alto (17,4% vs. 0%; $p = 0,011$) y la PSAP fue mayor en este grupo (mediana 36 mmHg vs. 28 mmHg; $p = 0,002$). La correlación de Pearson entre valores de BNP y PSAP fue de 0,693 ($p = 0,002$), lo que indica una relación positiva y significativa (**Figura 1**).

Conclusiones: En pacientes con ES, las cifras elevadas de BNP se correlacionan significativamente con mayor PSAP y presencia de HAP más grave. Estos hallazgos respaldan el uso del BNP como herramienta complementaria para la estratificación del riesgo y el seguimiento de la HAP en ES.

Bibliografía

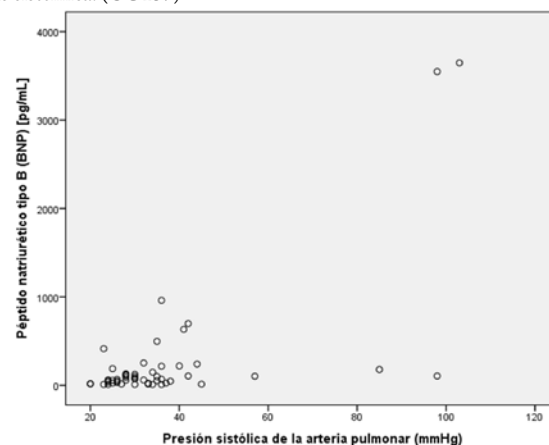
1. Haque A, Kiely DG, Kovacs G, *et al*. Pulmonary hypertension phenotypes in patients with systemic sclerosis. *Eur Respir Rev*. 2021;30(161): 210053.
2. Ley L, Grimminger F, Richter M, *et al*. The early detection of pulmonary hypertension. *Deutsches Ärzteblatt international*. 2023;120(48):823-830.

Tabla 1. Características generales de los pacientes con esclerosis sistémica, según los valores del péptido natriurético tipo B (BNP). (CG139)

	Total (n = 61)	BNP alto (n = 23)	BNP normal (n = 38)	p
Género, (%)				
Femenino	57 (93,4)	21 (91,3)	36 (94,7)	0,628
Masculino	4 (6,6)	2 (8,7)	2 (5,3)	
Edad, (años)	53 (23-79)	56 (23-79)	52 (33-73)	0,347
> 60 años	7 (11,5)	6 (26,1)	1 (2,6)	0,009
Tiempo de ESP, (meses)	31 (5-564)	50 (5-564)	29 (8-203)	0,075
Tipo de esclerodermia, (%)				
Difusa	46 (75,4)	20 (87)	26 (68,4)	0,132
Limitada	15 (24,6)	3 (13)	12 (31,6)	
Características clínicas, (%)				
Raynaud	15 (24,6)	6 (26,1)	9 (23,7)	0,833
Úlceras digitales	8 (13,1)	2 (8,7)	6 (15,8)	0,698
Telangiectasias	28 (45,9)	9 (39,1)	19 (50)	0,409
Enf. pulmonar intersticial	21 (34,4)	7 (30,4)	14 (36,8)	0,610
NINE	17 (27,9)	6 (26,1)	11 (28,9)	0,809
NIU	4 (6,6)	1 (4,3)	3 (7,9)	1

Hipertensión arterial pulmonar	61 (100)			0,011
Leve	56 (91,8)	18 (78,3)	38 (100)	
Moderada	1 (1,6)	1 (4,3)	0	
Grave	4 (6,6)	4 (17,4)	0	0,002
PSAP, mmHg	31 (20-103)	36 (23-103)	28 (20-45)	
Péptido natriurético tipo B, pg/mL	59 (10-4549)	187 (101-3647)	26 (10-98)	0,002
Comorbilidades, (%)	53 (86,9)	22 (95,7)	31 (81,6)	0,239
Diabetes mellitus	5 (8,2)	2 (8,7)	3 (7,9)	1
Hipertensión arterial	15 (24,6)	9 (39,1)	6 (15,8)	0,040
Hipotiroidismo	11 (18)	5 (21,7)	6 (15,8)	0,558
Tabaquismo	9 (14,8)	2 (8,7)	7 (18,4)	0,462
Serología, (%)				
Anti-Scl70	9 (14,8)	4 (17,4)	5 (13,2)	0,718
Anticentrómero	2 (3,3)	1 (4,3)	1 (2,6)	1
Tratamiento ESP, (%)				
Metotrexato	24 (39,3)	10 (43,5)	14 (36,8)	0,607
Micofenólico	40 (65,6)	14 (60,9)	26 (68,4)	0,547
Rituximab	23 (37,7)	10 (43,5)	13 (34,2)	0,469
Tratamiento HAP				
Macitentan	5 (8,2)	5 (21,7)		
Bosentan	3 (4,9)	3 (13)		
	1 (1,6)	1 (4,3)		

Figura 1. Correlación entre valores del péptido natriurético tipo B (BNP) y presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) en pacientes con esclerosis sistémica. (CG139)



CG140

TENDENCIAS DE VACUNACIÓN CONTRA VHZ, NEUMOCOCO E INFLUENZA EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS: ANÁLISIS 2020-2025

A. Gómez-Álvarez, L.Y. Gaytán-García, J.A. Esquivel-Valerio, D.A. Gallarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La vacunación en pacientes con enfermedades reumatólogicas es una estrategia clave para la prevención de infecciones, particularmente en aquellos bajo tratamiento inmunosupresor, dado el riesgo incrementado de complicaciones graves por patógenos prevenibles. Las guías del *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) y de la *European League Against Rheumatism* (EULAR) recomiendan esquemas de inmunización adaptados al estado inmunológico y a la edad del paciente, con prioridad de las vacunas contra el virus de la varicela zóster (VHZ), neumococo e influenza estacional. La vigilancia de la cobertura vacunal permite identificar brechas y optimizar estrategias de intervención.

Objetivo: Analizar la tendencia anual de aplicaciones de vacunas contra VHZ, neumococo e influenza en un programa de atención reumatológica, con énfasis en el avance alcanzado durante el primer cuatrimestre de 2025.

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo de los registros internos de vacunación correspondientes al periodo 2020-2025 en el Centro de Especialistas en Artritis y Reumatismo. Se incluyeron tres compuestos biológicos:

1. VHZ: vacuna recombinante de subunidad gE adyuvante.
2. Neumococo: vacuna conjugada o polisacárida según indicación.
3. Influenza: vacuna tetravalente inactivada.

Se documentó el número absoluto de aplicaciones por año y tipo de vacuna (Tabla 1). Para 2025, el corte corresponde al primer cuatrimestre.

Resultados: El análisis de las aplicaciones de vacunas entre 2020 y el primer cuatrimestre de 2025 muestra una tendencia heterogénea según el compuesto biológico. La vacunación contra VHZ mostró un incremento sostenido a partir de 2022 y alcanzó un máximo de 199 dosis en 2024. En el periodo enero-abril de 2025 se aplicaron 96 dosis, lo que representa el 48,24% del total alcanzado en el año previo, lo que refleja un ritmo de avance acelerado. En cuanto a la vacuna contra neumococo, se observó un máximo histórico de 44 aplicaciones en 2024, seguido de una disminución a 10 dosis durante el primer cuatrimestre de 2025. La cobertura de influenza mostró sus valores más altos en 2020 y 2024, con 64 dosis aplicadas en cada año, mientras que en el resto del periodo las cifras se mantuvieron en cifras inferiores. El análisis global evidencia un incremento progresivo en el número total anual de aplicaciones, al pasar de 79 dosis en 2020 a 307 en 2024. En 2025, con corte al primer cuatrimestre, se han registrado 120 aplicaciones, lo que indica una tendencia ascendente que podría superar el total del año anterior si se mantiene el ritmo observado.

Conclusiones: La vacunación contra VHZ muestra una tendencia ascendente y un avance rápido en 2025, posiblemente en relación con las campañas de captación intensiva o disponibilidad del compuesto biológico. La vacuna antineumocócica alcanzó su mayor cobertura en 2024, pero registró una disminución en 2025, lo que podría relacionarse con menor disponibilidad, cambios en criterios de aplicación o priorización de otras vacunas. La cobertura contra influenza se mantuvo estable en años de alta aplicación (2020 y 2024), lo que sugiere la necesidad de reforzar estrategias para aumentar la adherencia en periodos intermedios. Los resultados respaldan la importancia de la vigilancia continua y del ajuste de estrategias de vacunación según las tendencias observadas.

Bibliografía

1. Centers for Disease Control and Prevention. Recommended Adult Immunization Schedule, United States, 2025. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2025;74(6):145-152. doi:10.15585/mmwr.mm7406a1.
2. Furer V, Rondaan C, Heijstek MW, *et al.* 2019 update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis.* 2020;79(1):39-52. doi:10.1136/annrheumdis-2019-215882.

Tabla 1. Aplicaciones de vacunas por año. (CG140)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
VHZ	0	0	3	108	199	96
Neumococo	15	18	16	23	44	10
Influenza	65	4	7	57	64	14
Total	79	22	26	188	307	120

CG141

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE Y CUANTIFICACIÓN DE LINFOCITOS T Y B REGULADORES

O.L. Vera-Lastra, E.E. Garrido-Cortés, J. Juárez-Medrano, A.K. Alaniz-Flores, L.A. Montiel-Cervantes, M.P. Cruz-Domínguez, G. Medina Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es un error congénito de la inmunidad caracterizado por amplia heterogeneidad clínica e incluye autoinmunidad, infecciones recurrentes, enfermedad granulomatosa, enteropatía y enfermedad maligna. La coexistencia de autoinmunidad ocurre en un 30%. Las más frecuentes son citopenias autoinmunes: púrpura trombocitopénica inmune (1-14%), anemia hemolítica autoinmune (4-7%) y neutropenia autoinmune (1%). Entre las reumatológicas figuran artritis reumatoide (AR) con 2,6 a 3,6%, síndrome de Sjögren (SS) con 1 a 4%, lupus eritematoso sistémico (LES) con 1%; de las endocrinológicas destacan tiroiditis autoinmune (TA) y diabetes tipo 1; y entre las dermatológicas: vitiligo y alopecia. La autoinmunidad puede ser la forma de presentación inicial en 15 a 54% de los casos, en relación con alteraciones de las subpoblaciones de linfocitos T y B reguladores.

Objetivo: Analizar el perfil clínico e inmunológico de pacientes mexicanos con IDCV, la coexistencia con enfermedad autoinmune (EAI) y la cuantificación de linfocitos B y T reguladores.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo en 32 pacientes con diagnóstico confirmado de IDCV, sin incluir a aquellos con EAI, en comparación con 32 controles pareados por edad y sexo. Antes de la administración de gammaglobulina se solicitaron estudios de laboratorio que incluyeron: anticuerpos (ANA, ANCA, anti-DNA, anti-Smith, anti-Ro, anti-La, anti-CCP, anti-TPO, antiendomisio, factor reumatoide, antitiroglobulina y complemento) y biometría hemática (BH). La presencia de EAI se determinó mediante cuestionarios clínicos, tras aplicar criterios diagnósticos establecidos.

Las subpoblaciones linfocitarias (CD3, CD4, CD8, NK y NKT) se determinaron con citometría de flujo (FACSCanto II, BD Biosciences) con software FACSDiva, y se identificaron linfocitos en la región CD45. Los pacientes se clasificaron en tres grupos: GI, IDCV sin EAI; GII, IDCV con EAI; y GIII, controles. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics v25 y se utilizaron las pruebas ji cuadrada para variables categóricas y t de Student para las variables cuantitativas.

Resultados: Se estudió a 32 pacientes con IDCV, con 48% de mujeres y mediana de 40 años; 52% de hombres y mediana 35 años. En mayores de 50 años se registraron comorbilidades: hipertensión, diabetes tipo 2 y asma. El 62% presentó positividad a autoanticuerpos, y los más frecuentes fueron anti-TPO (61,2%), seguido de anti-TSH, antitiroglobulina, antiendomisio y anti-CCP, de los cuales el 56,25% presentó EAI por criterios establecidos. Los resultados se compararon con un grupo control de donadores de sangre; la relación con EAI se muestra en la **Tabla 1**.

El recuento leucocitario promedio fue menor en IDCV que en controles (4.380 vs. 6.300 cel/mL; $p < 0,001$) con una reducción del 30,4% (**Tabla 2**). Los linfocitos totales fueron menores en IDCV respecto de los controles (970 vs. 1.890 cel/mL; $p < 0,001$), con linfopenia en el 38,7%. No se observaron diferencias significativas entre los grupos I y II en linfocitos T y B. Todas las subpoblaciones linfocitarias fueron inferiores en IDCV y destacó la mayor reducción de CD4 (230 vs. 851 cel/mL; $p = 0,002$) y NKT (45 vs. 102 cel/mL; $p = 0,021$) (**Tabla 3**).

Conclusiones: En pacientes mexicanos con IDCV se encontró una menor cantidad de leucocitos y linfocitos respecto de los controles. No hubo diferencia entre pacientes con IDCV con y sin EAI. Las subpoblaciones de linfocitos (CD3, CD4, CD8, NK y NKT) en IDCV fueron menores en comparación con los controles. Las EAI relacionadas con IDCV fueron las endocrinológicas (TA) y las reumatológicas (AR, SS, LES). El reconocimiento oportuno y el tratamiento adecuado de EAI son importantes para una mejor calidad de vida de estos pacientes y la reducción de complicaciones vinculadas con la IDCV.

Bibliografía

1. Tabolli S, Giannantoni P, Pulvirenti F, *et al.* Longitudinal study on health-related quality of life in a cohort of 96 patients with common variable immune deficiencies [PDF]. *Front Immunol.* 2014;5:605. doi: 10.3389/fimmu.2014.00605.
2. Villa A, Milito C, Deiana CM, *et al.* High prevalence of Long COVID in common variable immunodeficiency: an Italian multicentric study. *J Clin Immunol.* 2024;44(2):59. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10875-024-01656-2>
3. Berrón-Ruiz L. Enfermedades autoinmunitarias en pacientes con inmunodeficiencia común variable. *Rev Alerg Mex.* 2021;68(1):48-64. Disponible en: <https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/894/1399>

Tabla 1. Pacientes con inmunodeficiencia variable común y anticuerpos positivos. (CG141)

	Anticuerpos positivos	Diagnóstico confirmado
Enfermedades endocrinológicas	19	9
Anti-TPO (tiroiditis autoinmune)	17	7
Anti-TSH (enfermedad de Graves)	2	2
Enfermedades reumatológicas	8	8
Anti-DNA DC (LES)	4	4
Anti-CCP (artritis reumatoide)	2	2
Anti-Ro/La (síndrome de Sjögren)	2	2
Enfermedades gastrointestinales	1	1
Antidendomio (enf. celiaca)	1	1

Tabla 2. Valores totales de leucocitos y linfocitos en pacientes con y sin IDCV. (CG141)

	Grupo control		Grupo con IDCV		p
	Recuento celular (cel/mL)	Promedio (cel/mL)	Recuento celular (cel/mL)	Promedio (cel/mL)	
Leucocitos	5.600-10.800	6.300	1.420-13.930	4.380	< 0,001
Linfocitos	1.280-4.100	1.890	220-4.040	970	< 0,001

IDCV, inmunodeficiencia común variable.

Tabla 3. Valores de linfocitos en subpoblaciones al comparar el grupo control con los pacientes con IDCV. (CG141)

Subpoblaciones	Control	IDCV	p
CD3	1.280-2.568 (1634)	534-1.035 (736)	0,03
CD4	521-2.001 (851)	118-722 (230)	0,002
CD8	132-789 (326)	93-479 (183)	0,03
NK	94-180 (115)	17-145 (66)	0,012
NKT	85-138 (102)	15-133 (45)	0,021

CG142**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE LA MIOSITIS ANTI-Ku EN UNA COHORTE HISPANA**

H.T. Ríos-Bazaldúa, V. Cantú-Martínez, E. Domínguez-Chapa, A.K. Garza-Elizondo, K. Deciderio-Pavón, A.C. Bardán-Incháustegui, G. García-Arellano, H. Moreno-Dávila, M.A. Villarreal-Alarcón, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los anti-Ku son anticuerpos poco frecuentes relacionados con la miositis y dirigidos contra un heterodímero de unión al ADN que participa en la reparación del ADN. Los anticuerpos contra la proteína Ku se notificaron por primera vez en 1981 en un paciente con síndrome de superposición de polimiositis y esclerodermia. La positividad para anticuerpos anti-Ku puede vincularse con un fenotipo clínico distintivo en las enfermedades autoinmunes y, cuando se presenta aisladamente de otros autoanticuerpos, puede representar un síndrome clínico específico. Las publicaciones médicas actuales incluyen principalmente estudios en poblaciones asiáticas y caucásicas, con datos limitados disponibles en la población hispana.

Objetivo: Describir las características clínicas y serológicas más frecuentes de pacientes hispanos con positividad moderada-intensa de anticuerpos anti-Ku. **Material y métodos:** Estudio transversal en el Hospital Universitario José Eleuterio González de Monterrey, México, entre febrero de 2016 y diciembre de 2023. Los pacientes se identificaron por positividad moderada o intensa para anticuerpos anti-Ku con uso del panel EUROLINE de miopatías inflamatorias autoinmunes. Los datos demográficos, clínicos y serológicos se obtuvieron de los expedientes médicos. Se excluyó a los pacientes con positividad débil o limítrofe, registros duplicados o seguimiento insuficiente.

Resultados: Se incluyó a ocho pacientes, con una mediana de edad de 46 años (RIC: 32,5-64,75); 7 (87,5%) eran mujeres y tres se diagnosticaron con síndrome anti-Ku. Otros diagnósticos reumáticos incluyeron síndrome de superposición (lupus eritematoso sistémico [LES]/artritis reumatoide [AR], n = 3), esclerosis sistémica (ES) y LES (n = 1 cada uno). Las características clínicas se detallan en la **Tabla 1**. En esta cohorte, todos los pacientes señalaron afectación articular durante su evolución clínica. La afectación cutánea (alopecia, exantema malar e hiperpigmentación) se presentó en siete individuos. Los síntomas de sequedad y el fenómeno de Raynaud se presentaron en cinco (62,5%) y cuatro (50%) pacientes, respectivamente. Dos pacientes tuvieron manifestaciones cardíacas (pericarditis y arritmias). Un paciente tenía enfermedad pulmonar intersticial (EPI). El anticuerpo anti-Ro52 fue el anticuerpo superpuesto más frecuente (50%). Se identificaron tres subgrupos de anticuerpos: anti-Ro52 ± MDA5/NXP2/U1-RNP (n = 4), frecuentemente vinculado con el fenómeno de Raynaud y afectación cardíaca, incluido el único fallecimiento de la cohorte; anti-Ku aislado (n = 3), con síntomas predominantemente articulares y secos, y anti-cN1A (n = 2), en relación con LES y características cutáneas. En comparación con las cohortes internacionales, estos pacientes compartieron una prevalencia de síntomas articulares (Francia: 83%, Italia: 86%, Alemania: 80%) y tasas de Raynaud similares (Portugal: 40,7%, Francia: 43%, Italia: 66,7%, esta cohorte: 50%). Sin embargo, la EPI fue menos frecuente (25%) que en otras cohortes internacionales (hasta un 58%). Todos los pacientes recibieron corticosteroides. Los inmunosupresores incluyeron metotrexato (n = 3), azatioprina, micofenolato de mofetilo, hidroxiquina y leflunomida (n = 2 cada uno).

Tabla 1. Características serológicas y clínicas de pacientes con positividad moderada-intensa para anticuerpos anti-Ku. (CG142)

Diagnóstico	Manifestaciones cutáneas	Fatiga	Fenómeno de Raynaud	Artralgia	Anticuerpos de superposición
Esclerosis sistémica (SSc)	Lesiones periungueales Hiperpigmentación cutánea	Sí	No	Sí	Ro-52 NXP2
Síndrome anti-Ku	No	Sí	No	Sí	No
Síndrome de superposición (DM, AR, LES)	Hiperpigmentación cutánea Alopecia Eritema facial	Sí	Sí	Sí	Ro-52 MDA5
Síndrome anti-Ku	Alopecia Fotosensibilidad Eritema facial	Sí	No	Sí	No
Síndrome de superposición (AR, LES) FM	Livedo reticular Erupción malar Alopecia	Sí	Sí	Sí	Ro-52 CN-1a U1-RNP
Síndrome de superposición (AR, LES, SSc)	Úlceras digitales Erupción malar	Sí	Sí	Sí	RO-52
Síndrome anti-Ku	Alopecia	No	No	SÍ	No
Lupus eritematoso sistémico (LES)	Fotosensibilidad Erupción malar Hiperpigmentación cutánea	Sí	Sí	SÍ	CN-1a

AR, artritis reumatoide; DM, dermatomiositis; FM, fibromialgia; LES, lupus eritematoso sistémico; SSc, esclerosis sistémica.

Conclusiones: En esta cohorte, las manifestaciones clínicas reflejaron en gran medida los datos de otras cohortes internacionales, en particular los síntomas articulares y fenómeno de Raynaud vinculado con la agrupación de anticuerpos. La presencia de anticuerpos anti-Ku, con títulos positivos moderados a intensos, se relacionó de forma predominante con manifestaciones articulares y cutáneas. Estos hallazgos remarcen la necesidad de considerar los perfiles de anticuerpos en la estratificación del riesgo y el tratamiento individualizado. Estos hallazgos deben evaluarse en cohortes más grandes para definir mejor las implicaciones clínicas en esta población.

Bibliografía

1. Gryga K, Milewski M, Żółciński M, *et al.* Anti-Ku autoantibodies: series of 5 cases. *Pol Arch Intern Med.* 2009;119(1-2):95-97.
2. Franceschini F, Cavazzana I, Generali D, *et al.* Anti-Ku antibodies in connective tissue diseases: clinical and serological evaluation of 14 patients. *J Rheumatol.* 2002;29(7):1393-7.

CG143

NIVELES DE COLESTEROL NO-HDL COMO BIOMARCADOR PARA DETECTAR ATEROESCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

V. Cervantes-Ramírez, R.L. Polina-Lugo, O.A. Garza-Flores, F.M. García-García, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, D.A. Salcedo-Almanza

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) tienen un riesgo aumentado de episodios cardiovasculares mayores (MACE) en comparación con la población general. Los valores elevados del colesterol no-HDL (c-no-HDL) se han relacionado con la presencia de enfermedad arterial coronaria y el incremento del grosor de la íntima-media carotídea, un índice prometedor para el tamizaje del riesgo cardiovascular (CV) en pacientes con AP.

Objetivo: Relacionar los valores de c-no-HDL con la presencia de placa carotídea (PC) en pacientes con AP.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a pacientes de 30 a 75 años con AP que cumplieron los criterios de CASPAR 2006 y que no tenían antecedente de MACE. Se realizó un ultrasonido carotídeo a todos los pacientes y se definió PC como grosor difuso de la íntima media carotídea $\geq 1,2$ mm o grosor focal $\geq 0,8$ mm. El c-no-HDL se calculó al restar el colesterol HDL del colesterol total. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo con sus valores de c-no-HDL: aquellos con cifras > 130 mg/dL se clasificaron como alto y aquellos con valores < 130 mg/dL como bajo. La prueba de Kolmogorov-Smirnov se utilizó para determinar la normalidad y las comparaciones se efectuaron con ji cuadrada, t de Student o U de Mann-Whitney. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se inscribió a un total de 90 pacientes con AP (Tabla 1): 40 con cifras elevadas de c-no-HDL y 50 con valores bajos de c-no-HDL. La edad promedio fue de $53,4 \pm 11,1$ años. La prevalencia de diabetes mellitus fue mayor en los pacientes con c-no-HDL bajo (48% vs. 5,0%, $p = 0,01$), mientras que el resto de las comorbilidades era similar entre ambos grupos, sin ser estadísticamente significativo. La presencia de PC se detectó en 44,4% del total de la muestra; no obstante, aunque los pacientes con c-no-HDL bajo tuvieron la prevalencia más alta ($n = 26$, 32%), no se encontró estadísticamente significativo.

Conclusiones: Estos resultados indican que los valores del c-no-HDL no tienen una relación significativa con la presencia de PC en pacientes con AP; sin embargo, se observó una mayor prevalencia de PC en los pacientes con cifras bajas de c-no-HDL, lo que sugiere la posible influencia de factores de riesgo comunes y características propias de la enfermedad reumática. Se requieren estudios prospectivos con cohortes mayores para esclarecer la relación entre el perfil lipídico y la aterosclerosis subclínica carotídea en pacientes con AP.

Bibliografía

1. Yun YM. Apolipoprotein B, non-HDL cholesterol, and LDL cholesterol as markers for atherosclerotic cardiovascular disease risk assessment. *Ann Lab Med.* 2023;43(3):221-222. doi: 10.3343/alm.2023.43.3.221. Epub 2022 Dec 22. PMID: 36544332; PMCID: PMC9791017.
2. Aggarwal DJ, Kathariya MG, Verma DPK. LDL-C, non-HDL-C and APO-B for cardiovascular risk assessment: looking for the ideal marker. *Indian Heart J.* 2021;73(5):544-548. doi: 10.1016/j.ihj.2021.07.013. Epub 2021 Jul 31. PMID: 34627566; PMCID: PMC8514398.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes. (CG143)

	c-no-HDL bajo (n = 50)	c-no-HDL alto (n = 40)	p
Edad, años, media ($\pm$ DE)	55,0 $\pm$ 10,6	51,4 $\pm$ 11,3	0,12
Mujeres, n (%)	24 (48)	24 (60)	0,25
Diabetes mellitus, n (%)	14 (28,0)	2 (5,0)	0,01
Dislipidemia, n (%)	22 (44)	20 (50)	0,73
Hipertensión, n (%)	15 (30)	11 (27)	0,27
Tabaquismo activo, n (%)	10 (20)	9 (22,5)	0,61
IMC, media ($\pm$ DE)	28,5 $\pm$ 5,6	28,9 $\pm$ 4,3	0,69
Tiempo de evolución, años, mediana (IQR)	10 (4,2-16,5)	10 (4-17,7)	0,96
DAPSA, media ($\pm$ DE)	22,4 $\pm$ 20,6	20,1 $\pm$ 16,9	0,55
FARME, n (%)	38 (76,0)	29 (72,5)	0,69
Biológicos, n (%)	16 (32,0)	14 (35,0)	0,93
Placa carotídea, n (%)	26 (52,0)	14 (35,0)	0,10

DE, desviación estándar; IMC, índice de masa corporal; DAPSA, índice de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad.

CG144

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN CARDIACA Y PLACA CAROTÍDEA EN DISTINTOS PATRONES DE INVOLUCRO ARTICULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

V. Cervantes-Ramírez, R.L. Polina-Lugo, O.A. Garza-Flores, F.M. García-García, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, D.A. Salcedo-Almanza

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las artritis inflamatorias sistémicas tienen un riesgo cardiovascular (CV) elevado debido a su perfil proinflamatorio y proaterogénico. Asimismo, el compromiso articular se ha relacionado con disfunción diastólica y sistólica; sin embargo, esta relación se desconoce en pacientes con artritis psoriásica (AP).

Objetivo: Determinar la relación del compromiso articular y la presencia de placa carotídea (PC), disfunción diastólica subclínica (DDS) y función ventricular en pacientes con AP.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyó a pacientes de 30 a 75 años con AP que cumplieran con los criterios de CASPAR 2006 y sin antecedentes de episodios CV mayores. Los pacientes se categorizaron en tres grupos de acuerdo con el tipo de afectación articular: compromiso periférico, el cual se definió como afectación articular en las manos, pies, rodillas, codos o tobillos; compromiso axial, descrito como afectación articular en columna o zona sacroiliaca; y compromiso mixto, determinado por la presencia de características periféricas y axiales. Se realizó ultrasonido carotídeo a 88 pacientes y se definió PC como un grosor difuso de íntima-media carotídeo $\geq 1,2$ mm o grosor focal $\geq 0,8$ mm. Se realizó un ecocardiograma a 67 pacientes, el cual incluyó la medición de la excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (TAPSE) y la fracción de expulsión ventricular izquierda (FEVI). La DDS

se definió acorde las guías de 2016 ASE/EACVI. La prueba de Kolmogorov-Smirnov se utilizó para determinar la normalidad y las comparaciones se realizaron con ji cuadrada, ANOVA o Kruskal-Wallis. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a un total de 88 pacientes (Tabla 1): 38 con compromiso articular periférico, 21 con axial y 29 con mixto. La edad media fue $53,5 \pm 11,5$ años. No se hallaron diferencias significativas en comorbilidades CV. Se observó una diferencia con significancia estadística marginal en las puntuaciones de DAPSA y DAS28-CRP ($p = 0,052$ y $0,07$, respectivamente). La prevalencia general de PC fue de 40,2% ($n = 37$) y los pacientes con compromiso mixto tuvieron mayor prevalencia PC (48,2%), sin ser estadísticamente significativo ($p = 0,70$). De los 67 pacientes objeto de ecocardiografía, la edad media fue de $52,6 \pm 11,16$ años. Las escalas DAS28-CRP y DAPSA fueron más altas en el grupo con compromiso articular mixto ($p = 0,01$ y $p = 0,002$, respectivamente). El patrón seudonormal en la DDS se observó en el 38% de los pacientes con compromiso articular periférico, y

fue el más prevalente ($p = 0,60$). Los valores de TAPSE fueron más bajos en el compromiso mixto en comparación con la afectación axial (24 [22-27] vs. 21,5 [18,7-23], $p = 0,01$). No se identificaron resultados significativos en la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI).

Conclusiones: Este estudio demuestra que el compromiso articular no se encuentra vinculado con la presencia de PC; no obstante, podría relacionarse con valores de TAPSE, lo que sugiere una posible conexión con disfunción cardíaca. Sin embargo, se requieren estudios prospectivos con muestras mayores para esclarecer la relación entre compromiso articular, aterosclerosis subclínica y DDS.

Bibliografía

1. Lauper K, Courvoisier DS, Chevallier P, *et al.* Incidence and prevalence of major adverse cardiovascular events in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and axial spondyloarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018;70(12):1756-63. doi:10.1002/acr.23567

Tabla 1. Características clínicas, del ultrasonido carotídeo y ecocardiográficas. (CG144)

Variables	Compromiso articular periférico n = 38	Compromiso articular axial n = 21	Compromiso articular mixto n = 29	p
Edad, años, media $\pm$ DE	53,3 $\pm$ 11,2	51,3 $\pm$ 12,2	55,4 $\pm$ 11,5	0,44
Mujeres, n (%)	19 (50)	11 (52,3)	16 (55,1)	0,91
Comorbilidades				
Diabetes, n (%)	7 (18,4)	3 (14,2)	5 (17,2)	0,92
Hipertensión, n (%)	13 (34,3)	5 (23,8)	9 (31,0)	0,70
Dislipidemia, n (%)	16 (42,1)	10 (47,6)	15 (51,7)	0,73
Tabaquismo activo, n (%)	6 (15,7)	6 (28,5)	6 (20,6)	0,50
IMC, media $\pm$ DE	29,0 $\pm$ 4,9	28,5 $\pm$ 6,3	29,1 $\pm$ 4,2	0,90
Características clínicas				
Tiempo de evolución, mediana (RIC)	10 (4,2-13,7)	11 (3,0-20,0)	13 (6,0-20,0)	0,19
DAPSA, media $\pm$ DE	19,1 $\pm$ 16,1	17,5 $\pm$ 13,5	28,7 $\pm$ 23,7	0,052
DAS28-CRP, media $\pm$ DE	3,0 $\pm$ 1,3	3,3 $\pm$ 1,4	3,9 $\pm$ 1,7	0,07
FARME, n (%)	28 (73,6)	13 (61,9)	23 (79,3)	0,52
Biológicos, n (%)	11 (18,9)	9 (42,2)	11 (37,9)	0,38
Placa carotídea				
Placa unilateral, n (%)	15 (39,4)	8 (38,0)	14 (48,2)	0,70
Placa bilateral, n (%)	7 (18,4)	3 (14,2)	9 (31,0)	0,84
	8 (21,0)	5 (23,8)	5 (17,2)	0,29
Características clínicas y ecocardiográficas				
	n = 21	n = 21	n = 25	
Edad, años, media $\pm$ DE	52,1 $\pm$ 10,8	51,3 $\pm$ 12,1	54,1 $\pm$ 10,8	0,67
Mujeres, n (%)	11 (52,3)	11 (52,3)	16 (64,0)	0,65
Comorbilidades				
Diabetes, n (%)	3 (14,2)	3 (14,2)	4 (16,0)	0,98
Hipertensión, n (%)	9 (42,8)	5 (23,8)	7 (28,0)	0,37
Dislipidemia, n (%)	10 (47,6)	10 (47,6)	14 (56,0)	0,80
Tabaquismo activo, n (%)	4 (19,0)	6 (28,5)	6 (24,0)	0,76
IMC $\pm$ DE	29,5 $\pm$ 5,2	28,5 $\pm$ 6,3	29,9 $\pm$ 5,0	0,66
Características clínicas				
Duración de enfermedad, años, mediana (RIC)	9 (4,0-14,0)	11,0 (3,0-20,0)	14,0 (10,0-23,0)	0,43
DAPSA, media $\pm$ DE	14,6 $\pm$ 11,0	17,5 $\pm$ 13,5	32,3 $\pm$ 23,8	0,002
DAS28-CRP, media $\pm$ DE	2,9 $\pm$ 1,4	3,3 $\pm$ 1,4	4,2 $\pm$ 1,5	0,01
FARME, n (%)	13 (61,9)	13 (61,9)	21 (84,0)	0,16
Biológicos, n (%)	5 (23,8)	9 (42,8)	9 (36,0)	0,41
Disfunción diastólica subclínica				
Normal, n (%)	10 (47,6)	16 (76,1)	15 (60,0)	0,16
Seudonormal, n (%)	8 (38,0)	5 (23,8)	8 (32,0)	0,60
PRR, n (%)	1 (4,7)	0 (0)	0 (0)	0,32
PRI, n (%)	2 (9,5)	0 (0)	2 (8,0)	0,37
Función ventricular				
TAPSE, mediana (RIC)	23 (21-25)	24 (22-27)	21,5 (18,7-23)	0,01
FEVI, media $\pm$ DE	61,9 $\pm$ 4,9	59,9 $\pm$ 5,0	58,8 $\pm$ 5,7	0,15

DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico; DAPSA, índice de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica; DAS28-CRP, puntuación de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones-proteína C reactiva; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; PRR, patrón restrictivo irreversible; PRI, patrón restrictivo irreversible; TAPSE, excursión sistólica del plano anular tricúspideo; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo.

2. Hintenberger R, Affenzeller B, Vladychuk V, *et al.* Cardiovascular risk in axial spondyloarthritis-a systematic review. *Clin Rheumatol.* 2023;42(10):2621-33. doi:10.1007/s10067-023-06655-z.

CG145

PATRÓN DE FUERZA PRENSIL EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DE HIPERMÓVILIDAD ARTICULAR

C.V. Elizondo-Solís, V. Villarreal-Villarreal, V. Saldana-Fraire, D.J. Pacheco-Estrella, C. Ayala-García, A.P. Montemayor-Zarazúa, O. Ilizaliturri-Guerra, A.C. Arana-Guajardo, E. Purón-González, N.E. Rubio-Pérez, K. Silva-Luna, L.I. Lozano-Plata, M.R. García-Pompermayer, M.A. Garza-Elizondo

Instituto de Medicina Interna, Centro Médico Zambrano Hellion

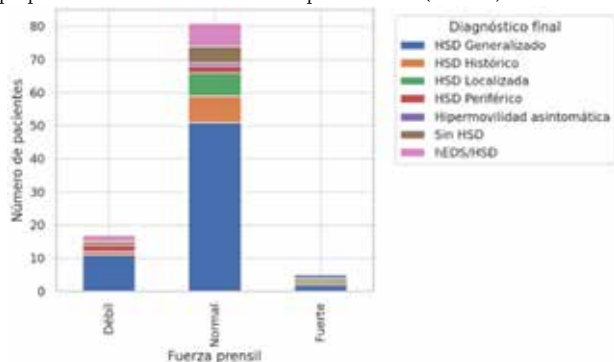
Introducción: Los trastornos del espectro de hiper movilidad articular (HSD) se caracterizan por una laxitud articular generalizada acompañada de manifestaciones multisistémicas que afectan la calidad de vida. La fuerza prensil (FP), como indicador funcional accesible, se ha estudiado poco en este grupo de pacientes, pese a su potencial para reflejar alteraciones musculoesqueléticas y su relación con fenómenos como la sensibilización central. Evaluar este parámetro podría aportar información complementaria en la caracterización clínica del HSD y facilitar una aproximación más integral a su control.

Objetivo: Explorar la relación entre la fuerza prensil, la sensibilización central y otras características clínicas en pacientes con diagnóstico de HSD.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en pacientes atendidos en la clínica de hiper movilidad del Centro Médico Zambrano Hellion entre noviembre de 2024 y agosto de 2025. Se incluyó a pacientes con medición de fuerza prensil mediante dinamometría hidráulica y se aplicaron cuestionarios validados para sensibilización central (CSI) y manifestaciones multisistémicas (Spider). La fuerza prensil se analizó como variable continua y categorizada (débil, normal, fuerte) y se exploraron sus correlaciones con variables clínicas. Se aplicaron pruebas de correlación de Pearson y Kruskal-Wallis y pruebas *post hoc* con corrección de Benjamini-Hochberg, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: Se obtuvo la fuerza prensil de 103 pacientes en la que se observó una correlación negativa débil con el CSI ($r = -0,212$; $p = 0,038$), y correlaciones negativas con dominios Spider de síntomas musculoesqueléticos ($r = -0,28$) y disautonomía ($r = -0,23$). No se observó diferencia en la fuerza prensil entre los subtipos de HSD ($H = 7,28$; $p = 0,201$). Al categorizar la fuerza prensil (débil/normal/fuerte), no se identificaron diferencias relevantes en las puntuaciones de CSI ni en la distribución de diagnósticos; aunque ningún paciente con fuerza “fuerte” presentó CSI ≥ 50 , este grupo fue muy pequeño ($n = 5$) (**Figura 1**).

Figura 1. Distribución de la FP según el subtipo de HSD. Gráfica de barras apiladas que muestra la distribución de los subtipos de HSD en distintos grados de fuerza; la mayoría de los pacientes presentó una fuerza prensil normal. Los casos con FP débil o fuerte se distribuyeron en menor proporción entre los diferentes subtipos de HSD. (CG145)



Conclusiones: Los resultados muestran relaciones débiles entre FP, sensibilización central y síntomas multisistémicos sin diferencias significativas entre subtipos de HSD. Estas observaciones aportan información funcional complementaria en la valoración de pacientes con hiper movilidad; sin embargo, limitan su valor como biomarcador independiente. Debido a esto se recomienda utilizarlos en conjunto con otros parámetros clínicos durante la práctica médica.

Bibliografía

1. Ball LN, Jacobs MV, McLouth CJ, *et al.* Assessment of gait mechanics and muscle strength in hypermobile Ehlers Danlos Syndrome. *Clin Biomech (Bristol).* 2024;113:106210. doi:10.1016/j.clinbiomech.2024.106210. PMID: 38412743; PMCID: PMC10988131.
2. Coussens M, Lapauw B, Banica T, *et al.* Muscle strength, muscle mass and physical impairment in women with hypermobile Ehlers-Danlos syndrome and hypermobility spectrum disorder. *J Musculoskelet Neuronal Interact.* 2022;22(1):5-14. PMID: 35234154; PMCID: PMC8919651.

