

RESÚMENES PRESENTACIÓN POSTERS

N 1. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: COMPROMISO EXTENSO DE LA AORTA Y GRANDES RAMAS DEMOSTRADO POR TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES. CASO CLINICO

Grünholz D*, Poblete M, Ovalle L, Wainstein E.
Servicio de Medicina Interna y Reumatología, Hospital Militar de Santiago.
Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso

Introducción: La arteritis de células gigantes es una vasculitis sistémica que afecta los grandes vasos: aorta y sus ramas. Es una entidad subdiagnosticada. La clínica más frecuente es por isquemia de los vasos comprometidos. Los síntomas constitucionales pueden estar presentes. El laboratorio es inespecífico y en un 15% puede ser normal. La biopsia de arteria temporal es el gold standard para el diagnóstico, su sensibilidad y especificidad son el 75 y 90%. Otras técnicas de ayuda son el Ecodoppler de arteria temporal y la angiRNM. El compromiso aórtico y de sus ramas es subdiagnosticado, pero el PET más tomografía axial computada aumenta su detección. El PET muestra que el compromiso inflamatorio de la aorta y subclavia puede estar presente en un 50 a 80% de los casos.

Caso Clínico: Hombre de 72 años sano. 4 meses de cefalea, baja de peso, decaimiento y sudoración. Amaurosis fugax, claudicación mandibular. Paciente decaído, pálido y enflaquecido, abdomen sensible. Anemia !l eve, leucocitos y plaquetas normales, VHS 96, electroforesis de proteínas hipergamaglobulinemia leve. Estudio digestivo alto, bajo y delgado normal. TAC de tórax abdomen y pelvis. Angiotac de vasos del cuello y tórax: ateroma-

tosis mixta leve. PET: intensa hiperfijación en paredes de la aorta ascendente, cayado, y descendente, bifurcación de ilíacas y femorales, subclavias, carótidas y occipitales. La biopsia de arteria temporal: vasculitis granulomatosa y células gigantes. Posterior a 3 días de iniciado el tratamiento esterooidal refiere mejoría del compromiso del estado general y normalización del laboratorio.

Discusión: La vasculitis de células gigantes es una enfermedad sistémica, los estudios previos al desarrollo de la medicina nuclear describen compromiso aórtico y de sus grandes ramas en sólo un 15% de los casos. El compromiso aórtico es asintomático y los síntomas, cuando están son: aneurismas, disección y estenosis. El PET es útil en el diagnóstico y extensión de la enfermedad, demuestra compromiso intratorácico, en el diagnóstico de casos atípicos, en los que la biopsia de la arteria temporal es negativa o en los que esta no está afectada. La sensibilidad y especificidad del PET para detectar vasculitis no tratada es del 85 y 95%. Las limitaciones del PET: nula capacidad para evaluar las arterias craneales, renales y hepáticas, debido al alto metabolismo que presentan.

Financiamiento: Sin fuente de financiamiento

N 2. EVALUACIÓN DE PRESENCIA Y SEVERIDAD DE PERIODONTITIS EN PACIENTES CHILENOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

Ibáñez S, Ferreiro C, Contreras A, Valenzuela O, Giadallah N, Jara V, Jaime, Jarpa E.
Hospital Padre Hurtado. Clínica Alemana de Santiago. Facultad de Medicina Clínica Alemana.
Universidad del Desarrollo. Dra Jaime Apoyo estadístico Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivo: evaluar el estado periodontal en pacientes chilenos que sufren de artritis reumatoide (AR).

Pacientes y método: un periodoncista entrenado realizó un examen periodontal a 40 pacientes adultos chilenos con AR. Se evaluó la severidad de la periodontitis,

cuando estaba presente, y su relación con sexo, tabaquismo, edad, dosis de corticoides y actividad de AR medida por DAS 28 (VHS).

Resultados: 35 de los 40 pacientes presentaban periodontitis, en 13 fue severa. Los hombres, fumadores, y

los pacientes de mayor edad presentaron estados más severos. Los pacientes que utilizaban mayor dosis de corticoides presentaban menor severidad de periodontitis. No se encontró relación entre la severidad de periodontitis y la actividad de AR.

