

X CONGRESO ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA, CARIBE Y ANDINA DE REUMATOLOGÍA –ACCA– 2005

DISCURSO DE BIENVENIDA

Bienvenidos, distinguidos colegas, a nuestra amada y dolida Colombia; el país les agradece sinceramente su presencia. Sentimos los colombianos, en el alma, saber que quien nos visita sienta algo de temor, pero por la misma razón nuestra gratitud por vuestra presencia es enorme y profundamente humana. Aparte de lo que en el mundo se dice de nosotros, y que prefiero no mencionar, quiero contarles que han llegado ustedes al país de mayor biodiversidad del planeta, como se reconoce mundialmente; sepan que los recibe con abrazo fraternal una especie de real país de las maravillas. Colombia es el primer país del mundo en cantidad y diversidad de aves, aportando el 19,4% de los pájaros de la tierra, frente al 15% que aporta, por ejemplo, toda África; somos los segundos del planeta en diversidad vegetal después del Brasil, que es 7 veces más extenso; los terceros en reptiles, los cuartos en mamíferos y también los cuartos en agua. Nuestra diversidad cultural es tal que, además del español, se hablan en nuestro país 65 dialectos indígenas distribuidos en 12 familias lingüísticas; poseemos igualmente dos idiomas criollos derivados de la fusión de la lengua africana con el español, como es el caso de la lengua palenquera hablada a pocos kilómetros de este lugar, o la lengua sanandresana resultante de la fusión de lenguas africanas con el inglés. Todo esto nos hace el país con la tercera mayor variedad idiomática de América Latina después de Brasil y México.

Poseemos así mismo –permítanme, por Dios, distinguidos colegas, hablar de las cosas buenas de este país del que tantas cosas malas se dicen–, poseemos, les decía, el único nevado litoral del trópico en el mundo: la Sierra Nevada de Santa Marta, también muy cerca de aquí, que es la mayor altura de Colombia, a pesar de que dichas montañas parten desde la propias olas del mar. ¡Nieve perpetua en el trópico, a orillas del mar, es una de las más espléndidas maravillas de la naturaleza! En estas alturas hay hermosas lagunas, paisajes únicos, decenas de aves, plantas, batracios y reptiles endémicos, pero sobre todo, cuatro de los pueblos aborígenes mejor conservados en nuestra amada América: los kogui, descendientes de los taironas, los arhuacos, los wiwuas y los kankuamos.

La región de Centroamérica, la del Caribe y la Andina, es una amplia extensión de tierra, más de 600.000 kilómetros cuadrados en la parte continental, con aproximadamente 35 países, de los cuales 13 conforman la ACCA; somos grandes, tanto en extensión como en reumatología, pues esta región del mundo en este momento tiene a dos de sus personajes en sitial de honor y hoy los tenemos acá: el Dr. Abraham García Kustzbach, presidente de ILAR y el Dr. Juan Angulo, presidente de PANLAR, quienes con sus experiencias y apoyo incondicional, propiciaran el desarrollo de nuestra organización y así alcanzar un sitial que afiance nuestro liderazgo en el campo de la Reumatología.

La **Asociación Centroamericana, Caribe y Andina de Reumatología –ACCA–** agrupa a las Sociedades de Reumatología de las regiones descritas, su gestión inicial se realizó por iniciativa de los Dres. Rafael Valle Oñate, Antonio Iglesias Gamarra y Juan Angulo Solimano (Perú) en octubre de 1992, durante el Congreso del Colegio Americano de Reumatología en Atlanta, para dar impulso a esta especialidad y buscar el equilibrio entre estos países y el resto de los integrantes de **PANLAR**.

En Bogotá, durante el IV Congreso Colombiano de Reumatología, en diciembre de 1993 se hizo la reunión preliminar; participaron, entre otros los Drs. Abraham García K, Oswaldo Castañeda, Luis Espino-

sa, de Guatemala y Perú respectivamente; la idea se cristalizó en ciudad de Guatemala, un 4 de agosto de 1994, por 11 asociaciones pertenecientes a estas regiones, estableciéndose como norma la organización de un Congreso anual de Reumatología por cada Sociedad participante.

Se reconocen como miembros fundadores de ACCA a aquellos que firmaron el ACTA de la primera reunión oficial en Guatemala; hoy nos acompañan cinco, a saber:

Dr. Rafael Valle Oñate	COLOMBIA
Dr. Antonio Iglesias Gamarra	COLOMBIA
Dr. Ricardo Sáenz Castro	COSTA RICA
Dr. Juan Angulo Solimano	PERÚ
Dr. Abraham García Kutzbach	GUATEMALA

Destacamos de igual manera, la presencia del Dr. Álvaro Badilla Gómez de Costa Rica, quien ha asistido a los diez Congresos ACCA realizados.

La Asociación Colombiana de Reumatología (ACR) está empeñada en seguir fortaleciendo la ACCA, como ha venido ocurriendo en esta década de una manera progresiva y decidida. Sabemos que los logros nos permitirán demostrarles cuán comprometidos estamos. En este Congreso desarrollamos en el día de ayer el Taller “ACCA hacia el futuro”; esperamos que pronto de sus frutos en pro de la reumatología de la región. La ACR es líder de proyectos inéditos en Reumatología como son las Clínicas de Artritis Temprana, la realización de diferentes consensos y la Revista Colombiana de Reumatología que es actualmente el órgano oficial para publicaciones científicas de la ACCA.

Bienvenidos a Barranquilla, la capital del caribe colombiano, ubicada sobre la rivera occidental del río Magdalena, a pocos kilómetros de su desembocadura en el mar caribe. Barranquilla es puerto aéreo, marítimo, fluvial y de comunicaciones; con más de un millón y medio de habitantes, cuyo rasgo común es la espontaneidad y la alegría de las gentes del caribe; se dedican al trabajo en cuatro grandes áreas: la industria, los servicios, el comercio y el transporte.

Barranquilla está lista para transmitirles la inmensa alegría de tener hoy en el mismo momento la Reina Nacional de la Belleza, el equipo campeón del fútbol nacional, JUNIOR, “Junior tu papá”, y uno de los carnavales más bellos del mundo, como ustedes están palpando y sintiendo desde hace dos días; carnavales a los que el Gobierno Nacional por la ley 706 –del 26 de noviembre de 2001– les otorgó el reconocimiento que nunca habían tenido como **expresión representativa de la Cultura Caribe, siendo declarados patrimonio cultural de la Nación**; luego la UNESCO en el año de 2003 los declara como **“Obra maestra del patrimonio oral e Inmaterial de la Humanidad”**.

En estos cuatro días de fiestas previas al miércoles de ceniza se declara la ciudad en **“estado de sitio carnestoléndico”** para disfrutar y celebrar en un ambiente festivo. Este Congreso ACCA 2005 les brinda una combinación única: académica-cultural. Esperamos que en esta reunión de amigos reine la hospitalidad que nuestra gente proporciona a sus invitados en su festividad popular, rica en tradiciones, que mantiene aún el espíritu de todo carnaval verdadero: la broma, la burla, la ironía, plasmadas en sus distintas expresiones del ingenio popular que se nutre de la improvisación y la alegría callejera.

En estos días difíciles para mí, he pasado del dolor y la tristeza a la satisfacción que ustedes me han brindado; sus voces de apoyo y los mensajes enviados, me han fortalecido, me han hecho recobrar fuerzas para brindarles lo mejor en este Congreso ACCA. Reciban el agradecimiento mío y de mi familia.