CG146

MAYOR TASA DE REMISIÓN CLÍNICA EN ARTRITIS REUMATOIDE CON FARME SINTÉTICOS CONVENCIONALES MÁS ESTATINAS COMPARADO CON SÓLO FARME SINTÉTICOS CONVENCIONALES

M.C. Huerta Martínez¹, L. Ortiz Treviño¹, M.A. Ramos Sánchez¹, D.O. Grageda Portés¹, Y. Mejía Holguín¹, L.B. De La Cruz Becerra¹, S.A. Vázquez Guevara¹, V.E. Villalobos Espinosa¹, L.A. Escamilla García²

⁽¹⁾UMAE Hospital de Especialidades No. 25, IMSS, Monterrey, NL ⁽²⁾Hospital Cumbres Christus Muguerza

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica que compromete la calidad de vida y aumenta significativamente el riesgo cardiovascular. El tratamiento estándar incluye fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (FARMEsc), pero persiste un porcentaje de pacientes que no alcanzan remisión. Las estatinas poseen efectos pleiotrópicos antiinflamatorios que podrían favorecer la respuesta clínica en AR. La evidencia sobre su beneficio como coadyuvante en la remisión es limitada y controversial.

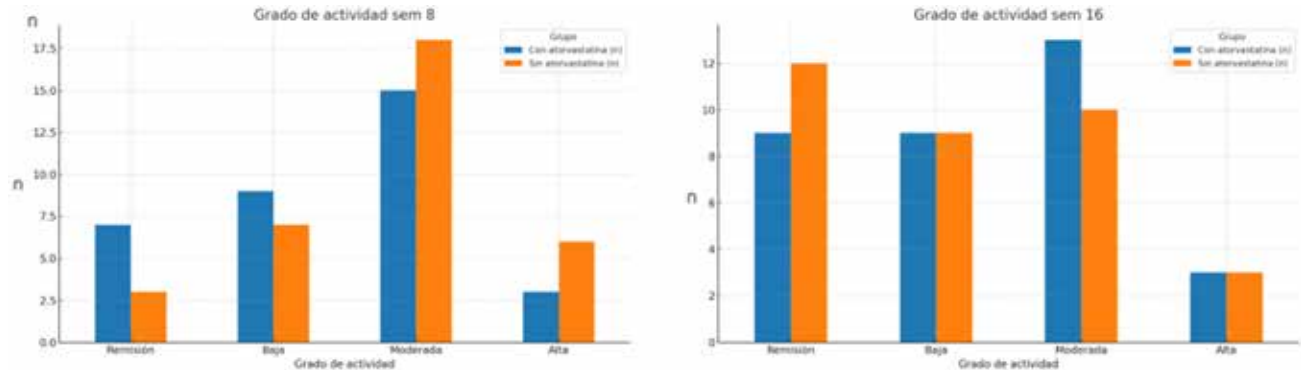
Objetivo: Determinar si la adición de estatinas a FARMEsc incrementa la tasa de remisión clínica en pacientes con AR en comparación con FARMEsc sin uso de estatinas.

Material y métodos: Estudio clínico abierto, prospectivo y longitudinal. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico reciente de AR según criterios ACR/EULAR 2010, sin tratamiento previo con FARME, glucocorticoides o estatinas. Los pacientes se aleatorizaron en dos grupos: a) metotrexato (15 mg/sem) más atorvastatina (40 mg/día) y b) metotrexato (15 mg/sem). Se evaluaron a las semanas 0, 8 y 16 mediante DAS28-PCR, CDAI y SDAI, además de los reactantes de fase aguda y perfil lipídico. El análisis estadístico incluyó comparación de proporciones y medias, con significancia de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizó a 68 pacientes (82,4% de mujeres), con una mediana de edad de 50 años (29-74), sin diferencias basales relevantes entre grupos (**Tabla 1**). A la semana 16, ambos grupos mostraron mejoría significativa en el DAS28-PCR en comparación con el basal (con atorvastatina: 5,0 a 2,9; $p < 0,001$; sin atorvastatina: 4,7 a 3,0; $p < 0,001$). La remisión a la semana 16 fue similar entre grupos (26,5% *vs.* 35,3%; $p = 0,6$). La distribución por grados de actividad a la semana 16 no mostró diferencias significativas ($p = 0,845$) (**Figura 1**).

Conclusiones: En la AR de reciente diagnóstico, la adición de atorvastatina a FARMEsc no incrementó la proporción de remisión clínica a 16 semanas respecto de los FARMEsc sin estatinas, aunque ambos esquemas lograron mejoría clínica significativa. Se requiere mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado para confirmar o descartar un beneficio adicional de las estatinas.

Figura 1. Grado de actividad de la AR en las semanas 8 y 16. (CG146)



Bibliografía

1. Aletaha P, De Wit D, Stamm M, *et al.* American College of Rheumatology/EULAR Remission Criteria for Rheumatoid Arthritis: 2022 Revision. *Arthritis & Rheumatology*. 2022;75(1):15-22.
2. Badimon L, Mendieta G, Vilahur G. Statins revisited: therapeutic applications beyond lipid lowering. *European Heart Journal*. 2023;44(25):2332-2334.

Tabla 1. Evolución de la actividad de la AR de acuerdo con el tratamiento. (CG146)

Variable, n (%)	Con atorvastatina (n = 34)	Sin atorvastatina (n = 34)	p
Edad, años (mediana)	50 (29-74)	51 (35-71)	0,764
Mujeres	27 (79,4)	29 (85,3)	0,752
Diabetes mellitus 2	10 (29,4)	11 (32,4)	1
Hipertensión arterial	12 (35,3)	13 (38,2)	1
Obesidad	9 (26,5)	11 (32,4)	0,791
DAS28-PCR: basal	5,0 (4-7)	4,7 (2,7-6)	0,621
DAS28-PCR: semana 8	3,3 (1,2-5,8)	3,2 (1,3-6,0)	0,891
DAS28-PCR: semana 16	2,9 (1-5,3)	3,0 (1,2-5,7)	0,845
Grado de actividad Sem 8			0,373
Remisión	7	3	0,305
Baja	9	7	0,776
Moderada	15	18	0,628
Alta	3	6	0,476
Grado de actividad Sem 16			0,845
Remisión	9	12	0,6
Baja	9	9	1
Moderada	13	10	0,609
Alta	3	3	1

CG147

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA NEFRITIS LÚPICA: EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN CRÍTICA CON LA HERRAMIENTA AGREE II

S. Hervert-Bulbarella, E.S. Sánchez-Peralta, H.A. Martínez-Espinoza, K.P. Moncada-Flores, M.I. Alarcón-Jarquín, D.A. Galarza-Delgado, D.E. Flores-Alvarado, G. Figueroa-Parra

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Aproximadamente la mitad de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presenta nefritis lúpica (NL) en el transcurso de su enfermedad, una de las manifestaciones más graves del LES. Los pacientes con NL pueden desarrollar enfermedad renal crónica, lo que modifica la morbilidad. Diversas asociaciones médicas han desarrollado recomendaciones y guías de práctica clínica (GPC) con el propósito de mejorar la atención para los pacientes con NL.

Objetivo: Realizar un análisis crítico y comparativo de las diferentes GPC de NL publicadas por las principales asociaciones médicas internacionales con el fin de evaluar su calidad.

Material y métodos: Se incluyeron las GPC más reconocidas en el mundo publicadas en los últimos 10 años con enfoque en NL o LES con recomendaciones para casos de afectación renal. Se usó el instrumento de Evaluación de Guías para la Investigación y la Evaluación II (AGREE II) que consta de 23 elementos agrupados en seis dominios: a) alcance y propósito, b) participación de los implicados, c) rigor en la elaboración, d) claridad de la presentación, e) aplicabilidad y f) independencia editorial. La puntuación mínima y máxima para cada dominio es de 1 y 7, respectivamente. Además, al final incluye dos evaluaciones globales que requieren la elaboración de un juicio sobre la calidad de las GPC, con base en la puntuación obtenida en los dominios individuales. Dos evaluadores revisaron cada GPC y su material complementario. El promedio de puntuación para cada elemento se consideró para el cálculo de la puntuación final de cada dominio. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis y la prueba ANOVA para evaluar las diferencias entre los seis dominios de la AGREE II. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron seis GPC sobre LES o NL publicadas entre 2018 y 2025. La guía más antigua considerada fue GLADEL (2018) y la más reciente fue ACR (2025). Cuatro GPC fueron desarrolladas por asociaciones de reumatología (GLADEL, EULAR, APLAR, ACR), una por una asociación de nefrología (KDIGO), y una más fue una colaboración entre reumatología y nefrología (EULAR/ERA). En la mayoría de las guías participaron reumatólogos y nefrólogos, a excepción de KDIGO (sólo nefrólogos) y GLADEL (sólo reumatólogos). Cuatro de las seis GPC tomaron en cuenta las preferencias de los pacientes al realizar sus recomendaciones (EULAR, APLAR, GLADEL, ACR). La GPC que obtuvo la mayor puntuación global fue KDIGO (6,3 puntos) y la menor fue APLAR (5,2 puntos). El dominio en el que las GPC obtuvieron la menor calificación fue aplicabilidad, con una media de 4 puntos. El dominio "claridad de la presentación" fue el mejor puntuado (6,8). Al comparar las puntuaciones de cada dominio entre las seis GPC, sólo el dominio sobre "rigor en la elaboración" mostró una diferencia ($F = 5,120$; $p = 0,005$). Véase la **Figura 1**.

Conclusiones: Los hallazgos del estudio destacan áreas de oportunidad en el desarrollo de GPC para la atención de pacientes con NL, principalmente en su aplicabilidad y rigor metodológico.

Bibliografía

Fotteler ML, Kocar TD, Willems J, *et al.* What makes a good guideline A systematic review and analysis of 120 clinical practice guidelines using the AGREE II tool. *J Clin Epidemiol*. 2025;184:111830.

Figura 1. Mapa de calor que compara la calidad metodológica de las guías de práctica clínica de LES en los seis dominios del instrumento AGREE II. (CG147)

Domínio	GLADEL	EULAR/ERA	EULAR	KDIGO	APLAR	ACR	p-value
1. Alcance y propósito	6.20	6.30	5.70	7.00	5.50	7.00	0.346
2. Participación de los implicados	5.30	4.50	6.00	4.70	4.30	6.70	0.190
3. Rigor en la elaboración	5.30	4.90	6.70	6.60	5.60	5.30	0.005
4. Claridad de la presentación	7.00	7.00	7.00	7.00	6.00	7.00	0.215
5. Aplicabilidad	4.10	3.50	3.30	5.30	4.10	4.00	0.344
6. Independencia editorial	7.00	6.80	7.00	7.00	5.50	5.30	0.339
Evaluación global	5.00	5.50	5.00	6.00	5.50	6.00	0.595
Puntaje final	5.80	5.50	5.90	6.30	5.20	5.90	

CG148

DETERMINACIÓN DE NECESIDADES EDUCACIONALES RELACIONADAS AL CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA UMF EN PUEBLA

S.E. Pablo-Franco, A.M. Jiménez-Garduño, M. Esponda-Farfán, J. Arroyo-Hernández

Universidad de las Américas, Puebla

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica y autoinmune que se caracteriza por inflamación y erosión articular. Debido a su cronicidad, tiene un alto efecto social, económico y emocional. Se ha demostrado que una adecuada alfabetización en salud se acompaña de mayor apego al tratamiento y mejor evolución clínica. Ndosi *et al.* (2014) desarrollaron el cuestionario ENAT, una herramienta para evaluar necesidades educativas (NE) en pacientes con AR. Las opciones de respuesta son tipo escala Likert: “nada”, “poco”, “más o menos”, “mucho” y “muchísimo”. Actualmente no existe bibliografía que notifique su aplicación en la población mexicana.

Objetivo: Determinar las necesidades educativas por dominio, de acuerdo con el cuestionario ENAT, en pacientes con artritis reumatoide en una unidad de medicina familiar en Puebla.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo, realizado entre abril y junio de 2025. Se incluyó a pacientes de 18 a 80 años con diagnóstico confirmado de AR por segundo nivel (ACR 1987 o ACR/EULAR 2010) que acudieron a consulta en una UMF del IMSS. Se excluyó a las personas con analfabetismo.

El ENAT se tradujo y adaptó culturalmente al español con autorización de la Universidad de Leeds. Se otorgaron valores cuantitativos a las variables del cuestionario (“nada” = 1; “muchísimo” = 5 puntos) con el fin de cuantificar las NE. Los participantes respondieron la encuesta de forma individual en un espacio privado tras firmar un consentimiento informado. Los datos se capturaron en Excel. Se exploraron relaciones entre necesidades educativas y variables como edad, tiempo desde el diagnóstico y nivel educativo, tras aplicar la prueba t de Student.

Resultados: Se incluyó a 33 pacientes, 93,9% de ellos mujeres, con media de edad de $49,4 \pm 13,1$ años y tiempo promedio desde el diagnóstico de 8,6 años. La necesidad educativa global tuvo una media de 3,96 puntos, lo que indica un deseo elevado de saber más sobre la enfermedad. El dominio “artritis” obtuvo la mayor puntuación (4,27) y “emociones” la menor (3,53) (Figura 1).

No se encontraron diferencias significativas según la edad (< 50 vs. ≥ 50 años). Sin embargo, al comparar por tiempo desde el diagnóstico, los pacientes con más de cinco años mostraron mayor necesidad educativa en “emociones” ($p = 0,028$) y “tratamiento” ($p = 0,058$). También se observó una mayor necesidad

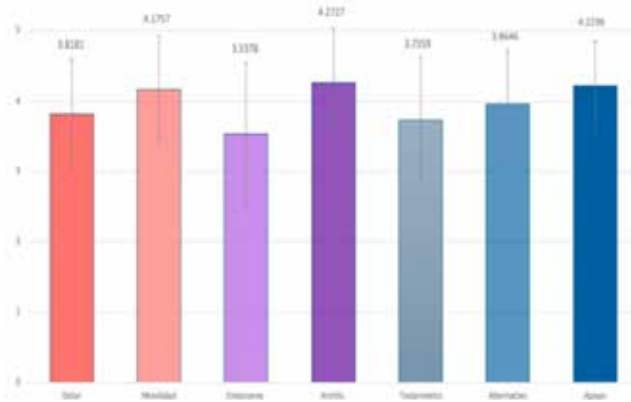
en el dominio “apoyo de otra gente” en pacientes con escolaridad básica en comparación con aquellos con educación media o superior ($p = 0,008$).

Conclusiones: El estudio demostró una gran necesidad educativa en pacientes con AR en un primer nivel de atención. Los dominios más relevantes fueron “artritis” y “apoyo externo”, este último acentuado en pacientes con menor escolaridad. La baja puntuación en “emociones” puede reflejar una baja prioridad asignada a la salud mental o falta de conciencia sobre su importancia. Las diferencias según el tiempo de diagnóstico subrayan cómo cambian las prioridades educativas conforme avanza la enfermedad. Las fortalezas del estudio se basan en ser la primera aplicación de la herramienta ENAT en México y los pacientes provenientes de distintos entornos socioculturales y económicos. La principal limitación fue el tamaño reducido de la muestra. Se recomienda que futuras aplicaciones del ENAT se realicen de manera multicéntrica, evalúen el índice de actividad de la enfermedad y apliquen intervenciones educativas estructuradas.

Este estudio refuerza la necesidad de desarrollar programas educativos estructurados y personalizados, adaptados al perfil sociocultural del paciente, con el fin de mejorar el autocuidado en las enfermedades crónicas autoinmunes.

Figura 1. Puntuación de necesidades educativas por reactivo de la población total: se observa que la necesidad educativa global es de 3,96 puntos, por lo que puede afirmarse que los pacientes quieren saber “mucho” sobre la AR. La necesidad educativa con la menor puntuación fue “emociones”, equivalente a la opción “más o menos”. Por otra parte, la necesidad educativa con el mayor puntaje fue “artritis”, correspondiente a la opción “mucho”. (CG148)

Opción	Nada	Poco	Más o menos	Mucho	Muchísimo
Puntaje otorgado	1	2	3	4	5



Bibliografía

- Smolen JS, Aletaha D, Barton A, *et al.* Rheumatoid arthritis. Nat Rev Dis Primers. 2018;4(1):1. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.1>.
- Ndosi M, Bremander A, Hamnes B, *et al.* Validation of the educational needs assessment tool as a generic instrument for rheumatic diseases in seven European countries. Ann Rheum Dis. 2014;73(12):2122-9. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-203461>.
- Ndosi M, Adebajo A. Patient education in rheumatoid arthritis: is the needs-based approach the way forward Clin Rheumatol. 2015;34(11):1827-9. <https://doi.org/10.1007/s10067-015-3063-2>.
- Pérez S, Cruz MS, Sosa J, *et al.* Evaluation of the educational needs in Argentine patients with rheumatoid arthritis using the SpENAT. Reumatol Clin (Engl Ed). 2019;16(5):386-90. <https://doi.org/10.1016/j.reumae.2018.09.014>.
- Albiss L, Muflih S, Hijazi B, *et al.* Disease knowledge and quality of life among rheumatoid arthritis patients: a cross-sectional study. BMC Rheumatol. 2025;9(1):77. <https://doi.org/10.1186/s41927-025-00523-w>.

CG149

FACTORES ASOCIADOS A POLIFARMACIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

F.A. Ávalos-Salgado¹, J.I. Gámez-Nava¹, S.J. Guevara-Martínez², R. Escutia-Gutiérrez¹, J.A. Gutiérrez-Aceves², F. González-Ponce¹, J.M. Ponce-Guarneros¹, E.G. Cardona-Muñoz¹, L. González-López¹

⁽¹⁾Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Unidad Médica de Alta Especialidad HE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) usualmente consumen un gran número de fármacos para su enfermedad; de forma adicional, estos sujetos tienen una alta frecuencia de comorbilidades, por lo cual la presencia de polifarmacia es habitual.

Objetivo: Evaluar la polifarmacia y los factores relacionados con ella en la AR.

Material y métodos: Se evaluó a 300 pacientes con AR y se excluyó a ocho por no reunir criterios del ACR 2010. Se identificaron variables epidemiológicas y clínicas de la AR, así como los fármacos consumidos y el motivo de uso. Se definió polifarmacia como el consumo de siete o más medicamentos recibidos simultáneamente por un mismo paciente durante un lapso mínimo de tres meses. Se clasificaron en dos grupos: a) pacientes con polifarmacia, b) pacientes sin polifarmacia. Se compararon ambos grupos: las variables cuantitativas se compararon con t de Student y las cualitativas con ji cuadrada. Se obtuvo la razón de momios (OR) y sus intervalos de confianza del 95% de las variables de riesgo para explicar la polifarmacia.

Resultados: Se incluyó a 292 pacientes con AR y el número total de fármacos utilizados por paciente fue en promedio de $7,9 \pm 2,7$ (intervalo, 1 a 16); los fármacos prescritos para la AR o sus síntomas relacionados fueron en promedio de $5,0 \pm 1,4$ (intervalo, 1 a 9) y los fármacos para tratar las comorbilidades registraron un promedio de $2,9 \pm 2,0$ (intervalo, 0 a 10). De los 292 pacientes, sólo 99 (33,9%) no presentaron polifarmacia, mientras que se identificó polifarmacia en 193 (66,1%). La polifarmacia se clasificó en general: 7 a 9 medicamentos, observada en 166 (56,8%) pacientes; y excesiva: 10 o más fármacos, observada en 27 (9,2%) pacientes. La **Tabla 1** muestra la comparación de variables epidemiológicas y clínicas vinculadas con polifarmacia. Se identificaron los siguientes factores de riesgo para polifarmacia: a) sexo femenino (68,4% *vs.* 53,3%; OR = 1,89; IC95% 0,99-3,61; $p = 0,049$); b) presencia de comorbilidades (70,9% *vs.* 29,1; OR = 5,85; IC95% 2,67-12,84; $p < 0,001$), de las cuales las más relevantes fueron hipertensión arterial ($p = 0,010$) y depresión ($p < 0,001$); c) presencia de manifestaciones extraarticulares (70,4% *vs.* 29,1; OR = 2,29; IC95% 1,40-3,76; $p < 0,001$). No se observó relación de polifarmacia con edad ($p = 0,9$), duración de la enfermedad ($p = 0,056$), número de articulaciones inflamadas ($p = 0,4$) o dolorosas ($p = 0,9$) ni con el factor reumatoide ($p = 0,2$).

Conclusiones: Este estudio muestra una elevada frecuencia de polifarmacia en pacientes con AR. Los factores de riesgo identificados fueron: sexo femenino, presencia de comorbilidades y presencia de manifestaciones

extraarticulares. Esta polifarmacia puede llevar a desenlaces no deseados, entre ellos abandonos del tratamiento y mayor frecuencia de episodios adversos, por lo que se requiere investigación de nuevas terapéuticas encaminadas a disminuir el problema de polifarmacia.

Bibliografía

Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, *et al.* What is polypharmacy A systematic review of definitions. BMC Geriatr. 2017;17(1):230. doi: 10.1186/s12877-017-0621-2. PMID: 29017448; PMCID: PMC5635569.

Tabla 1. (CG149)

Variable, n (%)	Total de pacientes n = 292 (100%)	AR sin polifarmacia n = 99 (100%)	AR con polifarmacia n = 193 (100%)	p
Sexo femenino, n (%)	247 (84,6)	78 (78,8)	169 (87,5)	0,049
Edad, media $\pm$ DS	54,6 $\pm$ 12,4	53,1 $\pm$ 13,9	55,4 $\pm$ 11,5	0,1
Presencia de comorbilidades, n (%)	258 (88,4)	75 (75,7)	183 (94,8)	< 0,001
Hipertensión, n (%)	84 (28,8)	19 (19,1)	65 (33,6)	0,010
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	23 (7,9)	4 (4,1)	19 (9,8)	0,08
Depresión, n (%)	51 (17,5)	4 (4,1)	47 (24,3)	< 0,001
Duración AR, media $\pm$ DS	9,9 $\pm$ 9,4	8,5 $\pm$ 9,3	10,7 $\pm$ 9,4	0,056
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	169 (57,9)	44 (44,4)	125 (64,7)	< 0,001
Factor reumatoide, n (%)	120 (60,9)	33 (33,3)	87 (45,0)	0,1

CG150

SATISFACCIÓN LABORAL Y FORMATIVA EN REUMATÓLOGOS: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA INTERNACIONAL

E. Álvarez-Hernández¹, A.S. Rojas-Domínguez², A. Luca-Ribeiro³, A. Vargas-Guerrero⁴, T.S. Rodríguez-Reyna⁴, F. García-Rodríguez⁴, C. Hernández-Díaz⁴, C.A. Arce-Salinas⁴, C.A. Sifuentes-Cantú⁴

⁽¹⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽²⁾Hospital de Traumatología y Ortopedia, IMSS Lomas Verdes, ⁽³⁾Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil, ⁽⁴⁾Consejo Mexicano de Reumatología

Introducción: La satisfacción laboral y formativa de los reumatólogos es un aspecto esencial para garantizar una práctica médica sostenible, la retención de profesionales en la especialidad y el mantenimiento de una atención de calidad. Los estudios previos han revelado grados intermedios de satisfacción y destacado fortalezas en la práctica clínica y debilidades en los ámbitos de ingresos económicos y seguridad laboral, así como carga de trabajo elevada. Por otro lado, hay notables disparidades en la formación de especialistas, con diferencias en el acceso a centros de formación, variaciones en ingresos y tasas de matrículas, además de ausencia de programas en algunos países. En una encuesta realizada en España se registró una satisfacción elevada con la formación clínica, aunque con deficiencias relevantes en supervisión, entrenamiento técnico y mecanismos de evaluación.

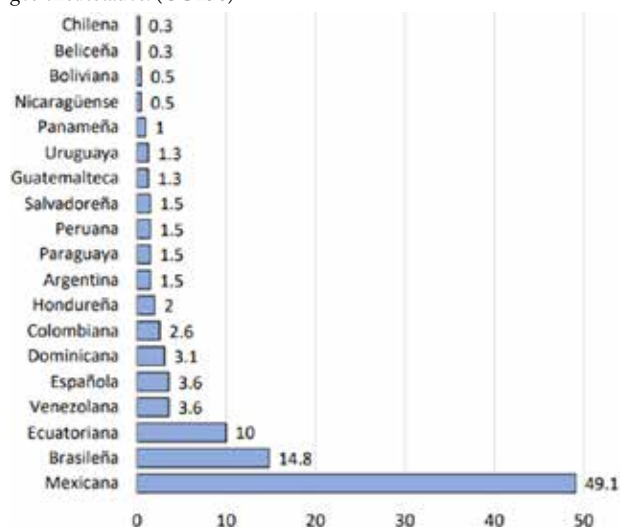
Objetivo: Conocer la percepción de los reumatólogos sobre su desarrollo laboral y académico e identificar factores que puedan orientar mejoras estructurales en la formación y el ejercicio profesional de la reumatología.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y comparativo mediante la aplicación de una encuesta en versión digital y que se respondió de forma anónima, distribuida entre reumatólogos (tanto de adultos como pediátricos) de América Latina y España. La encuesta incluyó tres apartados: datos sociodemográficos y profesionales, satisfacción laboral (carga de trabajo, estabilidad, remuneración, balance vida-trabajo) y satisfacción formativa (supervisión, acceso a recursos, calidad de programas

y oportunidades de investigación). El cuestionario se difundió a través de asociaciones nacionales y redes académicas entre octubre de 2024 y abril de 2025.

Resultados: Se incluyeron 391 cuestionarios. La mayoría de los participantes correspondió a mujeres (221; 56,5%), con una edad promedio de $48,3 \pm 12,6$ años. El tiempo medio desde el egreso de la especialidad (experiencia) fue de 16 ± 13 años. La distribución de la nacionalidad de los participantes se muestra en la **Figura 1**. Hasta 29 (7,42%) no residen en su país de nacimiento. El tipo de trabajo se realiza en instituciones públicas en 49 (12,5%), en medios privados en 133 (34%), en la práctica mixta en 182 (46,5%) y en otros sólo 27 (7%). La mayoría trabaja más de 30 horas a la semana (267; 68,1%). El número promedio de pacientes atendidos por jornada fue de 14 ± 8 pacientes. La mayoría (368; 94,1%) tenía satisfacción formativa y en los insatisfechos se identificó carga laboral elevada, carencias materiales, falta de acceso a fármacos biológicos, ultrasonido musculoesquelético y actividades de investigación, sobre todo. Un número de 310 (79,3%) consideró volver a hacer la residencia en la misma sede. La mayoría (317; 81,1%) también señaló satisfacción laboral y sólo 106 (27,1%) refirieron dificultad para conseguir trabajo. La satisfacción laboral fue más elevada a mayor edad, mayor tiempo de egreso y en el sexo masculino. Por el contrario, la migración o la escasez laboral fue mayor en los más jóvenes, con menor tiempo de experiencia y en las mujeres (**Tabla 1**).

Figura 1. Distribución en porcentaje de la nacionalidad de los reumatólogos encuestados. (CG150)



Conclusiones: La mayoría de los reumatólogos manifestó grados positivos de satisfacción tanto en el ámbito formativo como en el profesional. La edad, el tiempo de experiencia y el sexo se vincularon de manera significativa con la percepción de satisfacción. Son necesarios estudios posteriores con mayor representatividad y análisis comparativos entre países para diseñar de políticas que fortalezcan la formación y el bienestar de los especialistas en reumatología.

Bibliografía

1. Soriano ER, Rosa J, Gutiérrez M, *et al.* Labor and professional satisfaction among Latin American rheumatologists: The LAR Survey. J

Clin Rheumatol. 2020;26(7S Suppl 2):S79-S85. doi:10.1097/RHU.0000000000001494.

2. Bustabad S, Juanola X, Loza E, *et al.* What do rheumatology residents think about their training? Results of a spanish national survey. Rheumatol Clin. 2012;8(2):76-82. doi:10.1016/j.reuma.2011.10.009.

CG151

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA SALUD ORAL Y EL CUIDADO DENTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INMUNOMEDIADAS Y NO INMUNOMEDIADAS

F.M. García-García, M.I. Alarcón-Jarquín, V.L. López-Flores, M.A. Arellano-Álvarez, A. Galindo-Bandt, G. Figueroa-Parra, D.A. Galarza-Delgado, J.C. Riega-Torres

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El deterioro de la salud oral es frecuente en pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas (ERIM) debido a la inflamación crónica y la disregulación del sistema inmune. Estas alteraciones pueden contribuir a un incremento de la inflamación sistémica y afectar potencialmente la actividad de la enfermedad y la calidad de vida. Los estudios previos han abordado la salud oral en pacientes con artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome de Sjögren (SS), pero son escasas las investigaciones que comparan el estado de salud bucal y las prácticas de cuidado dental entre pacientes con ERIM y aquellos con enfermedades reumáticas no inmunomediadas (ERNIM).

Objetivo: Determinar la prevalencia de alteraciones en la salud oral y del cuidado dental en pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas frente a no inmunomediadas.

Material y métodos: Se incluyó a 670 pacientes consecutivos atendidos en la consulta externa de reumatología de un hospital de tercer nivel entre diciembre de 2021 y mayo de 2025. De ellos, 569 se diagnosticaron con ERIM: AR, LES y SS y 101 con ERNIM: osteoartritis y osteoporosis, de acuerdo con criterios internacionales de clasificaciones validados. Se recolectaron datos clínicos, demográficos y de tratamiento. Adicionalmente se aplicó una encuesta estructurada para evaluar la conciencia sobre el efecto de la salud dental, el asesoramiento recibido del reumatólogo y el deseo de ser referido a atención odontológica. Se utilizaron las pruebas t de Student y ji cuadrada, tras considerar significativos los valores de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 670 pacientes: 569 con ERIM (AR n = 400, LES n = 101, SS n = 68) y 101 con ERNIM. Los pacientes con ERIM fueron predominantemente mujeres (93,14%) con una edad media de $50,70 \pm 14,68$ años. La conciencia sobre el efecto oral de la enfermedad reumática fue mayor en el grupo ERIM comparado con el grupo ERNIM (48,85% vs. 28,71%; $p < 0,001$), al igual que el asesoramiento dental proporcionado por el reumatólogo (40,77% vs. 26,73%; $p = 0,008$). El deseo de recibir una referencia odontológica fue alto y comparable en ambos grupos (79,96% vs. 80,19%; $p = 0,957$). Véase la **Tabla 1**.

Las puntuaciones totales del *General oral health assessment index* (GOHAI) fueron significativamente mayores en el grupo ERIM ($50,20 \pm 8,44$) frente a ERNIM ($47,98 \pm 7,95$; $p = 0,014$), con diferencias también significativas en el dominio de función física ($17,54 \pm 4,01$ vs. $16,44 \pm 3,22$; $p = 0,009$). La frecuencia de visitas dentales y los hábitos de cepillado dental no mostraron diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 1. Variables relacionadas con la satisfacción laboral, formativa y migración o escasez laboral en reumatólogos. (CG150)

Variable	Satisfacción formativa			Satisfacción laboral			Migración o escasez laboral		
	sí	no	p	sí	no	p	sí	no	p
Edad	48,6 (12,8)	44,6 (8,2)	0,041	49,4 (13)	43,4 (9,2)	< 0,000	44,3 (9,8)	50,1 (13,3)	< 0,000
Experiencia	16,2 (13,4)	12,6 (9,8)	0,116	17,2 (13,4)	10,6 (10,3)	< 0,000	11,7 (10,1)	17,9 (13,9)	< 0,000
Sexo	Fem	Masc		Fem	Masc		Fem	Masc	
	93,7%	95,3%	0,497	77,7%	88,4%	0,029	36,4%	26,2%	0,033

Fem, femenino; Masc, masculino.

Conclusiones: Los pacientes con ERIM mostraron una mayor conciencia sobre la relación entre su enfermedad y la salud oral, así como una mayor frecuencia de orientación por parte del reumatólogo, en comparación con aquellos con ERNIM. No obstante, el estado general de salud bucal evaluado mediante GOHAI aún fue bajo en ambos grupos, con diferencias significativas sólo en el dominio de función física. Estos hallazgos subrayan que, a pesar de una mayor conciencia y asesoramiento en el grupo ERIM, persisten deficiencias en la salud oral, lo que subraya la importancia de incorporar la evaluación odontológica como parte sistemática del abordaje integral en pacientes reumáticos.

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;9(4):1172.
- Gualtierotti R, Marzano A, Spadari F, *et al.* Main oral manifestations in immune-mediated and inflammatory rheumatic diseases. *J Clin Med.* 2018;8(1):21.

Tabla 1. Comparación de variables clínicas y de salud oral entre pacientes con ERIM y ERNIM. (CG151)

Variable	Pacientes con ERNIM n = 101	Pacientes con ERIM n = 569	p
Edad, media $\pm$ DS	55,21 $\pm$ 13,46	50,70 $\pm$ 14,68	-
Mujeres, n (%)	100 (99,01)	530 (93,14)	-
Comorbilidades			
DM, n (%)	19 (18,81)	67 (11,77)	-
Hipertensión, n (%)	26 (25,74)	148 (26,01)	-
Tabaquismo, n (%)	8 (7,92)	32 (5,62)	-
Consumo de alcohol, n (%)	9 (8,91)	48 (8,43)	-
Tratamientos			
Glucocorticoides, n (%)	6 (5,94)	166 (29,17)	-
FARME, n (%)	24 (24,24)	359 (63,76)	-
Metotrexato, n (%)	8 (8,08)	206 (36,59)	-
FARMEb, n (%)	1 (1,01)	8 (1,42)	-
Conciencia dental y referencia			
Conciencia del efecto dental, n (%)	29 (28,71)	278 (48,85)	< 0,001
Asesoramiento reumatológico dental	27 (26,73)	232 (40,77)	0,008
Paciente quiere referencia al dentista, n (%)	81 (80,19)	455 (79,96)	0,957
GOHAI			
Total, media $\pm$ DS	47,98 $\pm$ 7,95	50,20 $\pm$ 8,44	0,014
Función física, media $\pm$ DS	16,44 $\pm$ 3,22	17,54 $\pm$ 4,01	0,009
Función psicosocial, media $\pm$ DS	19,20 $\pm$ 4,10	20,32 $\pm$ 4,12	0,105
Malestar por dolor, media $\pm$ DS	11,93 $\pm$ 2,50	12,33 $\pm$ 2,48	0,134

DS, desviación estándar; ERNIM, enfermedades reumáticas no inmunomediadas; ERIM, enfermedades reumáticas inmunomediadas; DM, diabetes mellitus; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; FARMEb, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; GOHAI, *General oral health assessment index* (Índice de evaluación general de la salud oral).

CG152

LA DIABETES MELLITUS INCREMENTA EL RIESGO DE PLACA CAROTÍDEA EN HOMBRES SANOS MÁS QUE EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

E.C. Garza-González, F.M. García-García, O.A. Garza-Flores, V. Cervantes-Ramírez, A. Leal-Valdez, V. Ocampo-Flores, P. García-Decilos, J.R. Azpiri-López, I.J. Colunga-Pedraza, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria crónica que incrementa el riesgo cardiovascular (RCV). La diabetes mellitus (DM) es un factor de riesgo conocido para el desarrollo de aterosclerosis, pero su efecto en la formación de placa carotídea podría diferir entre los pacientes con AP y la población general. En hombres, la interacción entre AP, DM y aterosclerosis está todavía poco comprendida, lo que resalta la necesidad de estudios comparativos en esta población.

Objetivo: Comparar la prevalencia de placa carotídea (PC) en pacientes con AP y controles sanos con DM.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, comparativo y analítico en una muestra masculina de 38 pacientes con artritis psoriásica (AP) y 34 controles. Se incluyó a pacientes y controles ≥ 18 años que cumplieran con los criterios de clasificación CASPAR 2006, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular. Se recopilaron datos clínicos y demográficos y se analizaron las diferencias mediante pruebas estadísticas apropiadas. A todos los participantes se les realizó ultrasonido carotídeo y se registró la presencia de placa carotídea (PC), definida como un engrosamiento de la pared $> 50\%$ o una región focal con una medida $> 1,5$ mm que protruyera hacia la luz. También se registró el grosor íntima-media carotídeo (GIM). Las variables categóricas se analizaron con frecuencias y porcentajes mediante la prueba ji cuadrada. La normalidad de las variables se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables continuas con distribución normal se expresaron como media y desviación estándar y se compararon con la prueba t de Student, mientras que aquellas con distribución no normal se presentaron como mediana y percentiles (p25 y p75°). Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se observó una mayor relación cintura-cadera en pacientes con AP en comparación con los controles ($1 \pm 0,09$ vs. $0,96 \pm 0,06$, $p = 0,030$). El uso de glucocorticoides y AINE fue más alto en el grupo con AP (15,78%, $p = 0,05$; 52,63%, $p < 0,001$, respectivamente). El resto de los tratamientos no mostró diferencias significativas. Se encontró una mayor prevalencia de hiperplasia carotídea en el grupo control (57,57% vs. 18,42%, $p < 0,001$). Un análisis de regresión logística multivariado mostró que la DM tuvo una razón de momios de 5,58 (IC95%, 0,338-3,100, $p = 0,015$), lo cual podría explicar el resultado inverso observado entre los pacientes con AP y sanos. El GIMC carotídeo fue significativamente mayor en los controles en comparación con AP, tanto en la arteria carótida derecha (0,89 [0,60-1,20] vs. 0,59 [0,48-0,73], $p = 0,002$) como en la izquierda (0,83 [0,54-1,20] vs. 0,60 [0,52-0,66], $p < 0,001$). No se hallaron diferencias en edad, peso, IMC, obesidad, DM, hipertensión, dislipidemia, tabaquismo o presencia de PC. Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Datos demográficos y ultrasonido carotídeo. (CG152)

	Pacientes con AP, n = 38	Grupo control, n = 34	p
Edad, media $\pm$ DE			
Factores de riesgo CV	54,63 $\pm$ 11	54,50 $\pm$ 7,25	0,953
Peso, media, media $\pm$ DE	88,25 $\pm$ 16,49	88,46 $\pm$ 15,96	0,956
IMC, media $\pm$ DE	29,54 $\pm$ 4,73	29,33 $\pm$ 5,39	0,865
Obesidad, n (%)	14 (36,84%)	12 (35,29%)	0,891
Índice c/c, media $\pm$ DE	1 $\pm$ 0,09	0,96 $\pm$ 0,06	0,030
DM, n (%)	6 (15,78%)	8 (23,52%)	0,407
HTA, n (%)	17 (44,73%)	9 (26,47%)	0,107
DLP, n (%)	17 (44,73%)	12 (35,29%)	0,415
Tabaquismo, n (%)	11 (28,94%)	7 (20,58%)	0,244
Duración de la enfermedad, media $\pm$ DE	8,12 $\pm$ 11	-	-
Tratamiento			
Glucocorticoides, n (%)	6 (15,78%)	-	0,05
MTX, n (%)	23 (60,52%)	-	< 0,001
Biológicos, n (%)	13 (34,2%)	-	< 0,001
AINE, n (%)	20 (52,63%)	1 (2,94%)	< 0,001

Antihipertensivos, n (%)	16 (42,10%)	9 (26,47%)	0,164
Estatinas, n (%)	6 (15,78%)	4 (11,76%)	0,622
US carotídeo			
Hiperplasia carotídea, n (%)	7 (18,42%)	19 (57,57%)	< 0,001
Placa carotídea, n (%)	16 (42,10%)	18 (52,94%)	0,358
GIMC derecha, mediana (p25-p75°)	0,59 (0,48-0,73)	0,89 (0,60-1,20)	0,002
GIMC izquierda, mediana (p25-p75°)	0,60 (0,52-0,66)	0,83 (0,54-1,20)	< 0,001

IMC, índice de masa corporal; CV, cardiovascular; HTA, hipertensión; DM, diabetes mellitus; DLP, dislipidemia; MTX, metotrexato; AINE, antiinflamatorios no esteroideos; US, ultrasonido; GIMC, grosor de íntima-media carotídeo; c/c cintura/cadera; DE, desviación estándar; p25, percentil 25°; p75, percentil 75°.

Conclusiones: Los resultados sugieren que, en una población masculina, los factores cardiovasculares comunes como la DM se vinculan con un mayor riesgo de hiperplasia carotídea en el grupo control en comparación con AP. A pesar de que la inflamación crónica se vincula con la aterosclerosis subclínica y un perfil cardiovascular más desfavorable en pacientes con AP en comparación con controles sanos, la mayor prevalencia de DM en individuos sin enfermedades reumáticas fue un factor determinante para la mayor relación con PC en esta población.