Conclusión: La periodontitis es frecuente, y severa, en pacientes con AR y es influida por diferencias de sexo, edad, tabaquismo y dosis de corticoides.

N 3. EXPERIENCIA DE TELEREUMATOLOGIA EN EL SERVICIO DE SALUD RELONCAVI ENTRE MAYO DE 2013 Y JUNIO DE 2015

Velásquez X,^{1,2} Vidal A,² Riquelme M,^{1,2} Retamal J,³ Castro I,⁴ Guzmán,⁵ Vidal P,⁶ Insunza A,⁷ Parentini F,⁸ Jara G,⁹ Folch H.¹⁰
¹Hospital Puerto Montt. ²Universidad San Sebastián. Hospitales: ³Llanquihue. ⁴Frutillar. ⁵Calbuco. ⁶Maullín. ⁷Fresia. ⁸Los Muermos. ⁹Futaleufú. ¹⁰Palena.

La OMS definió telemedicina como el suministro de servicios de atención sanitaria en los que la distancia constituye un factor crítico y que apelando a la tecnología permite intercambiar datos para realizar diagnósticos y tratamientos. En el Servicio de Salud (SS) Reloncaví existe una inequidad geográfica en cuanto a las oportunidades de atención médica considerando su geografía y su alta ruralidad.

Objetivos: Describir la experiencia de atenciones de telereumatología realizadas en el SS Reloncaví entre Mayo de 2013 y Junio de 2015.

Material: Se describen 545 atenciones realizadas por el reumatólogo referente del Hospital Puerto Montt vía Telemedicina a través de la carretera informática creada por el MINSAL. Entre mayo de 2013 y Junio de 2014 se realizaron conexiones semanales con los Hospitales de Frutillar y Calbuco, en julio de 2014 se agregan Llanquihue y Los Muermos, en diciembre de 2014 Maullín, en marzo de este año Fresia y finalmente en mayo Palena y Futaleufú. Se confeccionó una pauta estandarizada que

se entregó a todos los centros de salud participantes y que contempla el registro de datos clínicos, examen físico, fotos del enfermo en caso pertinente, exámenes de laboratorio y radiografías. Los casos son enviados al reumatólogo para su análisis, vía correo electrónico, 24 a 48 horas previo a la conexión a través de video-conferencia, la que dura una hora por cada centro hospitalario. Luego se consigna el resumen de la atención en la ficha digital del HPM y es enviada como contra-referencia al centro de Salud correspondiente a través de correo electrónico. Los médicos del área, además, registran las conclusiones en el sistema informático de atención primaria Rayen. Semanalmente se destinan dos horas de conexión directa con 2 centros hospitalarios diferentes, una hora para trabajo administrativo que incluye extender recetas y solicitar exámenes de laboratorio e imagenológicos que no están disponibles en centros de menor complejidad. Y además una hora de policlínico para los pacientes que requieren atención presencial.

N 4. USO DE RITUXIMAB EN MANIFESTACIONES EXTRARENALES EN VASCULITIS GRAVE ASOCIADA A ANCA. EXPERIENCIA DE NUEVE CASOS

Grünholz D*, Ovalle L, Kalbhenn K, Wainstein E, González V.
Servicio de Reumatología Hospital Militar de Santiago, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso

Introducción. Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) son un grupo de vasculitis de pequeño vaso de etiología desconocida, cuya característica es que la mayoría presentan PR3 y/o MPO positivos. Pueden comprometer cualquier órgano y el más frecuentemente afectado es el riñón. Sin trata-

miento la mortalidad es del 90%. Clásicamente en las vasculitis graves se ha usado ciclofosfamida para inducir remisión, sin embargo, trabajos recientes han demostrado la eficacia del rituximab tanto en la fase de inducción como de mantención de este grupo de enfermedades. Se describen nueve casos clínicos con buena respuesta al

uso de rituximab, tanto en inducción como en mantención en manifestaciones extrarenales de vasculitis asociada a ANCA.