Finalmente quiero agradecer el apoyo brindado en su organización, a la Asociación Colombiana de Reumatología, a su Junta directiva, presidida por el Dr. William Otero E. y la Dra. Patricia Vélez S., a mis compañeros de Reumatólogos del Caribe, en especial a Carlo Vinicio Caballero, a Elías Forero, a Mauricio Abello y, en fin, a todos: a Fernando Fernández, Jesús Godoy, Alfredo Barros, Juan José Jaller y Alberto Torrenegra; con todos ellos conformamos un equipo que ha hecho que este evento se desarrolle con éxito; igualmente agradezco a la Industria Farmacéutica por su colaboración incondicional.

Antes de despedirme les extiendo la invitación al próximo **ACCA 2007 en San Salvador**.

“Carnaval de Barranquilla: quien lo vive, es quien lo goza”.

Dr. José A. Salas Siado
Presidente Comité Organizador

RESÚMENES

R1

ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD AUTOINMUNE Y NEOPLASIA. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

X. Arias, B. Betancur, JF. Cárdenas, J. Villegas, LA. Ramírez, O. Uribe, G. Vásquez. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Objetivos y justificación. Desde hace ya varios años, la relación existente entre enfermedades autoinmunes de tipo reumatológico y eventos neoplásicos es bien conocida. Sin embargo, dicha asociación no es tan clara en el caso de artritis reumatoide (AR) o lupus eritematoso sistémico (LES). A continuación presentamos una serie de casos con el fin de establecer la frecuencia de eventos neoplásicos en pacientes con AR o LES.

Pacientes y métodos. Se analizaron 98 pacientes con diagnóstico establecido entre los años 1974 y 2004. A todas las variables se les realizó análisis de frecuencias, medias y promedios.

Resultados y conclusiones.

	Neoplasia	Sin neoplasia
No. de pacientes	8	90
AR/LES	6/2	48/42
Tiempo de evolución años	12,25	8,27
Edad/sexo	59,8 (40-75)/ 8F	42,9 (8-81)/ 82 F/ 8 M
SS 2°	2 (25%)	6 (6,6%)
Tabaquismo	3 (37,5%)	21 (23,3%)
AF neoplasia	3 (37,5%)	18 (20%)
AF autoinmune	1 (12,5%)	21 (23,3%)
Cyc DA	27,375 g	6,204 g

SS: síndrome de Sjögren, AF: antecedente familiar, Edad: promedio, DA: promedio dosis acumulada, CyC: ciclofosfamida.

En esta serie de casos observamos una prevalencia de 8,2% de neoplasias. Los factores de riesgo conocidos observados fueron: tabaquismo y AF de neoplasia. SS2, tiempo de enfermedad y DA de Cyc son llamativos en esta población.

R2

CAUSAS DE CONSULTA POR PRIMERA VEZ EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN COSTA RICA

R. Sáenz

Hospital Dr. Calderón Guardia, San José, Costa Rica

Objetivo. Conocer la causa de referencia de pacientes nuevos en un servicio de reumatología. Conocer si las referencias provienen de área urbana o rural, y si son referidos por médicos generales o de otras especialidades. Determinar la correlación entre el diagnóstico de envío y el realizado por el especialista reumatólogo.

Justificación. Creemos que muchos pacientes son referidos por patologías que podrían resolverse en un nivel primario de atención, y que un porcentaje importante de pacientes referidos no tienen patología reumática.

Métodos. Se analizan 200 pacientes de primera consulta, por género, edad, procedencia, y de acuerdo con la enfermedad reumática que presentaron.

Resultados. Cerca de un 20% de los pacientes no tenía patología reumática. Los restantes se desglosan según diagnóstico hecho en la primera evaluación.

Conclusiones. Se debe fomentar el conocimiento de las enfermedades reumáticas entre los médicos de atención primaria para mejorar su capacidad resolutoria y lograr una mejor selección de las referencias al especialista.

R3

ESPONDILIOARTROPATÍAS INDIFERENCIADAS. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 21 CASOS EN COSTA RICA

R. Sáenz

Hospital Dr. Calderón Guardia, San José, Costa Rica.

Objetivo. Determinar las principales características clínicas, de laboratorio y radiológicas de un grupo de pacientes con espondiloartropatías indiferenciadas en un servicio de reumatología en Costa Rica.

Justificación. Desconocemos en la mayoría de los países latinoamericanos las características epidemiológicas y clínicas de nuestros pacientes reumatológicos. Por ser un grupo de pacientes que se presentan con relativa frecuencia en nuestra consulta. El conocimiento de las espondiloartropatías mejorará su diagnóstico y su manejo.

Métodos. Se analiza de forma descriptiva un grupo de 22 pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía indiferenciada, luego de haber excluido otras formas de espondiloartropatía. La edad, género, tiempo de evolución del padecimiento al momento del diagnóstico, y las manifestaciones clínicas se incluyen. También se describen las pruebas de laboratorio relevantes, especialmente la presencia de HLA_B27, inmunoglobulina A, velocidad de eritrosedimentación y proteína C-reactiva. Se describen los hallazgos radiológicos en columna y sacroilíacas.

R4

PREVALENCIA DE FRACTURAS VERTEBRALES EN MÉXICO, BRASIL Y PUERTO RICO. Reporte preliminar del Estudio Latinoamericano de Fracturas Vertebrales "LAVOS" (Latin American Vertebral Osteoporosis Study).

GRUPO LAVOS: M. Delezé, P. Clark, F. Cons, J. Morales, S. Ragi, L. Haddock, E. Suárez, (México, Brasil, Puerto Rico) y L. Palermo, S. Cummings, (Universidad de San Francisco, Ca, USA). En proceso: J.J Jaller (Colombia), J.R Zanchetta y D. Messina (Argentina).

Tabla 1.
Características de la muestra

Variables	Brasil n 400, %	Puerto Rico n 400, %	México n 400, %
Grupo edad			
50-59	99 (24,8)	113 (28,25)	97 (24,2)
60-69	100 (25,0)	109 (27,25)	103 (25,8)
70-79	100 (25,0)	113 (28,25)	97 (24,2)
Más de 80	99 (24,8)	65 (16,25)	103 (25,8)
Educ. escolar			
Ninguna	83 (20,8)	14 (3,50)	98 (24,5)
1-6 años	174 (43,5)	84 (21,0)	176 (44,0)
7-12 años	116 (29,0)	193 (48,25)	93 (23,2)
Más de 13	26 (6,5)	105 (26,25)	33 (8,3)
Tabaquismo			
Actual	36 (9,0)	47 (11,75)	47 (11,7)
Nunca	78 (19,5)	103 (25,75)	33 (8,3)
Pasado	285 (71,3)	250 (62,5)	320 (80,0)
Historia fam. Fx			
Positiva	85 (21,3)	97 (24,25)	49 (12,3)
Negativa	315 (78,8)	292 (73,0)	174 (43,5)
Ignora	11 (2,75)	177 (44,3)	—
Historia pers. fx			
Sí	101 (25,3)	104 (26,0)	84 (21,0)

R5

Prevalencia de fracturas vertebrales en México, Brasil y Puerto Rico. Reporte preliminar del estudio "LAVOS" (Latin American Vertebral Osteoporosis Study). M. Delezé, P. Clark, F. Cons, J. Morales, S. Ragi, L. Haddock, E. Suárez, (México, Brasil, Puerto Rico) y L. Palermo, S. Cummings (Universidad de San Francisco, Ca, USA).