Bibliografía

1. Khraishi M, Aslanov R, Rampakakis E, *et al.* Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriatic arthritis. Clin Rheumatol. 2014;33(10):1495-500. doi: 10.1007/s10067-014-2743-7. Epub 2014 Jul 18. PMID: 25034080.
2. Kaine J, Song X, Kim G, *et al.* Higher incidence rates of comorbidities in patients with psoriatic arthritis compared with the general population using U.S. Administrative Claims Data. J Manag Care Spec Pharm. 2019;25(1):122-132. doi: 10.18553/jmcp.2018.17421. Epub 2018 Apr 25. PMID: 29694270; PMCID: PMC10397587.

CG153

COMPARACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES MASCULINOS CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y CONTROLES SALUDABLES

E.C. Garza-González, O.A. Garza-Flores, F.M. García-García, A. Leal-Valdez, V. Cervantes-Ramírez, B.C. Juárez-Sandoval, K.M. Cuevas-Arellano, J.R. Azpiri-López, I.J. Colunga-Pedraza, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria crónica relacionada con alteraciones metabólicas que pueden afectar el perfil lipídico y el riesgo cardiovascular (RCV). En los hombres con AP, la dislipidemia es más frecuente que en la población general, y el uso de fármacos como los glucocorticoides y los FARME puede influir en los valores de colesterol y triglicéridos.

Objetivo: Comparar el perfil lipídico entre pacientes con AP y controles saludables, que es clave para comprender su efecto sobre el RCV.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, comparativo y analítico en 38 pacientes con AP y 34 controles saludables. Se recopilaron datos clínicos y demográficos, los cuales se analizaron con pruebas estadísticas adecuadas. La normalidad se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables categóricas se analizaron con la prueba ji cuadrada, en tanto que las variables cuantitativas se evaluaron con las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, según fuera su distribución. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: No se hallaron diferencias significativas en edad, peso, IMC o prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemia y tabaquismo.

Sin embargo, la relación cintura-cadera fue significativamente mayor en pacientes con AP ($p = 0,030$). Se observaron diferencias significativas en el uso de glucocorticoides ($p = 0,05$), metotrexato ($p < 0,001$), fármacos biológicos ($p < 0,001$) y AINE ($p < 0,001$) en el grupo con AP. No hubo diferencias significativas en los parámetros del perfil lipídico entre ambos grupos (**Tabla 1**).

Tabla 1. Demografía, tratamiento y perfil de lípidos. (CG153)

	Pacientes con AP, n = 38	Grupo control, n = 34	p
Edad, media $\pm$ DE			
Factores de riesgo CV	54,63 $\pm$ 11	54,50 $\pm$ 7,25	0,953
Peso, media $\pm$ DE	88,25 $\pm$ 16,49	88,46 $\pm$ 15,96	0,956
IMC $\pm$ DE	29,54 $\pm$ 4,73	29,33 $\pm$ 5,39	0,865
Obesidad, n (%)	14 (36,84%)	12 (35,29%)	0,891
Índice c/c, media $\pm$ DE	1 $\pm$ 0,09	0,96 $\pm$ 0,06	0,030
DM, n (%)	6 (15,78%)	8 (23,52%)	0,407
HTA, n (%)	17 (44,73%)	9 (26,47%)	0,107
DLP n (%)	17 (44,73%)	12 (35,29%)	0,415
Tabaquismo, n (%)	11 (28,94%)	7 (20,58%)	0,244
Duración de la enfermedad, media $\pm$ DE	8,12 $\pm$ 11	-	-
Tratamiento			
Glucocorticoides, n (%)	6 (15,78%)	-	0,050
MTX, n (%)	23 (60,52%)	-	< 0,001
Biológicos, n (%)	13 (34,2%)	-	< 0,001
AINE, n (%)	20 (52,63%)	1 (2,94%)	< 0,001
Antihipertensivos, n (%)	16 (42,10%)	9 (26,47%)	0,164
Estatinas n (%)	6 (15,78%)	4 (11,76%)	0,622
Perfil de lípidos			
COL total, media $\pm$ DE	178,73 $\pm$ 42,73	191,05 $\pm$ 38,6	0,205
LDL, media $\pm$ DE	98,1 $\pm$ 36,64	110,7 $\pm$ 36,57	0,149
HDL, media $\pm$ DE	43,49 $\pm$ 10,45	46,68 $\pm$ 13,43	0,266
COL/HDL, media $\pm$ DE	4,22 $\pm$ 1,25	4,3 $\pm$ 1,21	0,807
COL no HDL, media $\pm$ DE	135,23 $\pm$ 41,14	142,92 $\pm$ 36,45	0,411
Ratio COL:HDL, media $\pm$ DE	4,28 $\pm$ 1,3	4,3 $\pm$ 1,21	0,950
TG, mediana (p25-p 75°)	148 (106,22 - 192,25)	156,75 (107,52 - 235,97)	0,437

IMC, índice de masa corporal; CV, cardiovascular; HTA, hipertensión arterial; DM, diabetes mellitus; DLP, dislipidemia; MTX, metotrexato; AINE, antiinflamatorios no esteroideos; COL, colesterol; LDL, lipoproteína de baja densidad; HDL, lipoproteína de alta densidad; TG, triglicéridos; c/c cintura/cadera; DE, desviación estándar; p25°, percentil 25°; p75°, percentil 75°.

Conclusiones: Los pacientes con AP no mostraron alteraciones significativas en el perfil lipídico en comparación con los controles. Sin embargo, la mayor relación cintura-cadera en este grupo puede indicar un aumento del riesgo metabólico. El uso frecuente de glucocorticoides, metotrexato, biológicos y AINE resalta la necesidad de evaluar su efecto en el riesgo cardiovascular. Se requieren estudios longitudinales para comprender mejor esta relación.

Bibliografía

1. Feingold KR, Grunfeld C. The effect of inflammation and infection on lipids and lipoproteins. 2022 Mar 7. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, *et al*, editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000. PMID: 26561701.

2. Scirifignano S, Lories R, Nzeusseu-Toukap A, *et al.* Cardiovascular comorbidities in psoriatic arthritis: epidemiology and risk factors in two different European populations. *Clin Exp Rheumatol.* 202;41(9):1815-1822. doi: 10.55563/clinexprheumatol/aovika. Epub 2023 Feb 23. PMID: 36826796.

CG154

ARTRITIS REUMATOIDE: ROL DE LA SONOELASTOGRAFÍA CUANTITATIVA

O.L. Sedano-Santiago

Hospital Marino Molina, Perú

Introducción: La inflamación, el daño articular y la actividad de la artritis reumatoide (AR) pueden evaluarse ahora mediante sonoelastografía cuantitativa (SELC).

Objetivo: Evaluar el papel de la SELC en el diagnóstico temprano, la actividad y el seguimiento de la AR. Revisar las publicaciones actuales y notificar su valor añadido en Latinoamérica (Figura 1).

Figura 1. Estudios de sonoelastografía en la artritis reumatoide. (CG154)

Autor	SWV (m/s) AR vs CS	Mod. Young (E) kPa	Articulación	Ref.
Sammel <i>et al.</i>	2.62 m/s and 1.57 m/s for patients with RA compared with 2.90 m/s and 2.61 m/s for controls.		MCF	Australas J Ultrasound Med. 20 (2): 58-65.2017
Prakash <i>et al.</i>	4.2 m/s $\pm$ 0.42 for RA and 3.7 $\pm$ 0.40 kPa and 3.4 $\pm$ 0.47 m/s for TB group.		Mano, rodilla	Journal of Medical Ultrasound, 30 (3): 30-35. 2022
Almolla <i>et al.</i>	2.16 $\pm$ 0.94 (m/s), 2.62 $\pm$ 5 (m/s).	54.81 $\pm$ 30.65 kPa	RC	The Egyptian Journal of Hospital Medicine (July 2023) Vol. 92, Page 5720-5727
Mansico <i>et al.</i>		29,77 $\pm$ 16,07 kPa vs. 4,17 $\pm$ 5,22.	RC y MCF	Radiology DOI: 10.1016/j.rx.2023.06.033 on line 4 October 2023
Sedano <i>et al.</i>	2.65 m/s vs 4.00 m/s p< 0.001	25.45 kPa vs. controls 37.81 kPa p< 0.001	2da MCF	ARDhttps://doi.org/10.1136/annrheumdis-2023-eular.1211

Material y métodos: Estudio multinacional de casos y controles que incluyó a 40 pacientes con AR y 20 controles sanos de la misma edad y sexo. Se realizó SELC en la sinovia de manos y pies, luego de la escala de grises y Doppler de poder, con obtención de velocidad de ondas de corte (SWV) y módulo elástico (ME) en los participantes.

Resultados: La media del ME (kPa) fue menor en AR respecto de los controles (21,32 $\pm$ 08,92 *vs.* 46,34 $\pm$ 09,94, $p < 0,05$). Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en casos de AR de reciente diagnóstico y después de dos meses. Además, la media del ME (KPa) aumentó de 18,62 $\pm$ 10,52 a 44,07 $\pm$ 17,9. La SWV (m/s) se incrementó de 1,91 $\pm$ 0,64 a 3,49 $\pm$ 0,93 después de dos meses. Un punto de corte del ME (KPa) $< 44,35$ tuvo sensibilidad del 90% y especificidad del 94% para detectar cambios en la AR. El punto de corte de la SWV (m/s) $< 3,82$ mostró sensibilidad del 90% y especificidad del 93,3% para identificar cambios de AR ($p < 0,01$).

Conclusiones: El diagnóstico temprano, el seguimiento, la evaluación de la actividad de la enfermedad y la remisión de la AR pueden realizarse con sonoelastografía cuantitativa, con exactitud, precisión y objetividad en la práctica clínica en cada paciente en cada consulta.

Bibliografía

1. Sammel AM, Spies MC, DeCarle R, *et al.* Ultrasonido elastográfico de onda de corte de la membrana sinovial metacarpofalángica en la artritis reumatoide: un estudio piloto. *Australas J Ultrasound Med.* 2017;20(2):58-65. doi: 10.1002/ajum.12047. PMID: 34760473; PMCID: PMC8409883.
2. Sedano O, Sedano J. Shear wave elastography for ultrasound evaluation in rheumatoid arthritis. *ARDhttps://doi.org/10.1136/annrheumdis-2023-eular.1211.*

CG155

SONOELASTOGRAFÍA CUANTITATIVA EN COMPROMISO PULMONAR INTERSTICIAL DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

O.L. Sedano-Santiago¹, M. Panduro-Gaviria², E. Calvo-Marcelo³, M. Chávez-López⁴

⁽¹⁾Hospital Marino Molina, Perú, ⁽²⁾Hospital de Iquitos, Perú, ⁽³⁾ECOSER-MEDIC, ⁽⁴⁾Star Médica Aguascalientes, México

Introducción: La ecografía pulmonar ha incrementado su uso entre los reumatólogos del mundo y en fecha reciente la sonoelastografía representa un complemento de la TCAR porque revela características mecánicas, como elasticidad o rigidez del tejido pulmonar, lo que ha llevado a evaluarla en Latinoamérica.

La sonoelastografía pulmonar de ondas superficiales (SWE) puede cuantificar de forma no invasiva la rigidez de la superficie pulmonar o la fibrosis mediante la evaluación de la tasa de propagación de las ondas superficiales.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la sonoelastografía cuantitativa (SELP) en la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) de enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS).

Material y métodos: Estudio multinacional prospectivo de SELP en 21 casos (edad, 64,4 años), con EPI en AR (10 casos), ESP (5), LES (3), síndrome de Sjögren (3) y 10 controles en dos años. Grados de EPI: pulmón sano (F0), leve (F1), moderado (F2) o grave (F3), según las pruebas funcionales respiratorias y la TAC de alta resolución. Se insonó a través de SELP cuantitativa, con base en el método de Volpicelli al cuantificar la velocidad de onda de corte (SWV) y el módulo elástico (ME). Se evaluó el rendimiento de SELP y se determinaron los valores de corte óptimos de SWV para los grados de fibrosis F0 a F3 con el análisis de la curva característica operativa del receptor (ROC).

Resultados: La SELP tuvo una sensibilidad del 92% (IC95%, $p < 0,001$) y una especificidad del 89% (IC95%, $p < 0,001$) para diferenciar con controles (SWV media = 2,71 m/s, ME media = 23,80 kPa) y EPI con cualquier grado (F1-F3) (SWV media = 3,97 m/s, ME media = 47,91 kPa). Los valores más altos del área bajo la curva ROC (AUC) oscilaron entre 0,83 y 0,94 para distinguir entre controles y cualquier grado de EPI (Figura 1).

Figura 1. Sonoelastografía pulmonar en ESP en comparación con controles saludables. (CG155)



Conclusiones: La SELP muestra diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con diferentes grados de EPI y los controles, como se describe en las publicaciones médicas y puede ser un complemento a la TAC de alta resolución para la evaluación no invasiva de EAS en Latinoamérica.

Bibliografía

1. Zhou B, Bartholmai BJ, Kalra S, *et al.* U.S. Lung surface wave elastography in the staging of interstitial lung disease. *Radiology.* 2019;291(2):479-484. doi: 10.1148/radiol.2019181729. Epub Mar 5, 2019. PMID: 30835191; PMCID: PMC6493212.
2. Volpicelli G, Elbarbary M, Blaivas M, *et al.* International Liaison Committee on Lung Ultrasound (ILC-LUS) for International Consensus Conference on Lung Ultrasound (ICC-LUS). International evidence-based recommendations for point-of-care lung ultrasound. *Intensive Care Med.* 2012;38(4):577-91. doi: 10.1007/s00134-012-2513-4. Epub 2012 Mar 6. PMID: 22392031.

CG156

USO DE ANALGÉSICOS EN LUPUS SISTÉMICO ERMETATOSO: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

S. Hervert-Bulbarella, E.S. Sánchez-Peralta, S.E. Villarreal-Lozano, M.I. González-Loperena, A. González-Meléndez, M.I. Alarcón-Jarquín, E.A. Galindo-Calvillo, A. Gómez-Álvarez, V. Cantú-Martínez, I.C. Reynosa-Silva, A.C. Bardán-Incháustegui, J.A. Dávila-Jiménez, F.J. Torres-Quintanilla, D.E. Flores-Alvarado, G. Figueroa-Parra

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad sistémica autoinmune heterogénea que causa inflamación, lesión y daño tisular, los cuales pueden manifestarse en la forma de dolor. Las manifestaciones como el compromiso articular, seroso o renal, además de las comorbilidades como fibromialgia, osteoartritis, enfermedad renal crónica o enfermedad cardiovascular, vuelven complejo el tratamiento del dolor en LES.

Objetivo: Describir el uso de analgésicos en pacientes con LES en una clínica de lupus de un centro académico.

Material y métodos: Estudio transversal no comparativo. Se incluyó a todos los pacientes con LES (con base en los criterios de clasificación EULAR/ACR 2019) que acudieron a la clínica de lupus del Hospital Universitario en Monterrey, Nuevo León, entre el 1 de junio de 2024 y el 31 de octubre de 2024. Se obtuvieron mediante revisión manual las prescripciones de analgésicos de su última visita: paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), opioides y adyuvantes analgésicos. Los datos clínicos y sociodemográficos (incluidas la actividad de la enfermedad y la presencia de nefritis lúpica) se obtuvieron de la base de datos institucional. Se empleó estadística descriptiva para presentar la prevalencia de analgésicos y las características clínicas estratificadas por clase de medicamentos.

Resultados: Se incluyó a 140 pacientes con LES. La mediana de edad fue de 40 años (RIQ, 28-51) y el 95% (133/140) correspondió a mujeres. La mediana de puntos en SLEDAI-2k fue de 2 (RIQ, 0-4), con más del 80% de los pacientes con baja actividad de la enfermedad (SLEDAI-2k < 4); 30% (43/140) tenía nefritis lúpica (Tabla 1). La mayoría de los pacientes (93%, 132/140) usaba hidroxiquina y la mitad glucocorticoides orales (50%, 70/140). Al 69% (97/140) de los pacientes se les prescribió un analgésico en su

Figura 1. Prevalencia del uso de analgésicos en pacientes con lupus eritematoso sistémico. (CG156)

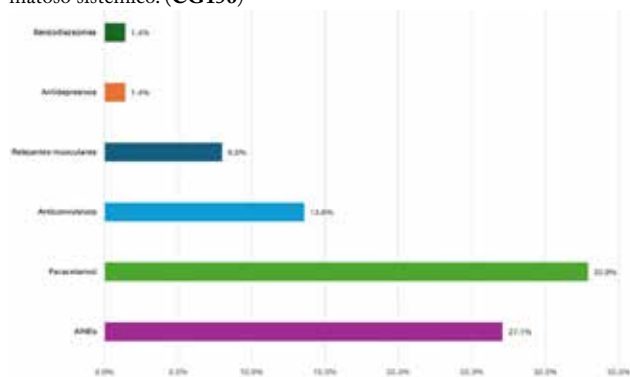


Tabla 1. Características de los pacientes con lupus eritematoso sistémico estratificado según la clase de analgésico utilizado. (CG156)

	Usuarios de opioides (n = 5)	Usuarios de AINE (n = 38)	Usuarios de paracetamol (n = 46)	Usuarios de analgésicos adyuvantes (n = 34)
Sexo, n (%)				
Mujer, n = 133	5 (100)	34 (89,5)	46 (100)	32 (94,1)
Edad, media (DE)	45 ± 14,6	43 ± 13,4	41 ± 13,4	37,3 ± 13
SLEDAI 2k, media (DE)	0,80 ± 1,1	3,5 ± 4,2	3,5 ± 4,2	4 ± 10,3
Nefritis lúpica, n = 43, n (%)	3 (60)	19 (41,3)	19 (41,3)	5 (14,7)

DE, desviación estándar; SLEDAI 2k, Índice de actividad de la enfermedad del lupus eritematoso sistémico 2000; AINE, antiinflamatorios no esteroideos.

última visita y el más prevalente fue el paracetamol (32%, 46/140), seguido de AINE (27%, 38/140) y adyuvantes analgésicos (24%, 34/140), de manera predominante anticonvulsivos (13%, 19/140), relajantes musculares (8%, 11/140), antidepresivos (1%, 2/140) y benzodiazepinas (1%, 2/140) (Figura 1). Sólo 5 (3%) de los pacientes con LES recibían opioides en ese momento (tramadol).

Conclusiones: Hasta dos terceras partes de los pacientes con LES reciben analgésicos para el control del dolor. El medicamento más usado fue el paracetamol. El uso de opioides entre los pacientes fue bajo y restringido tan sólo al tramadol.

Bibliografía

1. Crow MK. Pathogenesis of systemic lupus erythematosus: risks, mechanisms and therapeutic targets. *Ann Rheum Dis.* 2023;82:999-1014.
2. Ostensen M, Villiger PM. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2000;9(8):566-72.

CG157

RELACIÓN DE LA ENFERMEDAD ACTIVA, FATIGA Y SALUD MENTAL CON LA CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES REUMÁTICOS

M.E. Corral-Trujillo, J.A. Pozos-Parada, K.Y. Ramos-Reza, I. Palacios-Obregón, M.F. Ortiz-Nuño, F. Humphrey-Escamilla, A.C. Dávila-Herrada, M.D. Escobedo-Moreno, S.S. Heredia-González, L.P. Gallegos-Gloria, F.A. Marín-Muñoz, J.A. Cárdenas-De la Garza, M.A. Villarreal-Alarcón, I.J. Hernández-Galarza, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA), como la artritis reumatoide (AR) y el lupus eritematoso sistémico (LES), presentan síntomas como dolor articular, erupciones cutáneas, movilidad limitada, disminución de fuerza muscular, fatiga persistente y dolor. Estos síntomas suelen alterar la calidad del sueño, lo que modifica negativamente la calidad de vida, el funcionamiento diario y la salud mental. Otros factores como la actividad de la enfermedad, la edad o la sudoración también influyen en la calidad del sueño. Este aspecto representa una oportunidad en la atención clínica e investigación en pacientes con ERA.

Objetivo: Comparar la relación entre la calidad del sueño y la actividad de la enfermedad, fatiga, síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con AR y LES.

Material y métodos: Estudio transversal y observacional realizado en la consulta de reumatología del Hospital Universitario José E. González en Monterrey, Nuevo León, de junio a noviembre de 2024. Se incluyó a pacientes (≥ 18 años) con diagnóstico de AR y LES según los criterios EULAR/ACR 2010 y EULAR/ACR 2019, respectivamente. La actividad de la enfermedad en AR se evaluó con DAS28 o CDAI, y en LES con SLEDAI-2k; ambos grupos se clasificaron en remisión/baja actividad o actividad moderada/grave. Los síntomas de ansiedad y depresión se midieron con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), con puntos de corte de 8 a 10 para síntomas leves y > 11 para graves. La fatiga se evaluó con la escala FÁCIT-F, con punto de corte < 30 puntos para identificar fatiga. La calidad del sueño se midió con el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y se consideró < 5 puntos como mala calidad.

Resultados: Se evaluó a 94 pacientes: 54 (53,4%) con AR y 47 (46,5%) con LES. La mayoría correspondió a mujeres: 97,8% (47) en LES y 98,1% (53) en AR. La edad promedio fue de 44,35 años contra 45,6 años; mediana de IMC de 27 (24-31,88) contra 27,65 (24-34,46). El desempleo fue frecuente: 60% en el grupo de buen sueño y 77,8% en el grupo de mal sueño (Tabla 1). Un total de 45 pacientes (44,5%) se clasificó con buen sueño (mediana, 4 puntos), en tanto que 54 (53,46%) con mal sueño (mediana, 7-13,25 puntos). La mala calidad de sueño se relacionó con mayores tasas de remisión o baja actividad (61,1% vs. 33,3%, $p = 0,006$), mayor prevalencia de comorbilidades (74,1% vs. 53,3%, $p = 0,032$) y mayor fatiga (42,6% vs. 8,9%, $p < 0,001$). Además, el 33,3% del grupo de mal sueño señaló más de una enfermedad reumática (vs. 15,6%, $p = 0,043$). Los síntomas de ansiedad y depresión fueron más prevalentes en este grupo ($p = 0,001$); 42,6% mostró ansiedad y 33,3% depresión.

Tabla 1. Calidad del sueño en pacientes con AR y LES y su relación con fatiga, ansiedad, depresión, y variables sociodemográficas. (CG157)

	Pittsburgh ≤ 5 puntos (buen sueño) n = 45 (44,5%)	Pittsburgh > 5 puntos (mal sueño) n = 54 (53,46%)	P
Edad, mediana (IQR)	44,35 $\pm$ 16,18	45,6 $\pm$ 10,98	0,107
IMC, mediana (IQR)	27 (24-31,88)	27,65 (24-34,46)	0,809
Mujeres, n (%)	47 (97,8)	53 (98,1)	0,896
Ocupación, n (%)			
Empleadas	18 (40)	12 (22,2)	0,055
Desempleadas	27 (60)	42 (77,8)	
Enfermedad reumática			
AR, n (%)	24 (48,9)	30 (55,6)	0,508
LES, n (%)	23 (51,1)	24 (44,4)	
Años de enfermedad, mediana (RIC)	5 (2-13,5)	8 (2,75-14)	0,362
Enfermedad reumática			
Remisión/baja actividad	15 (33,3)	33 (61,1)	0,006
Actividad moderada/grave	30 (66,7)	21 (38,9)	
Otra enfermedad reumática, n (%)	7 (15,6)	18 (33,3)	0,043
Comorbilidades, n (%)	22 (53,3)	40 (74,1)	0,032
Puntuaciones de escalas aplicadas			
FACIT-F, puntuación total, mediana (IQR)	4 (3-5)	9 (7-13,25)	0,656
Total HADS-ansiedad, mediana (RIC)	2 (1-4)	6 (3,75-9,25)	0,188
Total HADS-depresión, mediana (RIC)	2 (1-3)	5,5 (1,75-9,25)	0,304
Total PSQI, mediana (RIC)	4 (3-5)	9 (7-13,25)	$< 0,001$
Relación de la calidad de sueño con fatiga, síntomas de ansiedad y síntomas de depresión			
FACIT-F			
Tiene fatiga, n (%)	4 (8,9)	23 (42,6)	$< 0,001$
HADS-ansiedad			
Síntomas leves, n (%)	1 (2,2)	12 (22,2)	$< 0,001$
Síntomas graves, n (%)	1 (2,2)	11 (20,4)	
HADS-depresión			
Síntomas leves, n (%)	2 (4,2)	10 (18,5)	0,001
Síntomas graves, n (%)		8 (14,8)	

IMC, índice de masa corporal; IQR, rango intercuartílico; FACIT-F, Escala de evaluación funcional de la terapia para enfermedades crónicas-fatiga; HADS, Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; PSQI, Índice de calidad de sueño de Pittsburgh.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con LES y AR presentaban mala calidad de sueño (53,4%). Estos pacientes mostraron menor actividad de la enfermedad y mayor frecuencia de remisión. A pesar de la mayor duración de la enfermedad, el tiempo prolongado bajo tratamiento pudo favorecer la remisión, en comparación con quienes tenían mejor sueño, pero peor

actividad. El grupo con mal sueño también presentó más comorbilidades, fatiga y depresión. Estos hallazgos subrayan la importancia de atender el sueño y la salud mental en pacientes reumáticos para mejorar su calidad de vida.

Bibliografía

Justiz-Vaillant AA, Goyal A, Varacallo MA. Systemic lupus erythematosus. 2023 Aug 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 30571026.

CG158

AVANCES EN ECOGRAFÍA EN REUMATOLOGÍA: SONOELASTOGRAFÍA CUANTITATIVA: UNA FORMA CONFIABLE DE EVALUAR EL CARTÍLAGO EN OSTEOARTRITIS DE RODILLA EN LATINOAMÉRICA

O.L. Sedano-Santiago¹, M. Panduro-Gaviria², E. Calvo-Marcelo³, M. Chávez-López⁴

⁽¹⁾Hospital Marino Molina, Perú, ⁽²⁾Hospital de Iquitos, ⁽³⁾ECOSERMEDIC, ⁽⁴⁾Star Médica Aguascalientes, México

Introducción: La sonoelastografía del cartílago es una técnica avanzada de imagen que evalúa su elasticidad y permite detectar cambios patológicos antes de que se presenten alteraciones estructurales significativas.

Objetivo: Evaluar la sonoelasticidad cuantitativa del cartílago femoral distal (SELC) en pacientes con osteoartritis de rodilla (OAR) y controles saludables, mediante la velocidad de ondas de corte (SWV), módulo elástico (ME) y ver su confiabilidad, como prueba de imagen en la práctica clínica.

Material y métodos: Se incluyó a 120 pacientes sucesivos con OAR sintomáticos (casos) y 60 voluntarios con similares características demográficas, sin dolor sintomático de rodilla (controles), en los dos últimos años. Se evaluaron 180 articulaciones de rodilla mediante la nueva forma de evaluación ecográfica del cartílago (Figura 1), que se correlaciona con RMN y artroscopia a niveles medial, intercondíleo y condíleo lateral; se midió el espesor del cartílago femoral distal mediante ecografía convencional y rigidez o elasticidad mediante SELC.

Figura 1. Sonoelastografía en OA de rodilla. (CG158)



Resultados: La SWV promedio en el cartílago medial e intercondíleo fue significativamente mayor en el grupo de casos (SWV = 4,4 m/s vs. 1,2 m/s, $p < 0,001$). Hasta 110 casos presentaron derrame en rodilla (110/120, 95,0%), 68 casos lesión del cartílago de la rodilla en modo B (70/120, 56,6%) y 55 casos lesión del menisco medial (55/120, 47,3%); 50 casos tenían hiperplasia sinovial (50/120, 40%) y 21 formación de osteofitos (21/120, 15%). La SWV del cartílago se correlaciona negativamente con la puntuación ecográfica ($r = 0,955$, $p < 0,01$).

Conclusiones: La sonoelastografía por ondas de corte es un método confiable, no invasivo y aceptable para la evaluación del cartílago patológico. Es una técnica avanzada, fácil de realizar, que proporciona información cuantitativa y valiosa sobre la salud del cartílago que complementa a la ecografía convencional, en la práctica clínica del médico tratante.

Bibliografía

1. Chen. Elastography in the diagnosis of early osteoarthritis: a systematic review. Journal of Orthopaedic Research. 2016;34(5):931-938. DOI: 10.1002/jor.23135.

2. Taljanovic. Shear wave elastography in musculoskeletal disorders: a systematic review. American Journal of Roentgenology. 2017;209(3): W142-W152. DOI: 10.2214/AJR.16.17622.

CG159

EL USO DE BIOMARCADORES DE RESISTENCIA A LA INSULINA PARA LA DETECCIÓN DE ATEROESCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

R.L. Polina-Lugo, F.M. García-García, A. Leal-Valdez, O.A. Garza-Flores, V.P. Limas-Martínez, A. Domínguez-Guerra, R.I. De la Rosa-Vázquez, N. Castro-Sáenz, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza, J.R. Azpiri-López, D.A. Salcedo-Almanza

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis psoriásica (AP) se relaciona con un mayor riesgo cardiovascular (CV) y hasta un 55% más de episodios CV mayores que en la población general. Diversos índices de resistencia a la insulina (RI) han mostrado vinculación con aterosclerosis subclínica y mortalidad CV, y son de bajo costo y aplicables a grandes poblaciones.

Objetivo: Determinar el índice de RI o el AIP que predice mejor la presencia de PC en pacientes con AP.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, ambispectivo y descriptivo en una clínica de cardioreumatología en México. Se incluyó a pacientes con diagnóstico previo de AP por un reumatólogo certificado que no tuvieran antecedentes de enfermedad CV. A todos se les realizó ultrasonido Doppler carotídeo. La PC se definió como GIMc difuso $\geq 1,2$ mm o engrosamiento focal $\geq 0,5$ mm, mientras que la hiperplasia carotídea como GIMc $\geq 0,8$ mm.

Los índices evaluados fueron:

TyG = $\ln [(triglicéridos \text{ en ayuno} \times glucosa \text{ en ayuno})/2]$.

TyG-IMC = TyG $\times$ IMC.

TyG-WHtr = (TyG $\times$ cintura)/talla.

METS-IR = $\ln [(2 \times glucosa \text{ en ayuno} + triglicéridos \times IMC)/\ln (HDL)]$.

AIP = $\log_{10} (TG/c-HDL)$.

El rendimiento diagnóstico de los índices se evaluó con curvas ROC y la ecografía carotídea se tomó como norma de referencia. Además, se exploró la correlación entre los índices y el GIMc mediante pruebas de Spearman. En un subanálisis se comparó a pacientes diabéticos con y sin PC.

Resultados: Se incluyó a 136 pacientes con AP. La mayoría correspondió a mujeres (n = 79, 58,0%), con una edad media de 53,3 $\pm$ 12,4 años. La prevalencia general de PC fue del 44,1 % (n = 60).

El punto de corte de todos los índices se determinó mediante el índice de Youden. El índice TYG-BMI tuvo la mayor sensibilidad (100%) con el

mejor valor predictivo (90,9%) al utilizar un punto de corte de 162,0; sin embargo, este índice presentó la menor especificidad (7,9%). No se encontraron diferencias significativas con el análisis ROC de los biomarcadores de RI (Figura 1).

Se observó que el METS-IR mostró la correlación positiva más sólida con el CIMT ($p = 0,320$, $p < 0,001$), seguido del índice AIP ($p = 0,283$, $p = 0,03$) y el TYG-BMI ($p = 0,221$, $p = 0,021$). El TYG-WHtr y el TYG también demostraron una relación positiva significativa con el CIMT ($p = 0,199$, $p = 0,003$ y $p = 0,214$, $p = 0,02$, respectivamente). Se realizó un análisis comparativo en 26 pacientes con diabetes mellitus: el 53,8% presentó PC (14/26) y el 46,2% no (12/26). Los pacientes con PC mostraron valores de índice más altos y eran de mayor edad que aquellos sin PC (Tabla 1).

Conclusiones: Los índices evaluados no demostraron una capacidad discriminativa real para detectar la aterosclerosis, pero se identificó una correlación entre el GIMc y un aumento de los pacientes diabéticos con PC. Estos hallazgos indican que su valor clínico podría residir en su integración con otros factores de riesgo CV, más que en su uso aislado como herramienta de cribado. Sin embargo, se necesitan estudios prospectivos mayores para esclarecer su capacidad discriminativa real y su relación con la aterosclerosis subclínica.

Bibliografía

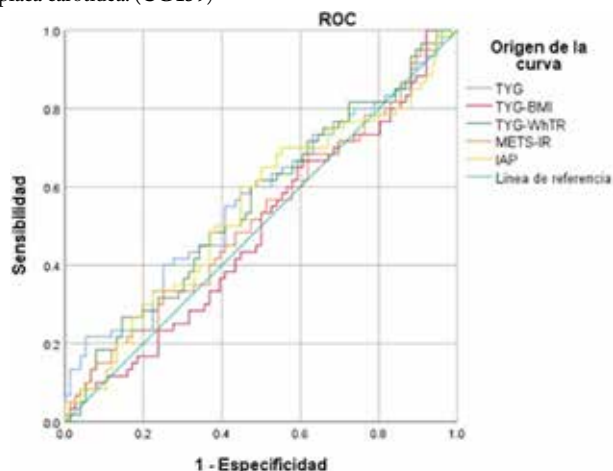
- Liu Z, Deng B, Huang Q, *et al.* Comparison of seven surrogate insulin resistance indexes for predicting the prevalence of carotid atherosclerosis in normal-weight individuals. Front Public Health. 2023;11:1241523.
- Xie W, Bian W, Song Z, *et al.* Association between triglyceride-glucose index and carotid atherosclerosis in patients with psoriatic arthritis. Rheumatology (Oxford, England). 2023;62(11):3584-3591.

Tabla 1. Comparación de pacientes diabéticos con y sin placa carotídea. (CG159)

	Pacientes diabéticos sin placa carotídea (n = 12)	Pacientes diabéticos con placa carotídea (n = 14)	p
Edad, años, media ($\pm$ DE)	53,4 $\pm$ 9,0	63,0 $\pm$ 9,0	0,01
Biomarcadores de resistencia a la insulina			
TYG, media ($\pm$ DE)	9,0 $\pm$ 0,5	9,7 $\pm$ 0,5	0,002
TYG-IMC, media ($\pm$ DE)	289,7 $\pm$ 61,1	289,3 $\pm$ 38,2	0,92
TYG- WHtr, media ($\pm$ DE)	5,9 $\pm$ 0,9	6,2 $\pm$ 0,5	0,27
METS-IR, media ($\pm$ DE)	2,4 $\pm$ 0,1	2,6 $\pm$ 0,1	0,0008
AIP, media ($\pm$ DE)	0,7 $\pm$ 0,2	0,4 $\pm$ 0,1	< 0,001

DE, desviación estándar; TYG, índice triglicéridos-glucosa; TyG-IMC, índice triglicéridos-glucosa-IMC; TyG-WHtr, índice triglicéridos-glucosa-relación cintura/talla; METS-IR, índice metabólico de resistencia a la insulina; AIP, índice aterogénico de plasma.

Figura 1. Curva ROC de índices de resistencia a la insulina para detectar placa carotídea. (CG159)



CG160

ASOCIACIÓN DE PERFILES DE SNP CON DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

V.L. Díaz-Bolaños¹, M.K. González-Chávez¹, M.G. Mena-Enríquez², I. Nuño-Arana², L. Flores-Contreras², A. Villagómez-Vega²

⁽¹⁾Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara

Introducción: La osteoporosis es una afección ósea metabólica, sistémica y progresiva que compromete la resistencia ósea y eleva el riesgo de fracturas. Se analizaron los polimorfismos rs9340799 del gen *REI1* y rs700518 del gen *CYP19A1*, que intervienen en el metabolismo de estrógenos, rs1800795 del gen *IL6*, en condiciones inflamatorias, y rs724449 del gen *PTHRI*, en la regulación hormonal.

Objetivo: Evaluar la relación de rs700518 del gen *CYP19A1*, rs9340799 del gen *RE1*, rs1800795 del gen *IL6* y rs724449 del gen *PTHR1* con el riesgo de osteoporosis.

Material y métodos: Diseño: transversal analítico. Universo: pacientes con osteoporosis e individuos sanos de la clínica de osteoporosis del Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Criterios de inclusión: mujeres con osteoporosis primaria y mujeres sanas mayores de 45 años, con aceptación y consentimiento.

Criterios de exclusión: mujeres con diagnóstico de osteoporosis secundaria y osteopenia; muestras en las que no pudo amplificarse o genotipificarse al menos 70% de los marcadores; y pacientes e individuos que retuvieron el consentimiento informado.

El desarrollo del estudio incluyó historia clínica, evaluación de densidad mineral ósea (DEXA), obtención de muestras de sangre periférica y genotipificación de los SNP rs700518, rs9340799, rs1800795 y rs724449.

Resultados: Se obtuvieron frecuencias alélicas y genotípicas, así como perfiles alélicos mediante el paquete estadístico SNPAnalyzer 2.0. Se determinó el equilibrio de Hardy-Weinberg con un intervalo de confianza del 95%. Se obtuvieron ocho perfiles con una frecuencia mayor de 5%; el perfil 1 (AGT) fue el más prevalente, con una frecuencia de 39% en los casos y 22,9% en los controles; este perfil contiene los alelos de riesgo del SNP del gen de aromatasa y el gen de PTHR1. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para el perfil 2 (AGC), 30% en controles y 16% en los casos; este perfil está formado por los alelos protectores de 2 SNP, lo que podría ser un perfil protector hacia el desarrollo de osteoporosis.

Conclusiones: Existe una relación entre los SNP analizados y el riesgo de osteoporosis, ya que la presencia del perfil 1 genera protección de padecer osteoporosis en la población analizada, además de observar elevadas frecuencias de genotipos de riesgo en el grupo de pacientes con osteoporosis.

Bibliografía

- Ma HJ, Fu SC, Xiao A, *et al.* The associations of CYP19A1 rs700518 polymorphism with bone mineral density and risk of osteoporosis: a meta-análisis. *Gynecol Endocrinol.* 2020;36(7):626-631.
- Shu J, Li J, Fu Y, *et al.* Association of ESR1 polymorphism rs2234693 and rs9340799 with postmenopausal osteoporosis in a Chinese population. *BMC musculoskeletal disorders.* 2020;21(1):346.

CG161

DESENLACES DE INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

M. Chávez-Alor, G.A. Guaracha-Basáñez, C.M. Román-Montes
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las infecciones fúngicas invasivas (IFI) son una causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes inmunocomprometidos. En las enfermedades reumatológicas (ER), tanto la inmunosupresión por la enfermedad como los tratamientos inmunosupresores elevan este riesgo. Existe escasa información sobre la frecuencia, características clínicas y desenlaces de las IFI en esta población, particularmente en países latinoamericanos.

Objetivo: Identificar los factores relacionados con mortalidad a las seis semanas en pacientes con ER e IFI, caracterizar los agentes etiológicos más frecuentes y desarrollar una puntuación clínica predictiva de mortalidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán entre abril de 2002 y julio de 2024. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con diagnóstico clínico de ER y una IFI probada o probable, según los criterios de la EORTC/MSGERC. Se analizaron variables clínicas, microbiológicas, tratamiento antifúngico y desenlaces a las seis semanas. Se utilizó regresión logística para identificar predictores de mortalidad y se construyó una puntuación clínica basada en los coeficientes β del modelo multivariado.

