

RESÚMENES REUMATOLOGÍA ADULTOS

Lupus Eritematoso Sistémico

REPORTE DE 10 CASOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADO A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

F Vargas, C Ortiz, JP Restrepo, L Pinto, O Uribe, LA Ramírez, G Vásquez

Sección Reumatología Hospital U. San Vicente de Paúl. Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inmune que afecta al 0,1% de la población mundial alterando cualquier territorio de la anatomía corporal. La hipertensión pulmonar [HTP, presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) mayor de 25 mmHg en un ecocardiograma transtorácico] ha sido reportada en el 4-14% de los pacientes con LES, con una mortalidad global entre 25 y 50% a los dos años del diagnóstico de HTP.

Se describe una serie de diez pacientes de sexo femenino con diagnóstico de LES según los criterios del American College of Rheumatology (ACR) que presentaban HTP.

El patrón de ANAS más frecuentemente encontrado fue el homogéneo, con un anti-DNA positivo en el 78% de los casos. La enfermedad renal se encontró en un 55% de los pacientes, como la frecuencia reportada nefritis en LES, aunque la afección renal no fue grave y no requirió tratamiento dialítico. A ningún paciente se le encontró tromboembolismo pulmonar u otra patología pulmonar que explicara la HTP a excepción de una paciente que presentó fibrosis pulmonar bibasal en la tomografía de alta resolución. En el subgrupo de los pacientes con HTP mayor de 40 mmHg se encontró títulos 1:2560 de ANAS.

SCAVENGER RECEPTOR EXPRESSION IN PBMC OF SLE PATIENTS AND LDL-OX CLEARANCE

L Yassin¹, Y López¹, C Ortiz¹, LA Ramírez², O Uribe², M Rojas¹, J Sanctis³, LF García¹, G Vásquez^{1,2}

- 1 GIGIC.
- 2 Sección de Reumatología, Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín.
- 3 Universidad Central de Venezuela. Caracas. Colciencias 1115-04-16348.

Scavenger receptors were originally defined by their ability to bind and internalize modified lipoproteins. CD36 and SR-A, play critical roles in LDL-Ox clearance.

Thirty-seven SLE patients, 18 atherosclerotic patients without autoimmune disease, and 29 healthy controls were evaluated for the expression of Scavenger receptors (SRs), lipid profile and carotid duplex and binding-phagocytosis of OxLDL-DiL.

We observed increased number of CD14+CD36+ cells and CD36 MFI in atherosclerotic patients compared with healthy controls and SLE patients ($p < 0.05$), but no differences were observed between SLE patients and healthy controls. The relation carotid intima / media (RIMC) as expected was increased in atherosclerotic patients, but no differences were observed between SLE patients and healthy controls. HDLs were significantly decreased in SLE patients compared with the other groups evaluated but no differences were observed in levels of total cholesterol, LDL and triglycerides between the groups. We did not observe differences in binding/phagocytosis of OxLDL-DiL between the groups.

RESPUESTA A RITUXIMAB EN UN GRUPO DE PACIENTES CON LUPUS Y NEFRITIS LÚPICA GRAVE Y RESISTENTE A INMUNOSUPRESORES

LF Pinto, C Monsalve, L Candia, R Eraso, J Márquez Hospital Pablo Tobón Uribe, UPB, Medellín, Colombia.

OBJETIVOS: evaluar la respuesta a Rituximab (RTX) en un grupo de pacientes con LES (Lupus eritematoso sistémico) grave y nefritis lúpica (NL) resistentes a los tratamientos estándar.

MÉTODOS: se incluyeron los pacientes consecutivos con LES activo (4 criterios ACR y sledai > 8), resistentes al tratamiento (No remisión

de la nefritis por criterios ACR ni lograr disminución > 5 en sledai) y grave (sledai > 18 y/o riesgo de daño orgánico).

RESULTADOS: N: 11, edad al aplicar RTX 26 años (15-49), evolución del LES 5,48 años (0,3-13). Indicaciones de RTX: NL en el 90% y hemorragia alveolar, mononeuritis múltiple, neuropatía craneal y mielopatía en un caso de cada una. El sledai mejoró significativamente: de 25,9 (16 a 44) bajó a 5,4 (de 0 a 12). En todos hubo una disminución > 5 puntos y en 6/11 llegó a < 8 puntos (actividad leve); la creatinina bajó de 1,93 (0,4-3,7) a 1,12 (0,7-1,9) y la proteinuria de 3250 (747-5430) a 1522 (50-4850) miligramos/día. La depuración de creatinina subió de 56,94 (14-104) a 80,84 (48,56-136) ml/minuto; 70% tuvieron remisión de NL (40% parcial y 30% completa). Todos los pacientes normalizaron el C3 y el C4 y 9/11 negativizaron el antiDNA.

CONCLUSIONES: RTX efectivo en LES grave y NL resistentes a los tratamientos estándar y debería utilizarse más tempranamente en LES grave.

CAUSAS DE ADMISIÓN Y DESENLACE DE LOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO QUE REQUIEREN MANEJO EN CUIDADO INTENSIVO

F Ramírez¹, M Díaz¹, J Roa², M Chalem¹, AC Montenegro¹

- 1 Reumatología.
- 2 Unidad de Cuidado Intensivo. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN: el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que afecta múltiples órganos causando importante morbilidad y mortalidad. Algunos pacientes con LES requieren manejo en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) dadas las complicaciones renales, cardíacas, pulmonares, del sistema nervioso central o sepsis que presentan. Los factores que determinan el pronóstico en estos pacientes y su desenlace no han sido aún plenamente establecidos.

OBJETIVOS: describir las causas de ingreso, curso y desenlace de pacientes con LES admitidos en la UCI de un centro médico universitario de referencia y correlacionar la tasa de mortalidad con los índices de severidad y de actividad, APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) y SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index).

MÉTODOS: se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes ingresados a la UCI con diagnóstico de LES, de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología, en el período comprendido entre julio de 2003 y noviembre de 2006. Se reportaron 15 pacientes (11 mujeres/4 hombres), los cuales ingresaron a la UCI en 19 ocasiones. Los datos fueron analizados en promedios, desviaciones estándar y porcentajes. El análisis estadístico entre los promedios y las proporciones se establecieron realizando la prueba exacta de Fisher y la t de Student. Se estableció una $p < 0,5$ como indicativo de significancia estadística.

RESULTADOS: quince pacientes generaron 19 ingresos a la UCI. La edad promedio fue de 49,1 años $\pm 16,80$, con una estancia promedio en la UCI de 6 días $\pm 13,60$. Las causas de ingreso más frecuentes fueron: infecciones en 10/19 (52,63 %) y reactivación de la enfermedad en 3/19 (15,79%). Se presentaron en 7/19 (36,84%) falla respiratoria que requirieron ventilación mecánica y en 5/19 (26, 32%) falla renal manejada con diálisis. Trece casos (68,42%) fueron tratados con esteroides, 2 con ciclofosfamida (10,52%), 4 con azatioprina (21,05%), 1 con rituximab (5,26%), 1 con ciclosporina (5, 26%) y 1 con micofenolato mofetil (5,26%). La tasa de mortalidad durante la estancia en UCI fue de 36,84% (7/19 casos). El grupo de no sobrevivientes presentó un mayor puntaje de severidad (APACHE II) que el grupo de sobrevivientes ($16,28 \pm 6,32$ vs. $10,91 \pm 3,80$) ($p < 0,03$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de sobrevivientes y no sobrevivientes según puntaje del SLEDAI ($15,86 \pm 14,8$ vs. $13,08 \pm 8,22$) ($P < 0,60$).

CONCLUSIÓN: las causas más importantes de admisión a la UCI fueron las infecciones, seguidas de la exacerbación de la enfermedad. En este estudio el APACHE II fue predictor de mortalidad para pacientes con LES admitidos a la UCI. Las conclusiones deben ser confirmadas en estudios futuros que están en curso.

ENDOCARDITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO SENSIBLE EN UN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE NOVO. Reporte de Caso
I Rendón, G Prada, M Díaz, J Roa, A Rivera, M Chalem, SJ Jiménez, E Carrizosa, F Núñez*

* Secciones de Infectología, Reumatología, Nefrología, Cirugía Cardiovascular, Unidad de Cuidado Intensivo Médico. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá.

Hombre de 32 años que consulta a Urgencias por dolor pleurítico izquierdo, tos con expectoración purulenta, y fiebre de dos días de evolución. Desde hace dos meses alopecia, artralgias, amaurosis fugaz y pérdida de peso (13 Kg). Al examen físico de ingreso: TA: 90/65, FC: 120 x minuto, FR: 32 x minuto, temperatura: 39° C, saturación (FIO2 del 21%): 80%, disminución del murmullo vesicular y estertores en los dos tercios inferiores de hemitórax izquierdo. Impresión diagnóstica: 1. Neumonía adquirida en la comunidad. 2. Descartar enfermedad difusa del tejido conectivo. 3. Síndrome vasculítico. Laboratorios de ingreso: leucocitos: 8.410, neutrófilos: 91%, linfocitos: 4,9%, bandas: 10% hemoglobina: 10,9 g/dl, hematocrito: 30%, plaquetas: 236.000, TP 12,8/10, TPT 76/ 26, creatinina: 3,1, BUN 65. Uroanálisis: albúmina 300mgs/dl, eritrocitos: 45 por campo. Rayos de tórax: infiltrados de ocupación alveolar con derrame pleural izquierdo. TAC de tórax: broncograma aéreo, derrame pleural bilateral. Se practica toracentesis- toracostomía izquierda se obtiene líquido purulento, cultivos de líquido pleural: *Streptococcus Pneumoniae* sensible a penicilina cristalina, se inicia a dosis 4.000.000 U IVC/4 horas.

El paciente en falla respiratoria requiere ventilación mecánica; laboratorios evidencian: ANA1/5120 patrón moteado y periférico, anti-DNA: 1231 U (<200 unidades/ml) C3: 25,9 C4: < 2,9; se inicia terapia de pulso con metilprednisolona 1 gr día (durante tres días) y ciclofosfamida 500 mgr IV (Protocolo Eurolupus). Demás estudios muestran: anticoagulante lúpico positivo y anticardiolipina IgG:25U(<20U). Biopsia renal: nefritis lúpica proliferativa difusa clase IV (cronicidad de 2/12). Broncoscopia: secreción purulenta en árbol bronquial.

Diagnóstico: sepsis de origen pulmonar, neumonía adquirida en la comunidad asociada a empiema por *Streptococcus Pneumoniae* y LES de novo activo. Al sexto día del ingreso, presenta taponamiento cardiaco. Ecocardiograma transtorácico: derrame pericárdico de 1680 cc. Cirugía cardiovascular realiza ventana pericárdica drenando de líquido purulento aislándose *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*, sensible a oxacilina al igual que en hemocultivos. Se inicia oxacilina 2 gramos IV cada cuatro horas y gentamicina 180 miligramos IV día, metilprednisolona 40 miligramos diarios, se retrasa la administración de la segunda dosis de ciclofosfamida. Al quinto día del drenaje pericárdico presenta edema pulmonar. Ecocardiograma transesofágico demuestra en válvula mitral vegetaciones, con perforación de la valva anterior e insuficiencia mitral, manejo médico con inotrópicos y diuréticos; después de cuatro semanas de oxacilina se realiza reemplazo de válvula mitral protésica mecánica *Saint Jude*, sin complicaciones. Informe de anatomía patológica: endocarditis aguda en válvula previamente lesionada (llama la atención la fibrosis focal de la válvula). Se continúa oxacilina hasta completar seis semanas y manejo con glucocorticoides e inmunosupresores.

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO TEMPRANO Y CORRELACIÓN CON ACTIVIDAD SISTÉMICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL, DESDE FEBRERO 1 DE 2006 HASTA DICIEMBRE 31 DE 2006

CJ Velásquez, A Anaya, M Velásquez, L Rodríguez, G Vásquez, JC Wolff, LA Ramírez

Secciones de Reumatología y Dermatología, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

OBJETIVOS: describir la actividad clínica, inmunológica, hematológica y serológica en un grupo de pacientes con LES temprano y determinar la asociación con las manifestaciones cutáneas específicas e inespecíficas.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio de corte transversal. Criterios de inclusión: pacientes con LES temprano (evolución de la enfermedad menor a un año); presencia de manifestaciones cutáneas específicas e inespecíficas según la clasificación de Gilliam.

RESULTADOS: se evaluaron 34 pacientes. Se encontró una asociación significativa entre alopecia e hipocomplementemia C3 ($p = 0,021$), hipocomplementemia C4 ($p < 0,001$) y anti-Sm ($p = 0,011$); entre eritema malar y la presencia de anti-Ro ($p = 0,037$) y anti-La ($p = 0,037$); entre fotosensibilidad y anti-RNP ($p = 0,037$).

CONCLUSIONES: se enfatiza en la importancia de las manifestaciones inespecíficas de LES (alopecia y fotosensibilidad) en la actividad sistémica en los pacientes con LES temprano.

COMPORTAMIENTO DE LA NEFROPATÍA LÚPICA (NF), 2000 A 2007. CLÍNICA DE LA COSTA. BARRANQUILLA, ATLÁNTICO

NE Beltrán L, N Pertuz Ch, G Aroca Martínez, A Cadena, E Forero

Estudio descriptivo. 73 pacientes con NL, 78,1% mujeres, edades entre 20 y 44 años, raza mestiza 94,5%, antecedente familiar de LES 94,4%. Tiempo de evolución del LES: 45,1% (1-3 años), 46,5% (4-6 años). Estadio II (6,9%), estadio III (6,9%), estadio IV (30,6%), estadio V (45,8%), estadio VI (1,4%). Biopsia Renal: depósitos subendoteliales 50%, fibrosis intersticial 33,3%, atrofia tubular 9,7% y necrosis fibrinoide 4,2%. Depósitos de IgG 97,2%, IgM 37,5%, C3 25%. Ubicación: mesangial 56,9%, membrana basal 43,1%. Índice de actividad (IA) < 6 (90,4%), índice de cronicidad (IC) de 1-2, 33,3%. Anemia 92,6%, leucocitos normales 69,7%, trombocitopenia 3,6%, creatinina normal 65,7%. El 95,9% sedimento activo: cilindros granulares 37% e hialinos granulados 35%. El 100% proteinuria, 43,1% rango nefrótico. Síntomas: edemas 97,3%, palidez 87,7% y oliguria 95,9%. Complicaciones: IRC moderada 54,8%. Asociación: proteinuria > 500mg/dl y depuración de creatinina anormal ($p = 0,99$), HTA y desarrollo de falla renal ($p = 0,0126$). Factores de riesgo para IRC significativo: HTA, presencia de fibrosis intersticial. NS: sexo masculino, hematocrito < 26%, IC > 3, IA > 7. Los tratados con micofenolato 17,8%, fallecieron 3/13, bajó la proteinuria a 5, desarrollaron infección 3, pasaron a Rituzimab 3 (vasculitis SNC, no mejoría de proteinuria, agudización del LES), a IRC 4 ameritando diálisis.

CONCLUSIÓN: la NF continúa siendo un desafío de la medicina ameritando diagnóstico precoz, seguimiento exhaustivo y tratamiento oportuno.

NOVEL COMBINED RESPONSE ENDPOINT SHOWS THAT BELIMUMAB (FULLY HUMAN MONOCLONAL ANTIBODY TO B-LYMPHOCYTE STIMULATOR [BLYS]) IMPROVES OR STABILIZES SLE DISEASE ACTIVITY IN A PHASE 2 TRIAL

M Petri, W Freimuth and LBSL02 Study Group
 The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland USA.

OBJECTIVES/JUSTIFICATION: the heterogeneity of SLE disease manifestations adds to the difficulty of a single index to adequately assess therapeutic responses to drug intervention in SLE trials. To assess SLE-specific disease activity indices to support development of a novel combined responder index and to correlate response with changes in health related quality of life (HRQOL) and biomarkers.

METHODS: 449 SLE subjects with screening SELENA SLEDAI (SS) scores >4 enrolled in a 52-week (wk) randomized, double-blind, placebo-controlled trial comparing belimumab [BmAb] (1, 4, 10 mg/kg) or placebo added to SLE standard therapy. Subjects with baseline serologic activity (ANA \geq 1:80 or anti-dsDNA Ab > 30 IU; 71.5% of the original cohort) were evaluated for SS, physician's global assessment (PGA, 0-3 units), BILAG, SF-36 and biomarkers.

RESULTS: BmAb was well tolerated. At baseline, mean SS score = 9.6; 68% of subjects had at least 1 BILAG A or 2B organ system score(s). BmAb-treated subjects had a 29% reduction in SS score ($p = 0,044$ vs placebo) at Wk 52 and 38% at Wk 76. Improvements in PGA and SF-36 physical component score (PCS) were observed with BmAb treatment ($p = 0,001$ and $p < 0,02$, respectively). At Wk 52, BmAb-treated subjects

had 3 BILAG organ systems with fewer shifts to worse scores (Muskel $p < 0.008$; Neuro $p < 0.038$, CV-Resp $p = 0.060$) and fewer new BILAG 1A or 2B flares ($p < 0.015$). A combined response definition: improvement in SS score (>4) with no new BILAG 1A or 2B flares and no PGA worsening (<0.3 pt increase) was seen in serologically active subjects at Wk 52 (46% BmAb vs. 29% placebo, $p = 0.006$) and improved to 56% responders for the BmAb-treated population at Wk 76. Responders had a great reduction in activated B-cells (36% vs 20%) and anti-dsDNA (53% vs 38%) than non-responders ($p < 0.05$ for each). Responders had greater improvement in SF-36 PCS (increase = 4.1) at Wk 52 than non-responders (increase = 1.0 $p < 0.001$).

CONCLUSION: BmAb treatment results in sustained improvement of SLE disease activity, PGA, SF-36 PCS and biomarkers and few BILAG flares. Combining multiple disease activity measures into a novel combined response endpoint improved assessment of disease activity in subjects with variable disease courses and was predictive of biomarker and HRQOL improvement in responders.

PROCALCITONIN (PCT) IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF FEVER IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

P Saavedra, L González, O Uribe, G Vásquez, L Ramírez
Hospital San Vicente de Paúl. U. de Antioquia.
Medellín, Colombia.

BACKGROUND: infections account for high morbidity and mortality in SLE (Systemic Lupus Erythematosus). Fever is a cardinal manifestation of infection as well as SLE activity. Distinguish between them is difficult because infections can mimic active SLE.