Introducción. Las fracturas vertebrales son las fracturas osteoporóticas más tempranas y afectan a un porcentaje significativo de la población mayor de 50 años. Frecuentemente pasan inadvertidas ya que solo alrededor del 30% se manifiestan clínicamente y tienen un alto valor predictivo para presentar otras fracturas por osteoporosis a futuro.

Objetivo. Determinar la prevalencia de fracturas vertebrales por morfometría vertebral en una muestra poblacional seleccionada aleatoriamente por estratos de edad, de 400 mujeres mayores de 50 años, de las ciudades de Puebla (México), Victoria (Brasil), San Juan (Puerto Rico) y compararlas con mujeres blancas caucásicas norteamericanas (estudio SOF).

Material y métodos. Las participantes fueron encuestadas en su domicilio, donde se aplicó un cuestionario para recabar datos demográficos, historia clínica y factores de riesgo de osteoporosis. En todos los casos se realizaron densitometría ósea de 2 regiones y radiografías laterales de columna dorsal y lumbar. Se hizo morfometría vertebral digitalizada de los cuerpos vertebrales utilizando, en todos los países, el método de Eastell para establecer el diagnóstico de fractura vertebral, midiendo las alturas anterior, media y posterior de cada cuerpo vertebral de T4 a L4. Se clasificó como fractura vertebral la disminución en cualquiera de los índices de alturas vertebrales >3 DS con respecto a los valores normales de cada población.

Resultados. Se encontró una prevalencia general del 19,5% en las mujeres mexicanas, del 14,8% en Brasil y 12,1% en Puerto Rico, en relación al 25% de las mujeres blancas norteamericanas. La prevalencia de fracturas vertebrales aumenta exponencialmente con la edad. Diferencias étnico-raciales y ambientales pueden estar participando en la prevalencia de fracturas vertebrales en estos países latinoamericanos, en relación a la población femenina de raza blanca caucásica norteamericana.

Edad	Brasil Prev. (IC 95%)	Puerto Rico Prev. (IC 95%)	México Prev. (IC 95%)	SOF USA Prev. (IC 95%)
50-59	6,7 (2,7-13,2)	5,4 (1,9-11,3)	8,3 (2,7-13,8)	—
60-69	8,0 (3,5-15,1)	8,3 (3,8-15,1)	12,6 (6,1-19,1)	14,5 (13,4-15,5)
70-79	19,4 (12,3-28,4)	17,0 (10,5-25,2)	18,6 (10,7-26,4)	22,0 (20,8-23,3)
80 o más	26,8 (17,5-36,3)	21,5 (12,3-33,4)	37,9 (28,3-47,4)	33,9 (30,9-36,9)

R6

UTILIDAD DE UN CUESTIONARIO DE FACTORES PRONÓSTICOS EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE C.V. Caballero¹, E. Afanador, J. Rozenboim, F. Rocha, M. Campo, L.M. Alonso, C. Venegas¹. ¹Unidad de Reumatología, Hospital Universidad del Norte. ²Unidad de Epidemiología, Universidad del Norte. ³Estudiantes de Medicina, Universidad del Norte.

La artritis reumatoide se asocia al incremento en la morbilidad, mortalidad y discapacidad de los pacientes afectados. El factor pronóstico más consistente es el factor reumatoide. No hay estudios previos que hayan demostrado la utilidad de los factores pronósticos utilizando únicamente variables clínicas y no de laboratorio. El objetivo de nuestro estudio fue elaborar un cuestionario sencillo (PPS: Poor Prognosis Score) para evaluar factores de riesgo al inicio de la enfermedad, clasificarla en leve, moderada o severa y correlacionarlo con variables conocidas de desenlace como la discapacidad, morbi-mortalidad y utilización de servicios de salud y cirugía.

Pacientes y métodos. Se revisaron los factores pronósticos que han mostrado asociación con peores desenlaces de la AR en los diferentes estudios. Estas asociaciones se clasificaron en leves, moderadas y fuertes de acuerdo con los riesgos relativos publicados en la literatura.

De acuerdo con el grado de asociación se dieron puntajes a los factores de riesgo: siendo 1 para las asociaciones leves, 2 para las moderadas y 3 para las fuertes. Posteriormente se construyó el cuestionario con los puntajes asignados. Para el cuestionario se excluyeron variables de laboratorio costosas para el medio, como los anticuerpos anticitrulina o el HLA. El cuestionario se ha aplicado a los pacientes que tuvieran en las historias clínicas, en su evaluación inicial, anotadas las variables requeridas; cuando no estaban, se llamaba a los pacientes o se les solicitaban los estudios iniciales que tuvieran en su historia clínica personal. De acuerdo con el puntaje los pacientes se clasificaron en: leves: menos de 10 puntos en el puntaje; moderados: de 11-20 puntos y severos: más de 20 puntos.

Resultados. Las variables escogidas para el cuestionario fueron: asociación leve, unipunto: edad, sexo, menopausia temprana, tabaquismo, bachillerato incompleto, estrato social, depresión. Asociación moderada, dos puntos: VSG mayor de 40, PCR mayor de 6, inflamación en rodillas, codos y manos. Asociación fuerte tres puntos: factor reumatoide, presencia de erosiones radiográficas, más de 20 articulaciones afectadas al inicio, HAQ mayor de 1 y presencia de manifestaciones extraarticulares. Hasta el momento se han aplicado 80 cuestionarios. La mayoría de los pacientes tenían un AR moderada (65%), leve (25%) y severa (10%). El PPS se correlacionó en forma importante con la presencia de discapacidad medida por HAQ pero no con la presencia de hospitalizaciones, cirugías o el retiro laboral a causa de la artritis.

Conclusiones. El PPS se correlaciona con la presencia de discapacidad física evaluada por HAQ en los pacientes y permite, con variables clínicas y demográficas sencillas, clasificar al inicio de la enfermedad si la artritis es leve, moderada o severa. Se continuará la evaluación del cuestionario en el largo plazo.

Referencias. Scott DL. Prognostic factors in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2000; 39 (suppl 1): 24-29.

R7

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR CORTICOIDES. PATRONES DE CONDUCTA EN REUMATOLOGOS DEL CARIBE COLOMBIANO

Caballero-Urbe CV, JG. Acosta, F. Andrade, E. Hernández, M. Peñuela. Hospital Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

Objetivos. La osteoporosis (OP) es un problema de salud pública a nivel mundial y la OP inducida por corticoides (OIC) es la principal causa secundaria de OP. Los estudios realizados demuestran que, a pesar de la creciente información, hay deficiencias en el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad. En Colombia no hay estudios previos que evalúen los patrones de conducta ante la OIC por parte de los reumatólogos.

Pacientes y métodos. Se escogieron 121 pacientes consecutivos en tratamiento con corticoides (PO o IM), por más de 6 semanas, que acudían a consulta de reumatología en un centro universitario (34 pacientes: Hospital de la Universidad del Norte), en una institución prestadora de salud (66 pacientes, Reumatólogos del Caribe) y en una institución privada (16 pacientes, Clínica de Fracturas), que acudieron a consulta durante los meses de febrero a mayo del 2004. Los pacientes debían tener al menos dos o más consultas con su médico tratante para poder ser incluidos en el estudio. Con cada paciente se llenó un formulario de recolección de datos que incluía variables demográficas y clínicas, así como la presencia o ausencia de factores de riesgo para OIC, además de conducta empleada para el diagnóstico, prevención y/o tratamiento. Los datos obtenidos fueron procesados utilizando el software EPI-INFO 6.04.

