

XXV CONGRESO CHILENO de Reumatología  
XIII CONGRESO INTERNACIONAL de Reumatología  
II JORNADAS de Rehabilitación en Reumatología  
V CURSO DE REUMATOLOGIA para Médicos Generales  
I JORNADAS de Laboratorio Clínico en Reumatología  
VI JORNADAS NACIONALES de Educación al Paciente Reumático



17-20 DE NOVIEMBRE DE 2004 HOTEL TERMAS DE CHILLAN, CHILE

## Resúmenes de Trabajos Presentados

### 1. CLOROQUINA EN SINDROME DE SJÖGREN PRIMARIO (SSP) UNA ALTERNATIVA TERAPEUTICA EFICAZ?

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

Departamentos de Medicina, Unidad de Reumatología, Cirugía, Oftalmología, A. Patológica y CIGES UFRO.

El beneficio de los antimaláricos ha sido demostrado en AR y LES con estudios controlados. Sin embargo, en SSP, sólo existen pequeñas series publicadas no comparables entre sí, siendo su utilidad clínica aún controvertida.

**Objetivo:** Demostrar efectividad de la cloroquina en SSP.

**Material y Método:** Estudio prospectivo de pacientes con SSP según Consenso Europeo-Americano 2001 que consultan en policlínico de Reumatología del Hospital Temuco entre los años 2001 a 2003. Luego de consentimiento informado se administró cloroquina 3 mg/Kg/día y se aplicó encuesta con evaluación basal y a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses de parámetros clínicos, efectos colaterales del medicamento, evaluación oftalmológica, test de flujo salival (Dra. Hernández) y exámenes inmunológicos. Análisis estadístico según prueba exacta de Fischer, t de student y prueba de McNemar.

**Resultados:** De un total de 21 pacientes con SSP tratados con cloroquina, 20 son mujeres, con edad de  $53.9 \pm 13$  años de los cuales un 28% son mapuches. Un 50% de los casos refería antecedentes de al menos un aborto. Al momento del diagnóstico los pacientes presentaban síntomas de sicca en un promedio de 6 años, un tercio presentó aumento de volumen parotídeo y Raynaud; se observó artritis en un 19.1% y manifestaciones extraglandulares en un 24% (Fibrosis Pul-

monar en dos casos, Polineuropatía, Tunnel Carpiano, bicitopenia y Uveítis). En los exámenes encontramos FR(+) en un 47% con valor promedio de 345 UI, AAN (+) en un 52%, Ro (+) 52.4% y La (+) 28.6%. Se realizó biopsia de glándula salival en 12 pacientes encontrando un 66% de GIV de Chisholm Mason.

Tres pacientes abandonaron el estudio, uno por ineffectividad, uno por linfoma y uno por toxicidad ocular.

Durante el seguimiento se observó mejoría significativa en test de Schirmer II de  $2,6$  a  $9$  mm ( $p = 0,001$ ). Al interrogar respecto a síntomas sicca medidos según escala visual análoga (EVA 1-10), se observó cambios estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ) en la percepción del grado de sequedad ocular, bucal, cutánea, vaginal y durante la deglución. El requerimiento de agua disminuyó significativamente al igual que el grado de sequedad de mucosas (95% a 31% en dos años,  $p = 0,007$ ). No encontramos cambios significativos en el test de flujo salival. Las artralgias EVA basal  $7.8 \pm 2.6$  y mialgias  $5.5 \pm 3.6$  disminuyeron a EVA 24 meses:  $2.8 \pm 2.0$  ( $p = 0.000$ ) y a  $3.6 \pm 1.4$  ( $p = 0.002$ ) respectivamente.

**Conclusiones:** La cloroquina, siendo un medicamento disponible y de bajo costo, representa una alternativa terapéutica eficaz para el tratamiento de SSP.

## 2. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR) ACERCA DE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO

A. Werner, S. Kaliski, L. Bustos, K. Salazar, M. Rojas, C. Baumert

Unidad de Reumatología, Servicio de Medicina Hospital Dr. HHA Temuco. Departamento de Medicina Interna y CIGES. Universidad de La Frontera.

El rol de la educación como parte del tratamiento de la AR es indiscutible. Sin embargo, se ha publicado que menos de la mitad de los pacientes recibe esta información de parte de los profesionales de la salud, incluso más, la percepción del grado de dolor, actividad e incapacidad no siempre son coincidentes entre médico tratante y paciente.

**Objetivo:** Evaluar qué nivel de conocimiento y preocupación tienen los pacientes con AR sobre su enfermedad y tratamiento, y si este grado de conocimiento se relaciona con capacidad funcional (CF), percepción del dolor y actividad de la enfermedad medidas simultáneamente por paciente y médico.

**Material y Método:** Estudio de corte transversal utilizando una muestra no probabilística por conveniencia en pacientes con AR (ACR, 1987) que consultan en Policlínico de Reumatología Hospital Dr. HHA de Temuco. Mediante cuestionario, se evalúa sexo, edad, procedencia, escolaridad, raza, años de evolución, conocimiento de su diagnóstico y tratamiento y si requerían más información. Mediante EVA (0-100mm) se evaluó conocimiento y grado de satisfacción de la información recibida. Con escala ordinal (1-5) se evaluó la preocupación por el dolor, deformidad, incapacidad e infla-

mación articular, duración y efectividad del tratamiento y sus efectos secundarios. Al mismo tiempo, se aplicó HAQ, Likert 1-5 por médico y paciente y EVA dolor. Análisis estadístico: Programa Stata 8.0. Utilización de  $\chi^2$ , Fischer y kappa, análisis de varianza y coeficiente de correlación de Pearson.

**Resultados:** Total 104 pacientes, 96,2 % mujeres, edad media 56,2 años, mapuches 17,3%. Más de la mitad con estudios básicos, la mayoría de procedencia urbana. Evolución media de la enfermedad de 13,9 años, HAQ: 0,9. El 98,1% conocía su diagnóstico pero EVA de información 44,5 mm. y de satisfacción 49,7 mm; no influyendo nivel educacional. HAQ elevado se relacionó con más años de evolución de la AR ( $p = 0,003$ ), con EVA dolor paciente ( $p = 0,000$ ) y con Likert médico; no así con la preocupación de los pacientes por su CF. La evaluación global de la enfermedad realizada simultáneamente por paciente y médico no fue concordante ( $kappa = 0,499$ ;  $p = 0,000$ ).

**Conclusiones:** No existe concordancia entre la percepción de la actividad de la enfermedad según médico y paciente. El nivel educacional no influiría en el requerimiento de mayor información. Programas de educación deberán ser implementados.

## 3. TRATAMIENTO CON ANTI TNF- $\alpha$ EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA. EXPERIENCIA CLINICA

Dra. V. M. Maluje, Dra. N. M. Stevenson

Hospital Fuerza Aérea de Chile. Servicio de Reumatología.

**Introducción:** La nueva terapia con bloqueadores TNF- $\alpha$  ha demostrado ser eficaz en pacientes con Artritis Reumatoide. Sin embargo, los posibles efectos secundarios y el costo elevado, han sido factores que han limitado su uso.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de esta nueva modalidad terapéutica en el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide.

**Métodos:** Se realizó terapia con Infliximab en pacientes con artritis reumatoide refractaria a terapia con DMARDs convencionales. Promedio de edad: 49.4 años. Sexo: 10 mujeres y 1 hombre. PCR promedio basal: 4.0 mg/dl, VHS promedio basal: 38 mm/1 hora. La dosis de Infliximab usada fue de 3 a 5 MG/Kg. peso, en las semanas 0, 2, 6 y luego cada 8 semanas. Todos los pacientes recibieron Metotrexato concomitante. La terapia se realizó intrahospitalaria y se practicaron exámenes de laboratorio previo a cada dosis. Los pacientes se evaluaron mediante cuestionarios de HAQ, EVA

dolor, EVA capacidad física, evaluación global del médico, recuento articular de articulaciones inflamadas y sensibles.

**Resultados:** Se trataron 11 pacientes y los resultados observados fueron mejoría en parámetros de laboratorio especialmente en PCR y una reducción no tan marcada para la VHS. En la evaluación global de enfermedad por el médico, EVA dolor y EVA capacidad física y en cuestionarios de calidad de vida (HAQ) el mayor grado de respuesta se alcanzó en la semana 6 y se mantuvo posteriormente.

La terapia fue interrumpida en cinco pacientes: una por cambio de domicilio, una por causas económicas y tres por efectos adversos: una reactivación de un cuadro depresivo, una tuberculosis miliar y una artritis séptica de cadera.

**Conclusiones:** La respuesta a la terapia ha sido buena observándose un mayor efecto en la semana 6. La seguridad del tratamiento fue aceptable. No se observaron reacciones anafilácticas en relación con la infusión del medicamento.

#### 4. ETANERCEPT COMO TRATAMIENTO EN SINDROME DE REITER SEVERO: CASO CLINICO

Dra. Grisanti M.

Paciente 54 años casado 4 hijos sanos con diagnóstico de Síndrome de Reiter (SR) en 1978. Atendido por Dra. Grisanti M., desde el 01/08/1997, se constata Poliartritis Asimétrica de Articulaciones Medianas y Grandes, Tendinitis (t) de aquilianos, tendón largo del bíceps derecho y supraespinoso izquierdo en hombros; dos años con lumbago severo. Aftas orales, úlcera perianal, queratoconjuntivitis ocasionales, uretritis y balanitis inespecíficas, diarreas por 2 ó 3/d, cultivo + a *Yersinia enterocolitica*. Sinusitis frecuente fronto-etmoidal y maxilar. Neumonía legionaria en 1996. Estrés crónico tratado por psiquiatra (fluoxetina). Gran fatigabilidad. Se cambia terapia (famotidina 20 mg/d, metrotexato 7,5 mg/sem, metilprednisolona 8 mg/d, piroxicam 20 mg/d, sulfazalazina en 500 1,5 gr/d.) a: omeprazol 40 mg/d; cisaprida 15 mg/d. medrol por deflazacort 6 mg/d; diclofenaco 75 mg 1x2/d; tetraciclina 1.000 mg/d; sulfazalazina en 500, 2 gr/d; citalopram 20 mg/d; clindamicina perianal 2 v/d. evolución muy satisfactoria, diciembre 97, examen clínico y laboratorio normales. Se indica kinesioterapia. Bien hasta julio 1998, separación conyugal y reactivación clínica articular y sacroileitis. Se aumenta sulfazalazina en 500, 3 gr/d, diclofenaco 50 y 100 mg/d y deflazacort 9 mg/d. cambia psiquiatra + apoyo psi-

cológico. Bien hasta 12/2002 por cambio de trabajo 01/2001, posteriormente renuncia sept 2002.

11/2001 Sinusitis Aguda, OTL: reposo, antibióticos, y finalmente cirugía 12-2002. Reactivación clínica: aumento diclofenaco 150 mg/d aumento metrotexato 10 mg/sem + ácido fólico 5 mg /sem, cambio omeprazol por pantoprazol 40 mg 2x/d; se infiltra muñeca izquierda, quervain izquierdo, ambos hombros y túnel carpiano muñeca derecha. 01-2003 Epiescleritis OI, aftas orales, sinovitis MTCP-F y (t) flexores manos. Aumento dezartal a 15 mg/d, evaluación urológica negativa. Bien desde 03 al 06-2003. con baja progresiva de dezartal a 6 mg/d, suspensión total de sulfazalazina en y exámenes de laboratorio normales. 05/2003 Inicia nuevo trabajo con grandes desafíos bien remunerado. Reactivación de SR desde 07-2003 sin respuesta a múltiples tratamientos en dosis mayores que las usadas anteriormente, hasta **03/2004 fecha de inicio de tratamiento con Etanercept**, el que ha usado hasta ahora, logrando por fin su inactivación y salida progresiva de metrotexato y deflazacort. Sus últimos exámenes 07-2004 son normales, lo que confirma la remisión clínica del **SR**.

#### 5. CICLOSPORINA A EN DERMATOMIOSITIS JUVENIL. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO EN 15 PACIENTES

M. Ladino <sup>(1)</sup>, M Debré, R. Mouy, AM Prieur <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile; <sup>(2)</sup>Hospital Necker Enfants Malades, París, Francia.

La dermatomiositis juvenil (DMJ) es una enfermedad autoinmune multisistémica de causa desconocida, caracterizada por una vasculitis que afecta principalmente piel y músculos. Los corticoides son considerados como terapia de primera línea. Cuando existe refractariedad o dependencia a corticoides, es necesario utilizar agentes inmunosupresores.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y tolerancia de la Ciclosporina A (CSA) administrada a 15 niños con DMJ.

**Pacientes y Método:** Se analizó retrospectivamente las fichas clínicas de 15 niños cuya edad promedio de inicio del cuadro fue de  $5,8 \pm 2,3$  años quienes recibieron CSA por refractariedad al tratamiento en 13 casos y como terapia inicial en 2 casos.

**Resultados:** La duración de la enfermedad al inicio de la CSA fue  $15,2 \pm 17$  meses. El promedio de seguimiento

4,1 años (0,5 a 18). La CSA fue administrada a una dosis promedio de 4,1 mg/Kg/día (rango 2,5 a 7,5) por un periodo de 2,8 años (0,25 a 8,3). Se obtuvo una mejoría clínica en 9 niños (60%). Dos de ellos respondieron a CSA sola. La CSA fue suspendida en 3 pacientes seguidos de una recaída, respondiendo a la reinstalación de la terapia. La dosis diaria de corticoides fue reducida o discontinuada en 7/13 niños (53,8%). Los efectos adversos fueron principalmente: hipertensión arterial transitoria en 7 casos (46,6%), hiperpilosidad en 6 casos (40%). Se observaron infecciones significativas en 4 pacientes (26,6%). No hubo compromiso renal ni evidencias de enfermedad linfoproliferativa al periodo de seguimiento.

**Conclusión:** La CSA parece ser un efectivo y seguro tratamiento para la dermatomiositis. Para ello será necesario realizar un estudio multicéntrico prospectivo.

## 6. UTILIDAD DE TALIDOMIDA EN ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL SISTEMICA REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL: A PROPOSITO DE UN CASO

B. González M <sup>(1)</sup>, M. Llorente H <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Unidad de Inmunología. Hospital Luis Calvo Mackenna, <sup>(2)</sup> Hospital Padre Hurtado, Departamento de Pediatría.

**Introducción:** Entre las diferentes formas de Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), la variedad sistémica (AIJs), constituye en ocasiones un verdadero problema clínico debido a la falta de respuesta a las terapias convencionales. En efecto, el uso de esteroides e inmunosupresores, tales como Metotrexato (MTX), Ciclofosfamida, Azatioprina y Gammaglobulina han sido empleados sin respuesta satisfactoria en algunos pacientes. Por otra parte, la incorporación de nuevos tratamientos biológicos (antiTNF), tampoco han dado los resultados esperados en esta variedad de AIJ. En los últimos años se han publicado algunos reportes de mejoría significativa con el uso de Talidomida.

**Objetivo:** Dar a conocer la buena respuesta al uso de talidomida en una paciente con AIJs refractaria a múltiples tratamientos. Revisión de los conceptos actuales del empleo de este medicamento en AIJ y sus potenciales efectos adversos.

**Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino, sin antecedentes de importancia hasta la edad de 2 años 8 meses en que presenta fiebre prolongada, artritis y rash cutáneo, diagnosticándose AIJs. Inicialmente recibe ácido acetilsalicílico y dado excelente respuesta se suspende al completar un año. Dos meses después por severa reactivación, inicia tratamiento con MTX y prednisona sin obtener mejoría. Se agrega Gam-

maglobulina iv mensual (6 meses), Hidroxicloroquina y se incrementa la dosis de MTX (1 mg/Kg semanal). A los 5 años de edad persiste con artritis agregándose pulsos de Influximab. A los 6 años, luego de suspender infliximab, se intenta con pulsos de ciclofosfamida (500 mg/m<sup>2</sup>), logrando su estabilización clínica solo por 6 meses, con reactivación articular y alteración de pruebas hepáticas al cabo de este periodo. A los 6,5 años estando clínicamente activa a pesar del tratamiento con esteroides, hidroxicloroquina y diclofenaco, se inicia terapia con talidomida 50mg diarios. A la tercera semana de iniciado el tratamiento se aprecia una mejoría importante, desapareciendo el componente articular y mejorando las condiciones generales. Se mantiene en remisión clínica hasta la fecha, con exámenes que demuestran una normalización de todos los parámetros. Durante este tiempo, se ha logrado suspender antiinflamatorios y esteroides. El fármaco ha sido bien tolerado sin reacciones adversas después de más de un año de tratamiento.

**Conclusión:** Talidomida es una alternativa a considerar en el tratamiento de AIJs refractaria a los tratamientos inmunosupresores habituales. Debe ser una terapia en pacientes seleccionados, especialmente en niños con AIJs, de curso crónico y dependientes del uso de esteroides.

## 7. ANTICUERPOS ANTINUCLEARES: CORRELACION CLINICA DE LOS DIFERENTES PATRONES DE INMUNOFUORESCENCIA

J. Roa\*, C. Rodas\*, P. Abumohor\*\*, J. Salinas\*\*

\* Becadas de Inmunología Clínica Universidad de Chile.

\*\* Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** Los anticuerpos antinucleares (ANA) son autoanticuerpos dirigidos contra diversas estructuras nucleares, detectables por inmunofluorescencia indirecta en células Hep-2. Los patrones de fluorescencia se correlacionan con enfermedades autoinmunes y orientan al tipo de autoanticuerpo presente, los cuales pueden confirmarse por una técnica de ELISA (ENA).

**Objetivo:** Establecer la frecuencia y correlación clínica de los diferentes patrones de inmunofluorescencia de los anticuerpos antinucleares, en un grupo de pacientes controlados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo de 310 exámenes de ANA positivos realizados con la técnica de

inmunofluorescencia indirecta en células Hep 2, entre enero 2001 y junio 2002. Se seleccionaron 103 pacientes con ficha clínica completa en nuestro Hospital y se consignaron antecedentes clínicos y de laboratorio.

**Resultados:** El patrón moteado fue el más frecuentemente encontrado (76%). Los otros patrones se presentaron con baja frecuencia: anticentrómero (13%), homogéneo-moteado (5%), nucleolar (3%) y homogéneo (3%). A 55 pacientes se les solicitó ENA, resultando positivo en 23 casos (Ro 34.4%, La 19%, Sm 13%, RNP 22%, Jo 3% y Scl-70 9.4%). Los autoantígenos Ro, La, Jo y Scl-70 se asociaron casi exclusivamente al patrón moteado. Un 77% de los LES, 81% de Sjogren, 73% de Dermatomiositis, 86% de AR pre-

sentaban patrón moteado. Ningún caso de esclerodermia y CREST se asoció a este patrón. A 44 pacientes se les solicitó antiDNA, siendo positivo en 21 casos, todos correspondientes a LES.

**Conclusiones:** El patrón más frecuente es el moteado. Los ANA siguen siendo una técnica de screening útil para la detección de autoanticuerpos. Sin embargo, sus patrones no siempre se correlacionan a una determinada especificidad antigénica, lo cual obliga a complementarlos con ELISA.

## 8. COMPROMISO NEUROLOGICO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO PEDIATRICO

Benito González M\*, Johanna Roa A\*\*, Paula Duarte J\*\*

\* Jefe Unidad de Inmunología Hospital Luis Calvo Mackenna.

\*\* Becadas de Inmunología Clínica Universidad de Chile.

**Introducción:** El compromiso del sistema nervioso central (SNC) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) puede consistir en la presencia de síntomas neurológicos o psiquiátricos. Su frecuencia se ha estimado en 20 a 44% de los niños y adolescentes con LES y continua siendo una entidad de difícil diagnóstico y tratamiento. Han sido descritos diferentes factores clínicos y de laboratorio como predisponentes o protectores de la aparición del compromiso del SNC.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y tipo de compromiso del SNC en niños con LES. Establecer una correlación entre el compromiso del SNC y parámetros clínicos y de laboratorio.

**Material y Método:** Se analizaron retrospectivamente 60 casos de LES infantil correspondientes al período 1981 al 2001 en el Hospital Luis Calvo Mackenna. Se confeccionó una base de datos Excel, registrando antecedentes clínicos y de laboratorio. Se comparó cada variable entre los grupos

con y sin compromiso del SNC. El análisis estadístico se realizó utilizando el test de chi cuadrado.

**Resultados:** El 80% del grupo estudiado fue de sexo femenino. La edad promedio total fue de  $10.6 \pm 2.7$  DS. Un 25% de los casos estudiados presentaron compromiso del SNC. Las manifestaciones neuropsiquiátricas según frecuencia fueron: convulsiones (25%), corea (18.7%), cefalea (18.7%), psicosis (18.7%), accidente vascular encefálico (12.5%) y paresia de extremidades inferiores (6.3%). Ningún paciente con compromiso SNC presentó rash cutáneo y/o Raynaud. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los parámetros analizados en ambos grupos.