Casos Clínicos. Durante los años 2013 a 2015 fueron tratados con rituximab nueve pacientes con vasculitis asociada a anca sin compromiso renal. seis mujeres y tres hombres cuyas edades fluctuaron entre los 48 y 79 años. Las manifestaciones clínicas fueron: compromiso de vía aérea superior: 2 pacientes, compromiso parenquimatoso pulmonar: 3 pacientes, compromiso de SNC: 2 pacientes, masa retro orbitaria 3 casos (TABLA). En todos los casos se usó terapia esteroideal asociada. Tras el inicio del tratamiento ninguno de los casos ha presenta-

do complicaciones serias, tampoco efectos adversos en la infusión. Todos los pacientes presentaron respuesta favorable al uso de rituximab, y todos se mantienen con dosis mínimas o sin tratamiento esteroideal y sin tratamiento inmunosupresor asociado.

Discusión. En base a esta serie de casos, el rituximab debiera considerarse como una alternativa en pacientes con manifestaciones extrarenales en vasculitis asociada a anca. En nuestra experiencia el rituximab parece ser efectivo y seguro de usar en este grupo de pacientes. Futuros estudios debieran realizarse para evaluar los costos en nuestra realidad.

N 5. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE TOFACITINIB COMO MEDICAMENTO INICIAL EN ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE TRAS FALLA A METOTREXATO EN CHILE

Velásquez M*, Bustos L, De la Puente C, Zaror C, Gutierrez-Ardila MV.
Universidad de La Frontera. CIGES, Temuco, Universidad de La Frontera. CIGES, Temuco;
Universidad de La Frontera. CIGES, Temuco; Universidad de La Frontera. CIGES, Temuco; Pfizer. Santiago, Chile.

Introducción. La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica progresiva, que destruye las articulaciones. Se ha estimado que tiene una prevalencia de 0,46% (IC 95% 0,24-0,8) en Chile.

Los medicamentos disponibles para el tratamiento incluyen los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARMEs), que se agrupan en biológicos y sintéticos, dentro de estos últimos Tofacitinib, aprobado tras falla a metotrexato (MTX) con un mecanismo de acción dirigida.

Objetivo. El objetivo de este estudio es determinar la razón incremental de costo-efectividad de tofacitinib en comparación con terapia biológica como medicamento inicial en el tratamiento de adultos con AR tras falla a MTX en Chile.

Métodos. Un modelo de simulación de pacientes individuales compara dos secuencias de tratamiento para AR: Tofacitinib vs terapia biológica como medicamento inicial, asumiendo terapia combinada con MTX. Las terapias biológicas validadas con reumatólogos expertos, incluidas en el modelo fueron: etanercept, infliximab, tocilizumab, adalimumab, rituximab y terapia de rescate. Las características de los pacientes incluyeron: edad, peso, puntaje HAQ inicial y respuesta clínica a corto y largo plazo.

Las puntuaciones HAQ fueron utilizadas para calcular utilidades, medidas en Años de Vida Ajustados por Calidad (QALY), basadas en la evidencia científica disponible. Los costos incluidos en el modelo fueron tomados de licitaciones públicas y reportes oficiales del Ministerio de Salud.

El análisis se realizó desde la perspectiva del tercer pagador con horizontes de uno, cinco, diez años y la expectativa de vida. Se utilizó una tasa de descuento de 3% para costos y desenlaces.

Resultados. Los costos totales (medicamento, administración y atención) para el año 1 de tratamiento fueron \$5.791.215 iniciando la secuencia con tofacitinib y \$6.909.656 iniciando la secuencia con biológicos; los HAQ-QALY obtenidos fueron 0,68 y 0,69, respectivamente. Para la expectativa de vida los costos totales iniciando con tofacitinib fueron \$141.823.686 y con la terapia biológica \$155.641.755 con una diferencia de 0,62 HAQ-QALY en utilidad.

Conclusiones. Iniciar una secuencia de tratamiento con tofacitinib para AR tras falla a MTX, es una estrategia dominante en comparación con las terapias biológicas en Chile; generando un ahorro de \$13.818.069 por paciente en la expectativa de vida.

Financiamiento: Pfizer Chile

N 6. OSTEOPOROSIS PRIMARIA PREMENOPAUSICA CON FRACTURAS VERTEBRALES MULTIPLES TRATADA CON DENOSUMAB. REPORTE DE UN CASO

Llanos L.*^{1a}, Tirapegui F.^{2a}, Contreras D.^{1a}, Soto L.^{1a}

¹Reumatólogo/a; ²Médico Internista; ^aComplejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.