OBJECTIVE: evaluate the usefulness of PCT in the differential diagnosis of fever in SLE patients: disease activity versus infection.

METHODS: 26 patients with SLE (4 ACR criteria) with fever who were admitted to our service between August 2004 and December 2005. Fever was defined as an axillary temperature = 38.5 ° C. Twenty-one patients with inactive SLE were enrolled as controls. At the detection of fever, blood was withdrawn for PCT determination as well as for cultures, complete blood count, Westergren erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP), serum ferritin, complements (C3,C4), anti-dsDNA, serum protein electrophoresis (SPE), serum creatinine, urine analysis and culture, chest X-ray examination and other necessary cultures were performed. Serum PCT was measured by an immunoluminometric assay (LUMitest, Brahms Diagnostika, Berlín). The cutoff value for the diagnosis of infection was 0.5 ng/mL. SLE activity was measured by SLEDAI score. The patients were divided into 3 groups: 1) SLE, fever and infection; 2) SLE, fever, disease activity without evidence of infection and 3) the control group (SLE, no fever, no activity and no infection). **RESULTS:** in brief, 87.2% of the patients were woman with a median age of 32.1 SD (13.3) years, with a disease duration of 56.5 SD (68.5) months. TEN lupus patients were shown to have bacterial infection and 16 patients had lupus flare. Procalcitonin levels in the three different groups: Flare: 0.27 IQR (0.24-0.36) ng/ml; Infection: 1.49 IQR (0.47-8.47) ng/ml; Control group: 0.20 IQR (0.17-0.25) ng/ml. We were able to find a statistical significant difference between the groups with a $p = 0.002$ (flare vs. infection), $p < 0.0001$ (infection vs. control group) and $p = 0.001$ (flare vs. control group). Kruskal-Wallis.

CONCLUSION: PCT determination can be a useful and valuable tool in the assessment and differential diagnosis of fever in SLE patients allowing clarifying its etiology in a great number of cases.

CARACTERIZACIÓN Y UTILIDAD DE CONGLOMERADOS DE AUTOANTICUERPOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A Rojas-Villarraga, DM Rendón, ME Hincapié,
RD Mantilla, C Cañas,

LA González, FJ Díaz, R Pineda-Tamayo, JM Anaya

Corporación para Investigaciones Biológicas, Escuela de Estadística Universidad Nacional, Universidad del Rosario, Clínica Universitaria Bolivariana (Medellín); Clínica CAYRE (Bogotá); Fundación Valle de Lili (Cali). Colombia.

OBJETIVOS: examinar los conglomerados de autoanticuerpos en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y su relación con las características clínicas de la enfermedad.

METODOLOGÍA: estudio observacional, transversal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES (n=104) de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología. Se practicó determinación de la presencia de anticuerpos anti-dsDNA, anti-Ro, anti-La, anti-Sm, anti-RNP y anticardiolipinas (ACA), IgG e IgM, mediante ELISA. Análisis de conglomerados utilizando variables binarias. Cálculo de una matriz de distancias mediante el coeficiente de pareamiento simple transformado a una distancia euclidiana cuadrada, para obtener un agrupamiento jerárquico mediante el método de la mediana. Evaluación de la capacidad de esta clasificación para predecir características clínicas mediante regresión logística condicional (controlando según género, duración enfermedad, edad y lugar).

RESULTADOS: los pacientes se clasificaron en tres grupos según el conglomerado. C1: anti-dsDNA (n=54), C2: anti-Ro, anti-La, anti-Sm y anti-RNP (n=23); y C3: ACA IgG e IgM (n=27). Al comparar con C1, los pacientes en C2 presentaron un riesgo significativamente mayor de trombosis (OR: 5.4, IC 95%=1,04-28,32) e hipertensión arterial (OR: 12.4, IC 95%: 1,3-116,8); mientras que aquellos de C3 presentaron mayor riesgo de cefalea lúpica (OR: 4.6, IC 95%: 1,17-18,25) y trombocitopenia (OR: 11, IC 95%: 1,13-107). La frecuencia del fenómeno de Raynaud fue mayor en C2 que en C1 y C3. Las frecuencias de cefalea, trombosis y HTA fueron mayores en C2 que en C1, mientras que el eritema malar fue mayor en C2 que en C3. La frecuencia de linfopenia fue mayor en C3 que en C2.

CONCLUSIONES: el uso de conglomerados de autoanticuerpos es una herramienta útil para identificar subgrupos de individuos y establecer perfiles clínicos en pacientes con LES.

RELACIÓN ENTRE CAQUEXIA Y LUPUS, INFORME DE TRES CASOS

CE Toro, YS Valero, PX Coral, F Rondón, JF Restrepo, A Iglesias-Gamarra
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

OBJETIVO: describir la relación entre el lupus eritematoso sistémico (LES) y la caquexia como manifestación inicial.

MATERIALES Y MÉTODOS: informe de tres casos de caquexia como manifestación de LES y revisión de la literatura.

RESULTADOS: se informan tres pacientes con LES que presentaron como manifestación inicial pérdida de peso mayor al 25% del basal, asociado a anemia, artritis, serositis, hipoalbuminemia, hipergamaglobulinemia, elevación de reactantes de fase aguda y alteraciones inmunológicas propias de la enfermedad.

En todos los casos se presentó un considerable retraso para el diagnóstico, puesto que no se contempló la posibilidad del LES inicialmente. Previamente se excluyó malignidad e infección (tuberculosis y HIV). En el tratamiento de estos pacientes se emplearon corticoides a dosis altas y en otro, corticoide asociado a rituximab. La respuesta clínica y paraclínica fue excelente y sostenida, especialmente en el caso del paciente que recibió rituximab.

CONCLUSIONES: este es el primer informe en el que se plantea la caquexia como manifestación inicial del LES. Aunque se presentó un retraso considerable en el diagnóstico apropiado, en todos los casos se encontró una excelente respuesta con el tratamiento inmunosupresor.

Espondiloartropatías

EVALUACIÓN TRANSVERSAL DE UN GRUPO DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS EN BOGOTÁ, COLOMBIA

R Valle¹, DA Jaimes¹, P Santos¹, A Beltrán¹, AA González¹, CM Mora¹, M Avila¹, AM Santos², Romero C¹, JD Londoño²

- 1 Servicio de Reumatología e Inmunología Clínica, Hospital Militar Central Bogotá, Colombia.
- 2 Clínica Universitaria Teletón, Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.

OBJETIVO: describir las características clínicas principales de pacientes con Espondiloartropatías (EAS) de reciente diagnóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS: se revisaron historias clínicas de pacientes atendidos durante un año, con diagnóstico de EAS de acuerdo a los criterios del European Spondyloarthropathy Study Group (ESSG). Utilizando el formato de visita inicial del Registro de Espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología (REGISPONSER) - Grupo para el Estudio de las Espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología (GRESSER), se analizaron características demográficas, síntomas iniciales, manifestaciones asociadas con la misma, presencia de entesitis, diagnóstico definitivo y actividad de la enfermedad por medio de BASDAI. **RESULTADOS:** se recolectaron en total datos de 42 pacientes, 24 (57%) con diagnóstico de Espondiloartropatía Indiferenciada (EASI), 11 (26%) Espondilitis Anquilosante (EA), 6 (14%) Artritis Reactiva (ARe), Artritis Psoriásica (APs) 1 (2%). La edad promedio de inicio de los síntomas fue: EASI 29 años, EA 27 años, ARe 24 años, APs 35 años. El síntoma inicial más frecuentemente identificado fue Artritis (55%) seguido por dolor lumbar inflamatorio (31%). Dentro de los pacientes con diagnóstico de EAI fue la artritis de miembros inferiores el síntoma inicial más frecuente (30%) seguido de dolor lumbar inflamatorio y artritis en miembros superiores con 17% cada uno. La evaluación de actividad de la enfermedad por escala de BASFI fue en promedio de $5 \pm 2,8$.

CONCLUSIONES: la espondiloartropatía indiferenciada es la variedad de espondiloartropatía más frecuentemente encontrada en nuestros pacientes, seguida de espondilitis anquilosante; la mayoría de ellos cursa con artritis de miembros inferiores como primer síntoma; adicionalmente un porcentaje importante corresponden a artritis reactiva siendo ellos los de presentación de síntomas a edad más temprana. Se requieren caracterizaciones más completas acerca de inicio de la enfermedad que incluyan seguimiento de la misma para establecer con mayor precisión, la evolución y estrategias terapéuticas en estos pacientes.

USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN EL MANEJO DE ARTRITIS REACTIVA

CM Mora¹, AA González¹, DA Jaimes¹, A Beltrán¹, JD Londoño², G Quintana¹, R Valle¹

- 1 Servicio de Reumatología e Inmunología Clínica, Hospital Militar Central Bogotá, Colombia.
- 2 Clínica Universitaria Teletón, Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.

OBJETIVO: describir la respuesta al uso de infliximab en 2 pacientes con artritis reactiva refractarios a manejo convencional.

MATERIALES Y MÉTODOS: se describe el caso de dos pacientes. Un hombre de 21 años que presenta tres semanas posterior a gastroenteritis derrame articular en rodilla derecha, oligoartralgias y entesitis. Se realiza manejo con tres tipos de AINES, en dosis máximas, cada uno por un periodo no inferior a tres meses pese a lo cual persisten síntomas y aparece lumbalgia inflamatoria. Recibió sulfasalazina hasta alcanzar dosis de 2 g/día y se realizó manejo local con infiltraciones con esteroides persistiendo derrame articular en rodilla, dolor y rigidez matinal lumbar. Presenta dolor en escala visual análoga (VAS) de 10/10, rigidez superior a dos horas, BASDAI 10, BASFI 7,4, índice de Dougados 23. El segundo, hombre de 24 años de edad, quien 10 días posterior a

cuadro de enfermedad diarreica aguda presenta dolor sacroiliaco derecho incapacitante por lo cual se inicia manejo con AINES dosis máximas con pobre respuesta y posterior aparición de sinovitis en rodilla, tobillo derechos, MTF e IFP pie izquierdo y entesitis. Durante cuatro meses recibe sulfasalazina hasta 2 gr/día sin mejoría, se adicionó metotrexate hasta 12,5 mg /semanal con hepatotoxicidad durante seguimiento por lo cual fueron suspendidos. PCR 18 (0,01-0,82). Presenta dolor de 4/10 por VAS, rigidez 90 minutos, BASDAI 6,16, BASFI 6,3. A los dos pacientes se administró infliximab en dosis de 3 mg/kg, en forma de bolos en las semanas 0, 2, 6, 14 y posteriormente cada ocho semanas paralelo a terapia física y AINES.

RESULTADOS: en el primer paciente se observó resolución del derrame articular y ausencia de entesitis con disminución de dolor a 6/10, rigidez de 30 minutos, BASDAI 6,5, BASFI 6,7, índice Dougados 14. El segundo paciente permanece asintomático con ausencia de dolor y rigidez, BASDAI y BASFI de 1.

CONCLUSIONES: existen pocos reportes de pacientes con ARe (Artritis Reactiva) en manejo con infliximab y no hay datos acerca del uso de etanercept o adalimumab. La influencia de estas moléculas en el tratamiento de la enfermedad aún está por determinar. Estos resultados apoyan reportes de otros autores y confieren una nueva posibilidad terapéutica que debe estudiarse con evaluación de eficacia y seguridad tanto a corto como largo plazo.

ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE LA INVESTIGACIÓN EN ESPONDILOARTROPATÍAS EN LOS ÚLTIMOS 50 AÑOS

DA Jaimes¹, A Beltrán¹, AA González¹, CM Mora¹, JD Londoño², G Quintana¹, R Valle¹

- 1 Servicio de Reumatología e Inmunología Clínica, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.
- 2 Clínica Universitaria Teletón, Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.

OBJETIVO: considerando que las publicaciones científicas reflejan el estado de la investigación de una región geográfica, pretendemos estimar la producción científica en espondiloartropatías (EAS) en Latinoamérica, Norteamérica y Europa.

MATERIALES Y MÉTODOS: PubMed® es una base de datos desarrollada por la Biblioteca Nacional de Medicina en Estados Unidos que incluye cerca de 16 millones de referencias de artículos y revistas médicas. Se realizó una búsqueda en PubMed desde 1963 hasta febrero de 2007, incluyendo todas las opciones de búsqueda correspondientes a tipo de artículo y utilizando términos MeSH relacionados con las espondiloartropatías que incluían: "Spondylitis Ankylosing", "Reiter Syndrome", "Spondylarthropathies", "Spondylarthritis", "Arthritis Psoriatic", "Arthritis Reactive" entre otros, cruzándolos con el país de origen del estudio y clasificándolos en tres grupos: países latinoamericanos, algunos países europeos, Estados Unidos y Canadá. El número de referencias obtenidas fueron revisadas y clasificadas por región, año de publicación en décadas y tipo de estudio, esta última a su vez subdividida en dos grupos para Latinoamérica, el primero que incluía artículos originales y el segundo publicaciones del tipo: cartas al editor, revisiones de tema y comentarios editoriales; los datos fueron analizados en proporciones.

RESULTADOS: en total se obtuvieron 9983 referencias indexadas en PubMed® de las cuales el 59% eran europeas, 40% norteamericanas y alrededor de 1% latinoamericanas, con un aumento progresivo en el número de publicaciones llegando al 27 % del total en los últimos 10 años. Respecto a las publicaciones latinoamericanas en total se analizaron 95, 68 de ellas pertenecientes al grupo de originales y 27 al segundo grupo; por países México encabeza con 37% seguido de Brasil con un 35%, Chile 8%, Argentina 6% y Colombia 4% de las publicaciones encontradas.

CONCLUSIONES: el número de publicaciones en espondiloartropatías indexadas ha aumentado en forma significativa en los últimos años aunque Latinoamérica permanece muy por debajo de la frecuencia de publicación, con marcadas diferencias en número de publicaciones entre México, Brasil y los demás países latinoamericanos.

ANTÍGENOS HLA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN UN GRUPO DE PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTROPATÍA PSORIÁSICA

A. Beltrán¹, CM Mora¹, M. Ávila¹, DA Jaimes¹, AA González¹, L Castro², C González³, JD Londoño⁴, R Valle¹

- 1 Servicio de Reumatología e Inmunología Clínica, Hospital Militar Central, Bogotá.
- 2 Servicio de Dermatología, Hospital Militar Central.
- 3 Servicio de Dermatología, Hospital Simón Bolívar, Bogotá.
- 4 Clínica Universitaria Teletón, Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.

OBJETIVOS: describir la frecuencia de los antígenos HLA I y II en un grupo de pacientes con psoriasis y artritis psoriática (APs) del Hospital Militar Central.

MÉTODOS: se incluyeron 14 pacientes con diagnóstico de psoriasis confirmado por biopsia, se evaluaron parámetros clínicos y de laboratorio que incluyeron tipo de psoriasis, *Psoriasis Area Severity Index* (PASI), índice de calidad de vida dermatológico, compromiso ungueal, se realizó diagnóstico de artropatía psoriática utilizando los criterios de CASPAR. En los 14 pacientes se realizó determinación de HLA I y II por SSP-ABDR por biología molecular y de HLA B27 por métodos serológicos.

RESULTADOS: de los 14 pacientes con psoriasis 7 fueron mujeres y 7 hombres con edad promedio de 54,4 años; todos tenían psoriasis vulgar; el PASI promedio fue de 6,9; solo un paciente tenía antecedente familiar de psoriasis; el tiempo promedio de inicio de la psoriasis fue de 21 años. En 7 pacientes se diagnosticó artritis psoriática (4 hombres y 3 mujeres): 5 con compromiso mixto y 2 axiales. El grupo total mostró una frecuencia mayor de A2, A69 y B8; no encontramos una asociación entre antígenos DR y DQw; A1 y B8 se asociaron con mayor tiempo de evolución de la psoriasis. Del subgrupo de pacientes con artritis psoriática sólo uno tenía B27 positivo y cumplió criterios para espondilitis anquilosante severa; en los pacientes con compromiso ungueal, el más frecuente fue A2; en 3 pacientes que presentaron artritis severa por altos índices de actividad se identificaron Cw4, Bw6, B53 y Cw3.

CONCLUSIONES: los antígenos HLA pueden modificar la expresión de la enfermedad y ser útiles como marcadores de progresión de la misma; dado el número de pacientes estudiados no se pueden aplicar estos resultados a la población general. Se necesitan estudios que caractericen los factores genéticos en pacientes colombianos con psoriasis y APs relacionados con la enfermedad para identificar grupos en riesgo de progresión y así implementar medidas de intervención temprana.

PSORIASIS Y ESCLEROSIS SISTÉMICA

Presentación de un caso

AA González¹, A Beltrán¹, CM Mora¹, DA Jaimes¹, R Valle¹

- 1 Servicio de Reumatología e Inmunología Clínica, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

Se describe el caso de una mujer de 64 años quien desde el año 1985 presenta aparición de lesiones psoriáticas en tronco y extremidades. Fue tratada por dermatología con esteroides tópicos con mejoría parcial de síntomas. En forma simultánea presenta fenómeno de Raynaud y poliartralgias inflamatorias en extremidades superiores. En 1992 es conocida en el servicio de reumatología encontrando telangiectasias, dactilitis y sinovitis en miembros superiores. El perfil inmunológico mostró positividad en ANAS con títulos 1:640 y la biopsia de piel fue positiva para esclerodermia. Se consideró que cumplía criterios para síndrome CREST y recibió manejo con metotrexate. Durante el seguimiento fue documentada alteración para la motilidad esofágica, y en el 2000 fue practicado lavado bronco-alveolar que mostró alveolitis, por lo cual inició ciclofosfamida (500 mg/m² en forma mensual por seis meses) y se decidió cambio a D-penicilamina 250 mg diarios. En la tomografía ha persistido aumento de trama intersticial pero no ha presentado deterioro de clase funcional. En la actualidad recibe manejo con metotrexate pese a lo cual persisten artalgias inflamatorias.

Presentamos el caso de una paciente con psoriasis gutata y esclerodermia sistémica localizada con compromiso pulmonar intersticial y en quien se sospecha artropatía psoriática. La asociación entre estas dos enfermedades es inusual. Se ha interrogado la posibilidad de que tengan una etiología común dado que comparten características patológicas o que la psoriasis o su tratamiento desencadenen el desarrollo de esclerodermia en huéspedes susceptibles.

PSORIASIS LIKE INDUCIDA POR INHIBIDOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL

LF Pinto, AM Toro, L Candia, V Molina, A Vélez,

LA Vásquez, JD Márquez

Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU), Medellín.

