

RESÚMENES

PRIMER CONGRESO PANAMERICANO DE ESPONDILOARTROPATÍAS

1

EVALUACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES CITOCINAS/ QUIMIOCINAS EN SUERO Y LÍQUIDO SINOVIAL PARA IDENTIFICAR CANDIDATOSA BIOMARCADORES EN ESPONDILOARTROPATÍAS

Ma. Consuelo Romero¹, Feng Huang², Mabel Ávila¹, John Londoño¹, Óscar J. Felipe-Díaz¹, Rafael Valle¹, David T.Y. Yu²

1 Servicio de Reumatología Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.
2 Departamento de Reumatología Universidad de California - Los Angeles UCLA.
3 PLA Hospital, Beijing, China.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. En conjunto con dramáticos avances en el tratamiento, el desarrollo en la búsqueda de nuevos biomarcadores se ha convertido en una importante área de investigación, en Espondiloartropatías (EAS). Nuevas moléculas y parámetros son requeridos para un mejor diagnóstico, evaluación de la severidad/actividad de la enfermedad y el grado de respuesta al tratamiento. Las citocinas/quimiocinas séricas han demostrado ser promisorios candidatos valoradas de manera individual. En este trabajo, se ha usado una nueva técnica que permite evaluación simultánea de estos posibles marcadores.

METODOLOGÍA. Se utilizó líquido sinovial de 18 pacientes con EAS, 15 con Artritis Reumatoidea (AR) y 9 con Osteoartritis (OA), por citometría de flujo se obtuvieron resultados simultáneos de: IL-8, IL 1 β , IL 6, IL 10, TNF α y IL 12 p70. La evaluación estadística con un análisis de función discriminativa encontró que el patrón de estos 6 mediadores diferencia los líquidos sinoviales de EAS Vs AR con una $p=0.001$, sin embargo el valor lambda de Wilk es de 0.456. Esto podría indicar que aunque los patrones de los mediadores en las dos enfermedades son distintos, probablemente podría ser debido a las diferencias en sus patogénesis, aunque existe sobreplicación para propósitos diagnósticos. Ningún patrón fue útil para diferenciar entre EAS y OA aunque la IL 1 β fue mayor en EAS con una $p=0.007$. Dados estos hallazgos, los esfuerzos se dirigieron a la identificación de citocinas en forma individual y no como perfiles definidos. Posteriormente se cultivaron monocitos de líquido sinovial (CMLS) de 6 pacientes con EAS y 14 monocitos de sangre periférica (CMSP) de pacientes con Espondilitis Anquilosante (EA) y CMSP de 11 individuos sanos. La evaluación de citocinas del sobrenadante se realizó por un luminex multiplex ELISA (Linco Research, St. Charles, MO). Las citocinas evaluadas fueron: IL-8, IL 1 β , IL 6, IL2, IL 4, IL 5, IL 10, IL 12p70, IL 13, IL 15, IL 17, INF γ , TNF α , MCP 1, MIP α , IP 10, RANTES, G-CSF, GM-CSF, Eotaxina. Cuando se compararon los CMSP de los controles sanos Vs CMLS de los pacientes con EAS, estos últimos generaron cantidades significativamente más elevadas de IL 1 β , IL 6, IL 8 y TNF α y MIP α ($p=0.018, 0.015, 0.015, 0.009$ y 0.025 respectivamente). Sin embargo al comparar las CMSP de EA con las de los controles sanos, las únicas citocinas que mostraron incremento en pacientes con EA fueron IL 6, y RANTES ($p=0.04$ y 0.0001 respectivamente). Estos resultados podrían sugerir que el candidato más promisorio para diferenciar pacientes con EA de individuos sanos es la IL 6. Posteriormente se evaluó por multiplex ELISA (UpState- Waltham, MA) el suero de 42 pacientes de EA y 11 controles sanos para las siguientes citocinas: IL 1 α , IL 1 β , IL2, IL3, IL4, IL5, IL6, IL7, IL8, IL10, IL12p70, IL13, IL15, GM-CSF, INF γ , TNF α , Eotaxina, MCP1, RANTES, MIP α , e IP 10. De manera similar a los experimentos realizados con líquido sinovial, cuando se realizó una prueba de función discriminativa, el patrón en la concentración de citocinas/quimiocinas no permitió diferenciar entre pacientes con EA de individuos sanos ($p=0.410$, con un valor de lambda Wilk = 0.596). Sin embargo el nivel de 2 mediadores fueron significativamente mayores en los pacientes con EA al realizar la corrección de Bonferroni, estas fueron IL 6, e IP 10 ($p=0.0001$ y 0.0008) K. La IL 6 parece ser más relevante que la IP 10 ya que la IL 6 fue casi siempre detectada a niveles muy bajos en los sujetos sanos.

Hasta el momento, el tipo de biomarcadores que más se necesitan en EA son aquellos que puedan potencialmente monitorear la respuesta al tratamiento por bloqueadores de TNF α . Se analizó entonces muestras de suero de 10 individuos con EA quienes recibieron protocolo con infliximab en la semana 0,2 y 6 a 5 mg/kg y las muestras de suero fueron tomadas antes, 2, 6 y 10 semanas posteriormente a la dosis usando como técnica de Protein Biochip (Randox, Beijing, China). Este ensayo simultáneo provee las concentraciones séricas de las siguientes citocinas/quimiocinas: IL 1 α , IL 1 β , IL 2, IL 4, IL 6, IL 8, IL 10, INF γ , TNF α , MCP 1, EGF1. El único mediador, el cual fue suprimido por el tratamiento con Infliximab en un grado significativo, fue la IL 6 ($p=0.014$ y 0.035 a las 2 semanas y 6 comparadas con la semana 0).

CONCLUSIÓN: 1. Es poco probable que un patrón de citocinas/quimiocinas pueda servir como un biomarcador diferencial para EA. Sería necesario utilizar una o dos citocinas y evaluarlas de manera independiente.
2. De todas las citocinas/quimiocinas que se evaluaron, la IL 6 podría ser considerada como posible candidato. Se requiere estudios colaborativos multicéntricos a gran escala para evaluar su utilidad actual como test paraclínico.

2

RESPUESTA CLÍNICA AL USO DE INFILIXIMAB EN UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REACTIVA EN EL HMC, BOGOTÁ, COLOMBIA

Felipe-Díaz Óscar Jair, Beltrán Adriana, Romero Ma. Consuelo, Valle O. Rafael, Yu David.

Servicio de Reumatología Clínica, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.
Division of Rheumatology, UCLA, Los Angeles, E.U.A.

INTRODUCCIÓN. Los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa son medicamentos que han sido utilizados con éxito en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilosante, Artritis Psoriasica, Espondiloartropatía Asociada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Espondiloartropatía Indiferenciada, entre otros. Las espondiloartropatías son un grupo de patologías que comparten ciertas características clínicas y asociación con el HLA-B27, dentro de las cuales se incluye la artritis reactiva, principalmente aquellas formas que se cronican, que según la serie evaluada puede alcanzar porcentajes tan altos como un 30-50%. Actualmente existen publicaciones que han evaluado los cambios en diferentes citoquinas en pacientes con artritis reactiva que reciben manejo con inhibidores del TNF α .