Resultados: Se incluyó a 123 pacientes, de los cuales el 79% correspondió a mujeres, con una mediana de edad de 44 años (RIC, 30-58). El diagnóstico reumatológico más frecuente fue lupus eritematoso generalizado

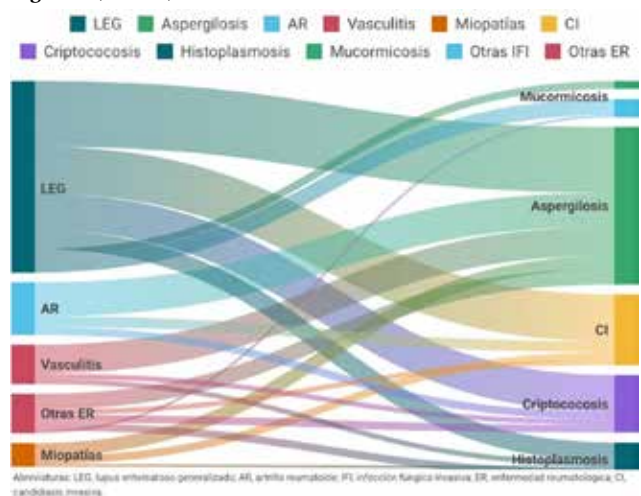
(52%), seguido de artritis reumatoide (16%) y vasculitis sistémicas (12%). El 93% recibía inmunosupresores al momento del suceso y destacó el uso de prednisona en el 78%, con una mediana de dosis de 22,5 mg/día (RIC, 5-40). Las causas de IFI más comunes fueron especies de *Aspergillus* (49%), *Cryptococcus* (18%) y *Candida* (15%) (**Figura 1**). La mayoría de los casos (92,7%) recibió tratamiento antifúngico. La mortalidad global a las seis semanas fue del 26%. Los factores vinculados con mortalidad en el análisis multivariado fueron: ingreso a la unidad de terapia intensiva (UTI) (OR, 4,9; IC95%, 1,9-12,5; $p < 0,001$), trombocitopenia $< 100 \times 10^9/L$ (OR, 2,8; IC95%, 1,1-7,2; $p = 0,03$) y diagnóstico de lupus eritematoso generalizado como factor protector (OR, 0,34; IC95%, 0,1-0,9; $p = 0,02$). A partir de éstos se construyó una puntuación clínica (-1 a 3 puntos), que demostró buena capacidad discriminativa (AUC, 0,747). La mortalidad fue del 13% en el grupo de riesgo bajo (≤ 0 puntos), 21,7% en el intermedio (1 punto) y 58,6% en el alto (≥ 2 puntos) ($p < 0,001$).

Conclusiones: Las IFI representan una complicación frecuente y grave en pacientes con ER, con alta carga de inmunosupresión y comorbilidades. La aspergilosis fue la IFI más común; el ingreso a UTI y la trombocitopenia se relacionaron con mayor mortalidad. La puntuación clínica propuesta permite una estratificación útil del riesgo, con potencial aplicación clínica para identificar a pacientes que se beneficiarían de un abordaje diagnóstico y terapéutico más intensivo.

Bibliografía

- Lee PP, Lau YL. Cellular and molecular defects underlying invasive fungal infections-revelations from endemic mycoses. *Front Immunol.* 2017;8:735.
- Bassetti M, Azoulay E, Kullberg BJ, *et al.* EORTC/MSGERC definitions of invasive fungal diseases: summary of activities of the intensive care unit working group. *Clin Infect Dis.* 2021;72(Suppl 2):S121-S127.

Figura 1. (CG161)



CG162

IMPACTO DE LA SITUACIÓN LABORAL EN LA FUNCIONALIDAD DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS INFLAMATORIAS Y NO INFLAMATORIAS

N.A. Nieto-Guerrero, E. Domínguez-Chapa, P. Sosa-Cobos, F. Valle-Domínguez, N. Puente-Trejo, C.J. Arequipa-Loachamin, G. García-Arellano, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La situación laboral influye en la evolución de las enfermedades reumatológicas. Varios estudios muestran diferencias en la funcionalidad de las extremidades superiores e inferiores entre pacientes empleados

y desempleados, y estos últimos son quienes presentan mayores dificultades para realizar actividades de la vida diaria.

Objetivo: Comparar los resultados en el *Disabilities of the arm, shoulder and hand* (Quick Dash) y el *Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index* (WOMAC) entre los pacientes con enfermedad reumatológica que están empleados y los que no.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y observacional en el cual se inscribió a pacientes ≥ 16 años con diagnósticos de enfermedades reumáticas, inflamatorias o no inflamatorias, de la consulta ambulatoria de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León. Se les aplicó el cuestionario Quick DASH para valorar la funcionalidad del miembro superior y el WOMAC para valorar la funcionalidad del miembro inferior, así como una encuesta sobre su situación laboral. Un resultado ≥ 40 en Quick DASH o uno ≥ 30 en WOMAC se consideraron altos, lo que indicó mayor dificultad para realizar actividades cotidianas. Se dividió a los pacientes en dos grupos: empleados y desempleados. Se evaluaron los resultados mediante el programa JASP con la prueba U de Mann-Whitney para grupos independientes que no tienen distribución normal para evaluar la significancia estadística.

Resultados: Se incluyó a 189 pacientes, de los cuales el 93,12% correspondió a mujeres y 6,87% a hombres, con una media de edad de 55,10 años, una mediana de 55,00 (rango intercuartílico, 46,0-62,75) y un intervalo de 16 a 87 años. De los encuestados, 87,3% era de desempleados y 10,05% de empleados, mientras que cinco pacientes omitieron la pregunta. El 25,3% de los desempleados y 47,36% de los empleados tuvieron un WOMAC alto. El 13,33% de los pacientes desempleados y 0% de los empleados tuvieron un Quick DASH alto. Se obtuvo un valor de p de 0,011 estadísticamente significativo al comparar la situación laboral con los resultados en el cuestionario Quick DASH. Por otro lado, al comparar la situación laboral de los pacientes con los resultados en el cuestionario WOMAC se obtuvo un valor de p de 0,514 no significativo.

Conclusiones: Se identificó una diferencia significativa al comparar los resultados del cuestionario Quick DASH con la situación laboral, lo que sustenta la hipótesis de que los pacientes desempleados tienen resultados más precarios en la funcionalidad del miembro superior. No se encontró una diferencia significativa entre los resultados de WOMAC y la situación laboral.

Bibliografía

Madrid-García A, Pérez-Sancristóbal I, León L, *et al.* Deep learning for occupation recognition and knowledge discovery in rheumatology clinical notes. *Sci Rep.* 2025;15(1):20944. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-025-05294-5>.

CG163

IMPACTO DEL EJERCICIO EN LA FUNCIONALIDAD DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

N.A. Nieto-Guerrero, E. Domínguez-Chapa, P. Sosa-Cobos, F. Valle-Domínguez, N. Puente-Trejo, C.J. Arequipa-Loachamin, G. García-Arellano, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas se relacionan con alta prevalencia de discapacidad y disminución de la calidad de vida. El tratamiento farmacológico controla eficazmente la actividad de la enfermedad, pero las intervenciones sobre el estilo de vida, particularmente el ejercicio, contribuyen de manera significativa a prevenir la discapacidad funcional.

Objetivo: Comparar las puntuaciones del *Disabilities of the arm, shoulder and hand* (Quick Dash) y el *Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index* (WOMAC) entre pacientes con enfermedades reumáticas que realizan ejercicio regularmente y aquellos con un estilo de vida sedentario.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y observacional en el que se incluyó a pacientes a partir de los 16 años con diagnóstico de enfermedad reumática de la consulta de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León. Se dividió a los pacientes en dos grupos: uno que realiza ejercicio y uno sedentario,

considerado el ejercicio como ≥ 3 sesiones de al menos 30 minutos de ejercicio aeróbico o anaeróbico por semana. Se aplicó el cuestionario Quick DASH para evaluar la funcionalidad del miembro superior, el WOMAC para evaluar la funcionalidad del inferior y una encuesta sobre los hábitos de ejercicio que realizan. Una puntuación ≥ 40 en Quick DASH y ≥ 30 en WOMAC se consideraron altas, lo que indicó una mayor dificultad para realizar actividades diarias. Los resultados se evaluaron mediante JASP con medidas de dispersión y ji cuadrada para variables categóricas para determinar su significancia estadística. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 189 pacientes con una media de edad de 55,10 años, de los cuales el 93,12% correspondió a mujeres y el 6,87% a hombres. El 41,79% (79/189) sí realiza ejercicio, el 51,32% (97/189) es sedentario y el 6,87% (13/189) omitió la pregunta. En el grupo de pacientes sedentarios, 34% (33) tuvo al menos un cuestionario con puntuaciones elevadas: 25,77% con un WOMAC ≥ 30 y 8,4% con un Quick DASH ≥ 40 . En el grupo de pacientes que realizan ejercicio, 24,05% (19) registró al menos un cuestionario con puntuaciones elevadas: 16,45% en WOMAC y 7,59% en Quick DASH. Como puede observarse en la **Figura 1**, se obtuvo un valor de p de 0,310 respecto de los resultados en Quick DASH y un valor de p de 0,348 en los de WOMAC, por lo que no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes que realizan ejercicio y los sedentarios.

Conclusiones: No se identificó una diferencia significativa en los resultados de los cuestionarios Quick DASH y WOMAC entre los pacientes que realizan ejercicio y los que no, en discrepancia con los hallazgos obtenidos en otros estudios.

Bibliografía

- Gwinnett JM, Wicczorek M, Balanescu A, *et al.* 2021 EULAR recommendations regarding lifestyle behaviours and work participation to prevent progression of rheumatic and musculoskeletal diseases. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(1):48-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2021-222020>.
- Mo L, Jiang B, Mei T, *et al.* Exercise therapy for knee osteoarthritis: A systematic review and network meta-analysis. *Orthop J Sports Med.* 2023;11(5):23259671231172773. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/23259671231172773>.

Figura 1. Comparación de los resultados de los cuestionarios Quick DASH y WOMAC en pacientes que hacen ejercicio y los sedentarios. Las líneas verticales indican el intervalo de puntuaciones obtenidas en cada encuesta y las líneas horizontales la mediana. Al comparar el grupo sedentario con el que realiza ejercicio se encontró un valor de p de 0,310 en la encuesta Quick DASH y un valor de p de 0,348 en la encuesta WOMAC. (CG163)



CG164

EFFECTO DEL EJERCICIO SOBRE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

N.A. Nieto-Guerrero, E. Domínguez-Chapa, P. Sosa-Cobos, F. Valle-Domínguez, N. Puente-Trejo, C.J. Arequipa-Loachamin, G. García-Arellano, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se acompaña de empeoramiento de la calidad de vida y discapacidad progresiva. El ejercicio se encuentra dentro de las recomendaciones de medidas no farmacológicas en el paciente con AR. Los estudios han demostrado que el ejercicio reduce la actividad de la enfermedad.

Objetivo: Comparar la actividad de la enfermedad en pacientes que realizan actividad física y los que no y si ésta difiere si realizan ≥ 150 minutos de ejercicio por semana o menos.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y observacional en el cual se inscribió a pacientes ≥ 16 años con diagnóstico de AR mediante los criterios EULAR/ACR 2010 de la consulta ambulatoria de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León. Una encuesta sobre hábitos de ejercicio se aplicó a cada paciente y se analizaron sus notas de evolución para determinar la actividad de la enfermedad mediante el índice de actividad de la enfermedad (DAS28), tras considerar que una puntuación $> 5,1$ era alta actividad, $3,2-5,1$ era moderada, $< 3,2$ era baja y $< 2,6$ era remisión. Se dividió a los pacientes en dos grupos: uno sedentario y uno que realizaba ejercicio, considerado el ejercicio como ≥ 3 sesiones de al menos 30 minutos de ejercicio aeróbico o anaeróbico por semana. El grupo que hacía ejercicio se dividió en dos subgrupos: uno que realizaba ≥ 150 minutos de ejercicio por semana y otro que lo hacía < 150 minutos por semana. Se evaluaron los resultados obtenidos mediante el programa JASP con ji cuadrada para variables categóricas para obtener la significancia estadística. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 60 pacientes con un promedio de edad de 59,45 (rango intercuartílico, 45,75-62,25) con diagnóstico de AR de 2024 a 2025. El 95% (57) correspondió al sexo femenino y 5% (3) al masculino. Se recopilaron sus resultados de la encuesta sobre hábitos de ejercicio y se evaluó la actividad de la enfermedad en 43 de los 60 pacientes durante la consulta. El 48,83% (21/43) realizaba ejercicio: 66,66% (14/21) ≥ 150 minutos a la semana y 33,33% (7/21) < 150 . El 51,16% (22/43) no realizaba ejercicio. El 85% de los pacientes que hacen ejercicio se encuentra en remisión y el 15% tiene baja actividad de la enfermedad. De los que practican ≥ 150 minutos de ejercicio a la semana, 84,61% (11/13) se halla en remisión y el resto en actividad baja. El 85,71% de los que realizan < 150 minutos se encuentra en remisión y el resto en actividad baja. Del grupo que no realiza ejercicio, el 54,54% (12/22) se halla en remisión, 31,81% (7/22) en actividad moderada y 13,63% (3/22) en actividad baja, como se muestra en la **Figura 1**. Se obtuvo un valor de p de 0,017 estadísticamente significativo respecto de la actividad de la enfermedad y realizar o no ejercicio. No se identificó una diferencia significativa entre los pacientes que hacen ≥ 150 minutos con los que hacen menos.

Figura 1. Porcentaje de pacientes que realizan ejercicio en remisión, actividad baja y moderada, en comparación con los sedentarios. Se obtuvo un valor de p de 0,017 respecto de la actividad de la enfermedad y el ejercicio. (CG164)



Conclusiones: Se reconoció una diferencia significativa en la actividad de la enfermedad entre los pacientes que realizan ejercicio y los que no, lo cual confirma que practicar ejercicio reduce la actividad de la enfermedad en pacientes con AR, y ello contribuye a su pronóstico y mejoría de la calidad de vida. Por otro lado, no hubo diferencia significativa en la actividad de la enfermedad según el tiempo de ejercicio realizado por semana.

Bibliografía

- England BR, Smith BJ, Baker NA, *et al.* 2022 American College of Rheumatology guideline for exercise, rehabilitation, diet, and additional integrative interventions for rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2023;75(8):1603-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/acr.25117>.
- Li Z, Wang X-Q. Clinical effect and biological mechanism of exercise for rheumatoid arthritis: a mini review. *Front Immunol*. 2022;13:1089621. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2022.1089621>.

CG165

IMPACTO CLÍNICO Y CARDIOVASCULAR DEL EMBARAZO EN LA MUJER CON SÍNDROME DE MARFAN

M.E. Soto-López, M. Santos-Aragón, R. De la Mora-Cervantes

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El síndrome de Marfan (SM) se relaciona con mutaciones en el gen *FBN-1*, que codifica a la fibrilina 1, una proteína esencial en fibras elásticas. El daño cardiovascular, los aneurismas o la disección aórtica (DA) en el SM son complicaciones graves que se incrementan en el embarazo.

Objetivo: Evaluar el estado cardiovascular y clínico en mujeres con síndrome de Marfan y embarazo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en mujeres adultas con SM con más de dos criterios de Ghent 2010. Los datos clínicos se recolectaron del expediente y de imagen y estudios de laboratorio.

Resultados: Se incluyó a 100 mujeres. Ingresaron en edad pediátrica 35 y como adultas 65. Se excluyó a 10 por carecer de expediente. Se analizó a 90 pacientes, 44 sin gestación y 46 con embarazo, de las cuales 20 recibieron atención por parto, 26 por cesárea, 9 por preclamsia y 14 por abortos. Del grupo total, 14 tuvieron cardiopatía congénita, 36 DA, 47 insuficiencia aórtica, 22 insuficiencia mitral y 15 insuficiencia tricúspide. El prolapsos valvular se identificó en 39. Se practicaron 67 cirugías y se implantaron 15 *stents*; 19 fallecieron, de las cuales cinco se debieron a rotura del aneurisma, cuatro a DA, tres a choque cardiogénico, cinco a choque séptico y dos a choque hipovolémico. No se encontró en la historia clínica interrogatorio del inicio de la vida sexual ni método de control de la fecundidad, por lo que puede ser un área de oportunidad que puede implementarse desde la adolescencia en la transición de la edad pediátrica a la vida adulta.

Conclusiones: El daño cardiovascular en el embarazo de mujeres con SM es complejo e incrementa la vulnerabilidad de este padecimiento. El diagnóstico de SM es en general tardío y en algunas mujeres se establece hasta el momento del parto; por lo tanto, el consejo genético no fue oportuno para establecer medidas de prevención. Son áreas de oportunidad en especialidades de pediatría, ginecología y especialidades tratantes para incidir en la prevención y la atención ginecológica, obstétrica y quirúrgica temprana, así como la identificación y vigilancia del daño cardiovascular en mujeres con y sin embarazo.

Bibliografía

- Penpattharakul W, Pithukpakorn M. Revised Ghent criteria is comparable to original diagnostic criteria for Marfan syndrome with increased ability to clinically diagnose related disorders. *J Med Assoc Thai*. 2016;99(1):34-9. PMID: 27455822.
- Spencer M. Marfan syndrome. *Nursing*. 2024;54(4):19-25. doi: 10.1097/01.NURSE.0001007604.09204.9a. Epub 2024 Mar 22. PMID: 38517496.
- De Backer J. Cardiovascular characteristics in Marfan syndrome and their relation to the genotype. *Verh K Acad Geneesk Belg*. 2009;71(6):335-71. PMID: 20232788.
- Fuentevilla-Álvarez G, Soto ME, Torres-Paz YE, *et al.* The usefulness of the genetic panel in the classification and refinement of diagnostic accuracy of Mexican patients with Marfan syndrome and other connective tissue disorders. *Biomol Biomed*. 2024;24(2):302-314. doi: 10.17305/bb.2023.9578. PMID: 37688493; PMCID: PMC10950338.

5. Wang Y, Yin K, Datar Y, *et al.* Aortic dissection during pregnancy and puerperium: contemporary incidence and outcomes in the United States. *J Am Heart Assoc.* 2023;12(9): e028436. doi: 10.1161/JAHA.122.028436. Epub 2023 Apr 29. PMID: 37119066; PMCID: PMC10227208.
6. Byard RW. Pregnancy-associated aortopathy and sudden postpartum death. *Forensic Sci Med Pathol.* 2023;19(2):266-268. doi: 10.1007/s12024-023-00606-5. Epub 2023 Apr 5. PMID: 37020086; PMCID: PMC10328850.
7. Chetty SP, Shaffer BL, Norton ME. Management of pregnancy in women with genetic disorders, part 1: disorders of the connective tissue, muscle, vascular, and skeletal systems. *Obstet Gynecol Surv.* 2011;66(11):699-709. doi: 10.1097/OGX.0b013e31823cdd50. PMID: 22186601.
8. Gurrieri C, Manske WT, Williams C, *et al.* Life-threatening aortic dissection during pregnancy: a case report of undiagnosed FBN1-related Marfan syndrome at 39 weeks gestation. *Am J Case Rep.* 2023;24:e940628. doi: 10.12659/AJCR.940628. PMID: 37743617; PMCID: PMC10534165.
9. Amado JA, Thomas DJ. Early recognition of Marfan's syndrome. *J Am Acad Nurse Pract.* 2002;14(5):201-4; quiz 205-6. doi: 10.1111/j.1745-7599.2002.tb00114.x. PMID: 12051143.

CG166

DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA PREDICTIVA PARA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES: UN MODELO BASADO EN METAANÁLISIS

B.R. Ávalos-García, O.J. García-Torres, N. Macías-Segura, D. Rodríguez-Garibay, R. Martínez-Canales, A.M. Ortiz-Ríos, K. Carrillo-Martínez, S.M. Celaya-Lozano, D. Rodríguez-Rodríguez, E.A. Galindo-Calvillo, M.C. Salinas-Carmona, J.A. Cárdenas-De la Garza, L. Pérez-Barbosa, D.A. Galarza-Delgado, C.M. Skinner-Taylor

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA), como el lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome antifosfolípido (SAF), la artritis reumatoide (AR) y el síndrome de Sjögren, aumentan significativamente el riesgo de efectos adversos (EA), entre ellos preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), pérdida fetal y parto de pretérmino. Los factores de riesgo habituales no explican completamente estas complicaciones. Por ello resulta fundamental contar con herramientas predictivas que permitan una adecuada estratificación del riesgo y una atención obstétrica individualizada en estas pacientes.

Objetivo: Desarrollar y validar un modelo predictivo para la estratificación del riesgo obstétrico en mujeres embarazadas con ERA.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, Embase, Web of Science y Scopus, con selección de los estudios que evaluaran biomarcadores y predictores clínicos de ERA en mujeres embarazadas con ERA. Las variables clave incluyeron anticoagulante lúpico (ACL), anticuerpos anti-β2GPI1, anticardiolipina, activación del complemento (C3/C4, sC5b-9), cociente neutrófilo-linfocito (NLR), anticuerpos anti-SSA/Ro, índices de actividad de enfermedad (SLEDAI, DAS28) y antecedentes clínicos (nefritis, hipertensión crónica, pérdidas fetales previas). Los datos de los estudios elegibles se agruparon mediante un metaanálisis de efectos aleatorios. Se asignaron pesos predictivos a las variables según los *odds ratios* y se integraron en una calculadora de riesgo basada en puntos.

Resultados: El modelo incorpora 12 predictores con alto nivel de evidencia. El ACL presentó un OR de ~12,5 para EA > 12 semanas; la hipertensión crónica un OR de 5,8 para preeclampsia; y el lupus activo un OR de 2,9 para parto de pretérmino. La presencia de nefritis y valores bajos de complemento elevaron significativamente el riesgo de EA. Un NLR > 2,9 mostró un AUC de 0,71 para predecir complicaciones materno-fetales. Cada variable fue puntuada para generar una puntuación de riesgo acumulado, que estratifica a las pacientes en categorías de bajo, moderado

o alto riesgo. La validación interna mostró una sensibilidad del 81% y una especificidad del 74% para predecir EA (Tabla 1).

Conclusiones: Se desarrolló una calculadora sólida, basada en evidencia, que permite estratificar el riesgo obstétrico en mujeres embarazadas con ERA. Esta herramienta integra marcadores clínicos, serológicos e inflamatorios y tiene el potencial de guiar intervenciones tempranas y vigilancia personalizada. El modelo se encuentra actualmente bajo licencia académica y aún no está disponible para el público. Se planea una validación prospectiva futura para respaldar su implementación clínica.

Tabla 1. Biomarcadores predictivos y variables clínicas incluidas en el modelo de estratificación del riesgo obstétrico para enfermedades reumáticas autoinmunes. (CG166)

Predictor	Razón de momios (OR)	Interpretación clínica
Anticoagulante lúpico (ACL)	~12,5	El mayor predictor de resultados adversos del embarazo
Hipertensión crónica	5,8	Importante factor de riesgo de preeclampsia
Lupus activo (SLEDAI > 4)	2,9	Relacionado con parto prematuro
Nefritis lúpica previa	↑	Aumenta el riesgo de APO, especialmente con proteinuria
Hipocomplementemia (C3/C4 bajo)	↑	Refleja el depósito activo de inmunocomplejos
NLR > 2,9	AUC = 0,71	Predice complicaciones materno-fetales
Positividad anti-SSA/Ro	--	Indica riesgo de bloqueo cardíaco fetal, integrado si está presente
Antecedente de pérdida de embarazo	↑	Incluido como riesgo clínico acumulativo

Bibliografía

1. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, *et al.* Guía del Colegio Americano de Reumatología 2020 para el manejo de la salud reproductiva en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. *Arthritis Rheumatol.* 2020;72(4):529-56.
2. Andreoli L, Bortoluzzi A, Bertsiaris GK, *et al.* Recomendaciones EULAR para la salud de la mujer y el manejo de la planificación familiar, reproducción asistida, embarazo y menopausia en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(3):476-85.

CG167

ANÁLISIS INTEGRATIVO DE BIOINFORMÁTICA REVELA GENES CLAVE Y PERFILES INMUNOLÓGICOS ASOCIADOS CON LA PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO CON LUPUS

D. Rodríguez-Garibay, B.R. Ávalos-García, R. Martínez-Canales, O.J. García-Gómez, A.M. Ortiz-Ríos, D.R. Cabrera-Sánchez, V.L. Cisneros-López, N. Castañeda-Sánchez, E.A. Galindo-Calvillo, L. Pérez-Barbosa, D.A. Galarza-Delgado, C.M. Skinner-Taylor, M.C. Salinas-Carmona, N. Macías-Segura

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

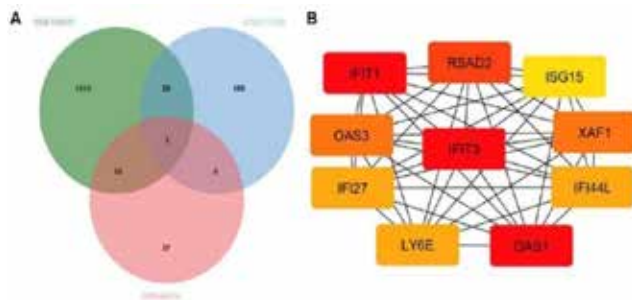
Introducción: Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen un problema de salud pública global y figuran entre las principales causas de morbilidad materna y perinatal. La preeclampsia se define como la hipertensión arterial de nueva aparición, habitualmente después de las 20 semanas de gestación. Su fisiopatología implica alteraciones endoteliales y disfunción placentaria, y su curso clínico puede evolucionar con rapidez y comprometer la vida materna y fetal en el corto plazo. Se llevó a cabo un análisis integrativo de bioinformática para identificar genes potenciales y vías participantes en la preeclampsia entre pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivo: Identificar potenciales biomarcadores tempranos relacionados con la preeclampsia en el contexto LES y examinar las posibles relaciones entre dichos biomarcadores y las distintas poblaciones celulares inmunes presentes en sangre periférica.

Material y métodos: Se seleccionaron los siguientes conjuntos de datos de *Gene expression omnibus database*: GSE177029, GSE185047, y GSE48424. Se filtraron los genes expresados diferencialmente con la herramienta basada en R GEO2R, con una tasa de falsos descubrimientos con valor $< 0,05$ y $\log_2 > 1$ para genes sobreexpresados. Se trazó un diagrama de Venn para visualizar genes expresados diferencialmente compartidos a través de los conjuntos de datos (**Figura 1A**). Se realizó un análisis enriquecido para recuperar la ontología genética, procesos biológicos y vías KEGG mediante ShinyGO. Las interacciones proteína-proteína se analizaron con el software Cytoscape y se identificaron genes centrales clave con cytoHubba plugin con uso del algoritmo de centralidad por clique maximal. La herramienta en línea de Cybersort se utilizó para caracterizar la población celular inmune de sangre periférica en el conjunto de datos GSE48424. Se realizó la prueba ANOVA de dos direcciones para comparar la proporción de células inmunes. El aumento gradual de dos etapas se aplicó como una prueba *post hoc* para controlar la tasa de falsos descubrimientos. Se recuperaron los valores promedios de la intensidad de fluorescencia y una correlación de Spearman se realizó para evaluar la relación entre la expresión de genes centrales y las poblaciones de células inmunes.

Resultados: Al menos 40 genes expresados diferencialmente se compartieron en dos conjuntos de datos diferentes (**Figura 1A**) y en los cuales su enriquecimiento funcional fue notable para sus procesos biológicos relacionado con la regulación de la replicación del genoma viral y la respuesta al interferón tipo I. El análisis de la interacción proteína-proteína demostró exitosamente 40 nodos y 172 bordes. El algoritmo de centralidad por clique maximal identificó los mejores 10 genes centrales (**Figura 1B**). Respecto de las poblaciones de células inmunes de sangre periférica, se observaron diferencias significativas en células T CD8+ y proporción de neutrófilos. Finalmente, se observó que IFIT1, OAS3, IFI27, LY6E, OAS1, IFI44L, XAF1 y ISG15 tienen correlación significativa con diferentes células inmunes (**Figura 1**).

Figura 1. Análisis transcriptómico de los genes diferencialmente expresados (DEG) compartidos en preeclampsia entre mujeres embarazadas con lupus eritematoso sistémico (LES). A, diagrama de Venn que muestra los DEG superpuestos entre tres conjuntos de datos de GEO: GSE177029, GSE185047 y GSE48424. Un total de 40 genes se compartieron por al menos dos conjuntos de datos. B, red de interacciones proteína-proteína (PPI) de los principales genes centrales identificados mediante el algoritmo MCC de CytoHubba en Cytoscape. (**CG167**)



Conclusiones: Se identificaron 10 genes potenciales que mostraron correlación significativa con poblaciones de células inmunes de sangre periférica en pacientes con preeclampsia. Estos resultados aportan un marco molecular para el estudio de preeclampsia en pacientes con LES, lo que justifica una mayor validación en una cohorte longitudinal en este tipo de población.

Bibliografía

- Miyamoto T, Hoshino T, Hayashi N, *et al.* Preeclampsia as a manifestation of new-onset systemic lupus erythematosus during pregnancy: a case-based literature review. *AJP Rep.* 2016;6(1):e62-7.

- Zhao T, Peng Y. Identification of immune-related genes and molecular subtypes associated with preeclampsia via bioinformatics analysis and experimental validation. *Hereditas.* 2025;162(1):89.

CG168

EVALUACIÓN DE NIVELES SOLUBLES DE PD-1, PD-L1 Y PD-L2 EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSOS SISTÉMICO

R. Chávez-Mireles¹, N. Espinoza-García¹, D.C. Salazar-Camarena¹, M. Marín-Rosales², C.A. Palafox-Sánchez¹

⁽¹⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara,

⁽²⁾Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud, Jalisco

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la pérdida de la tolerancia y respuestas T/B autorreactivas. Un punto de control inmunológico clave en estas células es PD-1 que al unirse a sus ligandos (PD-L1 o PD-L2) atenúa la respuesta. En el LES se ha descrito una mayor expresión de PD-1/L en PBMC, lo que sustenta su relevancia patogénica. Estas moléculas pueden escindirse o liberarse al medio extracelular por empalme alternativo del ARNm, lo que podría incrementar la complejidad de su señalización. Aún existe discrepancia respecto de las relaciones de estas moléculas solubles en la enfermedad de LES, por lo que deben evaluarse estas moléculas solubles para indagar la posibilidad de funcionar en un futuro como biomarcadores de LES.

Objetivo: Evaluar los valores sPD-1, sPD-L1 y sPD-L2 en pacientes con lupus eritematoso sistémico y controles clínicamente sanos y explorar su relación con la actividad de la enfermedad.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal analítico en el que se cuantificaron los valores de sPD-1, sPD-L1 y sPD-L2 de 46 pacientes con LES y 31 CCS por medio de la técnica ELISA (Invitrogen: MAN0016582, BMS2327, BMS2215, respectivamente), según las instrucciones del fabricante. Se consideró un valor de significancia con un alfa del 5% ($p < 0,05$).

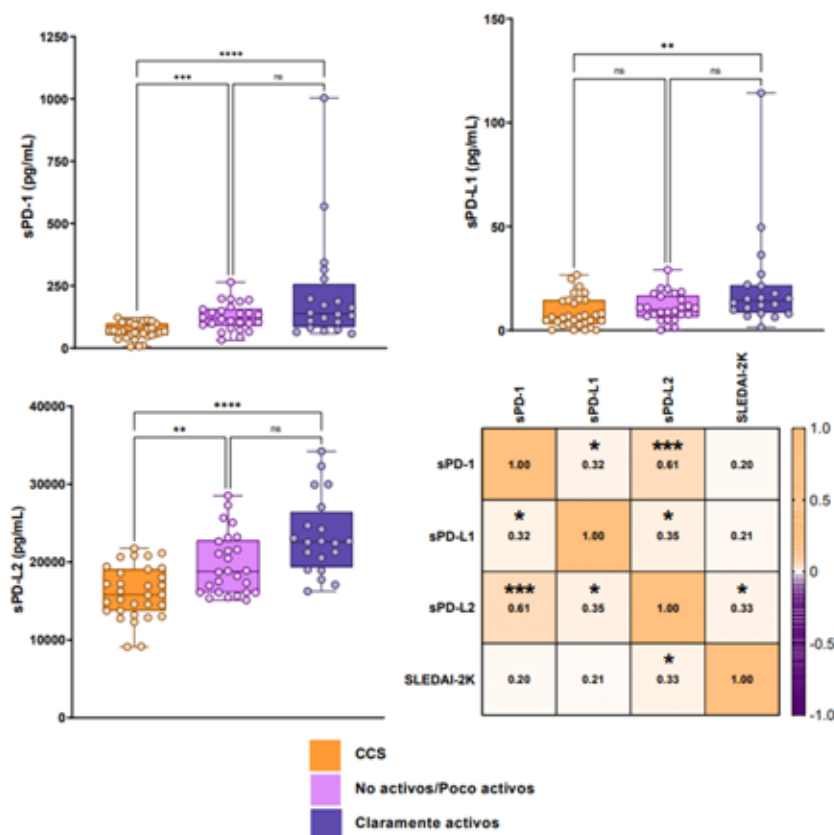
Resultados: Las tres moléculas solubles se encontraron significativamente elevadas en los pacientes con LES en comparación con CCS (sPD-1, $p = 0,0012$; sPD-L1, $p = 0,0046$; sPD-L2, $p < 0,0001$). De acuerdo con el índice SLEDAI-2K (no activos/poca actividad: < 6 vs. claramente activos: ≥ 6), ambos subgrupos mostraron cifras elevadas en pacientes en comparación con los CCS sin mostrar diferencias entre grupos de actividad. Se identificaron correlaciones positivas moderadas y débiles entre los valores de sPD-1 con sPD-L1 ($p = 0,016$, $r = 0,31$) y sPD-1 con sPD-L2 ($p < 0,0001$, $r = 0,61$), y entre sPD-L1 y sPD-L2 ($p = 0,008$, $r = 0,35$). Por su parte, sPD-L2 se correlacionó con el índice SLEDAI-2K ($p = 0,012$, $r = 0,33$). Véanse **Tabla 1** y **Figura 1**.

Tabla 1. (CG168)

	Edad en años, mediana (min-max)	Mujer/hombre, n	SLEDAI-2K, mediana (min-max)	Inactivo, % (n)	Claramente activo, % (n)
SLE (n = 46)	37 (19-76)	44/2	4 (0-32)	56,5 (26)	43,5 (20)
CCS (n = 31)	30 (22-44)	30/1			

Conclusiones: En este estudio se hallaron cifras elevadas de las tres moléculas solubles en los pacientes con LES en comparación con los CCS, lo que podría indicar una disregulación de esta molécula, lo que concuerda con las correlaciones positivas halladas entre ellos mismos y con el índice de la actividad de la enfermedad SLEDAI-2K. Además, se propone un abordaje mecanístico en el que las formas solubles podrían comportarse como “ligandos señuelos”, lo que podría favorecer la activación linfóide y sobreexpresión compensatoria de PD-1 ante señalización incompleta y estados de sobreactivación de los linfocitos T y B. Sin embargo, aún se requieren estudios más complejos para evaluar estas moléculas como biomarcadores, a pesar de poder discriminar entre pacientes y controles para definir su valor clínico y dilucidar su papel en la pérdida de la tolerancia de los linfocitos T y B en el LES.

Figura 1. (CG168)



Bibliografía

- Hirahara S, Katsumata Y, Kawasumi H, *et al.* Serum levels of soluble programmed cell death protein 1 and soluble programmed cell death protein ligand 2 are increased in systemic lupus erythematosus and associated with the disease activity. *Lupus*. 2020;29(7):686-96.
- Sagrero-Fabela N, Chávez-Mireles R, Salazar-Camarena DC, *et al.* Exploring the role of PD-1 in the autoimmune response: insights into its implication in systemic lupus erythematosus. Vol. 25, *International Journal of Molecular Sciences*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2024.

CG169

POLIMORFISMOS rs1544105 DEL GEN *FPGS* Y rs2298383 DEL GEN *ADORA2* Y FALLA TERAPÉUTICA A METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

S.G. Gallardo-Moya¹, A.M. Saldaña-Cruz¹, J.I. Gámez-Nava¹, F. González-Ponce¹, N.A. Rodríguez-Jiménez¹, A.J.L. Brambila-Tapia¹, J.M. Ponce-Guarneros¹, C.A. Nava-Valdivia¹, J. Martínez-García², H. Jacobo-Cuevas¹, L.C. González-López¹

⁽¹⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Centro Universitario de Ciencias Exactas e Ingenierías, Universidad de Guadalajara

Introducción: El metotrexato (MTX) es la piedra angular en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), pero se ha notificado una tasa de falla terapéutica cercana al 50%. En el mecanismo de acción del metabolito activo MTX intervienen diversas enzimas y transportadores que desencadenan la inhibición de citocinas inflamatorias. Se han informado polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) que afectan el metabolismo de este

fármaco, debido a que puede modificarse la expresión génica y, por lo tanto, modular la expresión de la proteína de interacción con el fármaco, lo que hace que la respuesta sea ineficiente.

El polimorfismo rs1544105 ubicado en el gen *FPGS*, que ocasiona un cambio de citocina>timina en la región intrónica, se ha relacionado con baja actividad en una enzima primordial en el metabolismo de MTX, la folilipoliglutamato sintasa (FPGS). Por otro lado, el polimorfismo rs2298383 citocina>timina se encuentra en una región importante del gen *ADORA2* y este cambio puede intervenir en la disminución de la afinidad receptor-sustrato y atenuar así la respuesta al MTX.

Objetivo: Evaluar la relación de los polimorfismos rs1544105 del gen *FPGS* y rs2298383 del gen *ADORA2* con la falla de respuesta terapéutica al metotrexato en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Estudio de casos y controles. Se evaluó a 172 pacientes mestizos mexicanos con diagnóstico de AR (ACR1987) en tratamiento con MTX. Se evaluó la respuesta terapéutica mediante DAS28-VSG. Los pacientes con AR se clasificaron en dos grupos: a) respondedores (DAS28-VSG ≤ 3,2) al tratamiento y b) no respondedores (DAS28-ESR > 3,2) al tratamiento. Los valores séricos de la enzima 5-aminoimidazol-4-carboxamida ribonucleótido (AICAR) y de interleucina 6 (IL-6) se cuantificaron mediante un análisis ELISA. Se identificaron los polimorfismos rs1544105 del gen *FPGS* y rs2298383 del gen *ADORA2* por PCR en tiempo real mediante sondas TaqMan®. Las variables cuantitativas se expresaron como medias ± desviaciones estándar (DE) y las variables cualitativas como frecuencias y porcentajes (%). Las comparaciones entre grupos se calcularon con la prueba ji cuadrada y con la prueba t de Student para las muestras independientes. Para establecer el riesgo de la falla terapéutica se calcularon OR y se consideró significativo si p ≤ 0,05.

Resultados: El 50% de los pacientes mostró falla terapéutica. No se observaron diferencias estadísticas en los valores de AICAR e IL-6. Las variables relacionadas con la falla de respuesta fueron HAQ-Di y la velocidad de sedimentación globular (p = < 0,01). Las frecuencias genotípicas de *FPGS* y *ADORA2* encontradas fueron 28% y 16% para CC, 56% y 42%

para CT, 18% y 42% para TT, respectivamente, y no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. La presencia de los genotipos analizados no representa un riesgo de falla terapéutica.

Conclusiones: No se identificó relación de los polimorfismos rs1544105 del gen *FPGS* y rs2298383 del gen *ADORA2*; deben estudiarse otros polimorfismos para comprender el componente genético de la falla terapéutica del MTX en pacientes mexicanos con artritis reumatoide.

Bibliografía

1. Cronstein BN, Aune TM. Methotrexate and its mechanisms of action in inflammatory arthritis. *Nature reviews. Rheumatology* 2020;16:145-154.
2. Lee YC, Cui J, Costenbader KH, *et al.* Investigation of candidate polymorphisms and disease activity in rheumatoid arthritis patients on methotrexate. *Rheumatology* 2009;48:613-617. [Google Scholar] [CrossRef].

CG170

IMPACTO DE UNA UNIDAD COORDINADORA DE FRACTURAS EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

M.G. Montes-Luna¹, R. Espinosa-Morales¹, M.A. Soria-Bastida¹, S.I. Macías-Hernández², J.D. Jiménez-Lozada³

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽²⁾Hospital Centenario Miguel Hidalgo, SS, ⁽³⁾Facultad de Enfermería y Obstetricia, UNAM

Introducción: La osteoporosis (OP) es una enfermedad del metabolismo óseo que incrementa el riesgo de fracturas. Los estudios realizados en Europa y América han demostrado la falta generalizada de prevención secundaria de fracturas por OP. En 2021 se realizó un estudio en México que incluyó a 838 pacientes que experimentaron alguna fractura por fragilidad en cadera, radio distal o columna vertebral, de los cuales sólo 28 (3,3%) tenían un diagnóstico previo de OP y 11 (1,3%) recibieron su diagnóstico en la hospitalización. Inmediatamente después de la fractura y a un año de seguimiento, 144 (17,1%) y 71 (8,4%), respectivamente, recibieron tratamiento farmacológico, 195 (23,3%) y 65 (7,7%) complementación y 16 (1,9%) y 16 (1,9%) tratamiento no farmacológico; 94 (23,4%) sufrieron una segunda fractura; y sólo se realizaron 18 densitometrías. Ante esta situación se ha planteado un modelo de atención denominado Unidades coordinadoras de fracturas, que ha disminuido la incidencia de una segunda fractura del 7,3 al 96%.