OBJETIVO: describir dos pacientes que desarrollaron lesiones psoriasiformes inducidas por la administración de anticuerpos contra el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α)

MÉTODOS-RESULTADOS: se describen dos pacientes con artritis reumatoide que presentaron lesiones psoriasiformes posteriores a la aplicación de anti TNF α , entre abril de 2005 y marzo de 2007. Fueron documentados fotográficamente y confirmados por histopatología, en una consulta Reumatológica (HPTU).

- Se excluyeron todos los pacientes con historia personal o familiar de psoriasis.
- En todos los casos las lesiones de piel desaparecieron al retirarse el agente biológico.

CONCLUSIÓN: los inhibidores del TNF son medicamentos supremamente eficaces en el tratamiento de la artritis; sin embargo, pueden causar efectos adversos inusuales (Psoriasis-like) cuya fisiopatogenia esta aun por esclarecer.

ENFERMEDAD DE BEHÇET: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE DE MEDELLÍN

LF Pinto, AM Toro, L Candia, JL Torres, JD Márquez.

Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

OBJETIVOS: describir el comportamiento clínico-epidemiológico de los pacientes con enfermedad de Behçet (EB) en nuestro medio, evaluar la frecuencia del compromiso orgánico y la actividad y gravedad de la EB.

MÉTODOS: estudio de corte transversal, evaluación de las historias clínicas, evaluación por reumatología y oftalmología y aplicación de formularios validados de actividad y gravedad de EB.

RESULTADOS: 14 pacientes diagnosticados consecutivamente entre 2000 y 2007 por criterios ISG. La primera manifestación se presentó a los 34 años (19-53) y el 64% de los pacientes debutaron con úlceras orales recurrentes. El diagnóstico se retardó 4,4 años (1-15) aunque muchos cumplieron criterios ISG mucho antes. Las manifestaciones más frecuentes fueron las mucocutáneas (100%), las gastrointestinales (50%), las oculares (42%) y las vasculares (28%). Un paciente falleció por complicaciones trombóticas y hemorrágicas de un síndrome hipersensibilizante. Los criterios ISG se cumplieron así: úlceras orales 100%, úlceras genitales 71%, lesiones cutáneas 42% y patergia 21%. El 78% de los casos la enfermedad se clasificó como moderada a severa. Concluimos que el diagnóstico de la enfermedad de Behçet es tardío; la entidad está subdiagnosticada y debe considerarse potencialmente grave.

BIOMARKERS FOR ANKYLOSING SPONDYLITIS

J C Wei, M Avila, MC Romero, J Londoño, R Valle, D T.Y. Yu
Servicio de Reumatología -Hospital Militar Central- Universidad de la Sabana/
Clínica Teletón/Bogotá Colombia/ Rheumatology Division, Los Angeles, CA /
Division of Allergy, Immunology and Rheumatology; Institute of Medicine,
Chung Shan Medical University, Taiwan.

BACKGROUND AND OBJECTIVES: two types of biomarkers are in need for ankylosing spondylitis (AS). One type of biomarkers assesses the probability of whether a particular patient has AS or not, while the other type of biomarkers assesses whether a particular patient has high or low disease activity.

METHODS AND RESULTS: we tested synovial fluids for measuring a panel of 6 cytokines: IL-1b, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12p70 and TNF α . Measurement were carried out using the BD cytometric beads in 18 patients with SpA, 18 patients with RA and 9 patients with osteoarthritis (OA). The mean results of each cytokine were compared among the three diseases using Mann Whitney U test. High statistical significance was observed with IL-1b distinguishing SpA from OA, and in IL-8 distinguishing SpA from RA. However, when tested for their diagnostic values using the ROC, the AUC values are only of borderline usefulness at 0.75. In 240 patients examined, ESR, hypersensitive CRP,

BASDAI, BASFI. The degrees of correlation among the various parameters show that whereas the disease activity (BASDAI) and functional activity (BASFI) indices correlate with one another, there is no correlation of either of these indices with ESR or CRP. The results of the ROC tests show that all the AUC are less than 0.6, and the p value >0.05. For this particular cohort, the ESR and CRP are not useful in assessing disease activity.

CONCLUSIONES: the higher power of a combination of biomarkers distinguishing SpA from OA, SpA from RA. However, these results illustrate the limited usefulness of the test when evaluating for usefulness of candidate biomarkers.

The degrees of correlation showed that whereas the disease activity (BASDAI) and functional activity (BASFI) indices correlate with one another, there is no correlation of either of these indices with ESR or CRP. There are two directions for investigators to search for biomarkers in AS. One direction is hypothesis-driven. The other direction to search for biomarkers is to use random screening. Many more candidate biomarkers will become available not too far in the future. At the moment, serum MMP3 is probably the most vigorously studied as far as candidate biomarkers are concerned.

BIOMARCADORES POTENCIALES PARA DETECTAR HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLERODERMA

P Coral, G Quintana, MF Garcés, E Caminos, F Rondón, A Iglesias, JF Restrepo

Unidad de Reumatología y Bioquímica, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Colombia.

JUSTIFICACIÓN: la hipertensión pulmonar (HTP) es la principal causa de morbi-mortalidad en escleroderma (ES); es importante intentar descubrir predictores de HTP para hacer una intervención precoz. Varios marcadores serológicos pueden ayudar a predecir HTP en ES.

OBJETIVO: determinar densidades ópticas de diferentes biomarcadores en pacientes con ES y HTP secundaria y compararlos con sujetos controles sanos para definir el potencial papel de estos biomarcadores para detectar HTP.

MÉTODOS: estudio transversal, en el que se incluyeron 20 pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos de ES del Colegio Americano de Reumatología. Los pacientes fueron clasificados en ES difusa (ESd) o ES limitada (ESl). Se diagnosticó HTP por ecocardiograma y se definió como una presión sistólica de arteria pulmonar = 25mm Hg en reposo. Utilizando kit de ELISA comercial se midieron en pacientes con ES (n=20), ESln (N=19), ESd (N=1) y controles sanos (n=20), las densidades ópticas de endogлина (Eng), endotelina 1 (ET-1), factor de crecimiento derivado de las plaquetas (PDGF), factor de necrosis tumoral alfa (TNF α), factor de crecimiento transformante beta (TGF- β 2) e interleuquina 8 (IL8).

RESULTADOS: se encontró correlación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y el tiempo de evolución del fenómeno de Raynaud (Rho: 0,67 p = 0,0011), ET-1 y Eng (R: 0,53 p = 0,0196), y entre IL-8 y Eng (R: 0,68 p = 0,0019). Para los análisis de ELISA encontramos diferencias en la media entre el grupo de pacientes con HTP y los controles en: ET-1 (0,20; 0,10-0,35 vs. 0,16; 0,10-0,24; p = 0,0276), IL-8 (195,7; 45,5-504 vs. 118,9; 23-299,5; p = 0,0364), TNF α (0,70; 0,50-0,96 vs. 0,48; 0,38-0,65; p = 1x10⁻⁸) y Eng (0,95; 0,57-1,72 vs. 0,75; 0,57-0,89; p = 0,0028).

CONCLUSIONES: Eng y ET-1 están implicados en la fisiopatología de ES; por su elevación podrían jugar un papel importante como biomarcadores de HTP en estadios tempranos; su valor pronóstico necesita ser determinado por estudios prospectivos. Los niveles sericos de TNF α e IL-8 también fueron elevados en los pacientes con ES; esto podría ser consecuencia de una respuesta inflamatoria sistémica inespecífica. No se encontraron diferencias entre niveles de PDGF y TGF β 2.

ESCLERODERMA DE INICIO TARDÍO COMO MANIFESTACIÓN AISLADA DE ENFERMEDAD. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN

CE Toro, F Rondón, JF Restrepo, A Iglesias-Gamarrá
Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

OBJETIVO: describir las características clínicas y paraclínicas de dos pacientes mayores de 70 años con escleroderma difusa como manifestación aislada de enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS: informe de dos casos y revisión de la literatura.

RESULTADOS: descripción de dos pacientes mayores de 70 años con características similares de presentación de la enfermedad. En ambos casos el desarrollo de escleroderma difusa fue abrupto (menor de seis semanas) y no asociado a ningún otro hallazgo como fenómeno de Raynaud, fibrosis pulmonar o artritis. La evaluación de autoanticuerpos, incluyendo anticuerpos antinucleares, anti-RNP y antiSCL-70 ha sido consistentemente negativa. De igual manera no se han identificado alteraciones metabólicas. Durante dos y cinco años de seguimiento no se ha documentado malignidad o alguna otra asociación. La escleroderma se ha demostrado por biopsia de piel.

CONCLUSIÓN: el desarrollo de escleroderma en estos casos es inusual por su inicio tardío, la ausencia de alteraciones inmunológicas y por ser una manifestación aislada de enfermedad. Es posible que estos dos casos representen una variante de la escleroderma sistémica o una entidad diferente.

HOW SpA SYNOVIAL FLUIDS AMPLIFY HLA B27 EXPRESSION

MC Romero¹, L Zhao², M Ávila¹, J Londono², R Valle¹, D Yu³

1 Servicio de Reumatología -Hospital Militar Central

2 Universidad de la Sabana/ Clínica Teletón/Bogotá Colombia.

3 Rheumatology Division, Los Angeles, CA /Division of Allergy, Immunology and Rheumatology; Institute of Medicine, Chung Shan Medical University. Taiwan.

BACKGROUND: HLA B 27 is critical in the pathogenesis of some SpA patients. Using a promoter reporter and HeLa cells, we previously demonstrated that the two major pathways towards activating the HLA B 27 promoter is via NF κ B which bind to enhancer A, and also via interferon/induced factors which bind to ISRE domain of the HLA B 27 promoter. Much of the activation is probably modulated by autocrine and paracrine factors.

OBJECTIVE: test if synovial fluids from SpA patients also serve as a messenger in the synovial compartment to activate these pathways directly or modulate their activities.

METHODS: synovial fluids were obtained from 25 patients with SpA. Cytokine concentration were assayed by multiplex flow cytometry. The effect of synovial fluids on the promoter activities of NF κ B and HLA B27 were tested by reporter constructs in HeLa cells.

RESULTS: although pro-inflammatory cytokines can be detected, their concentration was too low to activate NF κ B as tested by reporter bioassay. However, 5 of the 25 synovial fluids were able to directly activate the HLA B 27 promoter. This stimulatory effect was mediated by TNF α pathway because it was inhibited by an anti-TNF α antibody. Next, we tested if the TNF α effect of these 25 synovial fluids could modulate the effect of INF β or INF γ on HLA B27. We discovered that 5/25 and 6/25 samples could enhance effect of INF β and INF γ respectively. There is a strong overlap between the two groups (inter-rater agreement 0.43). As control, none of the synovial fluids were able to enhance the effect of TNF α (p=0.25 by Fisher's exact test).

CONCLUSIONS:

1. Synovial fluids of some SpA patients have the potential of activating the HLA B27 promoter probably via the TNF α pathway.
2. Perhaps because of this, synovial fluids can also enhance the stimulatory effect of INF β and INF γ on HLA B 27 promoter.
3. It is possible that one of the mechanism of TNF α blockers is preventing an over-expression of HLA B 27.

NIVELES SÉRICOS DE ENDOGLINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA E HIPERTENSIÓN PULMONAR

P Coral, G Quintana, MF Garcés, E Caminos, F Rondón,

A Iglesias, JF Restrepo

Unidad de Reumatología y Bioquímica, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Colombia.

JUSTIFICACIÓN: entre las complicaciones de la esclerosis sistémica (ES), la hipertensión pulmonar (HTP) es la principal causa de morbi-mortalidad. Endoglina (Eng) es una glicoproteína, con propiedades antiangiogénicas que actúa como un componente del complejo receptor del factor de crecimiento transformante beta (TGF- β). Estudios previos han demostrado una expresión aumentada de Eng en fibroblastos y en células endoteliales de pacientes con ES, sugiriendo que una desregulación de la expresión o de la función de Eng podría estar relacionada con las manifestaciones vasculares de la ES.

OBJETIVO: determinar niveles séricos de Eng en pacientes con ES y HTP y compararlos con individuos sanos.

MÉTODOS: se midieron las concentraciones séricas de Eng por un kit comercial de ELISA en 20 pacientes que completaron los criterios para ES del Colegio Americano de Reumatología (19 pacientes con ES limitada y un paciente con ES difusa) comparándolos con 20 pacientes sanos. HTP fue detectada por ecocardiograma. Para calcular valores positivos de Eng se tomaron dos desviaciones estándar (DS) sobre la media. La asociación entre Eng y HTP fue determinada por X^2 . Un valor de $p < 0,05$ fue considerado significativo.

RESULTADOS: se encontraron niveles séricos más elevados de Eng en pacientes con ES y HTP (Media 3,28 ng/dl DS 0,96, 1,98-6,35) que en el grupo control (2,52ng/dl DS 0,29, 2-3,02). Se encontró una asociación entre Eng y HTP ($X^2=11,62$, $p=0,001$). No se encontró ninguna relación entre la severidad de HTP y los niveles séricos de Eng.

CONCLUSIÓN: Eng es un biomarcador que está elevado en pacientes con ES y HTP, pero sus niveles no se correlacionaron con la severidad de esta complicación vasculopática. Es necesario realizar estudios prospectivos para determinar su papel como un biomarcador temprano de HTP en ES.

FACTORS ASSOCIATED WITH PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION IN COLOMBIAN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS

P Coral-Alvarado¹, A Rojas-Villarraga², MC Latorre³, RD Mantilla³, JF Restrepo¹, A Pardo^{2,4}, P Chalem⁵, F Rondón¹, E Jáuregui³, JC Rueda³, C Cañas⁶, ME Hincapié², R Pineda-Tamayo², F Álvarez¹, FJ Díaz⁴, A Iglesias-Gamarra¹, JM Anaya^{2,7}

1. Rheumatology Unit, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
2. Cellular Biology and Immunogenetics, CIB, Medellín.
3. Rheumatology Unit, CAYRE.
4. Escuela de Estadística, Universidad Nacional de Colombia, Medellín.
5. Rheumatology Unit, FIRI, Bogotá.
6. Rheumatology Unit, Fundación Valle de Lili, Cali.
7. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

OBJECTIVE: considering the high impact of morbidity and mortality of pulmonary arterial hypertension (PAH) in systemic sclerosis (SSc) patients and the lack of precise information of disease in Latin America, we investigated the clinical and laboratory characteristics associated with PAH in Colombian patients with SSc.

METHODS: this multicenter study included patients followed at 5 rheumatology units that were systematically assessed by using a pre-tested questionnaire that sought information about clinical and immunological parameters, focusing on PAH. Conditional logistic regression was employed to assess the association between PAH and clinical characteristics of specific interest, and to adjust the effect of potential confounding variables such as duration of disease and sex.

RESULTS: out of a total of 349 patients with SSc, 61 (17%) met the criteria for PAH. Pulmonary fibrosis (AOR: 7.37, 95% CI: 3.67-14.81, $p < 0.0001$), microstomia (AOR: 3.3, 95% CI: 1.70-6.28, $p < 0.0001$), gastroesophageal reflux (AOR: 2.41, 95% CI: 1.31-4.43, $p = 0.005$), dysphagia (AOR 2.7, 95% CI: 1.49-4.77, $p = 0.001$), hyperpigmentation (AOR 2.15, 95% CI: 1.11-4.16, $p = 0.02$) and hypopigmentation (AOR: 2.4, 95% CI: 1.26-4.64, $p = 0.008$) were the most prevalent clinical

characteristics associated with PAH, while anemia (AOR: 5.4, 95% CI: 1.98-14.93, $p = 0.001$) was observed as the unique laboratory risk factor. Association between sub-types of SSc and PAH was not observed. **CONCLUSION:** PAH may be a frequent complication of SSc in the Colombian population regardless of sub-type of disease. The identified clinical and laboratory risk factors might assist earlier diagnosis and guide decisions on therapeutic interventions on this critical complication of SSc.

Vasculitis

ARTERITIS DE TAKAYASU: IMPORTANCIA DE LA ANGIORRESONANCIA

CJ Velásquez, JP Restrepo, F Vargas, O Uribe, G Vásquez, LA Ramírez

Sección de Reumatología, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia

INTRODUCCIÓN: en Colombia, se han reportado 35 casos de arteritis de Takayasu (AT) hasta 1999. Desde entonces, no hay series de casos publicadas.

OBJETIVO: describir características demográficas, clínicas, compromiso vascular segmentario, método imaginológico diagnóstico, tratamiento farmacológico y de revascularización y determinación de actividad vasculítica en ocho pacientes con AT diagnosticados entre los años 2000 y 2006.

MÉTODOS: revisión retrospectiva de historias clínicas.

RESULTADOS: se encontraron seis mujeres (75%). Edad promedio al diagnóstico: 36,5 años. Manifestaciones clínicas: soplos subclavios, hipertensión arterial y alteraciones en pulsos de miembros inferiores: 50%. Compromiso vascular segmentario: obstrucción de arterias subclavias y estenosis de la arteria renal derecha: 62,5%. Métodos imaginológicos diagnósticos: arteriografía (50%) y angiorresonancia (50%). En ningún paciente se basó la decisión de inmunosupresión en reactantes de fase aguda.

CONCLUSIONES: se destaca la importancia de la angiorresonancia como herramienta útil para determinar actividad vasculítica y decidir inmunosupresión.

POLIANGIÍTIS MICROSCÓPICA Y RESPUESTA A LA TERAPIA ANTI-CD20

CE Olmos, DR Pinilla*, LA Rojas, RD Mantilla, A Iglesias, Fundación Cardioinfantil, Bogotá.

*Sección de Reumatología, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

OBJETIVO: presentar un caso de vasculitis ANCAS (+) refractaria al manejo tradicional con respuesta dramática al Rituximab.

JUSTIFICACIÓN: la poliangiítis microscópica es una vasculitis mediada por autoanticuerpos tipo ANCA y caracterizada por compromiso pulmonar y renal. Microscópicamente es una vasculitis pauciinmune, con curso crónico y severo.

MÉTODOS Y RESULTADOS: mujer de 27 años, quien debuta con hemoptisis, hemorragia pulmonar y falla renal severa, asociado a glomerulonefritis pauciinmune. Manejada con múltiples bolos de ciclofosfamida y metilprednisolona sin respuesta clínica y paraclínica. Con persistencia de falla renal (creatininas elevadas y proteinuria positiva). Se inició Rituximab a 375mg/m²/SC c/semana por cuatro semanas; con desaparición de síntomas clínicos y negativización de ANCAS y proteinuria a los dos meses de su administración. Última creatinina de 1.23. Paciente en remisión hace ocho meses.

