
XXVII CONGRESO CHILENO DE REUMATOLOGÍA

VII CURSO DE REUMATOLOGÍA PARA MÉDICOS GENERALES

IV JORNADAS DE REHABILITACIÓN EN REUMATOLOGÍA

III JORNADAS DE LABORATORIO CLÍNICO EN REUMATOLOGÍA

IX JORNADAS NACIONALES DE EDUCACIÓN AL PACIENTE REUMÁTICO

12, 13 Y 14 DE NOVIEMBRE DE 2008
HOTEL MELIÁ PATAGONIA
KLENNER 349
PUERTO VARAS, CHILE

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidente del Congreso: Dr. Pedro Miranda
Secretario Ejecutivo: Dr. Francisco Radrigán
Presidenta Comité Científico: Dra. Marta Aliste
Tesorero: Dr. Alex Vargas
Encargados locales: Dra. Ximena Velásquez,
Dr. Juan Ignacio Vargas

COMITÉ CIENTÍFICO:

Dr. Francisco Ballesteros
Dr. Aurelio Carvallo
Dr. Luis Lira
Dra. Loreto Massardo
Dr. Óscar Neira
Dr. Daniel Pacheco

COMITÉ INFRAESTRUCTURA:

Dra. Cecilia Trejo

COMITÉ DE PEDIATRÍA:

Dr. Luis Lira

TEMAS CONGRESO:

Artritis Reumatoide
Artritis por Cristales
Artritis Crónica Juvenil
Vasculitis
Nefropatía Lúpica
Pelvispondilopatías
Osteoartritis
Compromiso Ocular en Enfermedades Reumatológicas
Osteoporosis Juvenil
Educación en Reumatología

INVITADOS:

Dra. Leonor Barile (México)
Dr. Óscar Neira (Chile)
Dr. Ulrich Specks, (EE.UU.)
Dr. Miguel Cuchacovich (Chile)
Dr. Luis Espinoza (EE.UU.)
Dra. Patricia Abumohor (Chile)
Dr. Gabriel Herrero-Beaumont (España)
Dr. Miguel Albanese (Uruguay)
Dr. Ernesto Paredes (Paraguay)
Dra. Ieda Magalhaes (Brasil)
Dra. Loreto Reyes (Chile)
Dr. Frank Villa (EE.UU.)
Dr. Alfonso González (Chile)
Dr. Aurelio Carvallo (Chile)
Dr. Guillermo Merino (Chile)
Dr. José Melo-Gomes (Portugal)

XXVII CONGRESO CHILENO DE REUMATOLOGÍA

Resúmenes de trabajos presentados

1. LOS NIVELES DE ANTICUERPOS ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO (ANTI-CCP) SE CORRELACIONAN CON LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

M. Cuchacovich¹, L. Soto¹, D. Catalán², E. Wainstein¹, H. Gatica¹, F. Sabugo¹, P. Wurmann¹, F. Solanes³, T. Cermenatti³, J.C. Aguillón¹
¹Sección Reumatología, Hospital Clínico, ²Programa de Inmunología, ³Alumno, Facultad Medicina Universidad de Chile.

Introducción: Los pacientes anti-CCP (+) tienden a presentar una enfermedad más erosiva. La disminución de los títulos de anti-CCP durante el tratamiento podría correlacionarse con un mejor control de la enfermedad.

Objetivos: Investigar el efecto de adalimumab sobre los niveles séricos de anti-CCP en pacientes con AR.

Métodos: Setenta pacientes portadores de AR refractarios a DMARDs recibieron 40 mg de adalimumab s/c cada 14 días durante 24 semanas. Se midieron los niveles séricos de anti-CCP a las 0, 8, 16 y 24 semanas de tratamiento.

Resultados: Basalmente, 52 de 70 pacientes (74,3%) eran anti-CCP (+). El 60% de los pacientes anti-CCP (+) y el 44,4% de los anti-CCP (-) cumplieron criterios de respuesta ACR20 a la semana 24 ($p < 0,049$). Los niveles de anti-CCP disminuyeron

significativamente solo en aquellos pacientes que alcanzaron el criterio de mejoría ACR20. Las diferencias entre los títulos basales y aquellos a las 8, 16 y 24 semanas fueron significativamente estadísticas ($p < 0,014$, $0,003$ y $0,019$ respectivamente). No se encontraron diferencias significativas en los títulos de anti-CCP en los pacientes que no alcanzaron los criterios ACR20. Los títulos de factor reumatoide disminuyeron significativamente tanto en los respondedores como en los no respondedores a adalimumab.

Conclusiones: Se observó una reducción significativa de los títulos de anticuerpos anti-CCP en aquellos pacientes que mostraron mejoría clínica, sugiriendo que los niveles séricos de anticuerpos anti-CCP podrían ser útiles en la evaluación de la eficacia del tratamiento en pacientes con AR.

2. LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS CÍCLICOS CITRULINADOS (ANTI-CCP) NO MODIFICA LA RESPUESTA CLÍNICA AL ADALIMUMAB EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) PORTADORES DEL POLIMORFISMO G/G -308 DEL PROMOTOR DEL GEN DE TNF α

L. Soto¹, F. Sabugo¹, P. Wurmann¹, F. Solanes², T. Cermenatti², D. Catalán³, J.C. Aguillón³, M. Cuchacovich³.
¹Sección Reumatología, Hospital Clínico, ²Alumno Medicina y ³Programa de Inmunología, Facultad Medicina Universidad de Chile.

Introducción: Las moléculas HLA DRB1 que expresan el epitopo compartido unen y presentan péptidos citrulinados a los linfocitos T. El HLA DRB1 se encuentra en la vecindad de los genes del promotor del TNF α . Hemos demostrado previamente que el polimorfismo G/G -308 del promotor del gen de TNF es un factor predictor de respuesta al tratamiento anti TNF.

Objetivos: Estudiar la influencia de los anticuerpos anti-CCP en la respuesta al tratamiento con adalimumab en un grupo de pacientes portadores del polimorfismo G/G del promotor del TNF alfa.

Material y Métodos: Se estudió un grupo de 52 pacientes con AR portadores del polimorfismo G/G -308 del promotor del gen de TNF que recibieron tratamiento con adalimumab durante

24 semanas. Se dividió a los pacientes entre aquellos anti-CCP (+) y anti CCP (-). La respuesta clínica se evaluó según el criterio de mejoría DAS28.

Resultados: 39 pacientes eran anti-CCP (+) y 13 pacientes anti-CCP (-).

34/39 pacientes (87,18%) que eran anti CCP (+) y 11/13 pacientes (84,4%) que eran anti-CCP (-) alcanzaron el criterio de respuesta DAS28 ($p = 0,77$).

Conclusiones: Nuestros estudios confirman que la presencia del polimorfismo G/G del promotor del gen de TNF es un buen predictor de respuesta al tratamiento anti-TNF. La presencia de anticuerpos anti-CCP no modifica la respuesta clínica al tratamiento con adalimumab en este grupo de pacientes.

3. MICOFENOLATO MOFETILO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y COMPROMISO RENAL. 7 MESES DE SEGUIMIENTO

C. Videla

Nefrología Hospital G. Fricke, Viña del Mar

En los últimos años nuevas herramientas terapéuticas están disponibles para tratar LES grave (Rituximab, Micofenolate Mofetilo MMF), reemplazando esquemas citotóxicos y con mayor recurrencia de la enfermedad o dificultad para la remisión como lo son ciclofosfamida, ciclosporina o azatioprina. Se presentan dos pacientes con LES y compromiso renal tratados con MMF asociado a curso de metilprednisolona.

Paciente 1: mujer de 25 años que debuta con síndrome edematoso, proteinuria masiva, pericarditis con derrame y taponamiento sub oclusivo y hepatomegalia. Se confirmó fuerte serología de LES, falla renal (creatinina sérica de 5,3 mg/dl y azotemia), dislipidemia mixta e hiposerinemia. Se trató con pericardiocentesis (550 ml), 4 pulsos de MP, MMF 1 gr/día, allopurinol, rosuvastatina y albúmina humana. La biopsia renal realizada a los 15 días confirmó una nefritis lúpica IV *full house*. Los primeros 45 días fueron complejos, oliguria, anasarca, disentería, megacolon tóxico e ITU. A los 50 días la proteinuria disminuyó a 1,5 grs/día (10 veces bajo su valor inicial) y la función renal mejoró a partir del tercer mes, que registró 2,64 y 2,24 mgr/dl de creatinina sérica al 7º mes. La actividad sérica de

LES fue normal al 5º mes y se mantiene hasta la data con MMF 1 gr/día, prednisona 10 mgrs y nefroprotección.

Paciente 2: mujer de 35 años diagnosticada como LES y síndrome nefrótico esteroide sensible once años antes y tratada con ciclofosfamida (guía NIH) y mantención con esteroides en dosis variables en los últimos años. Ingresa con artralgias, síndrome nefrótico, función renal preservada y plena actividad lúpica en el suero. Los 10 meses siguientes no responde a dosis altas de esteroides y se agrega MMF 1 gr/día en presencia de una proteinuria de 7,5 grs/día con creatinina de 0,85 mgr/dl. Al 3er mes la proteinuria es negativa que se mantiene hasta la data de 12 meses de seguimiento con función renal normal, antiDNA (-) y ligera hipocomplementemia. Recibe además nefroprotección de rutina (IECA, allopurinol, espironolactona, ARA II, estatinas y calcitriol). La paciente rechazó la biopsia renal.

Comentario: El tratamiento del LES y compromiso renal severo es un desafío frecuente en la práctica clínica, y la experiencia del MMF en pacientes con trasplante renal incorpora una herramienta terapéutica de fácil acceso y de menor costo que terapias biológicas. La remisión de la enfermedad ocurrió entre el 2º y 3er mes de incorporado el MMF.

4. ESTUDIO CLÍNICO DE DISAUTONOMIA EN 1.226 PACIENTES CON SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS HIPERMOVIBLE (SEDH)

JF. Bravo, C. Wolff

Antecedentes: El SEDH, también llamado Síndrome de Hiperlaxitud Articular (SHA), afecta al 40% de los chilenos. Es la principal causa de dolores en reumatología, causa Disautonomía (Dis) la que altera la calidad de vida y por lo general no se diagnostica.

Objetivos: Demostrar la alta frecuencia de SEDH y Disautonomía.

Pacientes y Métodos: De 1514 pacientes, 1.226 fueron diagnosticados como SEDH utilizando el Criterio de Brighton (CB). La Dis fue diagnosticada clínicamente. Se les dividió en Grupo A (< 30 años) y Grupo B (≥ 30 años). A un sub-grupo de 150 SEDH se les entregó un cuestionario con síntomas de disfunción del SNA y sus respuestas fueron comparadas según sexo.

Resultados: De los 1.514 pacientes, 1.226 tuvieron un CB positivo, por lo que un 81% tenía SEDH. Rango: 14 a 87 años, promedio 46,7. Mujeres (M) 78% (p < 0,001). Grupo A: 183

pacientes (76,5% M); Grupo B: 1.043 (78,5% M.) En general se encontró Dis en 39,1%. La Dis fue estadísticamente más frecuente en M que en hombres (H) (44,4% vs. 19,9%) (p < 0,001). En el Grupo A, la Dis 72,1% en M y 44,2% en H (p < 0,001). Lo mismo ocurrió en el Grupo B, en el que la Dis fue de 39,7% en M y 15,2% en H (p < 0,001). El cuestionario mostró más respuestas positivas de las M que de los H.

Conclusiones: El SEDH es muy frecuente, pero su incidencia es mayor en nuestra consulta reumatológica, 81%, (Centro de Referencia). En el SEDH, la Disautonomía es muy frecuente (39,1%) siendo más prevalente en M (44,4%) y extremadamente frecuente en las mujeres < 30 años (72,1%). En los H < 30 años también es significativo (44,2%). La mayoría de los SEDH muestran síntomas de disfunción del sistema nervioso autónomo, pero ésta es más detectable en las mujeres.

5. ESCLERODERMIA SISTÉMICA, PRESENTACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF

R. Espinoza, J. Paul, M. Gutiérrez, E. Jarpa

Introducción: La Esclerodermia Sistémica es una enfermedad autoinmune que presenta una heterogenicidad de hallazgos clínicos, los cuales son secundarios a los distintos procesos patológicos, entre los cuales están la activación inmune, daño vascular y fibrosis. Los criterios de la ACR tienen una especificidad y sensibilidad sobre el 95% para el diagnóstico de Esclerodermia sistémica.

Objetivo: Análisis de la presentación clínica de Esclerodermia en pacientes del Hospital Naval Almirante Nef entre los años 2001 y 2008.

Material y Métodos: Se realizó un trabajo retrospectivo descriptivo que incluyó a pacientes con criterios ACR para Esclerodermia del Hospital Naval Almirante Nef. Los datos se recolectaron desde la Ficha clínica de cada paciente. Se encontró en el registro a 49 pacientes con Esclerodermia sistémica.

Resultados preliminares: Se han revisado el 75% (37) de las fichas. El 100% son mujeres. Un 51% (19) presenta enfer-

medad tipo CREST y un 48% (18) corresponde a esclerosis sistémica progresiva. El 46% (17) de los pacientes se encuentran entre los 50 y 60 años. El 70% de los pacientes con Esclerodermia Limitada y difusa debutaron con Raynaud y un 67% de ellos manifestó como segundo síntoma principal la esclerodactilia. Un 41% presentó compromiso de la función pulmonar. Un 24% de los pacientes tuvo compromiso esofágico y un 19% Hipertensión Pulmonar. No existió asociación para ambos tipos de Esclerodermia entre los síntomas y el compromiso pulmonar y/o esofágico ($p > 0,05$). Un 87% de los pacientes tuvo anticuerpos antinucleares (ANA) positivos al momento del diagnóstico.

Conclusiones: Los hallazgos clínicos mas la ayuda serológica de ANA, son suficientes para constituir el diagnóstico de Esclerodermia sistémica. Los síntomas no se correlacionan con el compromiso funcional o anatómico existente tanto pulmonar como esofágico.

6. ENFERMEDAD DE BEHÇET EN CHILE: ANÁLISIS DE 44 CASOS

P. Wurmman, G. Díaz, F. Sabugo, L. Soto, F. Solanes, G. Merino, JI. Verdaguer, F. Villarroel, M. Cuchacovich
Sección de Reumatología, Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile.
Fundación Oftalmológica Los Andes

Introducción: la Enfermedad de Behçet (EB) es una enfermedad inflamatoria crónica, multisistémica, de etiología desconocida. El diagnóstico se realiza por criterios clínicos predefinidos, los más utilizados son los del "Behçet's Disease Research Committee of Japan" revisados el 2003 (*Clin Exp Med*;3:10-20), y los del "Internacional Study Group For Behcet's Disease" (*Lancet*; 335: 1078-1080). En Chile no existen descripciones de su frecuencia ni de su presentación.

Objetivo: describir las características clínicas de la EB en un grupo de pacientes chilenos de 2 centros terciarios diagnosticados según los criterios japoneses y comparar el rendimiento de este instrumento con los del "Behcet study group" en nuestra población.

Pacientes y Métodos: Se revisaron las fichas clínicas y tabularon los síntomas de pacientes con diagnóstico de EB en 2 centros entre 1985 y 2007. Análisis estadístico: T de Student.

Resultados: Se obtuvieron 44 pacientes con diagnóstico de EB, la edad promedio de comienzo fue 26.29 ± 11.76 años; 43.2% eran mujeres. 13 cumplían criterios japoneses completos, 24 incompletos y 7 sospecha. 32/44 cumplían los criterios del grupo europeo. La frecuencia de síntomas típicos fue: úlceras orales 42(95.45%), genitales 33(75%), lesiones cutáneas 29(65.91%), compromiso oftalmológico 28(63.64%). 11 presentaron síntomas de sistema nervioso central y 3 de periférico. No hubo diferencias significativas en las características entre ambos sexos. Un paciente falleció por hemorragia alveolar.

Discusión: La presentación de la EB es polimorfa, similar a la descripción internacional. Sólo pesquizamos 44 casos en 22 años, confirmando su baja frecuencia en nuestro medio. Los criterios europeos son más simples de aplicar, pero parecen ser menos sensibles que los japoneses.

7. CONCOMITANCIA DE ANTICUERPOS ANTIMEMBRANA BASAL Y ANCA EN EL SÍNDROME RIÑÓN PULMÓN

M^a José Villar C.⁽¹⁾, Verónica Wolff C.⁽¹⁾, Oscar Neira Q.⁽²⁾, Enrique Reynolds H.⁽³⁾, Fernando González F.⁽³⁾
Becadas de Reumatología⁽¹⁾, Sección Reumatología⁽²⁾, Sección Nefrología⁽³⁾
Hospital del Salvador, Departamento de Medicina Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: La enfermedad antimembrana basal glomerular (anti-MBG) es una condición que se manifiesta clínicamente como glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) y hemorragia alveolar. Se asocia a la presencia de autoanticuerpos clase IgG, dirigidos contra el colágeno tipo IV de la membrana basal glomerular (Ac anti-MBG). Las vasculitis sistémicas asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) también pueden manifestarse como GNRP y hemorragia alveolar, cuadro clínico a veces indistinguible de la enfermedad anti-MBG. Se han descrito en la literatura pacientes con doble positividad de anticuerpos, con una frecuencia de ANCA en enfermedad anti-MBG de alrededor de 30%, y anticuerpos anti-MBG entre 5 y 15% en vasculitis asociada a ANCA. El perfil clínico, el pronóstico y el rol fisiopatológico de cada anti-

cuerpo en este grupo de pacientes es materia de investigación.

Método: Presentamos dos casos clínicos que se manifestaron como un Síndrome Riñón-Pulmón, con coexistencia de ANCA y Ac anti-MBG. Posteriormente, realizamos una revisión de la literatura en relación al tema de la “doble positividad”, e intentamos comprender la importancia clínica y fisiopatológica de la coexistencia de estos auto anticuerpos.

Conclusiones: La concomitancia de ANCA y Ac anti-MBG en el Síndrome Riñón-Pulmón es del orden de un 30%, según distintos reportes en la literatura. Todavía se investiga la implicancia clínica y pronóstica de su coexistencia. El mecanismo patogénico inicial parece ser el daño mediado por ANCA, que puede inducir y perpetuar el daño glomerular a través de la presencia de Ac anti-MBG.

8. OSTEOPOROSIS Y FACTORES DE RIESGO EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE 13.000 PACIENTES DE LA NOVENA REGIÓN

SL. Kaliski, CA. Baumert, CA. Concha, LH. Bustos, MC. Beltrán, AE. Nicolás, NR. Oliveros, CP. Gutiérrez, MX. Sandoval
Facultad de Medicina, Salud Pública y CIGES Universidad de La Frontera y Centro de Densitometría Osteodiagnos Temuco.

