

XXIV Congreso Chileno de Reumatología
XII Congreso Internacional de Reumatología
I Jornada de Rehabilitación en Reumatología
IV Curso de Reumatología para Médicos Generales
V Jornadas Nacionales de Educación al Paciente Reumático

RESUMENES DE TRABAJOS PRESENTADOS

Presentaciones orales

1. PREVALENCIA Y CORRELACIONES CLINICAS DEL COMPROMISO MOTOR DEL TUBO DIGESTIVO EN PACIENTES ESCLERODERMICOS

L. Soto, A. Madrid, C. Defilippi, M. Cuchacovich, C. Defilippi, A. Heniquez

Reumatología y Gastroenterología. Departamento de Medicina. Hospital Clínico. U. De Chile.

Introducción: Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes de la Esclerodermia (ES) se encuentran las del tubo digestivo. Los trastornos esofágicos son los más estudiados. En nuestro país no han sido reportados el compromiso gastrointestinal ni el Sobrecrecimiento Bacteriano Intestinal (SBI) en ES. **Objetivo:** Establecer la prevalencia y las características del compromiso gastrointestinal en un grupo de pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de ES establecidos por la ACR. **Material y Métodos:** Se reclutaron 10 pacientes con diagnóstico de Esclerodermia, 9 mujeres, con edad promedio de 43,9 años (26 a 76), tiempo de evolución de la enfermedad de $6,5 \pm 6,06$ años. Cinco pacientes presentaban ES difusa, 4 limitada, 1 localizada. Tres sujetos recibían Prednisona, 3 metotrexato, 4 azatioprina y 2 penicilamina. La gravedad de la enfermedad fue medida con Score de Rodnan, Levesque y HAQ DI. Se realizó una Manometría Esofágica (ME) estandarizada, Electrogastrografía de Superficie (EGG), Manometría Intestinal (MI) por 5 h con 4 catéteres profundidos identificándose 4 tipos de motilidad: Normal, Miopático (amplitud de ondas $< 2DS$ que el grupo control normal [32 ± 1.3]), Neuropático (ausencia de Fase III o alteración de ésta) y Mixto (combinación de los últimos). El Tiempo de Tránsito OroCecal (TTOC) (normal: 80-100 min) y el SBI se midieron con Test de H₂ Espirado. **Resultados:** El 80% de los pacientes presentaban alguna alteración de la ME de grado moderado. MI alterada en el 80% de los sujetos, compromiso Miopático en un 50% y Mixto en 30%. La EGG mostró disrritmia gástrica con bradigastría en un 44, 5%. El TTOC resultó prolongado en el 30% de los pacientes y 40% presentó SBI. El promedio de puntaje de Rodnan fue de 9.77, la medición de Levesque mostró un x de 7 y el HAQ DI 0,52. No se logró establecer correlación entre el tipo compromiso gastrointestinal y la forma de ES (difusa, limitada o localizada). No hubo correlación entre los síntomas digestivos y las alteraciones gastrointestinales observadas. Los trastornos de MI y ME se manifestaron en la mayoría de los pacientes independientemente de la severidad de la ES. **Conclusión:** Los sujetos esclerodérmicos presentan frecuentemente grados variables de compromiso gastrointestinal y éste es independiente de los síntomas reportados. La elevada prevalencia de estos trastornos en sujetos con bajo grado de severidad de la enfermedad sugiere que estos trastornos anteceden el compromiso de piel y de órganos profundos.

2. FUNCION DEL EJE HIPOTALAMO-HIPOFISIS-SUPRARRENAL Y SU RELACION CON EL GENOTIPO HLA DR4 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA ACTIVA

F. Silva, M.A. Gutiérrez, L. Llanos, N. Molina, P.I. García, C. Campusano, S. Jacobelli
Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivo: La etiopatogénesis de la artritis reumatoidea (AR) es compleja y multifactorial. Por una parte es conocida la susceptibilidad genética de la AR determinada por genes específicos HLA-DRB1 presentes principalmente en el alelo HLA-DR4. Por otro lado se ha descrito una disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) con deficiencia en la producción de cortisol y dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S) como un factor patogénico en el desarrollo de la enfermedad. Para saber si estos dos factores están ligados o actúan en forma independiente estudiamos la relación entre la respuesta del eje HHS frente a un estímulo específico y la presencia del alelo HLA-DR4 en pacientes con AR.

Métodos: Se estudiaron 8 mujeres con AR activa sin tratamiento esteroideal previo, edad promedio de 55 ± 9 años, duración de la enfermedad de 60 ± 49 meses, 4/8 con FR (+) y 7 mujeres sanas pareadas por edad como grupo control. Se midieron niveles plasmáticos de cortisol, DHEA-S e interleuquina 6 (IL-6) basales y después de estímulo con hipoglicemia inducida por insulina. La respuesta se expresó como el cociente entre las concentraciones de hormonas e IL-6. Se determinó el genotipo HLA-DR por técnica de PCR en todos los sujetos estudiados.

Resultados: La mitad de los pacientes fueron HLA-DR4 (+). Las relaciones cortisol/IL-6 y DHEA-S/IL-6 basal y post hipoglicemia fueron significativamente menores en el grupo con AR comparado con el grupo control ($p < 0.05$). Las relaciones cortisol/IL-6 y DHEA-S/IL-6 basales y en respuesta a la hipoglicemia fueron similares entre los pacientes DR4 (+) y DR4 (-). No hubo diferencias en las áreas bajo las curvas de respuesta de cortisol y DHEA-S entre pacientes DR4 (+) y DR4 (-).

Conclusiones: Los pacientes con AR tuvieron una respuesta deficiente de cortisol y DHEA-S frente al estímulo con hipoglicemia comparado con los controles, pero no relacionada a la presencia del alelo HLA-DR4, lo que sugiere que son factores que actúan independientemente en la AR. Es necesario confirmar estos datos en estudios con mayor número de pacientes.

Financiado por comité de publicación y educación de PANLAR 1999.

3. BUSQUEDA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN 9 FAMILIAS CON LUPUS MULTICASO

C.A. Pérez, P.I. García, M. Collinao, L. Massardo y S. Jacobelli
Pontificia Universidad Católica de Chile

El lupus eritematoso generalizado (LEG) es una enfermedad autoinmune compleja que posee una predisposición genética. Tiende a ocurrir dentro de las familias pero no posee un patrón de herencia característico. Se ha reportado una agregación familiar de un 2 a 5 % entre hermanos, sin embargo la concordancia en gemelos alcanza sólo 25%. Se ha descrito que las manifestaciones lúpicas son similares entre el lupus familiar y los casos esporádicos y que existiría mayor prevalencia de otras enfermedades autoinmunes. Del registro de 400 enfermos con LEG del Hospital Clínico UC. y del Hospital Dr. Sótero del Río identificamos a 9 familias en que dos o más miembros de 1º o 2º grado cumplían al menos 4 criterios de LEG de la ARA y los progenitores al menos uno de ellos estaban vivos. En sus parientes antecesores realizamos una búsqueda de manifestaciones clínicas de enfermedades autoinmunes y en tres familias realizamos ANA y Anticardiolipinas.

Resultados: Se describe el árbol genealógico de las 9 familias que consta de 82 individuos, 23 tenían LEG.

Enfermedades	N = 23	N = 59
Tiroiditis	1	3
Esclerodermia	0	2
SAF	3	2
AR	0	2
Síntomas sicca	12	1
Miastenia	1	0
Oligo /asintomáticos	0	35
Oligo /asintomáticos AAN +	0	6/15

Conclusión: Los parientes de enfermos con LEG familiar tienen mayor frecuencia de enfermedades autoinmunes (15%) que la población general (2,5 %), y de AAN en los individuos sanos comparada con la descrita para población general.

4. SÍNDROME DE SJÖGREN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: □ MANIFESTACIONES ORALES

L Bascuñán, I Jelincic, P Riedemann

Unidad de Reumatología, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera

INTRODUCCION: El Síndrome de Sjögren (SS) corresponde a una enfermedad auto inmune descrita como una exocrinopatía con compromiso de glándulas salivales y lagrimales. Las alteraciones de la saliva determinan diversas patologías orales. Los pacientes refieren sequedad oral, dificultad para hablar y tragar, alteraciones en el gusto y se constata aumento de caries, periodontopatías, candidiasis y úlceras de la mucosa oral. No existen publicaciones nacionales respecto de la incidencia y características de la patología buco dental en pacientes con SS.

OBJETIVOS: Con la intención final de generar un programa preventivo de patología oral en pacientes con SS, se realizó un estudio para determinar la frecuencia y características de las siguientes patologías orales: caries, patología periodontal y candidiasis oral.

MATERIAL Y METODOS: Se estudiaron pacientes portadores de Artritis Reumatoide (AR) consultantes en el policlínico de reumatología del Hospital Regional Temuco que tenían además el diagnóstico clínico de SS. Ellos fueron comparados con pacientes portadores de AR pero sin SS. Las evaluaciones odontológicas fueron realizadas siguiendo una pauta Standard que consideró:

- 1) Caries: índice **COPS**, que se refiere a la cantidad de Superficies dentales Cariadas, Obturadas o Perdidas.
- 2) Patología periodontal: índice CPTIN (índice de necesidad de tratamiento periodontal comunitario)
- 3) Candidiasis: diagnóstico clínico basado en una pauta standard.

RESULTADOS: Se estudiaron 69 pacientes con AR de los cuales 25 tenían SS y 44 no lo tenían. El índice de COPS promedio para los pacientes con SS fue de 98 vs 77 en los pacientes sin SS ($p = 0,0084$). El índice CPTIN fue de 2.8 en los pacientes con SS vs 2.32 en los que no tenían SS ($p = 0.048$). Finalmente, un 40% de los pacientes con SS tenían candidiasis vs solo un 7% en quienes no tenían SS ($p = 0.0005$).

CONCLUSIONES: Las pacientes con AR y SS tienen mas caries, patología periodontal y candidiasis que las pacientes con AR sin SS. Este grupo debiera ser considerado de alto riesgo respecto de la salud buco dental. Estos resultados avalan la evaluación de la efectividad de un programa odontológico preventivo en estos pacientes.

5. ¿ES LA ATEROSCLEROSIS UN PROBLEMA DE GRAN PREVALENCIA EN LOS PACIENTES CHILENOS CON ARTRITIS REUMATOIDEA?

Cisternas M, Gutiérrez MA, Mertens RA, Rivera D, Garc'a PI y Jacobelli S.

Departamentos de Reumatología y Enfermedades Cardiovasculares, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivo: Se ha descrito un exceso de morbimortalidad cardiovascular en pacientes con Artritis Reumatoídea (AR). La mayor parte de esta mortalidad está determinada por enfermedad coronaria aterosclerótica, que no ha logrado ser explicada por los factores de riesgo tradicionales. Estudios utilizando ecografía doppler han demostrado mayor prevalencia de aterosclerosis medida por grosor íntima-media carotídea (GIMC) en pacientes con AR comparados con controles. En pacientes chilenos no hay datos epidemiológicos que confirmen esta observación. Por este motivo estudiamos la prevalencia de aterosclerosis en pacientes chilenos con AR mediante ecografía doppler carotídea y su correlación con factores de riesgo cardiovascular.

Métodos: Se evaluó el grosor de la íntima-media carotídea con ecografía de alta resolución en 54 pacientes con AR (edad 52 ± 13 años, 91% mujeres, 98% factor reumatoídeo (+), duración de enfermedad de 72 [6-396] meses) y 45 controles pareados por sexo y edad. Se evaluaron los factores de riesgo tradicionales y se midió perfil lipídico, homocisteína y PCR ultrasensible.

Resultados: La prevalencia de doppler alterado (presencia de placa y/o GIMC = 1 mm) fue similar en pacientes y controles (30% vs. 31%, $p=0.9$). El GIMC fue comparable en ambos grupos (0.9 ± 0.4 vs. 0.9 ± 0.6 mm, $p=0.7$). La presencia de doppler alterado se correlacionó en forma positiva con la edad en ambos grupos. No hubo correlación entre ninguna de las variables relacionados a la AR (Rx erosiva, nódulos, FR, rigidez matinal, número articulaciones inflamadas, PCR o tratamiento) y el GIMC. Los pacientes AR presentaron elevación significativa de la homocisteína en comparación a los controles (8.6 ± 3.1 vs. 7.4 ± 1.9 mmol/L, $p=0.04$), y presentaban mayor frecuencia de HTA (55% vs. 27%, $p<0.05$). El resto de los factores de riesgo evaluados fueron similares en pacientes y controles.

Conclusión: A pesar que nuestros pacientes con AR presentaron mayores niveles de homocisteína y mayor frecuencia de HTA, no se observó mayor aterosclerosis subclínica medida como GIMC. Esto nos plantea la necesidad de estudios epidemiológicos que determinen si existe una mayor morbimortalidad cardiovascular en nuestros pacientes.

Financiado por Proyecto APERTUS 2001

6. CARDIOPATIA CORONARIA AGUDA EN PACIENTES PORTADORES DE GOTA. IMPACTO DE LOS DIFERENTES FACTORES DE RIESGO

Dras. C Hernández V., M. E. Piana F., I Castro E., C Reyes G., Oriana Paiva M., P Horta I., C. Guzmán N*, Rina Naveas G.

**Reumatología, Cardiología Servicio Medicina Interna Hospital Clínico Regional Concepción Universidad de Concepción

Tradicionalmente los pacientes gotosos se han relacionados con alteraciones a nivel renal. Durante los últimos años ha cobrado fuerza la hiperuricemia como predictor independiente de daño cardiovascular con gran influencia en la morbimortalidad por esta patología

Objetivo: Evaluar prevalencia de enfermedad coronaria aguda en pacientes con Gota, relacionar los diferentes factores de riesgo

Material y Método: Se ingresan a protocolo de estudio pacientes que consultan en Reumatología entre 2001-2002: se incluye edad, tpo de evolución de la Gota, tratamiento, IMC, presencia de hipertensión arterial (tratamiento/ años), diabetes, alcohol, tabaco, creatininemia, Colesterol total, triglicéridos, uricemia, uricosuria, microalbuminuria.

3- Se estudia desde el punto de vista de insuficiencia coronaria con: ECG. Test de esfuerzo, Ecocardiograma. (Test de perfusión con Talio) Se compara con valores de prevalencia en hombres NHANES III en México-americanos para prevalencia de infartos y angina. Se uso Chi cuadrado y Mann Whitney.