RESUMEN Y CONCLUSIÓN: paciente con poliangiítis microscópica refractaria ANCA (+), con vasculitis, hemorragia pulmonar y falla renal severas refractarias a manejo convencional. Con el uso de Rituximab se negativizaron los ANCAS, desaparece la proteinuria y se reduce progresivamente la creatinina. El Rituximab puede reemplazar el tratamiento tradicional de esta vasculitis y puede ser la primera elección en caso de contraindicación de esteroides e inmunosupresores.

ANGITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

J Gómez, A Pérez, F Vargas, G Vásquez, O Uribe, L Ramírez

Sección de Reumatología HUSVP. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

La angitis primaria del sistema nervioso central (SNC) es la principal causa de vasculitis primaria del SNC considerándose una enfermedad rara y de pronóstico sombrío. En esta patología, las lesiones son evidentes principalmente en los vasos de las leptomeninges y en la cortical. Las manifestaciones son diversas haciendo el diagnóstico un reto para el clínico.

Se reportan dos pacientes de sexo femenino, ambas de 38 años de edad. El cuadro fue de cefalea súbita en las dos pacientes y en una de ellas déficit motor. El tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 9 y 12 días; ninguna de las pacientes tenía antecedentes patológicos previos. El diagnóstico fue confirmado en los dos casos por medio de arteriografía cerebral que muestra irregularidad de las arterias cerebral media, vertebral y temporal con áreas de dilatación y estenosis. En una paciente se realizó angiografía documentándose los hallazgos previamente mencionados. Se hizo biopsia a una paciente sin encontrarse signos de vasculitis. Una paciente se manejó con prednisona 1mg/kg y la otra con pulsos de metilprednisolona 500mg/día por tres días asociado a ciclofosfamida y posteriormente con prednisona 1 mg/kg. Una paciente presentó mejoría completa de sus síntomas y la otra persistió con el déficit motor.

Síndrome de Sjögren**SOBREPOSICIÓN DE SÍNDROME ANTISINTETASA Y SÍNDROME DE SJÖGREN. Reporte de caso**

CJ Velásquez, F Vargas, JP Restrepo, O Uribe, G Vásquez, LA Ramírez

Sección de Reumatología, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

INTRODUCCIÓN: en la búsqueda de la literatura, no existen reportes de caso de sobreposición de síndrome antisintetasa y síndrome de Sjögren. Se reporta un caso.

PRESENTACIÓN DE CASO: paciente de género femenino. 34 años. Un año de evolución de lesiones cutáneas pruriginosas, tipo vesículas, generalizadas, hiperpigmentadas, poliartritis de manos, pies, tobillos, rodillas, astenia, adinamia, fiebre, pérdida de peso, marcada debilidad, disfagia para sólidos, fotosensibilidad, xeroftalmia. Al examen clínico: nariz afilada, disminución de la apertura oral, hipertrofia parotídea bilateral no dolorosa, sinovitis en MCF, IFP, deformidad en cuello de cisne. Fuerza muscular en cinturas escapular y pélvica: 3/5. P2> A2. Schirmer positivo. Paraclínicos positivos: CPK 5328 U/L; ANA positivos 1: 640 patrones: moteado y citoplasmático, Ro 3.0 U ELISA, hipergammaglobulinemia (2.73 g/L); PAP por ecocardiografía de 41 mmHg. EMG con evidencia de miopatía inflamatoria. FR 52 U; Anti Jo-1 201 U EIA; compromiso intersticial pulmonar por TACAR; Bx muscular con evidencia de miopatía inflamatoria; Bx de glándula salivar menor: sialoadenitis crónica.

MIELOPATÍA INFLAMATORIA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DEL SÍNDROME DE SJÖGREN

S Isaza, F Vargas, JP Restrepo, R Eraso, G Vásquez, O Uribe, L Ramírez

Sección Reumatología. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín.

El síndrome de Sjögren puede manifestarse inicialmente como una mielopatía inflamatoria, la cual ocurre entre 1 y 37% de estos pacientes; el diagnóstico diferencial es difícil dado lo indistinguible clínicamente de otras causas de mielopatía como esclerosis múltiple. Las características de la lesión en la resonancia permiten la diferenciación, encontrándose hiperintensidad en T2 de extensión longitudinal y engrosamiento del cordón. Esta forma de presentación es más fre-

cuente en mujeres; en 38% de los casos es aguda y con compromiso cervical en 82%.

Se describe el caso de una paciente de 60 años, con 15 días de evolución de disestesias, cuadriparesia de predominio derecho, sensación de ojo y boca seca, caída de cabello al examen, hiperreflexia generalizada, Babinski derecho, test Schirmer < 5mms, ANA 1:640 homogéneo, Anti Ro positivo, Anti La negativo, Anti DNA nativo 1:10, biopsia de glándula salivar menor: Chisholm Mason grado III. En la resonancia hiperintensidad medular, en la secuencia T2, engrosamiento del cordón medular entre la unión bulbomedular y D1.

Se da manejo con metilprednisolona y ciclofosfamida, observándose recuperación de la marcha y reversión parcial de las lesiones en la resonancia.

SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO CON MÚLTIPLES BULLAS E INFILTRADO NODULAR INTERSTICIAL PULMONAR: INFORME DE CASO

J Mejía-Vallejo, A Iglesias-Gamarra,

F Rondón, A Sánchez, JF Restrepo

Sección de Reumatología, U. Nacional de Colombia. Hospital El Tunal, Bogotá, Colombia.

OBJETIVO: informar el primer caso en Colombia de SS con múltiples bullas asociado a infiltrado intersticial difuso pulmonar; plantear abordaje diagnóstico, diagnósticos diferenciales y alternativas terapéuticas.

MÉTODO: describir un caso de SS primario con manifestación extraglandular consistente en bullas múltiples y compromiso intersticial nodular difuso pulmonar.

RESULTADOS: paciente femenino, 66 años, valorada en abril de 2007 por xeroftalmia, xerostomía, xeromictaria, disnea clase funcional II, tos seca y fatiga de dos años; ANAS 1/640 homogéneo, anti-La positivo 23 (positividad índice mayor de 1); biopsia de glándula salivar menor positiva, Rx y TAC simple de tórax con imágenes bullosas múltiples e intersticio con infiltrado nodular difuso, manejo actual con prednisolona 0,5 mg/kg/día.

CONCLUSIÓN: el compromiso pulmonar quístico más compromiso intersticial nodular en el SS es infrecuente (10 casos informados), es generado por infiltrado linfocítico peribronquiolar; diagnósticos diferenciales incluyen linfangioleiomiomatosis, enfisema, histiocitosis X, bronquiectasias, y bronquiolitis obliterante; el infiltrado intersticial lleva a considerar amiloidosis nodular pulmonar y linfoma como primeras alternativas; su tratamiento no ha sido establecido aún con claridad debido a los pocos casos referidos en la literatura mundial, lo que plantea un desafío diagnóstico y terapéutico.

FCγ RECEPTOR IIA POLYMORPHISMS IN COLOMBIAN PATIENTS WITH PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROMECA Cañas¹, GJ Tobón¹, P Ruiz², E Velilla², E Perea², M Arévalo-Herrera², S Herrera²¹ Fundación Valle del Lili/Universidad CES, Cali, Colombia.² Laboratorio de Investigación Clínica y Molecular, Cali, Colombia.

OBJECTIVE: to examine the relationship between FCγRIIA genotypes and development of primary Sjögren's syndrome (pSS) and their systemic manifestations in Colombian patients.

METHODS: 72 patients whom met of the European classification criteria for pSS, including a positive minor salivary gland biopsy were included and compared with a sex and age matched controls (145 controls). Allele-specific polymerase chain reaction assay were used to determine the FCγRIIA genotypes. To statistical analysis, we used median and range as measures of central tendency and dispersion. The distributions of genotypes of patients and controls were compared using 2X2 contingency tables. The chi-square was used to test for significant associations between FCγRIIA genotypes or allele frequencies and the presence of disease. The study was approved by the local ethics committee.

RESULTS: We included 70 men and 2 women with the mean age at time of evaluation of 51.4 ± 13.9 years. The mean duration of disease was 4 years. R/R genotype was presented in 6 patients (8.3%) and 30 controls (20.69%) (p=0.004), R/H in 66 patients (91.7%) and 115

controls (79.3%). No genotype H/H was presented. The R allele were presented in 54.2 % of patients and 60.4% of controls. The H allele in 45.8% of patients and 39.6% of controls.

CONCLUSION: A negative association between pSS and R131/R131 Fcγ RIIA genotype was found. Associations of particular clinical manifestation with any genotype was not presented. These genetic characteristics were found at least in Colombian population. In order to evaluate the disease contribution of this gene variant in the development of pSS, further investigations must be conducted in different population.

Síndrome antifosfolípido

LAS ÚLCERAS DE MIEMBROS INFERIORES EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS SON UNA FORMA DE PIODERMA GANGRENOSO Y RESPONDEN A LA TERAPIA CONJUNTA DE INMUNOSUPRESIÓN Y ANTICOAGULACIÓN

CA Cañas¹, GJ Tobón², C Durán²

1 Reumatólogo.

2 Residente de Medicina Interna. Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

OBJETIVOS: analizar las características clínicas, inmunológicas e histológicas de las úlceras de miembros inferiores (U-MMII) en pacientes con síndrome antifosfolípidos (SAF), y su respuesta al tratamiento con esteroides, ciclosporina, ácido acetilsalicílico (ASA) y anticoagulación.

MÉTODOS: se analizan los pacientes tratados con U-MMII y SAF entre agosto de 2001 y marzo de 2007, realizando un protocolo donde se anotan las características a estudiar y la respuesta al tratamiento.

RESULTADOS: se incluyeron siete pacientes con U-MMII de una cohorte de 34 con SAF (20,5%). El promedio de edad de pacientes con U-MMII fue 42+/-12. La duración del SAF fue en promedio de seis años. Tres tenían lupus eritematoso sistémico, uno artritis reumatoide, uno enfermedad mixta del tejido conectivo y dos SAF primario. Las manifestaciones sistémicas más comunes fueron la trombocitopenia (28%) y las neurológicas (28%). Anticuerpos antinucleares fueron positivos en 42%, antiDNA en 28%, anti-Ro en 28%, anti-La en 14%, antiSm en 28%, antiRNP en 14%; Coombs en 28%, anticardiolipina IgM en 57%, anticardiolipina IgG en 57%, y anticoagulante lúpico en 28%. Reducción de complemento en 28%. Trombosis venosa 71%. El diámetro de las úlceras fue en promedio de 6,67± 4,7 cms. Todas tenían características histológicas de pioderma gangrenoso (PG). Todos reciben ciclosporina, prednisolona, ASA y anticoagulación con warfarina. Con el tratamiento indicado se obtiene cicatrización en todos los pacientes en 8,3 ± 1 meses.

CONCLUSIÓN: las U-MMII en pacientes con SAF son una forma de PG y responde adecuadamente con terapia inmunosupresora (esteroide y ciclosporina), ASA y anticoagulación.

VALORES PERSISTENTEMENTE POSITIVOS DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS ESTÁN RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE TROMBOSIS DURANTE EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO

G Quintana, G Espinosa, S Bucciarelli, D Tassies, A Bove, J Plaza, JC Reverter, R Cervera. Hospital Clinic, Barcelona, España

OBJETIVO: determinar si la presencia de valores persistentemente positivos de anticuerpos antifosfolípidos (aFL) está relacionada con trombosis recurrente en el seguimiento de pacientes con síndrome antifosfolípidico (SAF).

MÉTODOS: se analizaron 141 pacientes con SAF (criterios de Sapporo). Los valores de anticoagulante lúpico (AL) y anticuerpos anticardiolipina (aCL) fueron definidos como persistentemente positivos cuando más del 75% de las determinaciones fueron positivas durante el seguimiento (los aFL fueron medidos en cinco o más ocasiones). La trombosis en el seguimiento fue definida como una trombosis recurrente en pacientes con eventos trombóticos previos o nuevos eventos en aquellos pacientes con pérdidas fetales previas.

RESULTADOS: 89 pacientes presentaban SAF primario, 34 asociados a lupus eritematoso sistémico (LES), 14 con lupus-like, 3 con síndrome de Sjögren's, y uno con enfermedad de Behçet's. 56% tenían una historia de trombosis, 29% de pérdida fetal, y 15% tanto trombosis como pérdida fetal. El tiempo medio de seguimiento y entre el diagnóstico y la última determinación de aFL fue de 68 y 65 meses (9-180), respectivamente. El promedio de determinaciones por paciente fue 8 (5-27). 31 pacientes sufrieron de trombosis en el seguimiento, 28 de éstos en forma de trombosis recurrente. 58 (41%) pacientes tenían aFL persistentemente positivos durante el seguimiento, distribuidos así: 4 aCL IgM, 8 aCL IgG, 12 AL, 3 aCL IgG y aCL IgM, 3 aCL IgM y AL, 23 aCL IgG y AL, y 5 aCL IgM, aCL IgG y AL, respectivamente. El riesgo para trombosis recurrente durante el seguimiento estuvo aumentado en pacientes con aFL persistentemente positivos (OR 3,53, IC 95% 1,53 - 8,16, p=0,003) comparado con pacientes con aFL positivos transitoriamente. Este mayor riesgo fue atribuido a AL (OR 3,87, IC 95% 1,68 - 8,91, p=0,002) y aCL IgG (OR 2,91, IC 95% 1,25 - 6,75, p=0,02) persistentemente positivos. El perfil de aFL persistentemente positivos relacionado con la aparición de trombosis durante el seguimiento fue la combinación de AL y aCL IgG (OR 3,51, IC 95% 1,36 - 9,09, p=0,01).

CONCLUSIONES: el riesgo de trombosis durante el seguimiento de pacientes con aFL persistentemente positivos está incrementado, especialmente en aquellos pacientes con la combinación de AL y aCL IgG.

Reumatismo de partes blandas

CONFIABILIDAD EN LA EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DEL NERVIJO MEDIANO EN PERSONAS SANAS

B Reyes¹, DA Jaimes², C Contreras³, A Beltrán², R Valle²

1 Servicio de Reumatología Hospital Central de la Policía, Bogotá.

2 Servicio de Reumatología e Inmunología, Hospital Militar Central, Bogotá.

3 Banco de Células Stem de Colombia, Bogotá.

OBJETIVO: estimar indicadores de confiabilidad de dos cortes ecográficos en la evaluación del nervio mediano.

JUSTIFICACIÓN: no hay consenso con respecto al uso de la medición del área en corte transversal frente al diámetro en corte longitudinal del nervio mediano en la muñeca, como criterio de evaluación ecográfica.

MÉTODOS: se evaluaron ecográficamente 64 nervios medianos (32 derechos y 32 izquierdos) de una muestra por conveniencia de 32 sujetos sanos evaluando el área en mm² y el diámetro transversal en mm, sobre el pliegue distal de la muñeca con un ecógrafo Toshiba Nemium SSA-550A usando un transductor lineal de 14 mHz.

RESULTADOS: se estimó la confiabilidad de las mediciones mediante el coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach, al medir una, dos y tres veces el área del nervio (corte transversal), obteniéndose que la confiabilidad al hacer dos mediciones fue menor a la confiabilidad obtenida al hacer tres (0,73 vs. 0,88). La confiabilidad al hacer dos mediciones del diámetro del nervio (corte longitudinal) es de 0,74. Para evaluar cuál de las dos técnicas sería más precisa, se calculó el coeficiente de discriminación por correlaciones biserial, obteniendo un coeficiente mayor para las mediciones de área que para las de diámetro transversal.

CONCLUSIONES: en la práctica clínica, la medición del área en corte transversal resulta en una mayor reproducibilidad que la medición del diámetro en corte longitudinal. Se recomienda hacer por lo menos tres mediciones del área para obtener una confiabilidad cercana al 88%.

CREACIÓN DE UN ÍNDICE PARA LA EVALUACIÓN ULTRASONOGRÁFICA DEL NERVIOS MEDIANO EN EL TÚNEL DEL CARPO EN UN GRUPO DE ADULTOS COLOMBIANOS SANOS

B Reyes¹, C Contreras³, DA Jaimes², A Beltrán², R Valle²

- 1 Servicio de Reumatología Hospital Central de la Policía, Bogotá.
- 2 Servicio de Reumatología e Inmunología, Hospital Militar Central, Bogotá.
- 3 Banco de Células Stem de Colombia, Bogotá.

OBJETIVO: crear la plataforma para el diseño de un instrumento calibrado para la medición del área del nervio mediano a partir de la evaluación ultrasonográfica.

JUSTIFICACIÓN: hasta el momento las medidas usadas para evaluar el nervio mediano por ultrasonografía han sido analizadas por promedios aritméticos; de acuerdo a la característica de las variables esta aproximación carece de confiabilidad y precisión ya que matemáticamente se debe utilizar una media armónica. Utilizar un índice aprovecha esta corrección matemática permitiendo al clínico llegar a conclusiones más confiables.

MÉTODOS: se analizaron las áreas de 64 nervios medianos (32 derechos y 32 izquierdos) en 32 pacientes sanos, obtenidas al realizar tres mediciones consecutivas por nervio a partir de una imagen ecográfica.

RESULTADOS: después de estandarizar los datos obtenidos, se calcularon deciles de las puntuaciones directas, lo que permitió generar una escala a partir del área obtenida; estos valores fueron resumidos en un baremo calibrado con una media derivada de 10 y una desviación estándar de 5, que por consenso entre los investigadores se llamó INM (Índice del Nervio Mediano). El INM permite determinar si los valores de área que se obtienen en un paciente son o no normales con respecto a la población de estudio. Los valores de normalidad obtenidos en INM varían entre 60 y 111.

CONCLUSIONES: utilizar el INM trae a la práctica clínica cuatro ventajas: mayor exactitud matemática, permite un lenguaje unificado entre clínicos con respecto a parámetros de normalidad en las mediciones, una confiabilidad aproximada del 84% en las conclusiones a las cuales se llegue y mayor precisión en la estimación de parámetros disminuyendo la posibilidad de cometer errores diagnósticos.

PERFILES ANTROPOMÉTRICOS DEL ÁREA DEL NERVIOS MEDIANO EN UN GRUPO DE PACIENTES COLOMBIANOS SANOS

B Reyes¹, DA Jaimes², C Contreras³, A Beltrán², R Valle²

- 1 Servicio de Reumatología Hospital Central de la Policía, Bogotá.
- 2 Servicio de Reumatología e Inmunología, Hospital Militar Central, Bogotá.
- 3 Banco de Células Stem de Colombia, Bogotá.