La Osteoporosis (OP) por su potencial morbimortalidad constituye un serio problema de salud pública. Conocer sus características y factores de riesgo (FR) en nuestra región, podría ser útil para implementar políticas de prevención.

Objetivo: Conocer prevalencia y FR de OP en un grupo de pacientes de la IX Región.

Pacientes y Método: Se seleccionó una muestra probabilística de 800 pacientes de 13.000 registros de densitometría ósea (DEXA Lunar) entre los años 1999 y 2007, quienes respondieron voluntariamente una encuesta con variables biodemográficas y otras como: años de menopausia, antecedentes familiares de OP, fractura previa, ingesta de alcohol, lácteos ($\geq 300\text{mg}$), tabaquismo, actividad física, calcio, vit D, estrógenos, bifosfonatos y otros. Se registra IMC y valores de DO.

Análisis estadístico: Prueba exacta de Fischer, t-test, análisis de varianza y Kruskal Wallis.

Resultados: De los 800 pacientes, 95.9% son mujeres, edad: 58.2 ± 11.6 años; promedio de 2.5 hijos. Un 2.2% son mapuches. IMC: 28.4 ± 4.9 . Menopáusicas: 80.3%, edad menopausia 46.4 ± 7.22 años y con 14 ± 10.8 años de evolución. Toman estrógenos: 23.2%, ingieren $\geq 300\text{mg}$ de lácteos: 42.2%; calcio: 19.4%, calcio más vit. D: 19.6%. Tabaquismo: 14.9% y alcohol

el 14.7%. El 48.1% camina menos de 10 cuadras diarias. Valores DO: Normal: 28.8%, Osteopenia: 46.2% y Osteoporosis: 25%.

Se asociaron con osteoporosis: Edad, menopausia y años de ésta, uso de corticoides, sedentarismo e inamovilidad, fractura previa y bajo peso. Resultaron “protectores”: Estrógenos, sobrepeso y obesidad. No hubo diferencias según sexo, etnia, paridad, antecedentes familiares de OP o en portadores de AR, ingesta de lácteos, calcio y vitamina D, consumo de alcohol y tabaco.

Conclusiones: La prevalencia de OP encontrada es discretamente mayor a lo comunicado (Arteaga y cols.) y menor a lo descrito por Rodríguez y en población mapuche (Ponce y cols.).

Sólo un tercio de la población estudiada tiene DO normal.

El porcentaje de pacientes mapuche, es inferior a su distribución en la IX Región, lo que posiblemente se deba a un problema de accesibilidad para realizarse una DO en el extrastistema.

Los factores de riesgo y protectores para OP encontrados, no difieren de lo descrito en la literatura, sin embargo, variables como ingesta de lácteos, calcio, alcohol y tabaco no constituyeron FR para OP en esta población.

9. CASO CLÍNICO: USO DE RITUXIMAB EN UNA PACIENTE CON LUPUS (LES)

Dra. X. Velásquez^{1,2}, Alumno J. Vargas², Dr. V. Vera^{1,2}, Dra. V. Aguirre³, Dr. C. Flores³

¹Hospital Base de Puerto Montt. ²Universidad San Sebastián, sede Puerto Montt. ³Universidad Austral de Chile.

La gravedad y manifestaciones clínicas del LES son heterogéneas. Pese al uso de corticoides e inmuno-supresores, esta enfermedad puede ser fatal. El rituximab, anticuerpo monoclonal quimérico anti-CD20, se está posicionando como una promisoriosa estrategia terapéutica en LES.

Se presenta una paciente lúpica con compromiso multi-sistémico, refractario a corticoides y ciclofosfamida (CIC) que respondió exitosamente al uso de Rituximab.

Mujer, 20 años. En febrero del 2008 debuta con pancitopenia (Hcto 17.5%, GB 2900 cel/mm³, Plaquetas 1000 cel/mm), síndrome nefrótico (proteinuria 24 horas: 7,8 gramos; creatinina 1,2 mg/dl), hipertensión arterial (HTA), ANA (+) 1/2560, anti DNA (+) e hipocomplementemia. Biopsia renal: Nefritis lúpica mixta membranosa y proliferativa focal. Inició metilprednisolona y luego prednisona 60 mg/día, ciclofosfamida en "pulsos" mensuales y requirió uso conjunto de cuatro drogas para controlar su HTA.

En mayo, se disminuye prednisona de 50 a 40 mg/día. Evo-

luciona con anemia hemolítica Coombs (+). El hematocrito cae de 32 a 24% y plaquetas de 110.000 a 80.000 cel/mm. Recibe 2 dosis de 500 mg de solumedrol y tercera dosis de CIC.

El 2 de Junio ingresa a UCI en status convulsivo, requiriendo sedación y ventilación mecánica por 72 horas. Punción lumbar y TAC cerebral normales. HTA severa manejada con nitroglicerina endovenosa. Hcto 22%, requiriendo transfusión de 4 U de GR para alcanzar hcto 30%. Inicia solumedrol con dosis total de 3 gramos. Pese a terapia en curso evoluciona con anemización y trombocitopenia progresivas.

El 11 de Junio recibe primera dosis de Rituximab, completando un total de 2 gramos.

Evoluciona con normalización de cifras tensionales, retirándose todas las drogas anti-HTA. Función renal estable, pero con proteinuria 0,8 gr/24 h. La anemia persiste y requiere nuevas transfusiones de GR. Hay estabilización y normalización del recuento plaquetario que se mantiene incluso al disminuir la dosis de prednisona.

10. ALTERACIONES FENOTÍPICAS EN LINFOCITOS B DE MEMORIA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SUS IMPLICANCIAS FUNCIONALES

¹D. Catalán, ¹O. Aravena, ²F. Sabugo, ²P. Wurmman, ²M. Cuchacovich, ¹J.C. Aguillón

¹Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes e Inflamatorias, Programa Disciplinario de Inmunología, ICBM, Facultad de Medicina. ²Sección de Reumatología, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune en cuyo desarrollo los linfocitos B juegan un papel preponderante, cumpliendo funciones de células presentadoras de antígenos y secretoras de autoanticuerpos. La actividad de éstos puede ser regulada a través de sus receptores inhibitorios para inmunoglobulinas G, FcγRIIB, a través de un mecanismo de retroalimentación negativa. **Objetivos:** Evaluar tanto el estado de activación, reflejado en un aumento del coestimulador CD86, como la expresión de FcγRIIB, en linfocitos B vírgenes y de memoria en pacientes con AR y compararlos con individuos sanos. Metodología: Se extrajo sangre periférica de 19 pacientes con AR activa y 13 individuos sanos para la caracterización de linfocitos B, mediante el marcaje con anticuerpos y su posterior análisis por citometría de flujo. **Resultados:** Los

pacientes con AR poseen linfocitos B de memoria que expresan elevados niveles de CD86 en su superficie. Asimismo, estos linfocitos B presentan defectos en la regulación de sus receptores FcγRIIB, manifestado en una disminución de su expresión, en relación a los linfocitos B vírgenes. Finalmente, los resultados sugieren la presencia de receptores FcγIIA activadores en linfocitos B de pacientes con AR. **Conclusiones:** Las diferencias apreciadas entre linfocitos B de pacientes con AR e individuos sanos, podrían indicar una actividad aberrante de estas células, tanto en su función de presentación antigénica como de secreción de anticuerpos, eventos centrales en la génesis, perpetuación y daño ocasionado por el proceso autoinmune.

FINANCIAMIENTO: Fondecyt-1070553, Núcleo Milenio-P04/030-F.

11. RESPUESTA A MONOTERAPIA CON METOTREXATE INYECTABLE EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UN HOSPITAL PÚBLICO

P. Pastenes, R. Marchetti, U. Verdejo

Unidad de Reumatología Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso.

Introducción. La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica articular destructiva. La terapia con fármacos modificadores de la enfermedad (FARMES) convencionales ha probado retardar la progresión del daño articular. **Objetivos.** Evaluar el tratamiento con MTX intramuscular (im.), como monoterapia, previo al plan GES. **Pacientes y Métodos.** Estudio retrospectivo de revisión de fichas clínicas. Se incluyó pacientes adultos con AR de seis o más meses de evolución, en tratamiento regular con MTX im. entre el 01/01/2005 y 31/12/2006. **Resultados.** Se incluyeron 159 pacientes con MTX im.; 139 mujeres, entre 19 y 84 años. La edad al diagnóstico fue promedio 43,6 años, y 11,9 años el tiempo de evolución. El 88% fue seropositivo. Los criterios de clasificación ACR al inicio de MTX im. fue promedio de 3,86 criterios. El tratamiento previo fue: MTX

oral en 82 pacientes y 77 con otros FARMES. El cambio de MTX oral a im. en 101 pacientes (63,5%) se debió a ineficacia, en 54 pacientes (33,9%) a intolerancia digestiva y en cuatro pacientes a falta de adherencia. Del total, 61 pacientes (38,4%) presentó fracaso terapéutico con MTX im. 25 mg /semana a los 27,2 meses promedio de tratamiento. El evento adverso más frecuente fue la infección urinaria a repetición seguido de elevaciones transitorias de transaminasas y creatininemia. Presentaron comorbilidad asociada 86 pacientes (54,1%): gastrointestinal endoscópica; enfermedad tiroidea y síndrome de túnel carpiano. **Conclusiones.** Las principales causas de cambio de MTX oral a im. fueron fracaso terapéutico e intolerancia digestiva. MTX im. demostró similar eficacia a la descrita en la literatura. Su beneficio adicional respalda su inclusión en el plan GES.

12. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOÍDEA CON MAS DE UN AÑO DE TRATAMIENTO EN SISTEMA PÚBLICO DEL ÁREA ORIENTE, PREVIO A SU INGRESO A SISTEMA GES

I. Guerra, JM. Matamala, MA. Castrillón, P. Vargas, O. Neira, P. Kusnir, C. Foster, J. Basoaldo, S. Palma, V. Wolf, J. Villar Hospital Salvador.

Objetivos: Actualizar características clínicas de población chilena con artritis reumatoidea (AR) de más de un año de evolución y conocer cómo el médico especialista evalúa y trata esta patología.

Método: Se caracterizó clínicamente a grupo de pacientes adultos diagnosticados AR con controles más de un año en policlínico de reumatología del hospital Salvador (HDS), midiéndose HAQ DI, DAS28, Escala visual análoga de dolor (EVA dolor); años de tratamiento, tratamiento indicado, comorbilidad, serología, complicaciones de enfermedad y tratamiento, compromiso extra articular, edad y sexo. Se correlacionó evaluación clínica objetiva (DAS 28) y terapia indicada; se comparó evaluación subjetiva del tratante, medida como escala visual análoga respecto de actividad del paciente (EVA médico) y evaluación objetiva (DAS28), se midió también con EVA la evaluación subjetiva del paciente de cómo la enfermedad afectaba su vida diaria (EVA paciente); además se buscó dirigidamente los pacientes con indicación de terapia biológica según normas chilenas del tratamiento de AR.

Para esto se encuestaron y analizaron fichas clínicas de 150 pacientes diagnosticados como AR más de un año de evolución y controles en policlínico de especialidades de HDS, seleccionados al azar de entre los evaluados entre junio y agosto 2007.

Resultados: Muestra: 139 mujeres (92,7%) y 11 hombres (7,3%), promedio de edad de 58 años y 12 de tratamiento. 92,5% factor reumatoideo (+), 39% ANA (+) y 6,6% ENA (+). El 60% tenía algún compromiso extra articular; el 48% presentó alguna complicación por el tratamiento, principalmente osteoporosis u osteopenia, y tenían en promedio dos enfermedades además de la AR.

Promedio DAS28: 4,1; 76% tenían enfermedad moderada a severa con DAS28 sobre 3,2. HAQDI promedio 1,4. EVA dolor promedió 43,7 mm (de 1 a 100 mm); EVA paciente 46,4% y EVA médico 26,8 %. 29 pacientes (19,3%) tienen indicación de drogas biológicas.

Conclusiones: Muestra en gran mayoría activa y con moderada discapacidad a pesar de promediar 12 años de tratamiento.

13. ANTICUERPO ANTI-PÉPTIDO CITRULINADO CÍCLICO COMO APOYO DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE EN UN GRUPO DE PACIENTES DEL POLICLÍNICO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO ENTRE AGOSTO DE 2006 Y MAYO 2007

N. Pezo, C. Seiltgens, M. Nass, C. Aguayo, L. Tobar
Hospital Las Higueras de Talcahuano.

Introducción: El Anticuerpo Anti Péptido Cíclico Citrulinado (Anti-CCP) es un marcador biológico cuya importancia radica en su alta especificidad para el diagnóstico precoz Artritis Reumatoide (AR) lo que permite un inicio temprano del tratamiento para evitar las complicaciones de esta enfermedad. Se ha reportado una sensibilidad entre 47-76% y una especificidad entre 90 a 96%, cifras que varían según población y Kit utilizado.

Objetivo General: Evaluar el Anti-CCP como apoyo diagnóstico de Artritis Reumatoide.

Material y Método: Se revisaron 50 fichas clínicas de pacientes en control por Reumatología. Se registraron diagnósticos, valores de FR y Anti-CCP. Se consideraron positivos valores de FR > 14 U/ml y de anti-CCP > 20 UE.

Resultados: Según los criterios diagnósticos del ACR, 16

pacientes tienen AR, de estos, 15 son anti-CCP (+) y 14 resultaron tener FR (+). De los pacientes que se controlan por otras causas, uno resultó ser anti-CCP (+), y 13 resultaron tener FR(+).

Según estos resultados la sensibilidad para el Anti CCP resultó ser de 94%, la especificidad del test fue 97%, el valor predictivo positivo fue 94% y el valor predictivo negativo fue 97%.

Para el FR, la sensibilidad resultó de 88% y especificidad de 62%, valor predictivo positivo de 52% y valor predictivo negativo de 91%.

Conclusiones: El Anti-CCP demuestra ser altamente sensible y específico para el diagnóstico de AR. Estos valores concuerdan con lo descrito con otros autores e incluso superan las series clásicas.

El Anti-CCP debería incluirse en las pruebas diagnósticas y entre los criterios diagnósticos de la AR.

14. GROSOR INTIMA MEDIA DE LAS CARÓTIDAS EN PACIENTES PORTADORES DE ARTRITIS REUMATOIDE (AR) COMO UNA EXPRESIÓN DE DAÑO VASCULAR Y RELACIÓN CON MASA ÓSEA

Dres. C. Hernández V., J. Opazo*, I. Castro**, MC. Cuellar, A. Reyes, Paula Fernández y F. Henríquez
Reumatología, Servicio de Medicina, Servicio de Imagenología, Hospital Clínico Regional G. Grant B. **Depto. de Med Interna, Facultad de Medicina U. de Concepción.

En AR hay consenso de que es una patología con mortalidad mayor a la población general en 18% su principal causa de muerte es por enfermedad vascular, cardíaca y cerebral, 43% en nuestro grupo y 48% Rochester. La inflamación en AR no está confinada a las articulaciones, esta presente en las paredes de los vasos, juega un papel importante en la disfunción de los vasos su rol más importante es iniciación, progresión y propagación del proceso aterosclerótico, PCR elevada se ha involucrado en infarto cardíaco y el estrés en pacientes activas sería otro factor causal de infarto, los niveles de LDL oxidadas se presentan altas en pacientes con AR, el uso de esteroides, AR se relaciona tres veces más con hipotiroidismo podría ser otro factor importante de daño cardiovascular. Se le ha atribuido una relación inversa a la aterosclerosis con la osteoporosis y debería ser importante en este grupo de pacientes. Hay publicaciones que han demostrado que el Eco doppler para medir el grosor íntima-media en carótidas tiene una asociación significativa con aterosclerosis coronaria es incruenta, reproducible y permite establecer un pronóstico.

Objetivo: En paciente portadoras de Artritis Reumatoidea analizar el valor del grosor de íntima-media de la carótida medida por Eco doppler como una expresión de aterosclerosis y su relación con factores de riesgo involucrados en AR. Además relacionarla con DO para ver si existe relación inversa osteoporosis aterosclerosis. **Material y Método:** Se estudian 35 pacientes con AR Criterios ACR. Se evalúa todos los factores de riesgo conocido

para aterosclerosis: IMC, tabaco, dislipidemias, HA, DM (glicemia, Hb glicosilada), esteroides dosis 5-10 mg. FR, actividad de la AR (0, 1, 2, 3), Tpo de evolución de la AR <5 y >5 años. Se mide con ultrasonido doppler de la íntima de carótida derecha e izquierda por un operador entrenado y se hace un score de 16 medidas, 8 por carótida izquierda y 8 a derecha y de ellas se saca un promedio, se considera sobre 7mm alterado el grosor de la íntima. Se usa t student, Chi cuadrado

Resultados: 35 AR, edad x de 58 años, tres pacientes AR 3/35(6%) presentaron placa ateromatosa, una de ellas inmediatamente intervenida, dos no se incluyeron en el estudio. El grupo de pacientes AR presentó en un 74% alteración del grosor íntima media. No se evidencian diferencias significativas en el grosor de la íntima en el grupo de pacientes AR con o sin HA o/y DM. Tabaquismo, dislipidemia, uso de esteroides, con $p < 0.05$ el tpo de evolución Tampoco se encontró ninguna relación significativa con densidad ósea.

Conclusión: Encontramos daño vascular como expresión del grosor de íntima media 74% y 6% de ateromas, más allá del esperado para este grupo de edad. No hubo relación significativa con ninguno de los factores de riesgo vascular conocidos. Como tampoco encontramos ningún tipo de relación con densidad ósea. Creemos que hay que aumentar el número de pacientes estudiados y comparar este método que muestra daño muy precoz y es muy fino se mide mm con la Ecocardiografía midiendo calcificación de mitral o velo aórtico.

15. NERVIOS MEDIANOS BÍFIDOS Y SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, A PROPÓSITO DE DOS CASOS. INTERÉS DEL ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO

Dra. R Areny⁽¹⁾, Dra M Aliste⁽²⁾, Dr. J Saavedra⁽³⁾

⁽¹⁾Dpto de Reumatología, Hospital F Bulnes Cerda, ⁽²⁾Dpto de Reumatología, Hospital J. J Aguirre, ⁽³⁾Dpto de Reumatología, Hospital S Juan de Dios

Caso Clínico 1: Mujer de 49 años con lupus eritematoso sistémico de 7 años de evolución inactivo bajo tratamiento, presenta hace 1 año parestesias en ambas manos en territorio del nervio mediano, de predominio izquierdo. Se realiza electromiografía que confirma un síndrome del túnel carpiano moderado a derecha y severo a izquierda con latencias motoras de 4,5ms y 7,65 ms respectivamente. Una ultrasonografía con equipo SONOSITE TITAN y un transductor lineal de alta frecuencia, evidencia un nervio mediano bífido bilateral en un doble compartimento, las dos ramas izquierdas son de mayor grosor que las dos derechas.