Resultados: Ingresan 50 pac. hombres, edad promedio 51.5 (30-74) años, tiempo de evolución de < 1 año 33%, 1-10 años 33%, > 10 años 33%. Hubo 9 eventos de cardiopatía coronaria aguda. No hubo relación significativa de la presencia de eventos coronarios con magnitud de hiperuricemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipertensión arterial, diabetes aunque estaban presentes en este grupo con frecuencia mayor que la población general, tampoco con IMC, ni creatininemia aumentada. Se relaciona la prevalencia de infartos en nuestro grupo 12% versus 4.1% del NHANES III. e infartos + anginas 18% en nuestro grupo con la prevalencia de 7.2% del NHANES III para población México-americana. Hay una mayor prevalencia de cardiopatía coronaria aguda en pacientes gotosos $p < 0.03$

Conclusión: La presencia de eventos coronarios agudos en nuestros pacientes gotosos fue significativamente mayor que en población general. El factor de riesgo independiente sería la hiperuricemia, ninguno de los otros factores de riesgo para cardiopatía coronaria estudiados presentes en mayor frecuencia que la población general, tuvieron influencia en el grupo estudiado.

7. DISMINUCION DE LINFOCITOS T $V\beta 2+$ CD8+ EN SANGRE PERIFERICA DE PACIENTES CON CARDIOPATIA REUMATICA CRONICA

F Carrión¹, M Fernández², LE Coelho Andrade³, M Odete-Hilario³, F Figueroa¹.

Facultad de Medicina, Universidad de los Andes¹ y Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile². Santiago, Chile. Escuela Paulista de Medicina, Hospital Sao Paulo, Brasil³.

Introducción: La Enfermedad Reumática Activa (ERA) y la Cardiopatía Reumática Crónica (CRC) subsecuente, representan una afección autoinmune que ocurre en respuesta a la infección por Estreptococo Hemolítico Grupo A (EBGA). Diversas proteínas del EBGA son superantígenos (SA), planteándose la posibilidad de que la expansión o depleción de los linfocitos T que expresan regiones variables beta ($V\beta$) estimuladas por SA, puedan estar implicadas en la patogenia de la ERA o la CRC. **Material y Métodos:** Analizamos mediante citometría de flujo de 4-colores, el repertorio $V\beta$ del receptor del linfocito T (TCR) en los linfocitos CD3+, CD4+ y CD8+ de 9 pacientes con ERA, 10 pacientes con CRC y 9 controles sanos. **Resultados:** Encontramos una disminución selectiva de linfocitos $V\beta 2+$, solamente en la subpoblación CD8+ de los pacientes con CRC. Esto es de interés porque varios superantígenos del EBGA actúan sobre los linfocitos T $V\beta 2+$ y porque se ha demostrado que en pacientes con ERA y CRC, los linfocitos CD8+ presentan anergia en respuesta a superantígenos del EBGA. **Conclusión:** La depleción selectiva de linfocitos CD8+ $V\beta 2+$ en los pacientes con CRC, sugiere que un superantígeno del EBGA pueda estar involucrado en la patogenia de la enfermedad.

8. ACTIVACION ENDOTELIAL POR FRACCIONES IgG SERICAS DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y SU CORRELACION CON DISTENSIBILIDAD VASCULAR

C. Labarca, C. Metz, M. Gutiérrez, A. Saint-Jean, R. Jalil, S. Jacobelli

Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivo: Se ha planteado que uno de los mecanismos de daño inducido por los anticuerpos anticardiolipina (aCL) es a través de la activación del endotelio, que es dependiente de la presencia de $\beta 2$ GPI. Por esto se ha sugerido que los aCL podrían tener un papel en la patogenia de la aterosclerosis. Como la enfermedad aterosclerótica es causa importante de morbimortalidad en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y es posible cuantificarla determinando la distensibilidad vascular, quisimos estudiar el efecto de las fracciones IgG séricas de pacientes con LES con y sin aCL sobre la activación endotelial in vitro y su correlación con distensibilidad vascular.

Métodos: Se purificaron fracciones IgG del suero de 15 pacientes con LES, 7 con aCl (+) y 8 con aCl (-). Se incubaron células endoteliales de cordón umbilical humano con las fracciones IgG, en presencia o no de β 2GPI. Luego de 24 horas de incubación se determinó en los sobrenadantes la concentración de interleuquina 6 (IL-6) por ELISA. Se correlacionó el valor de IL-6 con el resultado del estudio de distensibilidad vascular que se determinó por la velocidad de onda de pulso entre las arterias carótida y femoral.

Resultados: La concentración promedio de IL-6 medida en los sobrenadantes de células endoteliales estimuladas con fracción IgG del grupo total fue mayor en presencia de β 2GPI ($p < 0.001$). No hubo diferencias al comparar los pacientes con aCl (+) y aCl ($p = 0.118$). Las fracciones IgG del grupo con distensibilidad vascular alterada estimularon una mayor producción de IL-6 que las del grupo con distensibilidad normal ($p < 0.03$). Las fracciones IgG del grupo de pacientes con aCL (+) y distensibilidad vascular alterada produjeron mayor activación endotelial que las del grupo con aCL (-) y distensibilidad normal ($p = 0.02$).

Conclusión: Las fracciones IgG de pacientes con LES, independiente de la presencia o no de aCL, son capaces de activar el endotelio. Este efecto es potenciado por la adición de β 2GPI. Las fracciones IgG de pacientes con distensibilidad vascular alterada producen mayor activación endotelial que las fracciones IgG del grupo con distensibilidad vascular normal.

Financiado por Proyecto Fondecyt de líneas complementarias 8.000.003 y Dirección de Investigación Escuela Medicina P. Universidad Católica de Chile proyecto PG01-01.

9. SENSIBILIZACION AL EFECTO DE GLUCOCORTICOIDES DE CELULAS CEM-C1, POR PREPARADOS DE INMUNOGLOBULINAS ENDOVENOSAS

I.A. Goecke, C. Sepøelveda, H. Gatica, A. Ferreira, L. Ferreira, M. Aliste, A. Holuigue y S. Kaveri

PDFB, ICBM, Fac. de Medicina, Universidad De Chile. Serv. de Reumatología, Hospital clínico, Universidad de Chile e INSERM U 430, París, Francia.

Introducción: Los glucocorticoides (GC) son potentes inmunosupresores, en parte debido a efectos antiproliferativos y proapoptóticos en linfocitos. Son parte importante del tratamiento de patologías autoinmunes y neoplásicas pero la aparición de resistencia a GC limita su eficacia. Las inmuno-globulinas endovenosas (IVIg) son otra herramienta terapéutica en estos cuadros y poseen un efecto ahorrador de GC. Se desconoce si éste es un efecto directo sobre la sensibilidad a GC y si pudiera revertir la resistencia a GC en algunos tejidos. **Objetivos:** Evaluar si IVIg sensibiliza al efecto antiproliferativo e inductor de apoptosis de GC en una línea celular linfóide que expresa receptores de GC (RGC), pero es resistente a GC (CEM-C1) y si modifica la expresión o afinidad del RGC α (activo) y β (inhibidor) en estas células. **Métodos:** Se cultivaron células CEM-C1 con o sin dexametasona 10 μ M (DX) durante 48 hrs. En las últimas 24 hrs se agregó, o no, IVIg (40mg/ml). Se evaluó proliferación (incorporación de timidina H³) y apoptosis (eventos con DNA sub G1 por FACS). Se evaluó el efecto de IVIg (50 mg/ml) en la expresión de los RGC α y β a nivel de RNAm (RT-PCR) y proteico (western blot). La afinidad del RGC α se evaluó por ligamen de DX-H³. **Resultados:** IVIg indujo una disminución mayor al 50 % de la proliferación de células CEM-C1, $P < 0.05$. Este efecto fue mayor que la suma de los efectos de IVIg y DX (25,8+3,2% y 4,8 + 2,1%) La apoptosis inducida por GC en presencia de IVIg fue de 18,7 + 2,4 % v/s 8,6 + 1,7% sin IVIg, $P < 0.05$. Las células cultivadas con IVIg disminuyeron significativamente los niveles de RNAm (48,3 + 18,9% con respecto al control) y de proteína del RGC β (43,0 + 31,7% del control), $P = 0.04$ y 0.03 respectivamente. **Conclusión:** IVIg sensibiliza a las células CEM-C1 al efecto antiproliferativo y apoptótico de GC. Estos efectos pudieran estar mediados por una menor expresión del RGC β . Si esto ocurriera en linfocitos de pacientes con patología autoinmune o linfoproliferativa con resistencia a GC, pudiera ser de gran utilidad clínica.

10. POLIMORFISMO DEL GEN DEL TNF- α Y SU RELACION CON ARTRITIS REUMATOIDEA

M Cuchacovich¹, L Soto¹, A Cruzat³, J Cuenca³, L Ferreira¹, C Pérez³, A Aguirre³, I Schiattino², JC Aguilón³.

¹Sección de Reumatología, Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile, ²Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y ³Programa Disciplinario de Inmunología, ICBM.

Introducción: El TNF posee un importante rol en la patogénesis de artritis reumatoide (AR). De los polimorfismos que afectan la región promotora del gen de TNF, la transición de guanina (G) por adenina (A) en la posición -308, genera los alelos TNF1 (G) y TNF2 (A). Estudios *in vitro* e *in vivo* correlacionan la presencia del alelo TNF2, con una elevada expresión de TNF y con la severidad de algunas enfermedades, respectivamente. **Objetivo:** determinar la asociación entre el polimorfismo -308, la expresión de TNF estimulada con LPS, en un cultivo *ex vivo* y la presencia de AR. **Material y Métodos:** se reclutaron 79 pacientes y 35 individuos sanos, como controles. La concentración de DNA se determinó por espectrofotometría, el DNA extraído correspondiente a la región promotora del TNF se amplificó mediante PCR. Para determinar la concentración de TNF en sangre se utilizó técnica de ELISA (Human TNF- α US Ultrasensitive). La inducción de TNF por estímulo de LPS en cultivo *ex vivo* se realizó según método estandarizado. Para determinar la cuantía de TNF en sobrenadante de cultivo *ex vivo* se usó método de IRMA. **Resultados:** El alelo TNF2 estuvo presente en un 19% de los pacientes AR y 11% de los controles. En ambos grupos, se observó una alta variación interindividual de los niveles de TNF séricos y los inducidos con LPS. La concentración de TNF en suero, fue 6 veces mayor en los pacientes AR que en los controles ($p < 0.0001$). Los niveles espontáneos e inducidos de la citoquina en estudio, no fueron estadísticamente distintos al comparar pacientes y controles. **Conclusión:** para pacientes AR y controles, el polimorfismo -308 de la región promotora del TNF no estaría asociado, con la presencia de AR, ni con el incremento de TNF circulante o la capacidad de producir TNF en un sistema de cultivo *ex vivo*. Otros factores podrían ser importantes para determinar la relación de estos parámetros con Artritis Reumatoide.

FINANCIADO POR: FONDECYT 1990936.

11. EFECTO DEL METOTREXATO SOBRE EL SISTEMA NF κ B/REL EN LINFOCITOS T HUMANOS

L. Díaz¹; C. Metz¹; S. Jacobelli¹ y A. González^{1,2}.

¹Depto. Inmunología Clínica y Reumatología, Facultad de Medicina, y ²Centro Regulación Celular y Patología Fondap-Biomedicina, Facultad de Ciencias Biológicas, P. Universidad Católica de Chile, y MIFAB.

Los factores de transcripción NF κ B/Rel, cruciales en la regulación de la respuesta inmune, se encuentran retenidos en el citosol debido a una interacción con proteínas inhibitorias I κ Bs. Diversos estímulos extracelulares inducen fosforilación y degradación de los I κ Bs y subsecuentemente la traslocación de NF κ B/Rel al núcleo. Recientemente, se ha descrito que el metotrexato (MTX) inhibe la activación de NF κ B/Rel en células Jurkat, que es una línea de linfocitos T humanos, impidiendo la degradación de I κ B α por inhibición de la quinasa responsable de su fosforilación.

Objetivo: Precisar si este mecanismo es funcional en linfocitos de sangre periférica de enfermos con AR y controles sanos.

Métodos: Se activaron células Jurkat o mononucleares de sangre periférica (MNSP) con PMA+I, en presencia o ausencia de MTX. Se determinaron los niveles de I κ B α en extractos citosólicos mediante inmunoblot y la actividad de IKK mediante un ensayo quinasa usando como sustrato GST-I κ B α (aa 1-54). El efecto de la adenosina se midió agregando adenosín deaminasa o un inhibidor de la 5 ectonucleotidasa.

Resultados: Usando dosis de MTX cercanas a niveles terapéuticos, al activar células Jurkat se observó inhibición de la actividad de IKK y por lo tanto, de la fosforilación de I κ B α y de la activación de NF κ B/Rel. Esta inhibición es independiente del aumento de adenosina en el medio y se observa aún en presencia ácido fólico. Contrariamente a lo esperado, al activar MNSP en presencia de MTX no se observó inhibición de la activación de NF κ B/Rel.

Conclusiones: Hemos confirmado que el MTX impide la activación del sistema NFκB/Rel a través de la inhibición de IKK, disminuyendo así la fosforilación y posterior degradación de IκBα. Este efecto sólo fue posible observar en una línea celular, pero no en MNSP. Es probable que exista una diferencia en la velocidad de entrada del MTX entre estos dos tipos celulares, ya que uno representa una línea tumoral y el otro células normales; esto podría explicar la latencia en manifestarse los efectos clínicos de esta droga.

(Proyecto Líneas Complementarias 8000003, FONDAP 13980001)

12. AUTOANTICUERPOS CONTRA GALECTINA-8

C. Cárcamo, L.J. Guzmán A, P. García, L. Massardo, S. Jacobelli, A. González y A. Soza

Depto. de Inmunología Clínica y Reumatología, Facultad de Medicina, Centro de Regulación Celular y Patología, Facultad Ciencias Biológicas, Pontificia Universidad Católica de Chile Y MIFAB.