Resultados. De los 121 pacientes incluidos, 103 (85,1%) eran de sexo femenino y 18 (14,9%) eran de sexo masculino. 76 pacientes (62,8%) eran menores de 50 años y 45 (37,2%) eran mayores de 50 años. La indicación de corticoides fue en 68 pacientes para artritis reumatoide, (56,2%) y 31 pacientes con LES (25,6%). El resto correspondían a otras patologías (lupus discoide, esclerodermia, uveítis, vasculitis, enfermedad de Still y síndrome de Sjögren). 74,4% eran sedentarios, 38% menopáusicas, 17,4% con antecedentes de fracturas traumáticas, 5,8% fumaban y 40,5% reportaban otras comorbilidades.

Se reportó conducta diagnóstica en 50,1% de los pacientes, repartidos así: DEXA periférico (accudexa), 52,4%; DEXA central (fémur, cuerpo total, columna y cadera), 16,3%; ultrasonido de calcáneo, 14,7%; DEXA antebrazo distal y UD, 9,2%. Se reportó conducta terapéutica en 96 pacientes (79,3%). De la población total, 17 pacientes (14%) recibieron calcio, 26 pacientes (21,5%) recibieron vitamina D y 53 (43,8%) recibieron calcio más vitamina D; seis pacientes recibieron bifosfonatos y uno recibía calcitonina.

Conclusiones. En nuestra población el 50,1% de los pacientes recibió algún tipo de conducta diagnóstica y 79,3% conducta terapéutica, cifras que se comparan favorablemente con las reportadas internacionalmente. Sin embargo, para el diagnóstico y tratamiento se emplearon métodos y prescripciones de menor evidencia científica y menor costo que reflejan la capacidad económica de la mayoría la población atendida.

R8

PREVALENCIA COMUNITARIA Y DISCAPACIDAD ASOCIADA DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS. PESQUISAJE MEDIANTE EL INSTRUMENTO COPCORD / PANLAR / ILAR

GA. Reyes Llerena

La prevalencia de las enfermedades reumáticas (ER) resulta desconocida en la mayoría de los países de América Latina. El programa comunitario (COPCORD) de la ILAR/PANLAR ya validado resulta eficaz para estos fines mediante interrogatorio, EF reumatológico y un mínimo de exámenes complementarios abatiendo los costos. **Objetivos.** Determinar la prevalencia general y discapacidad asociada de las ER en una comunidad, mediante la aplicación del COPCORD. **Materiales y métodos.** Estudio de prevalencia en un área de salud municipal. Cuestionario COPCORD con 9 secciones que indagaron dolor reumático sin traumas, evalúa discapacidad por HAQ, diagnósticos previos entre múltiples variables. Añadimos variables para indagar osteoporosis y fracturas.

Tamaño muestral. Estudiados al azar 3.155 adultos entre 22.901, basados en el estudio piloto realizado.

Encuestadores y evaluación. 48 médicos de familia previamente entrenados. El diagnóstico confirmado por tres reumatólogos considerando los criterios del ACR y el 10% de los negativos revalorados como control de la calidad.

Análisis estadístico. Aplicación de los paquetes estadísticos SPSS, uso test de Chi y análisis de regresión logística multivariado. IC de 95%, margen de error del 2% y nivel $\alpha < 0,05$.

Resultados. Prevalencia general de ER en un 43,9% (IC 42,25-45,74) de la población. La OA alcanzó 20,41% (IC 19,02-21,87), A. Reumatoide 1,24% (0,89-1,7). Gota 0,38% (0,20-0,68), Osteoporosis/fractura 36 (tasa 1,14X100) y LES 0,19 (0,07-0,43). El nivel de discapacidad en la comunidad arrojó un 6,2% con un HAQ 0,59 (DE 1,17).

Conclusiones. La prevalencia comunitaria de las enfermedades reumáticas se halló en un rango elevado 43,9%. La OA fue la enfermedad más prevalente y la A R con 1,24% mostró una frecuencia elevada, aunque dentro del rango internacionalmente reportado, con una frecuencia de discapacidad asociada elevada (6,2%), aunque con niveles de HAQ 0,59. Se constató una tasa elevada de fracturas en la comunidad, presumiblemente de causa osteoporótica.

R9

RESPUESTA A PPD EN ARTRITIS REUMATOIDE (AR): ESTUDIO CON CONTROLES INTRADOMICILIARIOS (CID)

J. Ravelo, V. Camargo, R. Huamanchumo, A. Berrocal, A. Calvo
Servicio Inmunoreumatología. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Introducción. Habiéndose reportado en nuestro país una baja prevalencia de PPD positivo en pacientes (pac.) con AR, este procedimiento perdería validez en nuestro medio como tamizaje adecuado antes del uso de agentes biológicos, por ello decidimos evaluar su positividad en nuestros pacientes AR.

Objetivo. Comparar la respuesta de los pac. con AR a la administración de PPD con un CID.

Métodos. Se evaluaron 47 pac. AR y 47 CID pareados, con familiares de edad próxima. Fueron aplicadas 2 U de PPD en 0,1 ml vía intradérmica en antebrazo derecho. La aplicación y lectura a las 72 horas la realizó una enfermera con entrenamiento en el procedimiento. Se definió positividad para el PPD en AR 3×5 mm. y en controles 3×10 mm. Se comparó la respuesta al PPD según el uso de inmunosupresores (MTX $3 \times 7,5$ mg/sem, leflunomida, azatioprina) o no inmunosupresores (MTX 5 mg/sem, SSZ, CQ). Las diferencias se compararon con Chi² y ANOVA, el coeficiente Spearman se utilizó para evaluar la correlación entre pacientes y CID.

Resultados. Edad promedio mayor en pacientes: 51,7 años, DE 13,7, controles: 41,1 años, DE 19,7 (ANOVA, $p = 0,189$); tiempo de enfermedad promedio 12,7 años, DE 9,6; TBC previa en 6,4% pacientes, y controles 6,4%. La lectura PPD promedio en AR fue menor, 6,62 mm DE 7,55 y en controles 9,55 mm DS 7,75 (ANOVA, $p = 0,597$). Hubo correlación significativa entre positividad y negatividad del resultado entre pacientes AR y el CID, 53,2% ($p < 0,04$), el PPD (-) fue 53,2% en pacientes AR y 48,9% en controles; el PPD (-) fue 30% en pacientes AR no inmunosuprimidos y 59,5% en inmunosuprimidos ($p < 0,03$).

Conclusiones. Hubo correlación significativa entre los resultados del PPD entre pacientes AR y CID, el PPD (-) es más frecuente en pacientes AR inmunosuprimidos. El PPD debería seguir utilizándose en nuestro medio como método de tamizaje en pacientes con AR.

R10

CONCORDANCIA DEL GUES EN LA INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS SACROILÍACAS DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA

G Maciel, M. Varela, D. Dolinsky, del Grupo Uruguayo para el estudio de las Espondiloartropatías (GUES)

Objetivo. Valorar la reproductibilidad intra e inter observador en la interpretación de radiografías (Rx) de articulaciones sacroilíacas (SI) de pacientes con espondiloartropatía entre los miembros reumatólogos del GUES.