**Conclusión:** La manifestación más frecuente de compromiso del SNC en niños con LES son las convulsiones, seguidas de corea, cefalea y psicosis. El rash discoide ha sido descrito en la literatura como factor protector independiente para la aparición de alteraciones del SNC, tendencia que se mantiene en el grupo estudiado.

## 9. CARACTERIZACION DE PACIENTES PORTADORES DE LUPUS ERITEMATOSO INFANTIL SEGUN LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-DNA

Benito González M\*

\* Unidad de Inmunología y Reumatología. Hospital Luis Calvo Mackenna.

**Introducción:** Los anticuerpos anti-DNA son considerados como uno de los principales marcadores del LES y posiblemente responsable del daño renal a través de algunos de los tres mecanismos inmunopatogénicos propuestos recientemente.

**Objetivo:** Analizar las características clínicas y de laboratorio y el grado de compromiso renal en 48 niños que presentaban LES con anti-DNA (+) y compararlos con 10 pacientes que eran anti-DNA(-).

**Resultados:** Ambos grupos presentaron características clínicas muy similares, aún cuando los pacientes con anti-DNA (-) tuvieron un mayor compromiso miopático (62 vs 25%) y un porcentaje mayor de F. de Raynaud (25 vs 2). El grado de compromiso renal para ambos grupos fue de un 62 y

59% respectivamente ( $p > 0.05$ ). Las lesiones renales, según clasificación OMS, en 37 biopsias realizadas, no arrojó diferencias significativas. Los distintos marcadores de autoinmunidad así como el análisis hematológico, fueron similares en ambos grupos.

**Conclusión:** La presencia de anticuerpos anti-DNA no constituiría el único factor determinante del daño renal. Es posible que otros anticuerpos y/o un subtipo de anti-DNA no detectado con las técnicas habituales, sean los responsables del daño renal. La utilización de nuevas técnicas en la identificación de estos autoanticuerpos, permitirá mejorar el conocimiento del rol que tendrían estos anticuerpos en la patogenia del LES.



## 10. PURPURA TROMBOCITOPENICO REFRACTARIO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES)

Drs. J.G. Gil, P.Y. Kusnir, M. García, O.J. Neira

Sección Reumatología, Hospital del Salvador, Universidad de Chile. Santiago.

Un 3 a 15% de los pacientes con PTI pueden evolucionar hacia LES. Por otra parte, hay trombocitopenia en 14% de los pacientes con LES y en un 4% de ellos puede ser la manifestación inicial. El tratamiento inicial del PTI es prednisona 1-1,5 mg/kg. En pacientes refractarios a esteroides se recomienda el uso de inmunoglobulina (IVIG), inmunosupresores y esplenectomía. Otras alternativas terapéuticas son: Ig Anti-D, danazol, y vincristina.

Describimos el caso de una mujer de 54 años sin antecedentes mórbidos. En agosto de 2003 presenta poliartralgias simétricas de carpos, MCF, IFP y trombocitopenia, diagnosticándose un PTI, fue tratada con prednisona 60 mg, con buena respuesta.

En diciembre de 2003 luego de un mes sin terapia, ingresa al hospital por púrpura generalizado, gingivorragia, epistaxis y hemorragia subconjuntival. Laboratorio: Hto: 24,6%, leucocitos: 2.790mm<sup>3</sup>, linfocitos: 396mm<sup>3</sup> y plaquetas: 1.000mm<sup>3</sup>, VHS 25mm/h. Examen orina normal; FR: (-), ANA: (+) homogéneo 1/160, anti DNA: (+), ENA: (+) 228 UE Ro y La (+), C3: 69,7 mg/dl, C4: 9,1 mg/dl, Ac-ACL: (-), Coombs: (-), Ac-antiplaquetario: (+). VIH: (-) VHB: (-), VHC: (-). Mielograma: solo destaca hiperplasia megacariocítica.

Se diagnosticó PTI secundario a LES, e indicó metilprednisolona 1 gr. x 3 veces, prednisona 1,5 mg/kg/día, a los 10 días se inicia ciclofosfamida 50 mg/día, pese a lo cual mantiene recuento plaquetario de 1.740 mm<sup>3</sup> y presenta hemorragia vítrea. Se administra Ig Anti-D 50 mcg/Kg; lográndose

plaquetas de 81.000 mm<sup>3</sup>. Se realiza vitrectomía y egresa el 18 de enero con ciclofosfamida 75 mg, y prednisona 70 mg día.

En marzo de 2004 con prednisona 20 mg y ciclofosfamida 100 mg día, recae con gingivorragia, y púrpura de extremidades inferiores. Plaquetas: 3.400 mm<sup>3</sup> y leucocitos: 3.100 mm<sup>3</sup>, se suspende ciclofosfamida. Recibe Ig Anti-D 75 mcg/Kg, prednisona 60 mg día; lográndose plaquetas de 64.000 mm<sup>3</sup>. Es esplenectomizada sin incidentes. Egresa a los 12 días con 297.000 plaquetas mm<sup>3</sup>.

En mayo de 2004, con 20 mg día de prednisona, recae con recuento de cero plaquetas por 10 días y epistaxis persistente pese a metilprednisolona 0.5 grx3 veces y prednisona 60 mg. Se inicia azatioprina 100 mg y administra vincristina en dosis de 2 mg/semanal por 3 veces. A los 13 días de iniciada azatioprina y 6 días de vincristina, egresa con 54.000 plaquetas. Se encuentra actualmente asintomática con azatioprina 100 mg día y prednisona 40 mg día, con un recuento plaquetario de 138.000 mm<sup>3</sup>.

Destacamos el caso de una paciente con LES que debuta con una trombocitopenia autoinmune refractaria al uso de esteroides e inmunosupresores. Se obtuvo respuesta transitorias con Ig Anti-D que permitieron realizar los procedimientos quirúrgicos. Ante una nueva recaída se obtuvo una respuesta rápida con el uso de vincristina. Dado el alto costo y difícil acceso a terapias como IVIG y danazol, destacamos la eficacia y rapidez de acción de Ig anti-D y vincristina.

## 11. ANTICUERPOS ANTIPEPTIDO CITRULINADO (AAPC) EN ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL (AIJ)

Autores: M Iglesias<sup>(1)</sup>, M Ladino<sup>(2)</sup>, V Yañez<sup>(3)</sup>, M Miranda<sup>(4)</sup>.

<sup>(1, 2, 3, 4)</sup> Hosp. San Juan de Dios, <sup>(1)</sup> Unidad Reumatología, <sup>(3)</sup> Lab. Inmunología, <sup>(4)</sup> Unidad Pediatría, <sup>(2, 4)</sup> Universidad de Chile

**Introducción:** La AIJ corresponde a un conjunto de 7 síndromes clínicos. Solo uno de estos síndromes corresponde a la enfermedad del adulto, la denominada AIJ Factor Reumatoideo (+), con una frecuencia de 10 a 15%. Su diagnóstico sigue siendo clínico; la presencia de anticuerpos antinucleares (AAN), factor reumatoideo (FR) o HLA B-27, permiten definir subgrupos y pronóstico. Los AAPC en AR se han correlacionado con enfermedad erosiva severa, siendo su especificidad de 98-99%.

**Hipótesis:** La presencia de AAPC se correlacionaría con AIJ FR(+) de curso severo.

**Objetivo:** Evaluar la presencia de AAPC en niños con AIJ y su asociación con presencia de FR, AAN y severidad clínica.

**Material y Métodos:** AAPC fueron medidos por ELISA (EURODIAGNOSTICA®) en muestra de sueros de 21 niños

con AIJ (19 niñas y 4 niños) con un promedio de edad de inicio  $7.47 \pm 4.19$  años y un promedio de duración de enfermedad de 26.2 meses. Como grupos control se tomaron muestras de 14 niños con LES, 11 niños con otras mesenquimopatías y 18 niños controles sanos.

**Resultados:** Se encontró AAPC (+) en el 14% (3 pacientes). Los tres, correspondían a AIJ FR (+). Los controles así como las otras mesenquimopatías fueron AAPC(-). No se encontró asociación con AAN, HLA B 27, ni con hipergamaglobulinemia.

**Conclusión:** Este estudio confirma la presencia de AAPC solo en niños con AIJ FR(+). Dado la asociación de AIJ FR(+), con un curso más severo, la pesquisa de éste anticuerpo podría ayudar en la decisión de una conducta terapéutica más razonable y precoz.

## 12. ISQUEMIA DE EXTREMIDADES INFERIORES EN UN CASO DE ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES

**Autores:** L. Soto<sup>(1)</sup>, X. Gómez-Veroiza<sup>(2)</sup>, E. Astorga<sup>(2)</sup>, M. Mége<sup>(3)</sup>, A. Espinoza<sup>(4)</sup>, M. Cuchacovich<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup> Sección Reumatología Departamento de Medicina Interna Hospital Clínico Universidad de Chile.

<sup>(2)</sup> Interna de Medicina Hospital Clínico Universidad de Chile.

<sup>(3)</sup> Unidad de Cirugía Vascul ar Hospital San Borja Arriarán.

<sup>(4)</sup> Anatomopatólogo Laboratorio CITOLAB.

<sup>(5)</sup> Jefe Sección Reumatología Departamento de Medicina Interna Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** La Arteritis de Células Gigantes (ACG) es una vasculitis que afecta principalmente vasos craneanos en pacientes mayores de 50 años. El compromiso de vasos extracraneanos ha sido poco reportado en la literatura.

**Objetivos:** Revisar a partir de un caso clínico el compromiso extracraneano de ACG.

**Métodos:** Se describe un caso clínico de isquemia subaguda de extremidades inferiores en el contexto clínico de una ACG. La revisión del tema se realizó a través de la base de datos Medline.

**Resultados:** Mujer de 72 años, hospitalizada por cuadro de claudicación intermitente progresiva de extremidades inferiores. Al examen físico se constató ausencia de pulsos distales de extremidades inferiores y cianosis. Se realizó arteriografía en que se observa estenosis desde la arteria femoral superficial bilateral y vasos en cuenta de rosario. La paciente

dirigidamente refiere cefalea biparietal y claudicación mandibular. Se planteó el diagnóstico de ACG. Se realizó biopsia de arteria temporal, cuya microscopía informó presencia de células gigantes multinucleadas en túnica media. Se inició terapia corticoidal más pulsos de Metilprednisolona y ciclofosfamida. Por persistencia de isquemia, se realizó amputación de la extremidad inferior izquierda.

Se mantuvo con prednisona e inmunosupresión con Azatioprina. Ocho meses después se hospitaliza por cuadro de isquemia mesentérica masiva. La paciente fallece post cirugía.

**Conclusiones:** El compromiso extracraneano en la ACG está poco documentado. La afección de extremidades inferiores se asocia a un mal pronóstico por un difícil control de la enfermedad y fracasos en la revascularización. El diagnóstico diferencial con otras vaculitis y enfermedades sistémicas es fundamental.

## 13. LINFADENOPATIA EN ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO, REPORTE DE CUATRO CASOS

**Autores:** L. Soto<sup>(1)</sup>, E. Astorga<sup>(2)</sup>, X. Gómez-Veroiza<sup>(3)</sup>, F. Sabugo<sup>(1)</sup>, M. Villanueva<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Sección Reumatología Departamento de Medicina Interna Hospital Clínico Universidad de Chile.

<sup>(2)</sup> Interna de Medicina Hospital Clínico Universidad de Chile.

<sup>(3)</sup> Departamento Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** La enfermedad de Still del Adulto (ESA), una enfermedad reumática inflamatoria de etiología desconocida, se caracteriza por presentar fiebre en aguja, rash maculopapular evanescente, compromiso articular, odinofagia, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia y leucocitosis. Las linfadenopatías están presentes entre un 44 a 60% de los pacientes con ESA. Esta patología representa uno de los diagnósticos diferenciales de fiebre de origen desconocido; y puede simular la presentación clínica de un linfoma. La biopsia de linfonodos afectados, generalmente es inespecífica.

**Objetivos:** Describir los hallazgos histopatológicos en linfadenopatías correspondientes a pacientes con diagnóstico de ESA.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de cuatro pacientes controlados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con diagnóstico de ESA que cumplieran los criterios de Yamaguchi y tuviesen biopsia de linfo-

nodo. Se revisaron las placas y se describieron los hallazgos histológicos.

**Resultados:** Los hallazgos histológicos correspondieron a linfadenitis crónica hiperplástica en dos de los casos, una linfadenitis reactiva inespecífica con vasculitis linfocitaria no necrotizante y una linfadenitis reactiva mixta con hiperplasia cortical y paracortical moderada. Ninguna de las piezas analizadas describen hallazgos sugerentes de enfermedad maligna.

**Conclusión:** La Enfermedad de Still del Adulto representa un desafío diagnóstico, principalmente cuando sus manifestaciones clínicas pueden corresponderse con otras patologías; como puede ser un linfoma. Aquí radica la importancia del estudio histológico; aunque cabe destacar que se han descrito casos de linfadenopatías en ESA que imitan linfoma de células T. Finalmente, mencionaremos que los hallazgos descritos, se corresponden con la información presente en la literatura.

## 14. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ENTRE 1986 - 2004

Rosa María Valenzuela  
Hospital San Juan de Dios.

**Introducción:** La Esclerosis Sistémica Progresiva (ESP) es una afección autoinmune multisistémica del tejido conectivo; el compromiso pulmonar es el segundo en frecuencia, principal causa de morbimortalidad; su diagnóstico y tratamiento oportunos son de relevancia pronóstica.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EIPD) asociada a ESP en pacientes del Servicio de Reumatología del Hospital San Juan de Dios (HSJDD) entre 1982 y 2004 Determinar características clínicas, inmunológicas e histológicas, mejorar diagnóstico, seguimiento y manejo.

**Metodología:** Revisadas 35 fichas según protocolo.

**Resultados:** 93% mujeres. 93,8% sobre los 40 años. 39,4% derivado a broncopulmonar: por tos crónica (12,1%), radiografía tórax (RxTx) alterada (12,1%), examen pulmonar alterado (3%), sospecha (9%). Clínica prevalente: disnea (80%), tos (60%), fatigabilidad (40%); crépitos (40%).

70% asociado a esofagopatía, poliartralgias (40%), vasculitis (10%), 70% ANA positivo, 100% anticentrómero negativos; anti-Sc170 realizado en 2 pacientes fue positivo. 100% realizó espirometría (60% patrón restrictivo leve); en 60% gases reposo/ejercicio (normales en un 50%).

RxTx solicitada en el 60% siendo normal en el 68%. TAC, Test de difusión (TDCO), fibrobroncoscopia y biopsia abierta solicitados ocasionalmente, resultando concordantes con EIPD. El tratamiento se basó en 2 casos en inmunosupresores (ciclofosfamida, azathioprina). 51% usó corticoides.

**Conclusiones:** El compromiso pulmonar fue menor a lo descrito. El diagnóstico se fundamentó en la clínica, espirometría, test de difusión y TAC, que deben implementarse en un protocolo de seguimiento. RxTx fue poco sensible. La biopsia debe reservarse si hay duda diagnóstica y seguridad terapéutica.

## 15. SINDROME ANTIFOSFOLIPIDOS E HIPERTENSION PORTOPULMONAR: A PROPOSITO DE UN CASO

Drs. C. Heredia, S. Palma, G. Gil, J. Sola, O. Neira  
Sección Reumatología, Hospital del Salvador, Universidad de Chile. Santiago.

La asociación de hipertensión pulmonar más hipertensión portal: hipertensión porto-pulmonar (HPP), es una condición infrecuente de etiología desconocida, ocasionalmente asociada a síndrome antifosfolípidos (SAF). Estudios prospectivos hemodinámicos encuentran HPP en 2-4% de los pacientes con hipertensión portal con o sin cirrosis. Las teorías patogénicas sugieren: desbalance entre agentes vasoconstrictores y vasodilatadores, remodelación de la pared de la arteria pulmonar y microtrombosis. La terapia no está bien definida y se ha usado desde vasodilatadores orales, endovenosos a trasplante pulmón-hígado. La sobrevida es de aproximadamente 15 meses después del diagnóstico.

Se describe el caso de una mujer de 27 años con antecedentes de: tabaquismo, G1AOP1 y cesárea por SHE hace 4 años. En Junio 2004 inicia edema facial y de extremidades, disnea de esfuerzo y ortopnea. Sin uso de fármacos, fotosensibilidad, úlceras orales ni artritis. Al examen destaca: PA 155/108 mmHg, pulso 109', yugulares altas, ictericia, edema periorbitario, de manos y pies. Raynaud, eritema palmar y dedos en cuello de cisne. CV: soplo holosistólico tricuspídeo. Abdomen: hígado palpable 2 cm BRC, sin reflujo hepatoyugular. Sin signos de TVP.

Al laboratorio destaca: plaquetas: 50.000 mm<sup>3</sup>, VHS 150 mm/hora, albuminemia 2,5 g/L, bilirrubina: 3,6 mg/dl, FA 1.075 UI y GGT 101 UI, TP 44%. Examen de orina y función renal normal. Dímero-d elevado 3,4 ug/dl, ANA: (+) >1/160 homogéneo, DNA y ANCA: (-), ENA: (+) Ro/La/RNP(+), C3: 48 y C4: 6mg/dl, AcL (+) bajo al ingreso y 6 semanas. Anticoagulante lúpico: (+). Ac-b2 glicoproteína 1: (-), VDRL (-), VIH(-). ECG: Ritmo sinusal, eje a derecha y BIRD. Rx Tórax: cardiomegalia. Ecocardiograma TT: dilatación cavidades derechas, hipertrofia VD, insuficiencia tricuspídea severa, hipertensión pulmonar severa: 114 mmHg, derrame pericárdico leve. FEVI 71%, sin trombos. AngioTAC Tórax: sin signos de TEP. Cateterismo derecho: HTP 75 mmHg no reactiva a adenosina.

Se diagnosticó Hipertensión Pulmonar asociado a SAF e inicia tratamiento con furosemida, nifedipino, prednisona 50 mg/día, ciclofosfamida 500 mg iv, e inicia sildenafil oral.

Evolución satisfactoria, asintomática, con desaparición de disnea y edemas. Exámenes: normalización de plaquetas 150.000 mm<sup>3</sup> y VHS 12 mm/h, bilirrubinemia 1,3 mg/dl, TP 86% y albúmina 3,7 mg/dl. Mantiene elevación de Fosfatasas Alcalinas >1000 y GGT 291 UI/L. Ac Antimúsculo



liso y Antimitocondriales (-). Ecografía abdominal: hígado de bordes irregulares, vesícula de paredes gruesas, cálculo 1,4 cm, esplenomegalia y ascitis leve. Ecodoppler: material sugerente de trombo en la vena porta y rama izquierda. EDA: Várices esofágicas medianas a grandes que se ligan. Biopsia

hepática: hígado normal. Se indica alta, manteniendo tratamiento con reducción de prednisona 30 mg/día.

Pocos estudios describen la HPP asociada a SAF, siendo la mayoría secundarios a LES. Aquellos con SAF primario presentan historia de TVP y evidencias de TEP.

## 16. ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO. ANALISIS CLINICO BASADO EN 14 CASOS

M.A. Carreño, A. Carvallo, C. Martínez, C. Trejo, F. Ballesteros.

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

Departamento de Reumatología, Servicio de Medicina, Hospital San Borja Arriarán.

**Introducción:** La Enfermedad de Still del Adulto (ESA) es un síndrome febril de presentación aguda, habitualmente del adulto joven, que afecta múltiples órganos y sistemas y suele crear problemas diagnóstico-terapéutico. **Objetivos:** Analizar retrospectivamente las características clínicas, de laboratorio, terapéuticas y evolutivas de esta afección en nuestro medio. **Material y Métodos:** 14 pacientes con ESA controlados entre 1995 y 2004. Según protocolo se analiza edad, sexo, diagnósticos previos, características clínicas y de laboratorio, tratamiento y evolución. Todos los pacientes cumplían criterios de Cush y Yanaguchi. **Resultados:** La edad promedio fue 37,4 años, sin predominio de sexo (7/7), con 3,15 meses promedio de tiempo de evolución prediagnóstico. 70% tuvieron diagnósticos y tratamientos previos

incluyendo antibióticos (1 antituberculoso). Todos presentaron fiebre, 92,8% inicial. 78,5% presentó odinofagia y rash y 100% compromiso articular inicial, siendo 78,5% artritis. 92,8% tuvo leucocitosis; 100% VHS elevada y 10/12 ferritina elevada. Factor reumatoideo (-) en 12/13 y ANA (-) en 10/14. 78,5% requirió corticoides y 42,8% Metotrexate o Azathioprina. Sólo 2 de 11 respondieron a aspirina. La evolución a 45,7 meses promedio fue 50% aguda, 21,4% recidivante y 21,4% crónica. 1 evolucionó a artritis reumatoidea. **Conclusiones:** • La ESA es una afección de difícil diagnóstico. • La latencia y tratamientos previos al diagnóstico son frecuentes. • La forma de presentación fue similar a la literatura. • La respuesta a la aspirina fue pobre y 85,7% necesitó corticoides y/o inmunosupresores. • La mayoría tuvo evolución aguda.