Caso Clínico 2: Mujer de 68 años con artritis reumatoide inactiva bajo tratamiento, presenta clínica de síndrome del túnel carpiano bilateral y en electromiografía se confirma el compromiso, siendo este severo de predominio derecho con latencias motoras de 13.7 ms a derecha y 4.7 ms a izquierda. La ultrasonografía muestra ambos nervios medianos bífidos en un doble compartimento.

La presencia de un nervio mediano bífido en el túnel carpiano resulta de una división precoz de este antes de entrar bajo el retináculo. Puede asociarse a otras anomalías como la persistencia de una arteria mediana y observarse en pacientes asintomáticos. Su frecuencia es baja, reportándose algunos casos y en un estudio asociando ultrasonografía a RMN de 294 pacientes con clínica positiva, solo 6 presentaron un nervio bífido.

El interés de la ultrasonografía en la exploración del túnel carpiano es múltiple: evaluación del área del nervio correlacionada con la clínica y la electromiografía, descartar sinovitis, tenosinovitis, presencia de gangliones y de variantes anatómicas. Es importante descartar la presencia de un nervio mediano bífido así como de una arteria mediana persistente ya que existe un riesgo de lesión neural y/o vascular durante el tratamiento quirúrgico.

16. CORRELACIÓN ELECTROFISIOLÓGICA-ULTRASONOGRÁFICA EN SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO (STC)

M. Aliste,¹ R. Areny,² J. Saavedra,³ C. Navarrete⁴

¹Dpto de Reumatología, Hospital J. J Aguirre. ²Dpto de Reumatología, Hospital F Bulnes Cerda. ³Dpto de Reumatología, Hospital S Juan de Dios.

⁴Neurólogo, Clínica Dávila

Objetivo: evaluar la correlación entre la electromiografía y la ultrasonografía (US) en pacientes con STC.

Material y Método: entre octubre 2007 y julio 2008 se realizaron estudios US con equipo Sonosite Titán utilizando sonda de alta frecuencia, en 19 pacientes clínicamente sintomáticas para STC y estudio electromiográfico en 15 pacientes, (se descartaron dos por nervio mediano bífido pesquisados en US)

Se incluyeron 13 pacientes de sexo femenino, de edad media 56 años (rangos 42 a 73), estudiándose sonográficamente 26 túneles carpianos y descartando dos de ellos por electromiografía incompleta.

Se considera como sugerentes de STC: la electromiografía con latencia motora superior a 4 ms y desde el punto de vista ecográfico si la área del nervio mediano a nivel del pisiforme es superior a 10 mm². Se evalúa además la presencia de factor compresivo y/o sinovitis.

Resultados: se halló 15 nervios medianos con US alterada (área superior a 10 mm²) y 18 nervios medianos con electromiografía alterada. Se encontró correlación positiva entre US y electromiografía en 12/24 túneles carpianos y se observó una concordancia de lateralidad entre el tamaño del nervio y su alteración electrofisiológica en cinco pacientes. Los nervios de mayor área aparecieron comprimidos a nivel del retináculo flexor del túnel carpiano. Se detectó sinovitis de muñeca en seis túneles carpianos (dos pacientes con artritis reumatoide, uno con osteoartritis erosiva).

Conclusión: la US de partes blandas es una herramienta complementaria a la electromiografía en el estudio del STC en el paciente reumático, aportando información adicional con relación a la patología de base.

17. CARACTERÍSTICAS DE LA SARCOIDOSIS EN LA PRÁCTICA REUMATOLÓGICA

C. Peña⁽¹⁾, O. Neira^(2,3), S. Palma^(2,3), J. Basualdo⁽²⁾, I. Guerra⁽²⁾

⁽¹⁾Residente de Medicina Interna, Hospital del Salvador, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, Hospital del Salvador, Universidad de Chile. ⁽³⁾Unidad de Reumatología, Clínica Alemana de Santiago

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de causa desconocida y sintomatología variada. Existe poca información de sus características en Chile.

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con sarcoidosis que consultaron en reumatología.

Material y Método: Estudio descriptivo de pacientes con sarcoidosis que consultaron entre 1989 y 2008.

Resultados: Se analizó la información de 16 pacientes, de los cuales 11 (68,8%) son mujeres. La edad promedio al diagnóstico fue 45,7 (20-77) años. La latencia desde los primeros síntomas al diagnóstico fue 12,5 meses, y desde la primera consulta a reumatología al diagnóstico de 1,1 mes.

El motivo de consulta fue variado, siendo el cutáneo el principal en seis pacientes, con eritema nodoso en cuatro. En segundo lugar artritis en cinco pacientes, en cuatro de tobillos y en uno de cadera con condrocalcinosis e hipercalcemia.

Durante la evolución hubo compromiso osteoarticular en 10 (62,5%) pacientes: artritis en ocho (50%), en todos ellos en

tobillos la que frecuentemente se acompañó de eritema violáceo y también en carpos y cadera. El compromiso pulmonar predominante fue adenopatías mediastínicas en 10 pacientes. El compromiso cutáneo se observó en ocho pacientes con eritema nodoso en seis de ellos. Tres pacientes tuvieron mialgias y una miopatía inflamatoria con CPK elevada. Tres pacientes tuvieron compromiso glandular lacrimal y/o salival.

Hubo biopsias confirmatorias en 15 pacientes: nueve adenopatías mediastínicas, dos adenopatías inguinales, dos glándulas salivales y otros cuatro parénquimas. Se encontró ECA elevada solo en 4/14 pacientes (28,5%) e hipercalcemia en cinco.

Un paciente rehusó tratamiento. En 14 se usó corticosteroides, metotrexato en siete, plaquinol en tres y azatioprina en un paciente.

Conclusiones: El edad promedio resultó mayor que el descrito en la literatura. La forma de presentación de estos pacientes fue muy variada, destacando la elevada frecuencia de artritis de tobillos y eritema nodoso.

18. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE 56 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOÍDEA EN PUERTO MONTT

Dra. X. Velásquez^{1,2}, Al. A. Taíba¹, Al. C. Witwer¹, Al. F. Cárdenas¹, Al. C. Vásquez¹, Al. J. Vargas¹
Universidad San Sebastián ¹. Clínica Los Andes, Puerto Montt²

La artritis reumatoídea es la enfermedad autoinmune más prevalente en reumatología. En los últimos años se han publicado varios registros que describen las principales características epidemiológicas, clínicas y radiológicas de esta enfermedad.

Objetivo: Evaluar retrospectivamente el perfil de un grupo de pacientes con AR.

Material y Métodos: Se revisaron 56 fichas clínicas de enfermos con AR establecida que concurrieron a consulta reumatológica en Clínica Los Andes de Puerto Montt, entre abril y agosto del 2008. Se consignaron aspectos epidemiológicos, factor reumatoideo (FR), presencia de erosiones en radiografías de manos o pies realizadas en los últimos 12 meses, nódulos reumatoideos o fibrosis pulmonar y el último esquema terapéutico.

Resultados: La mediana de edad al inicio de la enfermedad fue 40 años. Todas las pacientes eran mujeres. El tiempo promedio de evolución de la AR fue 9,4 años. 67% FR (+). Sólo 28 pacientes se habían realizado radiografías en el último año

y de ellos 50% presentaba erosiones. Nueve (16%) presentaba nódulos reumatoideos y sólo uno (1,7%) fibrosis pulmonar. Usaban prednisona 46 (82%) pacientes y el 100% recibía algún DMAAR: 36 (64%) metotrexato, 14 (25%) leflunomida, 13 (23%) hidroxi-cloroquina y 5 (9%) sulfasalazina. De los 56 pacientes, 40 (71%) usaba sólo un DMAAR, 14 (25%) dos y 2 (4%) pacientes tres DMAAR. Ninguno recibía terapias biológicas.

Conclusiones: En este grupo la totalidad de pacientes son mujeres. De aquellos con radiografías recientes, sólo la mitad presenta erosiones, pese a llevar más de nueve años de enfermedad. Los esquemas de terapia farmacológica están acordes a las recomendaciones actuales, encontrándose la totalidad con al menos un DMAAR, siendo metotrexato el más utilizado. Más del 80% usa corticoides y ninguno de los pacientes de esta serie recibe terapias biológicas.

19. USO DE RITUXIMAB EN POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE CRÓNICA (CIDP) PEDIÁTRICO

E. Jarpa, D. Jensen, M. Prelo
Hospital Naval Almirante Nef.

Introducción: La Polineuropatía desmielinizante crónica inflamatoria (CIDP) es una neuropatía periférica inmune tratable. En su manejo está el uso de gammaglobulinas y distintos inmunosupresores. Existen reportes de uso de Rituximab en adultos en CIDP refractaria.

Objetivo: Describir un caso clínico de CIDP pediátrico y la respuesta al tratamiento con Rituximab.

Caso: Paciente de 10 años con antecedentes de asma bronquial consulta por cuadro de disminución de la fuerza en extremidades superiores. Al examen neurológico destacaba inestabilidad asimétrica de la marcha, paresia distal de las manos y arreflexia generalizada, más acentuada en extremidades inferiores. Punción lumbar mostró LCR con proteinorraquia y EMG evidenció disminución de la velocidad de conducción nerviosa motora de extremidades superiores y prolongación de

la latencia de las ondas F en las cuatro extremidades compatible con Síndrome de Guillan Barré (SGB). Se trató con gammaglobulina endovenosa con buena respuesta a tratamiento. A los dos y luego a los cuatro meses, presentó nuevamente cuadros de pérdida de fuerza en extremidades superiores. El estudio de LCR y EMG fueron compatibles con SGB siendo tratada exitosamente en ambas oportunidades con gammaglobulina endovenosa. Presenta por tercera oportunidad cuadro de pérdida de fuerzas, planteándose la posibilidad de una polineuropatía desmielinizante crónica dado de la evolución del cuadro. Se inició tratamiento con Rituximab, con buena respuesta, con regresión de la sintomatología neurológica y sin nuevas recurrencias.

Conclusión: En pacientes con CIDP recurrente, el uso de Rituximab, ha demostrado ser útil, revirtiendo el cuadro clínico y previniendo la reactivación de la enfermedad.

20. DERMATOMIOSITIS Y COMPROMISO MULTISISTÉMICO

E. Jarpa, M. Ramírez, F. Cárdenas, Dr. C. Nicklander
Hospital Naval Almirante Nef.

Introducción: La Dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática en cuya patogenia está una microangiopatía de la piel y el músculo mediada por complejos inmunes.

Objetivos: Describir el compromiso multisistémico en dos casos de dermatomiositis y respuesta a gammaglobulina y rituximab.

Resultados:

Caso 1: Varón de 19 años con dermatomiositis diagnosticada en febrero de 2007 que suspende tratamiento con prednisona y ciclosporina. Ingresa por debilidad progresiva e incapacitante y fiebre. Presentaba lesiones cutáneas difusas, esclerodactilia, pápulas de gottron, calcinosis. Con alza de enzimas musculares, parámetros inflamatorios y ANA 1:5120. Mala evolución con disfagia progresiva, compromiso hemodinámico y fatiga respiratoria. Cursa con shock séptico de origen cutáneo, poliserositis. Un ecocardiograma mostró derrame pericárdico, pericardio engrosado e hiperrefringente con función sistólica conservada. Recibe tres pulsos de metilprednisolona y dos de gammaglobulina y posteriormente prednisona y metotrexate. Evolucionó con resolución del cuadro infeccioso, remisión de su enfermedad.

Caso 2: Mujer de 33 años con diagnóstico de dermatomiositis en junio de 2007. Inicialmente buena respuesta a prednisona y metotrexate. Al intentar disminuir dosis corticoidal presenta múltiples recidivas cutáneas entre enero y mayo de 2008, requiriendo en total dos pulsos de metilprednisolona y dos de rituximab. Nueva reactivación en junio, agregándose lesiones necróticas en pliegues cutáneos y taquicardia sinusal. Enzimas musculares normales. Se constata compromiso miocárdico con ecocardiograma que muestra hipokinesia septal, función sistólica disminuida y pericardio hiperrefringente. Se sospecha miopatía esteroideal pero se descarta mediante Resonancia Magnética. Por actividad de su patología y refractariencia a tratamiento inmunosupresor recibe 3 pulsos de gammaglobulina con buena respuesta clínica, logrando reducir progresivamente dosis de corticoides.

Conclusión: ambos casos demuestran que la dermatomiositis puede tener evolución grave con compromiso muscular; faríngeo, respiratorio y miocárdico importantes. El uso de rituximab y gammaglobulina cambió favorablemente el curso clínico.

21. CORRELACIÓN Y VALOR DIAGNÓSTICO DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS NO INVASIVOS EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE SJÖGREN

M. Seguel¹, C. Trejo², A. Carvallo², C. Wolff³, G. Lobos⁴

¹Becado Reumatología U. de Chile. ²Reumatólogo Dpto. Reumatología Hospital San Juan de Dios. ³Laboratorio de Investigaciones Clínicas, Dpto. Medicina Occidente, Universidad de Chile, Santiago, Chile. ⁴Servicio Medicina Nuclear, Hosp. San Juan de Dios.

Introducción: En el síndrome de Sjögren (SS) se produce infiltración linfocitaria crónica en múltiples glándulas exocrinas, especialmente en las glándulas salivares y lagrimales, progresando hasta destruir la función de estas. No existen pruebas eficientes no invasivas para evaluar el grado del daño. Sería útil contar con métodos simples de evaluación para un diagnóstico precoz.

Objetivo: Correlacionar exámenes inmunológicos, el test de Schirmer con el Cintigrama de glándulas salivares en la pesquisa del SS.

Método: Se revisan 100 fichas seleccionadas al azar de pacientes en control, desde 2002-2008, según los criterios europeos americanos del 2002. Se analizó edad, tiempo de evolución, exámenes de laboratorio (ANA, anti Ro, La y FR), test de Schirmer y Cintigrama de glándulas salivares (gamacámara y administración de 99 mTc-pertecnecio). Se crea escala de puntajes (score) de pruebas inmunológicas y cintigrama. Análisis estadístico, prueba exacta de Fischer.

Resultados: Relación SS 1°/2° fue 1/3. Mediana edad (años): SS1° 59, SS2° 59. Frecuencia de exámenes (+) en SS1°/SS2° ANA 73/48%, (p < 0,05), Anti Ro 68/42%, anti La 48/19% (p < 0,05) test de Schirmer 85/74%. Score de pruebas inmunológicas es similar en SS1° y SS2°. Score alto de laboratorio se asocia a cintigrama severo. Distribución de Schirmer según severidad de cintigrama es diferente entre SS 1°/2°. La severidad de cintigrama es mayor SS 1° que en 2° (p < 0,01).

Conclusiones: La relación entre Sjögren 1°/2° es 3/1, concordante con la literatura. Existe una significativa relación entre la presencia de anticuerpos (score alto de laboratorio) y un cintigrama severamente alterado, siendo mayor en el Sjögren 1°. Lo mismo ocurre con test de Schirmer severo y cintigramas muy alterados. Valores intermedios de laboratorio, Schirmer e incluso cintigrama leves a moderados no serían confiables como diagnóstico de pesquisa del Sjögren.

22. POLIMIALGIA REUMÁTICA. EXPERIENCIA CLÍNICA BASADA EN 23 CASOS

D. Bernal, A. Carvallo

Servicio de Medicina, Departamento de Reumatología, Hospital San Juan de Dios.

Introducción: La polimialgia reumática (PMR) es una afección caracterizada por dolor y rigidez de la cintura cervicoescapular y pelviana, presente preferentemente en personas sobre los 50 años de edad, con frecuencia asociado a arteritis de células gigantes (ACG) y con una excelente respuesta a dosis moderadas de corticoesteroides. **Objetivo:** Evaluar las características clínicas, de laboratorio, terapéuticas y evolutivas de esta afección en nuestro medio. **Material y Método:** 23 pacientes con PMR diagnosticados según criterios establecidos (ACR) y controlados entre 1998 y 2008. Según protocolo se analiza sexo, edad, diagnósticos previos, características clínicas, de laboratorio, tratamiento y evolución. **Resultados:** Edad entre 44-81 años, (mediana 75) con predominio en mujeres (18/5), y 10,4 meses promedio de tiempo de evolución prediagnóstico; 58% tuvieron otros diagnósticos y tratamientos previos. Todos presentaron dolor y rigidez cervicoescapular y pelviana, 2 pacientes tuvieron artritis y dos tuvieron características clínicas de

arteritis de células gigantes (ACG). El laboratorio fue normal, excepto alza de la velocidad de sedimentación entre 38 y 131 mm/hora (promedio 80). Todos tuvieron factor reumatoideo (-) y anticuerpos antinucleares (-). Todos, excepto aquellos que tuvieron sintomatología compatible con ACG, respondieron a dosis moderadas de corticoesteroides (menor o igual a 20mg/día de prednisona), fluctuando la dosis de mantención entre 5 y 10 mg/día. En todos, excepto uno, la evolución ha sido favorable, con desaparición de los síntomas, normalización de la VHS y reintegración a sus actividades previas de la vida diaria. **Conclusiones:** La PMR debe considerarse como diagnóstico diferencial en personas sobre los 50 años de edad con dolor de cintura escapular y pelviana. Considerar paralelamente la presencia de ACG. El diagnóstico es por descarte de otras patologías y VHS persistentemente alta. La respuesta a los corticoesteroides a dosis moderada es muy buena, permitiéndoles reincorporarse a sus actividades habituales de la vida diaria.

23. TUMOR ORBITARIO. UN DILEMA DIAGNÓSTICO TERAPEÚTICO. CASO CLÍNICO

M. Grau, MP. Zañartu, A. Carvallo

Servicio de Medicina, Departamento de Reumatología, Hospital San Juan de Dios.

Objetivo: Caso clínico de paciente con manifestaciones de tumor orbitario, dilema diagnóstico y decisión terapéutica.

Mujer de 35 años; en 2001 inicia aumento de volumen párpado superior izquierdo y estridor laríngeo. TAC demuestra tumor lagrimal. Sin respuesta a prednisona 60 mgrs, se decide extirpación constatándose tumor extendido hasta órbita, sin compromiso óseo. Biopsia sugiere pseudotumor orbitario. La intubación fue difícil por estenosis subglótica, confirmada posteriormente por rinofaringoscopia: estenosis del 50%, eritema, edema mucoso. Radiografía tórax y espirometría normales. Mala respuesta a prednisona 0.5 mg/kg/día. En 2002 agrega ptosis, aumento de volumen orbitario y exoftalmo sin respuesta a aumento de prednisona a 1 mg/kg/día. Durante 2003 empeora estridor laríngeo, apareciendo disnea y hemoptisis. La laringoscopia muestra infiltración laríngea, engrosamiento de cuerdas vocales y comisura posterior. Exámenes complementarios y estudio inmunológico (-), con pANCA (+) en una oportunidad. Abandona controles hasta mayo 2006, destacando mayor compromiso respiratorio,

asociado a depresión del tabique nasal e importante exoftalmo izquierdo, realizándose traqueotomía con biopsia, que muestra epitelio transicional, hiperplasia epitelial, fibrosis estromal, infiltrado inflamatorio crónico y agudo. En julio 2006 agrega diplopia, exoftalmo y dolor de ojo derecho, aumento de glándula lagrimal izquierda y compromiso musculatura extraocular. Se descarta linfoma, sarcoidosis y granulomatosis linfoide. Biopsia septal negativa para vasculitis y atipia celular. Con sospecha de GW recibe ciclofosfamida EV, azatioprina y corticoterapia en descenso, con respuesta parcial. Sin tratamiento y control hasta agosto 2008, en que se aprecia significativa regresión de exoftalmo y disminución de síntomas traqueales.