Justificación. La interpretación de las Rx SI es un pilar fundamental en el diagnóstico de las espondiloartropatías. Sin embargo, es sabido que la evaluación de los hallazgos a dicho nivel es difícil. En nuestro medio es habitual que la interpretación radiológica sea realizada por los clínicos.

Material y métodos. Se incluyeron 44 Rx de SI (88 articulaciones) de pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía, realizado por reumatólogo tratante. Fueron analizadas individualmente por cinco observadores reumatólogos integrantes del GUES en un mismo orden y en el mismo negatoscopio. A la semana fueron observadas nuevamente en diferente orden. Fueron informadas siguiendo los criterios de Nueva York para estadificación de la sacroileítis. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, utilizando el test de Wilcoxon para la comparación intra observador y el ANOVA para la comparación inter observador.

Resultados. El análisis inter observador no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los cinco. El análisis intra observador no encontró diferencias significativas en cuatro de los cinco.

Conclusiones. Entre los miembros reumatólogos del GUES hay concordancia intra e inter observador en la interpretación de las Rx SI de pacientes con espondiloartropatías. Siendo el GUES un grupo de referencia, este tipo de trabajos valida su desempeño en este aspecto, significando de alguna manera un control de la calidad de la medida.

R11

HABILIDAD DE LOS MÉDICOS CLÍNICOS EN LA INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS SACROILÍACAS DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA

G. Maciel, M. Varela, D. Dolinsky, del Grupo Uruguayo para el estudio de las Espondiloartropatías (GUES)

Objetivo. Evaluar la reproducibilidad intra e inter observador de médicos clínicos en la interpretación de radiografías (Rx) de articulaciones sacroilíacas (SI) de pacientes con espondiloartropatías.

Justificación. La interpretación de las Rx SI es un pilar fundamental en el diagnóstico de las espondiloartropatías. Sin embargo, es sabido que la evaluación de los hallazgos a dicho nivel es difícil. En nuestro medio es habitual que la interpretación radiológica sea realizada por los clínicos. Los médicos clínicos del primer nivel de atención no siempre tienen un adecuado entrenamiento.

Material y métodos. Se incluyeron 44 Rx de SI (88 articulaciones) de pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía, realizado por reumatólogo tratante. Fueron analizadas individualmente por cinco observadores médicos clínicos en un mismo orden y en el mismo negatoscopio. A la semana fueron observadas nuevamente en diferente orden. Fueron informadas siguiendo los criterios de Nueva York para estadificación de la sacroileítis. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, utilizando el test de Wilcoxon para la comparación intra observador y el ANOVA para la comparación inter observador.

Resultados. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis inter e intra observador.

Conclusiones. Entre los médicos clínicos no hay concordancia intra e inter observador en la interpretación de las Rx SI de pacientes con espondiloartropatías. Dado que estos médicos son quienes asisten a estos pacientes en una primera instancia, sería importante que cuenten con un entrenamiento adecuado para la interpretación de los hallazgos. Con base en estos resultados el GUES se propone evaluar el impacto de una actividad formativa sobre el desempeño de estos médicos.

R12

REPORTE DE CASO. REMISIÓN DE UVEÍTIS EN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE BAJO TRATAMIENTO CON PAMIDRONATO

G. De Feo, D. Palleiro, G. Maciel, D. Dolinsky, del Grupo Uruguayo para el estudio de las Espondiloartropatías (GUES)

Se presenta un paciente con espondilitis anquilosante (EA) y uveítis bilateral resistente al tratamiento habitual y su evolución, tratado con pamidronato.

La uveítis anterior (UA) es una conocida manifestación extraarticular de la EA y además un efecto adverso descrito durante el tratamiento con Pamidronato (Pam). W.S. de 35 años, portador de EA HLA B27+ de 7 años de evolución, en actividad permanente, tratamiento continuo con AINE y metotrexate con dosis progresivas hasta de 25 miligramos (mg) semanales desde el 2003, hoy día presenta un BASMI 4, BASFI 4,2, BASDAI 4,3, sacroileítis grado 4 bilateral y BASRI de columna cervical y lumbar de 2. Desde el 2001 presenta UA bilateral severa. Se realizó tratamiento con corticoides y atropina tópicos y prednisona vía oral hasta 40 mg por día sin remisión. En diciembre de 2003 se comienza tratamiento con Pam 60 mg al mes, durante 6 meses, sin observar casi variación de BASMI, BASDAI y BASFI. Descenso de la VES de 61 a 24. A los 2 meses de tratamiento se negativiza el signo de Tyndall en ambos ojos, lo que persiste hasta 4 meses luego de suspendido el Pam. Resurgen los signos de inflamación ocular que vuelven a negativizarse hasta ahora al mes de reinstalado el tratamiento con Pam. En este paciente con EA y UA aguda, resistente a los tratamientos convencionales, se objetivó remisión de los signos de inflamación ocular al realizar tratamiento con Pam i/v que reaparecen algunos meses después y se controlan una vez reinstalada la medicación. Hasta donde sabemos, se trata del primer caso reportado. Merece considerar el profundizar en este hallazgo y pensar acerca del rol del efecto antiinflamatorio e inmuno modulador que se adjudican al Pam.

R13

TERAPIA DE LA AR CON METOTREXATE (MTX), VARIACIÓN DE LA RESPUESTA TERAPÉUTICA SEGÚN EL NIVEL SOCIAL, INGRESO FAMILIAR Y LA INVERSIÓN EN SALUD (COSTOS)

O. Chigne Verástegui, J. Ravelo Hernández, R.. Huamanchumo Guzmán, A. Berrocal Kasay, A. Calvo Quiroz. Servicio Inmunoreumatología, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Objetivos. Comparar el nivel social, ingreso familiar y costos directos e indirectos de pacientes con AR en monoterapia con MTX según respuesta terapéutica.

Material y métodos: Estudio comparativo longitudinal y transversal que incluye pacientes con AR definida (ARA 87) atendidos durante el 2003, que reciben sólo MTX. Parámetros de evaluación: Respuesta terapéutica: clase funcional (ACR), escala visual análoga, Velocidad de eritrosedimentación, calidad de vida según Cedars-Sinai health-related quality of life in RA short form (CSHQ-RA), escala de valoración de situación socioeconómica (Ministerio de Salud-Perú), costos directos e indirectos durante el 2003. Se estratificó la población según respuesta terapéutica: pacientes con mejoría (PM) y sin mejoría (PSM), y con buena calidad de vida (BCV) y mala calidad (MCV) comparando costos., el ingreso familiar y riesgo social. Se utilizaron pruebas T para variables independientes y prueba Chi ², mediante el programa SPSS 12.