## 17. BLOQUEO AURICULO VENTRICULAR COMPLETO EN FETO DE MADRE RO (+) ASINTOMATICA

M.A. Carreño; C. Trejo

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

**Introducción:** El Bloqueo aurículo-ventricular (BAV) se presenta en hijos de madres con Anticuerpos(Ac) anti-Ro y/o anti-La con o sin mesenquimopatía. Se presenta en un 2-5%, aumentando a 15% con antecedentes de hijo previo con BAV. Es una manifestación de lupus neonatal. **Objetivos:** Presentación de un caso de madre asintomática Ro (+). **Descripción:** Mujer de 30 años. Fumadora: 2 cigarros/día. Historia obstétrica: embarazo hace 8 años sin complicaciones, hijo varón, de término, sano, peso de nacimiento 3550 grs. Sin historia de abortos. Usuaria de anticonceptivos orales. Cursando segundo embarazo, sin cambio de pareja, asintomática y con examen físico normal, se pesquiza en la semana 22 bradicardia fetal. Ecocardiografía fetal: BAV completo, bradicardia ventricular 55x', frecuencia auricular 112x'. Ecocardiografía control en semana 28 confirma hallazgos, además de hidropericardio. Laboratorio materno: hema-

trocrito 31%, hemoglobina 10,8gr/dl, leucocitos 9.300/mm3, plaquetas 295.000, VHS 46mmHg, creatinina 0,5gr/dl, orina completa normal. Bilirrubina, fosfatasas alcalinas, transaminasas: normales. Uricemia 3,2. Exámenes inmunológicos: ANA 57,7U/ml (<10); ENA: Ro 59,5U/ml (<10); La 13,0U/ml (<10); Sm y Rnp (-); Ac anticardiolipinas (-). Test de Schirmer normal. En la semana 28 recibió 2 dosis de betametasona (12mg intramuscular). En la semana 40, por cesárea electiva, nace feto de sexo masculino, peso 4520 grs, talla 53cms, Apgar 8-8, sin signos de insuficiencia cardíaca. A las 24 horas de vida se instala marcapaso a frecuencia de 115x', sin inconvenientes. Posteriormente asintomáticos madre e hijo. **Conclusiones:** Es inhabitual el hallazgo de BAV intrauterino en madres Ro(+) asintomáticas. Un alto porcentaje evoluciona hacia mesenquimopatías, haciendo importante el seguimiento a futuro.

## 18. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LOS CHILENOS ALTOS: ESTUDIO COMPARATIVO DE 33 MARFANOIDES (MF) Y 230 CASOS DE SINDROME DE HIPERLAXITUD ARTICULAR (SHA)

J. F. Bravo

Departamentos de Reumatología

Clínica Arauco Salud y Hospital San Juan de Dios.

**Introducción:** Alteraciones Hereditarias de la Fibra Colágena (AHFC) clásicas incluyen: Ehlers-Danlos (EDS), Marfan (SM), Osteogénesis Imperfecta (OI). Una forma frustrada (SHA), incluye a los MF. Las AHFC representan el 34.6% de la consulta reumatológica (estudio previo) y el SHA el 92.4% de éstas.

**Objetivo:** Demostrar necesidad de estudiar a los MF.

**Material y Método:** MF 33, SHA 230, controles (C) 64. Se usó el Criterio de Brighton (CB) que incluye el Score de Beighton (Sc B).

**Resultados:** MF: 4.7 % en C y 14.4% en SHA. Edad promedio en C/MF/SHA: 44/30/44 años. Sexo: F 83/60/80%. Comparación C/MF/SHA: artralgias 27/48/57%; dorso-lumbalgia 39/30/40%; tendinitis 19/36/53%; hernias 6/3/12%; prolapso-válvula-mitral 0/6/8 %. ScB positivo: 23/42/35%. CB positivo: C 39%, SHA y MF 100%. Otros síntomas-signos MF vs. SHA: osteopenia-osteoporosis 18/27%; disautono-

nomia 42/26%; dislipidemia 9/13%; escoliosis 30/19%; pie plano 52/48%; Raynaud 3/2%; complicaciones en enfermos y familiares: aneurisma cerebral 9/3%; neumotórax espontáneo 0/1%; Prune -Belly 6/2%; muertos jóvenes 0/2%. Se describe **facie típica del SHA**.

**Conclusiones:** Alta frecuencia del SHA (92.4%), incluyendo 14.4% MF, son poco diagnosticados. MF presentaron frecuentemente: pie plano, disautonomía, artralgias, tendinitis, dolor dorso-lumbar, escoliosis y osteopenia-osteoporosis. Si sólo se usa el ScB, se excluye muchos enfermos con SHA (67%), por lo que se recomienda usar el CB. Alta frecuencia de CB positivo en controles (39%), indica alta prevalencia del SHA en la población, sin ser diagnosticado. Además los familiares presentaron, aunque ocasionalmente, complicaciones graves. Raynaud debe hacer descartar una artritis asociada. Se destacan las características fenotípicas de MF y SHA.

## 19. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LA SOBREVIDA DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO DE LA INFANCIA EN LOS ULTIMOS 30 AÑOS EN CHILE

B. González, P. Hernández, H. Olguín, M. Miranda, L. Lira, M. Tosso, A. Quezada, X. Norambuena, E. Talesnik, C. Mendez, C. Navarrete\*

\* Grupo de Reumatología Pediátrico. Santiago. Chile.

**Introducción:** Hasta 1980 desconocíamos la sobrevida del LES infantil en Chile. En 1984 publicamos los primeros resultados en niños tratados con esquemas basados en esteroides orales, con resultados desalentadores (1969-1980. Desde entonces el Grupo Reumatológico Pediátrico decidió adoptar esquemas más agresivos considerando los buenos resultados que se apreciaban en los adultos con el uso de Ciclofosfamida y otras terapias inmunosupresoras.

**Objetivos:** Dar a conocer las características clínicas, causas de muertes y resultados de sobrevida de 50 niños tratados durante 1980-2000 con un esquema agresivo, el que incluía Ciclofosfamida (grupo I), y efectuar una comparación histórica con 31 niños que recibieron esteroides durante 1969-1980 (Grupo II).

**Metodología:** Con el fin de evaluar la sobrevida de los pacientes y compararlas con el grupo anterior se emplearon las curvas de Kaplan-Meier y se utilizó el test de Mantel para ver la significancia estadística entre ambos grupos. Las

características clínicas fueron comparadas mediante test de chi cuadrado y las variables intervalares con test de student.

**Resultados:** Las características clínicas del LES en ambos grupos, fueron similares ( $p > 0.05$ ). El grupo I tuvo una sobrevida global a 5 y 10 años plazo de un 95 y 90% respectivamente. Los niños con nefropatía (NL) alcanzaron una sobrevida a 5 y 10 años plazo de un 86%. Por su parte, el grupo II había presentado sobrevidas de 68 y 40%, y los pacientes con NL de solo 57 y 28% respectivamente. La comparación entre ambos períodos fue altamente significativa ( $p < 0.001$ ). El porcentaje de fallecimientos para el grupo I alcanzó al 6% versus el 38.7% del grupo II ( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** La utilización de esquemas agresivos, empleando Ciclofosfamida, así como el manejo interdisciplinario de los enfermos, nos han permitido situar nuestras expectativas de sobrevida a cifras similares a las publicadas en centros internacionales.

## 20. ¿ES LA DIMETILARGININA ASIMETRICA UN MARCADOR DE RIESGO DE ATEROSCLEROSIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)?

M. Cisternas, M.A. Gutiérrez, R. Mertens, D. Rivera y S. Iacobelli

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

La dimetilarginina asimétrica (ADMA) es un inhibidor endógeno competitivo de la oxido nítrico sintetasa. Se ha descrito la asociación entre niveles aumentados de ADMA y eventos coronarios agudos, y se ha sugerido que este inhibidor pudiera constituir un marcador de riesgo de aterosclerosis en la población general. La enfermedad cardiovascular y los eventos ateroscleróticos son la principal causa de mortalidad en los pacientes con AR. Los niveles de ADMA podrían ser un marcador de riesgo para enfermedad cardiovascular en población con AR.

**Objetivo:** Determinar los niveles plasmáticos de ADMA en un grupo de pacientes con AR y su correlación con aterosclerosis carotídea y otros factores de riesgo cardiovascular.

**Métodos:** Se incluyeron cuarenta pacientes con AR y 26 controles sanos pareados por sexo y edad. Se midió niveles plasmáticos de ADMA por técnica HPLC. Se realizó una ecografía carotídea de alta resolución para evaluar grosor de la íntima media carotídea (GIMC) y se evaluaron diferentes factores de riesgo cardiovascular: tabaco, índice masa corpo-

ral (IMC), diabetes, HTA, perfil lipídico, homocisteína y proteína C reactiva ultrasensible (PCR).

**Resultados:** Las características demográficas de pacientes y controles fueron similares. Los niveles plasmáticos de ADMA en los pacientes con AR fueron significativamente más elevados que en los controles ( $0.537 \pm 0.098 \mu\text{mol/L}$  vs  $0.49 \pm 0.08 \mu\text{mol/L}$ ,  $p = 0.04$ ) El GIMC en los pacientes fue de  $0.855 \pm 0.36 \text{ mm}$  y en los controles de  $0.959 \pm 0.5$  ( $p \text{ NS}$ ). No se encontró correlación entre ADMA y GIMC, parámetros de inflamación articular o factores de riesgo cardiovascular.

**Conclusiones:** Los pacientes con AR presentan niveles elevados de ADMA, que no se correlaciona con índices de actividad, GIMC o factores de riesgo cardiovascular. Se requieren estudios adicionales para determinar si el ADMA constituye un marcador de riesgo cardiovascular en estos pacientes.

Financiamiento Proyecto APERTUS 2000.

## 21. EXPRESION DE BAFF EN FIBROBLASTOS SINOVIALES DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

L.I. Reyes<sup>3</sup>, P. González<sup>3</sup>, C. Labarca<sup>1,2</sup>, D. Figueroa<sup>1</sup>, A. Segovia<sup>1</sup>, O. Neira<sup>1</sup> y R. Naves<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Clínica Alemana; <sup>2</sup>Hospital Padre Hurtado e <sup>3</sup>Instituto de Ciencias, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

BAFF es una citoquina de la familia TNF que regula la supervivencia de linfocitos B periféricos. BAFF es expresado, como proteína de superficie y soluble, exclusivamente por monocitos, macrófagos y células dendríticas, y su expresión es inducida por Interferón gamma ( $\text{IFN-}\gamma$ ). La sobre-expresión de BAFF en ratones induce esplenomegalia, hiperplasia de linfocitos B y manifestaciones autoinmunes. Pacientes con Artritis Reumatoídea (AR) exhiben altos niveles de BAFF en su suero y líquido sinovial. El objetivo de este trabajo es determinar si fibroblastos sinoviales de pacientes con AR (FS-AR) expresan BAFF. En primer lugar, establecimos las condiciones óptimas para aislar y crecer FS-AR *in vitro* a

partir del líquido sinovial de pacientes AR (LS-AR). Análisis de Citometría de Flujo determinaron que entre el 91-96 % de las células cultivadas correspondían a fibroblastos. Experimentos de RT-PCR mostraron que FS-AR expresan constitutivamente el mRNA de BAFF y que dicha expresión puede ser inducida mediante la incubación de FS-AR con LS-AR. Además, tanto fibroblastos de piel de donante sano como FS-AR son inducidos por  $\text{IFN-}\gamma$  a expresar el mRNA y la proteína de BAFF (medida por ELISA). Estos resultados muestran que FS pueden ser inducidos a sobre-expresar BAFF en respuesta a condiciones pro-inflamatorias, lo que podría estar relacionado con la patogénesis de la AR.

## 22. LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE (LPR) EN UNA PACIENTE CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER: CASO CLINICO

Benítez G, C. Castillo S, Mellado P y Cisternas M.

Departamentos de Medicina Interna, Neurología e Inmunología Clínica y Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La LPR es una encefalopatía que compromete la sustancia blanca encefálica, especialmente posterior. De etiologías múltiples, tanto la clínica como las lesiones encefálicas revierten ad integrum.

**Caso clínico:** Mujer, 63 años, con dos meses de otorrea, decaimiento, fiebre. Otoscopia: engrosamiento timpánico bilateral, perforación a derecha. Hematocrito 28%, VHS >100mm, Albúmina 2,0 g/dL, función renal normal. TAC Tórax: Nódulos sólidos bibasales que se biopsian: inflamación granulomatosa necrotizante. Con diagnóstico de Wegener se obtiene ANCAc (+) y ELISA PR3 (+). Paciente evoluciona con rápido deterioro de función renal (creatinina 8,0 mg/dL, BUN 110 mg/dL, sedimentos de orina inflamatorio). Comienza tratamiento con corticoides, Ciclofosfamida ev y diálisis. A las 72 horas presenta cefalea súbita, sopor moderado, alza tensional (PAM ≈110) y 2 episodios de convulsiones tónico-clónicas. RNM (T2) mostró hiperintensidad

de sustancia blanca en región occipital y tèmoro-parietal bilateral. Manejándose con labetalol y fenitoína consigue PAM 70-80 con recuperación completa de conciencia en horas. Presenta nueva convulsión al quinto día relacionada con alza tensional aislada, recuperándose rápidamente. Evoluciona sin nuevo episodio convulsivo e inicia Ciclofosfamida oral con buena respuesta

**Discusión:** Las etiologías de LPR son múltiples: HTA, uso citotóxicos, insuficiencia renal y vasculitis, presentándose como compromiso de conciencia más convulsiones, con rápida y completa recuperación. Las imágenes en RNM son "típicas". Nuestra paciente tenía varios factores de riesgo y desarrolló un cuadro clásico clínico y de imágenes, presentando remisión completa con adecuado manejo de elementos contribuyentes. La LPR es un tipo de encefalopatía subdiagnosticado, debiendo tenerse presente en cuadros compatibles dada la reversibilidad con manejo adecuado.

## 23. ESCLERITIS NECROTIZANTE EN PACIENTE CON INFECCION POR VIH

Dr. WJ. Basualdo, Dra. PY. Kusnir, Dr. JG. Gil, Dra. CA. Torres, Dra. P. Gallardo

Sección Reumatología, Servicio de Oftalmología. Universidad de Chile, Hospital del Salvador. Santiago.

Entre las enfermedades sistémicas relacionadas a escleritis necrotizante y perforación corneal se encuentran principalmente las mesenquimopatías tipo AR, LES, PAN, Wegener, policondritis recidivante, sarcoidosis, Behcet, Reiter y enfermedades infecciosas como sífilis y tuberculosis. Existen evidencias de conjuntivitis y queratitis bacterianas y virales asociadas a la infección por VIH, sin embargo la perforación corneal está descrita en un caso aislado.

Se presenta el caso de una mujer de 37 años proveniente de Arica, con antecedentes de enfermedad bipolar en tratamiento. Presenta desde un mes ojo rojo doloroso izquierdo, encontrándose a la Biomicroscopía: córnea opaca con aumento de volumen conjuntival nodular en la zona paraimbar nasal con hiperemia circundante y tejido necrótico en el ápex del nódulo. Se diagnostica una escleritis necrotizante anterior nodular del ojo izquierdo iniciándose prednisona 60 mg al día. Evolucionó con disminución del dolor e hiperemia suspendiéndose el tratamiento a los 10 días. En control posterior se encuentra perforación escleral con protrusión iridiana y corectopia.

Es trasladada al servicio de oftalmología Hospital del Salvador, realizándose un parche escleral y reducción de hernia iridiana. Se trata con metilprednisolona 1 gr por 3 veces e.v. y prednisona 1 mg/kg/día v.o. Entre los exámenes destaca: leucocitos de 4.500 con 1.200 linfocitos/mm<sup>3</sup>. Hto, VHS y perfil bioquímico normal, VDRL y PPD no reactivos, VHB y VHC negativos. Test de Schirmer basal 13 y 15 mm. Se realizan FR, ANA, ENA, DNA que resultan negativos, radiografía de tórax y sacroilíacas normales. Screening para VIH por ELISA resulta positivo confirmándose en ISP por Western Blot, con CD4(+) 570 mm<sup>3</sup>. Se inicia terapia anti-retroviral disminuyéndose gradualmente las dosis de prednisona, con muy buena evolución.

Este es el segundo caso comunicado en la literatura que asocia perforación corneal e infección por VIH en ausencia de mesenquimopatía o vasculitis, sugiriendo que la inmunodeficiencia tendría un rol patogénico en la perforación corneal.

Se subraya la importancia de descartar la infección por VIH en pacientes que se presenten con escleritis necrotizante y perforación corneal.

## 24. ARTRITIS REACTIVA POR BCG INTRAVESICAL. A PROPOSITO DE UN CASO

P.Y. Kusnir, P.C. Foster, O.J. Neira

Sección Reumatología Hospital del Salvador, Universidad de Chile, Clínica Alemana, Santiago.

La instilación vesical con BCG es un tratamiento coadyuvante de eficacia demostrada en el carcinoma vesical in situ y recurrente de bajo grado. Su mecanismo de acción es una respuesta local con estímulo de la inmunidad celular.

Modelos de artritis inducida en ratas por inmunización con *Mycobacterium tuberculosis* han identificado al epítipo HSP65 de la micobacteria como antígeno crítico en la generación de respuesta inmune. Estudios experimentales han demostrado reacción cruzada entre HSP65 y proteoglicanos del cartilago articular, específicamente la proteína humana HSP60, a través de mecanismo de mimetismo molecular. Desde 1971 hay múltiples reportes de artritis reactiva y otras manifestaciones osteoarticulares asociadas al uso de BCG intravesical.

Se describe el caso de un hombre de 50 años con antecedentes de TBC pulmonar tratada hace 20 años y cáncer vesical de bajo grado diagnosticado en Marzo de 2003, en tratamiento reciente con instilaciones de BCG. Dos semanas después de la cuarta instilación aparece fiebre y monoartritis de rodilla derecha. La radiografía reveló una extensa condrocalcinosis de la rodilla. El líquido sinovial es inflamatorio

con 60.000 leucocitos/mm<sup>3</sup>, sin cristales y con cultivo negativo. Se maneja con AINE y colchicina, agregándose luego sinovitis de la cuarta interfalángica proximal derecha, rodilla izquierda, 1° MTF izquierdo y dactilitis del cuarto dedo izquierdo. Recibe esteroides oral y local en ambas rodillas, adicionándose a la terapia azulfidine. Se completa el estudio con cultivos, IFI para *C. trachomatis* y *U. urealiticum* en secreción uretral y PCR para *M. tuberculosis* en líquido sinovial, todos negativos. El HLA-B27 es positivo. Dada la respuesta parcial a los dos meses de terapia, se decide iniciar Isoniazida y Rifampicina, presentando posteriormente remisión gradual del cuadro.

La prevalencia descrita en la literatura internacional de artritis por BCG varía entre 0,5 y 3,7%, presentándose clásicamente como poliartritis asimétrica aséptica especialmente en pacientes HLA-B27 positivos. El 75% de los casos responden a AINEs tipo indometacina, utilizándose esteroides en los casos refractarios. Se indica terapia antituberculosa con isoniazida y rifampicina en presencia de síntomas sistémicos severos o pobre respuesta a terapia convencional.

## 25. DISFERLINOPATIAS: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS MIOPATIAS INFLAMATORIAS

P.Y. Kusnir, M. Shultz, CH. Labarca

Servicio de Medicina Hospital Padre Hurtado - Clínica Alemana Santiago.

Las disferlinopatías corresponden a un grupo recién descrito de distrofias musculares: limb girdle muscle dystrophy tipo 2B (LGMD2B), miopatía de Miyoshi y la miopatía compartimental distal anterior. Se caracterizan por la deficiencia absoluta o relativa de disferlina manifestada en la adolescencia por debilidad muscular lentamente progresiva, proximal en LGMD2B y distal en Miyoshi, asociada a altos niveles séricos de creatinina quinasa (CPK) típicamente entre 2000 y 10.000UI/L. En algunos pacientes el diagnóstico diferencial entre miopatía inflamatoria y distrofia muscular puede ser dificultoso.