OBJETIVO: correlacionar del área obtenida mediante valoración ultrasonográfica del nervio mediano por medio del Índice del Nervio Mediano (INM) con edad, género, índice de masa corporal (IMC) y perímetro de la muñeca (PM).

JUSTIFICACIÓN: se desconoce el efecto que sobre el área del nervio mediano tienen las características mencionadas y su influencia en la medición del área.

MÉTODOS: se analizaron las áreas de 64 nervios medianos (32 derechos y 32 izquierdos) en 32 pacientes sanos, obtenidas al realizar tres mediciones consecutivas por nervio a partir de una imagen ecográfica. Se efectuaron análisis de correlación no paramétricos obteniéndose mediciones no significativas, lo que permitió concluir que se trataba de indicadores independientes, razón por la cual se corrieron análisis de conglomerados.

RESULTADOS: en los pacientes evaluados, se obtuvieron dos perfiles: Perfil 1, que por consenso se denominó perfil de bajo riesgo, se caracteriza por: a) INM entre 50 y 98, b) un IMC entre 19 y 21 y c) área del nervio entre 7 y 9. El segundo perfil, que por sus características se denominó de alto riesgo de exceder los parámetros de normalidad por exceso, tuvo las siguientes características: a) INM entre 99 y 112, b) IMC entre 22 y 24 y c) área del nervio entre 10 y 12. Estos valores son más útiles en la evaluación de hombres que en mujeres dadas las características de la muestra.

CONCLUSIONES: características antropométricas propias del perfil dos dificultan la identificación de anomalía en estos pacientes

demonstrando que el INM es útil para discriminar entre pacientes con alto y bajo riesgo.

Medicamentos

LACK OF EVIDENCE, REGARDING LEFLUNOMIDE'S TERATOGENIC EFFECT, A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

I Abadi, N Perdomo, R Riera

Universidad Carabobo. Clínica Guerra Méndez

Leflunomide is rapidly metabolized to its active form A77 1726 two mechanisms of action have been identified, inhibition of dihydroorotate dehydrogenase (DHODH) and inhibition of tyrosine kinases, both are potentially teratogenic. So specific warnings related to pregnancy avoidance and Leflunomide has been issued. Despite the recommendations about pregnancy, in patients receiving Leflunomide, sometimes an occasional patient got pregnant. We present here a case and the subsequent search for evidence in order to provide an adequate orientation. A literature search was carried out in Medline®, Cochrane Central registry of Clinical trials and EMBASE®, trying to answer the P.I.C.O. strategy: P = childbearing potential OR child-bearing potential OR pregnanc* OR gestation* OR first trimester. I = Leflunomide OR Arava OR N-(4-trifluoromethylphenyl)-5-methylisoxazole-4-carboxamide OR A771726. C= none O = congenital defects OR teratogen* OR malformation* OR Abnormality OR Birth Defects. Due to the scarcity of the articles all of them were considered (no type of publication limit). A total of 39 articles were found.

It seems unethical, either fail to provide anti conceptive counseling while taking Leflunomide, or recommending pregnancy termination without a full informed discussion with the patient and relatives. Proper pooling of available data by manufacturer and regulatory agencies will allow establishing the real risk of the accidental taking of Leflunomide during gestation.

1. Brent RL. Teratogen update: reproductive risks of leflunomide (Arava). A pyrimidine synthesis inhibitor: counseling women taking leflunomide before or during pregnancy and men taking leflunomide who are contemplating fathering a child. *Teratology* 2001; 63: 106-112.
2. Chakravarty EF, Sanchez-Yamamoto D, Bush TM. The use of disease modifying antirheumatic drugs in women with rheumatoid arthritis of childbearing age: a survey of practice patterns and pregnancy outcome. *J Rheumatol* 2003; 30: 241-246.
3. Pregnancy Outcome in Women Exposed to Leflunomide: The OTIS Autoimmune Diseases in Pregnancy Project C.D. CHAMBERS1,2, D.L. JOHNSON1, K.L. JONES1, The OTIS Collaborative Research Group 1 Department of Pediatrics, University of California San Diego, La Jolla, California, 2 Department of Family and Preventive Medicine, University of California San Diego, La Jolla, California.
4. Arava®. Departamento Médico. Dirección Científica. Laboratorios Aventis Pharma, S.A. Madrid, 2002.
5. Chakravarty E, Sánchez-Yamamoto D, Bush T. The Use of Disease Modifying Antirheumatic Drugs in Women with Rheumatoid Arthritis of Childbearing Age: A Survey of Practice Patterns and Pregnancy Outcomes. *J Rheumatol* 2003; 30 (Supl. 2): 241-246.
6. Janssen NM, Genta MS, The effects of immunosuppressive and anti-inflammatory medications on fertility, pregnancy, and lactation. *Arch Intern Med.* 2000; 160(5): 610-619.
7. Temprano KK, Bandlamudi R, Moore TL, Antirheumatic drugs in pregnancy and lactation. *Semin Arthritis Rheum* 2005; 35(2): 112-121.
8. Ramsey-Goldman R, Schilling E. Immunosuppressive drug use during pregnancy. *Rheum Dis Clin North Am* 1997; 23(1): 149-167.
9. Chambers CD, Tutuncu ZN, Johnson D, Jones KL. Human pregnancy safety for agents used to treat rheumatoid arthritis: adequacy of available information and strategies for developing post-marketing data. *Arthritis Res Ther* 2006; 8(4): 215.

A NON INFERIORITY CLINICAL TRIAL OF INTERMITTENT LEFLUNOMIDE, FOR EARLY ARTHRITIS

Abadi I, Perdomo N, Riera R

Universidad Carabobo. Clínica Guerra Méndez

OBJECTIVE: to evaluate the non inferiority, efficacy, safety, and tolerability of two Leflunomide regimens, daily versus weekly, in patients with Early Arthritis.

RESEARCH DESIGN AND METHODS: this was a 6 month, one center, randomized, double-blind, placebo-controlled study. A total of 45 patients with early arthritis were treated with either once-daily oral Leflunomide (20 mg) or weekly oral Leflunomide (100 mg) and a placebo (in double dummy fashion) was given for 6 months.

MAIN OUTCOME MEASURES: the primary efficacy variable was the percentage of patients who had > 20% improvement according to American College of Rheumatology (ACR) criteria (an ACR 20 or more, response) at 6months, with a non inferiority test's Delta value of 5% (0.05). Secondary outcome measures were 20% 50% improvement and 70% improvement according to ACR criteria (an ACR 20, ACR 50 response and an ACR 70 response, respectively), Total Joint Count difference (TJC), Swelling Joints Count differences (SJC), Health Assessment Questionnaire (HAQ DI) and DAS 28 differences.

RESULTS: in the Intent To Treat population, the percentage of patients who achieved a ACR 20 or more improvement was 68% in the Experimental group and 70% in the Control group, with a Absolute increase in Risk of 2% (-25.03%, 29.03%) and a NNH of 50 (CI 95% 3.4, Infinity), the difference between proportions was -0.0138 (IC 95% -0.2692 to 0.2967 by Farrington & Manning Score). The percentage of patients who had an ACR 20 response at 6 months was not different between the groups given 100 mg of Leflunomide than in the control group (13.63% and 8.69% P = 0.9589). Similar percentages of patients treated with 100 mg Leflunomide also achieved ACR 50 responses (31.8% vs. 43.47%; P = 0.6255) and ACR 70 responses (22.72% vs. 8.69 %; P = 0.3766) compared with patients who received Leflunomide 20 mgrs, respectively. Both treatments were also associated with significant reductions in pain, swelling, significant improvement in the quality of life and physician's and patient's global assessments, and significant reductions in disease activity, as assessed by objective laboratory and clinical measures.

CONCLUSION: although we could not establish non inferiority, (as the IC 90% includes the 0), the groups seems statistically similar in their results.

KEYWORDS: Intermittent OR weekly Leflunomide, early arthritis, clinical trial.

TWO WEEKS COURSE OF DOXYCYCLINE IN OA KNEE EFFUSION REDUCES THE RATE OF INTRA-ARTICULAR INJECTIONS

S. Shahram¹, M Mahshid², N Hamid³,
A Mohamadreza³

1 Internist-Rheumatologist. Assistant professor of Tabriz University of medical sciences, Iran.

2 General physician, Tabriz, Iran. Internal medicine.

3 Internist-Nephrologist. Assistant professor of Tabriz University of medical sciences, Iran.

OBJECTIVE: this study has evaluated the efficacy of Doxycycline in treatment of knee effusion due to osteoarthritis.

METHOD: we evaluated efficacy and safety of Doxycycline at 4 weeks in patients enrolled in this study. One hundred and six patients with osteoarthritis (OA) knee effusion were randomized to receive Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) with 2 weeks course of Doxycycline or placebo, and they were followed for one month. The patients treated with Celecoxib 200 mg/day at the time of enrollment and whole of the study, while they received no other anti-inflammatory drugs (such as corticosteroide) during the study. Our patients were divided in 2 groups, Doxycycline in doses of 100 mg/ twice per day were given to first group (55 patients) over the first 14 days of the study and placebo with the same schedule to the second group (51 patients).

Improved symptoms and signs for Doxycycline treated group were assessed by a significantly higher mean score from baseline to end of the treatment trial, compared with patients treated with placebo. Patients were examined weekly during the treatment period for one month. Signs and symptoms Assessments included recording of: visual analog scores (VAS) for pain; duration of stiffness; range of motion; local heat; change in knee circumference; Shrug test tenderness.

RESULTS: doxycycline produced a significantly higher response rate than placebo in treating OA knee effusions that were being treated with NSAIDs in decreasing joint effusion and also in improving pain and range of motion and Shrug test tenderness.

CONCLUSION: results of this study show the efficacy of Doxycycline in better and faster than placebo in controlling knee effusion and decreasing the need for intra-articular injections in OA knee effusion.

KEY WORDS: doxycycline, knee effusion, osteoarthritis.

TUBERCULOSIS EN PACIENTES TRATADOS CON ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA

A Rojas-Villarraga, CA Agudelo, R Pineda-Tamayo, A Porras, G Matute, JM Anaya

Corporación para Investigaciones Biológicas, Clínica Universitaria Bolivariana, Universidad del Rosario, Centro Cardiovascular Colombiano – Clínica Santa María. Medellín. Colombia.

PALABRAS CLAVE: tuberculosis, artritis, anti-TNF alfa.

OBJETIVOS: describir la presentación de tuberculosis (TB) en pacientes con enfermedades autoinmunes/inflamatorias (EAI) tratados con antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF).

METODOLOGÍA: estudio descriptivo, reporte de casos de tres centros asistenciales de tercer nivel de individuos con EAI en tratamiento con anti-TNF que desarrollaron TB y evaluados por el mismo grupo médico. Se evaluaron las características demográficas y clínicas mediante registro estructurado.

RESULTADOS: se describen seis pacientes (tres mujeres y tres hombres: tres con artritis reumatoide y tres con espondilitis anquilosante). La media de duración de la enfermedad fue de 6,3 (1-14) años. Cuatro pacientes recibieron previamente metotrexate y esteroides; uno recibió únicamente esteroides. Ninguno tenía antecedente de TB y cuatro tuvieron vacunación (BCG). Previo al inicio de anti-TNF, la prueba de tuberculina fue negativa en cuatro y en todos la radiografía de tórax fue normal. Sólo un paciente tuvo contacto con TB. Tres recibieron infliximab, dos adalimumab y uno etanercept. El intervalo entre la primera dosis del anti-TNF y el inicio de la TB fue de 18 (3-36) meses. Tres pacientes presentaron TB pulmonar y tres extrapulmonar (pericárdica, gastrointestinal y ganglionar). Luego de la suspensión del anti-TNF, el tratamiento anti-TB fue exitoso en los seis casos.

CONCLUSIONES: la aparición creciente en Colombia de casos de TB asociada al uso de agentes anti-TNF exige la necesidad de implementar guías y estrategias gubernamentales orientadas a la detección y profilaxis de la enfermedad en el grupo de pacientes que requerirán estos medicamentos, más aún cuando la presentación de la TB puede ser tardía e independiente de la prueba de tuberculina.

Misceláneos

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SARCOIDOSIS: REPORTE DE CASO

CJ Velásquez, L Candia, OJ Felipe, AL Zapata, R Pineda. Área de Reumatología, Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia.

REPORTE DE CASO: paciente de 64 años. Un año de evolución de parestesias en hemicara derecha, fenómeno de Raynaud, úlceras digitales, fiebre intermitente, pérdida de peso, hipoacusia, tos productiva escasa. Examen físico: esclerodactilia. Fenómeno de Raynaud trifásico severo. Severa neuropatía trigeminal derecha. Tos persistente. Paraclínicos: ANAS positivos (1:1280; patrón homogéneo); Anti-DNA positivo 1:160. No citopenias. Hipergammaglobulinemia. Normocomplementemia. ENAs

negativos. Anticuerpos anticardiolipinas negativos. LDH 860. HIV, hepatitis B y C: negativos. RNM cerebral: normal. Rx de tórax: Hilio pulmonar derecho prominente. TAC de tórax: múltiples adenopatías subcarinales. Biopsia por mediastinoscopia: granuloma no caseificante con coloraciones para BK y plata metenamina negativas. PPD 0 mm. Discusión: se destacan características atípicas de sarcoidosis: DNA positivo, esclerodactilia, neuropatía de V y VII pares craneanos.

INCIDENCIA DE HIPEROSTOSIS ESQUELÉTICA DIFUSA IDIOPÁTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS

DO Villegas, VE Agreda, LH Agreda
Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello,
Estado Carabobo, Venezuela.

RESUMEN: la hiperostosis esquelética difusa idiopática fue descrita por Forestier-Rotes-Querol en 1950. Resnick definió los criterios radiológicos en 1976. Es más frecuente en varones añosos; su prevalencia varía de 4 a 28% según trabajos actuales. Se le ha relacionado con disturbios metabólicos como diabetes mellitus, hiperuricemia y obesidad.

OBJETIVO: demostrar la presencia de la hiperostosis esquelética difusa idiopática en pacientes diabéticos que ingresan por la red de diabetes del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, en mayo-octubre de 2004. Se evaluaron 55 pacientes, 32 hombres y 23 mujeres, con edades entre 55 y 64 años. El diagnóstico se estableció según criterios de Resnick, se realizó cálculo de parámetros muestrales, con escala de medición nominal, numeral y ordinal según el caso. La presencia de la hipertrosis esquelética difusa idiopática en la muestra estudiada fue de un 58%. Se asoció significativamente con las siguientes variables: sexo masculino 56%, edad mayor a 55 años, diabetes mellitus tipo 2 78%, dislipemia 84% y obesidad 72%.

PALABRAS CLAVE: hiperostosis esquelética difusa idiopática, dislipemia y obesidad.

IMPORTANCIA E IMPACTO DE UNA FUNDACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS (FUNPAR)

G Romero, A Rojas-Villarraga, JM Anaya
en representación de FUNPAR

Fundación para el Paciente con Artritis, Antioquia (FUNPAR), Corporación para Investigaciones Biológicas, Universidad del Rosario, Medellín, Colombia.

OBJETIVOS: analizar las actividades de una fundación de pacientes con artritis y enfermedades relacionadas, estableciendo una proyección del impacto y beneficio.

METODOLOGÍA: estudio observacional, transversal, comunitario. Se incluyeron los pacientes asociados a FUNPAR (n=1500), seguidos desde 1998 hasta junio de 2006. Se realizaron actividades dirigidas a pacientes con enfermedades reumáticas tales como jornadas educativas (JE), talleres de motricidad (TM), pruebas de tamizaje para osteoporosis (PTO) e hidroterapia, encaminadas a disminuir la carga de la enfermedad. Evaluación de participantes en las actividades utilizando estadísticas descriptivas. Análisis del subgrupo de pacientes en hidroterapia. Se desarrolló un análisis hipotético del impacto en la carga de la enfermedad calculando los años de vida saludable perdidos (AVISA) por la intervención, con referencia al indicador previo de la ciudad del estudio.

RESULTADOS: 60% de los asociados presentaron artritis reumatoide (AR), 10% lupus eritematoso sistémico, 2% síndrome de Sjögren, y 28% artrosis, fibromialgia y otras enfermedades reumáticas. Se realizaron 20 JE (3/año) con 9480 asistentes (1354/año); 10 TM con 1000 asistentes (100/taller) y 554 PTO. Se orientó la obtención por medios legales de medicamentos para disminuir la mortalidad en 120 pacientes con AR. Se realizaron 60 hidroterapias/año con evaluación inicial y final de la fuerza, dolor y función articular; el 98% (n=59) disminuyó el dolor, el 97% (n=58) aumentó la fuerza y el 96% (n=58) mejoró la capacidad biomecánica articular. Las enfermedades musculoesqueléticas generan 53 AVISA por muerte prematura/1000 habitantes y 160 AVISA por discapacidad/1000 habitantes en la ciudad del estudio. La proyección de la disminución de este indicador según la intervención de FUNPAR sería 79 y 240 años menos de vida saludable perdidos.

CONCLUSIONES: las fundaciones de pacientes con artritis y enfermedades relacionadas ejercen un impacto benéfico sobre la educación y calidad de vida de los afiliados y pueden disminuir los AVISA.

ASOCIACIÓN ENTRE GOTA Y SÍNDROME DE DOWN. PRESENTACIÓN DE UN CASO

CE Toro, JJ Medina, PX Coral, J Mejía, F Rondón,
A Iglesias-Gamarra, JF Restrepo
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

OBJETIVO: la asociación de gota y síndrome de Down (SD) es poco frecuente a pesar que ambas enfermedades son comunes en la población general. Más interesante aún es el hecho que la hiperuricemia si es una característica frecuente de las alteraciones metabólicas del SD.

MATERIALES Y MÉTODOS: descripción de un caso que relaciona la gota y el SD y revisión de la literatura.

RESULTADOS: hombre de 35 años de raza blanca con SD y artritis de tres años de evolución, inicialmente del quinto y luego del primer dedo del pie izquierdo, con nódulos subcutáneos en tobillo izquierdo. En radiografía se encontró osteolisis severa del primer y quinto dedo del pie izquierdo. Se descartó patología tumoral mediante gammagrafía ósea y valoración por oncología ortopédica. Posteriormente encontramos ácido úrico elevado (9mg/dL) y factor reumatoide positivo (24 U/mL). El análisis del líquido extraído de uno de los nódulos reveló cristales de ácido úrico, confirmando así el diagnóstico.