Resultados. Se incluyeron 49 pacientes, 43 (87,7%) mujeres y 6 (12,3%) varones, las familias tuvieron en promedio 3,4 miembros, tiempo de enfermedad promedio 8 años (rango 1-26 años), comorbilidad en 71,4% pacientes, N° promedio de medicamentos/paciente 4 (sin incluir MTX). Hubo más consultas en pacientes con mejoría (PM) que en sin mejoría (PSM) (p < 0,05), hubo hospitalizaciones sólo en PSM. Los costos directos por AR y transporte fueron mayores en grupo PM \$/. 1.277,06 vs. \$/. 930,56 de PSM (p < 0,05), los costos indirectos fueron mayores en grupo PSM \$/. 5.820 vs. 1.332,4 de PM (p < 0,01). Hubo correlación en la distribución de los pacientes según mejoría con el CSHQ-RA (p < 0,05), los pacientes con BCV vs. MCV tuvieron mayor costo directo (p < 0,05), los costos indirectos fueron mayores en grupo MCV (p < 0,01). El riesgo socioeconómico alto y mediano del grupo PM: 72,4% vs. PSM: 100%; y el riesgo bajo de PM: 27,6% vs. PSM: 0,0% (p < 0,05). El ingreso familiar fue evaluado en 41 pacientes, fue mayor en grupo PM vs. PSM (\$/. 1.076,9 vs. \$/. 646,6) (p < 0,05).

Conclusión: En los pacientes con AR en monoterapia con MTX, el grupo con mala respuesta terapéutica, según indicadores de resultados y calidad de vida, tuvo un costo global mayor, con ingreso familiar menor y mayor riesgo socioeconómico, frente a los pacientes con buena respuesta.

R14

ARTERITIS DE TAKAYASU. ESTUDIO DE UNA SERIE PERUANA

R. Manrique, E. Acevedo, R. Gamboa, C. Sánchez, C. Pastor, R. Perich, I. Alfaro, M. Cucho, A. Sánchez, M. Medina. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Perú.

Introducción. Arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad poco frecuente, en la que se compromete con más frecuencia la aorta (ramas del tramo ascendente y el cayado) de manera segmentaria (tipo II b y III de la clasificación de Moriwaki). El tratamiento de elección son los corticoides.

Objetivo. Análisis retrospectivo de criterios diagnósticos y características clínicas, arteriográficas, laboratoriales y de terapéutica en pacientes con diagnóstico de AT atendidos en el Servicio de Reumatología del HNGAI.

Métodos. Serie de casos histórica entre septiembre 1979 y mayo de 2004. Se incluyeron aquellos pacientes que cumplieron con los criterios ACR-1990 para AT. Se realizó el análisis estadístico con SPSS. Se construyeron las curvas de Kaplan Meier para determinar el tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas y el diagnóstico de enfermedad.

Resultados. Un total de 14 pacientes cumplió los criterios de inclusión. Doce pacientes fueron mujeres (85,7%), 13 de raza mestiza (92,9%) y uno de raza asiática (7,1%), con un promedio de edad al diagnóstico de 26,43 años (rango 9-47). Tres pacientes (21,4%) fueron menores de 15 años. El tiempo de enfermedad al diagnóstico fue de 2,85 ± 4,14 años (0-13). **Criterios de clasificación.** 11 pacientes (78,5%) tuvieron menos de 40 años al diagnóstico. Disminución del pulso braquial y presión arterial asimétrica se observó en el 71,4% respectivamente. Claudicación de extremidades representó el 64,3% y un 35,7% presentó soplo en arteria subclavia. Entre las *características clínicas*, los signos de enfermedad oclusiva arterial fueron los más frecuentes: disminución del pulso radial en el 85,7% (12 pac.), del pulso braquial y del popliteo el 57,1% (8 pac.), soplo en la carótida en 64,3% (9 pac.); seguidos por disnea y cefalea que predominaron en 64,3% cada una. La arteriografía se realizó en 9 pacientes (64%), siendo el tipo V (44,4%) el hallazgo más frecuente según la clasificación de Moriwaki (arco aórtico y ramas, aorta asc.-aorta desc.torácica-abdominal y/o a. renales). Los factores de mal pronóstico identificados en la serie según Ishikawa fueron: retinopatía (14,3%), HTA (64,3%), insuficiencia aórtica (28,6%) y aneurisma aórtico (7%). Una paciente falleció por shock hipovolémico post cateterismo. El valor promedio de VSG al diagnóstico fue de 46,5 mm/hora. 9 pacientes recibieron pulsos de MTP al inicio de la enfermedad y 12 recibieron dosis altas de PDN (1mg/kg/d). En dos pacientes se utilizaron antihipertensivos como tratamiento único (fase secular al inicio de evaluación); 8 pacientes tuvieron que recibir evolutivamente ciclofosfamida, micofenolato mofetil o metotrexate.

Conclusión. Las características demográficas y clínicas son similares a las descritas en otras series, pero en nuestro estudio predomina la fase oclusiva con alteraciones arteriográficas del tipo V. La HTA es el factor de mal pronóstico más frecuente que fue hallado. El tratamiento combinado probablemente sería lo más indicado desde el inicio de la enfermedad.

R15

VERTEBROPLASTIA COMO TRATAMIENTO INNOVADOR DEL DOLOR ASOCIADO A FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN

M. Medina, R. Gamboa, M. Cucho, J. Quevedo, R. Tang, A. Sánchez, E. Acevedo, R. Perich, C. Sánchez, C. Pastor, J. Alfaro, R. Manrique, C. Gutiérrez

Introducción. La vertebroplastia (VTP) es una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de fracturas vertebrales osteoporóticas que producen dolor, no responden al tratamiento conservador y limitan la actividad del paciente. El servicio de Reumatología y de Radiología intervencionista del Hospital son los primeros a nivel hospitalario que aplican esta técnica como tratamiento a los pacientes con fracturas osteoporóticas. **Material y métodos.** Serie histórica de casos. Fueron incluidos en el estudio pacientes con diagnóstico de osteoporosis primaria o secundaria y con fractura patológica, beneficiarios de VTP entre agosto de 2003 y mayo de 2004 en el HNGAI. Se obtuvo información de la revisión de historias clínicas y entrevistas a cada paciente que incluía la aplicación de la *escala análoga visual del dolor de Stanford (EVA)*. Los pacientes fueron seguidos desde el inicio del dolor por fractura vertebral hasta julio de 2004. Se obtuvo una valoración de seguimiento EVA pre VTP (EVA 0) y se analizó la variación del dolor de manera evolutiva post VTP: EVA 1 (6 horas post VTP), EVA 2 (24 horas), EVA 3 (6 meses). La variación del requerimiento de terapia analgésica y/o antiinflamatoria antes y después del procedimiento fue analizada. Se aplicó la prueba de Wilcoxon para la valoración de EVA.

Resultados. Seis pacientes fueron tributarios de VTP. La edad promedio fue de 66,8 años y 5 casos (83,3%) fueron mujeres. Osteoporosis secundaria al uso de corticoides (n = 5) representó el 83,3%. Se realizó VTP en un total de 9 vértebras. El segmento dorsal fue el más intervenido: 66,7% (n = 6) seguido del lumbar: 33,3% (n = 3). El análisis de Wilcoxon mostró una disminución significativa del dolor entre los valores EVA 0 vs. EVA 1 (8,7 vs. 4, p = 0,027), EVA 0 vs. EVA 2 (8,7 vs. 4, p = 0,027) y entre EVA 0 vs. EVA 3 (8,7 vs. 2,5). Todos los pacientes usaban AINES antes de la VTP, el 66,6% (n = 4) además usaron opioides. Luego de la VTP solo el 33,3% (n = 2) usaron paracetamol condicional. Un paciente tuvo nueva fractura (D12) en la cual se realizó VTP (EVA 0: 8 vs. EVA 1: 3 y vs. EVA 2: 2). Un paciente presentó febrícula de 37,8° por única vez a las 8 horas post VTP que cedió con antipirético.