Se presenta el caso de una mujer de 24 años, con historia de 2 años de evolución de debilidad muscular progresiva principalmente vespertina con niveles de CPK que varían entre 7070 y 9340. La electromiografía muestra patrón de miopatía proximal compatible con polimiositis motivo por el cual se decide iniciar prednisona 1 mg/kg/día. A los cuatro meses de evolución por persistencia de sintomatología se hos-

pitaliza para completar estudio con TSH, electrocardiograma, radiografía de tórax y hemograma completo con perfil bioquímico que resultan normales. Se solicita serología inmunológica con positividad sólo para anticuerpos antinucleares patrón homogéneo 1/40. Recibe metilprednisolona en pulsos y se realiza biopsia muscular de deltoides que fue informada como atrofia de fibras tipo 1 sin infiltrados inflamatorios ni necrosis.

Dada la mala evolución posterior con empeoramiento de la debilidad muscular y elevación de CPK se somete a segunda biopsia muscular con el fin de descartar distrofia muscular o miopatía metabólica. Se realizan en esta oportunidad estudios inmunohistoquímicos que revelaron necrosis importante y ausencia total de disferlina.

La disferlina es una proteína transmembrana de 230-kDa cuya función en humanos y el mecanismo por el cual causa injuria en la fibra muscular son desconocidos. Su deficiencia se produce por mutación adquirida recesiva del gen que la



codifica. El principal hallazgo de las disferlinopatías en la biopsia es la presencia de necrosis e infiltrados inflamatorios alrededor de las fibras necróticas y perivasculares conformados por macrófagos y linfocitos T CD4 y CD8. Su curso es progresivo

llevando a la postración en etapas tempranas de la vida.

Las disferlinopatías deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial de las miopatías inflamatorias, principalmente en los casos refractarios a esteroides.

## 26. FACTORES ASOCIADOS A LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR CORTICOIDES EN NIÑOS- ESTUDIO MULTICENTRICO

Hernández MI, Talesnik E, King A, Vinet AM, Vogel A, Lagomarsino E, Mericq V, Méndez C, Reyes ML.

Programa de Metabolismo Oseo, Departamento de Pediatría y Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital. Luis Calvo Mackenna, IDIMI Universidad de Chile, Universidad de La Frontera, Hospital Regional de Temuco.

La osteoporosis inducida por corticoides (OIC) es una complicación que deteriora la calidad de vida de los pacientes. Existe escasa información acerca de los factores predisponentes de OIC.

**Objetivo:** Estudiar factores que puedan influir en la disminución de la densidad ósea (DMO) en niños chilenos en corticoterapia crónica.

**Métodos:** Se evaluaron 54 niños: ARJ:13, LES: 9, Dermatomiositis: 6, Enfermedad mixta del tejido conectivo: 3, otras enfermedades reumatológicas:7, nefropatías:5, otras:6. Edad:  $10,3 \pm 3,53$ . Sexo femenino 36/54(66,6%). Se obtuvo información sobre: etnia, tiempo de evolución, tratamiento farmacológico, ingesta de calcio, actividad física, retraso de crecimiento, antecedentes familiares de osteoporosis y litiasis, 25OH-vitamina D, marcadores de recambio óseo y DMO de columna lumbar (L2-L4) y volumétrica (DVOL) (Dexa-Lunar, software pediátrico versión 4.7) Valores expresados como promedio  $\pm$  DS. Mediante ANOVA se analizó DVOL con las variables antes mencionadas.

**Resultados:** Tiempo de evolución enfermedad:  $3,21 \pm 3,46$  años. Abuelos con 4 apellidos españoles 38/54 (70%) y al menos 1 mapuche 6/54 (11%). Tipo de esteroides: prednisona: 48/54 (88%), dosis inicial:  $1,88 \pm 3,46$  mg/kg/día, tiempo de uso:  $2,5 \pm 2,8$  años. Metotrexate 22/54 (40%), tiempo uso  $2,23 \pm 2,16$  años. Ingesta de calcio bajo recomendación: 22/54 (40%). No caminan: 7/54 (13%), sólo camina: 27/54 (50%), normal: 9/54 (16,6%), deportistas: 5/54 (9%). Retraso crecimiento 29/54 (53%). Osteoporosis familiar: 7/54 (13%), litiasis familiar: 6/54 (11%). 25OH vitamina D:  $17,5 \pm 6,7$ . ( $22,2\% < 15$  ng/ml). DMO: CT Z:  $-0,46 \pm 0,88$ , L2-L4 Z:  $-0,88 \pm 1,43$ , DVOL Z:  $-1,04 \pm 1,84$ ; 16% Z < -2.0. Fracturas vertebrales: 9/54 (16,6%). Se encontró asociación significativa entre menor DVOL y actividad física ( $p = 0,0012$ ), retraso de crecimiento ( $p = 0,0044$ ), y tiempo de uso de metotrexate ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** Los factores asociados a menor DVOL encontrados en este estudio, pueden ser relevantes para diseñar estrategias de prevención de OIC en niños.

## 27. ESCLERODERMIA LOCALIZADA ASOCIADA A MIOSITIS. PRESENTACION DE 2 CASOS CLINICOS

E. Talesnik, R. Escobar, C. Méndez, M. Leissner

Departamento de Pediatría Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile. Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología. Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile. Hospital Naval de Valparaíso.

La esclerodermia localizada es una enfermedad del tejido conectivo con diversas formas clínicas. La asociación con miositis es infrecuente. Se presentan 2 pacientes con escleromiositis.

- Sexo femenino, 14 años. En 1995 presentó lesión de esclerodermia lineal de pie izquierdo. En 1998 se agregaron lesiones de pie derecho, pierna y muslo izquierdo, mialgias relacionadas con ejercicio y disminución de fuerzas de musculatura axial. Estudio demostró ANA (+) 1/160, ENA,

Scl-70 (-). C3, C4, hemograma, perfil bioquímico, creatinina, Rx. tórax y orina normales, reatinkinasa (CK) elevada, 246 U/l. Electromiografía: proceso miopático con compromiso de musculatura proximal. Biopsia muscular: miopatía inflamatoria perimisial. Se trató con metotrexato 12,5 mg/semana por 2 años. Las lesiones cutáneas han mejorado, persiste con mialgias moderadas relacionadas a ejercicio, CK normal.

- Sexo femenino, 15 años, obesa. En 1995 presentó placas de morfea en muslo derecho, sin variaciones hasta el año

2001. Se agregaron 3 placas en muslo derecho y mialgias. Estudio demostró ANA (+) 1/320, ENA, Scl-70 (-), C3, C4, Rx. tórax, hemograma, perfil bioquímico, creatinina, CK y orina normales. En septiembre 2001 aumentaron las mialgias y presentó disminución de fuerzas de predominio proximal. Electromiografía: proceso miopático de músculos proximales en cintura escapular. Biopsia muscular: normal. Recibió

esteroides por 3 meses y metotrexato hasta 25 mg/semana. Las lesiones cutáneas han mejorado, persiste con mialgias moderadas relacionadas a ejercicio.

Biopsia cutánea de ambas pacientes: esclerodermia.

La asociación de esclerodermia localizada con compromiso muscular constituiría una forma severa de esta enfermedad y el metotrexato es una alternativa de tratamiento.

## 28. SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO PRIMARIO (SAFP): DESCRIPCION CLINICA Y SEROLOGICA DE 62 PACIENTES

Burgos P, Gutiérrez MA, Mertens R, Mellado P, Vargas A, Cisternas M, Massardo L, García P, Iacobelli S.

Deptos. Reumatología, Enfermedades Cardiovasculares y Neurología Pontificia Universidad Católica de Chile y Hospital Dr. Sótero del Río.

**Objetivo:** Describir las características clínicas e inmunológicas de una cohorte de 62 pacientes con SAFP de 2 centros hospitalarios de Santiago.

**Métodos:** Se revisaron retrospectivamente las manifestaciones clínicas y de laboratorio de pacientes con diagnóstico de SAFP según los criterios de Sapporo 1999, controlados en los hospitales de la Universidad Católica de Chile y Dr. Sótero del Río, entre los años 1987 y Junio 2003.

**Resultados:** EL 80% de los pacientes fueron mujeres y el promedio de edad fue 35 años (16-73) al momento del diagnóstico. La mediana de seguimiento fue 12 meses (0-192). El 73% de los pacientes presentaron al menos un episodio trombotico, el 45% venoso, el 36% arterial y el 19% en ambos territorios. El 63% de las mujeres tuvieron complicaciones obstétricas, de éstas el 39% tuvieron abortos, el 14% RCIU, el 12% pérdidas fetales y el 2.1% parto prematuro. Trombosis y manifestaciones obstétricas ocurrieron en el 39% de las mujeres. La distribución por frecuencia de las trombosis fue: TVP (29%), AVE (24%), TEP (11%), arterias de extre-

midades (13%), hipertensión pulmonar (8%) y otras (renal, retinal, coronario). Las principales manifestaciones clínicas fueron neurológicas (45%), hematológicas (21%), cutáneas (20%), cardiológicas (11.7%) y visuales (5%). Una paciente tuvo un SAF catastrófico. El diagnóstico se confirmó con anticoagulante lúpico en el 80% de los pacientes, con anticardiolipina en el 63.3% y con anti $\beta$ 2-glicoproteína-I en el 44% de los casos. La comorbilidad más importante fue el uso de anticonceptivos orales (ACO) (42%), seguido por HTA (23%), tabaquismo (22%), Diabetes (8.3%) e hiperlipidemia (5%). Se trataron con anticoagulación oral el 63% de los pacientes, Aspirina el 53% y con ambos el 21%.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de SAFP predominan las mujeres jóvenes. La distribución de episodios tromboticos es similar en ambos territorios y afecta con mayor frecuencia venas profundas de extremidades inferiores y circulación arterial cerebral. El test confirmatorio más frecuente es el anticoagulante lúpico y la comorbilidad más frecuente el uso de ACO.

## 29. OSTEOPOROSIS: ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO EN POBLACION FEMENINA VALDIVIANA

Barría, L., Alvarez, M.

Instituto y Servicio de Medicina Interna, Universidad Austral de Chile y Hospital Clínico Regional Valdivia.

**Introducción:** La Osteoporosis constituye una patología de alta frecuencia en población femenina; especialmente postmenopáusica, la cual se asocia a elevada morbimortalidad en relación a su asociación a fracturas. El objetivo del presente trabajo fue analizar la prevalencia y factores de riesgo asociados al desarrollo de osteoporosis en población femenina no usuaria de Terapia Hormonal de Reemplazo (TRH) en la ciudad de Valdivia.

**Material y Métodos:** Se aplicó una encuesta clínico-epidemiológica al 100% de la población femenina que consultó en un centro de densitometría privado de la ciudad de Valdivia entre diciembre de 1998 y mayo 1999; información que fue procesada junto a hallazgos densitométricos realizados con técnica de doble fotón (Equipo Norland® modelo Eclipse), con el fin de precisar los factores de riesgo para osteoporosis mediante análisis univariado y multiva-

riado (Regresión Logística Escalonada).

**Resultados:** Se analizaron 222 pacientes con un promedio de edad de 62,28 años (40-87), con un tiempo promedio de 14,81 años de menopausia. La prevalencia global de osteoporosis fue de un 41% (n = 91), compuesta de un 31% (n = 69) de incidencia de osteoporosis de cuello de fémur y un 23% (n = 51) de osteoporosis de columna vertebral.

Resultaron factores de riesgo para osteoporosis en cuello femoral y/o cuerpo vertebral al análisis univariado la edad mayor de 60 años, el peso inferior a 60 kilos, talla inferior a 1,57 metros, tiempo de menopausia superior a 12 años y la historia de fracturas en la postmenopausia.

Al análisis multivariado mantuvieron su significancia de

manera independiente la edad mayor a 60 años con un odds ratio (OR) 7,67 (IC 4,45-13,27), el antecedente de fracturas en la postmenopausia OR 5,8 (IC 2,61-9,96) y el peso inferior a 60 Kg. OR 2,39 (IC1,5-3,82).

#### **Conclusiones:**

1. Se observa una elevada incidencia de osteoporosis en esta población estudiada.

2. Los factores de riesgo clínicos que tuvieron significación estadística para predecir osteoporosis, corresponden a factores no modificables.

3. El uso de estos factores de riesgo clínico pueden permitir una adecuada selección de pacientes previo a la densitometría mejorando la eficiencia de la prueba.

## 30. SINDROME DE COGAN ATIPICO. A PROPOSITO DE UN CASO

J.G.Gil, W.J. Basualdo, P.Y. Kusnir, F. Villarroel

Sección Reumatología, Servicio Oftalmología, Hospital Salvador, Universidad de Chile, Santiago.

El Síndrome de Cogan es una rara enfermedad descrita en 1945, caracterizado por una queratitis intersticial no luética y disfunción audio-vestibular. Predomina en adultos jóvenes, aunque se han descrito casos hasta los 65 años, su expresión inicial puede ser ocular en 41% y auditiva en 43% de los casos. Sin tratamiento un 90% de los pacientes progresa hacia la sordera. El síndrome de Cogan atípico, en cambio, se presenta como epiescleritis, uveítis, coroiditis, y una pérdida súbita de la audición.

Describimos el caso de una mujer de 63 años con antecedente de otitis a repetición en la infancia. En enero de 1998 presenta artritis de carpos, MCFs, ojo rojo doloroso y fotofobia. El examen oftalmológico evidenció esclero-uveítis, VODI: 20/40, FO: normal. Es tratada con esteroides tópicos con buena respuesta. Exámenes de Laboratorio: FR(+) 1/80, ANA, ENA, DNA, ASM, AMA: negativos, C3 73 mg/dl, C4 27 mg/dl; electroforesis de proteínas: hipergama difusa leve. VHS: 50 mm/h. Por sospecha de lupus recibió tratamiento con esteroides y cloroquina por cinco años.

En mayo de 2003 presenta queratitis derecha, se indicó metilprednisolona 16 mg/d sin respuesta. En noviembre de 2003 aparece escleritis necrotizante y perforación, otalgia derecha, tinnitus, acufenos, y pérdida progresiva de la audi-

ción. Es evaluada en nuestro hospital, el TAC de oídos mostró aumento de la densidad en epi-tímpanos, meso-tímpanos y mastoides bilateral. Laboratorio: FR, ANA, ENA, DNA, ANCA y VDRL: negativos. Rx tórax: normal. Hemograma normal con VHS 110 mm/h. Audiometría: O.D vía aérea 41 db; vía ósea 30 db. O.I vía aérea 33,3 db, vía ósea 20 db. Impedanciometría curva tipo B. Se inicia terapia con prednisona 60 mg/día y metotrexato 20 mg/semanal. En febrero de 2004 se mantenía activa con VHS 110 mm/h, e hipoacusia severa por lo cual se cambió metotrexato por ciclofosfamida. Seis meses después, con ciclofosfamida 100 mg/día y prednisona 10 mg/día hay una significativa mejoría de la audición. Audiometría OD: Vía aérea 40 db, vía ósea 6,6 db. OI vía aérea: 30 db, vía ósea: 5 db. Impedanciometría curva tipo B. La VHS 10 mm/h. Su escleritis necrotizante OD no ha progresado, requerirá tratamiento quirúrgico reparativo.

El diagnóstico del Síndrome de Cogan es esencialmente clínico. El diagnóstico diferencial incluye otras vasculitis necrotizantes como Wegener, PAN y policondritis recurrente. Pese a ser una patología predominante en adultos jóvenes destacamos el caso de una paciente mayor con escleritis necrotizante e hipoacusia neurosensorial rápidamente progresiva que mejoró significativamente con tratamiento inmunosupresor.

### 31. POLIMORFISMO GENETICO DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL COMO PARTE DE LA EVOLUCION DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

A. Cruzat<sup>1,2</sup>, R. Cañoles<sup>2</sup>, J.A. Contreras<sup>2</sup>, C. Llanos<sup>3</sup>, M. Cuchacovich<sup>3</sup>, J.C. Aguillón<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Programa Disciplinario de Inmunología, Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM), Facultad de Medicina, Universidad de Chile;

<sup>2</sup> Estudiante de VII año de Medicina, Universidad de Chile;

<sup>3</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica autoinmune que se caracteriza por la inflamación crónica y destrucción progresiva de las articulaciones. La etiología y patogénesis no han sido completamente dilucidadas, aún cuando evidencias indican que el Factor de Necrosis Tumoral (TNF) juega un papel crucial. El rol patogénico de TNF se evidencia por: tanto en el plasma como en el líquido y tejido sinovial de pacientes con AR existen concentraciones elevadas de TNF, ratones transgénicos que sobreexpresan TNF desarrollan una enfermedad similar, y la terapia con anticuerpos anti-TNF ha demostrado ser eficaz. El objetivo de este trabajo es estudiar la evolución histórica de la AR, constituyendo actualmente una enfermedad en aumento, relativamente reciente, favorecida por una mutación en la región promotora del gen de TNF. Para este objetivo, se realizó una

revisión bibliográfica, obteniéndose los siguientes resultados y conclusiones: Este polimorfismo mono-nucleotídico (SNP) en la posición -308, determina una expresión mayor de la citoquina. La frecuencia de este SNP es de 43.5% en la población Caucásica. Los hallazgos positivos en estudios de asociación del SNP -308 y AR, han revelado que: en la población Caucásica, el alelo TNF2, se encuentra en una frecuencia 3 veces mayor en pacientes con AR que en controles sanos; existiría una relación entre el SNP -308 y la presencia de manifestaciones extra-articulares con nódulos reumatoides; en pacientes Suecos, los individuos portadores de la forma heterocigota desarrollan una enfermedad más severa y a una edad más temprana y, pacientes Turcos con AR Juvenil, se asoció significativamente con mal pronóstico.

### 32. LOS LINFOCITOS T DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) SOBRE-EXPRESAN C-REL AUN SIN ENCONTRARSE ACTIVADOS

C. Metz<sup>1,2,3</sup>, MR Bono<sup>3</sup>, S. Iacobelli<sup>1</sup> y A. González<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Dpto. Inmunología Clínica y Reumatología, Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile,

<sup>2</sup> Centro Regulación Celular y Patología Fondap-Biomedicina, Facultad de Ciencias Biológicas, P. Universidad Católica de Chile, y

<sup>3</sup> MIFAB.

**Introducción:** Los factores de transcripción de la familia NFkB/Rel regulan la expresión de numerosos genes de la respuesta inmune e inflamatoria y su falla puede llevar a serias disfunciones en estos procesos. La función de c-Rel, uno de los miembros de esta familia, depende de una estricta regulación de sus niveles de expresión. Hemos descrito previamente que *c-rel* se sobre-expresa en linfocitos T de pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG).

**Objetivos:** Evaluar la expresión de *c-rel* en linfocitos T de pacientes con AR y estudiar la hipometilación del DNA como factor condicionante de una falla en la regulación de este gen. Determinar el grado de activación de los linfocitos circulantes, para descartar que la sobre-expresión de *c-rel* sea consecuencia de la activación linfocitaria.

**Materiales y Métodos:** Todas las determinaciones se realizaron en mononucleares (MNSP) o linfocitos T de sangre periférica de pacientes con AR o controles sanos pareados por edad y sexo, y en células Jurkat tratadas con 5-azacitidina. El mRNA de *c-rel* se determinó por RT-PCR competi-

tivo, los niveles de la proteína por inmunoblot. Se midió el mRNA de IL-2 mediante RT-PCR y su secreción por ELISA. El nivel de metilación del DNA se midió como el porcentaje de 5-metilcitosina mediante HPLC. Por último, la activación de linfocitos T se determinó midiendo CD69 por citometría de flujo.

**Resultados:** Los MNSP y linfocitos T de pacientes con AR muestran sobre-expresión de *c-rel*, tanto a nivel de mRNA como de proteína. Esta sobreexpresión es aún más marcada al activar los linfocitos *in vitro*. Una hipometilación del DNA se asoció a un aumento en la expresión de éste gen. Finalmente, encontramos que los linfocitos T de sangre periférica de pacientes con AR, que expresan *c-rel*, no muestran marcadores tempranos de activación.

**Conclusiones:** Estos datos sugieren que la sobre-expresión de *c-rel* en estos linfocitos T se debe a factores más constitutivos de la autoinmunidad, que podrían incluir el estado de hipometilación del DNA de estos pacientes.

(FONDAP 13980001, MIFAB).

### 33. ANALISIS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR) QUE SUSPENDIERON TERAPIA ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL A (TNF $\alpha$ )

L. Soto<sup>1</sup>, M. Cuchacovich<sup>1</sup>, C. Llanos<sup>1</sup>, F. Sabugo<sup>1</sup>, X. Gómez<sup>1</sup>, E. Salazar<sup>1</sup>, I. Schiattino<sup>3</sup>, J.C. Aguillón<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sección de Reumatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Programa de Inmunología, ICBM, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

<sup>3</sup> Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Financiamiento FONDECYT N°1040439.