CONCLUSIONES: este caso hace parte de los pocos informes de gota y SD en la literatura. Su presentación es inusual tanto por el inicio en el quinto dedo, como por la severidad misma que obligó a descartar neoplasia y motivó un retraso diagnóstico. No es claro por qué el desarrollo de gota en pacientes con SD es infrecuente.

COMPROMISO DE VÍA AÉREA SUPERIOR EN POLICONDRITIS RECURRENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN

CE Toro, JF Restrepo, F Rondón, A Iglesias-Gamarra, CA Cañas
Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

OBJETIVO: describir el compromiso de la vía aérea superior (VAS) como manifestación inicial de la policondritis recurrente (PR).

MATERIALES Y MÉTODOS: informe de caso y revisión de la literatura.

RESULTADOS: descripción de un caso de una mujer de 20 años de raza blanca con PR severa con compromiso laringotraqueal como manifestación inicial de la enfermedad. La paciente consultó por tos, disfonía y estridor. Se evidenció estenosis subglótica importante y por incapacidad para intubación endotraqueal se realizó traqueostomía. La biopsia de la lesión estenótica reveló inflamación inespecífica. La evaluación serológica fue negativa. Dos semanas después la paciente desarrolló condritis auricular bilateral, hallazgo con el cual se realizó el diagnóstico de PR. Cinco días después del inicio de corticoides a dosis altas, se pudo ocluir temporalmente la traqueostomía, retirándola definitivamente a los dos meses.

CONCLUSIONES: el compromiso de VAS en PR es una característica poco frecuente que se puede encontrar hasta en el 20% de los casos de PR. En este caso, el uso de corticoides en dosis altas permitió una pronta resolución de la obstrucción de VAS.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE OSTEOPOROSIS EN LA CADERA Y/O COLUMNA

S Nazzari Romero¹, S Nieves Maldonado¹, O Rodríguez Fonseca¹, R Vargas Duque¹, C Caballero Uribe¹, J Jaller Raad²

1 Unidad de Reumatología, Hospital Universidad del Norte.

2 Centro de Reumatología y Ortopedia.

OBJETIVO: determinar si los factores de riesgo asociados a la presencia de osteoporosis en la cadera difieren de aquellos relacionados con la presencia de osteoporosis en la columna.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio retrospectivo de casos y controles, realizado con las pacientes que se practicaron densitometría

ósea en el Centro de reumatología y ortopedia de Barranquilla en junio 2006 - mayo 2007, en pacientes con posmenopausia temprana con disminución de DMO en columna y/o cadera. Se dividieron en dos grupos de 200 pacientes cada uno, entre casos de inicio de osteoporosis en cadera y los de inicio en columna. El manejo estadístico se realizó mediante determinación de asociación con OR e intervalo de confianza del 95%, chi cuadrado y *p*. El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 13.

RESULTADOS: las edades de 55-58 años y 59-62 se asociaron con inicio de OP en cadera. Relacionando antecedentes familiares de OP con inicio en cadera, hubo asociación débil. Se encontró asociación de inicio de osteoporosis en cadera con la edad de menarquia entre 9 y 10 años. No hubo diferencias en otros factores de riesgo.

CONCLUSIONES: en este estudio no encontramos diferencias entre los factores de riesgo asociados a osteoporosis de columna y/o cadera en la población estudiada con excepción de una asociación mayor de OP en cadera con la edad de 55 a 62.

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA BASE DE DATOS ORIENTADA AL SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE ACUDEN AL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE. BARRANQUILLA

CV Caballero-Uribe, L Causal, D Rodríguez,
H Montoya, LM Alonso

Unidad de Reumatología. Hospital Universidad del Norte.

OBJETIVO: diseñar e implementar una base de datos orientada al estudio longitudinal de pacientes con artritis reumatoide que asisten al Hospital Universidad del Norte.

MATERIALES Y MÉTODOS: innovación tecnológica. Fuente de información: primaria. Archivos planos: PPS, HAQ, DAS 28 y clinimetría. Para la realización del software se utilizaron los programas My SQL, el lenguaje de programación PHP y Flash. El cliente-servidor es un equipo clon con un procesador de AMD ATLHON de 2.4 GHZ, con una memoria RAM de 512 Mb, tres discos duros de 1.40 GB, 120 GB, 110 GB, una tarjeta de video G-FORCE de 128 Mb, monitor de 17" IBM, MODEM USB con una conexión ADSL de 128 KBPS. El trabajo se efectuó por fases. La primera fase partió de la recolección de la información, su análisis y su posterior validación. La segunda fase consistió en elaborar la disposición de la información en los formularios planos y de cómo sería presentada. En la tercera fase se tuvieron en cuenta factores como lenguajes de programación, software de base de datos y el hardware.

RESULTADOS: desarrollo de la base de datos y las interfases gráficas del software.

CONCLUSIONES: el desarrollo de un software para el manejo de información es muy complejo, ya que se presentan muchas dificultades a la hora de su diseño. Se debe alimentar en tiempo real los datos básicos del paciente al momento de hacerle consulta de primera vez. Hacer los backups convenientes a la base de datos de manera diaria o mensual, dependiendo del volumen de datos que se manejen por período de trabajo. Controlar el acceso al programa. Solamente deben entrar al software las personas que estén autorizadas para hacerlo, no se debe entregar los usuarios y contraseñas a personas ajenas al entorno de trabajo.

CALIDAD DE VIDA Y DESESPERANZA EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA

VE Agreda, LH Agreda, DO Villegas

Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela.

RESUMEN: la Artritis Reumatoidea (AR), representada por 0,3% de la población, ocupa el segundo lugar como motivo de consulta del adulto mayor.

OBJETIVO: estudiar la calidad de vida, nivel de desesperanza y socioeconómico en 42 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide acorde a los criterios del Colegio Americano de Reumatología.

MÉTODO: investigación de tipo transversal de campo, no experimental con aplicación de cuestionarios: AIMS (Artritis Impact Measurement Scale), índice de desesperanza aprendida (AHI) y Graffar Méndez Castellano.

RESULTADOS: 65,45% algunas veces son capaces de realizar actividades de forma independiente; 49,52% algunas veces logran realizar ejercicios; 48,09% algunas veces realizan movimientos finos; 50% presentan algunas veces dolor articular; 44,21% algunas veces lavan, cocinan y limpian sus hogares; 40,47% se sienten tristes, desanimados e insatisfechos con su vida y casi nunca mantienen relaciones sexuales. Índice de desesperanza con puntuación promedio de 28 dada por el 66%. El 54,76% de los encuestados pertenecen al estrato socioeconómico IV; la educación primaria como grado de instrucción de mayor frecuencia 76,19%.

PALABRAS CLAVE: artritis reumatoide, calidad de vida, AIMS, desesperanza y graffar.

POLICONDRIITIS RECURRENTE.

ANÁLISIS DE 19 CASOS EN COLOMBIA

CE Toro, MA Quintana, CA Cañas, CV Caballero,
RD Mantilla, C LaTorre, N Casas, F Rondón,
JF Restrepo, A Iglesias-Gamarra.

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

JUSTIFICACIÓN: la policondritis recurrente (PR) es una enfermedad poco frecuente de la cual en Suramérica no se ha publicado ninguna serie de casos.

OBJETIVO: describir el comportamiento clínico y paraclínico de la PR en la población colombiana y comparar nuestros resultados con otras series publicadas.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio descriptivo observacional de 19 casos de PR presentados en cuatro centros de reumatología del país durante los últimos 10 años. Se obtuvo la frecuencia de todas las manifestaciones de la enfermedad y se compararon los hallazgos con nueve series de pacientes con PR publicadas en la literatura hasta el 2007.

RESULTADOS: respecto a otras series publicadas, se encontró una menor frecuencia de artritis (21%), compromiso ocular (10%) y dermatológico (10%). No se observó compromiso cardiovascular en nuestra serie. La mortalidad fue del 10% por complicaciones asociadas a la PR.

CONCLUSIONES: presentamos la serie de casos de PR más grande que se ha publicado en Latinoamérica. El comportamiento de la PR es diferente en Colombia. A diferencia de otras series, encontramos una clara predominancia del género femenino, el compromiso extracartilaginoso es menos frecuente y la condritis auricular es nuestra manifestación inicial más importante. Estos hallazgos podrían ser el reflejo de diferencias genéticas, inmunológicas o ambientales.

ASOCIACIÓN DE ACTIVIDAD LÚPICA Y EL RIESGO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN MEDELLÍN

L A Ramírez, J Velásquez, P Granda, C Builes, F Jaimes.
HUSVP, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Los pacientes con LES tienen una mayor morbilidad y mortalidad (bimodal) que la población general dada por actividad inflamatoria e infección.

El objetivo de este estudio fue determinar los factores asociados con infección nosocomial en LES. Es un estudio de cohorte prospectivo y descriptivo de los pacientes hospitalizados con LES entre los años 2001 y el 2004.

RESULTADOS: 123 pacientes con 155 hospitalizaciones con promedio (X) de edad de 27,7 años y un tiempo de diagnóstico de 27,8 años (0-300); con X de SLEDAI de 14,7±9,9. Presentaron infección nosocomial el 30,9% de los pacientes para un total de 69 eventos. En el modelo de regresión logística múltiple tuvieron asociación: mayor tiempo de internación (OR 5,16), bolos de metil prednisolona (MPDN) (OR 3,95), alta mediana de SLEDAI (OR 4,43), IRC (OR 5,44) y dosis < 20mg de prednisona como factor protector (OR 0,16). Los pacientes infectados presentaron una mayor mortalidad (*p*<0,001). La infección se localizó en tracto genito-urinario en 37,7%, en sangre 26,1% y 11,6% pulmón, entre otros.

CONCLUSIÓN: en esta población de pacientes lúpicos casi la tercera parte presentaron infección nosocomial que puede ser severa y causa una mayor mortalidad. La infección se asoció con más alta actividad de la enfermedad, bolos de MPDN, IRC y mayor estancia hospitalaria.

FILOGENIA DE LA OSTEOPOROSIS

G Riera Espinoza

Filogenia y ontogenia son dos conceptos aferrados a la historia de la existencia de los seres biológicos; cuando hablamos de la evolución de la especie nos referimos a filogenia y cuando hablamos del individuo eso es ontogenia. Bien, cuando volvemos la vista atrás para ver quiénes somos, encontraremos muchas razones de por qué somos de una determinada manera y por qué nos comportamos como conocemos. Hace muchos, pero muchos millones de años, cuando sólo existía una atmósfera primitiva, no hubo quien ni siquiera soñara con que en la actualidad debíamos explicar cómo son los huesos y por qué se fracturan. Esa gigantesca rueda de la evolución echó a andar mezclando, excluyendo, evitando, transformando, modificando y generando seres de diversa índole adaptados a un determinado medio y a una determinada función.

Esa verdad fue así desde antes y es así ahora. Alcanza a todas las estructuras biológicas y eso incluye al sistema óseo.

Al inicio, desde los coacervados, no había huesos que fracturarse y eso se prolongó 1100 millones de años, hasta la aparición de seres unicelulares. Desde allí, las transformaciones fueron gigantes y pasamos por seres pluricelulares, con tejidos y al fin llegaron los órganos, pero siempre imbuidos en un mundo acuático que no ameritaba estructuras corporales altamente resistentes porque no había fracturas y transcurrieron otros 3000 millones de años. Siglo tras siglo decidimos salir del agua y es en ese entonces que ocurre una transformación grandiosa que culmina con la formación de esqueletos calcificados. Es así como parte del pago por respirar del aire atmosférico y conquistar territorios distantes lo constituyó el hecho de que los huesos debieron adaptarse a ser resistentes y al mismo tiempo livianos.

La estructura ósea es exactamente igual en casi todos los animales, siempre obedece a la misma premisa: los huesos deben ser eficientes a una determinada acción, la cual es ser una palanca que no se rompa, y esa es toda la historia. Esta estructura deberá ser resistente a la

deformación ya que nada que no se deforme primero se rompe, y a la vez si se deforma debería volver a su forma original al cesar la fuerza. Y allí comenzó la carrera de las diversas especies por diseñar huesos muy livianos en animales que vuelan, pero poco resistentes a cargas, pero también huesos muy rígidos y con mucha resistencia que soportaban grandes cargas como en los dinosaurios.

Transcurrieron muchos otros siglos y las especies siguieron evolucionando, pero con los mismos principios de su estructura ósea siempre ha sido igual. Entonces llegamos a la encrucijada de los primates y más adelante a ese gran éxito de la evolución como fue la bipedestación hace apenas dos mil millones de años, cuando se trasladaron las cargas a la articulación de la cadera la cual no estaba acostumbrada a ello al caminar los animales predecesores en cuatro patas y ¿por qué? Porque simplemente no hacía falta. El secreto siempre ha sido el mismo para la construcción de los huesos de cualquier especie: colocar el menor material posible, de la mejor calidad disponible y organizado de la manera más eficiente para resistir cargas y lograr la clave del éxito: no romperse.

Los humanos somos en cierta forma un resumen de la historia de la evolución y es como así se imbrican de manera hermosa la filogenia con la ontogenia, y esa carrera de cada especie concluye en el Homo sapiens, en donde la ontogenia nos explica como pudimos construir huesos muy, pero muy rígidos, pudiéramos decir exageradamente rígidos como los huesecillos del oído, los cuales si se sometieran a cualquier mínima torsión se fracturarían, y lo peor es que no se pudieran reparar porque su remodelado es casi inexistente. Qué importa si no es flexible, ellos solo transmiten vibraciones y qué importa que no se remodelen si nunca se fracturarán, ni siquiera tendrán microfracturas, las cuales son el evento que activa al remodelado. De igual forma aprendimos a crear huesos como mucha capacidad de deformación para soportar torsiones del tronco como el hueso trabecular de las vértebras, pero que es mucho menos rígido.

La naturaleza tiene un secreto que es mantener la menor masa ósea con la mejor distribución posible, facilitada con una calidad admirable dedicada a que la función de cada hueso sea lo más eficiente orientada a una función particular. La inteligencia de los médicos debe ser preservar esas características de esa manera. Lamentablemente rompimos muchas reglas de la filogenia durante los últimos miles de años y esta no se ha podido adaptar, en consecuencia los huesos en la actualidad se rompen. Esto nos lleva a poder concluir que la osteoporosis es simplemente un defecto de la filogenia.

RESÚMENES REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

NEUROFIBROMATOSIS RELACIONADA CON ARTRITIS JUVENIL. Reporte de un caso AS Díaz-Maldonado¹, C Núñez²

1 Pediatra Reumatóloga Instituto Roosevelt, Clínica San Rafael.
2 Residente III pediatría Universidad Militar, Clínica San Rafael.

RESUMEN: se presenta el caso de una paciente adolescente, con seis meses de flogosis, dolor y limitación funcional poliarticular acompañado de síntomas constitucionales, quien adicionalmente desde la infancia, presentaba aparición de manchas café con leche que aumentaban en número y tamaño. Durante su hospitalización se logran establecer los diagnósticos de neurofibromatosis y artritis idiopática juvenil.

La neurofibromatosis es una enfermedad genética progresiva con expresividad variable, que afecta los tejidos que derivan del neuroectodermo y mesodermo. Se ha asociado a tumores de SNC y alteraciones oftalmológicas, dermatológicas, óseas y gastrointestinales, pero no hay reportes en la literatura de su relación con artritis juvenil. **PALABRAS CLAVE:** neurofibromatosis, artritis, artritis idiopática juvenil, artritis reumatoidea juvenil.

AFECCIÓN CARDIACA EN ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN PACIENTES ATENDIDOS EN MEDELLÍN

AL Zapata-Castellanos¹, R Eraso², JC Jaramillo³,
C Aguirre⁴, H Trujillo⁵, JM Anaya⁶
1. CUB-UPB. 2 UdeA, HUSVP, HPTU. 3 HGM.
4. UdeA, HUSVP. 5. CIB. 6 BCI, CIB.

En la enfermedad de Kawasaki (EK) el diagnóstico y tratamiento oportunos son fundamentales para prevenir la afección de coronarias (AC).

OBJETIVO: describir las características de pacientes con EK y explorar los factores de riesgo para afección cardíaca.

MÉTODOS: estudio retrospectivo, multicéntrico, de 48 pacientes con EK, atendidos entre enero de 1998 y diciembre de 2006. Se registraron variables demográficas, clínicas y presencia de afección cardíaca por ecografía al diagnóstico de la enfermedad. Análisis estadístico: prueba de Mann-Witney y regresión logística.

RESULTADOS: 66,6% masculinos, edad 29,6 (3-119) meses. Siete con manifestaciones atípicas y seis EK incompleta. 87% recibieron gammaglobulina. La afección cardíaca se presentó en trece (27%) pacientes; cinco, exclusivamente AC; tres, otras manifestaciones cardíacas sin AC, y cinco, AC asociadas a pericarditis, miocarditis, arritmias o valvulitis. Las variables que intervinieron en el desarrollo de AC fueron: edad (OR: 0,91; IC 0,84-0,99; p 0,04) y tiempo de evolución hasta el diagnóstico (OR 1,20; IC 1,04-1,39; p 0,01).

CONCLUSIONES: la afección cardíaca en EK en nuestro medio es más frecuente que lo reportado en la literatura y se asocia con la menor edad y el retraso en el diagnóstico.

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE JUVENIL Y TAQUICARDIA POSTURAL

AL Zapata, M Martínez, L Candia, CJ Velásquez,
OJ Felipe, Pineda R
Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia.

OBJETIVO: describir un caso de espondilitis anquilosante juvenil (EAJ) y síndrome de taquicardia postural (POTS).

CASO: 16 años, femenino. Dx de EAJ en 2/2006. En 5/2006 mareo, náuseas, palidez y palpitaciones. En 1/2007 dolor torácico, fiebre, disnea, síntomas vagales, cefalea intensa, fotopsias, hipotensión y taquicardia posturales. En tratamiento con infliximab (5 mg/kg/dosis, inició: 9/2006), metotrexate, ácido fólico, AINES y prednisolona. Apendicectomía en 12/2006. Inicialmente leucocitosis y neutrofilia (21000/mm³) y PCR 6,9 mg/dl. Evaluación por psiquiatría, algología, otorrinolaringología, oftalmología y neurología sin Dx. Además, TAC de tórax y RNM de SNC normales; quimiocitológico, cultivos y manometría de LCR normales; electrolitos, TSH y cortisol normales; prueba de mesa basculante: síncope neuralmente mediado y taquicardia sinusal inapropiada.