Objetivo: Demostrar la disminución de la incidencia de nuevas fracturas a un año con el modelo de prevención secundaria en los pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII) para la atención de una primera fractura por OP.

Material y métodos: Estudio cuasi experimental de tipo antes-después. Duración: febrero de 2021 a febrero de 2022. Población de estudio: sujetos que acudieron al INRLGII para la atención de una primera fractura por OP. Criterios de inclusión: hombres y mujeres ≥ 50 años con diagnóstico de OP de acuerdo con los criterios de la Asociación Americana de Endocrinología Clínica y con antecedente de una fractura por fragilidad a nivel de cadera, radio distal o columna vertebral. Criterios de exclusión: fracturas de alto impacto. Criterios de eliminación: pacientes que no desearon participar, con enfermedades psiquiátricas o con dificultad para hablar y comprender instrucciones. Tamaño de la muestra: 218 pacientes. Análisis estadístico: estadística descriptiva para variables cuantitativas y categóricas (promedio, desviación estándar y porcentajes); pruebas paramétricas (ji cuadrada, t de Student) y cálculo de riesgos relativos, con un nivel de confiabilidad $\leq 0,05$, Software STATA v.14.

Resultados: Se incluyó a un total de 401 pacientes, de los cuales 337 fueron mujeres (84%), con un promedio de edad de 73 ± 12 años. El principal sitio de fractura fue la cadera (54%), seguido del radio distal (41%); los principales factores de riesgo fueron la fractura previa (29%)

y el alcoholismo (11%) y las principales comorbilidades adjuntas fueron la hipertensión arterial (48%) y la diabetes mellitus (31%). Un número de 365 pacientes se diagnosticó con osteoporosis durante su hospitalización (91%) y 36 (9%) ya contaban con diagnóstico previo; 207 (52%) iniciaron tratamiento específico, 245 (61%) complementación y 401 (100%) medidas no farmacológicas. Al año de seguimiento, 138 (34%) continuaron con tratamiento farmacológico, 176 (44%) complementación y 247 (62%) medidas no farmacológicas; se realizó un total de 159 densitometrías (**Tabla 1**). Sólo 11 pacientes (3%) sufrieron una nueva fractura. Se encontró una relación entre la presencia de una segunda fractura y el apego al tratamiento farmacológico ($p = 0,039$), a la complementación ($p = 0,01$) y al tratamiento no farmacológico ($p = 0,008$). El riesgo relativo (RR) de experimentar una fractura en cualquier sitio fue de 1,3 ($p = 0,005$).

Tabla 1. (CG170)

	Tratamiento anterior a la unidad		Tratamiento posterior a la unidad		p
	Inicial	1 año	Inicial	1 año	
Tratamiento específico (n, %)					
Sí	144 (17)	71 (8,5)	207 (52)	138 (34)	< 0,001
No	694 (83)	767 (91,5)	194 (48)	263 (66)	
Tipo de tratamiento (n, %)					
Alendronato	7 (5)	34 (48)	116 (56)	55 (40)	< 0,001
Risedronato	1 (1)	3 (4)	2 (1)	2 (1,4)	
Ibandronato	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)	2 (1,4)	
Zoledronato	2 (1)	5 (7)	31 (15)	44 (31,9)	
Denosumab	134 (93)	29 (41)	57 (27,5)	34 (24,6)	
Teriparatida	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	
Complementación (n, %)					
Sí	195 (23)	65 (8)	245 (61)	176 (44)	< 0,001
No	643 (77)	773 (92)	156 (39)	226 (56)	
Tipo de complementación (n, %)					
Calcio	2 (1)	8 (12)	6 (2,5)	3 (2)	< 0,001
Vitamina D	2 (1)	13 (20)	13 (5,3)	15 (8)	
Ambos	191 (98)	44 (68)	226 (92,2)	158 (90)	
Tratamiento no farmacológico (n, %)					
Sí	16 (2)	16 (2)	401 (100)	247 (62)	< 0,001
No	822 (98)	822 (98)	0 (0)	154 (38)	
Tipo de tratamiento no farmacológico (n, %)					
Prevención de caídas	4 (25)	2 (12,5)	172 (43)	71 (29)	< 0,001
Prevención de caídas, dieta, exposición solar y ejercicio	12 (75)	14 (87,5)	229 (57)	176 (91)	
2ª fractura (n, %)	94 (11)		11 (3)		< 0,001
Densitometrías (n, %)	18 (2)		159 (40)		< 0,001

Conclusiones: A un año del establecimiento de la Unidad coordinadora de fracturas se observó una disminución de la incidencia de nuevas fracturas en un 88%, comparado con el estudio previo realizado en 2021.

Bibliografía

Macías-Hernández SI, Clark P, Tamayo JA, *et al.* The yawning gap between osteoporosis diagnosis and treatment after a fragility fracture in Mexico. *Arch Osteoporos.* 2021;16(1):59.

CG171

MALTRATO EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS: SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN, DISCAPACIDAD Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

S. Hervert-Bulbarella¹, M.I. Alarcón-Jarquín¹, E.S. Sánchez-Peralta¹, M.E. Corral-Trujillo¹, D.A. Salcedo-Soto¹, J.M. Ramírez-Alonso¹, J.D. Valdez-Cruz¹, O.A. Ramírez-Uzcátegui¹, J.G. Espinoza-Gómez¹, Y.R. Reyes-Yepiz¹, J.P. González-Morales¹, V. Pascual-Ramos², D.A. Galarza-Delgado¹, G. Figueroa-Parra¹, D.E. Flores-Alvarado¹

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

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas (ER) pueden enfrentarse a un entorno hostil, lo cual puede alterar el curso de su enfermedad, con especial afectación de su salud mental y calidad de vida.

Objetivo: Evaluar la prevalencia del maltrato entre pacientes con ER e identificar sus factores de riesgo.

Material y métodos: Estudio transversal conducido en la clínica de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González que incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ER. Se aplicó una versión modificada de la Escala Geriátrica de Maltrato para valorar el maltrato físico, psicológico, económico, sexual y el abandono. Además, se evaluaron los síntomas psicológicos (DASS-21), rasgos de personalidad (BFI-10), capacidad funcional (HAQ-DI), actividad de la enfermedad (RAPID-3), funcionalidad familiar (cuestionario APGAR), resiliencia (BRCS) y calidad de vida (WHOQOL-BREF). Los pacientes se agruparon con base en el informe de abuso; posteriormente se compararon ambos grupos mediante χ^2 y U de Mann-Whitney. Se usó el modelo de regresión logística univariado para determinar la relación entre la presencia de maltrato y los factores clínicos o psicosociales. Se empleó regresión logística multivariada para tomar en cuenta la edad, sexo, nivel educativo y estado civil. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 250 pacientes con ER. La mediana de edad fue de 52 años (RIQ, 44-61) y 232 (92,8%) fueron mujeres. La mayoría de los pacientes tenía artritis reumatoide (AR) (124; 49,6%), seguida de lupus eritematoso sistémico (LES) (50; 20%) y síndrome de Sjögren (SS) (20; 8%). La prevalencia de maltrato fue del 39,8% ($n = 98$) (Figura 1). No hubo diferencias en cuanto a edad, sexo, nivel educativo o socioeconómico ni situación laboral entre los pacientes que sufrían, o no, maltrato. La discapacidad funcional fue más prevalente entre los pacientes que sufrían maltrato (34,0% vs. 13,2%; $p < 0,001$); un porcentaje menor de pacientes con AR y maltrato se encontraba en remisión de acuerdo con el RAPID3 (46,9% vs. 65,8%; $p < 0,005$). Los pacientes que sufrían maltrato presentaban una menor calidad de vida en ámbitos psicológicos, sociales y ambientales, no así en el plano físico. En la regresión logística univariada, el maltrato se relacionó con mayores grados de depresión (RM, 1,10; IC95%, 1,05-1,14), ansiedad (RM, 1,09; IC95%, 1,05-1,13), estrés (RM, 1,09; IC95%, 1,06-1,13) y discapacidad (RM, 1,09; IC95%, 1,40-3,10). También se vinculó con menor calidad de vida (psicológica, social y ambiental), mayor neuroticismo y menor resiliencia y funcionalidad familiar (Tabla 1). Después de tomar en cuenta edad, sexo, nivel educativo y estado civil, el maltrato se mantuvo relacionado con mayores grados de depresión (RMa, 1,10; IC95%, 1,05-1,15), ansiedad (RMa, 1,09; IC95%, 1,05-1,13), estrés (RMa, 1,10; IC95%, 1,06-1,13) y discapacidad (RMa, 2,10; IC95%, 1,40-3,10). Al contrario, una mejor calidad de vida (psicológica, social y ambiental), menor neuroticismo (RMa, 0,83; IC95%, 0,72-0,96), resiliencia (RMa, 0,89; IC95%, 0,81-0,97) y una mejor red de apoyo familiar (RMa, IC95%, 0,67-0,87) fueron protectores.

Conclusiones: El maltrato en pacientes con ER se acompaña de mayor angustia, discapacidad y actividad de la enfermedad, mientras que una mejor calidad de vida, resiliencia y una sólida red de apoyo familiar son protectoras. El tamizaje para abuso debe considerarse parte del seguimiento en los pacientes para mejorar sus resultados.

Bibliografía

- Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Age Ageing 2008;37(2):151-160.

- Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. Geriatr Gerontol Int. 2013;13(2):466-74.

Tabla 1. Características clínicas, psicológicas y calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumatológicas, con y sin abuso. (CG171)

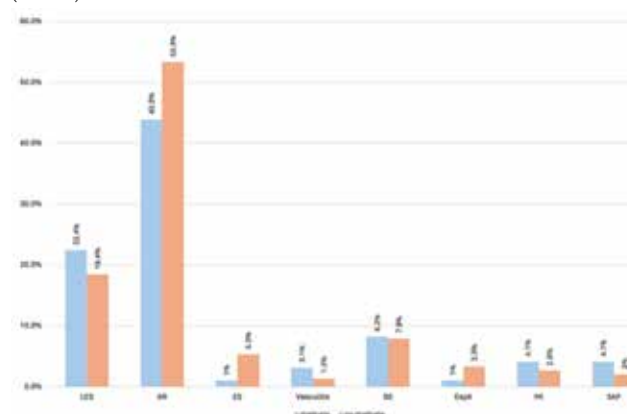
Variable	RM (IC95%)	p	RMa (IC95%)*	p
Edad (por cada año de incremento)	0,99 (0,98-1,01)	0,730	-	-
Mujeres	1,74 (0,60-5,04)	0,310	-	-
Diagnóstico (vs. AR)				
LES	1,39 (0,71-2,75)	0,340	-	-
FM	1,55 (0,45-5,37)	0,490	-	-
Otro	1,39 (0,76-2,55)	0,280	-	-
Nivel socioeconómico	1,03 (0,61-1,73)	0,910	-	-
Seguridad social	0,62 (0,34-1,13)	0,120	-	-
Escolaridad	0,74 (0,44-1,23)	0,250	-	-
Estado civil	0,90 (0,53-1,50)	0,680	-	-
DASS-21-depresión†	1,10 (1,05-1,14)	< 0,001	1,10 (1,05-1,15)	< 0,001
DASS-21-ansiedad†	1,09 (1,05-1,13)	< 0,001	1,09 (1,05-1,13)	< 0,001
DASS-21-estrés†	1,09 (1,06-1,13)	< 0,001	1,10 (1,06-1,13)	< 0,001
HAQ-DI†	2,10 (1,40-3,10)	< 0,001	2,10 (1,40-3,10)	< 0,001
WHOQOL-BREF Físico†	0,99 (0,97-1,01)	0,090	-	-
WHOQOL-BREF Psicológico†	0,98 (0,97-0,99)	0,020	0,98 (0,97-0,99)	0,022
WHOQOL-BREF Relaciones sociales†	0,98 (0,96-0,99)	0,003	0,98 (0,97-0,99)	0,001
WHOQOL-BREF Ambiente†	0,97 (0,96-0,99)	0,001	0,97 (0,96-0,99)	< 0,001
BFI-10 Extraversión†	1,14 (0,99-1,31)	0,080	-	-
BFI-10 Amabilidad†	1,10 (0,96-1,27)	0,160	-	-
BFI-10 Escrupulosidad†	0,89 (0,77-1,04)	0,140	-	-
BFI-10 Neuroticismo†	0,83 (0,72-0,95)	0,007	0,83 (0,72-0,96)	0,015
BFI-10 Apertura†	0,99 (0,86-1,15)	0,990	-	-
Resiliencia†	0,88 (0,81-0,96)	0,004	0,89 (0,81-0,97)	0,008
APGAR†	0,76 (0,66-0,86)	< 0,001	0,76 (0,67-0,87)	< 0,001

RM, razón de momios; RMa, razón de momios ajustada; AR, artritis reumatoide; LES, lupus eritematoso sistémico; FM, fibromialgia; DASS-21, Escalas de depresión, ansiedad y estrés-21; HAQ, Cuestionario de discapacidad; WHOQOL-BREF, Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud-abreviado; BFI-10, inventario breve de personalidad.

*Ajustado para edad, sexo, escolaridad y estado civil.

†Por cada punto de incremento.

Figura 1. Prevalencia de maltrato entre pacientes con enfermedad reumatológica de la consulta de reumatología del hospital universitario dividida por diagnóstico. (CG171)



CG172

IMPACTO DE LA POLIFARMACIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

S. Hervert-Bulbarello, E.S. Sánchez-Peralta, M.I. Alarcón-Jarquín, V.L. López-Flores, D.A. Galarza-Delgado, D.E. Flores-Alvarado
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades reumatológicas es fundamental para el control eficaz de su trastorno. Sin embargo, debido a la naturaleza crónica de estas enfermedades y a la presencia de otras comorbilidades que también requieren atención, sufren una polifarmacia que puede modificar la adherencia al tratamiento, lo que propicia una remisión sólo temporal y no continua en muchos pacientes. Por ello resulta crucial conocer cómo la polifarmacia afecta la adherencia al tratamiento en individuos con enfermedades reumatológicas.

Objetivo: Determinar el efecto de la cantidad de medicamentos en la adherencia al tratamiento en individuos con enfermedades reumatológicas (ER).

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 > 18 años con enfermedad reumatológica, en los cuales se utilizó un cuestionario validado (Morisky-Green) para evaluar la adherencia al tratamiento, tras considerar buena adherencia una puntuación ≥ 3 y mala adherencia una < 3 (Tabla 1). Se recolectaron datos sobre factores sociodemográficos y número de fármacos tomados, considerando la polifarmacia como el consumo ≥ 5 medicamentos. Se utilizó un análisis estadístico descriptivo, con expresión de frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para las variables cuantitativas se registraron medidas de tendencia central (media/mediana) y dispersión (desviación estándar/rango intercuartílico). Para la estadística inferencial se evaluó la distribución de la muestra con Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. La relación entre el número de fármacos y la adherencia se evaluó con la prueba U de Mann-Whitney y se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

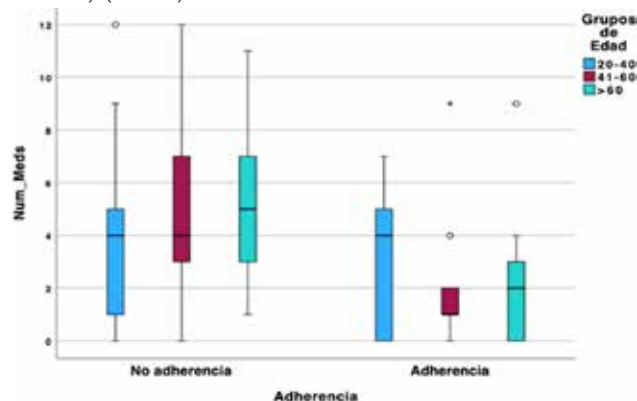
Tabla 1. Resultados obtenidos con la prueba de Morisky-Green (n = 116). (CG172)

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 le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	34,48%	65,51%

116 pacientes se evaluaron mediante 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; se obtiene un punto si contesta "sí" en la pregunta 2.

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 años (39-62). Las enfermedades más frecuentes fueron artritis reumatoide (43,96%), lupus eritematoso sistémico (10,34%), fibromialgia (10,34%), síndrome de Sjögren (8,62%) y osteoartritis (6,03%). En la categoría de no adherencia, los participantes de 20 a 40 años tuvieron una mediana de cuatro medicamentos (RIQ, 2-4) y un valor atípico cercano a 12. En el grupo de 41 a 60 años, la mediana es de cuatro fármacos (RIQ, 3-7), mientras que en más de 60 años la mediana alcanza los cinco medicamentos (RIQ, 3-7) (Figura 1). En contraste, los pacientes adherentes de 20 a 40 años mantienen una mediana de cuatro fármacos (RIQ, 2-6), los de 41 a 60 años presentan una mediana de 2 (RIQ, 1-3) y los mayores de 60 años una mediana de tres (RIQ, 2-4). Estos resultados evidencian que la polifarmacia (≥ 5 fármacos) se relaciona de manera más frecuente con la no adherencia, particularmente en los grupos de 41 a 60 años y mayores de 60 años. En cuanto a la adherencia al tratamiento, ambos grupos (40-60 y > 60 años) presentaron una adherencia significativamente menor en aquellos con polifarmacia, comparados con los que no presentaron polifarmacia ($p = 0,003$; $p = 0,209$, respectivamente).

Figura 1. Diagrama de caja dividida en grupos de edades, en los cuales se muestra una menor adherencia en los participantes con polifarmacia (≥ 5 fármacos). (CG172)



Conclusiones: En pacientes mayores de 40 años, el uso de más medicamentos se vincula con disminución de la adherencia al tratamiento, en contraste con los menores de 40 años. Los pacientes mayores de 60 años mostraron una aún menor adherencia al tratamiento en relación con la polifarmacia. Uno de los factores influyentes es la enfermedad reumatológica y su cronicidad; sin embargo, la presencia de otras comorbilidades que requieren tratamiento puede disminuir la adherencia en esta población.

Bibliografía

- 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;133(6):690-704.
- Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm Internet.* 2018;59(3):163-72.

CG173

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS: IMPACTO DE LA POLIFARMACIA EN SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

S. Hervert-Bulbarello, E.S. Sánchez-Peralta, M.I. Alarcón-Jarquín, V.L. López-Flores, D.A. Galarza-Delgado, D.E. Flores-Alvarado
Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La adherencia al tratamiento es fundamental para un control adecuado de las enfermedades reumáticas (ER). Sin embargo, por su naturaleza crónica, la polifarmacia puede afectar la adherencia al tratamiento, lo que lleva a remisiones temporales en la mayoría de los pacientes. En personas con estas afecciones suele existir una relación entre la progresión de la enfermedad y el deterioro de la calidad de vida.

Objetivo: Evaluar el efecto de la polifarmacia en la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con ER.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal en una clínica ambulatoria de reumatología de agosto de 2024 a agosto de 2025. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ER. La polifarmacia se definió como la ingestión de cinco o más medicamentos. La adherencia al tratamiento se evaluó con la prueba de Morisky-Green, considerada la adherencia una puntuación ≥ 3 y la no adherencia una puntuación < 3. Para evaluar la calidad de vida se utilizó el cuestionario 5Q-5D-3L, que incluye aspectos como movilidad, autocuidado, actividades diarias, dolor y ansiedad/depresión, cada uno con tres niveles: sin problemas, algunos problemas y problemas graves; además, se empleó una escala visual análoga para evaluar la percepción general de la salud (EQ-5D-3L-VAS). Se realizó un análisis descriptivo. Se aplicaron las pruebas ji cuadrada y U de Mann-Whitney según correspondiera para

comparar los resultados en las diferentes escalas. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Participaron 149 pacientes, de los cuales 142 (95,3%) eran mujeres, con una mediana de edad de 55 años (RIQ, 46-65). El diagnóstico más frecuente fue artritis reumatoide ($n = 73$, 49%), seguida de lupus eritematoso sistémico ($n = 27$; 18,1%) y síndrome de Sjögren ($n = 14$; 9,4%). La mediana de medicamentos tomados fue de 5 (RIQ, 4-8) y el 39,6% de ellos fueron fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME). En 97 (65,1%) pacientes estaba presente la polifarmacia. La comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial ($n = 49$; 32,9%), seguida de diabetes mellitus ($n = 19$; 12,8%). La mayoría de los pacientes referidos tenía una adecuada adherencia al tratamiento ($n = 112$; 75,2%). Más de la mitad presentó una pobre adherencia ($n = 87$; 58,4%). El olvido y la falta de accesibilidad a los fármacos fueron las principales causas de no adherencia, en un 22,1% y 14,1%, respectivamente. No se encontró relación entre los diagnósticos, comorbilidades, salario u ocupación al comparar a pacientes con adecuada y pobre adherencia. Los individuos no adherentes tenían un mayor consumo de medicamentos que aquellos con buena adherencia (6 [4-8] vs. 3,5 [2-5]; $p < 0,001$). En los distintos dominios de calidad de vida: movilidad, autocuidado, actividades cotidianas y dolor, los pacientes sin adherencia tuvieron peores resultados comparados con los pacientes con buena adherencia (Tabla 1). Los enfermos con adherencia adecuada obtuvieron una puntuación más alta en la percepción de calidad de vida, evaluada por el EQ-5D-3L-VAS ($p < 0,001$) (Figura 1).

Tabla 1. Presencia de polifarmacia en la adherencia al tratamiento y su efecto en la calidad de vida. (CG173)

	No adherencia (n = 87)	Adherencia (n = 62)	p
Número de medicamentos, mediana (RIQ)	6 (4-8)	3,5 (2-5)	$< 0,001^b$
Antirreumáticos, mediana (RIQ)	2 (1-3)	2 (1-3)	0,385 ^b
Polifarmacia, (%)	60 (69)	38 (61,3)	0,410 ^a
Ingresos	3 000 (1 000-8 000)	3 500 (2 000-8250)	0,435 ^b
EQ5DL3			
Movilidad			
Sin problemas	53 (60,9)	38 (61,3)	0,002 ^a
Algunos problemas	34 (39,1)	24 (38,7)	
Autocuidado			
Sin problemas	69 (79,3)	49 (79)	0,002 ^a
Problemas leves	18 (20,7)	13 (21)	
Actividades cotidianas			
Sin problemas	8 (9,2)	1 (1,6)	0,020 ^a
Problemas leves	76 (87,4)	61 (98,4)	
Problemas graves	3 (3,4)	0	
Dolor			
Sin problemas	27 (31)	29 (46,8)	0,031 ^a
Problemas leves	32 (36,8)	21 (33,9)	
Problemas graves	28 (32,2)	12 (19,4)	
Ansiedad/depresión			
Sin problemas	37 (42,5)	31 (50)	0,618 ^a
Problemas leves	42 (48,3)	25 (40,3)	
Problemas graves	8 (9,2)	6 (9,7)	
EQ5DL3-VAS	50 (45-80)	82,5 (70-100)	$< 0,001^b$

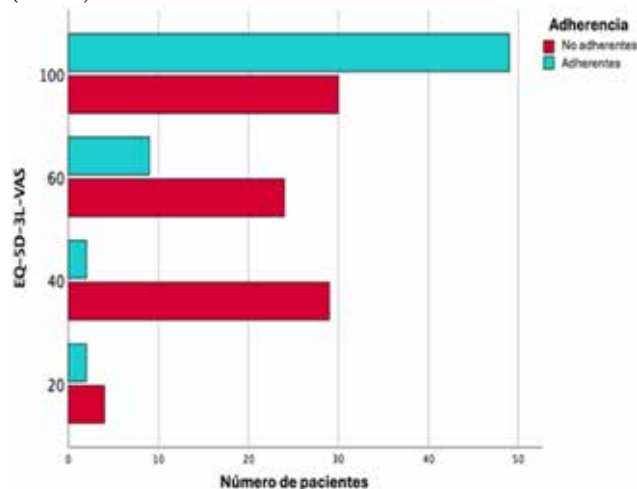
^aPrueba ji cuadrada.

^bPrueba U de Mann-Whitney.

RIQ, rango intercuartílico.

Conclusiones: La falta de adherencia en pacientes con ER altera negativamente su calidad de vida en aspectos como movilidad, autocuidado, actividades cotidianas y dolor, en comparación con quienes mantienen una buena adherencia. Es necesario considerar las implicaciones de la polifarmacia en pacientes reumáticos, ya que esto puede modificar su calidad de vida.

Figura 1. Resultados del cuestionario EQ-5D-3L-VAS que valora la percepción de los pacientes sobre su calidad de vida dividido en adherentes y no adherentes. Se observa mejor percepción entre los pacientes adherentes. (CG173)



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;62:193-9.
- Cabasés JM. El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gac Sanit.* 2015;29(6):401-3.

CG174

IMPACTO EN LA FUNCIÓN, FUERZA MUSCULAR Y CAMBIOS ESTRUCTURALES EN MANO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

P. López-Ávalos, R. Espinosa-Morales

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) afecta predominantemente a las manos y causa deformidad y discapacidad funcional. Pocos estudios han correlacionado tres medidas importantes de desenlace: daño estructural (DE), fuerza muscular (FM) y percepción funcional (PF) de la mano reumática. En este estudio se realizó una evaluación integral de las tres medidas de desenlace mencionadas.

Objetivo: Evaluar el efecto de la AR en la función de la mano en términos de FM, DE y PF.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a pacientes con AR (ACR/EULAR 2010), pero no a aquellos con antecedente de cirugía en manos y los que no contaran con radiografías de mano dos años previos. Con cuestionario clínico estructurado se recopilaban datos epidemiológicos; para evaluar el DE con radiografías simples se usó la escala de Sharp/van der Heijde, para la FM se utilizó dinamometría y la PF se evaluó con HAQ-DI y M-SACRAH. Análisis estadístico: análisis descriptivo de variables, análisis bivariado y correlaciones entre variables (pruebas paramétricas y no paramétricas) usadas apropiadamente.

Resultados: Se evaluó a 123 pacientes, 95,12% de ellos mujeres. Se identificó remisión en 58,2% de los pacientes y sólo 3,28% con alta actividad. FM: la fuerza de prensión es menor al tener mayor actividad de la enfermedad (Figura 1); se observó que 52 pacientes que estaban en remisión o baja actividad tuvieron FM normal (60,46%), respecto de los 13 (37,4%; $p = 0,02$) con actividad moderada o grave. PF: se reconoció una relación significativa entre la actividad de la enfermedad y el grado de discapacidad percibida (DP) por M-SACRAH ($p = 0,0001$); de 71 pacientes en

remisión, 53 (74,65%) percibieron una discapacidad leve y sólo 2 (2,82%) una discapacidad grave en comparación con cuatro pacientes con actividad grave, 1 (25%) moderada y 3 (75%) grave (**Tabla 1**). De los individuos con discapacidad leve (75), 49 (65,33%) tuvieron FM normal contra 26 (34,67%) con FM débil; con discapacidad moderada (35), 13 (37,14%) con FM normal contra 22 (62,86%) con FM débil; y los de discapacidad grave (12), 3 (25%) con FM normal contra 9 (75%) con FM débil ($p = 0,003$) (**Tabla 1**). DE: pacientes con FM normal con puntuación de Sharp total media de $83,70 \pm 33,41$ contra FM débil y puntuación de Sharp total media de $110,08 \pm 55,01$ ($p = 0,003$). Se observó que a mayores años de evolución, mayor número de erosiones, con una correlación de 0,460 ($p = 0,00001$) (**Figura 2**).

Tabla 1. Relación entre la actividad de la enfermedad, la fuerza de prensión y la discapacidad percibida por M-SACRAH. (CG174)

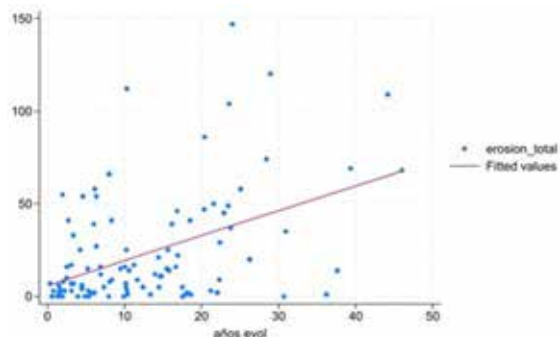
Actividad de AR	Discapacidad M-SACRAH			
	Leve	Moderada	Grave	total
Remisión	53 (74,65)	16 (22,54)	2 (2,82)	71
Leve	8 (50)	5 (31,25)	3 (18,75)	16
Moderada	13 (41,94)	14 (45,16)	4 (12,90)	31
Grave	0	1 (25)	3 (75)	4
Fuerza	Leve	Moderada	Grave	Total
Normal	49 (65,33)	13 (37,14)	3 (25)	65 (53,28)
Débil	26 (34,67)	22 (62,86)	9 (75)	57 (46,72)

Una mayor actividad de la enfermedad y la fuerza de prensión débil se relacionaron significativamente con un mayor grado de discapacidad ($p = 0,0001$ y $p = 0,003$, respectivamente).

Figura 1. Fuerza de prensión y actividad de la enfermedad. Se observó una disminución significativa de la fuerza conforme aumentó la actividad de la enfermedad ($p = 0,049$), con valores más bajos en pacientes con actividad intensa en comparación con aquellos en remisión o con baja actividad. (CG174)



Figura 2. Correlación entre años de evolución de la enfermedad y daño estructural. Se observó una correlación positiva y significativa, con mayor número de erosiones a mayor tiempo de evolución ($r = 0,460$, $p = 0,00001$). (CG174)



Conclusiones: Se demostró lo siguiente: a) a mayor actividad de AR, menor FM y mayor DP; b) a mayor daño estructural menor FM; c) ausencia de relación entre PF y DE, lo que sugiere una posible capacidad adaptativa de los pacientes para mantener su independencia a pesar del daño articular; d) el mejor control de la actividad de la AR preserva la FM y PF en manos.

Bibliografía

1. Singh H, Kumar S, Talapatra P, *et al.* Assessment of hand functions in rheumatoid arthritis using SF-SACRAH (short form score for the assessment and quantification of chronic rheumatoid affections of the hands) and its correlation to disease activity. *Rheumatol Int.* 2012;32(11):3413-9.
2. Romero-Guzmán AK, Menchaca-Tapia VM, Contreras-Yáñez I, *et al.* Patient and physician perspectives of hand function in a cohort of rheumatoid arthritis patients: the impact of disease activity. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17:392.

CG175

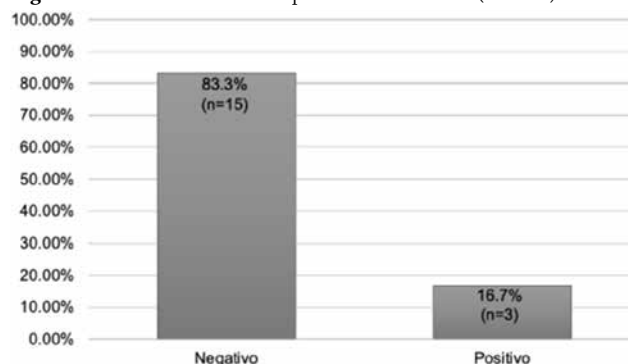
PREVALENCIA DE POSITIVIDAD DE ANTICUERPOS MPO Y PR3 EN NEUMONÍA INTERSTICIAL DE CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES

P.A. Carrillo-Gómez, J.D. Centeno-Valadez

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

Introducción: La neumonía intersticial de características autoinmunes (IPAF) describe a un grupo de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) que no se relaciona con una enfermedad del tejido conectivo definida, pero que tiene características clínicas, radiológicas e histológicas similares, y no se vincula con otra causa, por ejemplo farmacológica o ambiental. Tiene una prevalencia de 7 a 34%, con una edad media de 60 a 65 años y algunos señalan una mayor prevalencia en las mujeres (**Figura 1**). En 2015 se describieron criterios de clasificación para satisfacer dos de tres dominios: clínico, serológico y morfológico. Se han excluido los ANCA por su sólida relación con las vasculitis, pero se han conducido algunos estudios en los que se observa una prevalencia de 2,5 a 14,8%, sin que tengan vasculitis ANCA definida; en éstos predomina el anti-MPO y la neumonía intersticial usual (NIU) como el patrón tomográfico más vinculado.

Figura 1. Prevalencia de anticuerpos ANCA en IPAF. (CG175)



Objetivo: Definir la prevalencia de positividad de anticuerpos MPO y PR3 en pacientes clasificados con IPAF.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en pacientes clasificados con IPAF del servicio de reumatología del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco; se revisó el expediente electrónico y se incluyó a pacientes mayores de 18 años afiliados que tuvieran informe de anticuerpos ANCA y tomografía de alta resolución de tórax. Se excluyó a las pacientes embarazadas y a personas con diagnóstico de alguna enfermedad del tejido

conectivo o con otra causa de afectación pulmonar. Se realizó el análisis descriptivo con el programa SPSS.

Resultados: Se revisaron 166 expedientes electrónicos de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial, pero se eliminó a 132 pacientes con otros diagnósticos y sólo 32 cumplieron los criterios de clasificación de IPAF de la Sociedad Americana Torácica/Sociedad Europea Respiratoria (ATS/ERS) 2015. De éstos se excluyó a 16 (alta del servicio y pérdida de seguimiento). Se incluyó al final a 18 pacientes en el estudio. Dentro de las características de la población estudiada, 66,7% correspondió a mujeres con una edad media de 57 años. El dominio morfológico predominante fue patrón NINE en 77,8% (n = 14), el dominio serológico más prevalente fue ANA y el factor reumatoide, ambos en 44,4% (n = 8) y el dominio clínico se encontró en la mitad de los pacientes con predominio de artralgias o artritis en 16,7% (n = 3). Respecto de la inmunoespecificidad ANCA, 16,7% (n = 3) fue positivo, todos anti-MPO, dos del sexo femenino (66,7%) y uno del masculino. El dominio morfológico en estos pacientes fue NIU en 66,7% (n = 2) y NINE en 33,3% (n = 1).

Conclusiones: En este estudio sólo se identificó la positividad de anti-MPO en pacientes con IPAF, con una prevalencia similar a la de algunos estudios internacionales, así como similitudes en el dominio morfológico con predominio de NIU en esta población.

Bibliografía

1. Fischer A, Antoniou KM, Brown KK, *et al.* An official European Respiratory Society/American Thoracic Society research statement: interstitial pneumonia with autoimmune features. *Eur Respir J.* 2015;46(4):976-87.
2. Sebastiani M, Faverio P, Manfredi A, *et al.* Interstitial pneumonia with autoimmune features: Why rheumatologist-pulmonologist collaboration is essential. *Biomedicine.* 2020;9(1):17.

CG176

ESTUDIO FASE 2 DE SLEeK: LOGRO DE LLDAS Y DORIS

K. Gómez-García

AbbVie Farmacéuticos

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica con manifestaciones multiorgánicas que pueden ser difíciles de tratar. Las medidas T2T del LES en el estado de baja actividad de la enfermedad lúpica (LLDAS) y la definición de remisión en el LES (DORIS) se relacionan con mejores resultados clínicos y QoL. Se ha observado que el upadacitinib (JAKi) reduce la actividad de la enfermedad del LES.

Objetivo: Evaluar el logro acumulado y sostenido de T2T del LES y DORIS con upadacitinib respecto del placebo.

Material y métodos: Estudio SLEeK de fase 2, aleatorizado y DC realizado en adultos con LES moderado a grave. Análisis *post hoc* que comparó logros de LLDAS y DORIS del upadacitinib (30 mg) y placebo. LLDAS se definió con una puntuación SLEDAI-2K ≤ 4 , ausencia de actividad de la enfermedad en los principales sistemas orgánicos, sin actividad de nueva enfermedad, PhGA ≤ 1 , dosis de glucocorticoides $\leq 7,5$ mg/día y dosis de mantenimiento estables de fármacos inmunomoduladores regulares. DORIS se definió como una puntuación clínica SLEDAI-2K = 0, puntuación PhGA < 0,5, dosis de glucocorticoides ≤ 5 mg/día y dosis de mantenimiento estables de fármacos inmunomoduladores. Los resultados incluyeron la mediana del tiempo hasta la primera respuesta (**Figura 1**); la proporción acumulada de tiempo que los pacientes experimentaron una respuesta (48 sem); las proporciones de pacientes que lograron una respuesta acumulada para $\geq 20\%$, $\geq 50\%$ y $\geq 70\%$ del tiempo (48 sem); y proporción de pacientes que lograron una respuesta sostenida para ≥ 3 , ≥ 5 , ≥ 6 visitas consecutivas (**Figura 2**). Se realizaron ajustes para la puntuación SLEDAI-2K.

Resultados: Se incluyó la información de 43 pacientes que acudieron a la preconsulta de reumatología y que tuvieron diagnóstico de AR. El 83,7% correspondió a mujeres, con una mediana de edad de 52 (IC95%, 39-59). El 23% tenía antecedente familiar de AR y 9,5% de alguna otra enfermedad autoinmune. El 30% de las pacientes tenía AR de reciente diagnóstico, con una mediana general de tiempo de evolución de la AR de 9,5 (IC95%, 4-20) años. En 23% de las pacientes se identificó antecedente de tabaquismo con

Figura 1. Primer tiempo en el que llegaron a LLDAS o DORIS. (CG176)

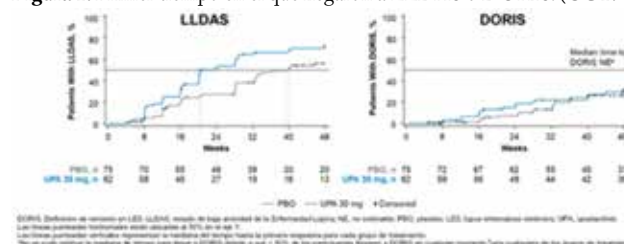
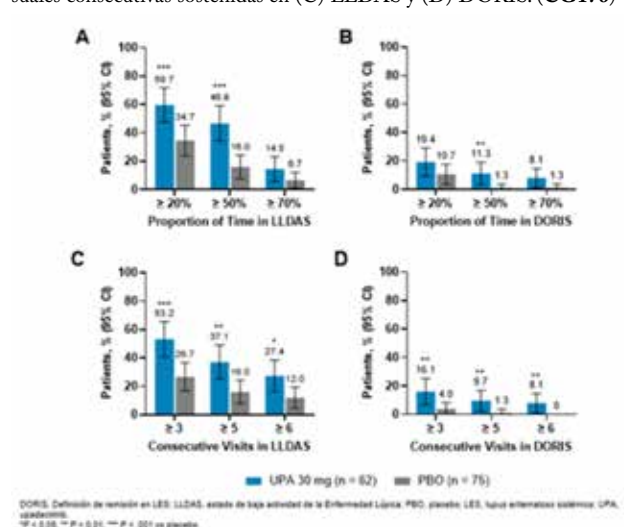


Figura 2. Tiempo acumulado en (A) LLDAS y (B) DORIS y visitas mensuales consecutivas sostenidas en (C) LLDAS y (D) DORIS. (CG176)



un índice de paquetes-año de 0,8 (IC95%, 0,5-8,1). El 91% de las pacientes tenía factor reumatoide positivo con una mediana de 227 (IC95%, 88-320) y el 28% anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado positivo con una mediana de 339 (IC95%, 164-1325). La mediana de DAS28 basal con EGP fue de 2,68 (IC95%, 2,5-3,8) comparada contra la del DAS28 sin EGP de 2,95 (IC95%, 2,1-5,3) y un grado de concordancia leve con kappa de 0,21%.