**Introducción:** La terapia biológica anti-TNF $\alpha$  es efectiva en la mayoría de los pacientes con AR. Poco se sabe de la evolución a largo plazo de pacientes que suspenden terapia.

**Objetivo:** Analizar los eventos clínicos y la actividad de la AR luego de la suspensión de la terapia anti-TNF $\alpha$ . Determinar diferencias entre los genotipos -308 GG y GA del promotor del gen de TNF $\alpha$ .

**Material y Métodos:** Se evaluaron pacientes que recibieron 4 dosis de Infliximab entre el año 2001 y 2002. Se compararon 2 momentos (basal y actual) de las siguientes variables: articulaciones inflamadas (SJC) y dolorosas (TJC), HAQ, DAS 28, VHS, Escala Visual Análoga del dolor, evaluación global de la enfermedad por el paciente y por el médico.

**Resultados:** De los 21 pacientes que recibieron Infliximab

fueron analizados 13. El tiempo promedio de evaluación fue 17,6 meses post cuarta dosis (rango 5-30 meses). Una paciente falleció por Infarto Agudo al Miocardio (IAM). Un paciente presentó un IAM recuperado. Una paciente sufrió Tuberculosis peritoneal al término del tratamiento biológico. Tres pacientes no pudieron ser contactadas y cuatro pacientes permanecían con terapia biológica. En todas las variables analizadas los valores obtenidos en la evaluación actual fueron menores que en la basal del protocolo de Infliximab, sin embargo solo fue estadísticamente significativa la variable TJC. No hubo diferencias entre los genotipos -308 del gen TNF $\alpha$ .

**Conclusiones:** Aunque la AR puede reactivarse luego de la suspensión de la terapia biológica, tiende a tener una menor agresividad que antes de haberla recibido.

### 34. ARTERITIS DE TAKAYASU EN EL HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Sabugo ME, Llanos C, Gómez-Veroiza X, Soto L, Astorga E, Cuchacovich M.

Sección de Reumatología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** La enfermedad de Takayasu es una vasculitis de grandes vasos, afecta predominantemente la aorta. Es más frecuente en mujeres asiáticas, entre 10 y 40 años. Inicialmente produce síntomas sistémicos inespecíficos y posteriormente síntomas secundarios al compromiso vascular. Presentamos los datos demográficos, manifestaciones clínicas y angiográficas de 17 pacientes con arteritis de Takayasu.

**Método:** Estudio retrospectivo de fichas clínicas entre 1985 y 2004. Se registraron los pacientes que cumplían con los criterios diagnósticos del American College of Rheumatology.

**Resultados:** Se incluyeron 17 pacientes, 14 mujeres y 3 hombres. Edad entre 15 y 48 años. Manifestaciones clínicas: sistema nervioso central (9), extremidades (10), tracto digestivo (2), oculares (4), valvulopatías (1), cutáneas (3) e

hipertensión arterial (HTA) en 6 casos. El estudio angiográfico demostró compromiso de aorta torácica y sus ramas en 41%, de aorta abdominal en 11,7% y de ambas en 47%. Se observaron aneurismas en 11,7%. Las arterias más frecuentemente comprometidas fueron: Carótidas (64%), subclavias (41%), renales (29,4%)

**Conclusiones:** Se observa una distribución por sexo similar a la descrita en la literatura. El hallazgo de hipertensión fue inferior a lo reportado; en 5 de los 6 pacientes con HTA se objetivó estenosis de arterias renales. La presencia de aneurismas fue similar a lo descrito. La distribución de las lesiones angiográficas es comparable a la encontrada en Europa, Estados Unidos y Japón. La arteritis de Takayasu es una enfermedad infrecuente, pero que se debe tener presente considerando el grupo etario al que afecta y la severidad de sus secuelas.



### 35. MEJORIA DE LA CALIDAD DE VIDA EVALUADA CON LA ENCUESTA MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT FORM-36 (SF-36) EN PACIENTES CHILENOS CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) TRATADOS CON ADALIMUMAB

Llanos C. <sup>1</sup>, Sabugo MF. <sup>1</sup>, Soto L. <sup>1</sup>, Aguillón JC. <sup>2</sup>, Gutierrez M. <sup>3</sup>, Schiattino I. <sup>4</sup>, Daniel Pacheco <sup>5</sup>, Mauricio Alamo <sup>6</sup>, Carlos Fuentealba <sup>5</sup>, Luciano Villanueva <sup>7</sup>, Cuchacovich M. <sup>1</sup>.

Financiamiento FONDECYT N°1040439

<sup>1</sup>Sección de Reumatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. <sup>2</sup>Programa de Inmunología, ICBM Facultad de Medicina, Universidad de Chile. <sup>3</sup>Departamento de Reumatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>4</sup>Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. <sup>5</sup>Hospital Clínico San Borja Arriarán. <sup>6</sup>Clínica Dávila. <sup>7</sup>Clínica Indisa.

**Introducción:** La AR es una enfermedad de alta prevalencia (≈1%). Genera 40-50% de discapacidad laboral a 10 años. El grado de discapacidad es factor independiente predictor de mortalidad. Las terapias convencionales en ocasiones no logran controlar la inflamación, progresión del daño articular, ni mejorar la calidad de vida de los pacientes. Algunos estudios muestran mejoría significativa de síntomas físicos y bienestar general en pacientes tratados con Adalimumab, anticuerpo monoclonal humanizado anti factor de necrosis tumoral- $\alpha$  (TNF $\alpha$ ).

**Objetivo:** Evaluar respuesta al tratamiento con Adalimumab en pacientes con AR chilenos mediante SF-36.

**Pacientes y métodos:** Se aplicó SF-36 a 55 pacientes con AR activa, tratados Adalimumab (40 mg bisemanales). Fueron evaluados al inicio y a la semana 24. Se consignaron variables demográficas y clínicas.

**Resultados:** Promedio edad 48,6 años. 91% mujeres. Tiempo evolución AR: 11 años promedio. FR positivo 81.8%.

ITEM	Basal	Control semana 24	p
Función Física	39.64	60.68	< 0.00
Rol Físico	23.21	62	< 0.001
Dolor Corporal	30.82	58.76	< 0.001
Salud General	36.76	51.41	< 0.001
Vitalidad	43.30	59.37	< 0.001
Función Social	55.35	74.79	< 0.001
Rol Emocional	47.56	63.83	0.0048
Salud Mental	55.21	70.35	< 0.001
Evaluación Salud	3.36	1.6	< 0.001

**Conclusiones:** El grupo estudiado presentó mejoría significativa en todos los aspectos del SF-36. Estudios a largo plazo definirán si la mejoría de la calidad de vida inducida por la terapia anti-TNF $\alpha$  en AR tiene impacto en la morbi-mortalidad. Lo anterior podría sugerir replantear el tratamiento de los pacientes con AR refractaria en etapas precoces.

### 36. POLIMORFISMO -308 DEL PROMOTOR DEL GEN DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA (TNF $\alpha$ ) Y EVOLUCION DE LA ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA

C. Llanos<sup>1</sup>, L. Soto<sup>1</sup>, F. Sabugo<sup>1</sup>, L. Salazar<sup>2</sup>, D. Pacheco<sup>3</sup>, M. Alamo<sup>1</sup>, O. Valenzuela<sup>1</sup>, J.C. Aguillón<sup>2</sup>, M. Cuchacovich<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Sección de Reumatología, Departamento de Medicina, Hospital Clínico U. de Chile.

<sup>2</sup> Programa de Inmunología, ICBM, Facultad de Medicina, U de Chile.

<sup>3</sup> Sección de Reumatología, Servicio de Medicina Interna, Hospital San Borja Arriarán.

Financiamiento FONDECYT N°1040439

**Introducción:** La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica caracterizada por la inflamación crónica de las articulaciones sinoviales. Citoquinas pro-inflamatorias como el TNF $\alpha$  tienen un rol central en la fisiopatología de la enfermedad. Existen polimorfismos en las regiones reguladoras del gen TNF $\alpha$  que asocian a la presencia y evolución de la AR. De los polimorfismos del gen de TNF $\alpha$  estudiamos el de la posición -308 (transición G/A) de la región promotora y su relación con la evolución en el tiempo de la AR.

**Materiales y Métodos:** Se reclutaron 29 pacientes mayo-

res de 18 años que cumplieron los criterios ACR 1987 para AR con menos de 2 años de evolución de los síntomas.

Se determinó el genotipo TNF $\alpha$ -308 usando RFLP-PCR en DNA genómico de sangre periférica.

Se realizó seguimiento clínico, de laboratorio, radiológico y funcional (Health Assessment Questionnaire).

**Resultados:** Se realizó la genotipificación en 27 pacientes, 25 presentan el genotipo G/G y 2 el genotipo G/A. Se presentan los resultados en 21 pacientes para los parámetros DAS28, HAQ al momento del diagnóstico (1) y al año de seguimiento (2) y Sharp sólo al año.

TNF $\alpha$ -308	G/A	G/G
DAS 28 (1)	4,85	5,3
DAS 28 (2)	3,51	2,86
HAQ (1)	1,4	1,7
HAQ (2)	0,45	0,37
Sharp (2)	0	5,1

**Conclusión:** Resultados preliminares sugieren que los pacientes -308 G/G debutan con mayor actividad y discapacidad, pero al año de seguimiento tienen mejor evolución clínica que los pacientes G/A aún cuando habría tendencia a mayor desarrollo de erosiones.

### 37. ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA SEVERA Y TRATAMIENTO CON MICOFENOLATO SODICO: CASO CLINICO

M. Grisanti y M. Badilla  
U. de Chile.

Mujer 60 años, diagnóstico ESP 02/99 USA (Raynaud, esclerosis cutánea difusa, biopsia, capiloscopía, infiltrado alveolo capilar basa, bilateral pulmonar, AAN 1/100 moteado). Primera consulta Chile Dra. Grisanti 07/05/99. Se agrega al diagnóstico compromiso esofágico disfagia lórica) RGE y cintigrafía +, compromiso renal, Cl creatinina 15.7 ml/min corregido. Test difusión pulmonar 75%, y depresión mayor, angustia severa con crisis de pánico. Tratamiento Deflazacort 24 mg v.o. / d, cisaprida 10 mg v.o. 3 v/d, psiquiatría rehabilitación.

Evolución al 05/95 muy bien, exámenes negativos, Cl creatinina 87.6 ml/min corregido.

07/95 crisis psicológica: AAN 1/160, Raynaud, acrocianosis, a-ACL, IgG 14 UI, igM 22 UI. Cl creatinina 15 ml/min. SPEC cerebral normal. Junta médica con nefrólogo y psiquiatra: reposo deflazacort equivalente a 60 mg prednisona v.o./ día, psicoterapia intensiva, cambio de médico psiquiatra. Bien hasta 07/96 con 12 mg/día, deflazacort equivalente 9 mg prednisona, vasculitis periungueal manos y pies, AAN 1/160 moteado, ACL IgG 116 igM: 17, Raynaud severo acrocianosis RGE, HTA estudio con cardiólogo, Holter 24 horas +, enalapril 10 mg v.o. 2/d + Adalat oros 30 mg 1/d. Diagnóstico síndrome ACL, Ecotrin 325 v.o 1/d, Plaquinol 400 v.o. 2/d. Además diagnóstico simultáneo, Tiroiditis Autoinmune (endocrinólogo), Bocio Nodular y Ac antitiroideos positivos altos. Evolución satisfactoria restos del 96 hasta

06/97, cl creatinina 52 ml/min con AAN 1/40 moteado. 07/97, crisis de tiroiditis, resto bien. Julio a diciembre del 97 Psicoterapia conjunta ella y esposo; a pesar de ello se separan.

Debe trabajar desde 01/98 y 05/98 nueva crisis: vasculitis necrotizante digital severa manos y pies, AAN 1/80 moteado. ACL IgG 21; M 13 UI; ANCA (+); MPO 38 UI; PR3 (-). Reposo aumento Eutirox 75 a 100 mg v.o. día. Psiquiatra cambio de terapia y aumento Deflazacort equivalente a 20 mg de prednisona. Empieza a disminuirse y a partir 01/99 se mantiene con dosis equivalentes a 7.5 mg de prednisona hasta 08/99. Despedida de su trabajo 06/99 sostenida por familia, falencia económica. 03/2000 Cl creatinina corregido normal 90 ml/min. 04/02 alza de creatinina 1.81 mh/dl y descenso de Cl creatinina a 39 ml/min. Proteinuria 100 mg/24 hr. Eco-grafía renal. Leve aumento de la ecogenicidad con pérdida de la definición corticomedular. De acuerdo con nefrólogo se inicia tratamiento con micofenolato sódico 360 mg/12 hrs. Control a las 6 semanas de tratamiento: creatinina 1.4 mg/dl y Cl de creatinina 55.9 ml/min, proteínas negativas en la orina (agosto 2002). A los 6 meses creatinina 1.12 mg/dl y Cl creatinina 75 ml/min, al año (agosto 2003) creatinina 0.9 mg/dl y cl de creatinina 95 ml/ min. Sin ningún compromiso cutáneo, esofágico ni pulmonar, riñones sanos.

**Conclusión:** En esta paciente con ESP grave durante 4 años el agregado terapéutico de Micofenolato sódico v.o./d produce mejoría sostenida desde hace 1/2 año principalmente renal.

### 38. FUNCION DEL EJE HIPOTALAMO-HIPOFISIS-SUPRARRENAL (HHS) CON RELACION A DURACION Y PARAMETROS DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA

F. Silva, M.A. Gutiérrez, L. Llanos, A. Vargas, C. Labarca, C. Campusano \*, S. Iacobelli

Departamento de Reumatología e Inmunología Clínica, \* Departamento de Endocrinología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Se ha descrito una disfunción del HHS en pacientes con Artritis Reumatoide (AR). Es discutido si esta alteración tiene un papel patogénico en la enfermedad o eventualmente es secundaria a la inflamación crónica.

**Objetivo:** Estudiar la disfunción del eje HHS con relación a la duración y a parámetros de actividad de AR como una manera de determinar si esta alteración es un factor patogénico o es secundaria al proceso inflamatorio.

**Método:** Veintidós mujeres con AR activa, sin tratamiento esteroidal, edad promedio 48 años (20-71), 23 meses de duración (2-72), 18/22 FR (+). Se evaluaron como parámetros de actividad: recuento de articulaciones inflamadas, índice HAQ y VHS. Se midieron niveles plasmáticos de cortisol, DHEA-S y citoquinas (IL-6 y TNF $\alpha$ ), en tiempos 0, 45 y 90 minutos post- hipoglicemia inducida por insulina. Valores son expresados como cociente hormona / citoquina.

**Resultados:** La relación cortisol/IL6 mas baja se encontró en pacientes con mayor duración de enfermedad (<6 vs. >6 meses:  $2.0 \pm 2.0$  vs.  $0.7 \pm 0.6$ , en tiempo 0,  $p = 0.037$ ), con mayor HAQ (<1.5 vs. >1.5:  $3.4 \pm 3.3$  vs.  $1.1 \pm 0.7$ , en tiempo 45,  $p = 0.023$ ), con mayor VHS (<40 vs. >40 mm/h:  $4.0 \pm 2.8$  vs.  $1.8 \pm 1.2$ , en tiempo 90,  $p = 0.039$ ) y no varió con el recuento articular. La relación DHEA-S/IL6 fue menor a mayor VHS ( $p = 0.01$  en tiempos 0 y 45;  $p = 0.05$  en tiempo 90).

**Conclusiones:** Una disfunción del eje HHS, expresado por bajo cociente cortisol/IL6, se asoció con mayor duración de la AR y mayor actividad de la enfermedad. Esto plantea la posibilidad de que sea secundaria a la enfermedad.

Financiado por Proyecto FONDECYT N° 1030617.

### 39. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DEL SINDROME MIOFASCIAL CON TOXINA BOTULINICA ("BOTOX"). ESTUDIO CONTROLADO, RANDOMIZADO, CON PLACEBO, DOBLE CIEGO EN 30 PACIENTES SEGUIDOS DURANTE 3 MESES

Dr N. Barrientos U.<sup>(1)</sup>, Dra L.Soto <sup>(2)</sup>, Dr C. Barrientos M <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Servicio de Neurología y Neurocirugía Hospital DIPRECA.

<sup>(2)</sup> Hospital Clínico Universidad de Chile. (Reumatología, Traumatología).

El diagnóstico de síndrome miofascial es un término que, en general, contempla dolor muscular regional asociado a sensibilidad muscular y en lo específico dolor localizado a los "trigger points" que lo diferencia de la fibromialgia y tendinitis.

Se examinaron 30 pacientes que reunían los criterios de síndrome miofascial cervicobraquial. Se trataron con 50 a 200 UI de toxina botulínica en los trigger points. Se realizó examen general y específicamente se midió: VAS; ROM; índice de incapacidad al dolor (PDI); Número y dolor de los trigger points. Se realizó control basal, al mes, a los 2 meses y a los 3 meses

El estudio demostró que los pacientes que recibieron "Botox" mejoraron los índices descritos en más de un 50%; incluso dos pacientes mejoraron totalmente. Aquellos con placebo tienden a mantenerse sin cambios o a empeorar.

**Conclusión:** La toxina botulínica es efectiva disminuyendo el dolor, mejorando los rangos articulares de movimiento y los índices de actividad de la vida diaria, disminuyendo el número y dolor de los trigger points, resultados todos estadísticamente significativos.

Demostró, además, total seguridad en su empleo para el tratamiento del síndrome miofascial.

## 40. SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO CATASTROFICO: PRESENTACION DE DOS CASOS CLINICOS

M.E. Nass, M. Cisternas, P. Castro, H. Rosenberg, M.A. Gutiérrez

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

**Introducción:** El síndrome antifosfolípido catastrófico (SAFC) es una variedad infrecuente (<1%) del síndrome antifosfolípido (SAF), con mortalidad mayor al 50%. Se caracteriza por compromiso multiorgánico de instalación rápida, oclusión de múltiples vasos pequeños y presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Puede ser primera manifestación de un SAF o complicación de una enfermedad ya conocida. Presentamos 2 casos de SAF primario catastrófico diagnosticado post mortem en uno de ellos y como primera presentación del SAF en el segundo.

**Caso 1:** Paciente con un episodio de TVP. Cuatro semanas después de suspendido el tratamiento anticoagulante se hospitalizó por insuficiencia renal y falla respiratoria grave. Requirió ventilación mecánica y diálisis. Se trató con bolos de metilprednisolona y antibióticos. Falleció por shock refractario. Tuvo ANA (+) 1/200, anti-DNA, anti-Ro/La, RNP/Sm, ANCA, SCL-70 negativos, C3 y C4 normales. Se dispuso postmortem anti-cardiolipina (aCL) y anti-B2GPI IgG elevados y anticoagulante lúpico (+). Autopsia: angiopatía trombótica no inflamatoria en múltiples parénquimas.

**Caso 2:** Paciente que debutó con síntomas respiratorios progresivos con falla respiratoria y renal. Hipertensión arterial refractaria e insuficiencia cardíaca grave. Tuvo hemorragia pulmonar y TEP. Requirió ventilación mecánica y filtro en vena cava inferior. El anticoagulante lúpico fue (+) en 2 oportunidades, los aCL y anti-B2GPI, ANA, anti-DNA, anti-ENA, ANCA y anti-MBG fueron negativos. Se trató con pulsos de metilprednisolona, Inmunoglobulinas ev, Ciclofosfamida ev, heparina ev y plasmaféresis, con respuesta favorable.

**Conclusión:** Hay que considerar el diagnóstico de SAFC en todo paciente con compromiso multisistémico rápidamente progresivo de causa incierta. El tratamiento debe incluir tanto anticoagulantes como inmunomoduladores en forma precoz y enérgica.

Financiado por recursos de la Dirección de Investigación de la Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

## 41. PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE TROMBOCITOPENIA ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: EXPERIENCIA DE HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN

T. Rivera<sup>(3)</sup>, C. Fuentealba<sup>(1)</sup>, F. Ballesteros<sup>(1)</sup>, D. Pacheco<sup>(4)</sup>, A. Riquelme<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Reumatología. <sup>(2)</sup>Hematología. <sup>(3)</sup>Becada Medicina Interna Hospital San Borja Arriarán. <sup>(4)</sup>Depto Medicina Campus Centro, Universidad de Chile.

**Introducción:** La trombocitopenia en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se describe en 7-52%, presentándose como severa (<50 x10<sup>9</sup>/L) en 5-10% de los casos. Se ha postulado que ésta podría ser marcador de mal pronóstico del LES. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de trombocitopenia asociada a LES y su severidad.