Manejo del dolor con múltiples analgésicos y coadyuvantes e infiltración de puntos gatillo. Realizado Dx de POTS, evolucionó con mejoría progresiva y tres meses después presenta aproximadamente tres episodios similares por mes y continúa en seguimiento.

CONCLUSIÓN: se describe la asociación entre EAJ y POTS, se llama la atención para Dx diferencial con infección y la presencia de síntomas inusuales en POTS (fiebre y leucocitosis).

POLIAUTOINMUNIDAD EN PEDIATRÍA

CE Olmos, P Durán, AM Salazar
Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia.

OBJETIVO: ilustrar con tres casos la experiencia pediátrica en síndrome autoinmune múltiple en una institución de cuarto nivel.

JUSTIFICACIÓN: las enfermedades autoinmunes son procesos heterogéneos de expresión clínica variable. La presentación de varias de estas condiciones en un mismo paciente y en su familia sugiere un origen común y una inmunopatogénesis similar.

MÉTODOS Y RESULTADOS: presentamos tres casos pediátricos evaluados en el año 2006, los cuales ilustran la presentación de varias enfermedades autoinmunes en cada uno de ellos. El primer caso es una niña de 11 años con diabetes mellitus tipo 1, tiroiditis autoinmune y probable lupus eritematoso sistémico. El segundo caso es un niño de 10 años con diabetes mellitus tipo 1, tiroiditis autoinmune y poliartritis idiopática juvenil. El tercer caso es una niña de 10 años con esclerosis sistémica juvenil, vitiligo y enfermedad mixta del colágeno no diferenciada. Los casos 1 y 3 tienen franca historia familiar de enfermedades autoinmunes, desconocidas en el caso 2 por ser adoptado.

DISCUSIÓN: presentamos tres casos de poliautoinmunidad en la edad pediátrica siendo la diabetes mellitus tipo I y la tiroiditis autoinmune las condiciones más frecuentes y conocidas como enfermedades "chaperonas" de la autoinmunidad. La identificación temprana y su seguimiento permiten la prevención secundaria y la reducción de complicaciones y secuelas.

FIEBRE REUMÁTICA EN LA INFANCIA. EXPERIENCIA CLÍNICA

GE Castillo, M de P Gómez
Servicio de Reumatología Pediátrica. Clínica Rafael Uribe Uribe.
ESE Antonio Nariño. Cali, Valle.

La fiebre reumática en la infancia se produce fundamentalmente por el estreptococo beta hemolítico del grupo A y compromete varios sistemas, dejando secuelas cardíacas.

OBJETIVO: revisar las historias clínicas de 21 pacientes que asistieron al servicio de Reumatología Pediátrica en la Clínica Rafael Uribe Uribe. Cali, Valle, en el periodo comprendido entre enero del 2000 y marzo del 2007, que cumplieron con los criterios diagnósticos de JONES.

MATERIALES Y MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de las historias clínicas de 21 pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos de JONES los cuales eran menores de 14 años y asistieron al servicio de Reumatología Pediátrica de la Clínica Rafael Uribe Uribe, ESE Antonio Nariño.

RESULTADOS: la edad promedio de inicio fue de 10,3 años con un rango de 5-14 años. Con predominio del sexo femenino en el 57 % de los casos, y una relación de 2:1.

Con respecto al tiempo de evolución de los síntomas predominó en menos de una semana en el 38% de los casos. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre 52,4%, artralgias migratorias 42,2%, disnea 19% y dolor abdominal 4,8%. Los signos clínicos más frecuentes fueron soplos 57%, carditis 52,4%, poliartritis migratoria 33,3%, movimientos coreicos 19%, nódulos subcutáneos 14,3%, este último de presentación en miembros inferiores, cuello y en región paravertebral. Se presentó un caso de dolor abdominal, carditis severa con pericarditis y taponamiento cardíaco que se resolvió con ventana pericárdica y bolos de metilprednisolona.

Los hallazgos de laboratorio mostraron: VES elevada 95,2%, PCR elevada 85,7%, ASTOS positivos 85,7%, EKG alterado 19%. En el ecocardiograma se encontró que el 80,9% tenían insuficiencia mitral,

y de estos el 59% tenían insuficiencia moderada; sólo se encontró un caso de hipertensión pulmonar.

Con respecto al tratamiento médico, el 24% recibieron prednisolona y luego aspirina y el 62% recibieron únicamente aspirina. El tratamiento anticongestivo se dio en un 61,9%.

CONCLUSIONES: las manifestaciones clínicas encontradas en esta revisión no difieren de lo reportado en la literatura internacional; sin embargo, hubo un paciente que presentó un cuadro clínico inicialmente atípico, y esto nos hace concluir que no siempre para hacer dx de fiebre reumática los criterios de JONES no están presentes.

ARTERITIS DE TAKAYASU, EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

CE Olmos, I Bernal

Fundación Cardio-Infantil. Bogotá D.C., Colombia.

OBJETIVOS: presentar un caso de arteritis de Takayasu en pediatría, con respuesta favorable a terapia con Infliximab 2.

JUSTIFICACIÓN: la arteritis de Takayasu es una vasculitis granulomatosa, severa, de grandes vasos, poco común durante la edad pediátrica, cuyo curso es impredecible y requiere de un manejo multidisciplinario. Su diagnóstico es generalmente tardío, y se cuenta con escasa experiencia en cuanto a su manejo en niños.

MÉTODOS: adolescente femenina, con diagnóstico de arteritis de Takayasu de aproximadamente dos años de evolución, y con historia de stents por estenosis en múltiples sitios, quien venía sin manejo antiinflamatorio regular previo. Con sintomatología persistente y activa, especialmente dada por cefalea. Laboratorios con anemia moderada, sin elevación de reactantes de fase aguda y ANCAS negativo.

RESULTADOS: dada la actividad clínica y paraclínica de la enfermedad, se decide dar manejo con corticoesteroides orales a altas dosis y se inicia Infliximab, obteniéndose disminución de la sintomatología.

CONCLUSIONES: se trata de un caso de arteritis de Takayasu, sin un manejo antiinflamatorio regular; sin embargo, durante el tratamiento con Infliximab ha tenido estabilización clínica y paraclínica. Actualmente en seguimiento con angiografía.

CALCINOSIS UNIVERSAL ASOCIADA A DERMATOMIOSITIS JUVENIL. Reporte de dos casos

J Gómez, G Beltrán. Universidad Nacional de Colombia.

Fundación Hospital de la Misericordia.

OBJETIVOS: determinar la presencia de calcinosis como complicación tardía de dermatomiositis juvenil (DMJ) y describir los factores asociados a esta.

JUSTIFICACIÓN: la DMJ es una enfermedad de baja ocurrencia que puede presentar complicaciones como la calcinosis que llevan a incapacidad funcional en un porcentaje importante de casos. Esta complicación puede confundirse con otras entidades, lo que puede retardar el diagnóstico y manejo oportunos.

METODOLOGÍA: se revisaron las historias clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de DMJ de los últimos cinco años utilizando un formato previamente diseñado para análisis de datos clínicos, hallazgos paraclínicos, tratamiento y evolución.

RESULTADOS: se encontraron un total de cinco pacientes con diagnóstico de DMJ. De estos se identificaron dos casos de calcinosis universal. En un caso se realizó diagnóstico oportuno de DMJ pero recibió tratamiento irregular durante los primeros tres años de la enfermedad, posterior a lo cual inició manifestaciones de calcinosis. El segundo caso presenta debilidad muscular moderada y alteraciones de piel típicas de DMJ durante cuatro años antes del diagnóstico de la enfermedad; ingresa con calcinosis diseminada como motivo de consulta. Ambos casos presentan limitación funcional importante y contracturas en flexión de grandes articulaciones.

DISCUSIÓN: estos casos reflejan la frecuente aparición de calcinosis en DMJ y su relación con la actividad inflamatoria persistente de la enfermedad. Se muestra la importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos para evitar incapacidad funcional en relación con la enfermedad.

PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EN NIÑOS

MP Gómez

Clínica Rafael Uribe Uribe, Cali – Valle, Colombia.

La Púrpura de Henoch-Schönlein es la vasculitis sistémica más común en la infancia. De ahí, la importancia de conocer las manifestaciones clínicas observadas en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS: se incluyeron 13 niños que cumplieron con los criterios diagnósticos propuestos por el Colegio Americano de Reumatología, que asistieron al servicio de Reumatología Pediátrica en la Clínica Rafael Uribe Uribe, ESE Antonio Nariño, en el periodo comprendido de enero de 2002 a diciembre de 2006.

RESULTADOS: la edad promedio de inicio fue 6,2 años. Hubo predominio del sexo femenino (54%). La mayoría tenían menos de siete días de evolución a su ingreso (85%). Las manifestaciones clínicas fueron: púrpura (100%), artralgias (92%), artritis (77%). Compromiso renal (38%), dolor abdominal (31%), hemorragia intestinal (23%). Los resultados de laboratorio mostraron: anemia (15%), VES elevada (77%), PCR elevada (38%), IgA elevada (15%). Se manejaron con analgésicos (31%) y Prednisolona (69%), con buena respuesta clínica. La recurrencia ocurrió en el 8% y no hubo casos de insuficiencia renal.

CONCLUSIONES: los resultados no difieren con lo referido en la literatura, y fueron pocos casos reportados, ya que al ser, una enfermedad que generalmente se auto-limita, en algunos casos no se remite a los centros de tercer nivel para manejo y seguimiento del mismo.

KAWASAKI ATÍPICO, TRES CASOS DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

HC Durango, HD Gallego, A Parra, MP Uribe,

MR Delgado, AL Zapata-Castellanos

C.U.B, U. P. B., Medellín, Colombia.

OBJETIVOS: describir tres casos con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki (EK) con características atípicas o de difícil diagnóstico.

Caso 1: nueve meses, masculino. Primero y segundo días de hospitalización: cuadro febril de ocho días de evolución, rigidez de nuca, exantema, edema facial y en guante y TPT prolongado; cuarto día: convulsiones focales; séptimo día: febril, soplo sistólico; noveno día: descamación clásica, hipercolesterolemia; décimo día: gamaglobulina (IVIg) y ecocardiograma: dilatación de coronarias. **Caso 2:** siete años, femenino. EK seis meses atrás (fiebre de un mes y previo diagnóstico de sinusitis). Primer día de hospitalización: mes y medio de fiebre, sinusitis confirmada por tomografía, sin respuesta a antibiótico oral, inicia ceftriaxona; segundo y tercer día: exantema, adenopatías cervicales, lengua en fresa, conjuntivitis; quinto día: afebril, descamación pies, paraclínicos no sugestivos de EK, ecocardiografía normal, biomicroscopia: uveítis anterior bilateral. **Caso 3:** cuatro años, masculino, primer día de hospitalización: quince días de adenopatías cervicales, siete días de fiebre, exantema, conjuntivitis y edema en guante; tercer día: aftas en mucosa oral, IVIg; quinto día: permanecen aftas, afebril, ecocardiografía: ectasia de la circunfleja.

CONCLUSIONES: las manifestaciones atípicas y la lenta evolución de los síntomas en la EK retrasan un diagnóstico oportuno.

ESPONDILOARTROPATÍA JUVENIL

MP Velásquez, R Eraso

Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Hospital Pablo Tobón Uribe; Medellín, Colombia.

La espondiloartropatía juvenil (EAJ) es una familia de enfermedades caracterizada por entesitis y artritis con una predilección por miembros inferiores y afección del esqueleto axial, aunque en la edad pediátrica la columna y articulaciones sacroilíacas se comprometen tardíamente en el curso de la enfermedad.

OBJETIVO: describir las manifestaciones clínicas de una cohorte colombiana de pacientes con EAJ.

METODOLOGÍA: se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 38 pacientes de dos instituciones de Medellín.

RESULTADOS: el 68% fueron hombres y el 32% mujeres. El promedio de edad fue 11,8 años (mayores de ocho años al inicio el 81,5%). El patrón de inicio fue oligoarticular en el 52,6%, monoarticular en 15,7% y poliarticular en el 10,5%. En siete pacientes la entesitis fue la única manifestación inicial y en un paciente inicio axial aislado; durante el seguimiento (x 29 meses) el 31,5 % desarrollaron compromiso axial. Rodilla y/o tobillo se afectó en el 76,3% y tendón de Aquiles y/o fascia plantar en el 50%. Se encontró compromiso extraarticular en 14 pacientes (36,8%), 7 ocular, 2 gastrointestinal, 2 genital y 3 en piel. De 14 pacientes a los que se realizó HLA B27 se encontró positivo en el 85%. Al final del seguimiento el diagnóstico fue espondiloartropatía no diferenciada o síndrome artritis entesitis en 63,1%, espondilitis anquilosante juvenil en 21%, artritis reactiva en 7,8% y psoriasis en 7,8%.

CONCLUSIÓN: las manifestaciones son similares a la literatura excepto por un mayor porcentaje de compromiso axial a los dos años 31,5% vs. 15%.

MIOPATÍA INFLAMATORIA JUVENIL (MIJ): COMPARACIÓN DE DIFERENTES SERIES

MP Velásquez Méndez, LA Ramírez

Hospital Universitario San Vicente de Paúl

La dermatomiositis juvenil es el 85% de las miopatías en los niños; es una enfermedad poco frecuente con una incidencia de dos a cuatro casos por millón.

Nuestro objetivo fue ver las manifestaciones clínicas de una serie de pacientes con MIJ y compararlas con los datos reportados en Rochester, San Pablo, India y París.

Se revisaron las historias clínicas de 23 pacientes encontrándose un promedio de edad de 10,25 años (3-16), predominio del sexo femenino en el 60% de los casos.

Todos los pacientes presentaron debilidad muscular proximal pero solo el 78,2% tenían elevación de CPK.

MANIFESTACIÓN CLÍNICA	%
Gottron	78,2
Heliotropo	60
Eritema Facial	56,5
Raynaud	30,4
Úlceras cutáneas	34,7
Calcinosis	17,3
Artritis	4,3
Pulmonar	4,3
Disfagia	30,4

DERMATO-MIOSITIS	73,9
POLIMIOSITIS	8,6
SOBREPOSICIÓN	17,3

CONCLUSIÓN: al comparar las series se encontró baja frecuencia de artritis y compromiso pulmonar, ausencia de lipodistrofia y mayor frecuencia de raynaud en niños colombianos.

PANCREATITIS ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PEDIÁTRICO. Reporte de tres casos

P Vásquez, T Padilla, G Beltrán

Universidad Nacional de Colombia,

Fundación Hospital de la Misericordia.

OBJETIVOS: determinar el número de casos de pancreatitis en nuestra población de pacientes pediátricos con lupus eritematoso sistémico (LES) y describir las características clínicas asociadas a este diagnóstico.

JUSTIFICACIÓN: el LES puede debutar con múltiples manifestaciones clínicas. El 20% son gastrointestinales. En estos casos no suele considerarse la pancreatitis como posibilidad diagnóstica inicial, lo que puede llevar a complicaciones relacionadas con esta manifestación. De estas pocas veces se sospecha pancreatitis.

METODOLOGÍA: se revisaron las historias clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de LES de los últimos dos años utilizando un formato previamente diseñado para análisis de datos clínicos, hallazgos paraclínicos, tratamiento y evolución.

RESULTADOS: se encontraron un total de 25 pacientes con diagnóstico de LES. De estos se identificaron tres casos de pacientes adolescentes con dolor abdominal como síntoma inicial asociado a otros hallazgos clínicos. En todos los casos se encontró aumento de amilasa y lipasa séricas con pocas alteraciones imagenológicas del páncreas. Los ANAS y ANTI-DNA fueron positivos en diluciones altas. Todos recibieron pulsos de Metil-prednisolona con mejoría clínica de la pancreatitis. Un paciente falleció por hemorragia pulmonar asociada a LES.

DISCUSIÓN: estos casos nos muestran que la pancreatitis es una forma de presentación del LES en la edad pediátrica; posiblemente cuando se presenta guarda relación con la actividad de la enfermedad y en general responden bien al manejo con inmunosupresores. Se recomienda considerar el diagnóstico de pancreatitis en presencia de dolor abdominal para los pacientes pediátricos con sospecha de LES.

DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y AUTOESTIMA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL

P Guarnizo-Zuccardi, P Bustamante, M Díaz

Clínica Infantil Colsubsidio y Clínica Riesgo de Fractura-Cayre

OBJETIVO: evaluar la frecuencia de depresión, ansiedad y alteraciones en la autoestima en una población de escolares y adolescentes con diagnóstico de ARJ en la ciudad de Bogotá.

PACIENTES Y MÉTODOS: estudio descriptivo transversal. Se entrevistaron pacientes con diagnóstico de ARJ, de acuerdo a los criterios del ACR, con edades entre 7 y 18 años evaluados en consulta externa de reumatología pediátrica de dos instituciones en Bogotá, en un periodo de 12 meses. Se excluyeron pacientes con patología psiquiátrica previa al diagnóstico. Los pacientes se evaluaron para depresión, ansiedad, autoestima y funcionalidad familiar, utilizando las escalas child depression inventory (CID), escala de ansiedad manifiesta de niños (RCMAS), escala de PIERS HARRIS y APGAR, respectivamente. Se evaluaron variables clínicas y demográficas. Análisis estadístico: epi info.6.04.

RESULTADOS: 65 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, 23 (35,4%) asistieron a la convocatoria, tres de éstos se excluyeron por formularios incompletos. Se evaluaron 20 pacientes. Sexo femenino 85%, edad promedio 13,6 años, 90% estrato 2-3, 70% ARJ poliarticular, 15% sistémica, y 15% oligoarticular, 50% enfermedad activa. Funcionalidad familiar: 75% normal, 15% disfunción leve y 10% disfunción severa. Se encontró alteración en las tres escalas (depresión, ansiedad y autoestima) en 35%; depresión en 75%, manifestaron preocupación por su propia enfermedad y muerte 60%, dificultades en la interacción social 50%, estado de ánimo bajo 35%, sentimientos de culpa, aislamiento y soledad 25%. Se encontró ansiedad en el 75%: de rasgo (heredada) 25%, de estado (aprendida) 35% y ambas en 15%. A nivel de autoestima se encontró 40% de bajo nivel de autoestima: social (4), física (2), conducta (3), académica (1), insatisfacción (1).