Conclusiones: Los pacientes con LES que recibieron upadacitinib (30 mg) lograron tasas más altas de LLDAS y DORIS, tuvieron un tiempo más corto hasta el primer LLDAS, pasaron más tiempo acumulativo en LLDAS y DORIS, y experimentaron más visitas consecutivas en LLDAS y DORIS en comparación con pacientes que recibieron placebo. Hay beneficios con el upadacitinib para lograr un tratamiento estricto del LES de acuerdo la estrategia T2T.

Bibliografía

1. Tanaka Y. *Mejor Pract Rex Clin Rheumatol.* 2022;36:101814.
2. Parra-Sánchez AR. *Reumatol Ther.* 2024;11:1059-1061.
3. Merrill JT. *Arthritis Rheumatol.* 2024;76:1518-1529.

CG177

EFFECTO DE LA EVALUACIÓN GLOBAL DEL PACIENTE SOBRE LOS ÍNDICES DE ACTIVIDAD EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

V. Rivera-Terán¹, D. Alpízar-Rodríguez¹, A. Martínez-Villarreal¹, C.S. Pérez-Coronado², P. López-Ávalos¹, M.A. Rodríguez-Márquez¹, J.A. Román-Olmos¹, B. Saldivar-Oviedo¹, D. Fajardo-Reyes¹, G. Ferrer-Torres¹, L.O. Jacobo-Ramírez¹, D. Rosas-Cázares¹, H. Torres-Avelar¹, A. Peña-Ayala¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽²⁾INER

Introducción: El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) busca lograr la remisión de la enfermedad, la cual se determina por índices de actividad. El índice DAS-28 (*Disease activity score*) es una herramienta que mide la actividad de la AR por medio del conteo de articulaciones dolorosas, conteo de articulaciones inflamadas, reactantes de fase aguda (proteína C reactiva o velocidad de sedimentación globular) y la evaluación global del paciente (EGP). Los informes de los pacientes sobre su enfermedad se utilizan cada vez más para la vigilancia y toma de decisiones; sin embargo, existe controversia acerca de que éstos puedan magnificar la gravedad de la enfermedad.

Objetivo: Determinar si existe diferencia en la actividad de la AR según el DAS-28 cuando se calcula sin EGP.

Material y métodos: Es un estudio observacional, retrospectivo y longitudinal realizado en la preconsulta del servicio de reumatología en el periodo de octubre de 2023 a agosto de 2024. Se registraron las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de AR y la actividad de la enfermedad por medio de cálculo del DAS-28 con y sin EGP en tres consultas. Se realizó la comparación, se calculó la diferencia entre ambos valores y se evaluó la concordancia por análisis kappa.

Resultados: Se incluyó la información de 43 pacientes que acudieron a la preconsulta de reumatología y que tuvieran diagnóstico de AR (Tabla 1). El 83,7% correspondió a mujeres, con una mediana de edad de 52 (IC95%, 39-59). El 23% tenía antecedente familiar de AR y 9,5% de alguna otra enfermedad autoinmune. El 30% de las pacientes tenía AR de reciente diagnóstico, con una mediana general de tiempo de evolución de la AR de 9,5 (IC95%, 4-20) años. En 23% de las pacientes se reconoció el antecedente de tabaquismo con un índice de paquetes-año de 0,8 (IC95%, 0,5-8,1). El 91% de las pacientes tenía factor reumatoide positivo con una mediana de 227 (IC95%, 88-320) y el 28% anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado positivo con una mediana de 339 (IC95%, 164-1325). La mediana de DAS-28 basal con EGP fue de 2,68 (IC95%, 2,5-3,8) comparada con la del DAS-28 sin EGP de 2,95 (IC95%, 2,1-5,3) con un grado de concordancia leve con kappa de 0,21%.

Tabla 1. Características demográficas. (CG177)

Características basales de pacientes en la preconsulta	
Sexo, n (%)	36 (83,7)
Edad, mediana (RIC)	52 (39-59)
IMC, mediana (RIC)	24,4 (21,4-27,6)
Antecedente familiar de artritis reumatoide, n (%)	20 (23,3)
Antecedente familiar de enfermedad autoinmune, n (%)	4 (9,5)
Artritis reumatoide de reciente diagnóstico, n (%)	13 (30,2)
Tiempo de evolución de la artritis (años), n (%)	9,5 (4-20)
Tabaquismo, n (%)	10 (23,2)
Índice paquetes-año, mediana (RIC)	0,8 (0,5-8,1)
Consumo de alcohol, n (%)	19 (45,3)
Factor reumatoide positivo, n (%)	32 (91,4)
Título, mediana (RIC)	227 (88-320)
Anticuerpos anti-CCP, n (%)	12 (27,9)
Título, mediana (RIC)	339 (164-1325)
Hipotiroidismo, n (%)	5 (11,9)
DAS-28 con evaluación del paciente, mediana (RIC)	2,68 (2,5-3,8)
DAS-28 sin evaluación del paciente, mediana (RIC)	2,95 (2,1-5,3)
Número de articulaciones dolorosas, mediana (RIC)	3 (1-12)
Número de articulaciones inflamadas, mediana (RIC)	1 (0-8)
Evaluación del paciente, mediana (RIC)	5 (3-7)
Proteína C reactiva, mediana (RIC)	1 (0,3-1,8)

Conclusiones: En este estudio se observó que existe diferencia entre el valor de DAS-28 calculado con y sin EGP, con una concordancia leve, lo cual refleja el valor que tiene el estado autoinformado de los pacientes sobre el grado de actividad de su enfermedad. Llamó la atención que el valor de DAS-28 sin EGP es mayor que el que la incluye, ya que en otros

estudios se encontró que el EGP puede magnificar el grado de actividad. Otro hallazgo que llamó la atención fueron los altos títulos del factor reumatoide y los anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado en estas pacientes, lo cual se traduce en mayor agresividad de la enfermedad y requiere un seguimiento más estricto para evitar complicaciones.

CG178

EXPRESIÓN DE IGF-1R EN LINFOCITOS TREG Y Th17 Y SU ASOCIACIÓN CON IGF-1 EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

N. Romero-López¹, H.A. Romero-García¹, S. Sánchez-Pérez¹, M.L. Domínguez-López¹, R. Burgos-Vargas², J.C. Casasola-Vargas², J.P. Romero-López³

⁽¹⁾Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, IPN, ⁽²⁾Hospital General de México Eduardo Liceaga, ⁽³⁾Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Introducción: Las espondiloartritis (EA) son un conjunto de enfermedades crónicas e inflamatorias que afectan al esqueleto axial y periférico y entre 15 y 20% de los pacientes adultos muestran síntomas antes de los 16 años; estos individuos padecen afectación predominante en el esqueleto periférico, además de formas más graves de la enfermedad. Dado que las EA pueden relacionarse con factores de crecimiento óseo, es relevante evaluar el papel del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) en la respuesta inflamatoria. La señalización del receptor IGF-1 (IGF-1R) contribuye a la inflamación dependiente de células T en otras artritis inflamatorias, lo que favorece un cambio fenotípico hacia células Th17 e inhibición de las Treg. Por esta razón se plantea la hipótesis de que la expresión de IGF-1R, así como la concentración sérica de IGF-1, se hallan aumentadas en pacientes con EA, en comparación con los controles sanos.

Objetivo: Evaluar la expresión de IGF-1R en linfocitos Th17 y Treg de pacientes con EA.

Material y métodos: Se tomaron muestras sanguíneas de 12 pacientes con EA atendidos en el Hospital General de México. Se registraron las variables de edad, tiempo de evolución, ASDAS, PCR, VSG y BASDAI. Mediante citometría de espectro completo se analizaron las frecuencias de linfocitos CD3+, CD4+, CD4+ naïve, CD56+, Th17 y Treg, así como la expresión de IGF-1R en las poblaciones de estudio. Además, mediante ELISA se evaluó la concentración sérica de IGF1 e IGFBP4. Estos valores se compararon con muestras de sujetos sanos.

Resultados: Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la expresión de IGF-1R en linfocitos T CD4+ ($p = 0,0056$), CD3+ ($p = 0,0259$) y células NK CD56+ ($p = 0,0237$) de pacientes y controles. Además, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la concentración sérica de IGF-1 ($p = 0,0033$), pero no de IGFBP4.

Conclusiones: Los linfocitos T CD3+, CD4+ y CD56+ de pacientes con EA expresan más IGF-1R y menos IGF-1 sérico, lo que podría indicar una potencial participación de IGF-1/IGF-1R en las EA.

Bibliografía

Toro D, Harbour SN, Bando JK, *et al.* Insulin-like growth factors are key regulators of t helper 17-regulatory t cell balance in autoimmunity. *Immunity* 2020;52(4):650-667. Online: /pmc/articles/PMC8078727/.

CG179

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD Y SALUD MENTAL EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

D. Alpízar-Rodríguez, M.R. Martínez-Díaz, L. Hernández-González, C.P. Jiménez-Chávez, A. Peña-Ayala

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: Existe una relación bidireccional entre la fibromialgia y los trastornos de ansiedad y depresión. Estos síntomas están presentes en un

alto porcentaje de los pacientes, comparten mecanismos comunes, generan un efecto clínico y norman el tratamiento de la enfermedad.

Objetivo: Determinar el efecto de la enfermedad y el estado de salud mental en una cohorte de pacientes con fibromialgia.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de fibromialgia de acuerdo con los criterios de ACR 2016, atendidas en la división de reumatología. Se recabaron variables sociodemográficas y del estado actual de la enfermedad. Se aplicaron el índice de dolor generalizado, puntuación de gravedad de los síntomas, escala visual analógica del dolor (EVA), cuestionario de efectos de la enfermedad (FIQ), inventario de deterioro y funcionamiento (IDF), cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD), inventario de depresión de Beck, inventario de ansiedad (STAI), y estado, rasgo y evaluación cognitiva de Montreal (MOCA). Se realizaron análisis estadísticos descriptivos, comparativos de grupos por edad mediana y univariados y multivariados, según fuera el efecto de la enfermedad (leve/moderado comparado con grave).

Resultados: Se analizó a un total de 23 pacientes, con una mediana de edad de 54 años (RIC, 25-75%, 48-59), todas mujeres, 47,8% de ellas solteras, la mayoría residentes de la Ciudad de México (82,6%). Más de la mitad tenía escolaridad mayor a la secundaria (65,2%) y empleo (65,2%). Estas pacientes señalaron una mediana de tiempo desde el diagnóstico de 1 año (1-7), pero una mediana de tiempo de síntomas de 6 años (2-14). Refirieron ayuda psicológica previa en 56,5%. Al comparar a los grupos clasificados por edad mediana (edad < 54 años contra ≥ 54 años), los pacientes menores indicaron mayor dolor generalizado (mediana 10 vs. 3, $p = 0,009$), la EVA fue mayor en los sujetos mayores (mediana 7 vs. 6, $p = 0,04$) y el resto de características no fue diferente por grupo de edad (**Tabla 1**). No se identificó relación significativa entre puntuación de dolor generalizado mayor a la mediana y puntuación EVA ($p = 0,09$). En cuanto al FIQ, el efecto de la enfermedad fue grave en más de la mitad de las pacientes (52,2%); 73,9% informó deterioro y funcionamiento en categoría grave/muy grave, 56,5% indicó deterioro cognitivo leve, 34,8% mostró depresión grave por puntuación de Beck y 47,8% ansiedad moderada. No se halló relación significativa entre puntuación de Beck mayor de la mediana y dolor generalizado, gravedad de la enfermedad, puntos dolorosos o puntuación de EVA ($p = 0,7$, $p = 0,2$, $p = 0,6$ y $p = 0,2$, respectivamente). En el análisis univariado, la única variable vinculada con un efecto grave de la enfermedad fue el dolor generalizado (OR, 1,3; IC95% 1,1-1,6); esta relación no persistió al ajustar por edad (OR, 1,3; IC95% 0,9-1,1).

Tabla 1. Características de las pacientes con fibromialgia y comparación por grupos de edad. (CG179)

Variable	Total n = 23	Edad < 54 n = 10	Edad ≥ 54 n = 13	P
Características sociodemográficas				
Sexo femenino, n (%)	23 (100)	10(100)	13 (100)	-
Edad, mediana (RIC)	54 (48-59)	47,5 (45-49)	58 (56-60)	< 0,001
Residencia en CDMX, n (%)	19 (82,6)	8 (80,0)	11 (84,6)	0,77
Estado civil, n (%)				
Soltero	11 (47,8)	4 (40,0)	7 (53,9)	0,15
Casado/unión libre	9 (39,1)	3 (30,0)	6 (46,2)	
Divorciado/separado/viudo	3 (13,0)	3 (30,0)	0 (0)	
Hijos, n (%)	15 (65,2)	7 (70,0)	8 (61,5)	0,67
Número de hijos, mediana (RIC)	2 (0-2)	1,5 (0-3)	2 (0-2)	0,67
Escolaridad, n (%)				
Primaria/secundaria	8 (34,8)	4 (40)	4 (30,8)	0,64
Preparatoria o mayor	15 (65,2)	6 (60,0)	9 (69,2)	
Empleo, n (%)	15 (65,2)	7 (70,0)	8 (61,5)	0,67
Características enfermedad				
Tiempo desde diagnóstico, años, mediana (RIC)	1 (1-7)	1 (1-2)	3 (1-10)	0,43
Tiempo desde síntomas, años, mediana (RIC)	6 (2-14)	5,5 (3-12)	6 (2-18)	0,80

Dolor generalizado, mediana (RIC)	5 (3-9)	10 (7-16,5)	3 (3-5)	0,009*
Gravedad síntomas, mediana (RIC)	5 (3-7)	4,5 (7-7,5)	4 (2-7)	0,16
Puntos dolorosos, mediana (RIC)	6 (2-12)	4 (2-16,5)	2 (8-10)	0,79
Puntuación EVA, mediana (RIC)	7 (6-8)	6 (3-7)	7 (7-8)	0,04*
Evaluación psicología				
Ayuda psicológica previa, n (%)	13 (56,5)	4 (40,0)	9 (69,2)	0,22
Puntuación efecto de fibromialgia, mediana (RIC)	61 (47-68)	65 (48-69)	53 (47-62)	0,17
Efecto leve o moderado, n (%)	11 (47,8)	3 (30,0)	8 (61,54)	0,21
Efecto grave, n (%)	12 (52,2)	7 (70,0)	5 (38,5)	
Puntuación de deterioro y funcionamiento, mediana (RIC)	2,2 (1,9-2,5)	2,1 (1,9-2,5)	2,2 (2,1-2,5)	0,64
Leve/moderada	6 (26,1)	3 (30,0)	3 (23,1)	0,70
Grave/muy grave	16 (73,9)	7 (70,0)	10 (76,9)	
Puntuación evaluación cognitiva Montreal, mediana (RIC)	23 (22-27)	23 (23-24)	24 (21-27)	0,25
Normal, n (%)	7 (30,1)	1 (10,0)	6 (46,2)	0,17
Leve, n (%)	13 (56,5)	8 (80,0)	5 (38,5)	
Moderada/grave, n (%)	3 (13,0)	1 (10,0)	2 (15,4)	
Puntuación de Beck, mediana (RIC)	21 (13-36)	28 (19-42)	17 (11-28)	0,06
Depresión mínima	6 (26,1)	1 (10,0)	5 (38,5)	0,38
Depresión leve	5 (21,7)	2 (20,0)	3 (23,1)	
Depresión moderada	4 (17,4)	2 (20,0)	2 (15,4)	
Depresión grave	8 (34,8)	5 (50,0)	3 (23,1)	
Puntuación de ansiedad	31 (20-42)	35,5 (21-47)	30 (20-33)	0,33
Ansiedad baja	5 (21,7)	2 (20,0)	3 (23,1)	0,29
Ansiedad moderada	11 (47,8)	3 (30,0)	8 (61,5)	
Ansiedad alta	7 (30,4)	5 (50,0)	2 (15,4)	

* $p < 0,05$ por prueba exacta de Fisher o Kruskal-Wallis; distribución no paramétrica de datos.

Conclusiones: Se observó un efecto grave de la fibromialgia en más de la mitad de las pacientes evaluadas, con deterioro del funcionamiento grave en la mayoría. Más de un tercio de las pacientes se encontró con depresión grave y ansiedad moderada. En esta población, el dolor generalizado se relacionó con un mayor efecto de la enfermedad en las pacientes.

Bibliografía

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, *et al.* Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum.* 2016;46(3):319-329.

CG180

EFFECTO DE LA ESTRATEGIA TREAT TO TARGET EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE PRECONSULTA EN REUMATOLOGÍA

V. Rivera-Terán, D. Alpízar-Rodríguez, A. Martínez-Villarreal, C.S. Pérez-Coronado, P. López-Ávalos, M.A. Rodríguez-Márquez, A. Román-Olmos, B. Saldivar-Oviedo, D. Fajardo-Reyes, G. Ferrer-Torres, L.O. Jacobo-Ramírez, D. Rosas-Cáez, H. Torres-Avelar, A. Peña-Ayala
Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, autoinmune y destructiva que afecta principalmente a las articulaciones, pero también provoca daño en otros órganos. El objetivo de tratamiento

es alcanzar la remisión o por lo menos la baja actividad de la enfermedad. La estrategia *treat to target* (T2T) implica que los reumatólogos deben medir y documentar la actividad de la enfermedad en cada visita, y ajustar el tratamiento según sea necesario para alcanzar estos objetivos.

Objetivo: Evaluar la respuesta de la aplicación de la estrategia T2T a pacientes con AR que acudieron a la preconsulta de reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

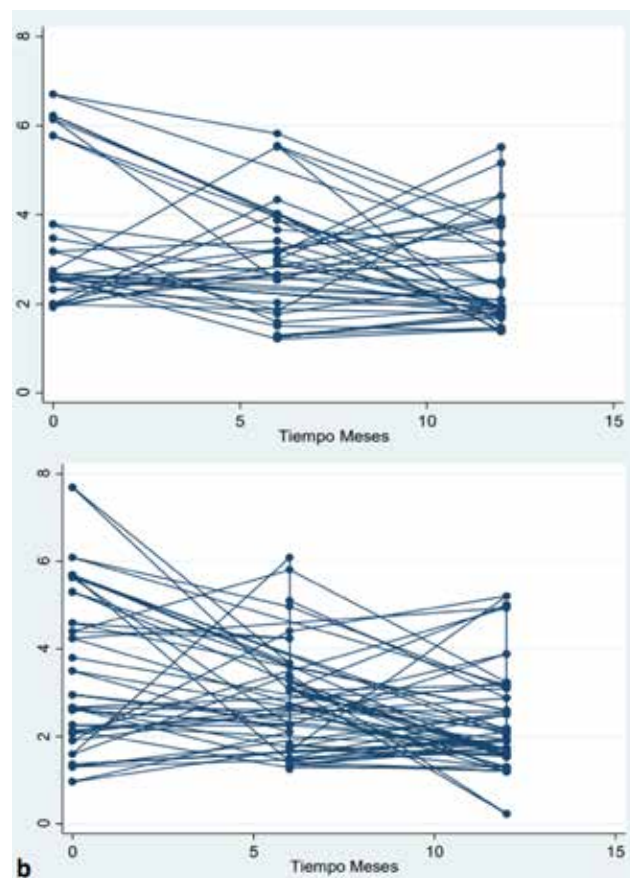
Material y métodos: En este estudio longitudinal y observacional se incluyó de manera consecutiva a pacientes con AR que acudieron a la preconsulta de reumatología del INRLGII. Se registraron los datos basales de los pacientes en la preconsulta y se recabó el DAS-28 a los seis y 12 meses de seguimiento. Los datos basales se analizaron por estadística descriptiva, con medidas de tendencia central. Se recabó la información de DAS-28 compuesto por el conteo de articulaciones dolorosas, conteo de articulaciones inflamadas, reactantes de fase aguda y evaluación global del paciente (DAS-28-4) y sin evaluación global del paciente (DAS-28-3). Se utilizó un modelo robusto de regresión lineal de efectos mixtos para analizar los cambios en la actividad de la enfermedad (DAS-28) a lo largo del tiempo (0, 6 y 12 meses). El tiempo se incluyó como variable categórica y se consideró un intercepto aleatorio para cada paciente para ajustar la correlación intrasujeto por mediciones repetidas.

Resultados: Se incluyó la información de 43 pacientes que acudieron a la preconsulta de reumatología y que tuvieron diagnóstico de AR (Tabla 1). El 83,7% correspondió a mujeres, con una mediana de edad de 52 (IC95%, 39-59). En 23% se identificó antecedente familiar de AR y en 9,5% de alguna otra enfermedad autoinmune. El 30% de las pacientes tenía AR de reciente diagnóstico y la mediana general de tiempo de evolución de la AR fue de 9,5 (IC95%, 4-20) años. El 23% de las pacientes tenía antecedente de tabaquismo con un índice de paquetes-año de 0,8 (IC95%, 0,5-8,1). El 91% de las pacientes registró factor reumatoide positivo con una mediana de 227 (IC95%, 88-320) y el 28% anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado positivo con una mediana de 339 (IC95%, 164-1325). Se obtuvo el valor del DAS-28-4 en 68 mediciones y DAS-28-3 en 86 mediciones. Las medianas de DAS-28-4 basal, a los seis y 12 meses fueron de 2,7, 3,0 y 1,9, respectivamente. Las medianas de DAS-28-3 basal, a los seis y 12 meses fueron de 2,9, 2,7 y 1,9, respectivamente. En el modelo de regresión lineal de efectos mixtos se informó una disminución de DAS-28-4 a los seis meses de 0,4 ($p = 0,2$) y de 0,8 ($p = 0,017$) a los 12 meses. El comportamiento del DAS-28-3 mostró una disminución de 0,6 ($p = 0,04$) a los seis meses y de 1,1 ($p = 0,001$) a los 12 meses (Figura 1).

Tabla 1. Características demográficas. (CG180)

Características basales de pacientes en preconsulta	
Sexo, n (%)	36 (83,7)
Edad, mediana (RIC)	52 (39-59)
IMC, mediana (RIC)	24,4 (21,4-27,6)
Antecedente familiar de artritis reumatoide, n (%)	20 (23,3)
Antecedente familiar de enfermedad autoinmune, n (%)	4 (9,5)
Artritis reumatoide de reciente diagnóstico, n (%)	13 (30,2)
Tiempo de evolución de la artritis (años), n (%)	9,5 (4-20)
Tabaquismo, n (%)	10 (23,2)
Índice paquetes-año, mediana (RIC)	0,8 (0,5-8,1)
Consumo de alcohol, n (%)	19 (45,3)
Factor reumatoide positivo, n (%)	32 (91,4)
Título, mediana (RIC)	227 (88-320)
Anticuerpos anti-CCP, n (%)	12 (27,9)
Título, mediana (RIC)	339 (164-1325)
Hipotiroidismo, n (%)	5 (11,9)
DAS-28 con evaluación de paciente, mediana (RIC)	2,68 (2,5-3,8)
DAS-28 sin evaluación de paciente, mediana (RIC)	2,95 (2,1-5,3)
Número de articulaciones dolorosas, mediana (RIC)	3 (1-12)
Número de articulaciones inflamadas, mediana (RIC)	1 (0-8)
Evaluación de paciente, mediana (RIC)	5 (3-7)
Proteína C reactiva, mediana (RIC)	1 (0,3-1,8)

Figura 1. Comportamiento de DAS-28 a los seis y 12 meses de seguimiento. A, DAS-28 de cuatro elementos. B, DAS-28 de tres elementos. (CG180)



Conclusiones: En este trabajo se observó que los pacientes con AR que acuden a la preconsulta de reumatología del INRLGII presentan una disminución significativa del DAS-28 a los seis y 12 meses, lo cual refleja la efectividad de la estrategia T2T en esta población. El estudio se extenderá para analizar las acciones específicas que permiten alcanzar estos objetivos.

CG181

IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON UPADACITINIB EN BIOMARCADORES IDENTIFICADOS POR PROTEÓMICA EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

A. Chapela-Meneses¹, E. Christ², S. Taylor³, Y. Xu³, R. Sharma³, T. Sor-nasse³, Y. Bi³, H. Guay³, A. Setty³, A. Romero³, P. Merkel⁴, E. De Miguel⁵, C. Dejaco⁶, C. Weyland⁷

⁽¹⁾Abbvie, ⁽²⁾Hospital Universitario de Berna, Universidad de Berna, Suiza, ⁽³⁾AbbVie Inc., North Chicago, IL, Estados Unidos, ⁽⁴⁾Universidad de Pensilvania, Filadelfia, Estados Unidos, ⁽⁵⁾Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ⁽⁶⁾Hospital de Brunico (SABES-ASDAA), Brunico, Italia, ⁽⁷⁾Mayo Clinic, Rochester, NY, Estados Unidos

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis de grandes vasos en la que los glucocorticoides son el tratamiento regular. Sin embargo, su uso a largo plazo conlleva efectos adversos importantes, lo cual ha llevado a buscar alternativas terapéuticas eficaces y seguras. La interleucina 6 (IL-6) y el interferón gamma (IFN- γ) son mediadores inmunes clave que intervienen en su patogenia, pero el ligando 7 del motivo

quimiocina C-C (CCL7) ha emergido como biomarcador de actividad de la enfermedad. El estudio de fase 3 SELECT-GCA demostró la eficacia del upadacitinib (UPA), un inhibidor de la cinasa Janus, en pacientes con ACG. Sin embargo, se desconoce el efecto específico del UPA sobre los biomarcadores relacionados con la progresión de la enfermedad y su mecanismo de acción molecular.

Objetivo: Evaluar el efecto del upadacitinib en biomarcadores inmunológicos relacionados con la patogenia de ACG, principalmente en las vías de IL-6 e IFN- γ , en pacientes participantes en el protocolo SELECT-GCA a través del análisis proteómico de diferentes proteínas inmunitarias en plasma.

Material y métodos: El estudio identificó 30 proteínas inmunitarias con diferencias significativas entre los grupos UPA y PBO en al menos una de las visitas de seguimiento.

Resultados: Se observaron reducciones significativas en mediadores inflamatorios vinculados con ACG (IL-6, IFN- γ , CCL3, CCL7, IL-10, IL-17A, IL-27, MMP-12). En particular, el UPA redujo los valores de IL-6 de forma más pronunciada en respondedores clínicos respecto de los no respondedores. El IFN- γ se incrementó levemente con UPA, pero sus quimiocinas moduladas (CXCL9, CXCL10, CXCL11) disminuyeron significativamente, mientras que aumentaron con PBO. También se observaron descensos de IL-18 (citocina que amplifica el efecto del IFN- γ) y CCL7 con UPA en comparación con el PBO. No se detectaron diferencias significativas en CXCL9, CXCL10, CXCL11, IL-18 o CCL7 entre respondedores y no respondedores tratados con UPA. En el PBO, las quimiocinas moduladas tendieron a incrementarse de forma progresiva durante el estudio.

Conclusiones: El tratamiento con upadacitinib (15 mg diarios) en pacientes con ACG modula eficazmente las vías inmunes que participan en la patogenia de la enfermedad, en especial la reducción de IL-6 y la actividad de proteínas relacionadas con IFN- γ . Esto sugiere una disminución de las citocinas T-H1 gracias al tratamiento. Aunque CCL7 no parece ser un impulsor primario, su descenso se correlaciona con la inhibición de la actividad de la enfermedad. El efecto molecular de UPA fue detectable desde la segunda semana, lo cual indica un inicio de acción rápido, crucial para controlar los cuadros agudos (Figuras 1 y 2). El análisis sustenta la relevancia de la modulación de estos biomarcadores por UPA y justifica estudios adicionales sobre otros marcadores identificados. En conjunto, la eficacia clínica de UPA en ACG se vincula con la reducción de las citocinas clave que intervienen en su biología.

Figura 1. (CG181)

Mecanismos patogénicos moleculares de Arteritis de Células Gigantes

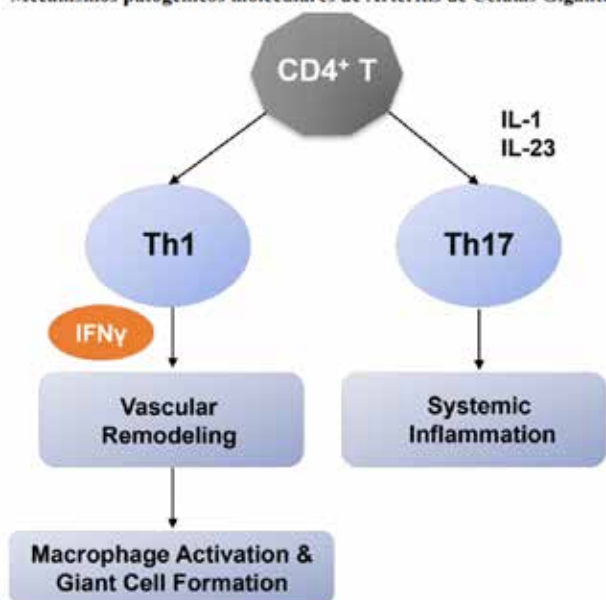
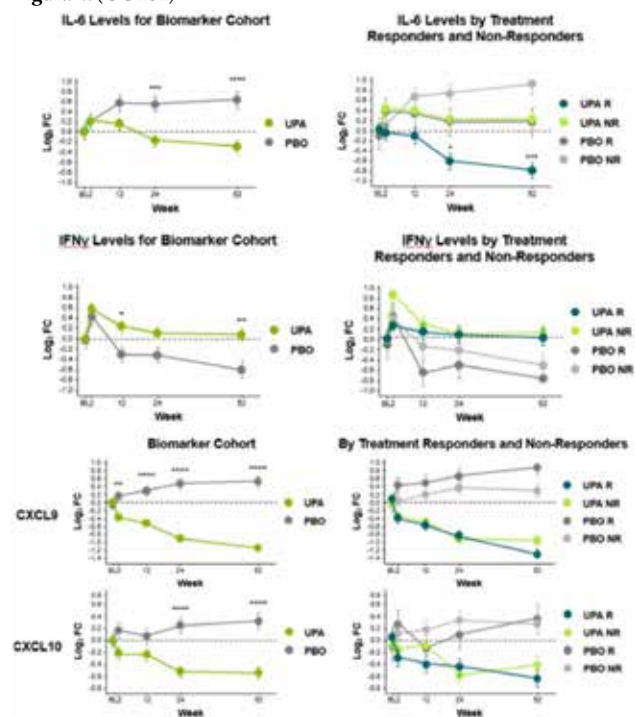


Figura 2. (CG181)



Bibliografía

1. van der Geest KSM, Sandovici M, Beekman R, *et al.* Lancet Rheumatol. 2024;S2655-9913:00300-4.
2. Stone JH, Tuckwell K, Dimonaco S, *et al.* N Engl J Med. 2017;377:317-28.
3. Opiř-Belinski D, Dima L, Duca I. Medicina (Kaunas). 2024;60:400.
4. Weyand CM, Hicok KC, Hunder GG, *et al.* Arthritis Rheum. 2000;43(5):1041-8.
5. Parmentier JM, Brackman D, Almeida R, *et al.* BMC Rheumatol. 2018;2:23.
6. Blockmans D. N Engl J Med. 2025.
7. Burmester GR, Nash P, Manz MG, *et al.* RMD Open. 2023;9:e002735.

CG182

INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS CON RITUXIMAB COMO TERAPIA DE MANTENIMIENTO EN VASCULITIS ANCA EN EL CMN 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE

M.A. Apaza-Quispe, V.M. Rosales-Don Pablo

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Las vasculitis relacionadas con ANCA (VAA) son enfermedades autoinmunes que afectan a vasos de pequeño y mediano calibre, con alta morbilidad y mortalidad sin tratamiento. El rituximab (RTX) se ha consolidado como modalidad efectiva para la inducción y mantenimiento de la remisión. Sin embargo, su uso prolongado se acompaña de efectos adversos, como hipogammaglobulinemia, infecciones graves y neutropenia, cuya incidencia varía entre poblaciones. Este estudio buscó determinar la incidencia de estos efectos en pacientes del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, tras considerar las particularidades genéticas y comórbidas de la población mexicana.

Objetivo: Determinar la incidencia de efectos adversos con el tratamiento de mantenimiento con rituximab en vasculitis ANCA en pacientes del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y retrolectivo en 45 pacientes con VAA en tratamiento de mantenimiento con

RTX. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio y evolución mediante revisión de expedientes. Se evaluaron variables como edad, género, comorbilidades, tipo de VAA, actividad de la enfermedad (BVAS), tiempo de tratamiento, recaídas, hipogammaglobulinemia, infecciones graves y mortalidad. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central, pruebas ji cuadrada y t de Student y regresión logística, con un grado de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: La edad promedio fue de 54,5 años, con predominio femenino (71,1%). La dislipidemia (42,2%) y la enfermedad renal crónica (33,3%) fueron las comorbilidades más frecuentes. El 82,2% de los casos correspondió a granulomatosis con poliangitis (GPA). La incidencia de hipogammaglobulinemia fue del 15% y la de infecciones graves del 20%, en especial neumonías. La tasa de recaídas fue del 20%, exclusivamente en pacientes con GPA. La mortalidad global fue del 11,1%, relacionada de forma significativa con infecciones (80% de los fallecidos). El tiempo mediano de tratamiento fue de 24 meses, con mejoría significativa en el BVAS a los seis y 12 meses.

Conclusiones: El rituximab es una modalidad efectiva para el mantenimiento de la remisión en VAA, pero con una incidencia significativa de efectos adversos en la población estudiada. Se recomienda implementar protocolos de vigilancia activa para hipogammaglobulinemia e infecciones, así como considerar factores genéticos y comórbidos en la toma de decisiones terapéuticas. Los estudios prospectivos y multicéntricos futuros podrían profundizar en los factores de riesgo específicos de esta población.

Bibliografía

- Berti A, Cornec D, Crowson CS, *et al.* The epidemiology of antineutrophil cytoplasmic autoantibody-associated vasculitis in Olmsted County, Minnesota: a twenty-year US population-based study. *Arthritis Rheumatol.* 2017;69(12):2338-2350.
- Benavides-Villanueva F, Herrero-Morant A, Prieto-Peña D, *et al.* Epidemiology of ANCA vasculitis in Northern Spain. *Rheumatology* (Oxford). 2024 Aug.

CG183

EFICACIA MUNDO REAL DE UPADACITINIB EN EL CONTROL TEMPRANO DE DOLOR EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL: UPSTAND

R. Villalobos-Torrijos¹, D. Poddubnyy², D. Vassilopoulos³, A. Tran⁴, A. Moltó⁵, V. Navarro-Compan⁶, T. Gao⁷, C. Saffore⁷, J. Urbanik⁷, I. Lagunes⁷, B. Park⁷, P. Mease⁸

⁽¹⁾Abbvie Farmacéuticos, ⁽²⁾Universidad de Toronto y Universidad Salud Red, Toronto, Canadá, ⁽³⁾School of Medicine, Universidad de Athens, Hospital General de Atenas "Hippokraton", Atenas, Grecia, ⁽⁴⁾Universidad de Australia Occidental, Perth, Australia, ⁽⁵⁾Hôpital Cochin, L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Universidad de París-Cité, París, Francia, ⁽⁶⁾Hospital Universitario La Paz, Idi-Paz, Madrid, España, ⁽⁷⁾AbbVie Inc., North Chicago, Unidos Estados, ⁽⁸⁾Escuela de Medicina, Universidad de Washington, Seattle, Estados Unidos

Introducción: El dolor es el síntoma más común en la espondiloartritis axial (EAA) y puede ser multifacético y se atribuye a la inflamación (nociceptivo), daño del sistema nervioso periférico (neuropático) o alteración de la modulación del dolor del sistema nervioso central/sensibilización central (nociplástico), lo cual afecta la calidad de vida de los pacientes. El upadacitinib (UPA), un inhibidor oral de JAK (JAKi), ha demostrado eficacia y seguridad en EAA en múltiples estudios clínicos de fase tardía. Se presentan los hallazgos preliminares de los pacientes que completaron la visita de la semana 12 del estudio UPSTAND, que evaluó el control temprano y sostenido del dolor.

Objetivo: Evaluar el control temprano y sostenido del dolor de los pacientes del estudio UPSTAND.

Material y métodos: UPSTAND (NCT04846244) es un protocolo observacional de 12 meses que evalúa la efectividad del UPA en el mundo real en pacientes con EAA. Los pacientes inscritos tenían ≥ 18 años, diagnóstico de EAA, respuesta inadecuada a ≥ 2 AINE, y recibieron UPA previo e

independiente de la inscripción en este estudio. Los objetivos coprimarios fueron: a) dolor espinal total < 4 y mejora ≥ 2 puntos contra la basal en la semana 12; y b) mantenimiento de esta respuesta entre los respondedores de la semana 12 en la semana 52. Se presentan datos de un análisis preliminar después de que todos los pacientes completaron la visita de la semana 12. Los parámetros adicionales incluyeron mejoras en los tipos de dolor adicionales (dolor neuropático y dolor nociplástico según lo evaluado por PainDETECT y WPI, respectivamente), actividad baja de la enfermedad (LDA) y enfermedad inactiva (ASDAS $< 2,1$).

Se evaluó la seguridad en todos los pacientes que recibieron al menos una dosis de UPA y se informan como efectos por 100 paciente-año (E/100 p-a).

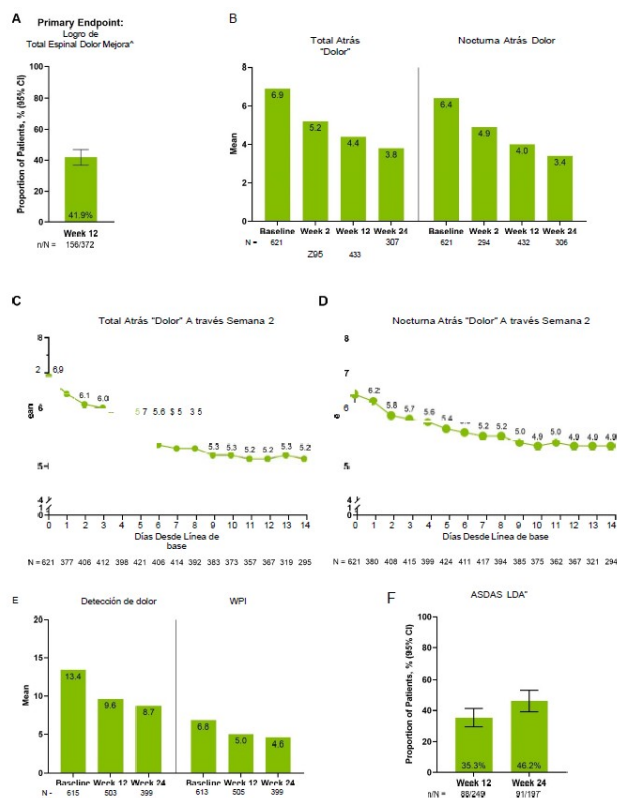
Resultados: Un total de 660 pacientes (96% con EAA-r) se inscribió en el estudio y recibió al menos una dosis de UPA. En la semana 12, el objetivo primario lo alcanzó el 41,9% de los pacientes (N/n = 156/372) (**Figura 1A**). Los pacientes tratados con UPA experimentaron mejoras clínicas significativas en dolor espinal total (6,9, n = (621) y dolor de espalda nocturno (6,4, n = (621) en comparación con la basal a la semana 12 (**Figura 1B**). El tratamiento con UPA condujo a una reducción rápida y consistente del dolor, observado desde el día 1 (**Figura 1C,D**). ASDAS LDA se logró en 35,3% de los pacientes en la semana 12 (N/n = 88/249) y 46,2% de los pacientes en la semana 24 (N/n = 91/197) (**Figura 1F**). Se identificaron reducciones en los tipos de dolor en la semana 12 (PainDETECT: 9,6, n = 503; WPI: 5,0, n = 505), con mayores reducciones registradas en la semana 24 (PainDETECT: 8,7, n = 399; WPI: 4,6, n = 399) (**Figura 1E**). Se notificaron 35 EART graves (7,0 E/100 p-a), 84 EART condujeron a la interrupción del UPA (16,7 E/100 p-a) y sobrevino una muerte emergente no relacionada con el tratamiento > 30 días después de la última dosis (**Tabla 1**). Adicionalmente se informaron COVID-19 (41, 8,2 E/100 p-a) e infección del tracto respiratorio superior (27, 5,4 E/100 p-a) con mayor frecuencia. Se registró un episodio de trombosis venosa profunda y no se notificaron episodios cardiovasculares mayores.