**Materiales y Método:** Estudio retrospectivo de pacientes LES con trombocitopenia (LES-TP) (plaquetas <150 x10<sup>9</sup>/L) controlados en el Hospital San Borja Arriarán (1994-2004) en Hematología y Reumatología. Se clasificó la trombocitopenia en severa (<50 x10<sup>9</sup>/L), moderada (50 a 100 x10<sup>9</sup>/L), y leve (100 a 150 x10<sup>9</sup>/L).

**Resultados:** Del total de pacientes LES (n=126) 20 presentaron trombocitopenia en algún momento de la enferme-

dad (15,9%). En 17/20 LES-TP (85%) la trombocitopenia se manifestó al inicio del LES. Edad promedio fue 35 años (rango 16-60). El 95% de sexo femenino. Se observó trombocitopenia severa en el 50%, moderada en el 45% y leve en el 5%. 4 de 20 LES-TP desarrollaron Púrpura Trombocitopénica (20%). 3 de 7 presentaron anticuerpos anticardiolipinas (+) y 3 de 5 anticoagulante lúpico (+). En todos se usó tratamiento con glucocorticoides, requiriendo terapia inmunosupresora en 45%. 2 casos necesitaron esplenectomía. 7 de 20 pacientes fallecieron (35%).

**Conclusión:** La prevalencia encontrada de LES-TP concuerda con estudios previos, y en la mayoría fue manifestación inicial del LES. Llamó la atención la alta frecuencia de trombocitopenia severa.

## 42. REGULACION INVERSA DE LA EXPRESION DE LOS ISOTIPOS DEL RECEPTOR DE GLUCOCORTICOIDES POR METOTREXATO. POSIBLE NUEVO MECANISMO DE ACCION EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Goecke I. A.<sup>(1) (2)</sup>, Salas K.<sup>(2)</sup>, Henriquez J.<sup>(2)</sup>, González C.<sup>(2)</sup>, Aliste M.<sup>(1)</sup> y Gatica H.<sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup>Programa de Fisiología y Biofísica, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y

<sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Departamento de Medicina, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

**Introducción:** El metotrexato (MTX) fue desarrollado como un quimioterapéutico para el tratamiento del cancer, recientemente se ha masificado su uso a bajas dosis como antiinflamatorio e inmunomodulador en el tratamiento de enfermedades inflamatorias y autoinmunes. Los mecanismos que median estas acciones no se comprenden del todo. El objetivo de este trabajo es evaluar si MTX modula la expresión de los receptores de glucocorticoides (RGC) en células linfoides humanas. Dado que existen dos isotipos del RGC de nombre alfa, que media la acción de la hormona y otro beta que sería inhibitorio, se evaluó el efecto de MTX sobre la expresión de cada uno de ellos por separado.

**Métodos:** Se cultivaron líneas celulares linfocitarias de células T (CEM y Jurkat) y B (Raji) en presencia o ausencia de MTX  $10^{-4}$  a  $10^{-8}$  M por 40 hrs. Dado que estas son líneas tumorales, también, se estudiaron mononucleares periféricos de sujetos sanos. Se evaluó la expresión de L RGC alfa y beta mediante inmunocitoquímica (ICQ) y western blot (WB), con anticuerpos específicos para cada uno. La densidad de la marca, fue medida utilizando el programa NIH Image J 1.56 (National Institute of Health)  $n = 4-6$ . En el caso de ICQ se analizó un mínimo de 50 células por experimento y los resultados obtenidos fueron transformados a unidades arbitrarias, relacionándolas al promedio de las densidades obtenidas en ausencia de MTX, lo que se consideró de valor 1. Los resultados se analizaron inicialmente por ANOVA de medición repetida y luego para cada comparación mediante test univariado de t de student. Se hizo corrección de Bonferroni para mediciones múltiples. En el caso de WB se analizó la diferencia de intensidad de banda respecto al basal, mediante

ANOVA no paramétrico y test de wilcoxon.

**Resultados:** En las células CEM se observó tanto mediante ICQ como por WB que MTX a concentraciones de  $10^{-4}$  y  $10^{-5}$  M, indujo un aumento de la expresión del RGC $\alpha$ , de entre un 20 a 40 % aproximadamente ( $p < 0.05$ ). La expresión del RGC $\alpha$  en células jurkat no varió. En ambas líneas celulares, en cambio, la expresión del RGC $\beta$  disminuyó entre un 10 y 20 % aproximadamente, al ser cultivada en presencia de MTX a concentraciones de  $10^{-7}$  M ( $p < 0.05$ ) En las células Raji MTX también aumentó la expresión del RGC $\alpha$  pero en menor magnitud siendo el efecto máximo con MTX  $10^{-4}$  M  $106,91 + 0,129$  % con respecto al control ( $p < 0,05$ ) MTX reguló negativamente la expresión de RGC $\beta$  en células Raji con un efecto máximo a  $10^{-7}$  M  $79,3 + 0,11$  % respecto al control,  $p < 0,05$ . Los estudios en MNP de sujetos sanos mostraron la misma tendencia con un aumento de la expresión del RGC $\alpha$  y una disminución de beta ambas significativas por ambos métodos.

**Conclusión:** El metotrexato en el medio de cultivo de células de estirpe T y B y de MNP de sujetos sanos es capaz de regular en forma inversa la expresión de los isotipos del receptor de glucocorticoides, aumentando la expresión del receptor activo (alfa) y disminuyendo al receptor inhibitorio (beta). Esto pudiera producir un aumento en la sensibilidad celular a glucocorticoides, lo cual pudiera ser un nuevo mecanismo de acción de MTX en enfermedades inflamatorias y autoinmunes. Por otra parte esto permite plantear la posibilidad de regular diferencialmente la expresión de los isotipos del RGC lo cual pudiera ser una herramienta terapéutica de gran utilidad.

## 43. FRECUENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO

Loreto Massardo, Carol Pérez, Paula García, Claudia Pizarro, Jorge Calderón, Jorge Barros y Sergio Iacobelli

Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología y Departamento de Psiquiatría.

Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

**Introducción:** Los trastornos del ánimo y de la conducta forman parte de los criterios de nomenclatura y definición de casos de lupus neuro-psiquiátrico del ACR (A&R 1999). Se pueden diagnosticar por observación clínica, historia o por instrumentos estandarizados. Pero por otra parte la depresión

es un trastorno frecuente en la población general (entre 7% y 30%), en pacientes con patologías crónicas (30%) y en artritis reumatoide (47% de 75 enfermos).

**Objetivo:** evaluar la frecuencia de depresión en 49 enfermos seleccionados al azar de un grupo de 85 pacientes con



LES (4 criterios ARA) que participó como voluntarios en estudios de coagulabilidad en lupus y de frecuencia de anticuerpos antinucleosomas.

**Método:** El cuestionario con la escala auto administrada de Zung (*self-rating psychological Zung scale for the diagnosis of depression*) fue completado por los pacientes. Sobre 40 puntos se cataloga como depresión mayor.

**Resultados:** 49 enfermos contestaron la encuesta, 44 eran mujeres. Edad mediana: 35 (18-72), duración de lupus 5,6 años (0,4-32) MEX-SLEDAI mediana: 2 (0-16). ). Lupus

activo: 47%, Índice de daño SLICC/ACR = 0 : 64%. No hubo diferencias con los otros pacientes a quienes no se les entregó la encuesta.

Tenían depresión 21(43%) pacientes con LES. No se asoció la presencia de depresión con la duración ni con la gravedad del lupus.

**Conclusión:** El estudio refleja la necesidad de una evaluación cuidadosa de trastornos emocionales en pacientes con lupus. La depresión es un trastorno frecuente que debe ser diagnosticado y tratado adecuadamente.

#### 44. FACTORES DE RIESGO PARA DENSIDAD OSEA BAJA EN ARTRITIS REUMATOIDEA

M. Arriagada, R. Arinovich

Clínica de Reumatología y Rehabilitación, Santiago Chile.

**Objetivo:** Estudiar la influencia de sexo, menopausa, tabaquismo, fracturas no vertebrales previas, terapia de reemplazo hormonal, duración de la enfermedad y uso de glucocorticoides en densidad ósea (DO) baja en pacientes de Artritis Reumatoidea (AR).

**Método:** En 198 pacientes (183 mujeres y 15 hombres)

se midió la DO en columna y cuello femoral en un DXA Norland XR26 DO baja fue definida como Z score < - 1 comparada con nuestra población normal. En el estudio estadístico se calculó: Student's t-test, logistic regression, stepwise logistic regression y multiple logistic regression.

**Resultados:**

FACTORES DE RIESGO PARA BAJA MASA OSEA EN MODELO AJUSTADO PARA SEXO Y EDAD					
Variable	Comparison	L2-L4	p	Cuello Femoral	p
	OR (95% CI)	OR (95% CI)			
Female	Male	1.43(0.44-4.68)	0.55	1.35 (0.41-4.47)	0.63
Menopause	Premenopause	0.96(0.51-1.81)	0.92	1.34(0.72-2.52)	0.49
Ever smoking	Never smoke	0.88(0.42-1.89)	0.76	1.19(0.57-2.51)	0.64
Non vertebral fracture	No fracture	0.98(0.28-3.39)	0.96	1.38(0.42-4.53)	0.59
Ever HRT	Never HRT	0.41(0.15-1.15)	0.09	0.30(0.14-1.10)	0.08
Disease duration					
1 to 5 yrs	< 1 yr	1.51(0.55-4.06)	0.42	3.07(0.91-10.34)	0.07
> 5 yrs	< 1 yr	2.54(1.06-6.05)	0.04	7.46(2.47-22.48)	0.0001
Corticosteroids					
Ever	Never	3.19(1.56-6.54)	0.001	2.07(1.06-4.02)	0.03
< 7.5 mg daily	Never	2.75(1.28-5.88)	0.009	1.83(0.89-3.74)	0.09
> 7.5 mg daily	Never	4.29(1.81-10.20)	0.001	2.61(1.15-5.91)	0.02
< 5 g cumm	Never	1.51(0.56-3.99)	0.42	1.04(0.41-2.67)	0.93
5 to 10 g umm	Never	2.81(0.99-6.88)	0.05	0.95(0.34-2.63)	0.92
> 10 g cumm	Never	5.11(2.3-11.29)	0.0001	4.05(1.9-8.61)	0.0001

FACTORES DE RIESGO PARA BAJA MASA OSEA SEGÚN MODELO MULTIVARIABLE

Variable	Comparison	L2-L4 OR (95% CI)	p	Cuello Femoral OR (95% CI)	p
Menopause	Pre-menopause	0.85(0.42-1.74)	0.66	1.08(0.52-2.52)	0.83
Ever HRT	Never HRT	0.69(0.22-2.16)	0.53	0.55(0.17-1.76)	0.31
Disease duration					
1 to 5 yrs	< 1 yr	0.95(0.30-3.07)	0.94	2.31(0.63-8.52)	0.21
> 5 yrs	< 1 yr	1.22(0.41-3.62)	0.72	4.63(1.44-16.21)	0.01
Corticosteroids					
Ever	Never	0.87(0.38-2.03)	0.75	0.69(0.21-2.23)	0.54
< 5 g cumm	Never	1.35(0.37-4.89)	0.65	1.62(0.45-5.89)	0.48
> 10 g cumm	Never	5.39(1.95-14.86)	0.001	3.73(1.23-11.26)	0.02

**Conclusiones:** Al analizar los factores de riesgo para baja DO en modelos ajustados para edad y sexo aparecen como significativos: 1. Duración de la enfermedad mayor de 1 año tomando como control a los pacientes con menos de 1 año de enfermedad 2. Uso de glucocorticoides en diferentes dosis tomando como control a pacientes que nunca lo han usado.

Al usar modelo de análisis multivariable aparecen como factores de riesgo independientes solo: 1. Duración de la enfermedad mayor de 5 años para DO baja en cuello femoral y 2. Glucocorticosteroides en dosis acumulativa sobre 10 g para DO baja tanto en columna como en cuello femoral.

#### 45. ESTUDIO DE ANTICUERPOS ANTINUCLEOSMAS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y OTRAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

L. Llanos S., C. Pérez Z., R. Pérez L. y L. Massardo V.

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

**Introducción:** Los anticuerpos(Ac) contra ADN de doble hebra (dsADN) son característicos del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Estudios recientes sugieren que los nucleosomas, unidad fundamental de cromatina - complejo de ADN y 8 histonas-, al ser liberados en la apoptosis generan Ac anti nucleosomas (ANUC) en pacientes con LES. Estos jugarían un papel clave en la patogenia de la enfermedad y serían fundamentales en la localización renal de complejos inmunes, precipitando nefritis lúpica.

**Objetivos:** Determinar los títulos de Ac ANUC séricos en pacientes con LES, sus familiares sanos de primer grado, en otras enfermedades reumatológicas y en controles sanos; y la sensibilidad y especificidad de los Ac ANUC para nefritis lúpica.

**Métodos:** Estudiamos 160 sujetos: 44 LES y 25 familiares sanos; 15 Esclerodermia (8 CREST); 13 Granulomatosis de Wegener; 11 Artritis Reumatoide; 12 Sjögren primario; 5 Enfermedad mixta del tejido conectivo; 2 Dermatomiositis; y 33 sanos sin parentesco. En todos se midió Ac. ANUC (ELISA, AESKULISA Núcleo-h; normal  $\leq 15$  UI/mL). En los enfermos con LES se determinaron los títulos de anti-

cuerpo antinuclear (AAN) y anti-dsADN por técnica de Farr (alta avidéz).

**Resultados:** Los títulos de Ac. ANUC en LES (promedio  $\pm$  DE =  $61,28 \pm 107,51$  UI/mL) fueron significativamente elevados comparados con pacientes con otras enfermedades del tejido conectivo ( $6,99 \pm 19,84$  UI/ml;  $p = 0,002$ ), familiares ( $4,17 \pm 4,96$  UI/ml;  $p = 0,001$ ) y sanos ( $5,61 \pm 3,23$  UI/ml,  $p = 0,001$ ). Para el diagnóstico de LES, la curva ROC de los Ac. ANUC arrojó una AUC=0,84 ( $p < 0,0001$ ; 95% IC: 0,765-0,929) versus anti-dsADN AUC=0,86 ( $p < 0,0001$ ; 95% IC: 0,776-0,947).

Para nefritis lúpica (23/44 enfermos), la especificidad (47,6%) y sensibilidad (56,5%) de los Ac. ANUC no fue significativa, al igual que AAN y anti-dsADN.

**Conclusión:** Los títulos elevados de Ac ANUC tienen una alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico para LES; y no se asocian con nefritis lúpica.

Financiado en parte por Proyecto Investigación Becario Residente # PG-25/03 de la Dirección de Investigación de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

## 46. ANTICUERPOS ANTINUCLEARES: CORRELACION CLINICA DE LOS DIFERENTES PATRONES DE INMUNOFLUORESCENCIA

J. Roa\*, C. Rodas\*, P. Abumohor\*\*, J. Salinas\*\*

\* Becadas de Inmunología Clínica Universidad de Chile.

\*\* Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** Los anticuerpos antinucleares (ANA) son autoanticuerpos dirigidos contra diversas estructuras nucleares, detectables por inmunofluorescencia indirecta en células Hep-2. Los patrones de fluorescencia se correlacionan con enfermedades autoinmunes y orientan al tipo de autoanticuerpo presente, los cuales pueden confirmarse por una técnica de ELISA (ENA).

**Objetivo:** Establecer la frecuencia y correlación clínica de los diferentes patrones de inmunofluorescencia de los anticuerpos antinucleares, en un grupo de pacientes controlados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo de 310 exámenes de ANA positivos realizados con la técnica de inmunofluorescencia indirecta en células Hep 2, entre Enero 2001 y Junio 2002. Se seleccionaron 103 pacientes con ficha clínica completa en nuestro Hospital y se consignaron antecedentes clínicos y de laboratorio.

**Resultados:** El patrón moteado fue el más frecuentemente encontrado (76%). Los otros patrones se presentaron con baja frecuencia: anticentrómero (13%), homogéneo-moteado (5%), nucleolar (3%) y homogéneo (3%). A 55 pacientes se les solicitó ENA, resultando positivo en 23 casos (Ro 34.4%, La 19%, Sm 13%, RNP 22%, Jo 3% y Scl-70 9.4%). Los autoantígenos Ro, La, Jo y Scl-70 se asociaron casi exclusivamente al patrón moteado. Un 77% de los LES, 81% de Sjogren, 73% de Dermatomiositis, 86% de AR presentaban patrón moteado. Ningún caso de esclerodermia y CREST se asoció a este patrón. A 44 pacientes se les solicitó antiDNA, siendo positivo en 21 casos, todos correspondientes a LES.

**Conclusiones:** El patrón más frecuente es el moteado. Los ANA siguen siendo una técnica de screening útil para la detección de autoanticuerpos. Sin embargo, sus patrones no siempre se correlacionan a una determinada especificidad antigénica, lo cual obliga a complementarlos con ELISA.

## 47. SINDROME DE LOCKED-IN COMO FORMA DE PRESENTACION DEL SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO

J. Vargas, L. Guzmán, P. Mellado, M.A. Gutiérrez, P. Burgos

Depto. de Inmunología Clínica y Reumatología, Neurología.

Pontificias Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El síndrome de locked-in es un estado caracterizado por cuadriplegia, parálisis de nervios craneales, parálisis de mirada lateral y mutismo paralítico, con el paciente conciente y vigil. Se preserva el movimiento ocular vertical y es el único medio de comunicación al mundo exterior. Es consecuencia de una lesión de tronco encéfalo, normalmente en la zona ventral del puente con compromiso del tracto cortico espinal. El síndrome de locked-in se ha descrito asociado a accidentes vasculares, disección de arteria vertebral, hiper e hipoglicemia mantenida, metatástasis cerebrales y malformaciones vasculares. La descripción en la literatura de locked-in asociado a síndrome antifosfolípido (SAF) es excepcional. Presentamos 3 casos de mujeres entre 37 y 48 años con síndrome de locked-in asociado a SAF primario.

**Casos clínicos:** Las tres pacientes eran usuarias de anti-conceptivos orales. Tuvieron un cuadro característico de

mutismo paralítico, vigil, cuadriplegia y preservación de la mirada vertical. Presentaron lesiones pontinas en tronco, demostradas en dos de ellas por angioresonancia y en una por TAC. En 2 casos se demostró presencia de anticoagulante lúpico y anti-2-Glicoproteína-I con anti-cardiolipina negativo y en un caso la presencia de anticoagulante lúpico asociado a déficit de proteína C, con anti-cardiolipina y anti-2-Glicoproteína-I negativos. Las 3 pacientes recibieron tratamiento anticoagulante. Dos pacientes evolucionaron favorablemente y la tercera falleció.

**Conclusión:** Describimos una forma inhabitual de presentación de SAF primario en tres mujeres usuarias de anti-conceptivos orales. Hay que considerar el SAF dentro del diagnóstico diferencial del síndrome de locked-in.

Proyecto de Investigación PG-27/03

## 48. ESTUDIO COMPARATIVO DE METOTREXATO INTRAMUSCULAR Y ORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR)

V. Aguirre, J. Ponce de León, L. Barría, C. Ulloa, V. Riesco

Unidad de Reumatología. Hospital Regional Valdivia. Universidad Austral de Chile.

Varios estudios clínicos han demostrado la eficacia y seguridad del Metotrexato vía oral (MTX vo) en el manejo de la AR. Sin embargo existe un grupo variable de pacientes que no responden adecuadamente o que tienen toxicidad gastrointestinal. En ellos se ha sugerido que el uso de MTX intramuscular (MTX im) puede ser de utilidad.

**Objetivo:** Analizar los resultados obtenidos en el tratamiento con MTX im y compararlos con MTX vo en pacientes con AR.

**Material y Método:** Se estudiaron 42 pacientes con AR en control en el Policlínico de Reumatología de nuestro Hospital: 93% mujeres, con una edad  $X \pm DS$   $51.8 \pm 13.0$  años, con una duración de la AR  $X \pm DS$   $12.3 \pm 8.3$  años, todos seropositivos, con FR  $X \pm DS$   $344 \pm 265$  UI/l y 92% erosivos. Todos estos pacientes habían sido tratados con MTX vo y luego cambiaron a MTX im: 23 por intolerancia gastrointestinal y 19 por respuesta inadecuada.