Las lectinas son proteínas que reconocen y se unen a carbohidratos específicos. Un grupo de lectinas conocido como galectinas (galectinas 1-14) se están estudiando intensamente por sus posibles funciones en la respuesta inmune y en procesos inflamatorios. Autoanticuerpos contra las galectinas- 1, 3 y 9 se han descrito en distintas enfermedades inmunológicas. En nuestro laboratorio encontramos que el suero de una paciente con LEG reconoció en una librería de expresión de cDNA una proteína que resultó ser galectina-8, contra la cual hasta ahora no se han descrito autoanticuerpos. Este hallazgo llevo a pensar que autoanticuerpos contra galectina-8 podrían jugar un papel en la patogenia del LEG.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los autoanticuerpos antigalectina-8 en sujetos sanos y pacientes con LEG.

Método: En un estudio de sección cruzada se analizó la presencia de autoanticuerpos antigalectina-8 mediante inmunoblot y ELISA en 66 pacientes con LEG que cumplían al menos 4 de los criterios diagnósticos ARA y se comparo con 72 individuos sanos. Sesenta y cinco pacientes eran mujeres, edad mediana 40 años (18-80); duración 8 años (0,6-41); 56% con LEG activo según MEX-SLEDAI. La galectina-8 humana se produjo en un sistema de expresión bacteriano y se utilizo como antígeno.

Resultado: Tanto enfermos como controles mostraron autoanticuerpos contra galectina-8 en proporción similar y en los pacientes no hubo relación con la presencia de actividad lúpica.

Anticuerpos antigalectina-8	Lupus	Controles
Técnicas	N = 66	N = 72
ELISA U / ml; promedio ± EE	1,7± 0,2	2,2 ± 0,3
Inmunoblot; N (%)	16(24%)	19(26%)
Positivos por ambas técnicas	15(23%)	18(25%)

Estos hallazgos sugieren que los autoanticuerpos antigalectina-8 son anticuerpos naturales.
(Financiado en parte por: FONDECYT 1020592, FONDAP 13980001)

Presentaciones en posters

13. AMILOIDOSIS A PROPOSITO DE DOS CASOS DE ORIGEN REUMATOLOGICO

A. Badilla, C. Toro, O. Nuñez, A. Carvallo

Dpto. Reumatología y Servicio de Medicina Hospital San Juan de Dios.

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad sistémica caracterizada por depósito de proteínas insolubles de forma fibrilar en diferentes órganos llevando a la disfunción de estos.

Objetivos: Reportar dos casos de enfermedades reumatológicas que, según la literatura, rara vez se complican con amiloidosis sistémica de tipo AA.

Material y métodos: Se presenta un paciente con Espondiloartritis anquilosante (EAA) y otro con Behcet, se revisan sus historias clínicas, exámenes complementarios y estudio histológico. Se complementa con literatura al respecto.

Resultados: Pacientes 1: EAA HLA-B27 (+) de 20 años de evolución, muy agresiva, con compromiso articular axial y periférico e iridociclitis a reptición. Se complica con diarrea crónica y síndrome nefrótico. Biopsia de intestino grueso muestra rojo de congo (+) e inmunohistoquímica con anticuerpos anti A intensamente positiva. Fallece a los seis meses de iniciada la diarrea. Paciente 2: Enfermedad de Behcet de 10 años de evolución con fiebre, úlceras orales y escrotales a repetición, poliserositis, piodermatitis, trombosis venosa profunda femoropoplitea e ileocava, rotura de aneurisma de arteria femoral común que fue operada. Se agregan síndrome nefrótico y diarrea crónica. El estudio de riñón con rojo congo, microscopía electrónica y anticuerpos anti A confirmaron la amiloidosis AA. Fallece a los 3 meses de iniciada complicación renal.

Conclusión: 1) Se presentan 2 casos de enfermedad de base agresiva y prolongada que infrecuentemente se asocian a amiloidosis AA. 2) En ambas la complicación renal y digestiva contribuyen a causar la muerte. 3) No existe hasta el presente tratamiento eficaz para la amiloidosis, siendo su curso habitualmente fatal.

14. EVALUACION OFTALMOLOGICA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR). RELACION CON ELEMENTOS DE LA HISTORIA CLINICA Y LABORATORIO

A. Badilla¹, R. Agurto², A. Soto², E. Ordenes², A. Pereira², P. Rodríguez², R.N. Agurto², S. Barrenechea², H. Arís¹.

Dptos de Reumatología¹ y Oftalmología² Hosp. San Juan de Dios.

Introducción: Dentro de las manifestaciones extraarticulares de la AR, las de origen oftalmológico pueden ser graves llegando en algunos casos a comprometer la visión en un corto plazo.

Objetivos: Describir los principales hallazgos en el examen oftalmológico de 115 pacientes con AR y relacionarlos con aspectos clínicos y de laboratorio.

Material y Método: 131 pacientes con AR (ACR 1987) controlados en el Dpto. de Reumatología del Hosp. San Juan de Dios, seleccionados por orden de llegada a sus controles habituales durante tres meses.

Resultados: 115 pacientes completaron la evaluación, encontrándose Queratoconjuntivitis Sicca (QCS) en 29 de ellos (25%); de éstos, 8 no referían xeroftalmia (27%). Este grupo de QCS presentó niveles más altos de Factor reumatoideo y edad. (T. Test. $P=0.034$ y $P=0.035$ respectivamente). 2 pacientes tenían escleromalacia focal uno de ellos tras una escleritis nodular reciente. 5 casos de leucomas corneales, 2 degeneraciones corneales marginales, 37 cataratas y 2 glaucomas. Se encontró una correlación inversa entre años de uso de corticoide y niveles de tonometría ocular ($R=-0.25$ y $P=0.006$). En el análisis multivariado al corregir por edad y dosis actual esta relación se mantuvo. Para el Test de Shirmer se encontró una sensibilidad de 65% y especificidad de 80% muy similar a Rosa de bengala en el diagnóstico de QCS. Sólo un 78% de los pacientes con T. Schirmer ≤ 5 mm en 5 min. cumplieron con los criterios de Sjögren secundario (Europeos revisados).

Conclusiones 1) La QCS fue la principal manifestación, lo que concuerda con otros reportes. Este hallazgo se relacionó con niveles más altos de FR y edad. 2) No se encontraron manifestaciones oculares graves, lo que

podría estar favorecido por el alto número de pacientes bajo tratamiento modificador. 3) La elevación de las presiones intraoculares en los primeros años del tratamiento esterooidal podría deberse al uso de dosis mayores orales y parenterales, no evaluado en el estudio. 4) Según los resultados, es conveniente la evaluación oftalmológica periódica, a pesar de que el paciente no refiera xeroftalmia o tenga un T. Schirmer normal.

15. ESTUDIO DE CONCORDANCIA DIAGNOSTICA EN PACIENTES QUE CONCURREN POR PRIMERA VEZ A UN POLICLINICO DE REUMATOLOGIA DE UN HOSPITAL TERCARIO

AM Werner C.

Servicio de Medicina Interna - Unidad de Reumatología. Hospital Regional de Temuco. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera. Temuco. Chile.

El análisis de los enfermos atendidos en los policlínicos de reumatología es importante, porque permite obtener información más precisa de las características de los pacientes referidos, como también la utilidad de pesquisar el grado de conocimiento que poseen de estas patologías el grupo derivante mayoritario que son los médicos generales.

OBJETIVO: Evaluar la concordancia entre el diagnóstico de derivación y el diagnóstico reumatológico final en pacientes nuevos derivados a una unidad de reumatología, y conocer la patología reumatológica más frecuente de estas primeras consultas.

PACIENTES y METODOS: Durante el año 2000, se registraron todos los pacientes nuevos referidos a la sección de reumatología del Hospital Regional de Temuco. A través del Índice Kappa, se analizó la concordancia entre el diagnóstico referido por los médicos generales y de medicina interna y el diagnóstico reumatológico final. Se utilizó como referencia la versión modificada de la nomenclatura y clasificación del American College of Rheumatology.

RESULTADOS: Se analizó las interconsultas de 787 pacientes nuevos. El 83% correspondió a mujeres cuya edad promedio fue de $54,7 \pm 14$ años. El 27% de los pacientes fueron derivados con el diagnóstico de Enfermedades del Tejido Conectivo, 26% Enfermedades Extraarticulares y 24% Artrosis. La concordancia entre el diagnóstico de derivación y el reumatológico final fue de 0,60 para Medicina General y 0,72 para Medicina Interna.

CONCLUSION: Aunque la concordancia global entre los diagnósticos de derivación referidos por los médicos generales e internistas fue Bueno, aún existen discrepancias importantes que deben ser mejoradas.

16. METOTREXATE Y LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Dres. Y. Sánchez y A. Carvallo

Dpto. Reumatología Hosp. San Juan de Dios

En el lupus eritematoso sistémico (LES), se han utilizado variados tratamientos en especial corticoesteroides, antimaláricos e inmunosupresores. En el último decenio, el metotrexate (MTX) aparece como una alternativa terapéutica, pese a ser escasas las experiencias hasta ahora publicadas.

Objetivo: Evaluar en un grupo de pacientes con LES de nuestro Dpto. la indicación del uso de MTX y el resultado del tratamiento.

Material y Método: 7 pacientes de un total de 426 fichas revisadas recibieron tratamiento con MTX. Se confeccionó protocolo consignando sexo, edad, tiempo de evolución de enfermedad, tratamiento previo, indicación de MTX, dosis, eficacia y efectos adversos.

Resultados: Todas las pacientes eran mujeres; edad 26 a 62 años (X 42,9) y 5 a 34 años de evolución (X 14,4). Tratamiento previo con AINE, corticoidales, hidroxycloquina y azathioprina por 6 a 631 meses (X 147,3). La persistencia de manifestaciones articulares y/o cutáneas fueron la principal causa de uso de MTX. Dosis: 7.5 a 15 mgrs; tiempo: 6 a 106 meses (X 41,6). Fue eficaz en todas; permitió disminuir, la dosis media de prednisona. Tres pacientes tuvieron efectos adversos (2 alza transaminasas, 1 gastrointestinal) con suspensión de la droga.

Conclusiones: 1) El MTX es de uso reducido aún en el LES 2) Su principal indicación y eficacia es en manifestaciones articulares y cutáneas, permitiendo además disminuir la dosis de corticoesteroides. En este grupo destacan sin embargo los efectos adversos. 3) Estudios controlados con mayor número de pacientes permitirán conclusiones más definitivas.

17. ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL SISTEMICA (A.R.J.S.) EN MENOR DE 1 AÑO. CASO CLINICO

Int. Carlos Torres B., Dra. Cecilia Méndez R., Dr. Eduardo Talesnik G.

La A.R.J.S. corresponde al 10-20% de las formas de inicio de esta enfermedad, siendo infrecuente en niños menores de 1 año.

Se presenta el caso clínico de una lactante de 9 meses, de sexo femenino, sin antecedentes personales ni familiares relevantes. Consultó por síndrome febril prolongado, con alzas térmicas diarias hasta 40°C y al décimo día se agregó artritis del dedo índice de la mano derecha y del tobillo izquierdo. Exámenes de laboratorio: hematocrito 29%, leucocitos 20000/mm³, VHS 57 mm/hora y PCR 20 mg/dl. Se efectuó artrotomía de tobillo izquierdo y osteotomía de peroné. Se encontró escasa cantidad de líquido sinovial, con cultivo negativo. Biopsia de sinovial compatible con sinovitis crónica y biopsia normal de tejido óseo y cartilaginoso. En el post-operatorio persistió febril y se agregó exantema cutáneo asociado a fiebre, esplenomegalia y poliadenopatías. Exámenes de laboratorio: hemoglobina 6,8 mg/dl, hematocrito 20%, leucocitos 20200/mm³, plaquetas 948000/mm³, hemofagocitosis, VHS 84 mm/hora, PCR 121 mg/dl, LDH 2530 U/l. Protrombina, TTPA, SGOT, SGPT y examen de orina normales. Hemocultivos, mielocultivo y urocultivo negativos. Mielograma, líneas celulares normales. Factor reumatoideo y anticuerpos antinucleares negativos. Ecocardiograma, derrame pericárdico de 2-3 ml. Con diagnóstico de A.R.J.S. se inició ibuprofeno 10 mg/kg, cada 8 horas y se observó declinación de la fiebre, sin embargo se agregó artritis de rodilla izquierda y aumento de volumen de manos. Se adicionó prednisona 1 mg/kg/día, en 3 dosis, con regresión progresiva de síntomas. Un mes después se inició la reducción de la prednisona y cinco meses después del comienzo de esta enfermedad, tiene examen físico y de laboratorio normales.

La A.R.J.S. en menores de 1 año se caracteriza por síndrome febril prolongado, exantema cutáneo asociado a fiebre, poliadenopatías, visceromegalia, derrame pericárdico, aumento de volumen de manos, artritis, anemia, leucocitosis y VHS elevada, como ocurrió en este paciente. Se debe efectuar exclusión de enfermedades infecciosas y neoplasias.

18. CLASIFICACION DE LAS ARTRITIS IDIOPATICAS INFANTILES EN EL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE DE VIÑA DEL MAR

L. Roca Zela * y M.S. Lagos **

*Servicio de Reumatología del Hospital Gustavo Fricke. ** Interna de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Los criterios de clasificación de las artritis idiopáticas infantiles (ILAR 1995) propuestas en Santiago (1994) y revisadas en Durban (1997), requieren de estudios epidemiológicos y estadísticos para confirmar su validez. Con este objetivo y como aporte a la casuística nacional publicada en Santiago en 1997, se clasificaron con los nuevos criterios todos los niños con Artritis Crónica Juvenil (EULAR 1977) vistos en el Servicio de Reumatología del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar entre 1992-2002.

Resultados: Promedio de edad de inicio de la enfermedad: 9,17 +- 3.6 (Rango 2-15). 22 hombres y 19 mujeres, sexo M/F 1.15.

CLASIFICACION EULAR /PROPOSICION ILAR									
	N (%)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Sistémica	8 (19.5)	6	0	0	0	0	0	0	2
Poliartritis	8 (19.5)	0	5	2	0	0	1	0	0
Oligoartritis	25 (60.9)	0	0	0	14	5	6	0	0
Total	41	6	5	1	14	5	7	0	2
%	100	15	12.5	2.5	35	12.5	17.5	0	5

I: Sistémica, II: Poliartritis FR (-), III: Poliartritis FR. (+), IV: Oligoartritis, V: Oligoartritis extendida, VI: Artritis relacionada con Entesitis, VII: Artritis psoriática, VIII: Artritis no clasificables.