Conclusión: Los tumores de la región orbitaria plantean difíciles diagnósticos diferenciales. En el presente caso, descartadas otras posibilidades, considerando el carácter invasivo local de la afección, el deterioro de la calidad de vida y con el consentimiento informado de la paciente, se tomó la decisión de tratar como GW con respuesta favorable a largo plazo.

24. LPS INDUCE CORTICO-RESISTENCIA EN MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA

ML. Molina¹, H. Gatica², IA. Goecke^{1,2}

PBFB, Facultad de Medicina¹ y Servicio de Reumatología, Hospital Clínico, Universidad de Chile².

Introducción: Una asociación entre reactivación de enfermedades inflamatorias-autoinmunes e infecciones intercurrentes ha sido planteada. Los mecanismos que median esta asociación no están claros. Los glucocorticoides son antiinflamatorios-inmunosupresores. Sus acciones son mediadas por un receptor (GR), del cual se han descrito isoformas transcripcionales: GRalfa (activa) y GRbeta (dominante negativo o inhibitoria). Es planteable que proteínas bacterianas modulen la expresión de los GR induciendo corticorresistencia, lo cual favorecería la reactivación de enfermedades autoinmunes.

Objetivos: Evaluar el efecto de LPS sobre la sensibilidad celular a corticoides y su asociación con cambios en la expresión de las isoformas del GR.

Métodos: Mononucleares de sangre periférica de sujetos sanos se cultivaron con LPS (0pg/ml, 10pg/ml, 10ng/ml y 10ug/ml) por 24 horas, evaluándose la expresión de las isoformas del GR por Western-Blot. La sensibilidad a GC se evaluó

por el efecto inhibitorio de Dexametasona sobre la expresión de TNF α inducida por LPS. Análisis Estadístico: test U de Mann-Whitney.

Resultados: LPS indujo disminución significativa de la sensibilidad celular a Dexametasona a dosis de 10 pg/ml y 10 ng/ml (18 y 19%, $p < 0,05$) sin modificarse a concentración de 10 ug/ml. La expresión de GRalfa fue disminuida por LPS a concentraciones de 10 ng/ml y 10 mg/ml (50 y 49%, $p = 0,0156$). La expresión del GRbeta disminuyó solo con LPS 10 ug/ml (19%, $p = 0,0156$).

Conclusión: LPS induce disminución de la sensibilidad celular a GC por mecanismos dependientes o independientes de la modulación de la expresión del GR. Por tanto, en estados infecciosos puede generarse córtico-resistencia, contribuyendo a la inducción y/o reactivación de enfermedades inflamatorias/autoinmunes en individuos susceptibles.

25. USO RITUXIMAB EN LUPUS Y EMBARAZO: CASO CLÍNICO

M. Cisternas, J. Carvajal, A. Jara

Departamentos de: Inmunología Clínica y Reumatología, Ginecología-Obstetricia, Nefrología. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El Rituximab, anticuerpo anti-CD20, ha demostrado ser útil en enfermedades del tejido conectivo de difícil manejo. Hay reportes escasos sobre el uso de este medicamento en embarazo, y los casos corresponden a pacientes con linfoma.

Caso Clínico: Mujer de 31 años, tratada por 4 años como AR, inicialmente con Metotrexato y luego Leflunomide. Por deseo de embarazo, estando inactiva se cambia a Azatioprina en septiembre 2007.

Se embarazó en enero 2008. A las cinco semanas desarrolló lesiones eritemato-violáceas en EEII, con biopsia compatible con lupus. Se realizan exámenes: ANA (+) 1/320, anti-DNA (+++) 1/20, C3 18, C4 2.3, leucopenia 3400, VHS 43, función renal normal. Se indica Prednisona 0.5 mg/kg/día.

A las 10 semanas de gestación se hospitaliza por poliartritis, vasculitis de la piel, edema progresivo e hipertensión. Sedimento de orina: hematuria dismórfica, creatinina 0.58 mg/dl, proteinuria 24 hrs 2.3grs, albuminemia de 2.1 mg%, aCl 200 MPL. Se indican pulsos de Solumedrol y anticoagulación. Sin

respuesta, aumentó proteinuria hasta 12 grs/24 hrs, y se decide, con 14 semanas de gestación y buena viabilidad fetal, 2 pulsos de Rituximab de 1 gr. Posteriormente bien, con Azatioprina, Plaquinol y Prednisona.

A las 22 semanas se hospitaliza por insuficiencia respiratoria grave. Se trata en forma empírica con antibióticos e inmunoglobulina 400 mg/kg/día, por hipogamaglobulinemia, con buena respuesta. Perfil biofísico fetal normal. Luego desarrolla herpes zóster, tratada con valaciclovir.

Posteriormente, disminución de la proteinuria hasta 100 mg/24 hrs, PA normal, normalización serología y complementos. Parto programado a las 36 semanas: RN hombre, 2.960 kg, Apgar 9-10, leucocitos normales. Buena evolución hasta control al mes post parto.

Conclusión: Se presenta una paciente con Lupus grave, que recibe Rituximab en etapa precoz del II trimestre del embarazo, con buena evolución. Los efectos observados post administración fueron infecciones e hipogamaglobulinemia, que pudieran ser secundarios al medicamento.

26. USO DE SALA ESPEJO EN LA DOCENCIA DE REUMATOLOGÍA EN EL PREGRADO DE MEDICINA

C. Cuellar,⁽¹⁾ N. Sánchez,⁽¹⁾ M. Cisternas

Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

(1) Internos de Medicina, 7º año.

Introducción: La reumatología es percibida como una sub-especialidad compleja y a veces poco atractiva por los alumnos de medicina. Desde hace tres años implementamos un módulo ambulatorio, con metodología de sala espejo (observación unidireccional del alumno mientras desarrolla la actividad clínica), estandarizado, con pacientes, especialmente diseñando para alumnos de cuarto año de Medicina.

Objetivos: Evaluar si la implementación de esta metodología mejora la adquisición de conocimientos de la subespecialidad y evaluar cuáles son aquellos factores que determinan un mejor aprendizaje en cuarto año.

Materiales y Métodos: Cada módulo tiene una duración de 44 hrs, y rotan seis alumnos con reumatólogo docente. Se evalúan pacientes con artrosis, artritis reumatoidea y Lupus. A los estudiantes se les aplica un test diagnóstico de 20 preguntas, que evalúan conocimientos de cada patología, al inicio y final de cada rotación.

Resultados: Rotaron por los módulos 106 alumnos el 2007, con asistencia de 99%. Al inicio, ellos presentaron en promedio 53% de respuestas correctas y 11% omitidas, que mejoró a 90%

correctas, con 1% omisión al final del módulo ($p < 0.01$). La mayor frecuencia de respuestas correctas se obtuvo en artrosis, luego AR y finalmente Lupus (72%, 59% y 36% respectivamente). El porcentaje de respuestas incorrectas u omitidas no se diferenció según si los alumnos habían rotado previamente por Medicina hospitalaria o por módulos espejo de otras especialidades (43% vs 59%, $p = NS$, y 38% vs 61%, $p = NS$, respectivamente). Aquellos alumnos que habían tenido previamente el capítulo teórico de reumatología ($n = 71$), obtuvieron un significativo mejor resultado en la prueba de evaluación diagnóstica (88% vs 45%, $p = 0.002$). En la encuesta de evaluación docente, que realizan los estudiantes, la calificación promedio de este módulo fue 6.8.

Conclusiones: El uso de sala espejo permite uniformar el acceso de los alumnos a la patología reumatológica ambulatoria. Los alumnos adquieren conocimientos específicos en forma significativa, y declaran sentir que este es una buena herramienta docente. Los mejores resultados se obtienen en aquellos estudiantes que han tenido el capítulo de reumatología teórico previamente.

27. INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO

M. Jurado, J. Durán, A. Martínez, B. González, JM. Castellón, MA. Gutiérrez

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

Introducción: El Síndrome Antifosfolípido (SAF) es una causa importante de hipercoagulabilidad adquirida. Las localizaciones de trombosis más frecuentes son el territorio venoso de extremidades inferiores y el territorio arterial cerebral. Presentamos un paciente con trombosis arterial coronaria como manifestación inicial de SAF.

Caso clínico: Hombre de 25 años, con historia de eritromelalgia mano izquierda. Sin factores de riesgo cardiovascular conocidos. En octubre 2006 tuvo dolor transitorio retroesternal opresivo asociado con el esfuerzo. Electrocardiograma no mostró isquemia. Dos meses después presentó dolor de similares características de 3 horas de duración y consultó a las 24 horas de evolución. Electrocardiograma mostró SDST V2 – V5, T (-) V2 – V6, aVL y onda Q V2 – V3, enzimas cardíacas elevadas con troponina hasta 35.54 ng/ml. Ecocardiograma evidenció hipokinesia marcada no adelgazada anteroseptal distal, anterior y apical. El perfil lipídico fue normal. Coronariografía realizada

a las 48 horas mostró lesión en tercio proximal de arteria descendente anterior, trombótica en 80%, sin encontrarse lesiones ateromatosas. Por TTPK basal prolongado se estudió trombofilia, encontrándose anticoagulante lúpico repetidamente (+) (índice 2.71), anti 2 glicoproteína I IgG 18.6 U/ml, IgM 77 U/ml, anticardiolipinas IgG 20.6 U/ml, IgM 96 U/ml y anticuerpos antinucleares (ANA) 1/1280 (mixto). Anti DNA y perfil ENA negativos, complementos normales. Se diagnosticó SAF Primario y se indicó anticoagulación permanente. En tratamiento además con atenolol, ramipril, aspirina y plaquinol.

Dos años después asintomático, con hipokinesia discreta anteroapical y función sistólica normal baja con fracción de eyección de 53% por Simpson.

Discusión: Aunque el infarto agudo al miocardio IAM es una manifestación infrecuente del SAF, debe considerarse en pacientes jóvenes o sin factores de riesgo cardiovascular.

28. INHIBIDOR DE FACTOR VIII COMO CAUSA DE SÍNDROME HEMORRAGÍPARO EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES

M. Jurado, MJ. Villar, P. Kusnir, L. Massardo, J. Pereira, O. Neira, M. Gutiérrez

Departamentos de Inmunología Clínica y Reumatología, de Hematología, Pontificia Universidad Católica de Chile; Unidad de Reumatología, Universidad de Chile, Hospital del Salvador.

Introducción: La presencia de anticuerpos anti Factor VIII ha sido descrita en postparto, neoplasias, raramente en artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES). Ocasionalmente coexisten con anticuerpos antifosfolípidos. Presentamos tres pacientes con enfermedades reumatológicas y hemofilia adquirida por inhibidor de FVIII (I-FVIII).

1) Mujer de 59 años, AR diagnosticada en 1988 por poliartritis de manos con FR positivo. Inició tratamiento con esteroide y antimaláricos. En mayo del 2008 se hospitalizó por hematoma dorsal con extensión a ventral y brazo, asociado a caída de hematocrito a 15% y prolongación de TTPK. Se diagnosticó Hemofilia Adquirida con FVIII sérico <1%, I-FVIII de 461 UIB. Inició terapia con factor VIIa, complejo protrombínico, prednisona 60 mg día y ciclosporina 150 mg día. Evolucionó con estabilización de la hemorragia, del hematocrito y perfil de coagulación. Control I-FVIII dos semanas después fue 1,5 UIB.

2) Mujer 50 años, LES diagnosticado en 1995 por trombocitopenia, fotosensibilidad, poliartritis y AAN (+). Además historia de dos abortos espontáneos con anticoagulante lúpico (+). En el año 2002 inició cuadro de metrorragias y anemia. Se diagnosticó hemofilia adquirida por I-FVIII de 2.6 U/Betsheda

(UIB) y FVIII < 2%. Mejoró con corticoides intravenosos, luego orales, y progestágeno de depósito. Al suspender los corticoides los títulos disminuyeron nuevamente por lo que se agregó azatioprina.

3) Hombre 34 años, LES diagnosticado el 2002 por artritis, úlceras orales, fotosensibilidad, AAN y Anti DNA (+). Inició tratamiento con metotrexato, plaquinol y prednisona que abandonó a fines del 2003. En enero del 2004 aparecieron hematomas y equimosis espontáneos. Se diagnosticó hemofilia adquirida por I-FVIII > 1638 UIB con FVIII < 1%. Inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona seguido de ciclofosfamida y prednisona, con mala respuesta. Mantuvo siempre niveles de FVIII < 1% y títulos altos de I-FVIII. Falleció en octubre 2004 por hemoptisis.

Discusión: Aunque infrecuente, la presencia de I-FVIII debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales de síndrome hemorrágico en pacientes con enfermedades autoinmunes. El tratamiento no está bien definido pero se ha utilizado corticoides, inmunosupresores, Plasmaféresis, inmunoglobulinas y rituximab con el objetivo de normalizar los niveles de FVIII.

29. SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS Y POLIANGIITIS MICROSCÓPICA: UNA ASOCIACIÓN POCO USUAL

M. Jurado, A. Morales, E. Ferreira, J. Pertuzé, J. Tapia, L. Massardo

Departamentos de Inmunología Clínica, Reumatología y Enfermedades Respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El síndrome antifosfolípidos (SAF) se asocia con diferentes entidades entre las que se cuentan las vasculitis sistémicas con frecuencias entre 6%-16%. En 1999 se reportó un caso con Poliangiitis Microscópica (PAM). Se discute si los anticuerpos antifosfolípidos (aPL) son patogénicos o un epifenómeno en esta asociación.

Casos clínicos:

1) Mujer, 72 años, con trombosis venosa profunda (TVP) el 2001 por lo que inició anticoagulantes (TACO), al mes hizo fiebre, anemia, condritis, hipertensión, hematuria, proteinuria nefrótica y deterioro renal. La VHS fue > 100 mm/h. Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos periférico (ANCA p) positivo. Púrpura vascular biopsiado: vasculitis leucocitoclástica. Con diagnóstico de PAM recibió corticoesteroides (CS), metotrexate, plaquinol y TACO por 18 meses. El año 2005 presentó tromboembolismo pulmonar (TEP) y TVP. Por Anti 2 Glicoproteína I IgM (+) 86.3 U/ml (repetidamente positiva) se diagnosticó SAF 2° y reinicia TACO. Tenía ANCA p (+) y MPO 56.4 U/ml.

La paciente rehusó inmunosupresores. El año 2008 tuvo hemorragia alveolar y mayor deterioro renal, requirió ventilación mecánica, CS y ciclofosfamida. Al mes por vasculitis cutánea y sedimento urinario inflamatorio, recibió Rituximab. Pese a INR adecuados presentó nuevo TEP.

2) Hombre, 64 años con historia de TVP a repetición. En 1993 presentó pericarditis, miocarditis, accidente cerebral vascular, artritis, nefritis, VHS 100 mm/h, ANCA p positivo y anticardiolipinas (ACL) positivos. Recibió CS, ciclofosfamida por 4 años y TACO permanente. Actualmente en afasia, clearance de creatinina 40 ml/min. Con ACL + IgG 34 GPL e IgM 31 MPL.

Discusión: La presencia de aPL en contexto de vasculitis sistémica podría explicarse por hipergamaglobulinemia o por exposición de antígenos endoteliales por daño vasculítico. Sin embargo, no se ha demostrado la participación de estos anticuerpos en la patogenia. Dado que en estos 2 casos se asoció la presentación de la PAM con la trombosis esta última posibilidad no puede ser descartada.

30. PERFIL DE LOS ANCA EN EL LABORATORIO DE REUMATOLOGÍA - UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE: ANÁLISIS DE CINCO AÑOS

G. Baccigaluppi, R. Pérez, V. Mezzano, M. Cisternas

Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Las vasculitis de vaso pequeño (VVP) son enfermedades sistémicas, polimorfas y graves, infrecuentes en la población general. La herramienta más útil que disponemos para el diagnóstico es la detección de anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA), que además de tener una alta especificidad, se consideran patogénicos.

Se ha reportado diversos factores relacionados a la aparición de ANCA: género, edad, lugar geográfico, variaciones anuales y estacionales.

Objetivos: Evaluar el perfil de ANCA en nuestro laboratorio durante un período de cinco años, y buscar factores que puedan estar asociados a su positividad.

Materiales y Métodos: Evaluamos en forma retrospectiva, tasas de positividad de anticuerpos ANCA por IFI en suero de pacientes, enviados a nuestro laboratorio durante el período 2003-2008; estudiamos asociaciones de frecuencia con género, año y estaciones del año.

Resultados: Durante este período se solicitaron 7312 exámenes para detección de ANCA. De éstos, 385 fueron ANCA

positivos (5.2%). Del total de ANCA positivos, 74 % fueron ANCA-p y 26% ANCA-c ($p < 0.001$). El porcentaje ANCA positivo fue significativamente mayor en los años 2004 y 2005, en relación a los otros años evaluados (6.6% y 7.9% vs 3.9%, 4.2%, 4.3% ($p < 0.05$)). La frecuencia de positividad anual de ANCA-c y ANCA-p fue estable durante el período estudiado. Las frecuencias de ANCA según estación fueron: verano 21%, primavera 24%, otoño 26% e invierno 28%. La diferencia estacional invierno-verano fue significativa ($p < 0.05$). De los pacientes ANCA positivos, la mayoría fueron mujeres (70 vs 30%, $p < 0.01$).

Conclusiones: En nuestro laboratorio, la frecuencia de positividad de los ANCA fue 5%; similar a otros reportes publicados. La proporción de ANCA-p fue significativamente mayor que ANCA-c. La frecuencia de ANCA positivos fue significativamente mayor en mujeres y durante el período de invierno. La detección anual de ambos subtipos de ANCA fue estable durante el período de evaluación.

31. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA: GRUPO RESPONDIA CHILE

MA. Gutiérrez¹, C. Pérez¹, J. Saavedra², F. Silva¹, C. Fuentealba³, P. Pozo³, O. Neira⁴, P. Kusnir¹, K. Elgueta¹, M. Rosas¹, R. Marchetti⁵, U. Verdejo⁵.
¹Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. ²Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios, Santiago. ³Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán, Santiago. ⁴Universidad de Chile, Hospital del Salvador, Santiago. ⁵Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

Objetivos. Describir las principales características demográficas y clínicas de los pacientes chilenos con espondiloartritis ingresados en el registro iberoamericano de espondiloartritis (RESPONDIA).