Conclusiones. La vertebroplastia en nuestros pacientes fue un procedimiento efectivo y seguro en el alivio del dolor producido por fractura vertebral osteoporótica.

R16

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES PREDICTIVOS PARA LA EVOLUCIÓN DE LA MORBILIDAD DE LAS HOSPITALIZACIONES POR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA CLÍNICA GENERAL DEL NORTE, BARRANQUILLA, COLOMBIA

S. Socarrás, J. Salas, M. Peñaflora
Clínica General del Norte. Departamento de Reumatología. Fundación Universitaria San Martín. Barranquilla, Colombia.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica de tipo autoinmune, de etiología desconocida, con predominio en el sexo femenino y heterogénea en su presentación. Su gran compromiso multisistémico hace que el LES –en muchos casos– sea una enfermedad grave, desarrollando eventos agudos y requiriendo en algún momento de hospitalización.

Objetivos. Determinar las características clínicas y los factores predictivos de los pacientes con LES hospitalizados en la Clínica General del Norte, internados en sala general o en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Materiales y métodos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, en que se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnósticos de LES que cumplieron los criterios de inclusión, hospitalizados en la Clínica General del Norte, durante el período comprendido entre el 1 de junio de 2002 y el 31 de mayo de 2004. Se aplicaron la escala APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) y la escala de TISS (Therapeutic Intervention Scoring System), como pruebas predictoras de severidad en los pacientes con LES hospitalizados en la UCI y la escala SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) como predictor de severidad del LES en los pacientes hospitalizados en cualquier otra área. El análisis estadístico se efectuó por medio del software EPI-INFO versión 6.04 d.

Resultados. Se incluyeron 35 pacientes, con una distribución por sexo de 86% mujeres y 14% hombres y un promedio de edad de 36 ± 11 años. Los pacientes tuvieron un puntaje SLEDAI promedio de 23,14 ± 7,6 con un puntaje mínimo de 10 y máximo de 40. El 28,6% de los pacientes que ingresaron a UCI (2/7), tuvieron una escala de TISS de 16, y el 14,3% (1/7) presentó una escala de TISS de 34, para una media de 23. El máximo puntaje APACHE de los pacientes que ingresaron a UCI fue de 28,6% con un promedio de 15,71, mínimo de 4, máximo 22 (desviación estándar 6,8).

Conclusiones. El puntaje SLEDAI se debe realizar a cada paciente desde el momento del diagnóstico y de su ingreso al hospital, ya que se convierte en una herramienta para el médico debido a que esta escala nos guía acerca de la actividad y/o gravedad del paciente y los sistemas comprometidos. Los pacientes tuvieron un puntaje SLEDAI promedio de 23,14 ± 7,6 pero no hubo diferencias significativas al compararse con la mortalidad.

R17

HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS, RADIOGRÁFICOS Y CLÍNICOS EN LAS ARTICULACIONES DE LAS MANOS EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Rojas, E. Calvo, M. Ballesteros, P. Méndez, A. Iglesias.
Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Objetivo. Describir y determinar la correlación de los hallazgos radiológicos, clínicos y ecográficos a nivel de las articulaciones interfalángicas proximales (IFPs) y metacarpofalángicas (MCFs) en un grupo de pacientes con artritis reumatoide establecida en diferentes estadios.

Materiales y métodos. Se incluyeron 32 pacientes de manera aleatoria de los pacientes que consultaron al servicio de reumatología de la Universidad Nacional de Colombia, en el período de diciembre 2002 a junio 2003. Se evaluó la presencia de dolor e inflamación en las articulaciones MCFs e IFPs bilaterales. Se valoraron las escalas análogas visuales de la actividad de la enfermedad, la escala de HAQ-DI validado (health assessment questionnaire disability index), la velocidad de sedimentación globular (VSG), la proteína C-reactiva (PCR) y el factor reumatoide. Se realizó la ultrasonografía (US) de las 20 articulaciones (MCFs e IFPs) en diferentes planos, evaluando la presencia o ausencia de alteraciones a nivel sinovial, (erosiones-pannus), cartilago articular, líquido sinovial, tejidos blandos periarticulares y tendones. La evaluación radiográfica simple (Rx) fue clasificada en erosivo y no erosivo, teniendo en cuenta la escala realizada por *Larsen modificada por Rau*.

Resultados. El 84% de los pacientes eran mujeres. El 41% tenían entre 51 a 60 años de edad, el 31% tenía una enfermedad de 10 a 20 años de evolución y el 28% menos de 3 años. El promedio de articulaciones inflamadas y dolorosas fue 6. Se encontró una media del puntaje total HAQ de 1,2. Se evaluaron 640 articulaciones, encontrando una correlación significativa entre los diferentes hallazgos (tabla 1). La lesión cartilaginosa por US se encontró en el 55%. Otros hallazgos ultrasonográficos de importancia fueron: tenosinovitis (19% MCFs, 35% IFPs); en dos pacientes quistes sinoviales y en tres nódulos reumatoides.

Conclusiones. Los hallazgos ultrasonográficos tienen una alta correlación con los hallazgos radiográficos y clínicos al evaluar las articulaciones IFPs y MCFs, en pacientes con artritis reumatoide establecida, dando un beneficio adicional al examinar de una manera tridimensional las articulaciones y evaluar aspectos adicionales como son el cartilago, el pannus, la presencia de tenosinovitis, nódulos, líquido y erosiones. Lo anterior plantea el posible uso del US para la detección temprana de las alteraciones en esta enfermedad.

Tabla 1. Correlación entre hallazgos clínicos, radiográficos y ecográficos.

Correlación	MCF	IFP
Erosiones-Rx-Erosiones US	p < 0,00001	p < 0,00000001
Dolor-Erosiones US	p < 0,05	p = 0,53
Inflamación-Erosiones US	p < 0,00057	p = 0,59
Dolor-Líquido US	p < 0,006	p < 0,00000001, E: 94,2%
Inflamación-Líquido US	p < 0,004	p < 0,0000014
Dolor-Pannus US	p < 0,00000003, E: 81,64%	p < 0,001, E: 80%
Inflamación-Pannus US	p < 0,00000001, E: 85,9%	p < 0,004, E: 80%

R18

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES PRONÓSTICOS Y DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EVALUADOS POR HAQ EN UN CENTRO ESPECIALIZADO DE REUMATOLOGÍA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

J. Díaz, J. Salas, J.C. Peñaranda.
Reumatólogos del Caribe. Barranquilla, Colombia.

Objetivo. Determinar la relación entre los factores pronósticos y la capacidad funcional evaluada por Health Assessment Questionnaire (HAQ), en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Materiales y métodos: Seleccionamos 90 pacientes con AR, según los criterios de inclusión para el estudio. Analizamos valores del HAQ y factores pronósticos en ambos sexos y por grupos de edades estableciéndose diferencias entre medias y significancias. Se realizó un análisis ROC para VSG, PCR, RA Test, con puntos de corte del HAQ: < 0,5 = 0,5 y < 1 = 1, hallándole sensibilidad y especificidad.