Conclusiones: Los nuevos criterios tuvieron una buena aplicación en la clínica, pudiendo ser clasificados el 95% de los niños. Al igual que la publicación de Santiago predominaron las oligoartritis y estas pudieron reclasificarse en tres grupos lo que facilita el análisis. En nuestra casuística hay un discreto predominio del sexo masculino.

19. CLOROQUINA EN SINDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. UNA ALTERNATIVA TERAPEUTICA EFICAZ? MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA. (Comunicación Preliminar)

S. Kaliski, L. Bustos, S. Echeverría, A. Cabello, JC Araya, R: Miranda, C. Baumert.

Departamentos de Medicina, (Unidad de Reumatología), Cirugía, Oftalmología, A.Patológica y CIGES U.de la Frontera

El beneficio de los antimaláricos ha sido demostrado en AR y LES con estudios controlados. Sin embargo, en S. Sjögren Primario (SSP), sólo existen pequeñas series publicadas no comparables entre sí que demuestran reducción significativa en parámetros inflamatorios como VHS e IGG siendo su utilidad clínica aún controvertida. Objetivo: Demostrar efectividad de la cloroquina en parámetros clínicos. Material y Método: Estudio prospectivo de pacientes SSP (Consenso Europeo-Americano 2001) que consultan en Reumatología Hospital Temuco, voluntariamente reciben cloroquina 3-4mg/Kg/día. Parámetros clínicos edad, sexo, etnia, educación, latencia dg. Medición basal y cada 3 meses: sicca en encuesta con escala 1-10, Schirmer II, fluoresceína, FO. Test de flujo salival (Dra. Hernández), manifestaciones extraglandulares (MEG), medición escala análoga de artralgias, mialgias, efectividad y necesidad de tratamiento sintomático. Registro RAM. Campimetría cada 6 meses. Exs. FR, AAN, Ro, La, EFP. Análisis uni y bivariado, prueba exacta de Fischer, t de student pareado y anova. Nivel significancia 5%. Resultados preliminares: Tenemos actualmente 18 pacientes, de los cuales 17 son mujeres, con edad prom. 50.8 ± 14 años. Con 2.1 ± 1.5 hijos y 1.1 ± 3 abortos. Educación media y/o univ. en un 44%, casi un tercio son mapuches. Latencia Dg. de 5 ± 4.8 años. Con poliartralgias 67%, mialgias 61%, Aum. vol.gland. 38%. Raynaud en un 1/3 de los casos y artritis sólo en 1 pac. MEG más severas en 5 pacientes (Fibrosis Pulmonar, Polineuropatía, Tunnel carpiano, bicitopenia y Uveítis.). Exs Inmunológ. :FR+ 55%, Ninguno con AAN (Hep2), Ro+ 50% y La+ 22%. Bp G =2 Chisholm-Mason en 28% de los pac. y G IV en 34% de los casos. En un paciente se sospecha linfoma. De los pacientes, 13/18 cumplieron ya 3 meses de tratamiento con cloroquina comparándose (t test pareado) con su propia basal : Test de Schirmer basal prom. 3.6 ± 1.3 vs 7.6 ± a los 3 meses con p > t = 0.03. , Escala análoga dolor (1-10 máx) para: artralgias, basal 7.8 ± 2.9 vs. 4.8 ± 3 a los 3 meses con p > t = 0.001. mialgias basal 6.5 ± 3.4 vs 4.3 ± 3.7. con p = 0.02. Intensidad sicca ojos basal 7.5 ± 1.71 vs. 5.8 ± 2.3 a los 3 meses con p > t = 0.001. Intensidad sicca boca basal

7.7±1.9 vs. 6.0 ± 2.1 a los 3 meses con $p > t = 0.000$. Test flujo basal =5 mm vs. 2.5 mm a los 3 meses con $p > t = 0.17$. Conclusiones: A pesar de ser un estudio preliminar con 18 casos, se estaría demostrando hasta el momento, beneficio significativo de la cloroquina, medicamento barato y disponible en el Servicio de Salud en lo que respecta a sintomatología clínica como artralgias y mialgias y en sicca (objetivado con Schirmer). No hubo correlación entre grado de xerostomía sintomática y el test de flujo salival. El aumento de la casiística incorporando a grupo control será de gran importancia para corroborar estos resultados.

20. SINDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. PERFIL CLINICO, INMUNOLOGICO E HISTOLOGICO EN PACIENTES DE LA IX REGION

S Kaliski, L. Bustos, JC Araya, R. Miranda, C. Baumert.

Unidad de Reumatología, CIGES y A. Patológica UFRO.

El Síndrome de Sjögren Primario (SSP), a pesar de ser la segunda enfermedad autoinmune en frecuencia, es a menudo subdiagnosticado con latencia dg. promedio de 8-9 años. Diversos Criterios de Clasificación contribuyen a esta dificultad. Objetivo: Conocer características clínicas, inmuno e histológicas en pacientes con SSP en la IX Región.

Material y Método: Estudio transversal de pacientes referidos a Reumatología Hospital Temuco, desde 1997 a la fecha, egresos hospitalarios, casuística de Bp. de A. Patológica. Se incluyen sólo a pacientes con disfunción exocrina y Bp con 1 o más focos score/4mm² y/o positividad de Ro o La, AAN o FR. Criterios exclusión Consenso Europeo-Americano 2001. Características clínicas como edad, sexo, etnia, latencia dg, manifestaciones sicca y extraglandulares (MEG) son registradas según protocolo, Exs. Inmunológicos e Histología (Clasificación Chisholm-Mason). Análisis estadístico univariado y bivariado, prueba exacta de Fischer, t de Student y anova. Alpha=0.05.

Resultados: 50 casos de SSP, 90% mujeres, con edad prom. 56.4±15.3 años. El 24% fue mapuche, 70% con Educ. Med. o Univ., N°. Prom. de hijos 2.4±2.2. Abortos en 30% de los casos. Duración sicca predg.3.9±3.4 años. Schirmer menor o igual a 8 en 92% de los pac. Bp.g.salival accesoria G.IV. en 57% de 33 muestras. FR+ 62%, AAN+ 23%, Ro+ 30%, La+ 18%. MEG:Artritis 23%, Artralgias 75%, Raynaud 37%. Aum. vol. parotídeo en 44% pac. En 2 casos Enf. Linfoproliferativa. Un 28% de los pac. presentan al menos una MEG siendo el Neurológico el más frecuente con 14.9%. No se encontró relación significativa entre edad, sexo, etnia, duración sicca, con Schirmer, grado compromiso bp, aumento vol. parotídeo, MEG y exs. Inmunológicos. No hubo asociación entre severidad MEG e histología y o positividad exs inmunol. Tampoco entre abortos y Ro o La+.

Conclusiones: Nuestros pac. consultaron menos tardíamente a lo esperado, presentaron con menos frecuencia MEG severas e inmunológicamente fueron menos activos a lo descrito en literatura. No se observó relación entre severidad clínica e histología y exs.inmunol. La ocurrencia de aborto fue el doble de lo habitual. El grupo mapuche no presentó diferencias. Estudio prospectivo se hace necesario.

21. ENFERMEDAD DE BEHÇET-ESTUDIO RETROSPECTIVO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS STGO. CHILE

Dr. J. Saavedra, Dra. R. Areny

Dpto. Reumatología del Hosp. San Juan de Dios

Introducción: La enfermedad de Behçet, es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica de diagnóstico clínico, poco prevalente en nuestro país. **Objetivo:** Reportar la experiencia en nuestro hospital. **Método:** Se revisó la ficha clínica de 8 pacientes diagnosticados y controlados regularmente en el Dpto. Reumatología entre los años 1989 y 2002. El diagnóstico se hizo según los criterios del I.S.G. for Behçet Disease. **Resultados:** De 8 casos, 75% eran hombres con una mediana de edad de 42 años, y una mediana al momento del diagnóstico de 36,5 años; el

diagnóstico demoró más de 2 años en el 62,5 %. El 100% presentó úlceras orales, 87,5% úlceras genitales, 25% compromiso ocular, 100% lesiones de piel; la patergia se realizó en el 87,5%, todas negativas. El 87,5% presentó compromiso vascular, y en un 100% hubo trombosis. 50% manifestó compromiso articular, 25% compromiso del sistema nervioso, todos de poca relevancia. Otras manifestaciones fueron las del sistema gastrointestinal, cardiaco, pulmonar, renal y un caso de amiloidosis que concentró la mayoría de estas. Destaca la fiebre y baja ponderal como forma de presentación en el 25%. Del laboratorio destaca, 62,5% con VHS mayor de 50mm/h al ingreso; VDRL, VIH, ANA y Anticardiolipinas (-) en el 100% de los casos realizados, FR (-) en el 100% de los casos. En cuanto a la terapia recibida, 100% usa corticoides sistémicos, 2 de los pacientes también reciben corticoides locales para las úlceras orales, 75% ha usado colchicina, 50% clorambucil, 100% de los eventos trombóticos recibieron tratamiento anticoagulante, sin complicaciones. Un paciente falleció por compromiso renal secundario a amiloidosis, expresado como síndrome nefrótico, después de 12 años de evolución de la enfermedad. Conclusiones: Los resultados presentados son en gran parte similares a los de la literatura, destacando como diferencia una mayor frecuencia de compromiso de piel, la presencia de fenómenos trombóticos en todos los pacientes y la presencia inicial de manifestaciones sistémicas no descritas habitualmente (fiebre, baja ponderal). La negatividad de la patergia en nuestros pacientes fue similar a lo reportado en la literatura no mediterránea, aunque debemos insistir en la necesidad de estandarizar la prueba en nuestro medio para su completa validez. Aunque el diagnóstico de la enfermedad se plantea con mayor frecuencia, aún se observa una demora de 2 años en la mayoría de los casos.

22. NEUROCONDUCCION DE LA ARTRITIS CRONICA JUVENIL

Lorena Llorente D.

Instituto Teletón

En la artritis reumatoídea (AR), el sistema nervioso periférico (SNP) se ve frecuentemente afectado, lo que se objetiva a través del electrodiagnóstico.

El objetivo del presente estudio es evaluar si existen alteraciones del SNP en pacientes portadores de artritis idiopática juvenil (AIJ) mediante estudios de neuroconducción.

Se sometieron a estudio 10 pacientes con diagnóstico de AIJ que actualmente se encuentran en control en el Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago. Se cuantificaron velocidades de conducción motora para los nervios tibial posterior bilateral y cubital unilateral, y sensitiva para los nervios sural bilateral y cubital unilateral. Los resultados obtenidos fueron comparados con valores de referencia normales para niños de las mismas edades, publicados en la literatura internacional.

Todos los resultados se encontraron dentro de los valores de referencia mencionados. Esto sugiere que, a diferencia de la AR, la AIJ no afectaría al SNP en forma habitual, y esto podría deberse al menor tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes estudiados.

23. ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA SE ASOCIAN CON TROMBOSIS VENOSA Y ARTERIAL EN PACIENTES NO SELECCIONADOS. REGION DEL MAULE

Iván Palomo¹, Jaime Pereira², Marcelo Alarcón¹, Carmen Pinochet³, Marcela Vásquez¹, María T. Vélez⁴, Jorge Sandoval³, Gloria Icaza⁵, Silvia Pierangeli⁶.

(1) Fac. Ciencias de la Salud, Universidad de Talca. (2) Fac. de Medicina, P. U. Católica de Chile. (3) Servicio de Medicina, Hospital Regional de Talca y Universidad de San Sebastián (4) Banco de Sangre, Hospital Regional de Talca (5). Area de Estadística, Universidad de Talca (6) Morehouse School of Medicine, Atlanta, GA, EE.UU.

Introducción. La presencia de Anticuerpos Antifosfolípidos (aFL) ha sido asociada con varias manifestaciones clínicas del Síndrome de Antifosfolípido, especialmente trombosis. **Objetivo.** Investigar la prevalencia de varios tipos de aFL en un grupo de pacientes con trombosis venosa o arterial, de la Región del Maule. **Pacientes y Métodos.** Se incluyó 226 pacientes con trombosis venosa y arterial y 95 individuos normales. Los Ac Anticardiolipina (aCL), Anti- β_2 Glicoproteína I (anti- β_2 GPI) y Antiprotrombina (aPT), fueron determinados por ELISA ("Home made"), para IgG, IgM e IgA. **Resultados.** La prevalencia de aCL, anti- β_2 GPI y aPT en pacientes con TV y TA, y el grupo control, se muestra en la siguiente tabla:

	Pacientes (n=226)		Controles (n=95)		Odds ratio (OR)	
	n	%	n	%		
aCL	57	25.2	4	4.2	4.0 (1.2–13.8)	<0.00001
aPT	31	13.7	3	3.2	8.9 (2.1–38.5)	<0.005
anti- β_2 GPI	14	6.2	2	2.1	1.1 (1.1–1.2)	0.06

Cuarenta y cinco pacientes (19.9%) sólo fueron positivos para aCL, 22 (9.7%) sólo para aPT y 6 (2.7%) sólo para anti- β_2 GPI. Doce pacientes (5.3%) fueron positivos para más de un aFL. Los 3 isotipos estudiados fueron encontrados en aCL, anti- β_2 GPI y aPT. Veinte cuatro de 78 (30.8%) pacientes con TV profunda (TVP), 2/14 (14.3%) con TV retinal, 17/68 (25.0%) con accidente vascular encefálico y 14/66 (21.2%) con infarto agudo al miocardio, fueron positivos para aCL. Los anti- β_2 GPI y los aPT también estaban presentes en estos tipos de trombosis, aunque en menor proporción.

Las siguientes OR, fueron significativas: Veintiseis de 92 (28.3%) pacientes con TV, 31/134 (23.1%) pacientes con TA y 24/78 (30.8%) de los pacientes con TVP fueron positivos para aCL; respecto al grupo control (4/95=4.2%) las OR son: 5.2 (1.4-19.6; p < 0.00001), 5.6 (1.5-21.4; p < 0.00001), y 3.8 (1.1-14.6; p < 0.00005), respectivamente.

Conclusión. Se observó mayor frecuencia de aFL en pacientes con la trombosis. Por otra parte, los Ac aCL parecen ser un importante factor de riesgo de TV y TA.

24. VASCULITIS DE SCHÖNLEIN HENOCH

Dra. C. Le Roy O. , Dra. C. L. Navarrete

Hospital Roberto del Río.