Pacientes y Métodos. Estudio descriptivo y transversal de un grupo de pacientes chilenos con espondiloartritis ingresados a RESPONDIA según criterios preestablecidos, entre enero 2006 y diciembre 2007. Participaron cinco centros universitarios chilenos, cuatro de Santiago y uno de Valparaíso.

Resultados. Se incluyeron 109 pacientes, 66 hombres (58.4%), con edad promedio de 42 ± 22 años y una duración promedio de enfermedad al momento del diagnóstico de 7.1 años (1-29 años). Los diagnósticos fueron espondilitis anquilosante (58.7%), artritis psoriática (25.6%), espondiloartritis indiferenciada (7.3%), artritis asociada a enfermedad inflama-

toria intestinal (5.5%), espondiloartritis inicio juvenil (1.8%) y artritis reactiva (0.9%). Con respecto a su presentación clínica, el 42.5% tuvo compromiso mixto (axial y periférico), el 36.3% compromiso axial exclusivo y el 9.7% compromiso periférico exclusivo. El dolor lumbar inflamatorio fue el síntoma más frecuente (74.3%) seguido de artritis de miembros inferiores (59.3%). La manifestación extraarticular más frecuente fue la uveítis (18.6%). El 40% de los pacientes tenían algún grado de incapacidad laboral.

Conclusiones. El perfil clínico más frecuente en este grupo de pacientes chilenos con espondiloartritis fue la combinación de manifestaciones axiales y periféricas. El diagnóstico más frecuente fue el de espondilitis anquilosante seguido por el de artritis psoriática.

32. CARACTERIZACIÓN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOÍDEA (AR) DERIVADOS POR GES AL HOSPITAL DEL SALVADOR

C. Cuéllar, L. Nocetti, O. Neira, C. Foster, M. Villar, V. Wolff, P. Kusnir, S. Palma, J. Basualdo, I. Guerra
Sección de Reumatología, Hospital del Salvador, Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: La AR es Garantía Explícita de Salud (GES) desde Julio 2007. Quisimos conocer el perfil de pacientes GES derivados por AR.

Método: Entre julio 2007 y agosto 2008 registramos la información de 126 pacientes; ocho tenían otra patología.

Resultados: En 118 pacientes hubo 110 (93.2%) mujeres, edad promedio 55.7 años. Latencia desde la solicitud a la atención de interconsulta 20.8 días. Comorbilidad reportada: hipertensión 48 pacientes (40.7%), tabaquismo 30 (25.5%), sobrepeso/obesidad 25 (21.2%), Sjögren 19 (16.1%), dislipidemia 16 (14.6%), enfermedad tiroídea 14 (11.9%), diabetes 13 (11%), cardiopatía coronaria 2 (1.7%), úlcera gastroduodenal 2 (1.7%), enfermedad pulmonar 4 (3.4%).

Origen del paciente: nuevo desde Atención Primaria 17.9%, con diagnóstico AR tratado en Atención Primaria 30.7%, con diagnóstico AR tratado libre elección Fonasa 30.7%, con diagnóstico de AR tratado Isapres 0.9%, con diagnóstico de AR sin atención médica 6 meses 17%.

El promedio de criterios diagnóstico ACR fue 5.0 y su frecuencia: rigidez articular >1 hora: 90.2%, artritis >3 articulaciones: 94.7%, artritis manos y pies: 95.6%, artritis simétrica: 95.6%, nódulos reumatoídeos: 14.5%, Factor Reumatoideo positivo: 85.1%, radiografía de manos erosiva 74.7%. Hubo diagnóstico AR en 65.5% en primera consulta y en 85% en segunda consulta. El estado funcional fue I: 54.2%, II: 27.1%, III: 13.5% y IV: 5.2%.

El DAS28 promedio fue 4.75 y la actividad clínica: remisión 8 (8.16%), baja actividad 6 (6.12%), actividad intermedia 49 (50%) y alta actividad 35 pacientes (35.7%).

FARMES en uso: ninguno 43 (36.4%), uno 51 (43.2%), dos 20 (16.9%) y tres 3 (2.5%), los mas usados metotrexato 42.3% y antimaláricos 22.1%

Conclusiones: El GES facilitó el acceso de pacientes nuevos y pacientes con diagnóstico de AR sin control de especialista. Fue posible confirmar el diagnóstico de AR en 85%. La mayoría de los pacientes tenía actividad importante y recibía terapia farmacológica insuficiente.

33. APLICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. Pizarro, C. Pérez, M. Jurado, A. Vargas, P. Miranda, MA. Gutiérrez y L. Massardo

Departamentos de Inmunología Clínica y Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile; Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile; Departamento de Reumatología, Hospital Dr. Sótero del Río; Unidad de Reumatología, Hospital San Juan de Dios.

Introducción: Las conductas saludables son un determinante clave de la calidad de vida (QoL) relacionada con salud en enfermedades crónicas. La Artritis reumatoide (AR) afecta a un 0,8% de los adultos. Un 50% de los enfermos presenta limitaciones tales que influyen en el trabajo, la familia y la recreación. Pese al consenso sobre la importancia de la educación a pacientes no hay un programa probadamente eficaz en uso en Chile. El programa "Como convivir con su artritis" adoptado por la Arthritis Foundation, utiliza un método de aprendizaje por experiencia con enfoque psicoeducativo y está diseñado para incrementar la autoconfianza en la habilidad para abordar problemas de salud. Consiste en 6 sesiones de 2,5 horas, en grupo de 12 a 16 personas, conducido por 2 monitores entrenados (Stanford University, USA). El contenido se basa en problemas que enfrentan los pacientes: dolor, incapacidad, temor, depresión. Está dirigido a mejorar la salud física (mejorar funcionalidad, disminuir dolor, realizar actividad física) y emocional (aumentar la autoeficacia y disminuir la depresión).

Objetivo: Validar una intervención psicoeducativa en pacientes con AR ambulatorios de los Hospitales de la Universi-

dad Católica de Chile, San Juan de Dios y Dr. Sótero del Río y relacionarlo con QoL.

Materiales y Métodos: Dos grupos de pacientes hicieron el taller "Como convivir con su artritis" 2007/08. Se reporta la evaluación a 3 meses del 1° grupo.

Resultados: Asistieron 29 mujeres con AR, edad promedio 50 (24-70) años. Enseñanza media: 80%. DAS 28 promedio 4,03 (2-7,7). Asistencia: 100%. En el primer grupo evaluado los componentes físico y emocionales del Short Form Health Survey SF-12 y del European Quality of life 5 dimensiones EQ5D mostraron cambios hacia la mejoría.

Conclusiones: El taller "Como convivir con su artritis" no necesitó adaptaciones particulares a nuestra cultura. Los datos iniciales indican que puede ser una contribución a mejorar la QoL de los pacientes con AR. La recomendación es replicar estos talleres para que lleguen a un mayor número de enfermos.

Agradecimientos a Laboratorio Bristol Myers Squibb por el apoyo prestado para la realización de estos talleres y a Laboratorio Schering-Plough por su contribución a la formación de monitores y obtención de licencia para dictar este curso.

34. CORRELACIÓN ENTRE DAS 28 Y EL SCORE RADAI EN PACIENTES CHILENOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

Llanos L.¹, Mönckeberg G.¹, Valdivia G.², Villarroel L.², Massardo L.¹, Jacobelli S.¹, Gutiérrez MA.¹

Departamentos de Inmunología Clínica y Reumatología¹, y Salud Pública², Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Para la evaluación de pacientes con Artritis Reumatoide (AR) se han diseñados diferentes scores para medir la actividad de la enfermedad. El utilizado más frecuentemente en la práctica clínica y en protocolos de estudios es el Disease Activity Score 28 (DAS 28) que incluye evaluación clínica (conteo articular y EVA) y exámenes de laboratorio (VHS o PCR). Para estudios epidemiológicos el DAS 28 puede ser consumidor de tiempo y costoso. Un método alternativo es el Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index o RADAI que es un autoreporte que hace el paciente de cinco preguntas.

Objetivo: evaluar las características psicométricas del RADAI en un grupo de pacientes chilenos con AR y su correlación con el DAS 28.

Métodos: Se le solicitó a 54 pacientes consecutivos con AR (criterios ACR 1987) que se atienden en el policlínico de Reumatología de nuestra Universidad, contestar el cuestionario RADAI. El DAS 28 fue luego determinado por un reumatólogo

ciego al score RADAI obtenido previamente. Los datos fueron analizados con los tests estadísticos apropiados.

Resultados: El promedio (\pm DS) del DAS 28 y RADAI fueron 3.7 ± 1.4 y 4.0 ± 2.2 respectivamente. El coeficiente de correlación de Spearman fue de 0.64 ($p < 0.001$). El análisis de consistencia del RADAI (alfa Chronbach) fue de 0.87 y el análisis de extracción de componentes del cuestionario fue 1. El análisis de curva ROC del RADAI según nivel de actividad DAS 28, definido como 2.6, 3.2 y 5.1 para bajo, moderado y alto, tuvo un área bajo la curva (95% IC) de 0.67 (0.50-0.84); 0.78 (0.65-0.91) y 0.88 (0.78-0.97) respectivamente.

Conclusión: El índice RADAI demostró una adecuada correlación con el DAS 28 principalmente para valores altos de actividad de la enfermedad y podría ser usado en estudios epidemiológicos en pacientes chilenos con AR. Estudios adicionales son necesarios para confirmar estos hallazgos.

Proyecto financiado por Laboratorios Wyeth.

35. CÉLULAS DENDRÍTICAS DERIVADAS DE PACIENTES CON LUPUS SISTÉMICO ERITEMATOSO PRESENTAN EXPRESIÓN ALTERADA DE RECEPTORES Fcγ DE BAJA AFINIDAD Y DE MOLÉCULAS COESTIMULADORAS. POSIBLE IMPLICANCIA EN EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD

LJ. Carreño^{1*}, R. Pacheco^{1*}, PF. Zamora¹, MI. Iruretagoyena^{1,2}, MC. Veri³, L. Huang³, S. Burke³, SH. Jacobelli² y AM. Kalergis^{1,2,*}

¹Núcleo Milenio de Inmunología e Inmunoterapia, Departamento de Genética Molecular y Microbiología, Facultad de Ciencias Biológicas, Pontificia Universidad Católica de Chile; ²Departamento de Reumatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; ³MacroGenics Inc, Rockville, MD 20850, USA.

*Ambos autores contribuyeron de forma equivalente al estudio.

Introducción: Las Células Dendríticas (CDs) juegan un papel fundamental para poder generar una respuesta inmune eficiente contra agentes extraños y mantener la tolerancia hacia componentes propios, principalmente mediante la expresión diferencial de moléculas coestimuladoras en su superficie. Además, la captura de complejos inmunes por receptores Fcγ de baja afinidad puede influenciar su capacidad inmunogénica o tolerogénica de las DCs, dependiendo del tipo de receptor Fc involucrado. Debido a que los receptores Fcγ pueden determinar la magnitud de la respuesta frente a la inflamación mediada por complejos inmunes compuestos de IgG, es muy probable que estos receptores tengan un papel protagónico en desordenes autoinmunes, como el lupus sistémico eritematoso.

Objetivo: Determinar la expresión de los receptores Fcγ y moléculas coestimuladoras en CDs de pacientes con Lupus sistémico eritematoso.

Métodos: Se generaron células dendríticas derivadas de monocitos de sangre periférica desde pacientes lúpicos y con-

troles sanos. Posteriormente se determinó la expresión de los receptores Fcγ y moléculas coestimuladoras mediante citometría de flujo.

Resultados: Nuestros resultados muestran que la razón entre receptores Fcγ activadores/inhibidores esta aumentada en pacientes lúpicos versus controles sanos, así como también la razón de las moléculas coestimuladoras CD86/CD80. Estos datos se correlacionan con parámetros clínicos de los pacientes estudiados.

Conclusiones: Debido a la razón aumentada de receptores Fc activadores/inhibidores en pacientes lúpicos, es posible que este aumento potencie exageradamente la capacidad inmunogénica de las DCs contribuyendo a la pérdida de la tolerancia periférica en el lupus sistémico eritematoso. Además, el aumento en la razón CD86/CD80 podría inhibir la activación de células T reguladoras, contribuyendo aun más a la pérdida de tolerancia a antígenos propios.

36. TERAPIA INMUNOSUPRESORA CON CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

F. Carrion, E. Nova-Lamperti, C. Ruiz, F. Diaz, C. Inostroza, D. Rojo, F. Figueroa
Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

Introducción: Las células madre mesenquimales (MSCs) son células progenitoras que ejercen efecto inmunosupresor. Su empleo se ha asociado a la mejoría de la enfermedad de injerto contra huésped en el hombre y de algunos modelos de enfermedad autoinmune en animales. Se ha propuesto que sus efectos son dependiente de la inducción de linfocitos T reguladores (Treg).

Objetivos: Evaluar la seguridad y eficacia clínica de un protocolo de infusión de MSCs autólogas en pacientes con LES. Se estudió el efecto inmunosupresor de las MSCs *in-vitro* y su efecto sobre las células Treg circulantes.

Metodología: Tratamos a dos mujeres, (JQ y SA) de 19 y 25 años, que cumplían criterios ACR para LES. JQ presentó obstrucción intestinal con ascitis recurrente. SA presentó neutropenia marcada, sin respuesta a micofenolato mofetil y prednisona. Se infundió por vía i.v. 1×10^6 MSCs/kg cultivadas, de médula

ósea autóloga, evaluando índices Sledai y Bilag de actividad de la enfermedad y Treg circulantes en condiciones basales y a la semana 1, 2, 7 y 14. Las Treg (CD4+CD25+FoxP3+) se cuantificaron por citometría de flujo y la inmunosupresión por inhibición de la proliferación de mononucleares de sangre periférica normales *in-vitro*.

Resultados: Los linfocitos Treg aumentaron progresivamente en ambas pacientes: 5.9%, 13.1%, 3.3 %, 22.9%, y 37.9% para JQ y 0%, 9.5%, 7.5%, 39.6%, 52.9% para SA. Pese a ello no detectamos cambios en las manifestaciones de enfermedad ni el Sledai o Bilag.

Conclusiones: Este es el primer reporte de terapia celular con MSCs en pacientes con LES. Aunque el tratamiento incrementó el nivel de Tregs circulantes, no observamos efectos clínicos ni adversos de la infusión de MSCs. Nuestros resultados sugieren que la terapia con MSCs autólogas debe evaluarse en LES.

37. ¿CUÁNTO SABEN LOS PACIENTES CON AR SOBRE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO?

CA. Baumert, J.J. Orellana, M.G. Bascuñan, P. Riedemann
Facultad de Medicina, UFRO.

Pacientes con adecuado conocimiento de la enfermedad, facilitan toma de decisiones, mejoran adherencia a tratamientos y puede disminuir dolor, depresión y discapacidad.

Objetivo: Evaluar el conocimiento que tienen pacientes con AR sobre su enfermedad, tratamiento, efectos adversos y pronóstico.

Pacientes y Método: Muestra de 106 pacientes con AR, controlados en el Hospital HHA (Temuco) entre 03/2006 y 06/2007. Encuesta con variables demográficas, conocimiento sobre la enfermedad, nombre, causa, principal problema asociado, pronóstico, terapia farmacológica y efectos adversos.

Análisis estadístico: Prueba exacta de Fischer, t-test y análisis de varianza.

Resultados: Se evaluaron 106 pacientes, 99 mujeres (93.4%), edad promedio de 52.7 ± 12.6 años. Eran de origen urbano el 84.9% y tenían 7.1 ± 3.9 años de estudio. Tomaban en promedio 5.3 ± 1.3 medicamentos. Se comparó lo que decían tomar y lo que estaba realmente tomando: Prednisona: 73.6%/79.8%, MTX: 60.4%/62.5%, Cloroquina: 45.3%/43.3%, Imuran: 14.2%/15.4% y AINES: 79.3%/82.7%. De 64 pacien-

tes con MTX sólo 17 (26.6%) estaban con Ac. Fólico y de 98 con Prednisona, 77 (78.5%) estaban con Calcio. El 55.6% refirió algún problema con los fármacos, más frecuente con MTX y Cloroquina (38.6% respectivamente). Los principales problemas reportados fueron digestivos: 50.9% y oftalmológicos: 35.9%. El 24.8% no conocía la causa, 29,5% piensa que es hereditaria y 25.7% que es por exceso de trabajo. Sólo 2 mencionan que es autoinmune. Por otro lado, el 97.2% cree que es una enfermedad crónica. Las manifestaciones más frecuentes fueron artralgias (87.5%) y limitación funcional (60.6%). El médico le explica acerca de su enfermedad y tratamiento (98.1% y 96.2% respectivamente) en un lenguaje claro (97.2%) y tiempo adecuado (89.6%).

Conclusiones: Los pacientes tenían bajo nivel educacional. Tomaban en promedio 5 medicamentos y hubo subreporte en cuanto a lo que decían estar tomando. Un bajo porcentaje de pacientes con MTX recibía ácido fólico y más de un 20% de los que tomaban prednisona no recibían calcio. Los eventos adversos fueron frecuentes, especialmente con MTX y cloroquina. Aunque se les explica de manera adecuada, la causalidad sigue siendo mal comprendida.

38. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CHILENOS CON ARTRITIS REUMATOIDE: RESULTADOS DE UNA NUEVA BASE DE DATOS

L. Llanos¹, G. Monckeberg¹, G. Valdivia², L. Massardo¹, S. Iacobelli¹, F. Radrigán^{1,3}, J. Flores¹, MA. Gutiérrez¹

¹Departamentos de Inmunología Clínica y Reumatología, y de ²Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. ³Sección de Reumatología, Hospital Sótero del Río.

Introducción: Para la realización de estudios epidemiológicos en Artritis Reumatoide (AR), es mandatario disponer de una adecuada base de datos de pacientes.

Objetivo: La creación de una nueva base de datos de pacientes chilenos con AR y presentar sus resultados preliminares.

Métodos: Análisis retrospectivo de las fichas clínicas de los pacientes con AR en control regular en el policlínico de Reumatología de la Universidad Católica de Chile, de un hospital público del área sur-oriente de Santiago (hospital Dr. Sótero del Río) y de las consultas privadas de los reumatólogos de la Universidad Católica de Chile. Los datos demográficos y clínicos fueron almacenados en un nuevo banco de registro electrónico especialmente creado para este propósito.