Introducción. La osteoporosis en mujeres premenopáusicas se define como la presencia de fracturas por fragilidad más una baja densidad mineral ósea de acuerdo a la edad. La forma idiopática puede observarse hasta en un 50% de los individuos jóvenes con osteoporosis y se considera que esta patología tiene una incidencia similar en ambos sexos. Aunque se desconoce la causa exacta de esta entidad, es probable que se trate de un proceso heterogéneo en cuanto a sus mecanismos etiopatogénicos.

Objetivo. Describir el caso de una paciente con osteoporosis primaria premenopáusica tratada con Denosumab.

Caso clínico. Paciente mujer de 33 años, sin antecedentes mórbidos, que dos meses post parto de embarazo normal, presenta lumbago y dorsalgia incapacitante (HAQ 3,0) con respuesta parcial a AINEs y tramal. Se estudia con Rx columna dorsal mostrando hundimiento vertebral en T2, T10 y T12, Hemograma, VHS, perfil hepático, perfil bioquímico, calcemia, fosfemia, función renal, función tiroidea normales. Densitometría ósea evidenció un Zscore de: L2-L4 -3,7 y en cuello femoral derecho e izquierdo de -3,8. TAC columna lumbar: fractura por aplastamiento en L2, L3 y L4. Se complementa estudio con estradiol,

prolactina, PTH, Vitamina D, Calciuria, cortisol urinario, test de Nugent, adrenocorticotrofina, IGF1, electroforesis de proteínas en plasma, triptasa, anticuerpos antitransglutaminasa todos dentro de rango normal. Se aporta carga vitamina D 200.000 UI, Carbonato de calcio 1.200 mg + Vitamina D 800 UI día, Denosumab 60 mg sc cada 6 meses, analgésicos y rehabilitación motora. Evoluciona con regresión paulatina del dolor hasta suspender analgésicos e incremento de funcionalidad (HAQ a los 6 meses de 1,25 y al año de 0,25).

Discusión. En mujeres premenopáusicas se ha aprobado el uso de bifosfonatos para la osteoporosis por uso de glucocorticoides y el hiperparatiroidismo. En el caso de la forma primaria no existe consenso en el tratamiento a seguir, sobretodo por tratarse de mujeres en edad fértil y con una larga expectativa de exposición a medicamentos. Existe evidencia del uso de Denosumab en pacientes postmenopáusicas que ha demostrado que aumenta la densidad mineral ósea y reduce el número de fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera, con efectos adversos comparables al uso de placebo. Presentamos este caso como otra posibilidad de tratamiento a estos pacientes.

N 7. RITUXIMAB Y PLASMAFÉRESIS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO GRAVE CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO Y NEUROLÓGICO REFRACTARIO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Nass M*, Jara F, Seguel M, Pezo N, Ramos G, Gómez G, Cisterna M

Depto. Reumatología, Hospital Las Higueras, Talcahuano. Depto.

Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.

Introducción. El Lupus eritematoso sistémico (LES) es un desorden inmunológico con compromiso de múltiples sistemas, con pronóstico variable dependiendo de su grado de severidad. El tratamiento de estos pacientes debe ser evaluado en forma individual.

Objetivo. Exponemos el caso de una paciente con LES grave, refractario, que requirió tratamiento de salvataje para lograr conseguir controlar su enfermedad.