Schönlein Henoch corresponde a la vasculitis más frecuente en niños; es una enfermedad multisistémica caracterizada por vasculitis leucocitoclástica que afecta predominantemente piel, articulaciones, tracto gastrointestinal y renal, pudiendo incluso llegar a insuficiencia renal crónica. El objetivo de nuestro trabajo es describir la forma de presentación y seguimiento de este cuadro en los niños que consultaron en el Hospital Roberto del Río esta última década. Se revisaron las fichas clínicas de los niños controlados por esta patología en el policlínico de Reumatología durante el período Enero 1991 y Diciembre 2001. **RESULTADOS:** Se obtuvo 112 casos. La distribución por sexo

fue mujeres 51 (45,5%) y hombres 61 (54,5%). La edad de presentación promedio fue de 7 años 4 meses (DS 32,1 meses) rango 2 años 4 meses y 13 años 5 meses. Se presentó más frecuentemente en otoño 35 casos (31,2%), seguido de invierno 30 (26,78%) y primavera 29 (25,89%). Dentro de sus manifestaciones clínicas se comprometió la piel en 100% de los casos, de tipo púrpura 61 (55%) y púrpura con edema de partes blandas 49 (44,1%). Su localización: extremidades inferiores y zona glúteo genital 42 casos (37,8%), sólo extremidades inferiores 36 (32,4%), generalizado 17 (15,3%) y en todas las extremidades 15 (13,5%). Compromiso articular 49 casos (43,8%) más frecuente en tobillos y rodillas, 32 y 10 casos respectivamente. El gastrointestinal 55 casos (49,1%), lo más frecuente fue el dolor abdominal: sólo dolor 39 casos, dolor e hiperemesis 7 y dolor más hemorragia digestiva baja 6. La afección renal se presentó en 6 pacientes. Hematuria más proteinuria 3, hematuria 2 y proteinuria 1; presentándose en promedio a los 29,1 días de iniciado el cuadro (rango 0 a 75 días), resolviéndose en un promedio de 168 días (rango 60 a 240 días). Un paciente tuvo indicación de biopsia que resultó ser glomeruloesclerosis y hialinosis focal y segmentaria; durante los 4 años y 4 meses de control presentó pruebas de función renal normal. El manejo de estos pacientes fue hospitalizados el 75,9% con un promedio de estadía de 3,38 días (rango 1 a 20 días). El tratamiento recibido fue de medidas generales para el 62,5%, corticoides < 5 días 17,9%, corticoides > 5 días 17,9% y otros 1,8% (un caso de AINE y un caso de Azatriopina). Las indicaciones para el uso de corticoides fue de 16 casos por dolor abdominal (40%), edema 6 (15%) y por afección renal 2 (5%). Si se toma en cuenta dolor abdominal más otra sintomatología los casos serían 25 en total (62,5%). Presentaron recaída el 18,8% con un promedio de 1,7 episodios (DS 1,26) rango de 1 a 6. La manifestación más frecuente fue púrpura 8 (38,1%), dolor abdominal más púrpura 7 (33,3%), edema más púrpura 4 (19%) y sólo dolor abdominal 2 (9,5%). Dentro de los exámenes de laboratorio el hemograma fue normal en el 80% (94 pacientes). IgA se tomó en 55 pacientes siendo normal en el 65,4% y aumentada en el 32,7%; los niveles de C3 y C4 fueron normales en el 74,4% (n=43) y 89,47% (n=38) respectivamente.

CONCLUSIONES: La evolución fue benigna en todos los pacientes. La distribución por edad, sexo y estación del año de presentación del cuadro corresponde a lo publicado. Las manifestaciones clínicas: articular, gastrointestinal y renal fue menor que lo publicado. El tratamiento con corticoides tuvo las indicaciones aceptadas mundialmente: gastrointestinal, edema con impotencia funcional y renal. Los exámenes de laboratorio no se correlacionaron con gravedad del cuadro clínico.

25. LEFLUNOMIDA PODRIA MEJORAR LAS EROSIONES ARTICULARES EN ARTRITIS PSORIATICA

Dres. Cuchacovich M, Soto L.

Dpto. Med. Sección Reumatología. Hospital Clínico. Universidad de Chile.

Introducción: Pocas terapias han demostrado retardar el daño estructural de la Artritis Reumatoidea (AR). Para Artritis Psoriática (AP) existen menos evidencias aún que avalen este hecho. Las razones son la falta de estudios controlados de seguimiento con medición del impacto a nivel radiológico; los métodos de medición de daño radiológico (Larsen, Sharp) no evalúan cambios reparativos y los pacientes que muestran remisión no son controlados con radiografías. Leflunomide es una nueva Droga Antirreumática Modificadora de la Enfermedad (DMARD) que inhibe la síntesis de Pirimidinas, bloqueando la proliferación de linfocitos T activados. Se ha demostrado que retarda la progresión del daño articular en AR y controla los síntomas clínicos en AP. **Métodos:** Se describe un caso clínico seguido entre 1997 y 2000. La revisión del tema se realizó a través de las bases de datos Ovid y Medline. **Resultados:** Paciente varón de 37 años que inicia en agosto de 1997 dolor en muñeca izq. Tobillo der. y ambos pies. Carecía de antecedentes mórbidos. Al examen físico se objetivó sinovitis de áreas dolorosas y una placa eritematosa hiperqueratósica en el tronco que fue catalogada como Psoriasis Vulgaris por dermatólogo. Hemograma normal; VHS 25; Factor Reumatoideo Negativo y niveles normales de ácido úrico. Radiografías de manos y pies sin daño articular. Manejo inicial con Meclofenamato obtuvo buenos resultados clínicos, pero en febrero de 1998 se activó la sinovitis de las articulaciones antes comprometidas. El aspecto radiológico se mantuvo. Se agregó Sulfasalazina 2gr/d., con buen control de la sinovitis. Luego de 18 meses de tratamiento, en noviembre de 1999 presentó recrudescimiento de las artritis. Radiografías mostraron erosiones en la 5° interfalángica proximal (IFP) del

pie der. y un quiste subcondral en al cabeza del 5° metatarsiano (MTT). El pie izq. se encontraba normal. Se intentó metotrexato pero fue suspendido por intolerancia. Se inició Leflunomida en enero del 2000 con dosis de carga de 100 mg/d por 3 días y mantención con 20 mg/d. Hubo remisión clínica. Un año después, control con imágenes reveló relleno parcial del quiste subcondral y remodelación de las erosiones en la 5° IFP. Actualmente el paciente se mantiene sin signos de actividad. Discusión: Nuestro caso muestra cambios reparativos atribuibles a Leflunomida en un paciente que desarrolló una enfermedad erosiva a pesar que se encontraba con otras DMARD. Si bien algunos autores argumentan que el relleno de quistes óseos puede traducir progresión de la enfermedad y no mejoría, en nuestro caso el relleno del quiste sucedió sin presentar estrechamiento del espacio articular, manteniendo una superficie articular regular. Leflunomida ejerce actividad antiinflamatoria reduciendo los niveles de RNAm del receptor de IL 8 e induce aumento de expresión del receptor de IL 10. Estos puede explicar la prevención del daño estructural observado en los estudios experimentales.

26. PURPURA SCHÖNLEIN HENOCH (PSH) ¿LA MAGNITUD DE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS SE RELACIONA CON EL COMPROMISO EN OTROS ORGANOS O SISTEMAS?

M. Miranda ^{(1) (3)}, **M. Ladino** ⁽¹⁾, **X. Norambuena** ⁽²⁾, **C. Larrañaga** ^{(1) (3)}, **A. Quezada** ^{(2) (4)}, **N. Vargas** ^{(1) (3)}.

Hospitales San Juan de Dios⁽¹⁾ y Exequiel González Cortés⁽²⁾⁰. Universidad de Chile Facultad de Medicina. Departamentos de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente⁽³⁾ y Sur⁽⁴⁾ Santiago, Chile.

Introducción. PSH es la vasculitis más frecuente en el niño. Sus manifestaciones clínicas -entre otras- son cutáneas, gastrointestinales, articulares y renales, siendo el compromiso renal el que determina el pronóstico a largo plazo.

Objetivo: Caracterizar y seguir un grupo de pacientes y relacionar el grado de manifestaciones cutáneas con el compromiso de otros órganos o sistemas, aplicando un puntaje ideado por los autores. **Pacientes y Método:** Se analizó prospectivamente 30 niños con PSH, de dos centros de referencia de Reumatología Infantil, entre enero-diciembre 2001, seguidos por un año. Se evaluó la clínica y el compromiso digestivo y renal en relación a la magnitud del compromiso cutáneo. Se analizó la utilidad de los esteroides en el compromiso digestivo y renal. El puntaje para relacionar el compromiso cutáneo con el orgánico oscila entre 1-10 y se basa en el tipo y distribución de las lesiones. El procesamiento estadístico de los datos se hizo con epiinfo 5.1. **Resultados:** 30 niños (17 varones); edad x: 5 a, 7 m (rango: 1 a 8 m-11 a 5 m). El 100% tuvo lesiones purpúricas; máculo-pápulas (76,7%) y equimosis (26,7%), predominando en extremidades inferiores y glúteos. El compromiso articular (70%) tuvo predominio de artralgias y periartritis, con artritis en 24% y el compromiso clínico gastrointestinal llegó a 46,7%. No hubo compromiso renal clínico; la glomerulitis expresada por hematuria con dismorfia fue de 20%. El puntaje cutáneo de 5 o más se relacionó con el compromiso abdominal (p:0,0021; con corrección de Yates) y el puntaje de 6 o más mantenía la relación. En 17 casos manejados en forma conservadora, 4 (23,5%) tuvieron compromiso digestivo no grave y 2 (11,8%), compromiso renal. En 13 casos tratados con esteroides, 9 (69%) presentaron compromiso digestivo (intenso en 7) y 4, compromiso renal. En 12 de ellos, el puntaje cutáneo fue igual o superior a 5. No hubo relación del compromiso renal con el puntaje. **Conclusión:** Los hallazgos sugieren que el puntaje de 5 o más del compromiso cutáneo pudiese ser útil para sospechar la magnitud del compromiso digestivo. No ocurre así con el compromiso renal y la magnitud del compromiso cutáneo no indicaría riesgo renal. La intensidad del compromiso digestivo determinó la conducta terapéutica. La terapia esteroideal no influyó en el compromiso renal, en cualquier momento de la evolución.

27. PURPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH (PSH): CARACTERIZACION Y SEGUIMIENTO DE 39 PACIENTES

M. Ladino ^(1,2), **M. Miranda** ^(1,2).

Hospitales San Juan de Dios⁽¹⁾; Universidad de Chile Facultad de Medicina. Departamentos de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente⁽²⁾ Santiago, Chile.

El púrpura de Schönlein Henoch es un síndrome caracterizado por púrpura no trombocitopénico, manifestaciones gastrointestinales y articulares. Su tratamiento es sintomático y la terapia esteroidal en el compromiso digestivo y renal es discutible. **OBJETIVO:** Investigar la incidencia del PSH en nuestra área. Analizar clínica, evolución, laboratorio y terapia en nuestra población pediátrica y correlacionarla con la literatura. **PACIENTES Y MÉTODO:** Se obtuvo la incidencia promedio del PSH en nuestra área, considerando pacientes hospitalizados y ambulatorios, entre los años 1998 y 2001. Se analizaron historias clínicas de 39 niños hospitalizados en un Servicio de Pediatría de Santiago Metropolitano en el periodo de enero 1996 a diciembre 2000. **RESULTADOS:** De 69 vasculitis primarias definidas, el PSH fue la más frecuente (4,7 por 100.000 menores de 15 años). En los 39 casos, el tiempo de seguimiento promedio fue de $8,4 \pm 7,3$ meses. La media de edad alcanzó a $7 \pm 2,7$ años y 22 niños (56,4%) fueron mujeres. En 25 (64,1%) de los casos se presentó asociación con un antecedente desencadenante posible, siendo en el 80% de ellos, un cuadro respiratorio. 64,1% se presentó en otoño e invierno. Todos los pacientes presentaron púrpura, el 56,4% compromiso digestivo; 87,1% manifestaciones del aparato locomotor y 2,6%, compromiso renal. Laboratorio: se identificó *Streptococcus* β hemolítico grupo A (+) en 13 (38,2%); la IgA sérica estuvo aumentada en 34,7% y el examen de orina alterado en 43,6%. Un caso cursó con Glomerulonefritis mesangiocapilar tipo I. A los 6 meses de seguimiento, de los 17 (43,6%) pacientes con compromiso renal, 54,5% tenían examen de orina y función renal normal Diecisiete niños (43,6%) recibieron tratamiento esteroidal, siendo la causa principal de su uso, el compromiso digestivo. Del grupo tratado con esteroides, 8 (47%) evolucionaron con nefritis a pesar de esta terapia, mejorando el 94% de ellos. **CONCLUSIÓN:** El PSH fue la vasculitis más común en nuestra población y se presentó preferentemente en periodos fríos, en relación con cuadros respiratorios. El compromiso cutáneo determinó su diagnóstico y el digestivo, su decisión terapéutica. Su curso natural fue la resolución sin complicaciones en 94% de los casos. La terapia esteroidal no pareció tener un claro rol en la prevención del compromiso renal. Para ello será necesario realizar un estudio prospectivo

28. CAIDAS EN MAYORES DE 45 AÑOS: CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y SU RELACION CON FRACTURAS

P Riedemann, M. Rain, H. Sánchez, A. Sanhueza.

Unidad de Reumatología, Departamento de Medicina y Centro de Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud Basada en Evidencias (CIGES), Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera.

INTRODUCCION: La osteoporosis se caracteriza por una disminución de la Densidad de Masa Ósea (DMO), con deterioro de la microarquitectura, aumento de la fragilidad ósea y de la susceptibilidad a fracturas. Las fracturas habitualmente comprometen cadera, cuerpos vertebrales y muñeca, pero también pueden afectar otros sitios como costillas, pierna, pelvis, etc. Además de la DMO, las fracturas se asocian a diversos factores, entre ellos las caídas.

OBJETIVOS: Conocer la frecuencia y características de las caídas en mayores de 45 años y determinar la posible asociación con sexo, edad, DMO y fracturas.