**Resultados:** Un número significativamente mayor de pacientes tratados con MTX im alcanzaron respuesta ACR 20 que con MTX vo (36 vs 28  $p = 0.005$ ). Algo similar ocurrió con respecto a respuesta ACR50 al comparar MTX im con

MTX vo (17 vs 3  $p = 0.03$ ). Estas diferencias se mantuvieron al analizar por separado los pacientes que se cambiaron por intolerancia y por ineficacia. En cuanto a la dosis y duración del tratamiento con MTX im estas no fueron significativamente diferentes que las del tratamiento con MTX vo ( $14.4 \pm 3.6$  vs  $11.4 \pm 3.0$  mg/semanales  $p=0.1$ ) ( $35.6 \pm 24.4$  vs  $38.3 \pm 27.2$  meses  $p=0.6$ ). Tampoco hubo diferencias significativas en el uso de Prednisona, AINEs u otras drogas modificadoras. Entre los efectos adversos observados con MTX im estaban: 2 pacientes con intolerancia gastrointestinal y 13 con elevación de transaminasas, 5 de los cuales tuvieron que suspender el tratamiento.

**Conclusiones:** En este grupo de pacientes con AR severa el cambio en la vía de administración del MTX de oral a im permitió un mejor control de la actividad inflamatoria de la enfermedad. Este efecto fue independiente de la dosis y duración del tratamiento. Es así como podría estar relacionado con una mayor biodisponibilidad del MTX im a las mismas dosis. Sin embargo la real utilidad e indicaciones del MTX im en pacientes con AR están por determinarse ya que los efectos adversos no fueron despreciables.

## 49. TOXICIDAD OCULAR POR CLOROQUINA: MITO O REALIDAD

V. Aguirre, J. Ponce de León, L. Barría, T. Croquevielle, S. Pizarro, C. Ulloa, N. Mellado

Unidad de Reumatología y Oftalmología. Hospital Regional Valdivia. Universidad Austral de Chile.

Se han descrito 3 tipos de toxicidad ocular asociados al tratamiento con Cloroquina: cicloplegia, depósitos corneales y retinopatía. De ellos la retinopatía pigmentaria se considera la forma más severa, dependiente de la dosis diaria usada y de aparición infrecuente.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de los diferentes tipos de toxicidad ocular en pacientes usuarios de cloroquina por enfermedades reumatológicas en nuestro hospital.

**Material y Método:** Se revisaron las 118 fichas clínicas de los pacientes usuarios de Cloroquina difosfato por más de 6 meses y que tuvieran al menos 2 evaluaciones oftalmológicas. Se consignaron los resultados de agudeza visual, examen con lámpara de hendidura, fondo de ojo con oftalmoscopio y campo visual computarizado. En los casos sospechosos de

retinopatía pigmentaria además se realizaron retinografía y angiografía con fluoresceína.

**Resultados:** De los pacientes analizados: 72 tenían Artritis Reumatoídea, 38 Lupus Eritematoso Sistémico, 4 Enfermedad Indiferenciada del Tejido Conectivo, 2 Esclerosis Sistémica Progresiva y 2 S. de Sjögren 1°. El 93% eran mujeres, con una edad  $X \pm DS$  de  $48.5 \pm 13.1$  años. La dosis de Cloroquina  $X \pm DS$  fue de  $3.9 \pm 0.8$  mg/Kg/día, con una duración del tratamiento  $X \pm DS$  de  $55.9 \pm 42.9$  meses. Se realizaron un total de 456 evaluaciones oftalmológicas, identificándose 3 pacientes (2.5%) con lesiones compatibles con retinopatía pigmentaria, cuyas características se muestran en la tabla 1. No se encontraron pacientes con defectos de la acomodación ni depósitos corneales.

TABLA1.

Edad/Sexo	Enfermedad	Dosis mg/Kg/d	Duración meses	Fondo de ojo imagen en	Campo visual	Agudeza visual	Reversibilidad
44/F	LES	4.7	137	“ojo de buey”	alterado	disminuida	no
59/F	ESP	4.2	24	punteado	normal	sin cambio	si, parcial
55/F	AR	3.8	12	punteado	normal	sin cambio	si

**Conclusiones:** En nuestros pacientes la aparición de retinopatía pigmentaria por Cloroquina difosfato fue independiente de la dosis y duración del tratamiento. También

observamos diferencias en la severidad y reversibilidad del compromiso retinal. Estos hallazgos refuerzan la necesidad del control oftalmológico periódico.

## 50. PERFIL DIAGNOSTICO EN EL POLICLINICO DE REUMATOLOGIA DEL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO: JULIO 2003 - JUNIO 2004

A. Codriansky, M. Andrews, R. Rubio, J. Salinas, F. Silva, C. Labarca, A. Vargas, F. Gutiérrez, S. Iacobelli, F. Radrigán  
 Unidad de Reumatología, Hospital Dr. Sótero del Río.  
 Departamento de Reumatología e Inmunología Clínica, P. Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** No existe un registro nacional que permita conocer la prevalencia o frecuencia de las patologías reumatológicas. Esta información daría una base mas objetiva a la organización clínico-asistencial, asignación de recursos y elaboración de estudios. Un registro local resuelve en parte estas necesidades.

**Objetivo:** Describir la distribución de diagnósticos reumatológicos de pacientes atendidos ambulatoriamente en un hospital terciario.

**Pacientes y métodos:** Se registró prospectivamente a pacientes atendidos en período julio 2003 - junio 2004 en policlínico de Reumatología del Hospital Dr. Sótero del Río, con población asignada de 1.240.000 habitantes. Se incluyó variables demográficas y diagnósticos reumatológicos. El análisis estadístico (frecuencias y test t), se efectuó con programa SPSS 10.0.

**Resultados:** Hubo 3.612 consultas de 1.758 pacientes.

Predomina el sexo femenino (83.5%); edad promedio 53 años (13–100). La frecuencia del diagnóstico principal por paciente fue: “Artritis Reumatoide” (AR) 37%; “Osteoartritis”(OA): 12%; “Enfermedades músculo-esqueléticas regionales”(EMR): 9.1%, “Fibromialgia” (FM): 7.6% y “Lupus Eritematoso” (LEG): 7.6%. Enfermedades menos frecuentes fueron: “Síndrome de Sjögren”(2.9%), “Espondiloartropatías”(2.9%), “Artritis por Cristales” (2.3%), “Esclerodermia” (2.0%), “Vasculitis” (1.6%). Un 6 % de los pacientes tiene diagnóstico presuntivo en la primera consulta. Del total de consultas, 1521 (42%) fueron por AR, 378 (10.5%) por OA, 312 (8.6%) por LEG, 251 (7%) por EMR y 220 (6%) por FM.

**Conclusiones:** Hay 5 diagnósticos predominantes: AR, OA, Fibromialgia, LEG y EMR. En AR y LEG la frecuencia de consultas es mayor a su prevalencia y lo contrario ocurre en OA, FM y EMR. Un 6 % de los pacientes recibe un diagnóstico presuntivo en la primera consulta.

## 51. EVOLUCION DE LOS DIAGNOSTICOS REUMATOLOGICOS EN EL POLICLINICO DE REUMATOLOGIA DEL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO: JULIO 2003-JUNIO 2004

J. Salinas, R. Rubio, M. Andrews, A. Codriansky, F. Silva, C. Labarca, A. Vargas, F. Gutiérrez, S. Iacobelli, F. Radrigán  
 Unidad de Reumatología, Hospital Dr. Sótero del Río.  
 Departamento de Reumatología, P. Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Existe poca información sobre la evolución de los diagnósticos reumatológicos al interior de un centro de salud. Conocer la fracción de pacientes nuevos, fre-

cuencia de consultas y la evolución de diagnósticos ayuda a mejorar la calidad de atención y la distribución de recursos.

**Objetivo:** Describir la evolución de diagnósticos en el



policlínico de reumatología del Hospital Dr. Sótero del Río.

**Método:** Se registró prospectivamente a pacientes atendidos en período julio 2003 - junio 2004 en policlínico de Reumatología del Hospital Dr. Sótero del Río. Se incluyó variables demográficas, diagnósticos reumatológicos y fechas de consultas.

**Resultados:** Se registraron 1.758 pacientes. Asistían por primera vez (“nuevos”) 299 pacientes (16,6%) y el resto estaba en control regular (“antiguos”). Ambos grupos presentaron similar edad y distribución por sexo. El tiempo entre la primera y segunda consultas registradas fue menor para “nuevos” que “antiguos” (76 + 63 vs. 107 + 74 días,  $p < 0,0001$ ). El tiempo entre consultas posteriores no difirió. La distribución de diagnósticos fue diferente entre “nuevos” y

“antiguos”: OA (22% vs. 10%), Enfermedades musculoesqueléticas regionales (16% vs. 8%), Fibromialgia (14% vs. 6%), AR (13% vs. 42%), LEG (3% vs. 8%) ( $p < 0.0001$ , todas las comparaciones). Un 17% de “nuevos” presenta un diagnóstico presuntivo vs. 4,5% de “antiguos” ( $p < 0.0001$ ). De 23 pacientes nuevos con diagnóstico presuntivo que asistieron a un segundo control, en 5 (22%) este diagnóstico cambia.

**Conclusión:** En pacientes nuevos el diagnóstico presuntivo es más frecuente que en los antiguos y cambia en aproximadamente 1 de cada 5, lo que puede deberse a la complejidad de este grupo. Si bien se logra una atención precoz de nuevos comparados con antiguos, el tiempo transcurrido aún es prolongado.

## 52. CASO CLINICO: VASCULITIS MENTERICA EN UNA PACIENTE CON LUPUS

Dra. Ximena Velásquez, Dr. Julio Figueroa, Dr. Enrique Morales, Dr. Vicente Asenjo, E.U. Sergio Contreras  
Unidad de Pacientes Críticos y Servicio de Cirugía. Hospital Base de Puerto Montt.

La vasculitis intestinal es una de las complicaciones más serias del lupus eritematoso sistémico (LES). La frecuencia estimada es de 1%. Esta manifestación se presenta asociada a LES activo en la mayoría de los casos.

Se presenta a una paciente de 19 años con LES diagnosticado en octubre del 2003. Debutó con psicosis lúpica proteína P ribosomal (+). En esa oportunidad recibió solumedrol y un pulso de ciclofosfamida (CIC). Posteriormente abandonó controles y tratamiento.

Reingresa en marzo del 2004 con LES activo. Evoluciona con abdomen agudo, encontrándose en el intra-operatorio isquemia mesentérica. Recibió solumedrol y un minipulso de CIC.

Posteriormente presenta múltiples colecciones intraabdominales siendo reintervenida, encontrándose además pancreatitis necrohemorrágica.

Evoluciona muy grave en UTI. Se administra gammaglobulina, se inicia nutrición parenteral total y se mantiene dosis bajas de esteroides, practicándosele aseos quirúrgicos casi a diario, siendo necesario realizar hemicolectomía derecha por necrosis intestinal.

Desarrolló varias fístulas intestinales que se manejaron con somatostatina y se intentó fallidamente su cierre quirúrgico.

Además cursó con múltiples infecciones nosocomiales.

Una vez recuperado el tránsito intestinal se inició micofenolato mofetil y una vez superada las complicaciones infecciosas se reinició esquema de CIC en pulsos mensuales.

Finalmente fue dada de alta en agosto del presente año con LES inactivo, colostomía funcional y herida operatoria cicatrizando por segunda intención.

## 53. EVOLUCION ESTACIONAL DE LOS TITULOS DE ANTICUERPOS ANTI RO TOTAL, ANTI RO60 Y ANTI RO52 EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

D. Pacheco, MA. Marinovic, ME. Alvarez, Carola Martínez, G. Vizcarra, F. Ballesteros, C. Fuentealba  
Unidad de Reumatología e Inmunología. Universidad de Chile. Hospital Clínico San Borja-Arriarán.

Se ha sugerido que la presencia y título de anticuerpos anti Ro (anti Ro) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) se correlaciona con la expresión del antígeno Ro en la piel y que aumenta con la exposición a la luz ultravioleta artificial y natural.

**Objetivo:** Comparar los títulos de anti Ro circulantes medidos en el mes de mínima radiación solar (junio) con los obtenidos en el período de máxima radiación solar (enero) en una cohorte de pacientes con LES. Correlacionar los títulos con la actividad de la enfermedad.

**Método:** Se estudió entre junio 2002 y enero 2004 a 15 pacientes con LES y anti Ro positivo, todos con función renal normal. Se determinó semestralmente en los meses de junio y enero la actividad del LES mediante SLEDAI-2K y se tomaron muestras de suero para medir anti Ro60 y anti Ro52. Las muestras para anti Ro total solo se tomaron los meses de junio 02, enero 03 y junio 03. Todas las muestras fueron guardadas a -20° hasta su procesamiento. El anti Ro total se midió en junio

2003 (ELISA. Bindazyme TM, The Binding Site Ltd, Birmingham, UK) y el anti Ro60 y 52 en junio 04 (ELISA. Aesculisa, Germany) Estadística: Prueba T para datos pareados.

**Resultados:** Quince (100%) de los pacientes eran mujeres, edad 39 años (19-72) meses de enfermedad 81 (24-228) criterios ACR 6,5 (4-9) (Promedio y rango) Tabla: Promedio de puntajes (DE) de SLEDAI-2K y títulos promedios de anti Ro total, anti Ro52 y anti Ro60 en UI/ml (DE)

	Junio 02	Enero 03	p1	Junio 03	p2	Enero 04	p3	p4
SLEDAI-2K	5,9 (2,9)	6 (4,2)	ns	5	-	9,4 (15)	ns	-
Anti Ro total	62 (25)	69,8 (24)	0.049	58,9 (24)	0.02	-	-	-
Anti Ro52	37,5 (15)	38,7 (21)	ns	40,3 (21)	ns	32,7 (13)	ns	ns
Anti Ro60	35,4 (13)	34,1 (15)	ns	29,4 (15)	ns	28,9 (14)	ns	ns

p1: Diferencia entre junio 02 y enero 03 // p2: diferencia entre enero 03 y junio 03 // p3: diferencia entre junio 03 y enero 04 // p4: diferencia entre junio 02 + junio 04 vs enero 03 + Enero 04.

**Conclusiones:** Se observó un leve aumento de los títulos de anti Ro total en enero 03 respecto a junio 02 y junio 03, en cambio los niveles circulantes de anti Ro60 y anti Ro52 no experimentaron variaciones significativas durante las cuatro

mediciones realizadas. Aunque hubo un leve aumento de anti Ro total, no se demostró relación entre mayor radiación solar y presencia de Anti Ro60 ni anti Ro52 en pacientes con LES. La actividad del LES tampoco experimentó variaciones estacionales significativas.

#### 54. ANTICUERPOS ANTI DNA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. ¿SE PRODUCEN VARIACIONES ESTACIONALES?

D. Pacheco, MA. Marinovic, ME. Alvarez, Carola Martínez, G. Vizcarra, F. Ballesteros, C. Fuentealba  
Unidad de Reumatología e Inmunología. Universidad de Chile. Hospital Clínico San Borja-Arriarán.

Los anticuerpos anti DNA (anti DNA) en el lupus eritematoso sistémico (LES) se correlacionan con pronóstico y actividad de la enfermedad. Se sabe poco respecto a si existen cambios en los títulos de anti DNA inducidos por factores ambientales, como la radiación solar ultravioleta.

**Objetivo:** Comparar los títulos de anti DNA obtenidos en períodos de mínima y máxima radiación solar ultravioleta (junio y enero respectivamente) en una cohorte de pacientes con LES. Correlacionar los títulos con la actividad de la enfermedad.

**Método:** Se estudió en junio 2002, enero 2003, enero 2004 y junio 2004 a 13 pacientes con LES con anti DNA positivo por IFI, todos con función renal normal. Se determinó en esos meses la actividad del LES mediante SLE-

DAI-2K y se tomaron muestras de suero para medir anti DNA por ELISA. Todas las muestras fueron guardadas a -20° y procesadas en junio 2004. (ELISA. Bindazyme TM, The Binding Site Ltd, Birmingham, UK) Estadística: Prueba T para datos pareados.

**Resultados:** Dos pacientes fallecieron por lo que la muestra definitiva quedó en 11 pacientes. Todas eran mujeres, edad 37,6 años (21-64) meses de enfermedad 130 (24-276) criterios ACR 6,6 (5-8) (Promedio y rango). Cuatro tenían compromiso renal (36%) 2 del SNC(18%) y 3 anemia hemolítica y/o trombocitopenia (27%). Siete pacientes presentaron un descenso del título de anti DNA (63%) al final del estudio (dos se negativizaron), 3 subieron sus títulos (27%) y uno los mantuvo (10%).

**Tabla. Títulos de anti DNA. Promedios en UI/ml (DE) y puntaje (DE) de SLEDAI-2K.**

	Junio 02	Enero 03	p1	Enero 04	Junio 04	p2	p3
Anti DNA	278 (235)	314 (301)	ns	247 (221)	218 (231)	ns	ns
SLEDAI-2K	8,7 (4,5)	8,5 (6)	ns	7,6 (6)	7,0 (%)	ns	ns

p1: Diferencia entre junio 02 y enero 03 // p2: diferencia entre enero 04 y junio 04 // p3: diferencia entre junio 02 + junio 04 vs enero 03 + enero 04.

**Conclusiones:** Se observó un descenso de los niveles de anti DNA en la mayoría de los pacientes y en el promedio del total al final del estudio. No hubo diferencias en los títulos de anti DNA de las muestras tomadas en junio o enero. Los

descensos en los títulos de anti DNA en pacientes con LES no se relacionaron con los cambios estacionales en la radiación solar. La actividad del LES, medida por SLEDAI-2K no experimentó variaciones estacionales significativas.

## 55. MORTALIDAD EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. EXPERIENCIA HOSPITAL SAN BORJA – ARRIARAN

Drs. P. Pozo, C. Fuentealba, F. Ballesteros, D. Pacheco, M. Alvarez, G. Vizcarra  
S. Medicina/Reumatología Hospital San Borja-Arriarán /Dpto. Medicina Campus Centro U. de Chile.

**Objetivos:** Comparar características clínicas/serológicas LES fallecidos (LES-F) vs. LES sobrevivientes (LES-S) tratados en nuestro establecimiento.

**Método:** Análisis retrospectivo LES 1990-2001: características clínicas/serológicas, duración enfermedad antes fallecimiento, causa primaria (CPM) y contribuyente de muerte (CCM).

**Resultados:** LES (n) = 126, LES-F = 23, LES-S = 103. Mujeres (%): LES-F = 91, LES-S = 97.

Edad inicio (x): LES-F = 42,4 años. LES-S = 36,6 años

Nº Criterios LES acumulados (x): LES-F = 5 LES-S = 4,1

Compromiso Renal (%): LES-F = 75 LES-S = 44

Nefropatía LES-F (%): tipo II = 25 tipo IV = 75

Nefropatía LES-S (%): tipo IV = 43 tipo V = 29

tipo VI = 14 no clasificable = 14

Compromiso Neurosiquiátrico (%): LES-F = 26 LES-S = 35

ANA+ (%): LES-F = 83 LES-S = 86

AC anti DNAn (%): LES-F = 23 LES-S = 22

AC anti ENA: RNP+ LES-F (%) = 30, RNP+ LES-S (%) = 55. Ro+ LES-F (%) = 10 Ro+ LES-S (%) = 27.

La+ LES-F (%) = 0 La+ LES-S (%) = 18. Sm+ LES-F (%) = 70 Sm+ LES-S (%) = 72.

Edad fallecimiento (x): 49 años. Duración enfermedad LES-F (x): 9,1 años.

**Causas de Muerte:** en 5 hubo información. CPM: infección = 3, nefropatía = 1, hemorragia digestiva = 1;

CCM: actividad lúpica = 3.

**Conclusiones:** Destacó alta mortalidad LES. LES-F tuvo mayor nº criterios LES acumulados y frecuencia de compromiso renal, y menor frecuencia RNP+/Ro+/La+.

## 56. DESTRUCCION PALATO SINUSAL ANCA-POSITIVO EN PACIENTE CON CONSUMO DE COCAINA. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER. CASO CLINICO

J. Lara<sup>1</sup>, A. Dussaubat<sup>1</sup>, C. Fuentealba<sup>2</sup>, F. Ballesteros<sup>2</sup>, D.. Pacheco<sup>2</sup>, J. León<sup>3</sup>, Y. Corredoira<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Becada Medicina Interna Universidad de Chile, <sup>2</sup> Servicio Medicina/Reumatología/Dpto. Medicina Campus Centro U. de Chile, <sup>3</sup> Servicio Otorrinolaringología, <sup>4</sup> Servicio Anatomía Patológica. Hospital Clínico San Borja – Arriarán.

Mujer, 58 años, antecedente consumo diario de cocaína por 5 años. Consulta por cuadro de un mes de decaimiento, rinorrea sanguinolenta, anosmia, dolor facial y reflujo oro nasal. **Examen físico:** palidez, deformidad nasal “en silla de montar”, rinorrea hemopurulenta anterior y posterior, lesiones de aspecto necrótico en narinas y perforación tabique nasal y paladar duro.