Caso clínico. Paciente de 53 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 2 y Enfermedad renal crónica etapa 3. Se hospitaliza por cuadro de

tres días de evolución de fatiga y palpitaciones, se pesquiza edema periférico, anemia severa, test de Coombs (+), hematuria, agudización de falla renal, VHS 130, ANA (+) 1/640 patrón homogéneo, ENAS (-), ANCA PR3 (+) y complemento bajo. Se diagnosticó LES, manejándose con Prednisona y dándose de alta. Reingresa por cuadro de 10 días de pérdida de fuerza en extremidades inferiores y aumento de edema periférico. Al ingreso destacó persistencia de falla renal y agudización de anemia, asociada a pancitopenia. Se decide manejo en Intermedio por sospecha de Guillain Barré, iniciándose Inmunoglobulina

humana y Micofenolato, además de corticoides. Buena evolución del punto de vista neurológico, con progreso de pancitopenia y falla renal. Se sumó al manejo Hidroxicloroquina, Eritropoyetina, Factor estimulante de colonias granulocíticas y Hemodiálisis. Concomitantemente, se pesquisó tuberculosis pulmonar y sepsis por *S. aureus*. Persistiendo con pancitopenia severa, como medida de salvataje, se inició Plasmaféresis, completando cinco sesiones, y posteriormente Rituximab, una dosis. Segunda dosis de Rituximab se suspendió por Tuberculosis pulmonar. Presentó recuperación de cuadro neurológico y

hematológico, trasladándose a cama básica y dándose de alta, con sesiones de hemodiálisis bisemanal y tratamiento con Hidroxicloroquina, Prednisona y Ciclofosfamida oral, esta última por biopsia de médula ósea compatible con mielofibrosis. Posteriormente se constata recuperación de pancitopenia, suspendiéndose Ciclofosfamida tres meses después y Prednisona ocho meses a posterior.

Conclusiones. El compromiso multisistémico grave en el LES es de mal pronóstico, pero el uso de terapias de rescate puede otorgar remisión del cuadro en forma transitoria o de largo plazo.

N 8. EMBARAZO EN EHLER DANLOS TIPO 3 SEVERO: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Latrach P.,⁽¹⁾ Mohr M,⁽¹⁾ Areny R.⁽²⁾

⁽¹⁾Becadas Medicina Interna - Universidad Mayor ⁽²⁾Reumatóloga H. Félix Bulnes - Universidad Mayor.

⁽¹⁾Becadas Medicina Interna - Universidad Mayor ⁽²⁾Reumatóloga H. Félix Bulnes - Universidad Mayor.

Introducción. El Síndrome de Ehlers-Danlos (SED) agrupa a varios trastornos genéticos del tejido conectivo, caracterizados por hiperextensibilidad cutánea, hiper movilidad articular y fragilidad de tejidos. Su frecuencia es de 1/5.000 a 20.000. El diagnóstico de SED es clínico y se apoya en distintos criterios. Existen formas vasculares, musculoesqueléticas y combinadas.

La herencia es, en general, autosómica dominante y pruebas genéticas pueden apoyar el diagnóstico.

SED debe sospecharse si se presenta hiper movilidad articular, luxaciones, artrosis precoz, piel hiperextensible, mala cicatrización, equimosis o rotura espontánea de un órgano o vaso.

Esto implica que cualquier tipo de cirugía, embarazo y parto, generen un gran desafío médico.

Caso clínico. Paciente de 20 años, cursando embarazo no programado de 18 sem, con diagnóstico de SED desde los 12 años y con prima que presentó inercia uterina posparto y shock.

A los 18 años requirió osteosíntesis por severa escoliosis dorsolumbar y ha presentado múltiples luxaciones de rodillas, hombros y cadera, además de pie cavo severo bilateral. Actualmente en silla de ruedas.

Los exámenes generales y tiempo de sangría fueron normales. Ecocardiograma normal. A las 32 semanas se hospitaliza por síntomas de parto prematuro. Se realiza cesárea programada a las 38 semanas, con equipo mul-

tidisciplinario doble. No requiere transfusiones. La paciente decide esterilizarse a pesar de su edad y es dada de alta sin complicaciones. La cicatrización se realiza más lenta pero adecuada. El recién nacido no presenta ninguna complicación y es sano a la fecha.

Discusión. Se estima la incidencia del SED en el embarazo de 1 en 15.000. La evaluación de las potenciales complicaciones del embarazo, parto y puerperio en pacientes con SED, dependen del tipo y gravedad de la enfermedad. En el tipo III, considerado el menos grave, pueden producirse importantes complicaciones musculoesqueléticas.

Idealmente conviene chequear previo al embarazo el riesgo de sangrado y si existen malformaciones vasculares.