Tabla 1. EART reportados. (CC183)

Eventos (E/100 pacientes-año) [IC 95%]	Pacientes enrolados N = 660; PA = 502,1
Cualquier EART	602 (119,9) [110,5, 129,9]
EART serios	35 (7,0) [4,9, 9,7]
EART que generó discontinuación del fármaco en estudio	84 (16,7) [13,3, 20,7]
EART que generó muerte	0
Fallecimiento < 30 días posterior a la última dosis	0
Fallecimiento > 30 días posterior a la última dosis	1 (0,2) [0,0, 1,1]
EART que ocurrieron > 1.4 E/100PA	
COVID-19	41 (8,2) [5,9, 11,1]
Infecciones del tracto respiratorio superior	27 (5,4) [3,5, 7,8]
Cefalea	12 (2,4) [1,2, 4,2]
Influenza	11 (2,2) [1,1, 3,9]
Nasofaringitis	11 (2,2) [1,1, 3,9]
Tos	9 (1,8) [0,8, 3,4]
Fatiga	9 (1,8) [0,8, 3,4]
Cualquier dolor abdominal	8 (1,6) [0,7, 3,1]
Bronquitis	8 (1,6) [0,7, 3,1]
Gastroenteritis	8 (1,6) [0,7, 3,1]
Herpes zóster	8 (1,6) [0,7, 3,1]
Pirexia	8 (1,6) [0,7, 3,1]
Tonsilitis	8 (1,6) [0,7, 3,1]
Acné	7 (1,4) [0,6, 2,9]
Dolor en espalda	7 (1,4) [0,6, 2,9]
Astenia	7 (1,4) [0,6, 2,9]
Diarrea	7 (1,4) [0,6, 2,9]
Disnea	7 (1,4) [0,6, 2,9]
Dolor orofaríngeo	7 (1,4) [0,6, 2,9]
Alteraciones vasculares	7 (1,4) [0,6, 2,9]

PA, pacientes-año; EART, evento adverso relacionado al tratamiento.

Figura 1. (CG183)



Conclusiones: Se demostró la efectividad de UPA en mundo real al brindar un control temprano del dolor, consistente con los datos de los estudios clínicos.

Bibliografía

- Navarro-Compán V, Sepriano A, El-Zorkany B, *et al.* Axial spondyloarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2021;80(12):1511-1521. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2021-221035>
- Van der Heijde D, Song IH, Pangan AL, *et al.* Efficacy and safety of upadacitinib in patients with active ankylosing spondylitis (SELECT-AXIS 1): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2/3 trial. *Lancet.* 2019;394(10214):2108-2117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32534-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32534-6)
- Van der Heijde D, Baraliakos X, Sieper J, *et al.* Efficacy and safety of upadacitinib for active ankylosing spondylitis refractory to biological therapy: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2022;81(11):1515-1523. <https://doi.org/10.1136/ard-2022-222608>
- Deodhar A, Van den Bosch F, Poddubny 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;400(10349):369-379. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01212-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01212-0)

CG184

EXPERIENCIA DE LA VIDA REAL CON EL USO DE LOS INHIBIDORES DE IL-17 EN UN SOLO HOSPITAL

M.A. Ramos-Sánchez, S.C. Rincón-Narváez, A.L. Álvarez del Castillo-Araujo

Hospital Regional Monterrey, ISSSTE

Introducción: Los fármacos inhibidores de la IL-17 han demostrado eficacia y seguridad en el tratamiento de la artritis psoriásica y la espondiloartritis; sin embargo, aún hay pocos estudios con pacientes de la vida real. **Objetivo:** Evaluar la respuesta, supervivencia y causas de suspensión de los inhibidores de la IL-17 en pacientes de la vida real en un solo hospital. **Material y métodos:** Análisis de una cohorte retrospectiva. Se incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años que han recibido secukinumab o ixekizumab como tratamiento para la artritis psoriásica o la espondiloartritis. Se registraron datos clínicos y demográficos, actividad de la enfermedad (DAPSA-28/BASDAI) al inicio del tratamiento y cada año o hasta el momento de la suspensión del fármaco, causas de la suspensión del tratamiento y efectos adversos. En el análisis estadístico se emplearon medidas de tendencia central, comparación de medias y proporciones entre los dos grupos de tratamiento. Se consideró significativo un valor de $p \leq 0,05$ y se utilizó SPSS 25.0.

Resultados: Se incluyó a 33 pacientes, 20 (60%) mujeres y 13 (40%) hombres; la mediana de edad fue de 56 años y la duración de la enfermedad de 6,7 años. Hasta 27 (82%) pacientes tenían artritis psoriásica y 6 (18%) espondiloartritis; 19 (58%) recibieron secukinumab y 14 (42%) ixekizumab. El 52% de los pacientes había recibido por lo menos un fármaco biológico. No hubo diferencia en la presencia de comorbilidades, uso de FARMESC o tratamiento biológico previo entre los dos grupos de tratamiento. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 21,4 meses para el grupo de secukinumab y de 19 meses para el de ixekizumab ($p = 0,835$). Al año hubo mejoría clínica en los dos grupos de tratamiento ($p = 1$) y 75% de los pacientes tenía moderada o alta actividad basal; el 46% logró remisión y 53% baja actividad. Dos pacientes con espondiloartritis lograron inactivarse. Se suspendieron 9 (27%) tratamientos, cinco de secukinumab (cuatro por falla secundaria y una pérdida de seguimiento) y cuatro de ixekizumab debido a pérdida del seguimiento. En dos pacientes se realizó el cambio de secukinumab a ixekizumab por falla secundaria. No se informaron efectos adversos.

Conclusiones: No identificaron diferencias con el uso de secukinumab e ixekizumab en el tratamiento de la artritis psoriásica y la espondiloartritis, pero aún son pequeños el tamaño de la muestra y el seguimiento.

Bibliografía

- Martire MV, Marin J, Maldonado-Ficco H, *et al.* Access, effectiveness, safety, and survival of secukinumab in patients with axial spondyloarthritis and axial psoriatic arthritis: a real-world study in Argentina. *J Rheumatol.* 2025;52(8):829-837.
- Kerschbaumer A, Smolen JS, Ferreira RJ, *et al.* Efficacy and safety of pharmacological treatment of psoriatic arthritis: a systematic literature research informing the 2023 update of the EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2024;83(6):760-774.

CG185

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: COMPARACIÓN DE NUEVAS CALCULADORAS CON ULTRASONIDO CAROTÍDEO

I.C. Reynosa-Silva, O.A. Garza-Flores, F.M. García-García, A. González-Meléndez, D.A. Salcedo-Almanza, R.I. Arvizu-Rivera, J.A. Cárdenas-De la Garza, J.R. Azpiri-López, D.A. Galarza-Delgado, I.J. Colunga-Pedraza

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica relacionada con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular (CV), principalmente debido a la inflamación crónica y su contribución a la aterogénesis. La escala *Pathobiological determinants of atherosclerosis in youth* (PDAY) determina la probabilidad de aterosclerosis coronaria avanzada mediante ocho factores: edad, sexo, valores de colesterol, tabaquismo, presión arterial, obesidad e hiperglucemia. La calculadora PREVENT (*Predicting risk of cardiovascular disease events*) establece el riesgo a 10 y 30 años de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) e insuficiencia cardíaca. Ambas herramientas están diseñadas para poblaciones más jóvenes, lo que las

hace potencialmente aplicables a pacientes con LES, quienes poseen riesgo de desarrollar ECVA prematuramente. Sin embargo, la utilidad de estas nuevas escalas en esta población se ha estudiado poco.

Objetivo: Evaluar la correlación entre el grosor íntima-media carotídeo (GIMC) y el riesgo CV, determinado mediante las herramientas PDAY y PREVENT, en pacientes con LES.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó a pacientes con LES de 15 años o más que cumplían los criterios de clasificación ACR/EULAR de 2019. Se excluyó a los pacientes con enfermedad CV previa, síndromes de sobreposición o embarazo en curso. Se realizó un ultrasonido carotídeo para evaluar el GIMC mediante ecografía en modo B. Se calcularon las determinaciones de riesgo de ECVA mediante PDAY y PREVENT (a 10 y 30 años) para todos los pacientes incluidos. Se evaluó la normalidad de los datos con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman (r_s) para evaluar las relaciones entre las puntuaciones PDAY/PREVENT y los valores de GIMC izquierdo/derecho. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 35 pacientes con LES (edad media de 39,6 $\pm$ 13,6 años; 94,2% de mujeres). Las características clínicas y de la enfermedad se detallan en la **Tabla 1**. La puntuación media del SLEDAI fue de 10,1, lo que indica una actividad moderada de la enfermedad. La mediana de la puntuación PDAY fue de 15. Los riesgos medios de ECVA a 10 y 30 años calculados por PREVENT fueron del 1,4% y el 6,9%, respectivamente. Las mediciones medias del GIMC se mantuvieron dentro de los límites normales: 0,45 cm (izquierda) y 0,44 cm (derecha). No se encontraron correlaciones significativas entre el GIMC y las determinaciones de riesgo CV por PDAY o PREVENT (**Figura 1**).

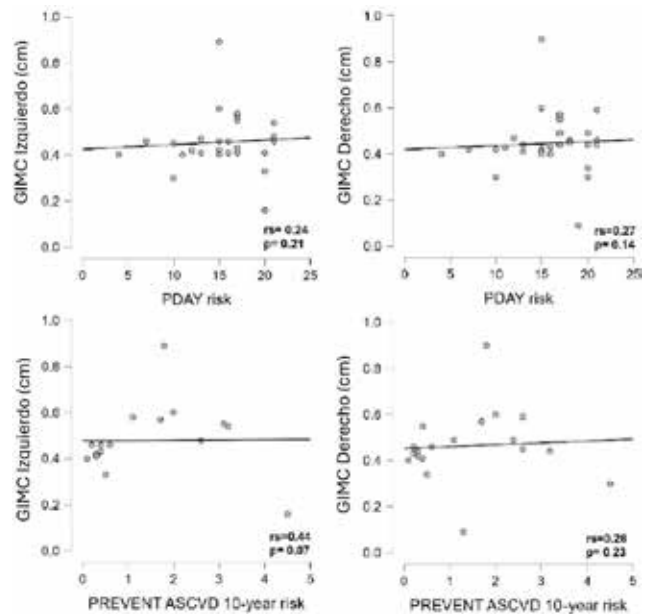
Tabla 1. Comparación de las características demográficas y clínicas. (CG185)

	Pacientes con LES (n = 35)
Edad, media $\pm$ DS	39,6 $\pm$ 13,6
Mujer, n (%)	33 (94,2)
Tiempo de evolución (meses), media $\pm$ DS	7,6 $\pm$ 6,6
Colesterol no HDL (mg/dL), media $\pm$ DS	93 $\pm$ 46,22
Colesterol HDL (mg/dL), media $\pm$ DS	50,2 $\pm$ 15,2
Tabaquismo activo, n (%)	2,0 (5,88)
Hipertensión arterial sistémica, n (%)	12 (35,2)
Obesidad, n (%)	8,0 (23,5)
HbA1c, media $\pm$ DS	5,45 $\pm$ 0,8
Hidroxicloroquina, n (%)	32 (94,1)
Glucocorticoides, n (%)	25 (73,5)
SLEDAI 2K, media $\pm$ DS	10,1 $\pm$ 6,8
PDAY riesgo, mediana (rango intercuartílico)	15 (10-18)
PREVENT ASCDV riesgo a 10 años, media $\pm$ DS	1,4 $\pm$ 1,2
PREVENT ASCVD riesgo a 30 años, media $\pm$ DS	6,9 $\pm$ 5,5
GIMC izquierdo (cm), media $\pm$ DS	0,45 $\pm$ 0,16
GIMC derecho (cm), media $\pm$ DS	0,44 $\pm$ 0,12

DS, desviación estándar; LES, lupus eritematoso sistémico; HDL, lipoproteína de alta densidad; HbA1c, hemoglobina glucosilada; SLEDAI, Systemic lupus erythematosus disease activity index; PDAY, Pathobiological determinants of atherosclerosis in youth; PREVENT, Predicting risk of cardiovascular disease events; ASCVD, Atherosclerotic cardiovascular disease; GIMC, grosor íntima-media carotídeo.

Conclusiones: Este estudio no identificó una relación significativa entre la aterosclerosis subclínica, medida por el GIMC, y las predicciones de riesgo CV mediante las herramientas PDAY o PREVENT en pacientes con LES. Estos hallazgos resaltan las limitaciones de las calculadoras de riesgo convencionales en esta población y apoyan la incorporación de imágenes vasculares directas (como el ultrasonido carotídeo) en la evaluación del riesgo CV para pacientes con LES, dada su predisposición a la enfermedad cardiovascular aterosclerótica subclínica temprana.

Figura 1. Correlación entre determinaciones de riesgo CV y GIMC en pacientes con LES. (CG185)



Bibliografía

- Gidding SS, Colangelo LA, Nwabuo CC, *et al*. PDAY risk score predicts cardiovascular events in young adults: the CARDIA study. *European Heart Journal*. 2022;43(30):2892-900.
- Khan SS, Matsushita K, Sang Y, *et al*. Development and validation of the American Heart Association's PREVENT equations. *Circulation*. 2024;149(6):430-49.

CG186

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y METABÓLICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

I.C. Cantú-Zapata, K. Palomo-Arnaud, M.F. Fikir-Ordóñez, J.A. Esquivel-Valerio, D.L. Carrera-Cruz, D.A. Ayala-Rodríguez, Z. Buendía-Serrano, D.A. Galarza-Delgado, J.C.L. Riega-Torres

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La obesidad es un problema de salud global que se vincula con inflamación crónica, resistencia a la insulina y aumento del riesgo cardiovascular. En el contexto de las enfermedades reumáticas, la presencia de obesidad y alteraciones metabólicas adquiere una relevancia particular, ya que contribuye no sólo a la progresión del daño articular, sino también a un peor pronóstico clínico y terapéutico. En este sentido, el análisis integral de parámetros clínicos, nutricionales y metabólicos puede aportar información valiosa para optimizar la atención multidisciplinaria de estos pacientes.

Objetivo: Describir el perfil nutricional y metabólico de pacientes con artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES) y osteoartritis (OA) atendidos en una clínica reumatológica del noreste de México.

Material y métodos: Se diseñó un estudio transversal y descriptivo en pacientes adultos con diagnóstico confirmado de AR, LES y OA, de acuerdo con los criterios de clasificación más recientes de cada enfermedad. Se recabaron datos demográficos, clínicos, antropométricos y de laboratorio. La composición corporal se evaluó mediante bioimpedancia eléctrica (InBody 120) y se obtuvieron el índice de masa corporal (IMC) y el porcentaje de grasa corporal y masa muscular. Se registraron comorbilidades metabólicas como diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial (HTA), dislipidemia e historia clínica de hígado graso. Las variables continuas se

expresaron como media $\pm$ desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según fuera su distribución, y las categóricas como frecuencias y porcentajes. El análisis fue exclusivamente descriptivo. Este estudio recibió aprobación del comité de ética (RE20-00013).

Resultados: Se incluyó a 135 pacientes: 81 con AR (60,0%), 28 con LES (20,7%) y 26 con OA (19,3%). La mayoría correspondió a mujeres (91,9%), con edad mediana de 51 años (RIC, 45-62). El IMC global fue de $29,9 \pm 7,2$ kg/m², lo que corresponde a obesidad en promedio. El porcentaje de grasa corporal fue elevado en la cohorte ($41,4 \pm 8,8\%$), mientras que la masa muscular se mantuvo relativamente conservada ($22,3 \pm 4,5$ kg). La glucosa en ayuno mostró valores cercanos a la normalidad, con mediana de 91,0 mg/dL (RIC, 82-103). Los marcadores inflamatorios evidenciaron una PCR media de $6,0 \pm 5,4$ mg/L y VSG mediana de 15,0 mm/h (RIC, 7-23). En cuanto a las comorbilidades, la prevalencia de DM2 fue de 17,8%, la de HTA de 31,9%, la de dislipidemia de 35,6% y la de hígado graso de 8,9% (Tabla 1). El análisis por subgrupos mostró que AR y OA presentaron mayor proporción de obesidad y comorbilidades metabólicas, mientras que los pacientes con LES, más jóvenes, tuvieron menor frecuencia de alteraciones metabólicas, aunque con inflamación persistente.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y metabólicas. (CG186)

	AR n = 81	LES n = 28	OA n = 26	Total n = 135
Sexo femenino, n (%)	72 (88,9%)	25 (89,3%)	23 (88,5%)	124 (91,9%)
Edad, años (mediana, RIC)	52,5 (45-61,5)	36,0 (31-48)	51,0 (47,5-63)	51,0 (45-62)
Índice de masa corporal (kg/m²) (media $\pm$ DE)	$30,3 \pm 7,9$	$29,0 \pm 6,5$	$30,6 \pm 6,9$	$29,9 \pm 7,2$
Porcentaje de grasa corporal (media $\pm$ DE)	$41,9 \pm 9,2$	$41,7 \pm 8,2$	$40,4 \pm 8,5$	$41,4 \pm 8,8$
Masa muscular corporal (kg) (media $\pm$ DE)	$22,2 \pm 3,4$	$22,5 \pm 4,5$	$23,2 \pm 5,4$	$22,3 \pm 4,5$
Glucosa (mg/dL) (mediana, RIC)	91,6 (85,3-105)	85,0 (79-102,4)	91,8 (88-107)	91,0 (82-106)
Proteína C reactiva (mg/L) (media $\pm$ DE)	$3,8 \pm 5,8$	$8,3 \pm 7,2$	$8,6 \pm 4,8$	$6,0 \pm 5,4$
Velocidad de sedimentación globular (mm/h) (mediana, RIC)	19,5 (9,3-40)	16,0 (11-30)	8,0 (5-14)	15,0 (7-23)
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	14 (17,3%)	6 (21,4%)	4 (15,4%)	24 (17,8%)
Hipertensión arterial, n (%)	25 (30,9%)	5 (17,9%)	13 (50%)	43 (31,9%)
Hígado graso, n (%)	9 (11,1%)	1 (3,6%)	2 (7,7%)	12 (8,9%)
Dislipidemia, n (%)	29 (35,8%)	9 (32,1%)	10 (38,5%)	48 (35,6%)

Conclusiones: La cohorte estudiada presentó una elevada prevalencia de obesidad y exceso de grasa corporal, acompañada de comorbilidades metabólicas frecuentes como HTA, DM2 y dislipidemia. Los pacientes con OA fueron de mayor edad y con prevalencia de HTA. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de incorporar la valoración nutricional y metabólica en la atención regular de pacientes con enfermedades reumáticas.

Bibliografía

- Gioia C, Lucchino B, Tarsitano MG, *et al.* Dietary habits and nutrition in rheumatoid arthritis: can diet influence disease development and clinical manifestations. *Nutrients*. 2020;12(5):1456. doi:10.3390/nu12051456
- Pimentel GD. What is the importance of nutrition in rheumatoid arthritis. *Reumatol Clin*. 2010;6(3):183-4. doi: 10.1016/j.reuma.2009.06.003.

CG187

REGISTRO DE LUPUS EN MÉXICO (RELUMEX): PERFIL CLÍNICO, INMUNOLÓGICO, DE ACTIVIDAD Y DAÑO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO

S. Govea-Peláez, F. Cassiano-Quezada, D.A. Carrillo-Vázquez, J.T. Balderas-Miranda, B. Alcalá-Carmona, K. Santana-De Anda, D. Gómez-Martín, J.J. Torres-Ruiz

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El lupus eritematoso generalizado (LEG) es una enfermedad autoinmune con afectación multisistémica característica que afecta predominantemente a mujeres jóvenes de edad reproductiva. Su evolución tórpida y la posibilidad de compromiso multiorgánico lo convierten en un reto diagnóstico y terapéutico, con efecto significativo en la morbilidad; en América Latina, diversos estudios han mostrado que los pacientes con LEG muestran mayor gravedad y peor pronóstico en comparación con otras regiones, lo que se ha atribuido a factores genéticos, socioeconómicos y de acceso a los servicios de salud. La nefritis lúpica constituye una de las principales causas de daño acumulado y mortalidad. Ante esta complejidad, los registros nacionales se han consolidado como herramientas fundamentales para caracterizar a los pacientes en su contexto local, generar evidencia epidemiológica y apoyar la toma de decisiones clínicas y de salud pública. El registro de lupus en México (RELUMEX) surge con el propósito de describir de manera sistemática las características clínicas, inmunológicas y terapéuticas de pacientes con LEG en México, para aportar información clave para mejorar su atención y compararla con la experiencia internacional.

Objetivo: Describir las características clínicas, de laboratorio, inmunológicas y de tratamiento de una cohorte de pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) en el registro de lupus en México (RELUMEX), así como explorar diferencias según sexo y grado de actividad acorde a SLEDAI-2K.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y observacional en el que se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de LEG según los criterios EULAR/ACR 2019. Se recopilaron variables demográficas, manifestaciones clínicas, parámetros de laboratorio, autoanticuerpos, tratamientos e índices de actividad (SLEDAI-2K, BILAG) y daño (SDI) (Tabla 1). Se realizó estadística descriptiva y comparaciones por sexo y grado de actividad (SLEDAI-2K > 10), y se utilizaron t de Student o U de Mann-Whitney en variables continuas y ji cuadrada o prueba de Fisher en variables categóricas.

Resultados: Se incluyó a un total de 40 pacientes con diagnóstico de LEG. La mediana de edad fue de 24,5 (21,0-33,2) años; 29 pacientes fueron mujeres (72,5%) y 11 hombres (27,5%). El tiempo de evolución fue de 15,0 (4,8-27,2) años; la proteinuria en 24 horas fue de 0,2 (0,1-0,6) g y los valores de complemento C3 de 91,5 ($\pm$ 29,2 mg/dL) y C4 de 13,0 (8,0-21,2) mg/dL. La mediana de SLEDAI-2K fue de 6,0 (4,0-12,0). Los pacientes con SLEDAI-2K > 10 presentaron con mayor frecuencia actividad renal (91,6% vs. 39,2%, $p = 0,001$), así como una mayor proteinuria en orina de 24 horas (0,8 vs. 0,1 g, $p < 0,001$), valores séricos de anti-Sm (86,3 vs. 7,2 UI/mL, $p < 0,001$) y puntuación de BILAG (13,0 vs. 0,0, $p < 0,001$), así como cifras séricas de C4 menores (8,0 vs. 18,0 mg/dL, $p = 0,018$), sin evidenciar diferencias estadísticamente significativas en relación con el tiempo de evolución, otros dominios de actividad, tratamiento o índice de daño (SDI). No hubo diferencias estadísticamente significativas al realizar la comparación por sexo.

Conclusiones: En este estudio descriptivo, la población mostró un predominio en el sexo femenino, con actividad moderada y bajo daño acumulado. La alta actividad de la enfermedad se vinculó con una mayor prevalencia de nefritis lúpica, así como mayor hipocomplementemia a expensas de C4 y mayores títulos de anti-Sm. El Registro de Lupus en México (RELUMEX) constituye una herramienta clave para caracterizar al lupus en este país y orientar estrategias terapéuticas y de salud pública, lo que sienta las bases para invitar a participar a otros centros de referencia nacionales.

Bibliografía

- Pons-Estel BA. Understanding the epidemiology and progression of systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum*. 2010;39(4):257-268.

Tabla 1. Comparación de características clínicas, de laboratorio y daño acumulado en pacientes con LEG acorde a las puntuaciones SLEDAI-2K. (CG187)

Variable	Alta actividad (SLEDAI-2K > 10) n = 12 (30%)	Baja actividad (SLEDAI-2K ≤ 10) n = 28 (70%)	P
Edad (años)	25,0 (23,0-29,0)	24,0 (20,0-36,0)	0,954
Sexo femenino (n, %)	10 (83,3%)	19 (67%)	0,681
Tiempo de evolución (años)	14,0 (11,0-42,0)	18,0 (4,0-27,0)	0,761
Actividad articular (n, %)	11 (91,6%)	25 (89,2%)	0,760
Actividad mucocutánea (n, %)	12 (100%)	23 (82,1%)	0,107
Actividad en serosas (n, %)	6 (50%)	10 (35,7%)	0,598
Actividad constitucional (n, %)	5 (41,6%)	9 (32,1%)	0,766
Actividad hematológica (n, %)	8 (66,6%)	15 (53,5%)	0,312
Actividad neuropsiquiátrica (n, %)	1 (8,3%)	2 (7,1%)	1,000
Actividad renal (n, %)	11 (91,6%)	11 (39,2%)	0,001
Prednisona (n, %)	9 (75%)	23 (82%)	0,755
Prednisona (mg)	17,5 (10,6-31,2)	10,0 (5,0-18,8)	0,199
Azatioprina (n, %)	5 (41,6%)	11 (29,3%)	0,905
Azatioprina (mg)	50,0 (50,0-100,0)	100,0 (75,0-125,0)	0,222
Micofenolato de mofetilo (n, %)	4 (0,0-1,0)	5 (0,0-0,0)	0,102
Micofenolato de mofetilo (mg)	2,0 (2,0-3,0)	1,5 (1,5-1,6)	0,116
Antimalárico (n, %)	10 (83%)	26 (92,8%)	0,453
Leucocitos totales (cel/mcL)	5000,0 (3700,0-6200,0)	5500,0 (4050,0-7600,0)	0,402
Linfocitos totales (cel/mcL)	936,0 (510,0-1198,0)	1084,0 (719,0-1675,5)	0,305
Linfopenia (n, %)	7 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,593
Neutrófilos totales (cel/mcL)	3400,0 (2320,0-5011,0)	3630,0 (2788,0-4897,5)	0,623
Plaquetas (cel/mcL)	237,3 ± 85,1	250,7 ± 73,2	0,631
Creatinina sérica (mg/dL)	0,6 (0,5-0,8)	0,7 (0,6-0,7)	0,897
Proteína C reactiva (mg/dL)	0,3 (0,2-0,5)	0,2 (0,1-0,7)	0,241
Velocidad de sedimentación globular (mm/h)	16,3 ± 14,0	12,0 (6,0-19,0)	0,965
C3 (mg/dL)	75,8 ± 30,0	99,0 ± 26,1	0,027
C4 (mg/dL)	8,0 (8,0-13,0)	18,0 (10,5-22,0)	0,018
Proteínas totales en orina de 24 horas (g)	0,8 (0,5-3,9)	0,1 (0,1-0,3)	< 0,001
Índice proteína/creatinina (mg/mg)	0,7 (0,5-2,5)	0,1 (0,1-0,1)	< 0,001
Antinucleosomas (UI/mL)	315,0 (183,1-431,0)	190,7 (52,2-425,6)	0,176
Anti-DNAc (UI/mL)	149,9 (84,7-481,6)	77,7 (20,9-122,2)	0,057
Anti-Ro (UI/mL)	9,8 (6,4-53,4)	9,6 (5,5-354,9)	0,893
Anti-La (UI/mL)	4,8 (4,3-5,5)	4,0 (3,2-5,7)	0,185
Anti-Sm (UI/mL)	86,3 (29,2-209,2)	7,2 (6,7-8,0)	< 0,001
Anticardiolipina IgG (UI/mL)	6,2 (4,9-8,1)	5,8 (4,6-8,0)	0,754
Anticardiolipina IgM (UI/mL)	9,2 (7,8-17,0)	8,0 (5,8-11,7)	0,148
Anti-β2 glucoproteína IgM (UI/mL)	4,1 (3,8-4,4)	4,0 (3,5-4,2)	0,288
Anti-β2 glucoproteína IgM (UI/mL)	5,3 (4,1-10,4)	4,6 (4,3-5,2)	0,355
Anticoagulante lúpico positivo (n, %)	3 (0,0-0,0)	4 (0,0-0,0)	0,798
SLEDAI-2K (puntos)	16,0 (12,0-18,0)	4,0 (2,0-6,0)	< 0,001
BILAG (puntos)	13,0 (8,0-28,0)	0,0 (0,0-4,5)	< 0,001
SDI ≥ 1 (n, %)	2 (16,6%)	5 (17,8%)	0,826

BILAG, *British isles lupus assessment group index*; cel, células; SDI, *Systemic lupus erythematosus damage index*; SLEDAI, *Systemic lupus erythematosus disease activity index*.

2. Pons-Estel GJ, Catoggio LJ, Cardiel MH, *et al.* Lupus in Latin-American patients: lessons from the GLADEL cohort. *Lupus*. 2015;24(6):536-45. doi:10.1177/0961203314567753.

CG188

INVOLUCRO DE PIE Y TOBILLO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

S. Hervert-Bulbarella, E.S. Sánchez-Peralta, A. Cantero-Castro, K. Deciderio-Pavón, J.G. Espinoza-Gómez, I. Arcibar-Liceaga, C. De León-Carrillo, A.K. Garza-Elizondo, R.J. Sánchez-De la Cruz, J.D. Guerra-Leal, D.A. Galarza-Delgado, J.A. Elizondo-Rodríguez, J.A. Cárdenas-De la Garza, D.E. Flores-Alvarado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica y sistémica que puede causar deterioro funcional progresivo. El pie y el tobillo suelen verse comprometidos de forma significativa, lo que altera la calidad de vida de los pacientes. Aunque es frecuente, la afectación del pie y el tobillo en la AR se ha estudiado menos en comparación con las manos, y su efecto funcional no siempre se evalúa de forma sistemática.

Objetivo: Determinar la frecuencia del compromiso de pie y tobillo en pacientes con artritis reumatoide y su efecto en la calidad de vida.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en los servicios de reumatología y traumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de AR. Se aplicó el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud específico para el pie (FHSQ), con una puntuación de 0 (peor calidad de vida) a 100 (mejor calidad de vida). El índice de función del pie (FFI) se utilizó para medir el efecto de la enfermedad en la función podálica; las puntuaciones elevadas indican peor función. Se evaluó el dolor mediante una escala visual análoga (EVA). Para medir la afectación en pie y tobillo se obtuvieron radiografías de ambos pies en tres proyecciones y luego las evaluó un radiólogo especializado en sistema musculoesquelético con el método de Sharp modificado por Van der Heijde para cuantificar erosiones y pérdida del espacio articular; los hallazgos se dividieron en puntuaciones altas y bajas y se tomó el 4 como punto de corte. Se emplearon estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. La distribución de la muestra se calculó con base en las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Las pruebas ji cuadrada y U de Mann-Whitney se aplicaron en concordancia, considerado un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Participaron 88 pacientes, la mayoría de mujeres (94,32%), con una edad media de 56,58 años ($DE \pm 12,65$). Al momento del estudio, 49 pacientes se encontraban en remisión (55,68%). También se identificó la obesidad ($IMC > 30$) como la comorbilidad más frecuente (35,96%), seguida de osteoartritis (26,97%). El 59% de los pacientes presentaba mala calidad de movilidad del pie y tobillo, mientras que el 38% tenía dolor intenso en el pie. El 87,5% mostraba compromiso radiológico en pie y tobillo, con una media en la puntuación de Sharp-Van der Heijde (SVH) de 13,99 puntos (mínimo, 0,0; máximo, 76,0); la mayoría presentaba un daño leve (80,6%), el 6,8% daño moderado y el 12,5% ninguno (**Figura 1**). No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la puntuación de SVH y las variables de: actividad de la enfermedad, EVA, FFI o FHSQ ($p > 0,260$ en todas). En el modelo multivariado se observó que el EVA grave se acompaña de una peor puntuación en la escala SVH ($p < 0,05$) y IC95% (8,13-10). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: Este estudio enfatiza la importancia de incorporar de forma sistemática la evaluación clínica y radiológica del pie y tobillo en el abordaje de pacientes con AR, con uso de instrumentos validados que permiten detectar daño estructural y guiar intervenciones terapéuticas oportunas.

Bibliografías

1. Van der Heijde D. Radiographic progression in rheumatoid arthritis: Does it reflect disease activity or damage. *Arthritis Res Ther*. 2019;21(1):12.

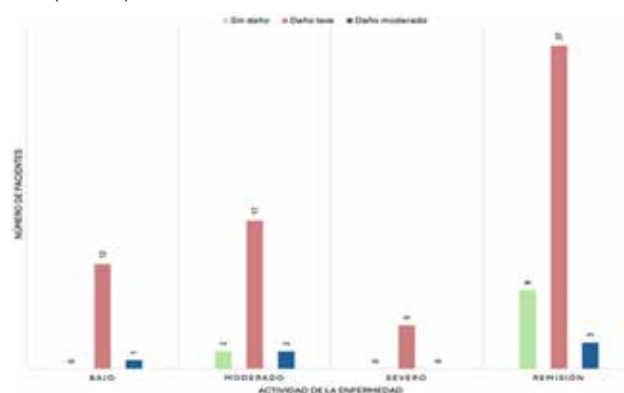
2. Bal A, Aydog E, Aydog ST, *et al.* Foot deformities in rheumatoid arthritis and relevance of foot function index. *Clin Rheumatol*. 2006;25(5):671-675.

Tabla 1. Regresión logística multivariada de la relación del daño estructural moderado y la calidad de vida, función podálica y presencia de dolor; se identifica una relación con EVA grave. (CG188)

Variable	Coficiente (β)	p	IC95%
EVA > 8	10,53901	< 0,05	[8,13, 12,95]
FFI	-0,02069	0,61	[-0,10, 0,06]
FHSQ	-0,04719	0,89	[-0,73, 0,63]
DAS28	1,107027	0,21	[-0,62, 2,84]

EVA, Escala visual análoga; FFI, Índice de función del pie; FHSQ, Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud específico para el pie; DAS-28, Índice de actividad de la enfermedad en AR.

Figura 1. Gráfica que representa el grado de daño que muestran los pacientes con artritis reumatoide estratificada por actividad de la enfermedad. (CG188)



CG189

ROL DE LA CITOCINA IL-22 EN EL TUBULOINTERSTICIO DE PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA

L.J. Vidal-Arellano¹, A.F. Aguilar-Vázquez¹, C.E. Juárez-Gómez², A. González-Monroy¹, J.A. Castillo-Hernández¹, B.T. Martín-Márquez³, C.A. Gómez-Ríos⁴, O.E. Pizano-Martínez¹, E.A. Martínez-García¹, F.J. Pérez-Vázquez¹, L. Andrade-Ortega⁵, M. Cabrera-López¹, A. Llamas-García¹, M. Vázquez-Del Mercado¹

⁽¹⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾CUCS, UDG; ⁽³⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁴⁾IIRSME, CUCS, UDG; ⁽⁵⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁶⁾CLATEJ; ⁽⁷⁾Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁸⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

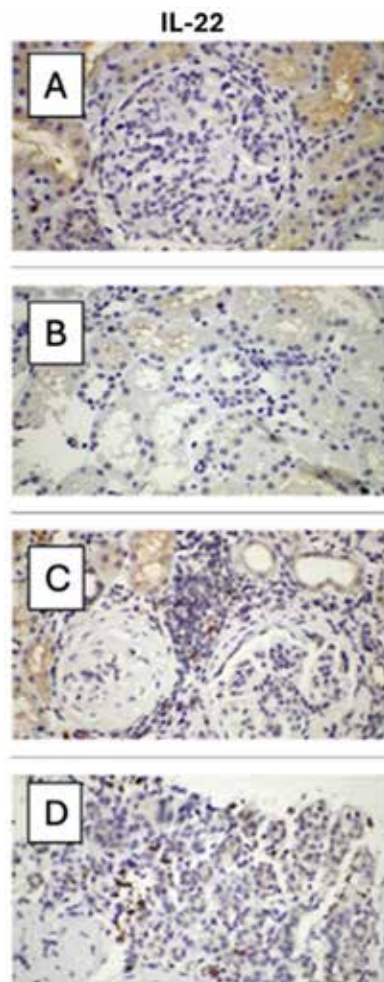
Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). La inflamación glomerular mediada por células inmunes y citocinas desempeña un papel crítico en la progresión del daño renal. En fecha reciente se ha reconocido la participación de la vía de linfocitos T colaboradores tipo 17 (Th17) en la patogenia de la NL, con citocinas como IL-17A, IL-21 e IL-22 incluidas en la respuesta inflamatoria. IL-22 ha suscitado interés debido a que puede contribuir a la reparación epitelial en ciertos contextos, pero también inducir inflamación y daño tisular cuando se expresa de manera sostenida o excesiva. Su localización dentro del tejido renal en pacientes con NL no se ha descrito de forma exhaustiva, lo que limita la comprensión de su papel en la evolución de la enfermedad.

Objetivo: Caracterizar la expresión anatómica en el glomérulo y el túbulo intersticial, así como en agregados inflamatorios, fibrosis y atrofia tubular

de IL-22 en biopsias renales de NL y su vinculación con la actividad clínica y la gravedad de la enfermedad.

Material y métodos: Se analizaron biopsias renales de 20 pacientes con NL. Todos cumplieron los criterios EULAR/ACR 2019. La expresión de IL-22 se evaluó mediante inmunohistoquímica (**Figura 1**). La intensidad y la distribución de IL-22 se clasificaron en expresión negativa (0%), expresión leve (1-30%), expresión moderada (31-60%), expresión grave (61-80%) y sobreexpresión (> 80%); en relación con parámetros clínicos. El análisis estadístico se realizó con pruebas no paramétricas, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Figura 1. Inmunohistoquímica representativa de la expresión *in situ* de IL-22 en diferentes regiones anatómicas renales y hallazgos histopatológicos en pacientes con nefritis lúpica. (I-L) Expresión *in situ* de IL-22. IL, interleucina; NL, nefritis lúpica. Barra de escala: 20 μ m (todos los paneles). (CG189)



Resultados: En los pacientes con NL, la IL-22 no mostró un patrón de distribución glomerular predominante, sino que se identificó sobre todo en el compartimento tubulointersticial. La expresión de IL-22 se localizó en agregados inflamatorios intersticiales y en túbulos atroficos (**Tabla 1**), lo que sugiere una relación con procesos de inflamación crónica y remodelado tisular más que con daño glomerular directo. En términos de intensidad, la mayoría de las muestras mostró tinción leve a moderada, sin sobreexpresión marcada en los glomérulos. En clínica, la presencia de IL-22 en estas regiones se relaciona con características de daño crónico, como fibrosis intersticial y atrofia tubular, más que con otros parámetros agudos de actividad como proteinuria o hipocomplementemia. Estos hallazgos indican que IL-22 podría actuar como un mediador del daño progresivo en etapas avanzadas

de la NL, al diferenciarse de otras citocinas Th17 que se concentran en los glomérulos y se vinculan directamente con inflamación activa como IL-17 e IL-21. La heterogeneidad de la expresión de IL-22 sugiere que su papel puede depender del contexto histológico y el estadio clínico del trastorno.

Tabla 1. Expresión *in situ* de IL-22. (CG189)

Región anatómica	Positividad, n (%)	Porcentaje de expresión, $\bar{x}$ (min-max)
Glomérulo	1/20 (5%)	10
Túbulos intersticiales	13/18 (72%)	8,7 (1-32)
Agregados inflamatorios	8/9 (89%)	17,6 (1-90)
Fibrosis y túbulos atroficos	5/8 (62%)	18,6 (3-40)

IL, interleucina; n, número; $\bar{x}$, media; min, mínimo; max, máximo.

Conclusiones: La IL-22 en la NL muestra un patrón de expresión diferencial respecto de otras citocinas relacionadas con la vía Th17. Su localización preferente en el compartimento tubulointersticial, especialmente en túbulos atroficos y agregados inflamatorios, indica un papel en la perpetuación del daño crónico renal más que en la inflamación glomerular activa. Aunque su intensidad de expresión fue variable, la relación con hallazgos histológicos de fibrosis y atrofia apoya la hipótesis de que IL-22 contribuye a la progresión de la lesión renal. Estos resultados refuerzan la necesidad de estudiar la función de IL-22 no sólo como marcador de inflamación, sino también como potencial mediador de remodelado tisular y daño crónico en la NL. Su caracterización detallada podría abrir oportunidades para identificar a subgrupos de pacientes con riesgo de evolución desfavorable y desarrollar estrategias terapéuticas que modulen de modo específico su actividad.