CASO CLÍNICO. Paciente: soldado profesional, de sexo masculino, de 21 años de edad, que presenta, 3 semanas posterior a episodio de gastroenteritis, un cuadro de compromiso articular con derrame articular inicial de rodilla derecha, zonas de entesopatía y artralgiás con compromiso de hombros, codos, carpos y MCF y dolor en región de sacroiliacas. Se realiza manejo con 3 tipos diferentes de anti-inflamatorios no esteroideos, en dosis máximas, cada uno por un periodo no inferior a tres meses, pese a lo cual el paciente presenta nuevos episodios de derrame articular en rodilla derecha (1) e izquierda (1) con persistencia de zonas de entesopatía, artralgiás principalmente de hombros, MCF e IFP y aparición de lumbalgia de características mecánicas. Se realiza manejo local con infiltraciones con esteroides e inicio de sulfasalazina en dosis progresiva hasta alcanzar dosis de 2000 mg/día. El paciente persiste presentando nuevamente derrame articular en rodillas, lumbalgia de tipo inflamatorio, dolor lumbar nocturno y sensación de rigidez matinal en zona lumbar.

INTERVENCIÓN. Después de 4 meses de manejo con SSZ y en forma concertada con el paciente se decidió en el servicio de reumatología del HMC el inicio de infliximab para aplicar en dosis de 3 mg/kg, en forma de bolos en las semanas 0, 2, 6, 14 y según respuesta continuar con la medicación cada 8 semanas.

DESCRIPCIÓN. El paciente, posterior al cuarto bolo de infliximab, no ha vuelto a presentar episodios de derrame articular, con mejoría en la sensación de artralgiás, dolor en zona lumbar y desaparición casi total de dolor en las zonas de inserción tendinosa. Los índices previos al inicio de infliximab eran de BASDAI=10, BASFI=1 e índice de Dougados=23. Posterior al cuarto bolo de infliximab son de 6.5 (BASDAI), 6.7 (BASFI) y 14 (ID). La evaluación del dolor por EVA previa era de 10, siendo actualmente de 6, con una sensación de rigidez matinal superior a los 120 minutos previo al inicio y de 30 minutos actualmente.

DISCUSIÓN. En la literatura se plantean posibles relaciones genéticas con el medio ambiente y agentes infecciosos en diferentes patologías reumatológicas, tanto en su presentación como en la cronicación de los casos. Ya se han descrito cambios en los perfiles de citoquinas de pacientes con ARE que recibieron infliximab. Aquí se describe el caso de un paciente con ARE y su respuesta clínica en cuanto a la forma de presentación de la patología, así como en la mejoría de cuestionarios de actividad y funcionalidad de pacientes con Espondiloartropatías, lo cual plantea una nueva posibilidad terapéutica y de monitoreo con biomarcadores dentro del área de investigación en Espondiloartropatías, que permitan una mejor evaluación de la severidad, actividad y grado de respuesta al tratamiento.

3

DETECCIÓN DE PROTEÍNAS DE UNIÓN AL LIPOPOLISACÁRIDO EN SUERO DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS SERONEGATIVAS EN UN GRUPO DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Romero M Consuelo, Santos Ana María, Noboa Mariana, Londoño John D., Felipe-Díaz Óscar J., Reyes Benjamín, Ávila L. Mabel, Valle Rafael R., Yu David.

Servicio de Reumatología e Inmunología Clínica. Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia. Instituto de Referencia Andino, Bogotá, Colombia. Laboratorio Vélez-Lab, Bogotá, Colombia. Departamento de Reumatología, Universidad California, Los Angeles, USA.

INTRODUCCIÓN. Nuevos biomarcadores son requeridos para diagnósticos tempranos de mayor precisión, determinación de severidad y actividad de las Epondiloartropatías (EAS), considerando a proteínas de fase aguda como candidatos: la proteína de unión al lipopolisacárido (LBP) que se une y recluta la endotoxina (LPS) de la superficie bacteriana durante infecciones por Gram-negativos, podría ser entonces considerada para la detección temprana.

OBJETIVOS. Por lo que se plantea describir los niveles de LBP en suero en un grupo de individuos sanos y pacientes con EAS del Hospital Militar Central y establecer su correlación con otros marcadores de fase aguda (PCR y VSG) y manifestaciones clínicas de actividad.

METODOLOGÍA. Se estudiaron 30 pacientes con diagnóstico de EAS con una edad de 15 a 46 años (media = 30.7 años). 14 mujeres y 16 hombres, 2 con Espondilitis Anquilosante (EA), 7 con Artritis Reactiva (ARe), 21 con Espondiloartropatías No diferenciadas (EAS1) y 26 controles sanos. Se detectó el LBP por quimioluminiscencia (LKL B1 - LBP - Immulite DPC). Se midió PCR por técnica de nefelometría cinética (Beckman) y VSG por método de Wintrobe.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Se estableció el valor de referencia de 9,4 a 39,9 ug/ml (Media 25.04) en la población control para LBP. La correlación de Pearson entre LBP y PCR fue de 0.859, LBP y VSG de 0.477, PCR y VSG 0.474.

	Media	Rango - Pacientes
LBP ug/ml	41.73	2.7 - 200
PCR mg/dl	1.96	0.10 - 20.30
VSG mm/h	25.26	2.0 - 44.0

Analizando los subgrupos, los valores de LBP más elevados se encontraron en los pacientes con ARe en un rango de 16 a 200 ug/ml con una media = 62.41, de los cuales todos presentaron uveítis y artralgias con un promedio en el número de articulaciones dolorosas de 5.57, 1.89 inflamadas, dolor lumbar inflamatorio y entesitis en el 83.3%, dactilitis en el 42.9% y EVA en un rango de 0-9 y promedio de 4.28; en pacientes con EAS1 se presentó el LBP en un promedio de 55.41 ug/ml (2.7 a 200 ug/ml), estos presentaron en un 76.2% artralgias con un promedio de número de articulaciones dolorosas de 6.2 e inflamadas de 1.8, 62.5% tenían entesitis y el 46.7% con artritis. Los valores de LBP muestran una tendencia de valores más altos en pacientes con ARe y EAS1 comparados con el grupo control (9.4 a 39.9 ug/ml media 25.04). El HLA B27 para el grupo de EAS fue del 42.9%, 28.6% tenían ARe y EAS1 28.6%. Así, LBP demostró que puede ser un marcador de fase aguda al igual que la PCR, además podría ser un marcador más temprano de actividad de enfermedad.

5

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA PSORIASIS EN POBLACIÓN COLOMBIANA

González C. M.D., Castro L. M.D., Gutiérrez L. M.D., Rodríguez V. M.D., Londoño J. M.D. M. Sc., Santos AM. M. Sc., Escobar X. M.D., Motta A. M.D., Mendoza N. M.D., Calvo E. M.D., Valle R. M.D.

Servicio de Dermatología Hospital Simón Bolívar, Servicio de Reumatología e Inmunología Clínica y Dermatología Hospital Militar Central y la Clínica Universitaria Teletón Bogotá, Colombia. Santos Ana María-Colombia-Servicio de Reumatología e Inmunología Hospital Militar Central-Transv. 3 No. 49-00. Tel.: (51) 1-3486868 Ext. 5050. Bogotá - Colombia-anamariasg@hotmail.com

INTRODUCCIÓN. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica y recidivante, mediada a través de la activación de linfocitos T, que afecta aproximadamente del 1 al 3 % de la población mundial. La principal manifestación extracutánea de esta enfermedad es la artropatía psoriática (APs).