MATERIAL Y METODOS: Estudio de corte transversal, de pacientes consecutivos enviados a examen de densitometría ósea (DO). A cada uno se aplicó un cuestionario standard con datos demográficos, actividad laboral, antecedentes quirúrgicos, de caídas y fracturas previas, otras patologías, uso de medicamentos que afectan el metabolismo del calcio, suplementos de calcio, consumo de alcohol y una encuesta dietética sobre calcio en la dieta.

RESULTADOS: Se estudiaron 466 pacientes mayores de 44 años (95,3% mujeres), sometidos a DO. De

acuerdo a los criterios OMS, en columna 48.5% de los pacientes tuvieron DMO normal, 32.4% con osteopenia y 19.1% con osteoporosis. Del total, 265 (56.9%) refirieron haber sufrido alguna caída después de los 45 años. Las mujeres reportaron en promedio 1.54 caídas (IC 95% 1.31-1.78) vs 1.19 caídas (IC 95% 0.37-2.01) en los hombres. A mayor edad el número promedio de caídas reportadas fue mayor, siendo de 1.06 entre los 45 y 55 años y de 2.0 en los mayores de 65 años. Los lugares más frecuentes de caídas fueron: casa (35%), calle (30.1%) y en el trabajo 12.5%. Las caídas ocurrieron caminando (37%), realizando labores de casa (24.9%), o haciendo deportes 4.7%. Ajustando por la edad, la DMO comparativa entre los que tuvieron caídas vs quienes no las tuvieron, fue similar ($p = 0.12$). El riesgo absoluto de fracturas entre quienes reportaron caídas fue de 32.1% vs 1.5% entre los que no cayeron. El riesgo absoluto de fracturas para los que tuvieron caídas y tenían DMO normal fue 27.4% vs 50% en quienes tenían osteoporosis.

CONCLUSIONES: Las caídas en mayores de 45 años son frecuentes, aumentan a mayor edad y ocurren en circunstancias cotidianas. Las caídas constituyen un factor de riesgo importante para fracturas, siendo el riesgo mayor a menor DMO.

29. TERAPIAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS EN REUMATOLOGIA: ¿QUE HACEN NUESTROS PACIENTES?

P Riedemann, J Orellana, L Sanabria, M Hetz.

Unidad de Reumatología, Departamento de Medicina Interna y Centro de Investigación, Capacitación y Gestión para la Salud Basada en Evidencias (CIGES), Universidad de la Frontera.

INTRODUCCION: Muchas enfermedades reumatológicas son crónicas e incurables, y nuestro enfoque terapéutico no siempre logra controlar la enfermedad y/o evitar el sufrimiento de nuestros pacientes. Por ello, frecuentemente los pacientes buscan opciones baratas, simples y supuestamente seguras y efectivas que alivien sus problemas. No existe información nacional respecto del uso de terapias complementarias y alternativas (TCA) en reumatología.

OBJETIVOS: 1) Determinar la frecuencia de uso de TCA 2) Conocer el tipo de terapias más usadas 3) Determinar las razones de uso 4) Determinar la eficacia y tolerancia de las TCA 5) Conocer los costos asociados al uso de TCA. 6) Conocer la frecuencia de uso de diferentes "terapeutas" naturales y los costos asociados.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo de consultantes en el Servicio de Reumatología del Hospital Regional de Temuco. Se entrevistó de manera consecutiva pacientes que acudían a consultar en el servicio de reumatológica y que tenían un diagnóstico reumatológico establecido. Fueron evaluados usando una encuesta estándar que incluía datos demográficos, asociados a la enfermedad y relativos al uso de las TCA.

RESULTADOS: Se entrevistaron 221 pacientes (201 mujeres) de los cuales 149 (67.4%) tenían AR. La edad promedio fue de 53,8 años (DS 13) con un rango entre 21 y 85 años. Del total, 89 pacientes reconocieron usar TCA (40.3% / IC 95% = 33.8 a 47.1). El uso de TCA fue similar en ambos sexos y no se observó diferencias con respecto a la edad, años de educación formal o tipo de problema reumatológico. De las opciones terapéuticas, la más frecuente fue el uso de hierbas (89.9%), seguida por la homeopatía (19.1%), las pulseras de cobre (15.7%), pomadas y ungüentos (11.2%) y picadura de abejas (3.4%). Respecto de las razones de uso, la más frecuente fue la recomendación de un naturista (57.4%), seguida por la recomendación de un familiar (20.6%), otras razones (11.7%), y anuncios de propaganda (8.1%). De los encuestados la mayoría consideró que la TCA usada le había sido útil (76.5%), y sólo un 3.9% reportó algún efecto secundario a su uso. El costo mensual de las TCA fue muy variado, llegando hasta \$ 60.000. Según los pacientes, sólo un 10% de sus médicos sabían que ellos usaban TCA.

CONCLUSIONES: Las TCA son ampliamente usadas, especialmente las hierbas y la homeopatía. En general se les usa por la recomendación de un "experto", y para la mayoría de los pacientes son eficaces y no tienen mayores efectos secundarios. Los costos involucrados son a veces altos.

30. FORMAS EVOLUTIVAS DE ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL SISTEMICA (AIJS)

Dra. Miranda (1). Dra. MS Toso (2). Dr. L Lira(3). Dra. X Norambuena (4). Sr. F Quevedo (5)

1. Hosp. San Juan de Dios 2. Hosp. Militar 3. Hosp. Carabineros 4. Hosp. Exequiel González Cortés. 5. Universidad de Chile. Fac. Medicina Campus Sur

Introducción: La Artritis Idiopática Juvenil comprende varios síndromes clínicos de artritis crónicas en la infancia. La Artritis Idiopática Juvenil Sistémica (AIJS) se caracteriza por artritis con o precedida por fiebre de dos o más semanas acompañado por uno o más hallazgos; eritema evanescente, linfadenopatía indolora generalizada, hepatomegalia o esplenomegalia y serositis. El curso evolutivo es difícil de pronosticar en el momento del diagnóstico.

Objetivo: Analizar las formas evolutivas de la Artritis Idiopática Juvenil Sistémica y describir los factores que influyen en su pronóstico.

Pacientes y método: Se analizó en forma retrospectiva el curso clínico y datos demográficos de 29 pacientes de 4 centros hospitalarios de la Región Metropolitana, que cumplieron los criterios de AIJS con seguimiento mínimo de un año por los autores.

Resultados: El 51,7% fueron mujeres. Edad de inicio: 1-11 años (mediana: 3 años). Un año después de iniciada la enfermedad, un 17,2% está inactivo (100% oligoartritis). El 82,8% persistía activo: de ellos, el 69% cursó con artritis persistente más elementos sistémicos y 13,8% tuvo solamente un curso articular persistente. En 24,1% de los pacientes se produjo remisión de la enfermedad, recayendo el 28,6% de ellos. Del total de pacientes, el 93,1% tuvo un curso monocíclico. El 75,9% presentó reactivaciones que se relacionaron con infecciones de las vías respiratorias superiores. El 86,2% se encuentra en capacidad funcional I o II. El 10,3% de los pacientes presentó Síndrome de Activación Macrofágica en algún periodo de su evolución, con 100% de sobrevida.

Conclusiones: La AIJS presenta 3 formas evolutivas: a) Sistémica-Articular, que remite dentro del primer año b) Articular Persistente con elementos sistémicos c) articular persistente sin manifestaciones sistémicas. La mayoría presenta un curso monocíclico atribuible al límite arbitrario de la edad pediátrica. Las reactivaciones se relacionaron frecuentemente con infecciones de las vías respiratorias superiores. La mayoría presenta capacidad funcional I o II. Los pacientes con AIJS tienen riesgo de presentar Síndrome de Activación Macrofágica.

31. USO DE INFLIXIMAB EN ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL

X Norambuena, A Quezada.

Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Universidad de Chile Facultad de Medicina Dpto de Pediatr'a Campus Sur. Santiago, Chile

Introducción: Entre los enfermos con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) existe un grupo que es refractario a terapia con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), esteroides y asociación con medicamentos antirreumáticos modificadores de enfermedad. Reportes han demostrado beneficios con inhibidores de factor de necrosis tumoral ($TNF\alpha$); Infliximab (Remicade[®]) anticuerpo monoclonal que unido a $TNF\alpha$ neutraliza su actividad biológica. El $TNF\alpha$ induce respuesta inflamatoria, producción de colagenasa, reabsorción ósea y cartílago, y es un estimulante primario de IL 1 en cultivos sinoviales de enfermos con Artritis Reumatoidea. Reduce la migración de linfocitos (L) y modula las interacciones de LT y macrófagos.

Objetivo: Reportar tres pacientes con AIJ de curso poliarticular, refractarios a terapias convencionales, tratados con Infliximab y metotrexato de acuerdo a un protocolo preestablecido.

Pacientes y Método: Tres niñas entre 10 y 16 años, 2 con AIJ Sistémica de curso poliarticular y 1 Poliarticular FR(-). Tiempo evolución de la enfermedad 1-9 años. Recibían AINE, esteroides orales (Prednisona dosis equivalente 0,2 -0,3 mg/kg/día) y metotrexato 10,8 - 12,7 mg/m² sem. al inicio de Infliximab. Tiempo seguimiento: 3 - 12 meses. Se administra Infliximab 100 mg en infusión, en semanas: 0, 2, 6 y luego cada 8 sem. Se evaluó: N° articulaciones inflamadas (CAI), N° articulaciones con

limitación a movimientos (CALM), evaluación global (madre, paciente y médico), escala análoga visual del dolor, rigidez matinal (min), capacidad funcional, exámenes de laboratorio y reducción dosis de esteroides.

Resultados: Duración de tratamiento 12 sems a 48 sems. CAI: 56 vs. 2. CALM: 44 vs 37. Evaluación global madre: 0,33 vs 10. Evaluación global del paciente: 0,67 vs. 10. Evaluación global del médico: 0,67 vs. 9,3. Escala análoga visual del dolor: 8 vs 0,67. Rigidez matinal 130 vs 0 min. Capacidad funcional: 3 vs 1,33. Reducción dosis de esteroides: 41,67%. VHS 96 vs, 47 mm/h. No hubo efectos colaterales de importancia y ha sido bien tolerado en las tres pacientes.

Conclusiones: En este grupo el uso combinado de Infliximab mostró mejoría en los índices inflamatorios articulares y en las evaluaciones globales, resolución de rigidez matinal, con disminución del dolor, mejoría de la capacidad funcional y descenso de VHS. Se logró suspender AINE y se redujeron los corticoides. La mejoría en la capacidad funcional y su autonomía mejoró la calidad de vida personal y familiar.

32. IMPACTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN EL BINOMIO MADRE-HIJO

IH Castro E., C Hernández V., E Aguayo B.*, S González.

Reumatología, Servicio Medicina Interna Hospital Clínico Regional Concepción y Hospital Higuera*. Dpto de Medicina Interna Universidad de Concepción.

Introducción: La interrelación entre lupus eritematoso sistémico (LES) y embarazo ha sido controvertido, algunos autores sugieren efectos negativos para la madre y el feto, para otros dependería de la actividad del LES en el momento del embarazo y para los menos, no habría una relación importante entre ambos estados.

Objetivo: Evaluamos los resultados de los embarazos de pacientes (pac) con LES y su relación con la actividad de la enfermedad.

Material y método: 23 pacientes con LES (criterios ACR) embarazadas entre 1997-agosto de 2002, se aplicó retrospectivamente un protocolo que incluía: a) actividad LES; activa si tenía 1 o + de los siguientes, aDNA(+), C3/C4 bajos, anemia hemolítica, leucopenia y/o linfopenia, nefropatía, serositis, artritis. b) presencia antiSSA, c) presencia de síndrome antifosfolípido según ACR.

Resultados: 23 pacientes con un total 45 embarazos. Edad promedio (x) al diagnóstico LES fue 23,2 años, al momento del embarazo el x de edad fue 27,2%. En 42,2% LES inactivo al embarazarse, 22,2% activo y en el 35,5% no se pudo precisar actividad. SAF tenían 6 pac (25,1%), 10 pac con anti-SSA. Hubo 20 (44,4%) abortos espontáneos (3 muertos in útero, 1 embarazo tubario), 7 partos de pre-término, 18 partos de término (>38 sem), 5 con retardo crecimiento intrauterino (RCIU). Del total de embarazos, 20 de ellos sin tratamiento, 13 con prednisona < 10 mg, 7 usaron dosis >10 mg, 5 usaron aspirina, 1 caso usó gammaglobulina hiperinmune, metilprednisolona, azatioprina por compromiso vital de madre y feto. Salvo prematuridad, no hubo otras complicaciones en los recién nacidos.

Conclusiones: Hubo un significativo aumento de los abortos, prematuridad y RCIU, lo que es acorde con literatura previa, la mayoría de los embarazos no fue planeado y sin adecuado registro de actividad lúpica, lo que dificultó establecer esta asociación, necesitamos una mejor relación con equipo obstétrico, guiar a las pacientes en sus decisiones reproductivas, logrando menos complicaciones para la madre y mejores resultados en la concepción.

33. ANTICUERPOS ANTI-GOLGI: UN HALLAZGO INFRECLENTE EN EL CONTEXTO DE UN PROBABLE SINDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

D.M. Palma, S. Kaliski, S. Villanueva, J. Inostroza, J.C. Araya, M. Cifuentes

Facultad de Medicina, Depto Med. Interna, Unidad Reumatología, Laboratorio Inmunología y Anatomía Patológica Hospital Temuco

Paciente sexo masculino 46 años, sin mayores antecedentes mórbidos familiares; con antecedentes personales de uretritis tratada 1980, estudio negativo 1990 por hematuria microscópica, hernia discal extruida operada 1997, reflujo gastroesofágico clínico 1997, uveítis anterior ojo derecho tratada con corticoides tópicos 1999 y cuadro sospechoso de celulitis pierna derecha 2001 tratada con PNC y cloxacilina.

Cuadro actual de 5 años de evolución de poliartralgias de grandes y medianas articulaciones, mialgias y compromiso del estado general (CEG) progresivo. En estudio ambulatorio por bicitopenia: Hcto: 33%, 10.8000 leucocitos y 70.000 plaquetas, con VHS: 119mm/h.

Debido a presentar cuadro de mayor CEG, poliartralgias, cefalea, sudoración nocturna y baja de peso de 3 kg en un mes se decide hospitalizar. Al ingreso dirigidamente destaca xerostomía, xeroftalmía y poliartralgias, examen físico solo destaca palidez piel y mucosas, rigidez moderada de columna lumbar, resto de examen físico dentro límites normales. Nuevo hemograma demuestra anemia con Hcto: 31.6%, 169000 plaquetas y 9.700 leucocitos persiste VHS elevada 90 mm/h.