Resultados: Las fichas clínicas de 1170 pacientes fueron revisadas, de las cuales 44.3%, 35.6% y 20.1% fueron de nuestra

universidad, del hospital Sótero del Río y de las consultas privadas respectivamente. Los datos demográficos generales fueron: edad al momento del registro 57 ± 14 años (promedio \pm DS); 87% mujeres, edad al diagnóstico 45.5 ± 14.3 años (promedio \pm DS) y duración de la enfermedad de 0 a 1.9 años el 12.9%, 2 a 9.9 años el 40.3% y ≥ 10 años el 43.6%. En esta cohorte el 77.5% de los pacientes tenían factor reumatoide positivo y el 62.1% tenían enfermedad erosiva.

Conclusiones: Está disponible un nuevo banco de datos de pacientes con AR para futuros estudios. De nuestros resultados parciales destaca como diferencia demográfica importante con otras cohortes publicadas, la mayor relación de mujeres:hombres de 8.7:1.2.

Trabajo con financiamiento de Laboratorios Wyeth.

39. ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO DE ARTICULACIONES COXOFEMORALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

R. Areny¹, M. Seguel², J. Saavedra², M. Aliste³

¹Dpto de Reumatología, Hospital F. Bulnes Cerda

²Dpto de Reumatología, Hospital S. Juan de Dios

³Dpto de Reumatología, Hospital J. J. Aguirre

La articulación coxofemoral es una articulación profunda cuyo examen físico es limitado. No es posible determinar la presencia de derrame articular y engrosamiento sinovial. En la AR, el compromiso de cadera marca deterioro de la capacidad funcional y un costo económico importante.

Este estudio pretende describir los hallazgos ecográficos en las coxofemorales de pacientes con AR.

Método: Se evalúan pacientes con AR controlados habitualmente en policlínico de Reumatología. Al examen físico se considera: dolor a la movilización y limitación articular. Según las Guías EULAR de Ecografía Musculoesquelética, se realiza una evaluación anterior de cada cadera, según el eje longitudinal del cuello femoral, paciente en decúbito dorsal y caderas en posición neutra. Se considerará la presencia de irregularidades corticales y engrosamiento o distensión de la capsula siendo patológicos si >7 mm. Se utiliza un ecotomógrafo GE Logic Book XP con transductor lineal de alta frecuencia. No se puede evaluar señal doppler por limitaciones técnicas.

Resultados: Se evalúan 51 pacientes (102 caderas) con AR (criterios de la ACR) 3 hombres, 48 mujeres, edad promedio: 58,84 (33-81) años con tiempo promedio de evolución de 12,34(1-58) años, 4 prótesis totales de cadera.

- 57,84% (59) no presenta ni clínica ni alteración ecográfica.
- 15,68% (16) presenta clínica (3 solo dolor, 6 solo limitación, 7 dolor y limitación) sin alteración ecográfica
- 12,74% (13) presenta clínica y alteraciones ecográficas
- 9,8% (10) no presenta clínica pero si derrame articular 7,84%(8), (patológico en 2,94% (3)) o 1,96% (2) presencia de osteofitos
- 3 caderas no explorables ecograficamente por limitación en flexión.

Conclusión: Aunque la mayoría de las caderas estén indemnes, existe un bajo porcentaje de pacientes asintomáticos con derrame significativo, este podría explicar la evolución radiográfica en pacientes considerados en remisión. El ultrasonido es una herramienta de gran valor, previniendo estos casos.

40. COLECISTITIS GRANULOMATOSA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DE WEGENER.

Reporte de un caso

JC. Lizarazo¹, C. Martínez¹, F. Radrigán^{1,2}

¹Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile

²Hospital Dr. Sótero del Río

Introducción: El debut atípico de una vasculitis es una situación compleja, y dificulta el diagnóstico y tratamiento adecuados. Por ello se presenta a continuación un caso clínico de un paciente en que su cuadro debuta como colecistitis aguda.

Historia Clínica: Paciente de 63 años, consultó en marzo de 2006 por dolor abdominal asociado a vómito. La ecografía demostró colecistitis aguda litiasica. Se encontró, además, bilirrubina elevada, amilasa en 1803 U y Lipasa 3359 U. Se hospitaliza y el estudio con TAC abdominal mostró edema del páncreas sin necrosis ni colecciones. Se practicó colecistectomía laparoscópica dos semanas después y se da de alta.

Evoluciona mal, consulta dos semanas después con fiebre y VHS elevada. Nuevo TAC muestra colección suprapancreática edematosa, múltiples micro abscesos intrahepáticos e infartos renales. El uronálisis con microhematuria con VHS 74 mmH, Hcto 34%, creatinina 1.63mg/dl, depuración en 60 cc/min, proteinuria de 600mg en 24 horas. Se obtuvo el informe de la biopsia

vesicular, que mostró granulomas. El estudio para una vasculitis mostró ANCA patrón citoplasmático (ANCAc) con Elisa PR3 (+) y MPO (-). La radiografía de tórax sólo mostró alteraciones inespecíficas. Se inició tratamiento con prednisona 60 mg/día y ciclofosfamida, inicialmente pulso i.v. y luego oral.

Evolucionó hipertenso, bien controlado, con recuperación de los parámetros inflamatorios. A los cinco meses se normalizaron la VHS, el HTO en 40%, la creatinina, y el sedimento de orina y el TAC abdominal de control fueron normales. Se disminuye progresivamente la prednisona hasta 10 mg día y se mantiene con ciclofosfamida 100 mg/día por 6 meses. Posteriormente se suspenden los inmunosupresores y en la actualidad está con PDN 2.5 mg/día.

Conclusiones: La presentación de una enfermedad de Wegener como una colecistitis granulomatosa y pancreatitis aguda asociada es inusual. Se debe evaluar la posibilidad de otra etiología si aparecen síntomas o signos atípicos asociados.

41. ESTUDIO DE DOLOR Y FIBROMIALGIA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

D. Pacheco, P. Pozo, ME. Alvarez, S. Castillo, C. Martínez, M. Wolff, F. Ballesteros, C. Fuentealba, G. Vizcarra
Unidad de Reumatología e Inmunología. HCSBA. Campus Centro. Universidad de Chile.

En pacientes con VIH se han descrito diferentes enfermedades musculoesqueléticas, entre ellas fibromialgia (FM) la que tendría alguna relación con la infección viral crónica.

Objetivo: Estudiar la presencia de dolor crónico y/o FM en hombres con infección por VIH.

Material y Método: Estudio voluntario, transversal en varones VIH+ con recuento de CD4 <200 células, con o sin terapia anti-retroviral y sin co-morbilidad ni infección asociada. Los pacientes se reclutaron de control habitual de policlínico de infectología, según criterios definidos. Se consignaron datos demográficos, antropometría, laboratorio general. Se realizó una encuesta respecto a presencia, localización, duración de dolor; intensidad del dolor con EVA; examen físico músculo esquelético incluyendo evaluación de puntos fibromiálgicos. Se definió FM según criterios de clasificación ACR 1990. Grupo control 20 pacientes varones VIH – donantes del banco de sangre.

Resultados: Se evaluaron 51 pacientes, (promedio-rango)

Edad 38 (27-54) meses de diagnóstico 75,8 (2-216) con TAR 43 (86%) sedentarismo 30 (59%) IMC 23,8 (17,5-33.5) heterosexual 10%, Presencia de dolor > de 3 meses: 23 (45%) Presencia de puntos fibromiálgicos (PFM) en 26 pacientes (51%) Once o más PFM 10 pacientes (19,6%) diez o menos PFM 16 (31%). Cumplen criterios de FM 10 pacientes (19,6%) EVA en FM: Intensidad peor dolor en última semana 67mm, interferencia con trabajo 51mm. Tiempo de diagnóstico de VIH en fibromiálgicos: 108,8 (9-216) meses vs 67,8 (2-206) meses en VIH sin FM: (p 0,017). Se han reclutado 20 hombres sanos VIH negativos, en los cuales no se ha pesquisado FM ni dolor.

Conclusiones: La presencia de dolor y sensibilidad musculoesquelética en pacientes varones VIH + es alta. La presencia de FM según criterios ACR es de 20% en el grupo estudiado, lo que se relaciona con el tiempo de diagnóstico de la enfermedad VIH. Estas frecuencias son mayores que las descritas para población masculina general.

42. EFICACIA Y SEGURIDAD DE *ANDROGRAPHIS PANICULATA* EN EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE LA ARTRITIS REUMATOÍDEA. UN ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO Y PLACEBO-CONTROLADO

RA. Burgos, JL. Hancke, JC. Bertoglio, DD. Cáceres, VI. Aguirre, S. Arriagada, MA. Calvo
Instituto de Farmacología e Instituto de Medicina. Universidad Austral de Chile. Hospital Regional Valdivia y Osorno.

Introducción: *Andrographis paniculata* ha sido ampliamente reconocida como una medida de tratamiento efectiva de las infecciones del tracto respiratorio superior. En efecto, esta planta posee efectos antiinflamatorios, atribuidos a su componente principal el andrografólido, que reduce la expresión de varios mediadores pro-inflamatorios inhibiendo la unión de NF- κ B al DNA. Además este compuesto natural ha sido propuesto como una alternativa en el tratamiento de las enfermedades autoinmunes.

Objetivos: Evaluar la utilidad de *A. paniculata* en el alivio del dolor y la inflamación, así como su seguridad y tolerabilidad en pacientes con Artritis Reumatoídea activa.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, randomizado, doble ciego y controlado con placebo en 60 pacientes con Artritis Reumatoídea activa procedentes del Hospital Base de Valdivia y Osorno tratados con 100 mg de *A. paniculata* estandarizados a 30 mg de andrografólido, administrados 3 veces al día por un período de 14 semanas como medida adicional al tratamiento

con Prednisona y Metotrexato. Se evaluaron a la semana 2, 4, 10 y 14 de tratamiento, utilizando parámetros clínicos y de laboratorios de actividad de la enfermedad.

Resultados: La intensidad del dolor articular por EVA disminuyó en el grupo de tratamiento vs placebo, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Si se encontraron diferencias significativas en cuanto a número de articulaciones dolorosas (p=0.033), número de articulaciones inflamadas (p=0.02) así como en el grado dolor e inflamación articular (p=0.01 y p=0.002 respectivamente). También se encontró una disminución significativa en la severidad de la enfermedad según los cuestionarios HAQ y SF36 de salud (p < 0.001). Los efectos adversos observados fueron mínimos y sin diferencias significativas respecto del grupo placebo.

Conclusiones: Si bien se requiere la extensión futura de este estudio, *A. paniculata* aparece como un “complemento natural” útil en el tratamiento de pacientes con Artritis Reumatoídea activa. (CONICYT/FONDEF D04I1240).

43. SÍNDROME DE CHURG STRAUSS DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ASPERGILLOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA

Dodds F., Rey P., Jarpa E*, Leiva V.
Hospital Naval Almirante Nef.

Introducción: El síndrome de Churg Strauss corresponde a una vasculitis sistémica, caracterizada por compromiso respiratorio inicial que puede corresponder a asma, rinitis alérgica y pólipos nasales, posteriormente se produce hipereosinofilia y finalmente el compromiso de diversos órganos.

Caso Clínico: Mujer de 48 años, con antecedente de asma bronquial severa de inicio tardío de difícil manejo y sospecha de aspergillosis broncopulmonar alérgica con criterios incompletos para su diagnóstico.

Se hospitaliza por episodios recurrentes de vómito y dolor en hemiabdomen superior, presentando al ingreso concomitantemente cefalea y rinorrea mucopurulenta que fue interpretado como sinusitis. Destaca eosinofilia severa y PCR elevadas. Se realiza endoscopia digestiva alta que resulta normal. Por persistencia de dolor se realiza TAC de abdomen y pelvis que revela ligero engrosamiento parietal en ileon distal. Una colonoscopia informa rectitis erosiva parcelar. La biopsia informa ileítis y colitis con gran infiltración de eosinófilos.

Ante hallazgos descritos se realiza el diagnóstico de Churg-Strauss con compromiso sinusal, pulmonar e intestinal, iniciando tratamiento corticoidal con disminución de eosinofilia y buena respuesta clínica.

Comentarios: El síndrome de Churg Strauss es una vasculitis de muy baja incidencia, correspondiendo al 2% del total de estas, se sospecha ante síntomas respiratorios principalmente asma de difícil manejo e hipereosinofilia, sin embargo, estos hallazgos son inespecíficos y se encuentran en otras enfermedades más frecuentes, como por ejemplo la aspergillosis broncopulmonar alérgica (ABPA), dado que el diagnóstico de ABPA es complejo y las técnicas para su diagnósticos están cada vez más disponibles en nuestro medio, se ha visto un aumento en su sospecha y diagnóstico, pudiendo como en el caso presentado enmascarar la detección de otras enfermedades con síntomas similares.

44. ESTUDIO CLÍNICO Y ELECTROFISIOLÓGICO DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

R. Fadici¹, G. Monckeberg², P. Abuaud², M. Lolas², F. Vergara², F. Carrión², F. Figueroa²
Depto. de Neurología, Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile¹; Facultad de Medicina, Universidad de los Andes²

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria multisistémica en la que se describe compromiso neurológico en 2 a 91% de los casos. Recientemente, el Colegio Americano de Reumatología (ACR) ha establecido una nomenclatura de Síndromes neuropsiquiátricos (LES-NP) que define 12 síndromes del sistema nervioso central y 7 del sistema nervioso periférico, con criterios diagnósticos y de exclusión precisos.

Objetivo: Como parte de una investigación actualmente en curso, sobre LES-NP, evaluamos el tipo y frecuencia de compromiso de nervio periférico en un grupo de pacientes sometidos a un protocolo clínico y electrofisiológico estandarizado.

Pacientes y Métodos: Efectuamos un estudio transversal de 25 pacientes no seleccionados, que cumplieran criterios ACR (revisión 1997) para LES. Todos fueron sometidos a una evaluación clínica por reumatólogo, incluyendo Sledai y Slicc para actividad y daño atribuibles al LES, y por dos neurólogos que efectuaron el estudio clínico y electrofisiológico (electromiogra-

fía y conducción nerviosa) de acuerdo a las pautas de LES-NP ACR.

Resultados: Evaluamos 24 mujeres y un hombre, promedio de edad 40,2 años, con 6,6 años de evolución de la enfermedad, 6,2 criterios de clasificación para LES, Sledai de 5,8 y Slicc de 0,56 en promedio. El 88% (n=21) de los pacientes presentaron trastornos electrofisiológicos aunque sólo 4 (16%) tenían sintomatología de nervio periférico. El trastorno más frecuente en esta serie fue la poliradiculopatía (PRP) (80%), seguida del Síndrome del túnel carpiano (16%) y miopatía proximal (12%). El grupo de PRP presentaba enfermedad de más larga evolución y daño crónico (Slicc) aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

Conclusión: Encontramos una alta frecuencia de trastornos del sistema nervioso periférico (88%), los que fueron sintomáticos sólo en 4 de 21 casos (19%). En contraste con lo descrito en la literatura, el hallazgo más frecuente fue la PRP, trastorno que hasta donde sabemos, no se ha asociado previamente al LES.

45. ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO Y FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE: REPORTE DE 2 CASOS

T. Larach¹, D. Herrero¹, G. Monckeberg², F. Figueroa².

Hospital Parroquial de San Bernardo, Facultad de Medicina Universidad de Los Andes, Santiago, Chile

¹Interno Medicina, Universidad de Los Andes.

²Hospital Parroquial de San Bernardo, Facultad de Medicina Universidad de Los Andes.

Introducción: La Enfermedad de Still del Adulto (ESA) es una afección inflamatoria multisistémica poco frecuente, caracterizada por fiebre, artritis, odinofagia y erupción cutánea evanescente, de pronóstico comúnmente benigno y evolución recurrente. El compromiso pulmonar como forma de presentación y la evolución hacia falla orgánica múltiple (FOM), son complicaciones graves, pero inhabituales.

Objetivo: Descripción de dos casos de ESA grave, con compromiso pulmonar y FOM de evolución fatal.

Casos Clínicos:

Paciente 1. Mujer de 35 años, hospitalizada por cuadro de poliartralgias, odinofagia, fiebre, exantema cutáneo eritematoso fluctuante, tos y disnea. En los exámenes de ingreso destaca leucocitosis de 16400/ μ L, PCR de 142 mg/L y radiografía de tórax con condensación multilobar. Evoluciona tórpidamente a pesar del uso de antibióticos endovenosos, esteroides en dosis altas y apoyo intensivo. Los cultivos y autoanticuerpos (AAN, ANCA,

FR y APS) fueron negativos. La ferritina sérica fue de 34600 ng/ml. Cursa con FOM refractaria y fallece a los 10 días.

Paciente 2. Mujer de 74 años, con cuadro de 2 meses de evolución de fiebre de origen desconocido, poliartralgias, odinofagia y rash cutáneo. Ingresa a cuidados intensivos por cuadro de insuficiencia respiratoria grave. Estudio infeccioso negativo, AAN (+) en título 1/80, patrón moteado, FR negativo. Al ingreso hemograma con leucocitosis de 31700/ μ L llegando hasta 46700/ μ L, y PCR de 305 mg/L. Ferritina sérica de 7320 ng/ml. Fallece por FOM al séptimo día de hospitalización.

Conclusión: La ESA debe ser considerada en el diagnóstico diferencial del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica grave, para un diagnóstico y tratamiento precoz. Se requiere un alto índice de sospecha, ya que el cuadro clínico es inespecífico y puede simular infección u otra enfermedad autoinmune sistémica.

Existen pocos casos publicados de ESA y FOM de curso fatal, por lo tanto, el pronóstico de estas formas severas es aún desconocido.

46. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) Y CIRROSIS BILIAR PRIMARIA EN EL ANCIANO, REPORTE DE UN CASO

Dodds F, Cortés A, Jarpa E*, Villarroel D, Martínez G.

Hospital Naval Almirante Nef

Introducción: hasta el 90% de los casos afecta a mujeres en edad reproductiva. En el adulto mayor se dificulta mucho el diagnóstico, presentan cuadros menos floridos y semejantes a otras enfermedades mucho más prevalentes en el anciano. **Caso Clínico:** mujer de 77 años con Hipertensión Arterial y Psoriasis, antecedente familiar de primer grado con enfermedades autoinmunes. Presenta historia de importante baja de peso de un año, mayor en el último mes, los últimos tres días disnea, tos productiva serosa y dolor torácico tipo puntada de costado en hemitórax izquierdo. Al examen físico se apreció muy emaciada y decaída, en falla respiratoria, ictericia. Un TC de tórax mostró importante derrame pericárdico y pleural bilateral. Se realizó toracocentesis diagnóstica y se catalogó al derrame pleural como exudado. Se realiza ecocardiograma que mostró extenso derrame pericárdico. La paciente evolucionó con mayor falla respiratoria. Se trató empíricamente con antibióticos y pulsos de metil-

prednisolona, con una evolución clínica favorable. La serología inmunológica muestra: anticuerpos Anti-DNA positivos, Anti ENA SM-RNP. Anticuerpos antinucleares positivos titulación de 1:1280. Comienza terapia con prednisona oral. Evoluciona sin falla respiratoria, desaparecieron derrames pleurales y pericárdico, pero persiste con ictericia. Se realiza biopsia hepática compatible con cirrosis biliar primaria (CBP). **Discusión:** La prevalencia de Lupus reportada es de 4 a 250 casos por 100.000 habitantes. Existen pocos reportes en el anciano y la literatura es escasa, lo que hace importante incluir esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de enfermedades en el adulto mayor. La presentación clínica del caso fue típica, con baja de peso, compromiso hematológico, poliserositis y anticuerpos positivos. La prevalencia de CBP es baja sobre los 65 años, además su asociación con lupus es infrecuente.