OBJETIVO. Describir las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con psoriasis en tres hospitales de Bogotá.

METODOLOGÍA. Estudio observacional descriptivo entre octubre de 2003 y mayo de 2005, el cual incluyó los pacientes con diagnóstico de psoriasis de los servicios de Reumatología y Dermatología, determinado por un dermatólogo y confirmado por medio de biopsia de piel. Así mismo, aquellos pacientes con manifestaciones clínicas o radiológicas sugestivas de compromiso articular fueron valorados por reumatólogo.

RESULTADOS. Se incluyeron 115 pacientes con psoriasis, 51% mujeres y 49 % hombres. La edad de los pacientes estuvo en el rango de los 9 y los 86 años con un promedio de 43 años. El 21.7% (n=25) tenía un familiar con psoriasis. El rango de edad de mayor frecuencia de inicio de la enfermedad fue entre los 31 y 40 años (24.3%). La psoriasis vulgar fue el tipo de presentación clínica más frecuente 91.3%, seguido de la guttata con el 4.3%. El compromiso ungueal fue clínicamente evidente en el 42.6%. El Índice de severidad y área de la psoriasis (PASI) fue en promedio de 7.7. El factor reumatológico fue negativo en el 93% (107) de los pacientes. Del total de la muestra el 38% tenía algún compromiso articular, de estos el 25% cumplieron con los criterios clínicos y radiológicos de Espinoza de artropatía Psoriásica: 2 con compromiso axial, 5 con compromiso periférico, 4 con compromiso axial y periférico.

CONCLUSIÓN. El presente estudio explora las características más importantes de los pacientes con psoriasis, lo cual concuerda con lo descrito en la literatura mundial y ofrece un base de comparación para el desarrollo de estudios similares en nuestro medio. La valoración reumatológica de los pacientes, la cual se está desarrollando en el momento, permitirá definir el impacto de la artropatía psoriática y su repercusión en el enfoque de dichos pacientes.

4

EVALUACIÓN DE AUTOANTICUERPOS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS TRATADOS CON INHIBIDORES DE FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ

Felipe-Díaz Óscar Jair, Parra Carolina, Beltrán Adriana, González Federico, Romero Ma. Consuelo, Santos Ana María, Gutiérrez Viviana, Valle O. Rafael. Servicio de Reumatología Clínica, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN. Los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa se han convertido en una excelente opción terapéutica en los pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía que no han respondido a los manejos establecidos en la literatura como sulfasalazina y AINES, con uso aprobado y con mayor evidencia para etanercept e infliximab. A la par de su uso se ha descrito la formación de anticuerpos antinucleares (ANAS), cuyo significado no se ha esclarecido respecto a su influencia en cuanto a la respuesta, pronóstico o posible suspensión de dichos medicamentos en un futuro cercano.

OBJETIVO. Estudiar la presencia de ANAS, anti-DNA de doble cadena (anti-DNAs) y FR IgM en pacientes con diagnóstico de espondiloartropatías antes y posterior al tratamiento con infliximab o etanercept.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se tomaron muestras de 14 pacientes con diagnóstico de espondiloartropatías manejados con inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa, a los cuales se les realizó ANAS (Hep2000 fluorescent ANA-Ro, Immunoconcepts CA), anti-DNAs (Fluorescent nDNA, Immunoconcepts CA) y factor reumatóide (Nefelometría Cinética Beckman Array Protein System). De manera retrospectiva se evaluó el estado de estos autoanticuerpos previo al inicio de infliximab o etanercept. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante (EA), Espondiloartropatía Indiferenciada (EAS1), Artritis Reactiva (ARe) o Espondiloartropatía Asociada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

RESULTADOS. De los 14 pacientes evaluados, el 85.7% de los pacientes fue de sexo masculino y un 14.3% de sexo femenino, con una edad promedio de 39.9 años (rango: 21-69 años) y con un tiempo de evolución de 7,57 años (rango: 1-19 años, ±1,53). Los ANAS eran negativos previo al inicio de los inhibidores del FNT α en 13 pacientes y 1 paciente era positivo con títulos de 1/80 con patrón homogéneo el cual se mantiene. Actualmente 8 pacientes persisten con ANAS negativos, mientras que 5 pacientes presentan ANAS positivos posterior al tratamiento. Tres pacientes presentan títulos de 1/80 con patrón moteado, un paciente tiene títulos de 1/640 con patrón nucleolar y 1 paciente presenta títulos de 1/1280 con patrón homogéneo. Los 6 pacientes con ANAS positivos actualmente reciben manejo con infliximab, en los 3 pacientes con etanercept no se encontraron ANAS positivos. El anti-DNAs se evaluó en 8 pacientes observándose un paciente positivo previo al inicio del tratamiento, con resultado negativo en todos los pacientes en la evaluación posterior. La evaluación del FR fue realizada también en 8 pacientes antes y después de la terapia biológica, siendo negativo en todos los pacientes en ambas evaluaciones.

DISCUSIÓN. Los pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía tienen una adecuada respuesta clínica cuando son manejados con inhibidores del FNT α , en esta población de pacientes se observó la conversión en un 57% de los ANAS, sin que se acompañara de evidencia clínica durante la administración del infliximab, con excepción de un paciente que tuvo reacción alérgica leve. Los anti-DNAs y FR no mostraron variación en el tiempo. Con base en estos resultados se genera la posibilidad de incluir dentro del monitoreo de estos pacientes el estudio de los anticuerpos antinucleares, lo cual podría tener implicaciones en la decisión de la continuidad del tratamiento o generar explicaciones a posibles epifenómenos.

6

ANTI-CYCLIC CITRULLINATED PEPTIDE ANTIBODIES ARE PRESENT IN PSORIATIC ARTHRITIS (PSA) BUT NOT IN CUTANEOUS PSORIASIS. COULD THIS BE A HELPFUL MARKER TO PREDICT THE DEVELOPMENT OF PSA?

Candia Liliana, MD; Márquez J, MD; González C, MD; Santos, AM, BS*; Londoño J, MD*; Valle R, MD*; Zabaleta J, MS; Yaqub Z, MD and Espinoza LR, MD.

From the Rheumatology Section, and the Stanley S Scott Cancer Center. LSU Health Sciences Center, New Orleans, LA and Military Hospital Bogotá, Colombia*

OBJECTIVE. The aim was to determine the seropositivity of anti-CCP antibodies in patients with psoriasis and PsA and to compare it with patients with RA and OA.

BACKGROUND. Patients with longstanding psoriasis will develop PsA at some point. However, so far no factor has been found to predict which patients with cutaneous psoriasis are prone to the development of PsA. Anti-CCP antibodies are highly specific for the diagnosis of RA, could these be helpful markers to predict the development of PsA?

PATIENTS AND METHODS. Serum anti-CCP antibodies were measured in 106 patients with cutaneous psoriasis, 72 patients with PsA, 41 healthy controls (HC), 41 patients with Undifferentiated or early inflammatory arthritis (UA) and 41 patients with RA using a commercial second generation ELISA for the detection of anti-CCP antibodies. A receiver operating characteristics curve was performed to establish the ideal cut-off value for anti-CCP antibodies which help to distinguish between PsA and psoriasis.