Resultados. De un total de 433 pacientes, fueron escogidos 90, correspondiendo al sexo femenino el 88% y al masculino el 12%, con una edad media de 47 ± 13 años. Al comparar entre hombres los valores de los diferentes factores pronósticos para un punto de corte de HAQ < 0,5 y = 0,5, se encontró que fueron mayores la edad y el valor de la PCR para el corte = 0,5 con una significancia de p < 0,01 y p < 0,004, respectivamente. Entre los grupos de mujeres la VSG fue mayor para el corte de HAQ = 0,5 siendo significativo p < 0,02. En cuanto a la edad, a medida que ésta aumentaba se observó un incremento progresivo de los valores del HAQ de manera significativa p < 0,02. Al comparar los puntos de corte para el HAQ, encontramos que la probabilidad de tener una PCR positiva era 5 veces mayor cuando el punto de corte era = 0,5 con una significancia p < 0,003; lo mismo sucedió con el RA Test, con una p < 0,001; para la VSG fue de 4,6 veces mayor, con una p < 0,001.

Conclusiones. El HAQ es un instrumento utilizado como una medida sensible de incapacidad y pronóstico funcional de la AR. La relación entre los factores pronósticos y discapacidad funcional en pacientes con AR evaluados por HAQ fue significativa.

R19

**MANIFESTACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS
AL DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA AGUDA INFANTO-JUVENIL**

K. Zúñiga, E. Alarcón, A. Berrocal, R. Huamanchumo, A. Calvo, J. Ravelo
Servicio Inmuno-reumatología. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Objetivo. Evaluar la frecuencia y características de las manifestaciones musculoesqueléticas al diagnóstico de leucemia aguda infanto-juvenil.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo, que evalúa las historias clínicas de los últimos 50 pacientes menores de 18 años con diagnóstico de leucemia aguda. Se compararon las manifestaciones musculoesqueléticas en presencia o ausencia inicial de blastos en sangre periférica con la prueba de Chi².

Resultados. De los 50 pacientes evaluados el 90% correspondió a LLA (leucemia linfocítica aguda) y 10% a LMA (leucemia mieloide aguda). Hubo 32 (64%) mujeres. Edad promedio: 10,7 años (rango: 2-18 años). Tiempo de enfermedad al diagnóstico: 3-4 meses en 25 (50%) pacientes. Manifestaciones musculoesqueléticas presentes en 32 (64%) pacientes: dolor en miembros 30 (60%), artralgias 21 (42%), artritis 12 (24%), dolor óseo 9 (18%) y tenosinovitis 7 (14%). Rodillas, tobillos y codos fueron las más comprometidas con 83,3%, 58% y 41,6%, respectivamente. 16/50 (32%) de los pacientes tuvieron diagnóstico reumatológico previo al diagnóstico de leucemia, fueron: dolores de crecimiento 7 (14%), ARJ 6 (12%) y fiebre reumática 3 (6%). Al laboratorio: 10 (20%) pacientes con hemograma completo inicial normal y anemia en 34 (68%). Presentó VSG alta el 90%. Sólo 5 (10%) tuvieron blastos en hemograma inicial. Existe asociación estadística entre la presencia inicial de blastos y dolor óseo ($p < 0,05$).

Conclusiones. Con frecuencia los síntomas musculoesqueléticos son las primeras molestias de un paciente con leucemia aguda en la edad infanto-juvenil; siendo la presencia de dolor óseo la que se asocia a la presencia de blastos. Se recomienda la evaluación hematológica completa en todo paciente con molestias musculoesqueléticas en la edad infanto-juvenil.

R20

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y PARACLÍNICAS
DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN 62 PACIENTES
DEL HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE, MEDELLÍN, 2004**

F. Vargas, LF. Pinto, JF. Molina, JH. Donado, R. Eraso, A. Tobón, P. Ramírez.

Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

Objetivo. Describir las manifestaciones clínicas, paraclínicas y de tratamiento de los pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) y explorar posibles asociaciones con el desarrollo de complicaciones.

Métodos. Se realizó un estudio analítico de corte transversal en pacientes con criterios de Sapporo para SAF.

Resultados. Se incluyó un total de 62 pacientes con una distribución por sexo de 83,9 % mujeres y 16,1 % hombres, con una mediana de la edad, al inicio del estudio, de 28 años. De los criterios de SAF, la trombosis venosa fue el criterio clínico más frecuente y los anticuerpos anticardiolipina fueron la manifestación inmunológica más común. Una gran variedad de manifestaciones clínicas fue encontrada. De los pacientes del estudio, el SAF primario (SAFP) se presentó en el 32,3% de los pacientes y el SAF secundario (SAFS) se presentó en el 67,7% de los pacientes. Los pacientes con SAFP tenían una enfermedad de inicio más tardío y mayor número de pérdidas fetales que pacientes con SAFS.

Conclusiones. El SAF puede presentarse con un amplio espectro de manifestaciones, afectando cualquier órgano del cuerpo. La asociación con otras enfermedades autoinmunes puede crear subgrupos de la enfermedad.

Palabras clave. Síndrome antifosfolípido primario, síndrome antifosfolípido secundario, anticuerpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico.

R21

**PERFIL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN EL
CONSORCIO FUNLENORTE-ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL
NORTE. ENERO-JULIO DE 2004**

S. Santos, J. Salas, K. Antequera.

Consortio Funlenorte. Departamento de Reumatología, Clínica General del Norte. Fundación Universitaria San Martín, Barranquilla, Colombia.

Introducción. Al consorcio **Funlenorte** asiste un gran número de pacientes a la consulta de reumatología y se desconoce cómo se comportan las enfermedades reumáticas en esta población. No podemos ser ajenos a esta situación y es por esta razón que debemos saber a qué enemigo estamos enfrentando y de qué forma se puede evitar que se presenten complicaciones que generan incapacidad física y laboral, por lo cual deseamos conocer cuál es el comportamiento diagnóstico de estas enfermedades en nuestro medio.

Objetivo. Describir la distribución de frecuencia de las enfermedades reumáticas en los pacientes que acuden a la consulta externa de reumatología en el consorcio Funlenorte.

Metodología y diseño. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se revisaron las historias clínicas de los pacientes que asistieron a la consulta externa de reumatología en el consorcio Funlenorte durante el período comprendido entre enero y julio de 2004. La población fue de 276 pacientes. Se incluyeron variables de persona, enfermedad reumática, motivo de consulta y antecedentes personales. El análisis estadístico se efectuó por medio del software EPI-INFO versión 6.04d.

Resultados. Hubo 486 consultas de 276 pacientes, de los cuales 129 asistieron por primera vez, remitidos de diversas especialidades; y 147 pacientes asistieron a consulta control. Predominó el sexo femenino (88,4%) y la edad promedio fue de 52 años. La frecuencia de enfermedad reumática fue: osteoartritis (OA): 54%; síndrome del túnel del carpo (STC): 21,3%; artritis reumatoide (AR): 16,6%; fibromialgia (FM): 13%; osteoporosis: 11,5%. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: artrosis: 32,3%; parestesias: 13,3%; artritis: 9,2%, dolor osteomuscular generalizado: 4,5%; asistieron asintomáticos (24,7%) con adecuado control de su enfermedad de base. Los antecedentes personales se distribuyeron así: gastropatía (2,5); hipertensión arterial (0,72%); diabetes mellitus (0,72%); hipotiroidismo (0,36%).

Conclusión. Hay 5 diagnósticos predominantes: osteoartritis, síndrome del túnel del carpo, artritis reumatoide, fibromialgia y osteoporosis. La alta frecuencia del STC se relaciona con la población de estudio, la cual, en su mayoría, está conformada por educadores del departamento del Atlántico; esta ocupación se relaciona con dicho diagnóstico.