47. DISFUNCIÓN OVÁRICA PREMATURA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO JUVENIL. REPORTE DE CASOS

Dra. M. Grandy¹, J. Soto² y Dr. RA. Barría³

Residente Becaría de Pediatría, Universidad de Concepción, Chile

Interno Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Chile.

Unidad de Reumatología e Inmunología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Concepción. Chile.

Introducción: Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica con compromiso multisistémico, autoinmune y etiología desconocida. Es poco frecuente en la infancia, alrededor del 20% se inicia antes de los 16 años. El LES afecta con mayor frecuencia a mujeres en edad reproductiva, las que pueden desarrollar falla ovárica secundaria a esta patología o a su tratamiento. El principal factor de riesgo es la dosis de ciclofosfamida (CF), aunque se ha descrito un 11% en mujeres menores de 20 años. **Objetivo:** Evaluar la función ovárica y presencia o no disfunción ovárica prematura (DOP) en 8 pacientes con LES juvenil (LESJ) en control en reumatología del Hospital Clínico Regional de Concepción. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, se analizaron las fichas médicas de 8 pacientes con LESJ, que cumplieran los criterios de la Academia Americana de Reumatología, obteniéndose datos demográficos, referentes a la enfermedad (edad de presentación,

severidad, tratamiento recibido), presencia de embarazo y se estudió la función ovárica mediante pruebas hormonales (FSH, LH y estradiol), las que se correlacionaron con el estadio de Tanner. Se definió DOP por la presencia de FSH y LH sobre el p95 según el grado de desarrollo sexual determinado por Tanner. **Resultados:** El promedio de edad de presentación fue de 11 años. Todas las pacientes se encontraban en tratamiento con corticoides, mientras que en 3 de ellas se utilizó CF, que fueron pacientes que presentaban nefropatía lúpica, con una dosis total acumulada menor de 200 mg/kg. Con respecto al análisis hormonal, en todas ellas resultó normal para su grado de desarrollo sexual, descartando la disfunción ovárica prematura. Sólo una de ella estaba embarazada y cuyo recién nacido está sano. **Conclusiones:** En nuestras pacientes no se observó una disfunción ovárica prematura, probablemente por el pequeño número del universo y sólo 3 pacientes con CF.

48. RITUXIMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL (LESJ). REPORTE DE 3 CASOS

Dr. RA. Barría¹, Dra. C. Pérez², Dra. C.L. Navarrete³, Dr. E. Talesnik⁴

¹Unidad de Reumatología e Inmunología Infantil, Servicio de Pediatría, Hospital Regional de Concepción, Chile

²Departamento de Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile

³Servicio de Pediatría, Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile

⁴Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El LESJ tiene mayor gravedad que el LES de adultos. El tratamiento de LEJS se ha basado en protocolos de adultos. Recientemente se ha demostrado la participación del linfocito B (LB) en la patogenia del LES y el rituximab (RTX), anticuerpo monoclonal contra LB CD20 se ha utilizado en LES del adulto, pero la experiencia en niños es limitada.

Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas, exámenes de laboratorio y respuesta a la terapia de 3 pacientes con LESJ, de 3 centros asistenciales, tratados con RTX.

Materiales y Métodos: Reporte de 3 casos con criterios ACR de LESJ. Se registró: Edad de diagnóstico, tratamiento pre y post rituximab, indicación de rituximab y respuesta a 3 meses. Se evaluó función renal, albúmina, linfocitos totales, subpoblaciones de linfocitos, inmunoglobulinas séricas y SLEDAI.

Resultados: Sexo femenino = 2. Edad de diagnóstico de

LESJ (mediana) = 11 años. Tratamientos pre RTX: Prednisona (PDN), ciclofosfamida (CF), micofenolato mofetil (MMF) e hidroxicloroquina (HQC) en 2, MMF, PDN y gammaglobulina intravenosa en 1. Indicación de RTX: Nefritis lúpica (NL) Clase IV OMS en 2 y anemia hemolítica (AH) refractaria en 1. Dosis administrada: 500 mg cada 15 días por 2 veces. Evolución post rituximab en 2 pacientes con nefritis lúpica: Insuficiencia renal crónica (IRCT) = 1, regresión de la proteinuria y función renal normal = 1. La paciente con anemia hemolítica normalizó valores de hemoglobina. En 2 se midieron LB post RTX cuyo valor fue 0. SLEDAI mejoró en todos.

Conclusiones: 2 de 3 pacientes tratados con RTX mejoraron su condición clínica. Esta sería una alternativa terapéutica en casos de fracaso al tratamiento convencional, pero se requiere de estudios con mayor número casos.

49. ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO DE ARTICULACIONES DE RODILLAS EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS

J. Saavedra¹, R. Areny², M. Seguel¹, M. Aliste³, J. Cruz³

¹Dpto de Reumatología, Hospital S. Juan de Dios; ²Dpto de Reumatología, Hospital F. Bulnes Cerda; ³Dpto de Reumatología, Hospital J. J. Aguirre

Introducción: La rodilla es de fácil acceso al examen físico pero este no siempre es suficiente para mostrar derrame.

Objetivo: relacionar hallazgos del examen físico con ecografía en pacientes reumatológicos.

Método: Se evalúan pacientes del policlínico de Reumatología. Al examen físico se evalúa: dolor, derrame (Polley y/o ténpano). Se realiza evaluación ecográfica según Guías EULAR de Ecografía Musculosquelética. Se consigna presencia de líquido en recessos suprapatelar y laterales, considerándose patológico > 2 mm en el primero y distensión de los segundos, se evalúa presencia de engrosamiento sinovial.

Se utiliza ecotomógrafo GE Logic Book XP con transductor lineal de alta frecuencia. No se evalúa señal doppler por limitaciones técnicas.

Resultados: Se evalúan 136 rodillas (68 pacientes): 112 AR, 14 Osteoartritis, 2 Pelviespondilopatías, 2 Sjögren, 2 LES, 2 gota, 2 poliartralgias, edad promedio: 58.5 (33-81) años.

– 27.2 % (37) presenta dolor, el 72.9% tiene derrame ecográfico y el 50% engrosamiento sinovial

- 9.55% (13) presenta Polley, de ellos 76.9% tienen receso lateral
- 59.5% (81) presenta líquido en recessos laterales, pero 83.9% sin Polley
- 10.29% (14) presenta ténpano, 42.8% tiene receso suprapatelar, 64,2% tiene engrosamiento sinovial
- 38.2 % (52) presenta líquido en receso suprapatelar
- 42.6% (58) presenta engrosamiento sinovial ecográfico, el 67.2% no tiene dolor
- 50% (68) no tienen clínica de derrame pero si derrame ecográfico
- 3.6% (5) tiene clínica de derrame sin derrame ecográfico.

Conclusión: Si bien el Polley se asocia a derrame en recessos laterales, no es suficientemente discriminativo. El ténpano no siempre se asocia a derrame, también a engrosamiento sinovial. Este existe frecuentemente sin dolor. Hay pocos falsos positivos de derrame al examen físico, pero en la mitad de los casos no se pesquisa la existencia real de derrame, demostrando la utilidad del ultrasonido en Reumatología.

50. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE UN GRUPO DE PACIENTES TRATADOS CON ANTAGONISTAS DEL TNF- α EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

J.C. Lizarazo, L. Massardo, C. Pérez, S. Iacobelli, M. Cisternas, M.E. Martínez, V. Mezzano, G. Monckeberg, M.A. Gutiérrez

Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Los antagonistas del TNF- α fueron las primeras terapias biológicas en reumatología disponibles en nuestro país, sin embargo su acceso ha sido muy restringido por motivos económicos. Inicialmente aprobados para el tratamiento de la Artritis Reumatoide (AR), actualmente se ha extendido su uso a otras enfermedades reumatológicas inflamatorias.

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes tratados con anti-TNF en control por el departamento de Reumatología de la Universidad Católica de Chile.

Método: análisis retrospectivo de las fichas clínicas de los pacientes que han recibido tratamiento con antagonistas del TNF- α durante el período 2000-2008, controlados en el policlínico de reumatología de nuestra universidad y en las consultas privadas de los miembros del departamento. Se registraron las características demográficas, clínicas y de tratamiento en una ficha protocolizada diseñada para este objetivo.

Resultados: Se identificaron 36 pacientes tratados con terapia anti-TNF durante este período, 15 hombres (41,7%) y 21 mujeres (58,3%), con un rango de edad de 19 a 81 años. El 80% de los pacientes con sistema de salud ISAPRE y el 20% con FONASA. Los diagnósticos de los pacientes tratados fueron los

siguientes: 10 Espondiloartritis Anquilosante (EAA) (27,8%), 8 AR (22,2%), 8 Artritis Psoriática (19,4%), 4 Enfermedad de Beçhet (11.1%), 2 Artritis Reumatoide de inicio Juvenil (5.6%), 1 Artritis reactiva (2.8%), 1 Espondiloartritis asociada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal (2.8%), 1 Espondiloartritis Indiferenciada (2.8%), 1 Espondiloartritis Psoriática (2.8%). Las indicaciones más frecuentes fueron artritis refractaria a DMARDs tradicionales y lumbago inflamatorio refractario a AINEs y DMARDs. Veinte pacientes (55,6%) mantienen actualmente la terapia, el resto la suspendió por distintos motivos (económico, respuesta insuficiente, efectos adversos o remisión de la enfermedad). Cinco pacientes (13,9%) presentaron reacciones secundarias a la administración y ninguno desarrolló tuberculosis.

Conclusiones: en nuestra experiencia con antagonistas del TNF- α los principales diagnósticos son EAA y AR, indicados por resistencia al tratamiento tradicional. En promedio el 55% de los pacientes logra mantener la terapia por tiempo prolongado. El acceso y mantención del tratamiento está determinado por la situación provisional y económica del paciente.

51. COMPORTAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE EN PACIENTES DEL HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF

I. Paul, R. Espinoza, E. Jarpa
Hospital Naval Almirante Nef

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica. Se estima que es la causa más común de incapacidad potencialmente tratable en el mundo occidental, afectando entre un 0.4% - 1% de la población.

Objetivo: Establecer diagnóstico de situación en pacientes con AR del Hospital Naval, a fin de evaluar la actividad de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes. A su mismo crear un protocolo de evaluación que adquiera carácter oficial, encontrándose en todas las fichas de los pacientes con AR.

Material y Métodos: Estudio descriptivo en el cual se seleccionaron aleatoriamente 50 fichas de pacientes con AR de las cuales se tomaron 17 pacientes entre abril y junio de 2008 los cuales fueron evaluados en un policlínico mediante un protocolo confeccionado por los investigadores, el cual contó con HAQ, DAS28, y cuestionario sobre el conocimiento de su enfermedad.

Resultados preliminares: De los 17 pacientes 15 fueron mujeres y 2 hombres con una mediana de edad de 61 años y de duración de la enfermedad de 6 años. 2 pacientes presentaron compromiso extraarticular. En cuanto a capacidad funcional (HAQ) la distribución de los datos fue: mediana de 0.5 con un mínimo de 0 y un máximo de 3. Respecto del nivel de actividad de la enfermedad (DAS28) una mediana de 4.1 con un mínimo de 2.0 y un máximo de 7.2. Dentro del tratamiento se observó para los NSAIDs una mediana de 2 y para DMARDs una mediana de 1. Hubo dos pacientes con terapia biológica (Rituximab) con DAS 28 < 2.0. Un 94% de los pacientes sometidos al estudio no supo la diferencia entre Artritis y Artrosis.

Conclusiones: En la mayoría de los pacientes su AR está activa, y por lo tanto subtratada. Además existe una ignorancia en el conocimiento de los pacientes por su enfermedad. Se evaluará la totalidad de pacientes con AR.

52. INFlixIMAB EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE BEHÇET: REPORTE DE UN CASO

E. Jarpa, P. Rey, S. Ramírez, C. Nicklander
Servicio de Medicina, Hospital Naval Almirante Nef

Introducción: La enfermedad de Behçet corresponde a una patología inflamatoria crónica poco frecuente, con una prevalencia descrita de 1/500.000, caracterizada por vasculitis que afecta a vasos de distintos tamaños, con distintas manifestaciones clínicas, entre estas destacan úlceras orales recurrentes, compromiso genital, ocular, dérmico, neurológico y articular.

Objetivo: Reportar el caso de un paciente con enfermedad de Behçet de difícil diagnóstico, que fue refractario a terapia convencional y respondió satisfactoriamente a Infliximab.

Resultados:

Caso clínico: Hombre de 44 años, presenta cuadro de 3 semanas de evolución de fiebre intermitente, asociada a ascenso de parámetros inflamatorios, lumbalgia y episodios de diarrea recurrente. Se realiza estudio con TAC de tórax, abdomen y pelvis, ecocardiograma, cintigrama óseo, serología infecciosa y estudios de autoinmunidad que resultaron negativos. Colonoscopia muestra ileitis crónica intensa activa con necrosis y regeneración

glandular con atrofia de vellosidades e hiperplasia linfoide atípica, sin granulomas, se realiza el diagnóstico de probable enfermedad de Crohn e inicia tratamiento con sulfasalazina y prednisona. Meses después presenta úlceras orales, genitales y lesiones cutáneas maculopapulares. Se realiza diagnóstico de enfermedad de Behçet, por lo que se modifica esquema terapéutico a prednisona y colchicina. Persisten episodios recurrentes de fiebre al disminuir dosis de corticoides. Presenta necrosis avascular de cabeza de fémur secundario a esteroides. Se decide realizar tratamiento con anticuerpos anti TNF alfa con buena respuesta, al tercer pulso se encuentra paciente sin lesiones de mucosas ni dérmicas, parámetros inflamatorios en rangos normales y con dosis de prednisona de 2.5 mg/día.

Conclusión: Los anticuerpos anti TNF alfa son un arma terapéutica nueva aún en evaluación, en el caso reportado tuvo una respuesta exitosa permitiendo disminuir dosis de esteroides.

53. USO DE RITUXIMAB EN PACIENTE CON PTI REFRACTARIO Y SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

P. Rey, A. Peña, E. Jarpa

Servicio de Medicina, Hospital Naval Almirante Nef.

Introducción: El púrpura trombocitopénico inmunológico (PTI) es un trastorno hemorrágico autoinmune, con una incidencia anual de 50-60/ 100.000 habitantes, más frecuente en mujeres entre los 20 y 50 años de edad. Puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes especialmente LES, pero su asociación con Sjögren es escasa en la literatura.

Objetivo: Reportar la asociación entre PTI y Sjogren Primario y su respuesta a Rituximab.

Resultados: Se presenta el caso de una paciente de 30 años que consulta por cuadro de 3 meses de equimosis en extremidades y metrorragia. Debuta con trombocitopenia severa (16000 plaq/mm³). Se descartan enfermedades, fármacos u otras condiciones que induzcan trombocitopenia, realizándose el diagnóstico de PTI e inicia tratamiento esteroidal con buena respuesta inicial. Del estudio realizado destaca factor reumatoideo: 238

UI/ml, anticuerpos antiRö (+): 64. Posteriormente refiere xerostomía, sin artritis ni lesiones cutáneas, el test de Schirmer muestra hipolacrimia severa, haciéndose el diagnóstico de síndrome de Sjögren. Inicia tratamiento con hidroxiclороquina y mantiene prednisona 10 mg/día. Presenta recidiva de trombocitopenia y artritis que no responde adecuadamente a incremento esteroides. Se decide iniciar tratamiento con Rituximab en dosis de 1gr cada 15 días por dos veces. Presenta excelente respuesta, con remisión artritis y recuento plaquetario normal, lo que permite disminución progresiva esteroides.

Conclusión: Existen escasos reportes en la literatura de asociación de PTI y síndrome de Sjogren Primario. El uso de tratamientos como Rituximab abre nuevas expectativas, para enfermedades como PTI y Sjögren.

54. USO DE RITUXIMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) PEDIÁTRICO

E. Jarpa, D. Jensen, E. Gutiérrez, E. Talesnik

Hospital Naval Almirante Nef y Departamento de Reumatología, Pontificia Universidad Católica.

Introducción: El LES es una enfermedad autoinmune asociada a activación policlonal de células B con producción de autoanticuerpos. El uso de terapia con anticuerpo monoclonal anti CD20 ha sido reportada para su tratamiento.

Objetivos: Describir la presentación clínica de una paciente con LES pediátrico y la respuesta al tratamiento con Rituximab.

Resultados:

Caso: Paciente de 10 años que inicia cuadro de eritema malar, seguido de la aparición de lesiones vasculíticas en tronco y extremidades. Exámenes de serología reumatológica evidenciaron ANA(+) 1/160, Ro 28,79 EU/ml, Sm 63,03 EU/ml. Biopsia de piel mostró dermatitis crónica inespecífica, intersticial, perivascular y perianexial sugerente de lupus. Se inició tratamiento con Hidroxiclороquina, Azatriopina y Prednisona 20

mg/día. Evolucionó con la aparición de úlceras orales y artritis, dependiente de dosis altas de corticoides. No presentó compromiso de la función renal, manteniendo siempre proteinurias menores a 500mg en 24 horas. Para evaluar cambio de tratamiento, se realizó biopsia renal, la cual mostró nefropatía lúpica clase 5. Fue tratada por seis meses con Micofenolato Mofetil sin respuesta, y requiriendo siempre dosis altas de prednisona. Ante esto se decide tratar con Rituximab, con excelente respuesta al tratamiento, con importante regresión de las lesiones cutáneas, luego de dos pulsos.

Conclusión: El uso de Rituximab en pediatría es una herramienta terapéutica útil, en pacientes refractarios al tratamiento de primera línea.

55. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CRIOGLOBULINAS POSITIVAS: 20 AÑOS DE REGISTRO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

N. Jadue¹, P. Abumohor², P. Roessler³, F. Alonso⁴

¹Médico, Inmunología Clínica, Hospital San Juan de Dios. ²Médico, Reumatología e Inmunología Clínica. Clínica las Condes. ³Médico, Inmunología Clínica, Hospital Clínico U. de Chile. ⁴Médico, Magister en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina. U. de Chile.