RESULTS. Anti-CCP antibodies were not present in patients with psoriasis. In contrast 7 out of 72 PsA patients were positive for anti-CCP antibodies but only one was positive for RF, most of these patients were females with polyarticular joint involvement. We found clear differences when we compared PsA patients with psoriasis patients ($p=0.001$). A specific cut-off level of 5.227 units was established after performing a ROC curve and provided a sensitivity of 87% and a specificity of 70% for the distinction between PsA and psoriasis. Anti-CCP antibodies positivity was present in our OA patients in 9.75%.

CONCLUSION. The absence of anti-CCP antibodies in patients with cutaneous psoriasis suggests that these antibodies may be used as a marker for the development of PsA. Serial measurements in a prospective manner are needed to confirm our findings.

8

SINOVIOLISIS CON ÁCIDO ÓSMICO EN ARTRITIS PERIFÉRICA EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Y.S. Valero, A.J. Bautista, J.B. Martínez, Y.B. Medina, F. Rondón, J. F. Restrepo, A. Iglesias.

Universidad Nacional de Colombia, Unidad de Reumatología.

OBJETIVO. Informar la experiencia clínica de sinoviólisis con ácido ósmico en mono u oligoartritis de pacientes con Espondilitis Anquilosante.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se realizó un estudio observacional, prospectivo en los pacientes con Espondilitis Anquilosante de acuerdo a los criterios de AMOR, entre 1999 y 2001 a quienes se les administró ácido ósmico intraarticular para tratamiento de la artritis periférica persistente y cuyo compromiso radiológico se encontraba en estadio I-III. Se evaluaron variables como: Dolor (E.V.A.), funcionalidad (BASFI) y evolución radiológica del compromiso articular periférico realizadas mediante valoraciones clínicas y radiológicas periódicas a los 0, 6, 12 y 24 meses.

RESULTADOS. Se estudiaron 15 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión a los cuales se les realizó, como tratamiento coadyuvante, aplicación intra-articular de ácido ósmico al 2%. Los compromisos articulares fueron: rodillas 6 pacientes, coxo-femoral 5 y tobillos 4. Se encontró disminución en la intensidad del dolor post-intervención siendo de 70mm, 30mm, 20mm, 15mm a los 0, 6, 12 y 24 meses respectivamente. Disminución del porcentaje de discapacidad desde 60% hasta 40%, 30% y 20% durante 0, 6, 12, 24 meses. No hubo mejoría en los parámetros en estado funcional ni radiológico en 2 pacientes de estadio radiológico III. El compromiso radiológico inicial no progresó en los estadios I y II.

No se presentaron efectos adversos locales ni sistémicos con el tratamiento.

DISCUSIÓN. La Espondilitis anquilosante puede presentar compromiso articular periférico en el 15% de los pacientes y esta puede ser resistente al tratamiento convencional con destrucción y limitación física; una alternativa es la utilización intraarticular de ácido ósmico en los estados iniciales de la enfermedad y en la sinovitis persistente mejorando el dolor, la discapacidad y la destrucción articular. Sería este un tratamiento coadyuvante a las terapias tradicionales de fácil aplicación sin efectos secundarios.

7

EVALUACIÓN PROTOCOLIZADA EN LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS

Aulet S, Corbacho I, De Camilli B, De Feo G., De Pizzol G., Gómez E., Dolinsky Deyanira, Maciel G, Musto T, Ordaz M, Palleiro D, Piaggio A, Ramagli A, Varela M. Grupo Uruguayo de Espondiloartropatías (GUES)*

OBJETIVO. Presentar el protocolo de evaluación y seguimiento del GUES, que se aplica en el contexto asistencial. Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes y médicos en relación al mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS. A partir de criterios internacionales, el GUES desarrolló un protocolo para evaluación inicial (PEI) y seguimiento (PS) de pacientes con espondiloartropatías (EA), que engloba la historia clínica. Se buscó que fuera mayormente autoaplicado y que resultara fácil de completar y apto para usarse en el contexto asistencial. Se evaluó el grado de dificultad y satisfacción de los pacientes con el protocolo mediante encuesta telefónica anónima y el de los médicos por cuestionario escrito anónimo.

RESULTADOS. El PEI tiene 7 carillas y el PS 6; 4 y 3 respectivamente la completa el paciente. El PEI incluye datos patronímicos, contexto socio-económico, antecedentes patológicos modularizados, antecedentes familiares relevantes y preguntas vinculadas al diagnóstico. En ambos se incluye EAV de dolor, figura para marcar áreas dolorosas y escalas de BASFI, BASDAI y BAS-G. El área del médico en el PEI considera criterios diagnósticos, tiempo de evolución, forma de presentación e historia de la enfermedad. En el PEI y el PS el médico registra de forma modularizada tratamiento, hallazgos del examen general y osteoarticular, BASMI, conteo de 44 articulaciones e índice de MASES. Al 100% de los pacientes le parece muy fácil completarlos, 82% cree que mejoran la calidad asistencial y 83% que la información es muy útil para el médico. El 100% de los reumatólogos encuentra muy fácil completarlos, ya que contemplan todos los aspectos de la historia clínica, que hace la relación con el paciente muy satisfactoria y que la calidad asistencial es mejor. El 80% cree que simplifican la consulta.

CONCLUSIONES. La evaluación clínica protocolizada en la asistencia de los pacientes del GUES ha sido bien recibida por médicos y pacientes. Resulta fácil de aplicar y se percibe como un instrumento que mejora la calidad asistencial. Permite una evaluación sistemática y objetiva de los pacientes que posibilita toma de decisiones en base a indicadores validados.

9

RASGOS DE LAS ESPONDILOARTROPATÍAS EN URUGUAY: ACTUALIZACIÓN DE DATOS A JUNIO DE 2005

Aulet S, Corbacho Inés, De Camilli B, De Feo G, De Pizzol G, Gómez E, Dolinsky D, Maciel G, Musto T, Ordaz M, Palleiro Daniel, Piaggio A, Ramagli A, Varela M. Grupo Uruguayo de Espondiloartropatías (GUES)*

OBJETIVO. Presentar la casuística de pacientes con espondiloartropatías (EA) vistos por el GUES entre agosto del 2002 y junio del 2005.

MATERIAL Y MÉTODOS. Los pacientes asistidos fueron evaluados con protocolos estandarizados que consideran criterios diagnósticos, cuantificación del dolor según EAV, BASFI, BASDAI, BAS-G, BASMI, BASRI y sacroileítis radiológica según criterios de New York. Los datos se ingresaron en base de datos programada en Access.