Dentro estudio hematológico destaca: Mielograma: hiperplasia mieloide con gradiente de maduración desviada a izquierda. Biopsia médula ósea: M.O hematopoyética con hiperplasia leve. ferrocínética normal. EFP séricas y en orinas normales. Proteína Bence-jones (-). Sedimento orina: :microhematuria. Ecografía renovesical normal. Cistoscopia normal.

Rx tórax con imagen nodular retrocardíaca, por lo que se solicita TAC torax.

Estudio inmunológico: Test jones (+) bilateral, C3, C4 normales FR(-), Antic anti-Dna (-), antic anti-m (-), antic anti-golgi (+) 1/640 antic anti-ENA (-), Anca c y p (-) (repetidos 3 oportunidades) células lúpicas negativas y cintigrama óseo solo hipercaptación L5-S1, en zona de cirugía previa, resto sin hallazgos patológicos. Estudio biopsia de glándula salival infiltrado difuso linfocitario y un acumulo linfocitario Chisholm-mason II. TAC tórax compatible con quiste de mediastino posterior. Paciente dado de alta con diagnóstico de probable síndrome Sjögren primario y tumor de mediastino posterior probablemente dermoide.

Se realiza videotoroscopia asistida y resección de quiste de mediastino posterior. Biopsia con macrófagos con hemosiderina signos antiguos de hemorragia, fibrosis y adiponecrosis compatible con lesión xantogranulomatosa crónica. No se encuentran células tumorales, no compatible con sarcoidosis y sin elementos de TBC.

Posterior a cirugía con CEG, dolor hemitorax izquierdo, se realiza bloqueo intercostal por sospecha de neuritis y se rehospitaliza donde solo destaca atelectasia plana residual y adherencias pleurales izquierdas.

Actualmente con tratamiento cloroquina 3mg/kg/d ante la sospecha de síndrome de Sjögren, en mejores condiciones, ha disminuido xeroftalmía, xerostomía y poliartralgias.

34. EVALUACION DE LA DOCENCIA A BECADOS DE MEDICINA INTERNA EN POLICLINICO DE REUMATOLOGIA

Dr. Francisco Radrigán A.

Unidad de Reumatología, Hospital Dr. Sótero del Río, SSMSO. Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología, P. Universidad Católica de Chile. Santiago.

Dentro del programa de formación en Medicina Interna en la Universidad Católica se contempla la rotación por un mes en la subespecialidad de reumatología. Una de las actividades consiste en realizar atención de pacientes en policlínico de la especialidad, supervisados por un tutor. Con el fin de evaluar qué tipo de pacientes eran los que veían los becados y cómo se estaba llevando a cabo la docencia, durante un período de 6 meses del año 2001 se los encuestó durante la atención de policlínico en el Hospital Sótero del Río. Se registró el tipo de paciente atendido,

el grado de interés y dificultad del caso, y su impresión de la docencia en cada uno de ellos. Se obtuvo 23 encuestas con un total de 87 pacientes atendidos. Eran 85 % mujeres, con edad promedio $52,1 \pm 15$ años, 34 % eran consultantes por primera vez en la especialidad. Los diagnósticos más frecuentes fueron artritis reumatoide (31,0%), lupus eritematoso sistémico (10,3%), artrosis (OA) (12,6%), Sjögren primario, fibromialgia (FM) y reumatismos de partes blandas (8,0% cada uno). En 68,7% de los casos se encontró la anamnesis fácil de realizar y en 76,7% de los casos fácil de realizar el examen físico. La anamnesis catalogada como más difícil fue la de los pacientes con FM ($p = 0,029$). La calidad de la discusión del caso con el docente fue buena en 51,2% de los casos y suficiente en 47,7%. El 65,5% de los pacientes concitó mucho interés académico por su caso y 2,4% poco o ninguno. El menor interés demostrado fue por la OA ($p = 0,007$). El mayor interés despertado por un caso también está relacionado a una mejor discusión del tema ($p = 0,026$).

Conclusiones: la calidad de la docencia en policlínico es percibida como buena y de interés para los becados de medicina. La cantidad de pacientes con reumatismos de partes blandas (incluyendo hombro) y FM es relativamente escasa comparado con lo que verán los médicos internistas en su quehacer diario. Llama la atención lo fácil que son percibidos la realización de la anamnesis y examen físico, lo que no siempre concuerda con la percepción de los especialistas. Se debe mejorar la enseñanza de algunos temas muy frecuentes como la FM y acentuar la importancia del médico internista en el diagnóstico y manejo de la OA, considerada de menor interés por ellos.

35. EFECTO DE LA TERAPIA CITOTOXICA SOBRE EL EMBARAZO Y EL RECIEN NACIDO EN MUJERES PORTADORAS DE NEFROPATIA LUPICA PROLIFERATIVA DIFUSA

C. Orellana * ; F. González + ; A. Ayala + ; S. Palma**

* Becada 2º año Nefrología, +sección Nefrología; **sección Reumatología. Hospital del Salvador

El potencial efecto teratogénico de los citotóxicos y eventual efecto deletéreo del embarazo sobre el lupus eritematoso generalizado (LEG), ha hecho plantear en la literatura el aborto terapéutico en mujeres con nefropatía lúpica en tratamiento con citotóxicos.

El objetivo de este trabajo es revisar nuestra experiencia en mujeres (M) con nefropatía lúpica proliferativa (IV OMS) en tratamiento con ciclofosfamida (CF) que se embarazaron, con especial atención en el efecto sobre el feto y la evolución clínica del embarazo y la nefropatía.

Se revisa: a) evolución y resultado de 6 gestaciones (G) en 5 M (edad promedio: 27.8 años) con nefropatía lúpica IV OMS que estaban recibiendo tratamiento con CF parenteral. b) desarrollo psicomotor de los niños según escolaridad. La dosis acumulada de CF al momento del embarazo fue de 0,7 a 10,4 gr.

Evolución de G: 2 fisiológicas, 1 preeclampsia sobre hipertensión arterial crónica, 1 síndrome de HELLP incompleto y 2 abortos espontáneos (en una misma mujer portadora de síndrome antifosfolípidos secundario).

Desde el punto de vista nefrológico: una paciente mantuvo proteinuria en rango nefrótico y otra deterioró su función renal (creatininemia 0,6 a 1,26 mg/dl). El resto mantuvo normofunción renal. No hubo reactivaciones lúpicas.

De las 5 M en control: una falleció 5 años más tarde por accidente vascular cerebral de origen hipertensivo, otra ingresó a hemodiálisis 4 años postparto; las otras mantienen función renal normal. De los cuatro nacidos vivos, 3 fueron de pretérmino, 1 fue pequeño para la edad gestacional (EG), los otros fueron adecuados para la EG. 3 niños tienen escolaridad correspondiente a la edad y el otro, desarrollo psicomotor adecuado para sus 3 meses de vida. No hubo casos de lupus neonatal ni de malformaciones congénitas.

Conclusiones: Es necesario prescribir un método anticonceptivo eficaz en mujeres portadores de LEG que inicien terapia citotóxica, aun cuando se encuentren en amenorrea. El suspender la terapia citotóxica no afectó negativamente el curso de la nefropatía. Los niños nacidos han tenido un desarrollo psicomotor adecuado.

36. EDUCACION DEL PACIENTE REUMATICO EN TECNICAS DE PROTECCION ARTICULAR

M.C. Arribada M.

J. F. Barrera B.

Terapeutas Ocupacionales Unidad Terapia Ocupacional C.D.T. – Hospital Clínico San Borja – Arriarán.

Desde 1998 en la Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital Clínico San Borja – Arriarán, se incluyó como parte del tratamiento la educación grupal en técnicas de protección articular y economía de esfuerzo, como una forma de hacer extensivo a mayor número de pacientes el conocimiento y aplicación de estas, en forma didáctica y que permita optimizar el tiempo de tratamiento.

Las charlas están orientadas principalmente a pacientes portadores de patologías reumáticas, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Objetivo General – Mejorar la calidad de vida del paciente reumático.

Objetivo Específico – Favorecer el aprendizaje de técnicas de P.A. y economía de esfuerzo.

– Favorecer la participación activa del paciente en su proceso de rehabilitación.

Material Utilizado – Transparencias con material educativo.

– Manual Instructivo (que se entrega al paciente).

– Video – Libres para Vivir.

Método - Sesiones grupales en las que se realiza un diagnóstico participativo con los pacientes en el que se resumen sus principales problemas en la realización de las actividades de la vida diaria.

– Educación en Patología Reumática

– Revisión de los principales principios de P.A. y conversación energía.

– Video sobre técnicas de P.A.

– Entrega de material didáctico con paciente (manual).

37. MASA PANCREATICA COMO FORMA DE PRESENTACION DE GRANULOMATOSIS DE WEGENER

C.A. Pérez, F. Silva, X. Velásquez, M.E. Martínez, M.A. Gutiérrez, C. Labarca, S. Jacobelli

Pontificia Universidad Católica de Chile.

La granulomatosis de Wegener es una vasculitis necrotizante sistémica de causa desconocida que afecta preferentemente el sistema respiratorio y el riñón. El compromiso digestivo ocurre en el 15 a 30% de los casos. El compromiso pancreático es infrecuente y la forma tumoral pancreática es excepcional. Esto nos motivó a presentar este caso clínico con una masa pancreática y compromiso renal y pulmonar que planteó el diagnóstico diferencial con una neoplasia.

Paciente hombre de 39 años con historia de 3 semanas de dolor abdominal, fiebre, ictericia y coluria. Al examen físico además destacaba escleritis bilateral y sensibilidad abdominal. El hemograma mostró leucocitosis, sin anemia y VHS de 109 mm/hr. PCR:34, SGOT:68U/L, SGPT:101U/L, Bilirrubina total: 1.22mg/dl, amilasa: 136 U/L y creatinina: 1.88 mg/dl. El sedimento de orina reveló microhematuria con dismorfia, cilindros granulosos, hialinos y céreos, sin proteinuria. El TAC de abdomen mostró una masa de aspecto infiltrativa en la cola del páncreas de 5 cm de diámetro mayor, múltiples masas infiltrativas en ambos riñones e infiltración de la vena esplénica. No se observaron adenopatías retroperitoneales ni pelvianas. La Rx y TAC de tórax demostraron múltiples nódulos pulmonares bilaterales el mayor de los cuales medía 2,5 cm. Los hemocultivos, urocultivo y baciloscopias de expecto-

toración fueron negativos. El ecocardiograma tranesofágico descartó la presencia de vegetaciones. Los marcadores tumorales fueron todos negativos. Los ANCA fueron positivos 1/80 patrón citoplasmático. Los AAN, FR, C3 y C4 fueron negativos o normales. La biopsia pulmonar por punción demostró inflamación granulomatosa necrotizante, con compromiso de vasos sanguíneos pequeños compatible con granulomatosis de Wegener. Se trató con prednisona 60 mg/día y ciclofosfamida oral. Un mes después estaba asintomático con VHS, PCR y sedimento urinario normales. La Rx de tórax mostraba solo un nódulo pulmonar remanente y el TAC de abdomen mostraba una regresión casi completa de la masa pancreática y disminución significativa de las masas renales.

El compromiso pancreático tumoral aunque es una forma excepcional de presentación de la granulomatosis de Wegener debe incluirse dentro del diagnóstico diferencial en estos casos.

38. INFECCION POR MUCORMICOSIS EN UN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO ACTIVO

C. Labarca, M.A. Gutiérrez, M.E. Martínez, S. Jacobelli.

Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivo: Las infecciones son causa frecuente de morbimortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Aunque la mayoría de las infecciones son producidas por bacterias, los gérmenes oportunistas como hongos, virus y protozoos deben ser consideradas por su dificultad diagnóstica y gravedad. La mucormicosis ha sido descrita excepcionalmente en pacientes con LES lo cual nos motivó a presentar el caso de una paciente con LES activo complicado con mucormicosis.

Caso clínico: Mujer de 43 años con historia de 5 meses de compromiso general, artritis de manos, rigidez matinal y factor reumatoideo negativo. Se trató en otro centro con AINE y deflazacort con respuesta parcial. Cuatro meses después por exacerbación del dolor y rigidez generalizada se agregó betametasona IM semanal y leflunomida. Evolucionó con persistencia de los síntomas, más alopecia, rash maculopapular, palidez y edema generalizado. Ingresó a nuestro hospital con insuficiencia renal aguda (clearance de creatinina 19.4 ml/min), proteinuria 6.9 gr/24 hrs, sedimento de orina activo (hematuria dismórfica, cilindruria) e hipoalbuminemia. Los ANA fueron positivos 1/1280, anti-DNA (+) título alto, C3: 77, C4: 9. Se trató con pulsos e.v de solumedrol y ciclofosfamida con buena respuesta de la función renal. Una semana después del ingreso inició súbitamente midriasis y ptosis palpebral derecha, se agregó paresia de músculos oculomotores y proptosis. La RNM mostró proptosis ocular derecha secundaria a masa retrorbitaria y compromiso inflamatorio de senos etmoidales. La fibroscopía nasal realizada 2 días después de iniciados estos síntomas reveló necrosis de la mucosa con tinción positiva para pseudohifas (mucormicosis). Se trató con anfotericina B y se realizó enucleación quirúrgica del ojo derecho y aseo de cavidades paranasales. Evolucionó en malas condiciones desarrollando una sepsis por Pseudomona y falla multisistémica refractaria falleciendo 17 días después de su ingreso.

Conclusión: La Mucormicosis aunque infrecuente en pacientes con LES debe sospecharse en pacientes con enfermedad activa y compromiso de senos paranasales y orbitario. Por su alta mortalidad el tratamiento debe ser agresivo incluyendo antifúngicos y cirugía radical.

39. MANIFESTACIONES INFRECIENTES EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

AM Werner C.

Servicio de Medicina Interna - Unidad de Reumatología. Hospital Regional de Temuco. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera. Temuco. Chile.

El pseudotumor cerebral se caracteriza por presión intracraneal elevada, papiledema con ocasional parálisis de nervios abducentes, ausencia de lesión que ocupa espacio y estudio de LCR normal. Este caso ilustra la asociación de LES con pseudotumor cerebral lo cual constituye una manifestación neuropsiquiátrica poco usual.