Introducción: Las crioglobulinas son inmunoglobulinas que precipitan de manera reversible con temperaturas inferiores a 37°C.

Se clasifican según el tipo de inmunoglobulina que las conforma. Su presencia se relaciona con patologías infecciosas, neoplásicas y autoinmunes.

Objetivos: Caracterizar epidemiológicamente a pacientes con crioglobulinas.

Determinar principales patologías asociadas a crioglobulinas.

Identificar servicios clínicos solicitantes de crioglobulinas.

Materiales y Métodos: Estudio transversal descriptivo. Se revisaron los registros del laboratorio de inmunología sobre crioglobulinas solicitados entre 1989-2008 y las fichas clínicas de los pacientes. Se obtuvo información clínica relevante y determinó la distribución por edad, sexo, patología asociada, servicio clínico solicitante y valor de crioglobulinas.

Resultados: Se realizaron 1649 exámenes correspondientes a 1490 pacientes de los cuales el 9.04% (149 exámenes pertenecientes a 126 pacientes), resultaron positivos. De estos 126

el 61,9% (78 pacientes) eran mujeres y el 38.1% (48 pacientes) hombres. El valor de las crioglobulinas fue <1% en el 73,15% de los casos y <0,1% en el 40%. De los 126 pacientes, lograron recolectarse 64 fichas (50,09%). La edad de diagnóstico en mujeres fue de 48,9 ±19,9 y en hombres de 49,9±16,1 años. Las principales patologías asociadas fueron infección por virus hepatitis C (28,13%), Nefropatías (21,88%), LES y vasculitis de vaso pequeño (9,38%) y vasculitis de vaso mediano (7,81%). Los principales servicios solicitantes fueron Nefrología (37,5%), Gastroenterología (21,9%) y Reumatología (20,3%).

Conclusiones: El porcentaje de crioglobulinas positivas es similar a lo descrito en la literatura. La distribución por edad y sexo es explicable por el tipo de patología asociada. Probablemente existe una mayor solicitud de crioglobulinas ante nefropatías y daño hepático sin etiología definida mientras que su solicitud en reumatología tiene una orientación más clínica. Puede existir un sesgo de información dado el limitado acceso a fichas clínicas y diagnósticos definitivos. Esta es la primera caracterización de pacientes con crioglobulinas en Chile.

56. EFECTO DE METOTREXATO SOBRE LA EXPRESIÓN DE LAS ISOFORMAS DEL RECEPTOR DE GLUCOCORTICOIDE COMO PREDICTOR DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ARTRITIS REUMATOIDE

Gatica, H.² Aliste, M; Molina, ML¹; and Goecke, IA.^{1,2}

¹PDFB, Facultad de Medicina y ²Servicio de Reumatología, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica. El Metotrexato (MTX) y los Glucocorticoides (GC) son pilares de su tratamiento. Los GC ejercen su acción mediante un receptor (GR). Se han descrito isoformas transcripcionales (alfa, activa y beta, inhibitoria) y traduccionales (A, B, C, y D) del GR. Es relevante identificar los pacientes que responderán a tratamiento con MTX. Previamente demostramos que MTX induce la expresión de GRalfa, y la sensibilidad a GC en mononucleares periféricos (PBMC) de sanos. Si esto ocurre en AR, podría ser un nuevo mecanismo de acción del MTX en su tratamiento. **Objetivos:** Evaluar 1.El efecto de MTX sobre la expresión de las isoformas del GR en PBMC de pacientes con AR 2.Si este efecto, predice la respuesta a tratamiento con MTX. **Métodos:** Se obtuvieron PBMC de 20 pacientes con AR temprana (<2 años de evolución) activa, que no hubieran recibido DMARDs, agentes citotóxicos o GC y se cultivaron con

MTX (0, 10⁻⁴, 10⁻⁶, 10⁻⁸ M), evaluándose a las 24 hrs, la expresión de los isotipos de GR por Western Blot. Posteriormente los pacientes iniciaron tratamiento con MTX diclofenaco y prednisona (10 mg/día). La actividad de la enfermedad fue evaluada en la sem. 24 mediante respuestas ACR 20, 50 y 70 y se buscó una correlación entre la respuesta ACR y efecto de MTX in vitro. Estadística: Test de ANOVA Kruskal-Wallis y Wilcoxon y test de correlación de Spearman. **Resultados:** MTX (10⁻⁶M) indujo un aumento en la expresión de GRalfa AB (38,3%, p = 0,009), sin modificación en otras isoformas El efecto de MTX sobre el aumento de la expresión de GRalfa se correlacionó con la respuesta al tratamiento con MTX (p < 0.005). **Conclusión:** La modulación en la expresión de las isoformas de GR por MTX pudiera ser predictor de la respuesta al tratamiento con MTX en pacientes con AR.

57. EFECTO INDUCTOR DE LA OSTEOGÉNESIS DEL LÍQUIDO SINOVIAL DE PACIENTES CON OSTEOARTROSIS EN UN MODELO CELULAR *IN VITRO*

R. Martínez^{1,2}, L. Michea², R. Mardones³, G. Barón⁴, F. Soza⁴, A. Goecke².

¹Programa Doctorado en Ciencias Médicas, Universidad Católica de Chile.

²Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM), Universidad de Chile.

³Traumatología, Hospital Militar-Clínica Las Condes.

⁴Traumatología, Clínica Avansalud-Tabancura.

Introducción: En la osteoartritis (OA) los condrocitos articulares se hipertrofian y apoptosan, proceso similar a la formación ósea que ocurre en la osteogénesis endocondral, postulándose que el cartílago articular retomaría su patrón de diferenciación embriológica, como mecanismo patogénico de la enfermedad. El rol inductor del líquido sinovial (LS) de este fenotipo se desconoce.

Objetivos: Determinar la capacidad del LS de pacientes con OA de inducir diferenciación osteoblástica en células condroideas inmaduras.

Materiales y Métodos: Previo consentimiento informado, se tomaron muestras de LS de OA (durante artroplastia de rodilla) o controles sanos. Células ATDC5 (línea celular condrogénica) fueron cultivadas en presencia de LS de OA o LS

control (10%) durante 7 días. Para determinar la osteogénesis, se evaluó la maduración fenotípica (presencia de nódulos) y expresión de marcadores moleculares (colágeno II, marcador de condrocito articular y colágeno X marcador de condrocito hipertrófico) mediante real-time PCR.

Resultados: El LS de OA indujo formación de nódulos desde el día 3 de cultivo, no observándose con LS control hasta el fin del estudio (día 11). Al día 3 la expresión de colágeno II y colágeno X en presencia de LS de OA fue 61 veces y 13,5 veces mayor respectivamente, que en presencia de LS control.

Conclusiones: El LS de OA induce osteogénesis en una línea celular condrogénica. Nuestros resultados demuestran que factores presentes en el LS de pacientes con OA pueden tener un rol inductor del daño del cartílago característico de la OA.

58. REVISIÓN DE INTERCONSULTAS ENVIADAS AL DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA DESDE EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO (CABL) Y EL HOSPITAL LUCIO CÓRDOVA (HLC)

E. Sobrado*, P. Díaz**, T. Sepúlveda*, J. Briones**, L. May*, J.C. Moncada*.

*Reumatología, Servicio de Medicina, CABL.

**Becados de Medicina Interna, Universidad de Chile.

Introducción: El Departamento de Reumatología del CABL realiza periódicamente evaluaciones a pacientes hospitalizados en el CABL y HLC a través de la solicitud de interconsultas por el médico tratante.

Objetivo: Conocer las características y patologías reumatológicas más frecuentes de los pacientes hospitalizados.

Material y Métodos: Se analizaron las Interconsultas enviadas al Departamento de Reumatología entre enero del 2006 hasta diciembre del 2007 desde el CABL y el HLC.

Resultados: Se recibieron 312 interconsultas en ese período, 266 provenían del CABL y 46 del HLC. Dentro del CABL los servicios que solicitaron más evaluaciones fueron Medicina (53%), Neurología (13%), Cirugía (7%) y Unidad de Paciente Crítico (7%). La distribución por sexo fue 76% mujeres y 24% hombres, con una edad promedio de 48 años (rango de 15 a 86 años). Los diagnósticos de sospecha más frecuentes fueron

Lupus Eritematoso Sistémico (22%), Artritis Reumatoide (15%), Vasculitis (13%) y Artritis y Artralgias inespecíficas (10%). De las 312 interconsultas cursadas, 277 pacientes fueron finalmente evaluados por el Equipo de Reumatología, confirmándose un diagnóstico reumatológico en un 78% de los casos. De los 35 pacientes no evaluados 22 habían sido dados de alta y 11 no fueron encontrados en el Servicio solicitante. El tiempo promedio transcurrido entre el envío de la interconsulta y su recepción en Reumatología fue de 1 día, al igual que la latencia entre la recepción de la interconsulta y la evaluación del paciente.

Conclusiones: El 68% de los diagnósticos formulados por el médico tratante fueron confirmados por el Equipo de Reumatología. Estos resultados pueden ser aplicados en la Administración Hospitalaria y en el manejo de las interconsultas y su tiempo de latencia, mejorando la Calidad de la Atención a nuestros pacientes.

59. DESÓRDENES TEMPOROMANDIBULARES EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMATOLÓGICAS

P. Durán*, E. Sobrado***, J. Briones**, T. Sepúlveda***, P. Díaz**

Servicios de Odontología, Medicina y Reumatología Complejo Asistencial Barros Luco (CABL).

* Servicio de Odontología, CABL.

**Becados Medicina Interna, Universidad de Chile.

*** Departamento de Reumatología, CABL y Medicina, Universidad de Chile.

Introducción. Las molestias en la articulación temporomandibular forman parte de los dolores que relatan los pacientes reumatológicos. Por esta razón, los pacientes atendidos en el Departamento de Reumatología del CABL con sospecha de desórdenes temporomandibulares, son evaluados en conjunto con el Servicio de Odontología para definir el tipo de disfunción y el tratamiento más apropiado.

Objetivos. Investigar la prevalencia de los distintos desórdenes temporomandibulares en pacientes con patologías reumatológicas, y su relación con la etapa y seropositividad de la Artritis Reumatoide (AR).

Material y Método. 68 pacientes con patologías reumatológicas y desórdenes temporomandibulares se reclutaron entre enero del 2003 y julio del 2008, en el CABL. Los cuales fueron derivados desde Reumatología a Odontología para la confirmación diagnóstica y tratamiento de dichas molestias.

Resultados. Se estudiaron 68 pacientes (13.2% hombres y 86.8% mujeres) con enfermedades reumatológicas, de los cuales la mayoría tienen AR (57.3%). Demostrándose que el desorden temporomandibular más frecuente es el Dolor Miofacial (98.7% de los pacientes), independiente de la enfermedad reumatológica y su estadio. Además, se correlacionó los diferentes trastornos temporomandibulares con la etapa y seropositividad de la AR y los desórdenes temporomandibulares.

Conclusiones. Los desórdenes temporomandibulares son comunes en los pacientes con AR y con otras patologías reumatológicas; observándose principalmente una asociación entre la seropositividad de la AR y la disfunción temporomandibular. Sin demostrarse una relación entre la etapa de la AR y la magnitud de la disfunción.

60. PSEUDOTUMOR CEREBRI: UNA MANIFESTACIÓN EXCEPCIONAL DE ENFERMEDAD DE BEHÇET

J. Durán, M. Jurado, G. Eymin, S. Jacobelli, M. Soza, A. Cruzat, MA. Gutiérrez

Deptos. de Inmunología Clínica y Reumatología, de Neurología y de Oftalmología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La Enfermedad de Behçet (EB) es una patología inflamatoria multisistémica infrecuente en occidente. Las manifestaciones neurológicas se presentan en 5-30% de los casos, siendo las más comunes las trombóticas vasculares y las inflamatorias meníngeas. Presentamos un caso de EB con Pseudotumor Cerebri como manifestación inusual de neurobeçhet.

Caso Clínico: paciente mujer de 17 años que consultó por cefalea de dos semanas de duración, asociada a náuseas, vómitos y alteraciones visuales. Tenía campo visual alterado y edema de papila bilateral. La resonancia magnética (RM) de cerebro era normal. Dos semanas después se hospitalizó por intensificación del cuadro. Se obtuvo historia de meses de artralgias, úlceras orales y genitales a repetición. Se encontraron úlceras orales y acné severo, con nódulos en las extremidades. Se confirmó edema de papila, sin focalización neurológica. Nueva RM, incluyendo angioresonancia fue normal. El estudio del Líquido cerebroespinal solo demostró presión de salida aumentada. Se diagnosticó Pseudotumor Cerebri con sospecha de EB y se

inició tratamiento con acetazolamida y colchicina. Los exámenes de laboratorio general y la serología, incluyendo ANA, ANCA, Anti DNA, ENA, aCL, anti-B2GPI, LAC fueron normales o negativos. La tipificación HLA B51 fue negativa. Se decidió no instalar válvula de derivación por anatomía riesgosa. Por cefalea persistente recibió pulsos de metilprednisolona y luego prednisona, además de flunarizina y ciclobenzaprina, con lo que paulatinamente cedió la cefalea. La reevaluación oftalmológica demostró una vitreitis bilateral, lo que dio mayor fuerza al diagnóstico de EB. Posteriormente se inició tratamiento con ciclosporina con buena respuesta oftalmológica.

Discusión: El Pseudotumor Cerebri en general es infrecuente y en un alto porcentaje idiopático. Existen muy pocos casos descritos en la literatura como secundarios a EB. El tratamiento de esta forma de neurobeçhet no está bien definido. Se ha utilizado como primera línea la terapia esteroideal y el uso de ciclosporina o infliximab pueden ser alternativas terapéuticas de segunda línea.

61. ENFERMEDAD DE BEHÇET EN CHILE: SERIE CLÍNICA DE UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE EN NUESTRO PAÍS

J. Durán, K. Elgueta, L. Massardo, S. Jacobelli, M. Cisternas, V. Mezzano, F. Radrigán, C. Pérez, ME. Martínez, MA. Gutiérrez
Depto. de Inmunología Clínica y Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Hospital Sótero del Río.

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es una enfermedad inflamatoria sistémica caracterizada por úlceras orales (UO) y genitales (UG), compromiso ocular, cutáneo y neurológico, entre otras. Su prevalencia es baja en nuestro país, siendo altamente frecuente en Asia y medio-oriente, donde alcanza una prevalencia de 40 cada 10.000 habitantes en Turquía.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y clínicas en un grupo de pacientes chilenos con EB.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes controlados en la Red UC y Hospital Sótero del Río entre los años 2000 y 2008 que cumplieran criterios de EB según la *International Study Group of Behçet Disease*. Se contactó telefónicamente para obtener evolución alejada e información faltante.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes, con edad promedio al diagnóstico de 27 años (15-51) y predominio femenino en relación 5:1. Todos los pacientes presentaron UO y UG, el 72% tuvo lesiones cutáneas, siendo la más frecuentes el eritema nodoso (61%). Sólo un caso tuvo patergia. El 56% tuvo sínto-

mas articulares. El compromiso ocular se observó en 9 pacientes (36%): 5 uveítis, 2 retinitis, 2 vasculitis y una trombosis de vena de la retina. Compromiso de grandes vasos y neurológico en el 28% respectivamente. Todos aquellos con complicaciones vasculares presentaron trombosis de extremidades, uno de vena suprahepática y dos casos de senos venosos (TSV). Dos pacientes tuvieron aneurisma arterial. El compromiso neurológico fue parenquimatoso en un tercio de los pacientes, 3 tuvieron hipertensión endocraneana, (2 secundarios a TSV), una meningitis aséptica y una mielopatía aislada. Dos casos con presentación infrecuente: fibrosis pulmonar y fibrosis mediastínica. El HLA B51 fue positivo en 4 de los 9 casos en que se determinó.

Discusión: A diferencia de lo descrito, en nuestra serie predominó el sexo femenino y el 100% presentó UG. La mayoría tuvo manifestaciones de gravedad. Esto podría deberse a un diagnóstico más frecuente en cuadros con compromiso multi-sistémico.

62. NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA: EXPERIENCIA CLÍNICA EN 15 CASOS

J. Durán, F. Silva, I. Cerón, R. Rabagliati, S. Jacobelli, ME. Martínez, V. Mezzano, LM. Massardo, AM. Guzmán, M. Lagos, MA. Gutiérrez
Deptos. de Inmunología Clínica y Reumatología, y de Enfermedades Infecciosas, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La infección por *Pneumocystis jirovecii* (PJ) en pacientes con patología reumatológica parece tener características clínicas y pronóstico distintos a lo descrito en pacientes con VIH. **Objetivo:** Describir las características clínicas, terapia y pronóstico de un grupo de pacientes chilenos con neumonía por PJ y enfermedad reumatológica de base. **Métodos:** A partir de los registros del laboratorio de inmunofluorescencia directa y reacción de polimerasa en cadena (PCR) para PJ de la Universidad Católica, se seleccionaron aquellos pacientes con resultados positivos y diagnóstico de una enfermedad reumatológica, entre los años 2004 y 2007. De éstos, se analizó retrospectivamente las fichas clínicas de los adultos atendidos en la Red de Salud UC. **Resultados:** Se identificaron 15 casos que cumplieran estos criterios. En todos los casos el diagnóstico fue por PCR y la IFD fue negativa. Los diagnósticos de base fueron: miopatía inflamatoria (4), lupus eritematoso sistémico (3), artritis reumatoide (2), vasculitis sistémica (2), polimialgia reumática (1), enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (1), enfermedad mixta del tejido conectivo (1) y policondritis recidivante (1). Cinco pacientes (33%) tenían patología pulmonar de base. La edad promedio era de 58 años, el 53% era mayor de 60 años y

10 (66.67%) eran mujeres. Todos recibían prednisona por más de 45 días, asociada a un inmunosupresor en 13 casos (86%). La dosis de prednisona era > 30mg en todos los casos, excepto dos que recibían un inmunosupresor. Cuatro pacientes recibían ciclofosfamida, 3 en pulso y 1 oral, 3 metotrexate (>10 mg/sem), 3 azatioprina (>100mg/día), 1 recibió rituximab. Solo un paciente estaba con profilaxis para PJ. El 80% de los pacientes presentaban linfopenia. Todos fueron tratados con cotrimoxazol, en 2 casos asociado con clindamicina. El 60% requirió ventilación mecánica y la mortalidad fue de 46.7%.

Discusión: En nuestra serie el diagnóstico más frecuente fue miopatía inflamatoria, concordante con lo descrito, aunque las vasculitis de vaso pequeño clásicamente también han predominado en otras series. El tratamiento incluyó prednisona dosis moderada e inmunosupresores. La evolución de la infección fue grave en la mayoría de los pacientes y la mortalidad alta, esto hace plantearse el uso de profilaxis. Destaca que el diagnóstico fue sólo por PCR lo que plantea la colonización, que es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos y particularmente con enfermedad pulmonar.