RESULTADOS. Al 30/6/05 se protocolizaron 81 pacientes, 61 con diagnóstico de EA, 3 excluidos por diagnóstico de otra patología reumática y 18 enviados para screening (en 1 se diagnosticó EA). De los pacientes con EA, el 58% son hombres (relación masculino/femenino 1,36:1). La edad media es de 36 años. Los diagnósticos son: espondilitis anquilosante (EAQ) 31%, EA indiferenciada 26%, artritis psoriásica 21%, reactiva 11%, de inicio juvenil 8% y colopática 3%. El HLA B27 fue positivo en el 56% en general y en el 66,7% de los pacientes con EAQ. La edad media de comienzo fue de 26 años, con una media de evolución de la enfermedad al momento de la primera consulta de 4 años. El debut osteoarticular fue en 49% articular periférico, 40% axial y 11% dactilitis y/o entesitis. La afectación radiológica sacroilíaca está presente en el 60%, la lumbar en el 56,3% y la de columna cervical en el 40%. En la primera consulta, la media de BASFI fue de 4,2, el BASDAI de 5,1 y el BASMI de 4,5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. Las características de nuestra población están en términos generales en sintonía con los datos internacionales. Si bien es un número reducido, llama la atención la baja prevalencia del HLA B27 en la EAQ. Destacamos la alta frecuencia de comienzo periférico, que en muchos casos condujo a confusión diagnóstica y terapéutica. Los índices de repercusión anatómica, funcional y actividad de la enfermedad al momento de la primera consulta fueron elevados.

10

**EVALUACIÓN CLINIMÉTRICA EN PACIENTES CON
ESPONDILIOARTROPATÍAS TRATADOS CON INHIBIDORES
DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA EN EL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL, BOGOTÁ, COLOMBIA**

Felipe Díaz Oscar Jair, Beltrán Adriana, González Federico, Parra Carolina, Romero Ma. Consuelo, Valle Rafael. Servicio de Reumatología Clínica, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN. Las espondiloartropatías (EAS) son un grupo de patologías que como grupo alcanzan una prevalencia mayor incluso que la artritis reumatoide. Existen reportes de manejo con medicamentos tipo DMARD en los diferentes subgrupos, pero con excepción de los AINES los únicos medicamentos con una evidencia suficiente en forma actual que permitan su uso extendido para el manejo de los síntomas e incluso a largo plazo para la progresión de la enfermedad son los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa, con mayor experiencia para el uso de infliximab y etanercept, teniendo en consideración que por el costo los pacientes no han recibido los medicamentos en forma continua.

OBJETIVO. Realizar una evaluación de los pacientes que reciban manejo con inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa por medio de los principales instrumentos utilizados en la práctica clínica para el control de los pacientes con EAS en el servicio de reumatología del HMC.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se realizó un estudio descriptivo en donde se incluyeron 14 pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante (EA), espondiloartropatía indiferenciada (EASI), espondiloartropatía asociada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal, y artritis reactiva (ARe), los cuales recibieron manejo con infliximab o etanercept por un periodo por lo menos de 24 semanas. Se evaluaron los pacientes por medio de diferentes cuestionarios utilizados en la práctica clínica en el servicio de reumatología del HMC: BASFI, BASDAI e índice de Dougados, rigidez matinal y escala visual análoga para evaluación del dolor.

RESULTADOS. De los 14 pacientes evaluados, 11 habían sido tratados con infliximab y 3 con etanercept, con un promedio de edad de 39,9 años (rango: 21-69 años), 12 pacientes de sexo masculino y 2 pacientes de sexo femenino, con un uso promedio en la historia del manejo con DMARDs de 1,86 (R: 1-5), encontrándose uso previo de MTX-SSZ en 7 pacientes, SSZ en 4 pacientes y MTX solo o en combinación con LEF o HQX en 3 pacientes. En cuanto al uso de AINES se utilizó un promedio de 3,09 (R:2-5). El BASDAI previo de los pacientes fue de 8,50, con un BASDAI actual de 4,03 ($\pm 2,49$), el BASFI previo de 8,30 ($\pm 1,76$), con un BASFI actual de 3,70 ($\pm 2,46$) y un índice de Dougados actual de 10,28 ($\pm 6,51$), con un índice de Dougados previo de 23,28 ($\pm 6,85$). En cuanto a la EVA de dolor los valores previos y posteriores al inicio de infliximab fueron de 8,88 ($\pm 1,63$) y 3,80 ($\pm 1,75$). La rigidez matinal fue de 93 (± 35) minutos y 36 (± 33) minutos, respectivamente. Los pacientes no recibieron el medicamento en forma continua presentándose suspensiones que variaron de 8 semanas a 10 meses.

DISCUSIÓN. La terapia biológica anti-TNF alfa se plantea como una herramienta de tratamiento altamente efectiva y con resultados favorables en sujetos con diferentes entidades reumáticas. En este trabajo los índices de evaluación de actividad, función y calidad de vida de los pacientes variaron en forma importante, persistiendo los efectos benéficos a pesar de los periodos de suspensión. En 3 pacientes con signos de actividad de la enfermedad, que no recibieron el medicamento (2 infliximab/1 etanercept) por 10 meses (infliximab) y 8 meses (etanercept), al reiniciarlo se logró controlar nuevamente los signos y síntomas.

11

**RESPUESTA A ETANERCEPT EN ESPONDILIOARTROPATIA
SERONEGATIVA EN PACIENTE REFRACTARIO A TRATAMIENTO CON
METROTEXATE**

Grijalba C, Olmos C., Palomo T. FCI.
Universidad del Rosario, Universidad Javeriana, Bogotá.- Carmita Grijalba Wittingham

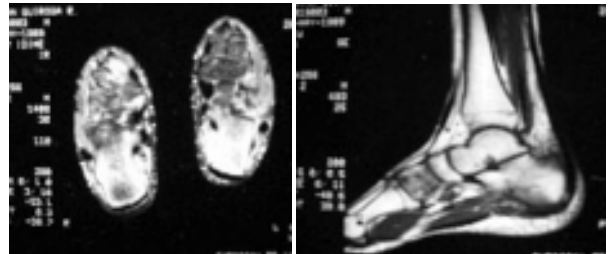
OBJETIVO. Presentar la respuesta a Etanercept en paciente con Espondiloartropatía seronegativa refractario a tratamiento convencional.

INTRODUCCIÓN. Las Espondiloartropatías Juveniles constituyen una entidad rara en niños y especialmente si debutan con tarsitis.

La EAJ se caracteriza por artritis y entesitis afectando principalmente miembros inferiores algunas veces pelvis y columna. Su causa es desconocida aunque puede desencadenarse a partir de una infección digestiva o genitourinaria. Es más frecuente en el sexo masculino, HLAB27(+) entre los 10 y 15 años.

Paciente de sexo masculino, de 14 años que consulta por historia de dos años de evolución, de dolor tarsal, edema de pies, rodillas, y limitación funcional para la marcha. Los paraclínicos iniciales mostraron solo una PCR levemente positiva, FR negativo, ANAS negativo, Ag HLAB27 negativo. Se trató por tres meses con sulfasalacina sin mejoría por lo que se inicia indometacina y MTZ. A pesar del tratamiento con adecuadas dosis de indometacina, MTZ rehabilitación, y negativización de marcadores inflamatorios en sangre persiste limitación para la marcha, después de cinco meses de tratamiento a dosis plenas de MTZ e indometacina, y siendo refractario al tratamiento persistiendo limitación funcional grado IV que repercute sobre su calidad de vida se realizan estudios previos a uso de Etanercept y se inicia tratamiento. A las 3 semanas de iniciar la terapia no se encuentran signos inflamatorios clínicos ni paraclínicos, recupera su actividad física y calidad de vida mejorando en una escala de 9.5 sobre 10. En resumen:

El espectro clínico de las EAJ es muy amplio va desde formas leves hasta crónicas e incapacitantes. Este adolescente requirió tratamiento farmacológico con MTZ a dosis plenas rehabilitación agresiva sin respuesta por lo cual se realizaron estudios previos a uso de etanercept y se decidió inicio de esta terapia mejorando dramáticamente a partir de la tercera dosis y aún 10 meses después se encuentra clínicamente asintomático.