**Laboratorio:** Hematocrito 23%, VCM 77, Leucocitos 7400, 25% baciliformes, 33% linfocitos, plaquetas 986.000, VHS 131mm/hr, PCR 140 mg%. Sedimento urinario, crea-

tinina y Rx de tórax normales. TAC de tórax: 5 nódulos pulmonares pequeños y derrame pleural bilateral. TAC cavidades perinasales: extenso proceso destructivo de fosas nasales, tabique, cornetes, cavidades perinasales y paladar duro. ANCA (+) por IFI. Biopsia: inflamación inespecífica con gránulos tipo almidón. Sin granulomas.

Se presenta este caso por la dificultad diagnóstica entre Granulomatosis de Wegener y consumo nasal de cocaína en paciente ANCA (+).

## 57. NEFROPATIA LUPICA. EXPERIENCIA HOSPITAL SAN BORJA – ARRIARAN

C. Martínez, C. Fuentealba, P. Pozo; M. Vidal, F. Ballesteros., D. Pacheco, M. Alvarez  
S. Medicina/Reumatología Hospital San Borja-Arriarán /Dpto. Medicina Campus Centro U. de Chile.

**Objetivo:** Determinar frecuencia y progresión del compromiso renal en LES adultos.

**Método:** Análisis retrospectivo LES tratados en Reumatología/Nefrología Hospital San Borja Arriarán 1990 - 2001.

**Resultados:**

LES (n) = 125. LES con compromiso renal = 49 (39,2%).

• LES con Síndrome Nefrótico (SN-LES): 25/125, Mujeres = 98 %; Edad diagnóstico LES (x) = 28 años (16 - 65). Creatininemia al diagnóstico SN(mg/dl): 0,8-1,1 = 24%; 1,2-1,5 = 24%; 1,6-2,0 = 8%; 2,1-3,0 = 24%; > 3,1 = 16%.

• Biopsia Renal SN-LES = 19/25 (76%). NL (OMS) tipo II = 5,2 %; III = 5,2%; IV = 63 %; V = 10,4%; Microangio-

patía y necrosis tubular = 5,2 %; No clasificable = 5,2 %; informe extraviado = 5,2 %.

• **Tratamiento:** Todos los pacientes con compromiso renal recibieron prednisona, y además ciclofosfamida en nefritis lúpica tipo III y IV.

• Falla Renal Terminal SN-LES: hemodiálisis crónica = 6; trasplante renal = 1.

**Conclusión:** Alto porcentaje LES cursó con compromiso renal, y SN una alta proporción de ellos. En SN-LES con biopsia renal la NL tipo IV fue la más frecuente. Destacó el alto porcentaje SN-LES que pese al tratamiento desarrolló falla renal terminal.

## 58. ANALISIS DE LA CALIDAD DE LAS INTERCONSULTAS LLEGADAS AL POLICLINICO DE REUMATOLOGIA

M. Boncompte G., A. Castro P., E.C. Parra C., V. Videla O., F. Silva L, F. Radrigán A.  
Unidad de Reumatología, Hospital Dr Sótero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile.

La alta demanda y retardo en la consultas de especialista, hacen de la interconsulta (IC) una herramienta para priorizar atenciones y aportar información adecuada para agilizar y mejorar la calidad de la atención de los pacientes.

**Objetivos:** Estudiar la calidad de las IC a reumatología.

**Metodología:** Se analizaron 500 IC consecutivas según un protocolo prediseñado. Se evaluaron aspectos formales, hipótesis diagnóstica (HD), antecedentes mórbidos, descripción del cuadro clínico (CC), tratamientos recibidos y motivo de la derivación.

**Resultados:** Nombre completo, edad y sexo estaban en casi todos: 472 (94,4%), 469 (93,8%) y 484 (96,8%), respectivamente. Procedían de atención primaria 213 (42,6%) e internas del establecimiento 246 (49,2%). La HD era de una enfermedad definida en 248 (49,6%), sindromático en 140 (28%), sintomático en 82 (16,4%), inespecífico, cuadro inexistente o sin diagnóstico en 30 (6%). En 30 (6%) la HD

no era concordante con la edad. En 133 (26,6%) se especificaban los antecedentes mórbidos, pero sólo en 31 su tratamiento. Clara duración del CC se especificaba sólo en 91 (18,2%). El CC se describe en 279 (55,8%), pero en forma precisa sólo en 38 (7,6%) y el tratamiento recibido en 77 (15,4%). De los descritos sólo en 80 (27,9%) el CC concuerda con la HD. En 153 IC (30,6%) no se especifica el motivo de la derivación. De 18 IC catalogadas como urgentes, sólo en 5 (27,8%) se describía un cuadro compatible. Nombre legible del médico que deriva existía sólo en 291 (58,2%). La impresión global de la IC fue buena en 55 (11%), regular en 170 (34%) y mala en 275 (55%). Las mejores IC eran las provenientes de medicina interna ( $p < 0,001$ ) y las con nombre legible del médico que deriva ( $p = 0,001$ ).

**Comentarios:** Es necesario tomar medidas para mejorar la calidad de las IC para que puedan cumplir sus funciones en forma adecuada.

## 59. INFLUENCIA DE LA HIPOTESIS DIAGNOSTICA SOBRE LA CALIDAD DE LAS INTERCONSULTAS A REUMATOLOGIA

---

E.C. Parra C, V. Videla O, M. Boncompte G, A. Castro P, F. Silva L, F. Radrigán A.

Unidad de Reumatología, Hospital Dr Sótero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile.

La interconsulta (IC) es el medio por el cual el médico se comunica con el especialista. Este instrumento puede ser útil para decidir la programación de las horas y facilitar la atención. Sin embargo la calidad de la información puede estar influenciada por la hipótesis diagnóstica (HD).

**Objetivos:** evaluar la influencia de la HD sobre la calidad de las interconsultas a reumatología.

**Métodos:** se analizaron 500 IC consecutivas llegadas al policlínico de reumatología según un protocolo prediseñado.

**Resultados:** De 500 IC analizadas hubo 136 (27,2%) con HD de artritis reumatoide (AR), 76 (15,2%) poliartralgias, 46 (9,2%) otros tipos de artritis 66 (13,2 %) artrosis, 19 (3,8%) Lupus, 10 (2%) gota y 13 (2,6%) fibromialgia. Lupus y AR eran los cuadros que con mayor frecuencia tenían el

diagnóstico previo ( $p < 0,05$ ). Con HD de AR el cuadro clínico estaba más frecuentemente descrito y en forma más precisa ( $p < 0,0001$ ), pero no hubo diferencias en especificar la duración de la enfermedad. La rigidez matinal se describe en sólo 20 (14,7%) de los pacientes con AR y en 4 (5,3%) de las poliartralgias ( $p = 0,037$ ), no hubo diferencia en la petición de factor reumatoide ni en la de radiografías. La mejor concordancia entre HD y cuadro clínico descrito fue para lupus ( $p = 0,0001$ ) y gota ( $p = 0,03$ ). Las IC con HD de AR fueron las mejor evaluadas y las de otras artritis y poliartralgias las peores ( $p = 0,028$  y  $< 0,001$  respectivamente).

**Conclusiones:** Es preciso elaborar un esquema de derivación para corregir estas diferencias y mejorar la calidad de la derivación de los pacientes.



# Índice de Resúmenes

---

- 1. CLOROQUINA EN SINDROME DE SJÖGREN PRIMARIO (SSP) UNA ALTERNATIVA TERAPEUTICA EFICAZ?**  
S. Kaliski, R. Miranda, L. Bustos, S. Echeverría, A. Cabello, JC Araya, C. Baumert
- 2. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR) ACERCA DE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO**  
A. Werner, S. Kaliski, L. Bustos, K. Salazar, M. Rojas, C. Baumert
- 3. ANTI TNF-  $\alpha$  EN PACIENTES TRATAMIENTO CON ARTRITIS REUMATOIDEA EXPERIENCIA CLINICA**  
V. M. Maluje, N. M. Stevenson
- 4. ETANERCEPT COMO TRATAMIENTO EN SINDROME DE REITER SEVERO: CASO CLINICO**  
Grisanti M.
- 5. CICLOSPORINA A EN DERMATOMIOSITIS JUVENIL. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO EN 15 PACIENTES**  
M. Ladino, M Debré, R. Mouy, AM Prieur
- 6. UTILIDAD DE TALIDOMIDA EN ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL SISTEMICA REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL: A PROPOSITO DE UN CASO**  
B. González M, M. Llorente H
- 7. ANTICUERPOS ANTINUCLEARES: CORRELACION CLINICA DE LOS DIFERENTES PATRONES DE INMUNOFLUORESCENCIA**  
J. Roa, C. Roda, P. Abumohor, J. Salinas
- 8. COMPROMISO NEUROLOGICO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO PEDIATRICO**  
Benito González M, Johanna Roa A, Paula Duarte J.
- 9. CARACTERIZACION DE PACIENTES PORTADORES DE LUPUS ERITEMATOSO INFANTIL SEGUN LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-DNA**  
Benito González M
- 10. PURPURA TROMBOCITOPENICO REFRACTARIO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES)**  
J.G. Gil, P.Y. Kusnir, M. García, O.J. Neira.
- 11. ANTICUERPOS ANTIPEPTIDO CITRULINADO (AACP) EN ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL (AIJ)**  
M Iglesias, M Ladino, V Yañez, M. Miranda
- 12. ISQUEMIA DE EXTREMIDADES INFERIORES EN UN CASO DE ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES**  
L. Soto, X. Gómez-Veroiza, E. Astorga, M. Mége, A. Espinoza, M. Cuchacovich
- 13. LINFADENOPATIA EN ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO, REPORTE DE CUATRO CASOS**  
L. Soto, E. Astorga, X. Gómez-Veroiza, F. Sabugo, M. Villanueva
- 14. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ENTRE 1986- 2004**  
Rosa María Valenzuela
- 15. SINDROME ANTIFOSFOLIPIDOS E HIPERTENSION PORTOPULMONAR: A PROPOSITO DE UN CASO**  
C. Heredia, S. Palma, G. Gil, J. Sola, O. Neira
- 16. ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO. ANALISIS CLINICO BASADO EN 14 CASOS**  
M.A. Carreño, A. Carvallo, C. Martínez, C. Trejo, F. Ballesteros
- 17. BLOQUEO AURICULO VENTRICULAR COMPLETO EN FETO DE MADRE Ro (+) ASINTOMATICA**  
M.A. Carreño, C. Trejo
- 18. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LOS CHILENOS ALTOS: estudio comparativo de 33 Marfanoides (MF) y 230 casos de Síndrome de Hiperlaxitud Articular (SHA)**  
J F Bravo
- 19. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LA SOBREVIVENCIA DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO DE LA INFANCIA EN LOS ULTIMOS 30 AÑOS EN CHILE**  
B. González, P. Hernández, H. Olguin, M. Miranda, L. Lira, M. Tosso, A. Quezada, X. Norambuena, E. Talesnik, C. Mendez, C. Navarrete
- 20. ¿ES LA DIMETILARGININA ASIMETRICA UN MARCADOR DE RIESGO DE ATEROSCLEROSIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)?**  
M. Cisternas, M.A. Gutiérrez, R. Mertens, D. Rivera y S. Iacobelli
- 21. EXPRESION DE BAFF EN FIBROBLASTOS SINOVIALES DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**  
L.I. Reyes, P. González, C. Labarca, D. Figueroa, A. Segovia, O. Neira y R. Naves
- 22. LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE (LPR) EN UNA PACIENTE CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER: CASO CLINICO**  
Benítez G, C. Castillo S, Mellado P y Cisternas M.
- 23. ESCLERITIS NECROTIZANTE EN PACIENTE CON INFECCION POR VIH**  
WJ. Basualdo, PY. Kusnir, JG. Gil, CA. Torres, P. Gallardo
- 24. ARTRITIS REACTIVA POR BCG INTRAVESICAL. A PROPOSITO DE UN CASO**  
P.Y. Kusnir, P.C. Foster, O.J. Neira

25. **DISFERLINOPATIAS: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS MIOPATIAS INFLAMATORIAS**  
PY. Kusnir, M. Shultz, CH. Labarca
26. **FACTORES ASOCIADOS A LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR CORTICOIDES EN NIÑOS- ESTUDIO MULTICENTRICO.**  
Hernández MI, Talesnik E, King A, Vinet AM, Vogel A, Lagomarsino E, Mericq V, Méndez C, Reyes ML.
27. **ESCLERODERMIA LOCALIZADA ASOCIADA A MIOSITIS. PRESENTACION DE 2 CASOS CLINICOS**  
E. Talesnik, R. Escobar, C. Méndez, M. Leissner
28. **SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO PRIMARIO (SAFP): DESCRIPCION CLINICA Y SEROLOGICA DE 62 PACIENTES**  
Burgos P, Gutiérrez MA, Mertens R, Mellado P, Vargas A, Cisternas M, Massardo L, García P, Iacobelli S.
29. **OSTEOPOROSIS: ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO EN POBLACION FEMENINA VALDIVIANA**  
Barría L., Alvarez M.
30. **SINDROME DE COGAN ATIPICO. A PROPOSITO DE UN CASO**  
J.G. Gil, W.J. Basualdo, P.Y. Kusnir, F. Villarroel
31. **POLIMORFISMO GENETICO DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL COMO PARTE DE LA EVOLUCION DE LA ARTRITIS REUMATOIDE**  
A. Cruzat, R. Cañoles, J.A. Contreras, C. Llanos, M. Cuchacovich, J.C. Aguillón
32. **LOS LINFOCITOS T DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) SOBRE-EXPRESAN C-REL AUN SIN ENCONTRARSE ACTIVADOS**  
C. Metz, MR Bono, S. Iacobelli y A. González
33. **ANALISIS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR) QUE SUSPENDIERON TERAPIA ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL  $\alpha$  (TNF $\alpha$ )**  
L. Soto, M. Cuchacovich, C. Llanos, F. Sabugo, X. Gómez, E. Salazar, I. Schiattino, JC. Aguillón
34. **ARTERITIS DE TAKAYASU EN EL HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Sabugo MF, Llanos C, Gómez-Veroiza X, Soto L, Astorga E, Cuchacovich M.
35. **MEJORIA DE LA CALIDAD DE VIDA EVALUADA CON LA ENCUESTA MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT FORM-36 (SF-36) EN PACIENTES CHILENOS CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) TRATADOS CON ADALIMUMAB.**  
Llanos C, Sabugo MF, Soto L, Aguillón JC, Gutiérrez M, Schiattino I, Daniel Pacheco, Mauricio Alamo, Carlos Fuentealba, Luciano Villanueva, Cuchacovich M.
36. **POLIMORFISMO -308 DEL PROMOTOR DEL GEN DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA (TNF $\alpha$ ) Y EVOLUCION DE LA ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA**  
C. Llanos, L. Soto, F. Sabugo, L. Salazar, D. Pacheco, M. Alamo, O. Valenzuela, J.C. Aguillón, M. Cuchacovich
37. **ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA SEVERA Y TRATAMIENTO CON MICOFENOLATO MOFETIL: CASO CLINICO**  
M. Grisanti y M. Badilla
38. **FUNCION DEL EJE HIPOTALAMO-HIPOFISIS-SUPRARRENAL (HHS) CON RELACION A DURACION Y PARAMETROS DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA**  
F. Silva, M.A. Gutiérrez, L. Llanos, A. Vargas, C. Labarca, C. Campusano, S. Iacobelli
39. **EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DEL SINDROME MIOFASCIAL CON TOXINA BOTULINICA ("BOTOX"). ESTUDIO CONTROLADO, RANDOMIZADO, CON PLACEBO, DOBLE CIEGO EN 30 PACIENTES SEGUIDOS DURANTE 3 MESES.**  
N. Barrientos U., L. Soto, C. Barrientos M.
40. **Síndrome Antifosfolípido CATASTROFICO: Presentación de dos casos clínicos**  
M.E. Nass, M. Cisternas, P. Castro, H. Rosenberg, M.A. Gutiérrez
41. **PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE TROMBOCITOPENIA ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: EXPERIENCIA DE HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN**  
T. Rivera, C. Fuentealba, F. Ballesteros, D. Pacheco, A. Riquelme
42. **REGULACION INVERSA DE LA EXPRESION DE LOS ISOTIPOS DEL RECEPTOR DE GLUCOCORTICOIDES POR METOTREXATO. POSIBLE NUEVO MECANISMO DE ACCION EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES**  
Goecke I. A, Salas K, Henríquez J, González C, Aliste M y Gatica H.
43. **FRECUENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO**  
Loreto Massardo, Carol Pérez, Paula García, Claudia Pizarro, Jorge Calderón, Jorge Barros y Sergio Iacobelli
44. **FACTORES DE RIESGO PARA DENSIDAD OSEA BAJA EN ARTRITIS REUMATOIDEA**  
M. Arriagada, R. Arinovich
45. **ESTUDIO DE ANTICUERPOS ANTINUCLEOSMAS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y OTRAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO**  
L. Llanos S., C. Pérez Z., R. Pérez L. y L. Massardo V.
46. **ANTICUERPOS ANTINUCLEARES: CORRELACION CLINICA DE LOS DIFERENTES PATRONES DE INMUNOFLUORESCENCIA**  
J. Roa, C. Rodas, P. Abumohor, J. Salinas
47. **SINDROME DE LOCKED-IN COMO FORMA DE PRESENTACION DEL SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO.**  
J. Vargas, L. Guzmán, P. Mellado, M.A. Gutiérrez, P. Burgos

48. ESTUDIO COMPARATIVO DE METOTREXATO INTRAMUSCULAR Y ORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR)  
V. Aguirre, J. Ponce de León, L. Barría, C. Ulloa, V. Riesco
49. TOXICIDAD OCULAR POR CLOROQUINA: MITO O REALIDAD.  
V. Aguirre, J. Ponce de León, L. Barría, T. Croquevielle, S. Pizarro, C. Ulloa, N. Mellado.
50. PERFIL DIAGNOSTICO EN EL POLICLINICO DE REUMATOLOGIA DEL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO: JULIO 2003 - JUNIO 2004  
A. Codriansky; M. Andrews; R. Rubio; J. Salinas; F. Silva; C. Labarca; A. Vargas; F. Gutiérrez; S. Iacobelli; F. Radrigán.
51. EVOLUCION DE LOS DIAGNOSTICOS REUMATOLOGICOS EN EL POLICLINICO DE REUMATOLOGIA DEL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO: JULIO 2003-JUNIO 2004  
J. Salinas, R. Rubio, M. Andrews; A. Codriansky, F. Silva; C. Labarca, A. Vargas, F. Gutiérrez, S. Iacobelli, F. Radrigán
52. CASO CLINICO: VASCULITIS MESENTERICA EN UNA PACIENTE CON LUPUS.  
Ximena Velásquez, Julio Figueroa, Enrique Morales, Vicente Asenjo, E.U. Sergio Contreras
53. EVOLUCION ESTACIONAL DE LOS TITULOS DE ANTICUERPOS Anti Ro total, anti Ro60 y anti Ro52 EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO  
D. Pacheco, M.A. Marinovic, M.E. Alvarez, Carola Martínez, G. Vizcarra, F. Ballesteros, C. Fuentealba
54. ANTICUERPOS Anti DNA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. ¿SE PRODUCEN VARIACIONES ESTACIONALES?  
D. Pacheco, M.A. Marinovic, M.E. Alvarez, Carola Martínez, G. Vizcarra, F. Ballesteros, C. Fuentealba
55. MORTALIDAD EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. Experiencia Hospital San Borja - Arriarán  
P. Pozo, C. Fuentealba, F. Ballesteros, D. Pacheco, M. Alvarez, G. Vizcarra
56. DESTRUCCION PALATO SINUSAL ANCA-POSITIVO EN PACIENTE CON CONSUMO DE COCAINA. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON GRANULOMATOSIS DE WEGENER. CASO CLINICO  
J. Lara, A. Dussaubat, C. Fuentealba, F. Ballesteros, D. Pacheco, J. León, Y. Corredoira
57. NEFROPATIA LUPICA. Experiencia Hospital San Borja - Arriarán  
C. Martínez, C. Fuentealba, P. Pozo; M. Vidal, F. Ballesteros., D. Pacheco, M. Alvarez
58. ANALISIS DE LA CALIDAD DE LAS INTERCONSULTAS LLEGADAS AL POLICLINICO DE REUMATOLOGIA  
M. Boncompte G., A. Castro P., E.C. Parra C., V. Videla O., F. Silva L, F. Radrigán A.
59. INFLUENCIA DE LA HIPOTESIS DIAGNOSTICA SOBRE LA CALIDAD DE LAS INTERCONSULTAS A REUMATOLOGIA  
E.C. Parra C, V. Videla O, M. Boncompte G, A. Castro P, F. Silva L, F. Radrigán A.