Bibliografía

1. Richter P. Cytokines in systemic lupus erythematosus-focus on TNF-alpha and IL-17. *Int J Mol Sci.* 2023;24(19).
2. Petric M, Radic M. Is Th17-targeted therapy effective in systemic lupus erythematosus? *Curr Issues Mol Biol.* 2023;45(5):4331-4343.

CG190

PREVALENCIA DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE ÍNDICE DE ADIPOSIDAD VISCERAL EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.P. Cruz-Domínguez, O.L. Vera-Lastra, L. González-Reyes

Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que afecta a múltiples órganos, con clara predisposición por mujeres jóvenes en edad reproductiva. Diversos estudios han demostrado que estos pacientes cursan con aterogénesis acelerada, lo que incrementa de manera significativa el riesgo de episodios cardiovasculares, como infarto agudo de miocardio y enfermedad cerebrovascular en comparación con la población general. Se calcula que el riesgo de episodios cardiovasculares puede aumentar hasta 50 veces en pacientes jóvenes y hasta un 30% de las muertes se atribuye a enfermedad coronaria.

Este exceso de riesgo no se explica tan sólo por los factores habituales, sino también por factores específicos del LES, como la actividad de la enfermedad, la presencia de autoanticuerpos, el daño orgánico acumulado y ciertos tratamientos. La inflamación crónica sostenida constituye un mecanismo clave que favorece la aterosclerosis acelerada y, con ello, la morbilidad cardiovascular. Por estas razones resulta fundamental una identificación temprana del episodio cardiovascular que permita implementar medidas terapéuticas oportunas y modificar el pronóstico de estos pacientes.

En este contexto, el índice de adiposidad visceral modificado (NVAI) surge como una herramienta accesible, de bajo costo y aplicable en la práctica clínica diaria para determinar el riesgo cardiovascular, complementar y superar la sensibilidad de las escalas comunes.

Objetivo: Determinar la prevalencia de alto riesgo cardiovascular evaluado con NVAI en pacientes con LES, tras comparar su distribución según sexo y actividad de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo y analítico realizado en 108 pacientes con LES atendidos en la UMAE Hospital de Especialidades, CMN La Raza, entre octubre de 2024 y junio de 2025. Se incluyó a adultos con diagnóstico confirmado por criterios ACR/EULAR. Se recolectaron variables clínicas, bioquímicas y antropométricas. La actividad se evaluó con SLEDAI-2K. Se consideró alto riesgo cardiovascular cuando el NVAI fue $> 0,18$ en mujeres y $> 0,75$ en hombres. Se aplicaron pruebas de Mann-Whitney, ji cuadrada y correlación de Spearman, con significancia $p < 0,05$.

Resultados: Se analizó a 108 pacientes: 87 mujeres (80,6%) y 21 hombres (19,4%), con mediana de edad de 33 años y tiempo de diagnóstico de cinco años. El 69,4% presentó LES activo. La prevalencia de alto riesgo cardiovascular por NVAI fue de 40,7% ($n = 44$). La proporción fue mayor en mujeres (48,3% *vs.* 9,5%, $p = 0,001$) y en pacientes con LES activo (45,3% *vs.* 30,3%), aunque sin significación estadística ($p = 0,143$) (**Figura 1 y Tabla 1**). El análisis por cuartiles mostró vinculación significativa con mayor actividad ($p = 0,022$). Se documentó correlación positiva débil entre presión arterial media y puntuación SLEDAI-2K ($r = 0,223$; $p = 0,020$).

Tabla 1. Comparación entre pacientes con LES activo y sin actividad. (CG190)

Características	LES activo (n = 75)	LES sin actividad (n = 33)	p
Mujeres (n)	57	33	0,071
Hombres (n)	18	3	0,071
Edad	33 (25-38)	34 (28-45)	0,024
NVAI de alto riesgo	34 (45,3%)	10 (30,3%)	0,143
Hipertensión arterial sistémica	10	5	0,822
Tabaquismo	3	0	0,244
Dislipidemia	11	1	0,076
Estatinas	18	7	0,752
Fibromialgia	0	2	0,344
Esclerodermia	1	2	0,168
Artritis reumatoide	0	1	
Biológicos	1	1	0,13
Síndrome nefrótico	0	1	0,505
NVAI RIQ			
RIQ1	21 (28,0%)	6 (18,2%)	
RIQ2	12 (16,0%)	14 (42,4%)	0,022
RIQ3	19 (25,3%)	8 (24,2%)	
RIQ4	23 (30,7%)	5 (15,2%)	
WC (cm)			
Mujeres	88 (85-90)	85 (83-87)	0,001
Hombres	83 (80-88)	85 (85-113)	
MBP (mmHg)	93 (88-101)	86 (82-90)	0,002
Triglicéridos	134 (109-168)	103,53 (85-137,50)	
Colesterol HDL	50 (40-68,49)	45,70 (43,50-50,0)	
NVAI			
Mujer	0,3167 (0,0499-0,4016)	0,1076 (0,0558-0,2611)	
Hombre	0,0849 (0,0098-0,3228)	0,1930 (0,0883-0,7162)	

Figura 1. NVAI de alto riesgo en población con LES. (CG190)



Conclusiones: El NVAI identificó un 40,7% de pacientes con LES en alto riesgo cardiovascular, con predominio en mujeres y en quienes presentaban enfermedad activa. Al ser un índice accesible, no invasivo y de cálculo sencillo, basado en parámetros clínicos y de laboratorio regulares, constituye una alternativa práctica frente a escalas tradicionales o estudios de imagen. Su implementación temprana puede contribuir a reducir la morbilidad cardiovascular en el LES.

Bibliografía

- Masson W, Rossi E, Mora-Crespo LM, *et al.* Cardiovascular risk stratification and appropriate use of statins in patients with systemic lupus erythematosus according to different strategies. Clin Rheumatol. 2020;39(2):455-62.
- Oh SK, Cho AR, Kwon YJ, *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;13(9).

CG191

PRECONSULTA: UNA INTERVENCIÓN ORGANIZACIONAL PARA LA MEJORA EN LA VENTANA DE OPORTUNIDAD DE PADECIMIENTOS REUMATOLÓGICOS EN UN SISTEMA PÚBLICO

I.V. Sánchez-Peribán¹, C. Hernández-Díaz¹, R.E. Barbosa-Cobos¹, R. Torres-González², A.S. Vargas-Avilés¹, D. Santiago-Germán², L.V. Maya-Piña¹

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación Victorio de la Fuente Narváez, IMSS, Ciudad de México

Introducción: Las estrategias de organización de las consultas en reumatología son esenciales para la mejora de la atención. Dado el incremento en cantidad y complejidad de los casos atendidos, los sistemas de salud buscan utilizar diversas herramientas que permitan optimizar tiempos sin pérdida de la eficiencia y efectividad, como la inteligencia artificial. El primer paso consiste en conocer los patrones de la comunidad para alimentar estas herramientas de tamizaje con alta sensibilidad y especificidad suficiente en la preconsulta. Esta última es una estrategia que ayuda a mejorar el foco y contenido para una buena consulta.

Objetivo: Identificar los diagnósticos con más discordancia que acuden a la unidad para generar criterios y herramientas de tamizaje con alta sensibilidad y especificidad suficiente en la preconsulta.

Material y métodos: Estudio observacional de fuente secundaria (registro de la preconsulta). En el servicio de reumatología del Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud se analizaron, en la bitácora del servicio de reumatología, 128 expedientes valorados en la preconsulta en el periodo comprendido entre el 2 de enero y el 30 de julio del 2025. Se realizó un análisis de homocedasticidad y se mostraron frecuencias con variables de resumen. La concordancia diagnóstica entre etapas (diagnóstico de envío, diagnóstico reumatológico) se evaluó con el índice kappa de Cohen (κ) e intervalos de confianza al 95%. La interpretación del valor de κ se realizó de acuerdo con los criterios propuestos por Landis y Koch: valores $< 0,20$ indican concordancia pobre; 0,21-0,40, débil; 0,41-0,60, moderada; 0,61-0,80, buena; y $> 0,80$, muy buena.

Resultados: El promedio de edad fue de 52 (39,5-59) años, con predominio del sexo femenino (86%). El 95% de los pacientes presentó al menos

un antecedente personal patológico. Tan sólo el 27% fue referido con estudios de laboratorio y el 4% con estudios de imagen. El 1,5% había sido interconsultado previamente. Del total de las preconsultas, el 14% recibió el alta y al resto se le abrió expediente clínico para consultas subsecuentes. Los motivos clínicos de envío fueron articulares en el 92% y extraarticulares en el resto (Tabla 1).

Tabla 1. Contraste de diagnósticos de envío y confirmatorio por preconsulta del servicio de reumatología, n = 128. (CG191)

Diagnóstico de envío	n	Diagnóstico confirmatorio en servicio de reumatología	n
Artritis reumatoide	62 (48,4)	Artritis reumatoide	53 (41,4)
Lupus eritematoso sistémico	12 (9,3)	Osteoartritis	11 (8,5)
Fibromialgia	6 (4,6)	Lupus eritematoso sistémico	6 (4,6)
Osteoartritis	4 (3,1)	Poliartalgias en estudio	5 (3,9)
Probable LES	4 (3,1)	Poliartritis	5 (3,9)
Probable artritis	4 (3,1)	EDTC en estudio	4 (3,1)
Enfermedad autoinmune	3 (2,3)	Fibromialgia	4 (3,1)
Espondilitis anquilosante	3 (2,3)	Artropatía en estudio	3 (2,3)
Probable artritis reumatoide	3 (2,3)	Descartar Sx Sjögren	3 (2,3)
No consignado en nota	2 (1,5)	Descartar artritis reumatoide	2 (2,3)
Probable síndrome de Sjögren	2 (1,5)	Esclerosis sistémica limitada	2 (2,3)
Poliartalgias	2 (1,5)	Esclerosis sistémica difusa	2 (2,3)
Otros*	28 (21,8)	Fenómeno de Raynaud secundario	2 (2,3)
		Lupus discoide	2 (2,3)
		Probable artritis reumatoide	2 (2,3)
		Síndrome seco	2 (2,3)
		Otros**	21 (16,4)

*Otros diagnósticos incluyeron: AIJ, colangitis biliar primaria con sospecha de sobrepresión, contractura de isquiotibiales, síndrome paraneoplásico a descartar, síndrome ASIA e infección por VIH a descartar, dolor neuropático, enfermedad de Sjögren, escleroderma, espondilitis anquilosante, espondiloartritis, hiperuricemia, probable LES, probable artropatía relacionada con colitis ulcerosa crónica inespecífica, probable esclerosis sistémica, probable síndrome de Sjögren, poliartropatía inflamatoria, psoriasis, rinitis alérgica, síndrome consuntivo, uveítis anterior relacionada con HLA-B27 positivo y vasculitis en estudio. $\kappa = 0,53$ (IC95%, 0,44-0,62).

**Otros diagnósticos incluyeron: adenocarcinoma pulmonar, AIJ, escleroderma, artritis de Takayasu, artropatías, artritis, artritis psoriásica, artropatía periférica, colitis ulcerosa crónica inespecífica, síndrome de Cushing, polimialgia reumática, diabetes mellitus, gonartrosis, esclerosis sistémica, lupus discoide, osteoartritis deformante, osteoartritis nodular, osteoporosis, pancitopenia autoinmune, probable escleroderma, poliartropatía crónica, poliartrosis, fenómeno de Raynaud, escleritis, sicca oftálmica, síndrome ASIA, trombosis venosa con probable artritis y vasculitis.

Al comparar el diagnóstico de envío con el diagnóstico reumatológico se obtuvo un valor de $\kappa = 0,31$ (IC95%, 0,23-0,39), lo que corresponde a una concordancia débil. De forma similar, la comparación entre el diagnóstico de envío y el diagnóstico presunto mostró un $\kappa = 0,25$ (IC95%, 0,18-0,32), también clasificado como concordancia débil.

Conclusiones: Si bien la concordancia entre diagnósticos fue moderada (especificidad), la sensibilidad ante enfermedades reumatológicas fue muy alta, mayor de 90%, con gran predominio de manifestaciones articulares, además de artritis reumatoide, osteoartritis y LES.

Bibliografía

1. Zhakhina G, Tapinova K, Kanabekova P, *et al.* Pre-consultation history taking systems and their impact on modern practices: advantages and limitations. J Clin Med Kaz. 2023;20:26-35.

2. Fuchs F, Morf H, Mohn J, *et al.* Diagnostic delay stages and pre-diagnostic treatment in patients with suspected rheumatic diseases before special care consultation: results of a multicenter-based study. Rheumatol Int 2023;43:495-502.

CG192

DAÑO ORGÁNICO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y NIVELES BAJOS DE VITAMINA D SÉRICA: ESTUDIO TRANSVERSAL

S.A. Blanco-López, G. Echeverría-González

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, I.M.S.S. Guadalajara, Jalisco

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por vasculopatía, inflamación y fibrosis cutánea y visceral. Diversos estudios han señalado una elevada prevalencia de hipovitaminosis D en pacientes con ES, en relación con mayor gravedad clínica. No obstante, los resultados sobre su relación con daño orgánico aún son inconsistentes y la evidencia en población latinoamericana es limitada.

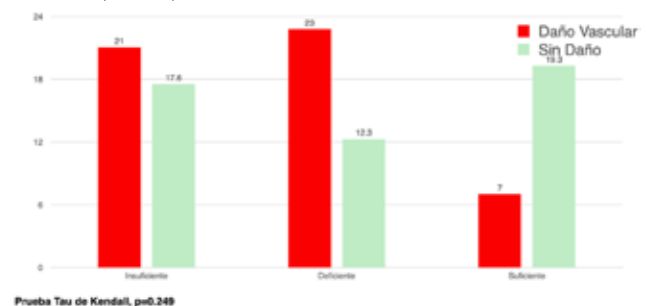
Objetivo: Describir la relación entre valores séricos bajos de vitamina D y el daño orgánico en pacientes con esclerosis sistémica.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo en el servicio de reumatología del Centro Médico Nacional de Occidente (IMSS, Guadalajara). Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ES limitada o difusa. Se revisaron expedientes clínicos (marzo de 2022-agosto de 2025) para obtener cifras de vitamina D y daño orgánico mediante el índice de daño del consorcio de estudios clínicos de escleroderma multiorgánica. El análisis estadístico se realizó con SPSS y se aplicaron pruebas descriptivas y tau de Kendall para las correlaciones.

Resultados: Se evaluó a 57 pacientes, 72% con ES limitada y 28% con forma difusa. Los valores de la vitamina D mostraron insuficiencia en 44% y deficiencia en 32%; sólo 25% presentó valores suficientes. No se encontró relación significativa entre las cifras de vitamina D y el subtipo clínico de la enfermedad ($p = 0,100$). Respecto del daño orgánico, no se identificaron relaciones significativas con compromiso cardíaco ($p = 0,109$), gastrointestinal ($p = 0,451$), cutáneo ($p = 0,209$), pulmonar ($p = 0,854$) o musculoesquelético ($p = 0,905$). No hubo afectación renal en la cohorte. La manifestación vascular mostró mayor tendencia a una relación con deficiencia de vitamina D ($p = 0,249$), aunque sin significancia estadística.

Conclusiones: La hipovitaminosis D fue altamente prevalente (76%) en esta cohorte de pacientes con esclerosis sistémica. No se observó relación estadísticamente significativa entre valores bajos de vitamina D y daño multiorgánico; sin embargo, el compromiso vascular se aproximó a la significancia (Figura 1), lo que sugiere su posible relevancia en la fisiopatología de la enfermedad. Estos hallazgos subrayan la importancia de vigilar la vitamina D en la práctica clínica y justifican estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral para confirmar su valor pronóstico.

Figura 1. Relación entre vitamina D y compromiso vascular en esclerosis sistémica. (CG192)



Bibliografía

1. Hughes M, Allamore Y, Denton C. Systemic sclerosis. *EMJ Rheumatol*. 2020;7[1]:100-109.
2. Hughes M, Herrick A. Systemic sclerosis. *British Journal of Hospital Medicine*. 2012;73(9).
3. Vera O. Esclerosis sistémica. *Med Int Mex*. 2006;22:231-45.
4. Schenide L, Hax V, Monticelo O. Dualities of vitamin D in systemic sclerosis: a systematic literature review. *Advances in Rheumatology*. 2021;61:34.
5. Ingegnoli F, Ughi N, Mihai C. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of systemic sclerosis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2018;32(2):223-40

CG193

EL FEF25/75 COMO VENTANA TEMPRANA AL COMPROMISO PULMONAR EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: MÁS ALLÁ DE LA FIBROSIS INTERSTICIAL

N.I. Ruiz-Gómez, K. Chacón-Abril, G.B. Garduño-Arriaga, D. Rive-ro-Gallegos, M.I. González-Pérez, J. Rojas-Serrano

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por fibrosis, vasculopatía y autoanticuerpos. El sistema respiratorio se ve afectado con frecuencia y la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una de las principales causas de morbilidad. Los estertores crepitantes bibasales constituyen un signo tardío de fibrosis, por lo que resulta clave identificar parámetros que detecten daño en etapas tempranas. El flujo espiratorio forzado de 25 a 75% de la capacidad vital forzada (FEF25/75) se propone como marcador de compromiso de la vía respiratoria pequeña, componente poco explorado en la ES.

Objetivo: Describir las características clínicas y serológicas de pacientes con ES que cumplen criterios ACR/EULAR. Calcular la frecuencia de compromiso de la vía respiratoria pequeña (FEF25/75 < 65%). Analizar las relaciones entre este hallazgo, variables clínicas, autoanticuerpos y patrones de EPID.

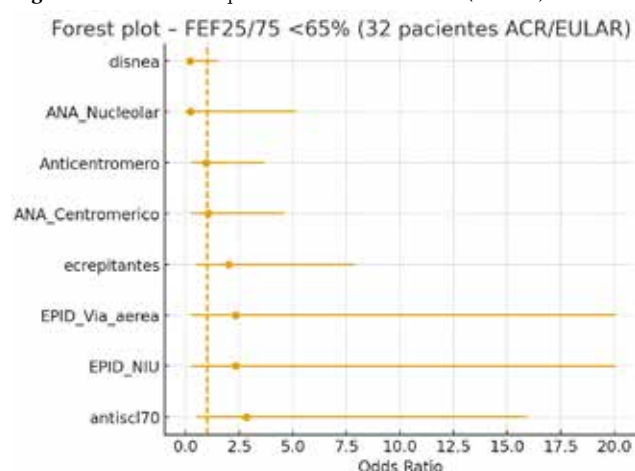
Material y métodos: Se estudió a 32 pacientes con ES que cumplían criterios ACR/EULAR. Se recolectaron datos clínicos, serológicos y funcionales. El compromiso bronquiolar se definió como FEF25/75 < 65% del predicho (Tabla 1). Las variables categóricas se compararon mediante prueba exacta de Fisher, con cálculo de *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%). Las variables continuas se describieron como media $\pm$ desviación estándar o mediana (RIC). Se aplicó prueba de χ^2 y se construyó una gráfica de bosque para las relaciones más relevantes (Figura 1).

Tabla 1. Relaciones más relevantes con FEF25/75 < 65%. (CG193)

Variable	a (1,1)	b (1,0)	c (0,1)	d (0,0)	OR	IC95%	p (Fisher)
Disnea	10	17	4	1	0,2	0,03-1,48	0,142
Anti-scl70	4	2	10	16	2,83	0,50-15,94	0,3649
Crepitantes	8	7	6	11	2,01	0,51-7,93	0,4765
ANA nucleolar	0	2	14	16	0,23	0,01-5,14	0,4919
EPID NIU	2	1	12	17	2,33	0,27-20,04	0,5681
EPID vía respiratoria	2	1	12	17	2,33	0,27-20,04	0,5681
Anticentrómero	6	8	8	10	0,94	0,24-3,70	1,0
ANA centromérico	4	5	10	13	1,05	0,24-4,64	1,0

Resultados: La edad promedio fue de 56,5 $\pm$ 11,5 años, con predominio femenino (84%). El compromiso de la vía respiratoria pequeña se observó en 14 pacientes (43,8%). Entre las variables clínicas, la disnea se vinculó significativamente con FEF25/75 bajo y los crepitantes mostraron tendencia a la relación, aunque reflejan enfermedad intersticial avanzada. En el análisis serológico se identificaron tendencias de relación entre

Figura 1. Gráfica de bosque de relaciones relevantes. (CG193)



compromiso bronquiolar y anticuerpos anti-Scl70 y ANA nucleolar, mientras que el anticuerpo anticentrómero fue más frecuente en quienes tenían FEF25/75 normal. Respecto de la EPID, los patrones de tipo NIU y enfermedad de vía respiratoria se vincularon con mayor frecuencia con compromiso bronquiolar, en contraste con NINE y NIL.

Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes con ES que cumplieron criterios ACR/EULAR mostró compromiso de la vía respiratoria pequeña, en relación con disnea, obstrucción funcional, algunos autoanticuerpos y patrones específicos de EPID. Aunque los crepitantes representan un signo tardío, su relación con FEF25/75 bajo subraya la gravedad del subgrupo afectado. El verdadero valor de este parámetro reside en su capacidad de detectar alteraciones bronquiales en etapas subclínicas, antes de la progresión a la fibrosis manifiesta. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de integrar la evaluación del FEF25/75 en la práctica clínica como marcador temprano y potencialmente pronóstico. Además, el perfil observado comparte similitudes con los casos clasificados como IPAF (fenotipo autoinmune intersticial) con anticuerpos relacionados con esclerosis, lo que sugiere que este subgrupo podría representar un espectro intermedio entre IPAF y ES definida. Esta convergencia resalta la importancia de reconocer el compromiso bronquiolar como una manifestación común y probablemente infradiagnosticada. Se requieren estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral para confirmar estas vinculaciones, determinar su valor pronóstico y establecer si el compromiso de la vía respiratoria pequeña puede servir como marcador de transición hacia formas más definidas de ES o IPAF.

Bibliografía

1. Goh NSL, Hoyle RK, Denton CP, *et al*. Short-term pulmonary function trends are predictive of mortality in interstitial lung disease associated with systemic sclerosis. *Arthritis Rheum*. 2008;59(2):279-84. <https://doi.org/10.1002/art.23319>
2. Morisset J, Johnson C, Rich E, *et al*. Small airway disease in connective tissue disease-related interstitial lung disease. *Chest*. 2017;152(6):1273-82. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.07.034>

CG194

PRODUCTIVIDAD LABORAL Y DETERIORO DE LAS ACTIVIDADES POR DOLOR EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL (REGISTRO ESPALDA MÉXICO)

R.G. Vargas-Del Ángel, J.C. Casasola-Vargas, R.E. Ramírez-Ibarra
Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La espondiloartritis axial es una enfermedad inflamatoria y sistémica que se caracteriza por inflamación del esqueleto axial, particularmente la articulación sacroiliaca y la columna lumbar. El ausentismo

laboral es un punto crucial dentro de la enfermedad y su tratamiento, dado que afecta a pacientes jóvenes en edad laboral y económica en la etapa más productiva de su vida.

Objetivo: Analizar el efecto de la espondiloartritis axial en la productividad laboral y deterioro de las actividades por dolor.

Material y métodos: Estudio clínico, descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal de expedientes de pacientes con diagnóstico de espondiloartritis axial del 1 de enero de 2020 al 1 de enero de 2025. Se identificó si contaban con el cuestionario WPAI: PAIN previamente contestado y al menos una escala de actividad de la enfermedad. Se realizó el cálculo del porcentaje de horas perdidas por semana y porcentaje de pérdida de productividad laboral basados en el total de horas fijas de trabajo del paciente, dividido entre las horas reales trabajadas y multiplicado por 100. Se describieron sus características sociodemográficas, actividad de la enfermedad, tratamiento y comorbilidades relacionadas y se describieron los hallazgos obtenidos del índice WPAI: PAIN tras evaluar su productividad laboral y deterioro de las actividades por dolor. A partir de ello se analizaron las variables mediante estadística descriptiva (media, moda, mediana, desviación estándar) y de dispersión (rango de variación, varianza y coeficiente de variación), así como su relación.

Resultados: Se estudió a 29 pacientes con espondiloartritis axial. La mayoría presentaba actividad inflamatoria alta (BASDAI 4,77; ASDAS-VSG 2,84) y discapacidad funcional moderada (BASFI 5,15). Sólo el 20,7% se encontraba laboralmente activo, con una pérdida total de productividad del 50%. El uso de tratamiento biológico se identificó en el 13,8% de los pacientes. En el análisis de correlación se observó que los índices de actividad BASMI y BASFI mostraron correlación negativa, lo que sugiere que a mayor compromiso funcional mayor abandono laboral (**Tabla 1**).

Tabla 1. Estadísticos de variables clínicas, funcionales y laborales (n = 29). (CG194)

Variable	Media (DE)	Mínimo	Máximo	Intervalo
Edad	52,6 (13,1)	22	73	51
Años de diagnóstico	12,83 (10,17)	1	31	30
Años de estudio	9,1 (3,46)	0	17	17
BASDAI	4,77 (2,56)	0,16	9,2	9,04
ASDAS-VSG	2,84 (1,16)	0	5,0	5,0
MASES	1,15 (1,95)	0	7	7
BASFI	5,15 (2,91)	0,1	10,4	10,3
BASMI	5,13 (1,71)	2,3	8,3	6,0
Horas trabajadas por semana	44,33 (30,47)	6	100	94
Horas perdidas por semana por Spa (horas)	8,5 (10,84)	0	28	22
Horas perdidas por semana por otra causa (horas)	0	0	0	0
Ausentismo laboral (porcentaje total)	15 (32,09)	0	80	80
Presentismo laboral (porcentaje total)	85 (32,09)	20	100	80
Compromiso de actividades diarias (porcentaje total)	52,41 (27,85)	0	100	100
Pérdida de productividad laboral (porcentaje total)	50 (36,87)	0	100	100

BASDAI, Bath ankylosing spondylitis activity index; ASDAS VSG, Ankylosing spondylitis disease activity score-velocidad de sedimentación globular; MASES, Maastricht ankylosing spondylitis enthesitis score; BASFI, Bath ankylosing spondylitis functional index; BASMI, Bath ankylosing spondylitis metrology index.

Conclusiones: La espondiloartritis axial afecta significativamente la funcionalidad y el empleo, con sólo un 20,7% de pacientes laboralmente activos y una pérdida de productividad del 50%. Los índices clínicos BASMI y BASFI indicaron una correlación más sólida con el desempleo al compararlos con otros índices inflamatorios, lo cual sugiere que el compromiso funcional y la limitación de la movilidad son la piedra angular que influye

en la productividad laboral. La baja utilización de tratamientos biológicos resalta la necesidad de estrategias integrales que mejoren el control clínico y la integración laboral.

Bibliografía

1. Bittar M, Deodhar A. Axial spondyloarthritis: a review. JAMA [Internet]. 2024 Dec 4; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39630439>
2. Haywood KL, Garratt AM, Dziedzic K, et al. Patient centered assessment of ankylosing spondylitis-specific health related quality of life: evaluation of the patient generated index [Internet]. Arthritis Research Campaign Senior Lecturer in Physiotherapy. 2003;30.

CG195

VACUNACIÓN PARA HERPES ZÓSTER EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS CON FARME CONVENCIONALES, BIOLÓGICOS Y/O INHIBIDORES JAK

L.Y. Gaytán-García, M.G. Sánchez-Isidro, S.D.J. Martínez-Romero, N.M. Vega-Guzmán, A. Gómez-Álvarez, J.A. Esquivel-Valerio, D.A. Galarza-Delgado

Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumatológicas y musculoesqueléticas tienen un mayor riesgo de infección por herpes zóster; se recomienda la vacuna recombinante inactivada contra el virus de la varicela zóster en pacientes mayores de 18 años inmunosuprimidos, pero su cobertura se ha informado baja (13,1%) en comparación con otras vacunas recomendadas.

Objetivo: Conocer las características clínicas de adultos vacunados contra herpes zóster que padecen enfermedades reumatológicas autoinmunes y musculoesqueléticas en tratamiento con inmunosupresores.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo realizado de julio a agosto de 2025 en la consulta 12 del Hospital Universitario José Eleuterio González; se seleccionó una cohorte de adultos con enfermedades reumatológicas autoinmunes y musculoesqueléticas en tratamiento con inmunosupresores: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) convencionales, biológicos o sintéticos, y vacunados contra herpes zóster con vacuna recombinante inactivada; la información se obtuvo de los expedientes clínicos y la base de datos interna. La estadística descriptiva se efectuó mediante media y desviación estándar para los datos continuos y los datos categóricos se describieron con frecuencias absolutas o relativas.

Resultados: Se analizaron los datos de nueve pacientes vacunados contra herpes zóster en el periodo de julio a agosto de 2025. La edad media de las participantes fue de $66,2 \pm 9,4$ años, todas mujeres. En cuanto al nivel educativo, el 22,2% tenía licenciatura y la enfermedad más prevalente fue la artritis reumatoide con 66,7%. Del total de pacientes, el 55,6% estaba en tratamiento con FARME convencionales, con una duración media de $4,7 \pm 3,3$ años. El 33,3% recibía tratamiento con FARME biológicos, con una duración media de $1 \pm 1,7$ años. El 88,9% de las pacientes no se hallaba en tratamiento con esteroide y la comorbilidad más común fue la hipertensión arterial sistémica, presente en el 22,2% (**Tabla 1**).

Conclusiones: Las características clínicas de los pacientes, como una media superior a 60 años y un tratamiento prolongado con inmunosupresores, aumentan el riesgo de infecciones, incluido el herpes zóster. A pesar de estos factores de riesgo, el número de pacientes vacunados en esta cohorte es reducido, lo que refleja la limitada vacunación en la práctica clínica mexicana. Al tratarse de un estudio piloto, estos hallazgos preliminares sientan las bases para ampliar la muestra en el futuro e investigar las causas del bajo porcentaje de vacunación en esta población.

Bibliografía

- Krasselt M, Wagner U, Seifert O. Influenza, pneumococcal and herpes zoster vaccination rates in patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. Vaccines (Basel). 2023;11(4):760.

Tabla 1. Características basales de pacientes con enfermedad reumática vacunados contra herpes zóster (n = 9). (CG195)

Característica	Valor
Edad (años)	66,2 ± 9,4
Diagnóstico principal, n (%)	
AR	6 (66,7%)
SS	1 (11,1%)
Otros	2 (22,2%)
Tratamiento, n (%)	
FARME convencional	5 (55,6%)
Biológico	3 (33,3%)
JAKi	1 (11,1%)
Uso de prednisona (corticosteroide), n (%)	
Sí	1 (11,1%)
No	8 (88,9%)
Comorbilidades, n (%)	
Sin comorbilidades	4 (44,4%)
HTA	2 (22,2%)
DM	1 (11,1%)
HLP	1 (11,1%)
Otras comorbilidades	1 (11,1%)

AR, artritis reumatoide; DM, diabetes mellitus; FARME, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; HLP, hiperlipidemia; HTA, hipertensión arterial; JAKi, inhibidores de la cinasa Janus; SS, síndrome de Sjögren.

CG196

ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE INFLAMATORIO INMUNE Y EL ÁCIDO ÚRICO EN ADULTOS MEXICANOS

M. Enríquez-Luna, L.M. Amezcua-Guerra
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El ácido úrico puede activar diversas vías de señalización intracelular que resultan en la producción de citocinas inflamatorias, factores de adhesión y quimiocinas que regulan la proliferación celular, la apoptosis, la activación del sistema renina-angiotensina y el estrés oxidativo, lo que conduce al desarrollo de la aterosclerosis y la resistencia a la insulina. La inflamación juega un papel importante en la patogenia de la hiperuricemia. El ácido úrico y la inflamación se refuerzan mutuamente y se desarrollan de forma gradual. Sin embargo, el índice inflamatorio inmune como marcador inflamatorio relativamente novedoso se ha estudiado poco en pacientes con hiperuricemia asintomática, por lo que conocer su relación puede aportar información importante y de fácil acceso en relación con el proceso inflamatorio y la disfunción endotelial y puede ayudar a prevenir enfermedades cardiovasculares adjuntas.

Objetivo: Evaluar la relación entre el índice inflamatorio inmune y la concentración sérica de ácido úrico en adultos mexicanos.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo con análisis *post hoc* basado en datos anonimizados de la cohorte Tlalpan 2020, un estudio observacional y prospectivo diseñado para evaluar el efecto de los factores de riesgo tradicionales y no tradicionales en el desarrollo de la hipertensión en residentes sanos de la Ciudad de México. Se excluyó a las personas con diagnóstico previo de diabetes mellitus, distiroidismo, enfermedad cerebrovascular, miocardiopatía isquémica, síndrome coronario agudo, cáncer con efecto en la supervivencia, mujeres embarazadas y quienes tomaban fármacos que afectan la presión arterial, así como las personas con discapacidades cognitivas y mentales. Se definió un ácido úrico elevado como $\geq 6,0$ mg/dL en mujeres y $\geq 7,0$ mg/dL en hombres. El índice inflamatorio inmune se

calculó como el recuento de plaquetas $\times$ el recuento de neutrófilos/el recuento de linfocitos. La distribución de los datos se evaluó mediante la prueba de normalidad de D'Agostino-Pearson. Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple para explorar los factores relacionados con los valores séricos de ácido úrico, considerados como variable dependiente.

Resultados: Se analizó a 2 290 participantes de 20 a 50 años. La mediana del AU fue de 5,2 mg/dL (4,3-6,2) con los valores más elevados en el 4° cuartil y con diferencia entre todos los cuartiles ($< 0,001$ a,b,c) (Tabla 1). Mediante análisis de regresión lineal (coeficiente de determinación $R^2 = 0,5210$) se estableció que, a medida que se incrementa la edad, los valores de ácido úrico descendían; en cambio, el sexo masculino, el índice de masa corporal y la creatinina conferían elevación de ácido úrico en 1,234 mg/dL, 0,09351 mg/dL y 2,037 mg/dL respectivamente; sin embargo, el índice inflamatorio inmune no predice la elevación del ácido úrico.

Tabla 1. Índices inflamatorios de los participantes en el estudio agrupados por cuartiles de ácido úrico. (CG196)

Fuente	Suma de cuadrados (SC)	Gl	Media cuadrática (MC)	F (gl1, gl2)	p
Regresión	2218	5	443,6	F (5, 2284) = 496,9	$< 0,0001$
Edad	20,29	1	20,29	F (1, 2284) = 22,73	$< 0,0001$
Sexo masculino	391,5	1	391,5	F (1, 2284) = 438,6	$< 0,0001$
IMC	419,2	1	419,2	F (1, 2284) = 469,6	$< 0,0001$
Creatinina	115,8	1	115,8	F (1, 2284) = 129,7	$< 0,0001$
III	0,02625	1	0,02625	F (1, 2284) = 0,029	0,8638
Residual	2039	2284	0,8926		
Total	4257	2289			

Para el análisis *post hoc* se consideró como referencia el cuartil 1° (Q1). Los superíndices representan la diferencia entre grupos: a, Q1 vs. Q2; b, Q1 vs. Q3; c, Q1 vs. Q4. IMC, índice de masa corporal; III, índice inflamatorio inmune.

Conclusiones: Existen diferencias en los valores séricos del ácido úrico en función de la edad, el sexo, el índice de masa corporal y la creatinina sérica; no obstante, el índice inflamatorio inmune no muestra vinculación con la hiperuricemia.

Bibliografía

- Kimura Y, Tsukui D, Kono H. Uric acid in inflammation and the pathogenesis of atherosclerosis. *Int J Mol Sci.* 2021;22(22):1-19.
- Du L, Zong Y, Li H, *et al.* Hyperuricemia and its related diseases: mechanisms and advances in therapy. *Signal Transduct Target Ther.* 2024;9(1):1-29.

CG197

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DATOS DE UNA COHORTE MEXICANA

L.O. Jacobo-Ramírez¹, L. Hernández-Roque², I. Pérez-Malpica², D. Alpízar-Rodríguez¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, SS, ⁽²⁾Centro Médico Adolfo López Mateos

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica y heterogénea caracterizada por la producción de autoanticuerpos. Su presentación clínica es variable, lo que dificulta el diagnóstico oportuno y el seguimiento. El análisis de las manifestaciones clínicas e inmunológicas permite identificar patrones de enfermedad, estratificar riesgos y optimizar el abordaje terapéutico.

Objetivo: Describir las principales características clínicas de pacientes con LES en diferentes grupos de edad de una población del Estado de México.

Material y métodos: Se analizaron expedientes electrónicos de pacientes con diagnóstico de LES según criterios ACR/EULAR 2019 que acudieron a consulta externa de reumatología de un hospital de tercer nivel entre junio de 2021 y octubre de 2023. Se realizó un análisis comparativo por grupos de edad al diagnóstico definidos de manera operacional. Se usaron las pruebas exacta de Fisher para variables categóricas y la de Kruskal-Wallis para variables continuas.

Resultados: Se incluyó a 123 pacientes divididos en tres grupos etarios (Tabla 1); la mayoría (82,9%) se clasificó en el grupo de 17 a 49 años y correspondió a mujeres (93,5%). La mediana de tiempo en años desde el diagnóstico fue de 6,6 años (RIC 25-75%, 1-13). Se informaron los dominios afectados; el principal fue el cutáneo con afectación de 68,3%, seguido por el articular con 58,5%. El patrón de ANA más frecuente fue el nuclear homogéneo en 48 pacientes; los tres principales patrones (homogéneo, moteado fino, granular y moteado grueso) representaron el 68,5%. Las principales comorbilidades fueron hipertensión, enfermedad renal, hipotiroidismo y esteatosis hepática (Figura 1).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con LES del Estado de México predominó el sexo femenino, con mayor afectación cutánea y articular y un patrón de ANA homogéneo como hallazgo inmunológico principal. Llama la atención la hipertensión predominante en el grupo de pacientes más jóvenes, probablemente en relación con la mayor prevalencia de afectación renal en este grupo etario. Estos resultados confirman la heterogeneidad clínica e inmunológica de la enfermedad y resaltan la importancia de caracterizarla de acuerdo con los grupos de edad para optimizar su abordaje.

Bibliografía

Aringer M, Costenbader K, Daikh D, *et al.* 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71(9):1400-1412.

Tabla 1. Manifestaciones por dominios y edad. (CG197)

	Total n = 123	0-16 años n = 14	17-49 años n = 102	50 y más años n = 7	p
Edad al diagnóstico, años, mediana (RIC)	31 (21-40)	13 (11-15)	32 (23-40)	53 (52-60)	< 0,001
Sexo femenino, n (%)	115 (93,5)	13 (92,9)	96 (94,1)	6 (85,7)	0,53
Tiempo desde diagnóstico, años, mediana (RIC)	6(1-13)	13,5 (7-21)	5 (1-12)	4 (1-50)	0,02
Características clínicas					
Constitucionales, n (%)	6 (4,9)	0	6 (5,9)	0	0,52
Cutáneas, n (%)	84 (68,3)	10 (71,4)	71 (69,6)	3 (42,9)	0,32
Articulares, n (%)	72 (58,5)	6 (42,9)	59 (57,8)	7 (100)	0,04
Neuropsiquiátricas, n (%)	20 (16,3)	4 (28,6)	16 (15,7)	0	0,23
Serositis, n (%)	11 (8,9)	0	11 (10,8)	0	0,52
Hematológicas, n (%)	69 (56,1)	6 (41,9)	60 (58,8)	3 (42,9)	0,40
Renales, n (%)	40 (32,5)	7 (50,0)	31 (30,4)	2 (28,6)	0,33
Características inmunológicas					
Anticuerpos antifosfolípido, n (%)	17 (13,8)	4 (28,6)	13 (12,8)	0	0,14
Complemento bajo, n (%)	23 (18,7)	2 (14,3)	20 (19,6)	1 (14,3)	0,85
Anticuerpos específicos (anti-DNA, anti-Sm positivos, n (%))	49 (39,8)	6 (42,9)	40 (39,2)	3 (42,9%)	0,93
Número de criterios, mediana (RIC)	14 (10-19)	14 (12-20)	14 (10-19)	12 (10-17)	0,66

Figura 1. (CG197)