RNM con hallazgos de Fracturas por estrés, o por insuficiencia longitudinal en calcáneos con edema, tendinopatía Aquiles bilateral y bursitis retrocalcánea bilateral y subcutánea externa.

12

**TOLL-LIKE RECEPTOR EXPRESSION AND NOT TLR-4 IS UPREGULATED IN ANTIGEN PRESENTING CELLS FROM
PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS**

Candia Liliana, MD; Márquez J, MD; Hernández C*, BS; Zea A. PhD*, and Espinoza LR, MD.

From the Rheumatology section and the Stanley S. Scott Cancer Center*. Louisiana State University Health Sciences Center New Orleans, LA. USA.

OBJECTIVE. To study the expression and function of TLR-2 and TLR-4 in antigen presenting cells (APCs) from patients with PsA.

BACKGROUND. The relationship with Gram-positive (G+) bacterial infection, especially streptococcus, and the development of psoriasis and PsA supports a pathogenic role for these organisms. Toll-like receptor (TLR)-2 recognizes peptidoglycans and lipoproteins from G+ microorganisms and is expressed on APCs. TLRs could mediate joint destruction by their capacity to induce hypoxia and release of pro-inflammatory cytokines as it has been shown in RA.

PATIENTS AND METHODS. We measured the expression of TLR-2 and TLR-4 in monocytes and monocyte-derived DCs obtained from freshly isolated monocytes, stimulated with GM-CSF and interleukin-4 (IL-4) after 5 days in culture from patients with PsA, RA, and healthy controls (HC). To obtain mature dendritic cells (mDC), LPS stimulation and two additional days in culture were necessary. The expression of TLR-2, TLR-4, HLA-DR and CD86 was studied at baseline, at 5 and at 8 days by flow cytometry analysis. To establish the functional properties of TLR expression, we studied the following cytokine pattern in the supernatant of the cultured cells: TNF- α , IFN- γ , IL-2, IL-4, IL-5, IL-10, IL-12, IL-13, and GM-CSF. TLR-2 expression was confirmed by western blot analysis (WB).

RESULTS. 10 PsA patients with active disease and 8 HC were studied; along with 4 patients with RA. TLR-2 expression was up regulated in immature dendritic (iDC) cells from patients with PsA. Monocyte and mDC did not show statistically significant differences. TLR-4 expression was similar in PsA and controls. The PsA cell culture supernatant expression of cytokines revealed a TH-1 pattern mostly with increased concentration of TNF- α , IFN- γ and IL-2 as compared to control. No difference with RA was found. WB confirms the increased concentration of TLR-2.

CONCLUSION. Up regulation in the expression and function of TLR-2 in iDC of PsA provides support for pathogenic role in this disorder and further strengthens the link between PsA and Gram-positive bacteria.

13

¿PODRÍA LA ALTERACIÓN EN EL PLEGAMIENTO DE LAS PROTEÍNAS EN EL RETÍCULO ENDOPLASMÁTICO (RE) SER CAUSA DE ARTRITIS EN LAS ESPONDILOARTROPATÍAS?

Sittichai Ukritchon¹, Consuelo Romero², Mabel Ávila², John Londoño², Chunhua Yang¹, Rafael Valle², David T.Y. Yu¹

¹ Departamento de Reumatología Universidad de California - Los Ángeles.

² Servicio de Reumatología Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

OBJETIVO E INTRODUCCIÓN. Típicamente las proteínas con plegamientos alterados son degradadas como parte del proceso de control de calidad, pero cuando existe un gran pool de estas, puede generarse enfermedad al acumularse en el RE e inducir una respuesta de stress, o escapar al control de calidad y al tráfico intracelular normal y ubicarse en otros compartimientos. Basados en evidencia en modelos animales y humanos existen alteraciones en el plegamiento de las proteínas (UPR) en el retículo endoplasmático (RE) en líneas monociticas, lo cual se ha considerado en las Espondiloartropatías (EAS) generando particularmente UPR por activación del factor nuclear (NF- κ B). Lo que no ha sido cuestionado hasta el momento es si esta UPR en el RE podría ser causa de generación de mediadores pro-inflamatorios en las EAS por parte de los monocitos.

MÉTODOS. La UPR fue inducida *in vitro* con tapsigargin (generador de stress por liberación de Calcio del RE) sobre células adherentes de sangre periférica de 15 pacientes con Espondilitis Anquilosante (EA), fue comparada con 11 sujetos sanos y las células del líquido sinovial de 6 pacientes con EA. Los sobrenadantes provenientes de cultivos fueron evaluados para citoquinas/quimioquinas por ELISA. El transcrito BIP o GRP 78 (Proteína Chaperona asociada al lumen del RE) fue evaluada por RT-PCR.

RESULTADOS. Utilizando como parámetro la producción de BIP como marcador de la generación de UPR, se manejó una serie de concentraciones de tapsigargin para inducir UPR *in vitro*. Sorpresivamente cuando se cultivaron los monocitos de sangre periférica (CMSP) de sujetos sanos, el tapsigargin no indujo la liberación de cantidades significativas de factor de necrosis tumoral alfa (TNF α). La falta inesperada de efecto proinflamatorio fue verificada cuando los sobrenadantes de los cultivos fueron evaluados para otras 21 citoquinas/quimioquinas. En realidad, el tapsigargin podría paradójicamente disminuir la cantidad de IL-8 liberada. Posteriormente se evaluaron macrófagos de líquido sinovial (CMLS) cultivados sin estímulo de pacientes con EAS comparados con sujetos normales, las CMLS liberaron 1.6 a 2.11 veces más de: TNF α , INF γ , IL1- β , IL-6, IL-8, IL-10 y MIP1 α ($p < 0.025$ a $p < 0.0009$). Sin embargo, la única liberación adicional significativa fue de INF γ . Finalmente se probó el efecto del tapsigargin sobre CMSP de EA, de manera contraria a lo anterior, hubo 1.5 a 7.8 veces más un incremento de TNF α , INF γ , IL1- β , IL-6, y MIP 1 α , $p < 0.04$ a $p < 0.0002$. Dado que la respuesta de CMSP con EA fue claramente diferente de los monocitos normales, se comprobó si vías de activación adicionales como MCSF o PMA podrían necesitarse para que los monocitos de sangre periférica normales llegarán a producir efecto proinflamatorio con UPR. Experimentos preliminares sugieren que únicamente la vía de PKC (Proteína Kinasa C) activada por PMA fue efectiva.

CONCLUSIONES. Los datos sugieren que la UPR en RE puede inducir la liberación de citoquinas proinflamatorias en monocitos dependiendo del estado de diferenciación de las células. Una fuerte respuesta fue observada en CMSP de EA. Finalmente la actividad de la vía de PKC puede jugar un papel modulador en este mecanismo.