CASO CLINICO: Mujer de 22 años con antecedentes de LES diagnosticado 2 años antes, según clasificación de ACR, ingresa por cuadro de cefalea holocranea intratable de 3 días de evolución acompañado de náuseas y vómitos. Recibía prednisona 10 mg/día y cloroquina la había suspendido hace un año. A su ingreso, febril temp. 38,3 °C, normotensa. Evaluación por oftalmólogo no pesquiza papiledema, y examen neurológico y otorrinolaringológico normales. En punción lumbar se obtiene LCR agua de roca, presión normal, con estudio químico y hematológico normal, y examen directo y cultivo negativos. Hemograma: normal. VHS: 52 mm/hora. Exámenes de orina y bioquímicos normales. Urocultivo y hemocultivos negativos. Inmunológicos: ANA (+) patrón periférico 1/640, antiDNA_n (+) 898 UI/ml, antiENA (+) para a-Sm, a-RNP y a-Ro, C₃ disminuido 51,6 mg/dl, C₄ normal, PCR <3 mg/L, FR (-), anticuerpos anticardiolipinas (-), anticoagulante lúpico (-) y VDRL (-). TAC cerebral sin contraste: ventrículos colapsados al igual que los espacios subaracnoideos. TAC cerebral con contraste: edema cerebral difuso. Se inician pulsos de metilprednisolona, evolucionando a las 48 horas sin cefalea y ausencia de náuseas y vómitos. Continúa tratamiento con prednisona 60 mg/día. Transcurrían 24 días y reinicia cefalea agregándose diplopia, mantenía tratamiento con corticoides. Evaluación oftalmológica papiledema bilateral y parálisis oculomotora. Se rehospitaliza y RMN muestra trombosis de ambos senos laterales. Se inicia tratamiento anticoagulante oral asociado a corticoides, desaparece cefalea persistiendo diplopia y parálisis de rectos laterales. Mantiene buena adherencia a tratamiento anticoagulante oral y esteroides. Seis días más tarde ingresa al Servicio de Urgencia inconsciente constatándose minutos más tarde muerte encefálica. Necropsia constata pancreatitis aguda necrotizante y escasos signos de edema cerebral. **CONCLUSIÓN:** El LES es una de las enfermedades del tejido conectivo más impredecible, y por tanto en el curso de éste, cuando aparezca cefalea debemos incluir en nuestro espectro clínico la posibilidad de un pseudotumor cerebral. El desenlace agudo y fatal, demuestra el comportamiento silente del compromiso pancreático asociado a LES.

40. VALIDACION DEL TEST SCORE Y ORAL PARA DEFINIR RIESGO Y DIAGNOSTICO DE OSTEOPOROSIS EN LA ATENCION PRIMARIA EN CHILE

Victoria Monserrat Espinosa Lobos

Temuco, Chile Cons. Padre Las Casas.

Introducción y Objetivos: La magnitud creciente del problema de la osteoporosis, sus consecuencias y costos, la transforman en un problema de primera importancia para la salud pública del país. El descubrimiento de técnicas de diagnóstico accesibles para identificar grupos de riesgo y realizar acciones específicas en ellos se hace urgente.

En condiciones ideales de recursos financieros ilimitados, la medición de la densidad de masa ósea (DMO) por densitometría (DXA) debería realizarse en todas las mujeres postmenopáusicas y en todas sus regiones esqueléticas. Esto aseguraría que médicos y pacientes tuvieran la información más completa disponible en que basar su decisión para iniciar tratamiento. Sin embargo en nuestro país, el uso de la DXA está limitada por factores económicos. El costo de una DXA oscila entre \$17.660 (cuerpo entero) y \$33.020 (cadera y columna) por prueba, sin estar considerados los valores a cubrir por Fonasa de las DXA de regiones aisladas. El costo de evaluar a todas las mujeres chilenas postmenopáusicas por arriba de 45 años de edad con DXA cadera-columna sería de \$ 68.067.031.760. Es por ello que se requiere establecer estrategias eficientes para identificar a poblaciones en riesgo alto de osteoporosis y realizar selectivamente mediciones de DMO, para detectar a tantas mujeres osteoporóticas como sea posible con los recursos disponibles. Los métodos actualmente validados con buen rendimiento y bajo costo para la identificación de mujeres con DMO baja son la DXA de una sola región, la DXA de múltiples regiones y los índices SCORE (Simple Calculated Osteoporosis Risk Estimation) y ORAI que son cuestionarios de pre-escrutinio para la evaluación de riesgo de DMO baja. Estas herramientas pueden usarse solas o en combinación para aumentar al máximo la identificación de mujeres postmenopáusicas con DMO baja que puedan ser candidatas adecuadas para tratamiento. Cada estrategia de evaluación puede caracterizarse por su sensibilidad, así como por su costo (costo/paciente o costo/caso detectado).

El propósito de esta investigación es analizar la estrategia de usar un cuestionario de detección para determinar el diagnóstico en forma eficiente, eficaz y tempranamente de la osteoporosis principalmente en la Atención Primaria, donde los recursos diagnósticos son limitados.

Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal en una muestra aleatoria de mujeres mayores de 60 años postmenopáusicas que residen en la comuna de Temuco para el año 2001 y 2002. Estas pacientes acudieron a tomarse en forma gratuita una Ultrasonografía de talón (LUNAR) a un Centro Médico de Temuco. La exactitud del equipo es de 95-98% y la precisión es de 92-98%. Se utilizaron los criterios densitométricos de la OMS para determinar normalidad, osteopenia y osteoporosis. Se excluyeron las pacientes que estuvieran en tratamiento para osteoporosis o con Terapia de Reemplazo Hormonal por más de 6 meses. A cada paciente se le calculó el Índice SCORE y ORAI para evaluar factores de riesgo selectivos de masa ósea baja. La encuesta tiene un algoritmo subyacente que cuantifica los factores de riesgo para la masa ósea baja y establece un puntaje en cada paciente. Si una mujer tiene un puntaje de 6 o más, se recomienda la medición de masa ósea. El Índice ORAI es otra encuesta de pre-escrutinio más sencilla que la anterior, también diseñada para evaluar factores de riesgo para masa ósea baja y que establece un puntaje en cada paciente. Si una mujer tiene un puntaje de 9 o más, se recomienda la medición de masa ósea. Se aplicaron solos y en paralelo para incrementar la sensibilidad y la especificidad del escrutinio.

Esto está basado en el estudio mexicano del Fidencio, Delezé y De La Peña en que la mejor estrategia diagnóstica sería la realización de densitometría en todo el cuerpo de la paciente, pero es de altísimo costo; no así el uso de los test SCORE para definir un grupo de riesgo y luego realizar una densitometría de región periférica, que tiene alta sensibilidad y bajo costo. También se establece que el realizar densitometría de cadera y columna no sería el único método de mayor sensibilidad, como está establecido normalmente para el diagnóstico de osteoporosis. Lo mismo se hizo con población canadiense con el test ORAI en el estudio de Cadarette, Jaglal y Kreiger.

Resultados: La población fueron 308 pacientes postmenopáusicas con los promedios de edad de 61,8 años, peso 68,9 kg, talla 1,62 cm, 3 embarazos y fecha de menopausia de 44 años.

Los mejores índices los obtuvo el test SCORE, con una sensibilidad de 95,6%, especificidad de 97,1% y un valor predictivo positivo de 96,4%, pero al aplicarse los dos test en paralelo la sensibilidad llegó a 97,8%, la especificidad a un 87,4% y un valor predictivo positivo de 97%.

Conclusiones: Esto es una primera aproximación para acercar el diagnóstico de esta patología a los sectores en que la densitometría tradicional es inalcanzable, con elementos que implican escaso tiempo de aplicación y de bajo costo/paciente y bajo costo caso/detectado.

La proyección de este trabajo sería aplicar a estas mismas pacientes una densitometría de columna- cadera para llegar a validar en nuestra población el uso del test SCORE y ORAI en paralelo y la ultrasonografía de talón en serie.

41. GRADO DE CONFIANZA DE REUMATOLOGOS EN EL MANEJO DE ENFERMEDADES MUSCULOESQUELETICAS Y NO MUSCULOESQUELETICAS

D Pacheco, H Gatica, C Martínez, F Ballesteros, C Fuentealba

Unidad de Reumatología. Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Universidad de Chile.

El Reumatólogo (REUMA) es un médico internista que puede ser consultado por enfermedades musculoesqueléticas (EME) o no musculoesqueléticas (EnoME) en su práctica clínica diaria.

Objetivo: Evaluar el Grado de Confianza (GC) de REUMA en conocimientos, destrezas y manejo de EME y EnoME.

Método: Se envió por correo con franqueo de retorno un cuestionario a todos los REUMA en Chile para que evaluaran en forma anónima: 1) Su GC en: conocimientos (GC-C), destrezas clínicas (GC-DC), interpretación de laboratorio general (GC-LG) e inmunológico (GC-LI), interpretación de Rx (GC-Rx), ecotomografía (GC-ECO), resonancia nuclear (GC-RNM), capacidad de hacer diagnósticos (GC-Dg) y manejo terapéutico (GC-Manejo) respecto a EME; 2) La frecuencia con que manejan EnoME (siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca) y 3) Su GC en el manejo de EnoME. El GC se midió con una escala tipo Likert de 10 puntos. Se comparó con médicos de atención primaria (MAP).

Resultados: Respondieron 49 de 99 REUMA (49,4%). Evaluaciones en X (DE): GC-LG: 9,7 (0,8), GC-LI: 9,4 (1,4), GC-DC: 9,2 (2,3), GC-Rx: 9,2 (1,4), GC-Dg: 9,1 (1,4), GC-C: 9,0 (1,4), GC-Manejo: 9,0 (1,4), GC-ECO: 7,2 (1,9), GC-RNM: 6,2 (2,3). El 78% de los REUMA reconoció manejar EnoME: 32% a veces, 42% casi siempre y 4% siempre. Los GC de REUMA en EnoME fueron altos en enfermedades del adulto mayor (EAM): 8,1 (1,9), hipertensión

arterial: 8,04 (2,0) y digestivas: 7,7 (1,9). Los REUMA tenían mayor GC que los MAP en EAM (p 0,008) y en enfermedades renales (E Renal) (p 0,03). Los MAP tenían mayor GC que los REUMA en enfermedades respiratorias (p 0,001), diabetes (p 0,0004), psiquiátricas (p 0,01) y urológicas (p 0,0001). El GC de REUMA en EnoME se relacionó a mayor GC en destrezas clínicas (p 0,005).

Conclusiones: Los REUMA tienen altos GC en conocimientos, destrezas y manejo de EME. Tienen bajos GC en interpretación de ECO y RNM de EME. Un alto porcentaje reconoce manejar EnoME, siendo su GC mayor a las de MAP en EAM y E Renal, pero menor en enfermedades respiratorias, psiquiátricas, urológicas y diabetes. La educación médica continua de REUMA debería incluir interpretación de ECO, RNM y también EnoME.

42. ANTICUERPOS ANTI Ro/SSA y ANTI La/SSB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. MANIFESTACIONES CLINICAS, EFECTOS EN EMBARAZO Y NEONATO

D Pacheco, MA Marinovic, ME Alvarez, R León, T Rivera, M Silva, F Ballesteros, C Fuentealba, G Vizcarra. AM Urbina*

*Químico. Unidad de Reumatología. Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Universidad de Chile

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad de etiología desconocida, en la que se produce una gran cantidad de autoanticuerpos, entre ellos los anti Ro/SSA y anti La/SSB que se han relacionado con fotosensibilidad, lupus cutáneo sub-agudo (LCSA) y lupus neonatal (LN).

Objetivo. Estudiar la presencia y tipo de anti Ro/SSA y La/SSB en el LES y su relación con manifestaciones clínicas, embarazo y neonato.

Método. Se estudiaron pacientes con LES según criterios ACR que se controlaban en el policlínico de reumatología o se habían hospitalizado en el último año. Se determinó el número de criterios ACR, SLEDAI, embarazos, abortos y LN. Se midió anticuerpos anti Ro por ELISA en todos los pacientes. En los pacientes anti Ro positivo (anti Ro+) se determinó la presencia de anticuerpos anti proteínas de 60 y 52 Kd y de anticuerpos anti La (proteína de 48 Kd) por técnica de Western Blot (WB). Estadística t Student, Chi2, Fisher.

Resultados. Se evaluaron 50 pacientes, edad X (rango): 39 años (16-70), Sexo: 48 mujeres/2 hombres, años de enfermedad X (rango): 8,5 (0,16-34). Por ELISA: 15 (30%) resultaron antiRo+ y 35 (70%) anti Ro negativo (anti Ro-). Todos los anti Ro+ por ELISA eran anti Ro+ por WB: 7 sólo anti proteína de 60 Kd, 1 sólo anti proteína de 52 Kd y 7 tenían anticuerpos contra ambas proteínas. Catorce de los anti Ro+ eran además anti La+. Los anti Ro+ tenían menor frecuencia de úlceras orales 26,7% vs 60% (p 0,0030) y una mayor tendencia a presentar S. Sjögren 40% vs 17,1% (p 0,08). El SLEDAI de todo el grupo fue de X 5,57 puntos, no habiendo diferencias según presencia o no de anti Ro. En las 48 mujeres hubo 100 embarazos, 22 en las pacientes anti Ro+, de los cuales 6 terminaron en aborto (27,2%) y 78 en las anti Ro- con 11 abortos (14,1%) (NS). En las anti Ro+ hubo 2 niños con LN con bloqueo aurículo ventricular (BAV) completo, pesquisado durante el embarazo, ambas madres eran anti Ro 52 Kd y anti La+.

Conclusiones. El 30% de los pacientes con LES estudiados tenían anticuerpos anti Ro. De ellos el 93,3% era anti proteína de 60 Kd (46,6% sólo anti 60 Kd y 46,6% anti 60 Kd y 52 Kd). El 6,7% era sólo anti proteína de 52 Kd. El 93,3 era también anti La+. Los pacientes anti Ro+ tenían menor frecuencia de úlceras orales y mayor tendencia a presentar S. Sjögren y abortos. El 9% de los embarazos en pacientes lúpicas con anti Ro+ y anti La+ presentaron LN caracterizado por BAV. No hubo mayor frecuencia de fotosensibilidad ni presencia de LCSA en LES con anti Ro+.