CONCLUSIONES: 75% de los pacientes con ARJ evaluados presentan alteración en la internalización o externalización, siendo las primeras (ansiedad-depresión) más frecuentes que las segundas (autoestima). Se requiere un equipo multidisciplinario para el diagnóstico temprano de estas alteraciones.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN PEDIATRÍA, EN DOS CENTROS DE REFERENCIA EN MEDELLÍN, COLOMBIA. Septiembre de 2002 a abril de 2005
P. Guarnizo-Zuccardi, R Eraso, M Velásquez, J Caro, G Vásquez,
O Uribe, Espinal D, Ramírez LA

Hospitales Pablo Tobón Uribe y San Vicente de Paúl.
Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

OBJETIVO: evaluar la frecuencia y distribución de las enfermedades reumáticas y sus características epidemiológicas.

MÉTODOS: estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes del servicio de reumatología pediátrica de los hospitales mencionados, durante un periodo de 30 meses. Los pacientes se clasificaron así: **Grupo I:** enfermedades reumáticas. **Grupo II:** otros diagnósticos. **Grupo III:** sin diagnóstico final. Análisis estadístico: epi-info. 6.04.

RESULTADOS: 367 pacientes, 59,1% femeninos, promedio de edad al diagnóstico: 9,47 años. Distribución por grupos: 78% Grupo I, 17% Grupo II y 5% Grupo III. Tiempo promedio de diagnóstico: 17 meses. En el Grupo I: 39% tenían diagnóstico de ARJ, se observó lupus en 23%, seguido de vasculitis 11,5%, espondiloartropatías 8%, fibromialgia 5%, enfermedad indiferenciada del tejido conectivo 3%, esclerodermia 2,8%, y dermatomiositis 1,7%, otros 6,9%. En el Grupo II, la enfermedad ocular inflamatoria aislada fue la más frecuente (15%), seguida por alteraciones mecánicas (14%), sanos con ANA + (14%), enfermedades hematológicas (9%), infecciosas (8%) y hepatitis autoinmune (4,6%). Grupo III: 16 pacientes sin diagnóstico final (25% artralgia, 50% artritis, 25% otros síntomas).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: el espectro de las enfermedades reumáticas en niños atendidos en estos dos centros de referencia es similar al reportado en otros centros de reumatología. La mayor frecuencia de pacientes con enfermedad reumática (78%) en comparación con otros centros puede relacionarse con un mayor tiempo de evolución al momento del diagnóstico.

HEPATITIS AUTOINMUNE EN NIÑOS. SERIE DE 11 CASOS

R Eraso, N Zuluaga, LS López, C Ortiz, A Quintero
Hospitales Pablo Tobón Uribe y San Vicente de Paúl. Universidad
de Antioquia, Universidad CES. Medellín, Colombia.

La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad infrecuente en niños; caracterizada por infiltrado mononuclear en el tracto portal, presencia de autoanticuerpos e hipergamaglobulinemia. Sin tratamiento evoluciona destruyendo el parénquima hepático progresando a cirrosis, por lo cual requiere un diagnóstico (Dx) oportuno.

OBJETIVO: describir características epidemiológicas, clínicas y paraclínicas al momento del Dx en una cohorte de 11 pacientes.

METODOLOGÍA: revisión retrospectiva de 11 casos atendidos en dos hospitales de Medellín, entre los años 2000 y 2006. El Dx se definió por los criterios del Grupo Internacional de Hepatitis Autoinmune incluyendo el sistema de puntaje sugerido.

RESULTADOS: nueve mujeres y dos hombres. Edad promedio al Dx: 9,2 años. Lapso promedio entre inicio de síntomas y Dx: 7,1 meses (rango: 1 a 18 meses). Forma de inicio: insidioso (cinco pacientes), recurrente (cuatro pacientes), agudo (dos pacientes). Enfermedades autoinmunes asociadas: en cuatro pacientes. Síntomas al Dx: ictericia (100%), coluria (90%), dolor abdominal (82%), náuseas (62%), artralgias o artritis (27%). Aumento de enzimas hepáticas: (100%), AST promedio: 878 UI/Lto, ALT promedio: 685 UI/Lto, hiperbilirrubinemia directa (73%), promedio 7,4 mg/dl. ANAS y Anti SMA (músculo liso) positivos en seis pacientes c/u (54%). Hipergamaglobulinemia (80%) promedio: 2,26 gr/dl Biopsia hepática al Dx en 10 pacientes. Hallazgos: infiltrado periportal (60%), agregados linfocitarios (60%), cirrosis (36%). Puntaje Dx pretratamiento: HAI definida: 82%, HAI probable: 18%. Mortalidad: tres pacientes (27%).

CONCLUSIÓN: enfermedad predominante en mujeres, severa, progresiva, de características similares a las reportadas en la literatura. Se enfatiza la importancia del Dx precoz.

ESCLERODERMIAS: ESPECTRO CLÍNICO EN 16 NIÑOS

R Eraso, LS López, C Ortiz, M Betancur, IC Maya
Hospitales Pablo Tobón Uribe y San Vicente de Paúl. Universidad
de Antioquia, Universidad CES. Medellín, Colombia.

El término esclerodermia agrupa diversas enfermedades cuya principal manifestación es la induración cutánea. El espectro clínico es muy amplio; pueden producir deformidades severas y estar asociadas a manifestaciones sistémicas variadas.

OBJETIVOS: 1. Describir el espectro clínico de un grupo de 16 niños con formas diversas de esclerodermias. 2. Presentar un registro gráfico de los pacientes que ilustre los diferentes tipos de afección cutánea característicos de las esclerodermias.

METODOLOGÍA: revisión retrospectiva de las historias clínicas y de los archivos fotográficos de 16 pacientes atendidos en la consulta externa de reumatología pediátrica en dos hospitales de Medellín, entre los años 1993 y 2006.

RESULTADOS: distribución por sexo: trece mujeres y tres hombres. Edad promedio al diagnóstico: 8,8 años. Tiempo promedio entre inicio de síntomas y diagnóstico: 2,75 años

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TIPO DE ESCLERODERMIA: I. Sistémica: tres pacientes. A. Difusa: tres pacientes. B. Limitada: 0 pacientes. **II. Localizada:** trece pacientes. **A. Morfea:** siete pacientes: en placa (2), extensa (5). **B. Lineal:** en golpe de sable (1), lineal en extremidad: (4), enfermedad de Parry Romberg (1).

Manifestaciones extracutáneas: en su mayoría se presentaron asociadas a las formas sistémicas. Las manifestaciones articulares, el raynaud y la uveítis predominaron en los pacientes con otras formas diferentes a la sistémica. ANAS positivos en seis pacientes (37,5%). Eosinofilia en tres pacientes (19%).

CONCLUSIÓN: enfermedad de predominio en el sexo femenino. Las formas localizadas fueron las más comunes y las manifestaciones extracutáneas predominaron en las formas sistémicas. Se observó un tiempo muy prolongado entre inicio de síntomas y diagnóstico.

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

WJ Otero, LR León.

Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia.

OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN: el síndrome antifosfolípido se caracteriza por la presencia de fenómenos trombóticos arteriales y/o venosos y patología asociada al embarazo. La enfermedad cerebrovascular es la segunda manifestación clínica más frecuente después de la trombosis venosa y genera gran morbilidad.

MÉTODOS Y RESULTADOS: se revisa historia clínica de una lactante femenina con CIA tipo Ostium secundum de 17 mm, corregida quirúrgicamente con parche a los 21 meses. El tercer día postoperatorio presenta febrícula, episodio convulsivo febril simple, vómito y deshidratación, la cual es manejada. El cuarto día notan irritabilidad y hemiparesia derecha, TAC cerebral evidencia área de hipodensidad cortico-subcortical a nivel parietal medio izquierdo sugestivo de lesión isquémica reciente. Ecocardiograma con imagen en techo de la aurícula derecha sospechoso de trombo vs. vegetación. Inicia ácido acetilsalicílico 50 mg/día, por persistencia de imagen ecocardiográfica se agrega anticoagulación y ante sospecha de hipercoagulabilidad se solicitan paraclínicos. ANAS: negativos, fosfolípidos IgG: positivo > 1:400, fosfatidil etanolamina IgG: negativo, fosfatidil inositol IgG: positivo > 1:400, ácido fosfatídico Ig G: IgG: positivo 1:100, fosfatidil glicerol IgG: negativo, fosfatidil serina IgG: positivo > 1:400. Se diagnóstica síndrome antifosfolípido, se inicia prednisona y anticoagulación con warfarina. Por no alteración de PT, se cambia a enoxaparina. Paciente con evolución favorable y recuperación progresiva de su actividad motora.

CONCLUSIONES: el síndrome antifosfolípido debe ser considerado como causa de enfermedad cerebrovascular en la población pediátrica. Se requiere seguimiento estricto y anticoagulación permanente para prevenir recurrencias.

HIPERMOVILIDAD ARTICULAR DE MANOS EN ADOLESCENTES: ¿UN FENÓMENO FRECUENTE?

AL Zapata-Castellanos, AJP Moraes, C Leone,
U Doria-Filho, CAA Silva

Reumatología Pediátrica – Pediatría – Universidad de São Paulo

La hipermovilidad articular generalizada es frecuente en pediatría se asocia a dolor y lesiones músculo-esqueléticas, ya la hipermovilidad localizada en manos es poco conocida.

OBJETIVOS: describir y caracterizar la prevalencia de hipermovilidad articular en manos en adolescentes sanos y verificar la asociación con dolor músculo-esquelético e hipermovilidad generalizada.

MÉTODOS: estudio transversal en adolescentes con aplicación de un cuestionario y realización de examen físico. Se evaluaron los rangos de movilidad para las articulaciones de las manos y los criterios de Beighton para hipermovilidad articular. Análisis estadístico: prueba de Chi cuadrado para tendencias, prueba exacta de Fisher, cálculo de Riesgo Relativo y prueba de Mann-Whitney. Pruebas de dos colas y nivel de significancia estadística de 5% ($p = 0,05$).

RESULTADOS: 791 alumnos fueron evaluados y 359 participaron del examen físico. El promedio de articulaciones hiper móviles fue de 15,35 (mediana 16, DS 8,99). 6,7% no presentaron hipermovilidad en ninguna articulación, 66% presentaron más de 10 articulaciones hiper móviles. La hipermovilidad articular se asoció con el sexo femenino (RR 1,62 – IC 95% 1,37-1,92 – $p < 0,01$) y el lado dominante ($p < 0,01$) pero no con dolor músculo-esquelético.

CONCLUSIONES: la prevalencia de hipermovilidad articular de manos fue alta en la población estudiada. Se asoció con el sexo femenino pero no con dolor. Futuros estudios prospectivos de cohorte son recomendados.

CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE DOS CENTROS DE REFERENCIA DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Y LOS SERVICIOS REMITENTES, DE MEDELLÍN, COLOMBIA.

Septiembre de 2002 a abril de 2005

P Guarnizo-Zuccardi, R Eraso, LM Rodríguez, J Caro,

M Velásquez, G Vásquez, O Uribe, LA Ramírez

Hospitales San Vicente de Paúl y Pablo Tobón Uribe,

Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

OBJETIVO: conocer los patrones de remisión a la consulta externa de reumatología pediátrica de los hospitales mencionados y determinar la concordancia diagnóstica entre los médicos reumatólogos pediatras y aquellos no especialistas en esta área.

METODOLOGÍA: estudio retrospectivo de concordancia diagnóstica. Población de estudio: pacientes remitidos por médico **no** reumatólogo pediatra a la consulta de reumatología en un periodo de 30 meses. En cada paciente se comparó el diagnóstico de remisión con el diagnóstico final realizado por el reumatólogo pediatra. Este último fue utilizado como patrón de oro. La concordancia para cada enfermedad se determinó calculando el índice Kappa. Análisis estadístico: STATA 8,0.

RESULTADOS: del total de 367 pacientes remitidos, 251 cumplieron los criterios de inclusión. Sexo femenino (60,1%). Promedio de edad al diagnóstico: $9,47 \pm 4,6$ años. Los pediatras fueron los médicos que más pacientes remitieron (42,6%). Los diagnósticos de remisión, más frecuentes fueron: ARJ (70 pacientes, 28%) y el grupo de Lupus (LU) (54 pacientes, 21,5%). Concordancia casi perfecta para Henoch Schonlein (Kappa 0,88) y LU (Kappa 0,85), y sustancial para ARJ (Kappa 0,61). Concordancia global del 58,2%; y para pediatría fue del 54,2%. La enfermedad con mayor subdiagnóstico fue la enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, y con mayor sobrediagnóstico fue fiebre reumática.

CONCLUSIÓN: los patrones de remisión a reumatología pediátrica en estos centros son similares a los reportados en otros estudios, pero el porcentaje de concordancia diagnóstica global fue mayor. La concordancia fue menor para los pediatras, en comparación con otras especialidades.

ABADI I	44, 45	GRANDA P	47	QUINTANA G	38, 40, 41, 43
AGREDA LH	46, 47	GUARNIZO P	51, 52, 53	QUINTANA MA	47
AGREDA VE	46, 47			QUINTERO A	52
AGUDELO CA	45	HAMID N	45		
AGUIRRE C	49	HERRERA S	42	RAMÍREZ F	35
ALONSO LM	47	HINCAPIÉ ME	37, 41	RAMÍREZ L	37, 42
ÁLVAREZ F	41			RAMÍREZ LA	35, 36, 41, 42, 47, 51, 52, 53
ANAYA A	36	IGLESIAS A	37, 40, 41, 42, 46, 47		
ANAYA JM	37, 41, 45, 46, 49	ISAZA S	42	RENDÓN DM	37
ARÉVALO HERRERA M	42			RENDÓN I	36
AROCA MARTÍNEZ G	36	JAIMES DA	38, 39, 43, 44	RESTREPO JF	37, 40, 41, 42, 46, 47
ÁVILA M	38, 39, 40	JAIMES F	47	RESTREPO JP	35, 41, 42
		JALLER RAAD J	46	REVERTER JC	43
BELTRÁN A	38, 39, 43, 44	JARAMILLO JC	49	REYES B	43, 44
BELTRÁN NE	36	JÁUREGUI E	41	RIERA ESPINOZA G	48
BERNAL I	50	JIMÉNEZ SJ	36	RIERA R	44, 45
BETANCUR M	52			RIVERA A	36
BELTRÁN G	50, 51	LATORRE MC	41, 47	ROA J	35, 36
BOVE A	43	LEONE C	53	RODRÍGUEZ D	47
BUCCIARELLI S	43	LEÓN LR	52	RODRÍGUEZ FONSECA O	46
BUILES C	47	LONDOÑO JD	38, 39, 40	RODRÍGUEZ L	36, 53
BUSTAMANTE P	51	LÓPEZ LS	52	ROJAS LA	41
		LOPEZ Y	35	ROJAS M	35
CABALLERO URIBE C	46, 47			ROJAS-VILLARRAGA A	37, 41, 45, 46
CADENA A	36	MAHSHID M	45	ROMERO C	38
CAMINOS E	40, 41	MANTILLA RD	37, 41, 47	ROMERO G	46
CAÑAS C	37, 41, 42, 43, 46, 47	MÁRQUEZ J	35	ROMERO MC	39, 40
CANDIA L	35, 39, 45, 49	MÁRQUEZ JD	39	RONDÓN F	37, 40, 41, 42, 46, 47
CARO J	52, 53	MARTÍNEZ M	49	RUEDA JC	41
CARRIZOSA E	36	MATUTE G	45	RUIZ P	42
CASAS N	47	MAYA JC	52		
CASTILLO GE	49	MEDINA JJ	46	SAAVEDRA P	37
CASTRO L	39	MEJÍA J	46	SALAZAR AM	49
CAUSAL L	47	MEJÍA VALLEJO J	42	SÁNCHEZ A	42
CERVERA R	43	MOHAMADREZA A	45	SANCTIS J	35
CHALEM M	35, 36	MOLINA V	39	SANTOS AM	38
CHALEM P	41	MONSALVE C	35	SANTOS P	38
CONTRERAS C	43, 44	MONTENEGRO AC	35	SHAHRAM S	45
CORAL PX	37, 40, 41, 46	MONTOYA H	47		
CORAL ALVARADO P	41	MORA CM	38, 39	TASSIES D	43
		MORAES AJP	53	TOBÓN GJ	42, 43
DELGADO MR	50			TORO AM	39
DÍAZ AS	49	NAZZAR ROMERO S	46	TORO CE	37, 40, 46, 47
DÍAZ FJ	36, 41	NIEVES MALDONADO S	46	TORRES JL	39
DÍAZ M	35, 36, 51	NÚÑEZ C	49	TRUJILLO H	49
DORIA-FILHO U	53	NÚÑEZ F	36	URIBE MP	50
DURÁN C	43			URIBE O	35, 37, 41, 42, 52, 53
DURÁN P	49	OLMOS CE	41, 49, 50	VALERO YS	37
DURANGO HC	50	ORTIZ C	35, 52	VALLE R	38, 39, 40, 43, 44
		OTERO WJ	52	VARGAS DUQUE R	46
ERASO R	35, 42, 49, 50, 52, 53			VARGAS F	41, 42
ESPINAL D	52	PADILLA T	51	VÁSQUEZ G	35, 36, 37, 41, 42, 52, 53
ESPINOSA G	43	PARDO A	41	VÁSQUEZ LA	39
		PARRA A	50	VÁSQUEZ P	51
FELIPE OJ	45, 49	PERDOMO N	44, 45	VELÁSQUEZ CJ	36, 41, 42, 45, 47, 49
FORERO E	36	PEREA E	42	VELÁSQUEZ M	36, 50, 51, 52, 53
FREIMUTH W	36	PÉREZ A	42	VÉLEZ A	39
		PERTUZ N	36	VELILLA E	42
GALLEGO HD	50	PETRI M	36	VILLEGAS DO	46, 47
GARCÉS MF	40, 41	PINEDA R	45, 49		
GARCÍA LF	35	PINEDA-TAMAYO R	37, 41, 45	WEI JC	39
GÓMEZ J	42, 50	PINILLA DR	41	WOLFF JC	36
GÓMEZ M	49, 50	PINTO L	39		
GONZÁLEZ AA	38, 39	PINTO LF	35	YASSIN L	35
GONZÁLEZ C	39	PLAZA J	43	YU D.T.Y	39, 40
GONZÁLEZ L	37	PORRAS A	45		
GONZÁLEZ LA	37	PRADA G	36	ZAPATA AL	45, 49, 50, 53
				ZHAO L	40
				ZULUAGA N	52