14

MEDICIÓN DE CONCENTRACIÓN DE CITOCINAS INFLAMATORIAS EN EL LÍQUIDO SINOVIAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS*

Ávila L. Mabel, Romero M Consuelo, Santos A María, Ávila Jeniffer, Londoño John D, Felipe-Díaz Oscar J, Valle Rafael R, Yu David.

Servicio de Reumatología e Inmunología Clínica. Hospital Militar Central Bogotá, Departamento de Reumatología, Universidad California, Los Ángeles, USA.

OBJETIVO. El propósito del presente estudio fue establecer las concentraciones de las citoquinas proinflamatorias IL-1b, IL6, IL-8, TNF α , IL10, IL12p70 en el líquido sinovial de pacientes activos con enfermedades reumáticas.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se diseñó un estudio observacional de tipo analítico en el periodo comprendido entre marzo de 2003 y agosto de 2005, en el que se estudiaron 48 pacientes con enfermedades reumáticas y 2 individuos sanos entre los 16 y 77 años clasificados así: 19 pacientes con Artritis reumatoide (AR), 18 con espondiloartropatías seronegativa (EAS), 9 pacientes con Osteoartritis (OA). El líquido sinovial se obtuvo mediante punción intra articular y se almacenó a -80°C hasta el momento del estudio. A los líquidos sinoviales se les realizó la cuantificación de citoquinas proinflamatorias IL-1b, IL6, IL-8, TNF α , IL10, IL12p70 mediante Citometría de flujo por la técnica de perlas marcadas y su concentración fue validada por la curva control de estándares de las citoquinas. **RESULTADOS.** Las citoquinas en los individuos sanos presentaron niveles no detectables. Los niveles de citoquinas en EAS demostraron predominio de IL 6, IL 8, IL 12; en AR se encontró niveles de IL 6, IL 8 en menor concentración y en osteoartritis estas mismas citoquinas en niveles aún inferiores. Ver tabla 1.

	EAS		AR		OA	
	X	RANGO	X	RANGO	X	RANGO
IL - 1 β	9,02	0 - 78,8	91,4	0 - 491,1	0	0
IL - 6	38780,15	2,5 - 390800	12894,9	3,2 - 69815	550	53,8 - 1396,3
IL - 8	306,14	8,3 - 2502,60	1538,9	6,3 - 5000	163,1	6,3 - 850,6
IL - 10	19,55	0 - 147,30	20,8	0 - 220,0	0	0
IL - 12	129,28	0 - 1277,2	27,8	0 - 178,3	0	0
TNF α	6,28	0 - 58	6,6	0 - 29,5	7,9	0 - 42,2

DISCUSIÓN. La tendencia en los pacientes de EAS mostró un predominio de IL 6, IL 8 presentando las mayores concentraciones obtenidas. En AR se observó un perfil más heterogéneo de IL6, IL8, además de IL1 B, en OA se observaron IL 6 e IL8 pero en niveles menores.

Estas determinaciones simultáneas proporcionan resultados que no permiten definir una entidad en particular, sin embargo nos indican una tendencia diferente en cada una.

15

DEPRESIÓN EN LAS ESPONDILOARTROPATÍAS

Maciél G, Dolinsky D, Varela M, del Grupo Uruguayo de Espondiloartropatías (GUES)*

OBJETIVO. Evaluar la depresión en pacientes con espondiloartropatías (EA) y su relación con el tiempo de evolución de la enfermedad, edad, sexo, repercusión funcional y actividad.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se aplicó cuestionario de Beck a 27 pacientes con diagnóstico de EA. Se cuantificó simultáneamente dolor según EAV, BASFI, BASDAI, BAS-G y actividad global según el paciente. Se buscó asociación entre variables y coeficiente de correlación.

RESULTADOS. Completaron el Beck 7 mujeres y 20 hombres, con una edad media de 38,8 años. Ocho pacientes (30%) presentaban puntaje de depresión: leve 6, moderada 1 y severa 1. En cuanto a la asociación de variables se encontró que el Beck se asociaba con el dolor, BASFI, BASDAI, BAS-G y actividad según el paciente. Se encontró que estas variables tenían una fuerte asociación entre sí, por lo cual se buscó específicamente el coeficiente de correlación entre el Beck y el BASFI. El mismo fue de 1,7 (p mayor 0,001).

CONCLUSIONES. Encontramos un importante porcentaje de pacientes con depresión, superior a la prevalencia de esta afección en la población general. La magnitud de la misma se correlaciona con otros indicadores de severidad de la enfermedad, como es el BASFI. Se trata este de un estudio preliminar, con un número de pacientes reducido, pero que establece bases firmes para continuar el mismo, buscando definir la prevalencia de la depresión en la población de pacientes con EA y las variables a las que se asocia, algunas de ellas eventualmente modificables.

*Miembros activos del GUES en orden alfabético: Aulet S, Corbacho I, De Camilli B, De Feo G, De Pizzol G, Gómez E, Dolinsky D, Maciél Gabriel, Musto T, Ordaz M, Palleiro D, Piaggio A, Ramagli A, Varela M.

16

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE 80 PACIENTES CHILENOS CON ARTRITIS PSORIÁTICA

Silva F, Gutiérrez F, Rubio R, Salinas J, Radrigán F, Gutiérrez M.

Hospital Dr. Sótero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN. No existe en nuestro país una descripción de pacientes con artritis psoriática (AP). El objetivo fue evaluar retrospectivamente las características clínicas de un grupo de pacientes con AP de 2 centros de Santiago de Chile.

MÉTODO. Se revisó la ficha clínica de 80 pacientes durante el año 1998. Se utilizó un protocolo que incluía aspectos demográficos, tipo de psoriasis, tipo de compromiso articular, edad de inicio de la AP, compromiso extra-articular, laboratorio, capacidad funcional y tratamiento.

RESULTADOS. El grupo tuvo en promedio 46 \pm 15 años de edad y 53% era sexo masculino. El inicio del compromiso cutáneo antecedió a la artritis en promedio de 7,5 \pm 9 años. En 62,5% de los pacientes el compromiso cutáneo antecedió a la artritis, en 21,3% el inicio fue concomitante y sólo en 3,8% la artritis precedió al compromiso cutáneo. El 31% tuvo antecedente familiar de psoriasis. El patrón de artritis periférica fue oligoartricular en 64%, poliarticular en 31% y monoarticular en 3,8% de los pacientes. El 32% de los pacientes tuvo compromiso axial clínico, con 22% sacroiliitis, 12% compromiso cervical, 3,8% dorsal y 7,5% lumbar. La artritis periférica fue simétrica en 36(45%), asimétrica en 26 (32%) y no especificado en 22%. El factor reumatoideo fue positivo en 4/57 (14%) y los anticuerpos antinucleares en 3/33 (9%). No hubo pacientes que cumplieran criterios de AR. La capacidad funcional según Steinbrocker fue I en 44%, II en 34%, III en 14% y IV en 4%. Los tratamientos más frecuentes fueron: AINEs (89%), Metotrexato (55%) y prednisona (24%).

CONCLUSIONES. En el grupo analizado destaca la proporción elevada de casos con compromiso poliarticular y la presencia de un subgrupo de pacientes con positividad de FR. La AP conlleva limitación funcional moderada o severa en un 18% de los casos.

**COMPARACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES DE CITOCINAS
INFLAMATORIAS ENTRE LÍQUIDO SINOVIAL Y SUERO DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS SERONEGATIVAS**

Ávila L Mabel, Romero M Consuelo, Santos A María, Ávila Jeniffer, Londoño John D, Felipe-Díaz Óscar J, Valle Rafael R, Yu David.
Servicio de Reumatología e Inmunología Clínica. Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia, Departamento de Reumatología, Universidad California, Los Angeles, USA.

INTRODUCCIÓN. La secreción adecuada del perfil de citocinas es crucial en una respuesta adecuada localmente. Es difícil analizar el perfil de citocinas de una manera exacta ya que hay fluctuación de los nivel séricos, pues ellas tienen una vida media corta y varían en las diferentes localizaciones por ejemplo el nivel de citoquinas en el líquido sinovial, puede no ser reflejado en los niveles séricos.

OBJETIVO. Comparar las concentraciones de citocinas proinflamatorias IL-1 β , IL6, IL-8, TNF α , IL10, IL12p70 entre el líquido sinovial y el suero de pacientes con EAS.
MATERIAL Y MÉTODOS. Se diseñó un estudio observacional de tipo analítico en el periodo comprendido entre octubre del 2004 y agosto de 2005, en el que se estudiaron. El líquido sinovial se obtuvo mediante punción intra-articular y la sangre mediante punción venosa, la cual fue centrifugada y obtenido el suero, tanto líquido como suero se almacenaron a -80 C hasta el momento del estudio. A ambas muestras se les realizó la cuantificación de citocinas pro inflamatorias IL-1 β , IL6, IL-8, TNF α , IL10, IL12p70 mediante Citometría de flujo por la técnica de perlas marcadas y su concentración fue validada por la curva control de estándares de las citocinas.

RESULTADOS

	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Valor de P
Suero	10	21,94	18,56	,00	58,00	,526
IL12 líquido sinovial	10	34,19	56,91	,00	183,00	
Total	20	28,06	41,67	,00	183,00	
Suero	10	8,49	9,21	,00	23,70	,517
TNF- α líquido sinovial	10	6,24	5,56	,00	13,20	
Total	20	7,36	7,50	,00	23,70	
Suero	10	14,14	20,14	,00	62,70	,629
IL10 líquido sinovial	10	10,54	11,42	,00	27,60	
Total	20	12,34	16,05	,00	62,70	
Suero	10	36,27	30,24	6,80	110,70	,043
IL6 líquido sinovial	10	69855,81	101546,19	137,70	257248,2	
Total	20	34946,04	78532,09	6,80	257248,2	
Suero	10	130,85	131,55	,00	311,50	,269
IL β 1 líquido sinovial	10	77,94	64,69	,00	159,10	
Total	20	104,39	104,48	,00	311,50	
Suero	10	213,76	613,33	,00	1958,20	,673
IL8 Líquido sinovial	10	127,49	170,27	,00	574,90	
Total	20	170,63	440,32	,00	1958,20	

	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Espondilitis Anquilosante	4	21,50	7,59	12,90	31,30
IL12 Indiferenciadas	6	24,30	21,01	,00	58,00
Artritis reactiva	6	18,00	30,55	,00	78,80
Psoriasis	4	55,37	85,84	,00	183,00
Total	20	28,06	41,68	,00	183,00
Espondilitis Anquilosante	4	10,27	5,47	3,20	15,70
TNF- α Indiferenciadas	6	8,43	7,86	,00	20,90
Artritis reactiva	6	3,73	5,84	,00	12,50
Psoriasis	4	8,30	11,20	,00	23,70
Total	20	7,37	7,50	,00	23,70
Espondilitis Anquilosante	4	15,48	11,75	,00	26,60
IL10 Indiferenciadas	6	10,52	11,91	,00	29,30
Artritis reactiva	6	9,85	11,66	,00	27,60
Psoriasis	4	15,68	31,35	,00	62,70
Total	20	12,34	16,047	,00	62,70
Espondilitis Anquilosante	4	47011,59	92719,45	23,40	186084,5
IL6 Indiferenciadas	6	43869,83	104557,95	26,10	257248,2
Artritis reactiva	6	40289,43	78737,18	6,80	198180,7
Psoriasis	4	1479,70	2370,90	28,00	5000,00
Total	20	34946,04	78532,09	6,80	257248,2
Espondilitis Anquilosante	4	177,80	81,97	101,20	294,00
IL? 1 Indiferenciadas	6	124,48	103,42	,00	270,50
Artritis reactiva	6	40,30	62,76	,00	153,50
Psoriasis	4	97,0000	147,48	,00	311,50
Total	20	104,39	104,48	,00	311,50
Espondilitis Anquilosante	4	23,28	19,19	7,90	48,80
IL8 Indiferenciadas	6	123,05	223,04	10,90	574,90
Artritis reactiva	6	64,05	79,73	,00	182,70
Psoriasis	4	549,20	941,66	,00	1958,20
Total	20	170,63	440,32	,00	1958,20

DISCUSIÓN. Se observaron niveles aumentados de IL 6 en el líquido sinovial, los cuales no fueron reflejados en los niveles de suero. Este dato sugiere una reacción manejada localmente en la articulación.

**EVALUACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LESIONES BLÁSTICAS EN
PACIENTE CON DOLOR DE ESPALDA**

A. M Domínguez, Calvo.

Hospital Universitario Clínica San Rafael. Bogotá. Colombia.

INTRODUCCIÓN. El dolor lumbar inflamatorio es el síntoma principal en espondilitis anquilosante (EA). La radiografía (Rx) de columna y pelvis son el estándar de evaluación y revelan cambios crónicos. La resonancia magnética nuclear (RMN) es útil en la detección de lesiones agudas. La terapia anti-TNF α ha mostrado ser eficaz en los pacientes con EA activa.

OBJETIVO. Resaltar la importancia de la interpretación de imágenes radiológicas, en espondilitis anquilosante.

CASO. Mujer de 31 años con 6 años de dolor lumbar mecánico posterior a accidente de tránsito, asociado a dolor glúteo alternante, entesopatía en hombros y dorso-lumbar; se maneja con aines y terapia física, con mejoría. Posteriormente el dolor se hace inflamatorio y se encuentra entesopatía de región cervical, shober 1 cm, atrofia del cuádriceps derecho y efusión en rodilla derecha. La Rx reporta lesiones blásticas en columna dorsal, compromiso del disco intervertebral L4-L5 y sacroileitis bilateral. Biopsia ósea informa histología normal. HLA B27 (-), RA test (-). Se inicia tratamiento con sulfasalazina que no tolera, metotrexate que fue ineficaz y aines. Por persistencia de compromiso axial, BASFI 7.5, BASDAI 8, BASGI 9.5 y EVA 10 se administra etanercept, con disminución en lesiones inflamatorias de columna lumbar documentado por RMN.

CONCLUSIONES. La interpretación de las Rx en pacientes con EA debe realizarse a la luz del contexto clínico. La terapia biológica mejora los signos y síntomas de la EA, y disminuye la inflamación espinal. La RMN es una herramienta útil en la evaluación y seguimiento de lesiones inflamatorias agudas.