No existen pautas de manejo pre-quirúrgico u obstétrico en SED. Aunque se prefiere cesárea al parto vaginal.

Debe evaluarse caso a caso, para optimizar los resultados maternos y neonatales. Pareció interesante compartir la experiencia considerando la severidad del SED en nuestra paciente y la inquietud generada en el equipo multidisciplinario.

N 9. DESCRIPCIÓN DE COSTOS DE TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE EN CHILE EN PACIENTES QUE HAN FALLADO A FARMES SINTÉTICOS CONVENCIONALES

De la Puente C*, Zaror C, Velásquez M, Bustos L, Gutiérrez-Ardila MV.

Universidad de La Frontera. CIGES, Temuco; Universidad de La Frontera. CIGES, Temuco; Universidad de La Frontera. CIGES, Temuco; Universidad de La Frontera. CIGES, Temuco; Pfizer. Santiago, Chile.

Introducción. La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, que puede llegar a ser incapacitante y causar una muerte prematura. Se estima que el 1% de la población mundial es afectada por esta enfermedad, siendo más frecuente en mujeres que en hombres.

El manejo de la AR se realiza principalmente con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARMES); se cuenta con FARMES sintéticos convencionales como metotrexato, FARMES biológicos y un FARME sintético dirigido: tofacitinib, inhibidor oral de la enzima janus kinasa.

Objetivo. Determinar los costos directos asociados a las terapias disponibles tras falla de FARMES sintéticos convencionales.

Métodos. Se realizó un análisis de costos desde la perspectiva del tercer pagador con horizonte temporal de un año.

Se construyeron canastas de costos validadas con reumatólogos, considerando costos de diagnóstico y monitoreo (consultas, exámenes de laboratorio, radiológicos), y tratamiento (medicamentos) de las intervenciones, requeridas en el tratamiento de AR. Los costos fueron obtenidos de licitaciones públicas y reportes oficiales.

Los comparadores incluidos como terapia fueron: to-

facitinib (5mg dos veces/día); abatacept (750 mg semanas 0-2-4; luego c/4 semanas); adalimumab (40mg c/2 semanas); certolizumab (400mg semanas 0-2-4, luego 200mg c/2 semanas); etanercept (50mg/semana); golimumab (50mg/mes); infliximab (3mg/kg semanas 0-2-6; luego c/8 semanas); rituximab (1000mg semanas 0-2; luego 16 o 24 semanas); tocilizumab (8mg/kg c/4 semanas). La información de dosis fue tomada del Instituto de Salud Pública de Chile, se consideró un peso promedio de 70 kg para los medicamentos con dosis dependientes del peso. Los valores se encuentran en pesos chilenos de 2014.

Resultados. En el horizonte de tiempo de un año, los costos asociados con el tratamiento de AR fueron en promedio: diagnóstico \$56.297, monitoreo \$161.514, medicamentos concomitantes \$35.838. El costo anual del tratamiento de AR con los fármacos disponibles tras falla a FARMES sintéticos convencionales se estimó entre \$5.880.712 (tofacitinib) y \$12.059.101 (abatacept) como opciones más baja y más alta, respectivamente.

Conclusión. En el escenario analizado, tofacitinib es la opción con menor costo, generando ahorros en comparación con las terapias biológicas disponibles para AR tras falla a FARMES sintéticos convencionales.

Financiamiento: Pfizer Chile

N 10. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TOFACITINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE. ANALISIS DE LOS ESTUDIOS FASE 2, FASE 3 Y ESTUDIO DE EXTENSION EN LA SUBPOBLACION CHILENA

Neira O*,¹ Jimenez R,² Ballesteros F,³ Miranda P,⁴ Garcia EG,⁵ Aracena G,⁶ Ponce de Leon D,⁷ Hoffman E,⁵ Rojo R.⁵

¹Hospital Salvador, Clínica Alemana, Chile. ²Hospital Gustavo Frické, Chile. ³Hospital Sn Borja, Chile.

⁴Centro Estudios Reumatológicos, Chile. ⁵Pfizer Inc, USA. ⁶Pfizer Inc, Chile. ⁷Pfizer Inc, Perú

Introducción. Tofacitinib es un inhibidor oral de la Janus kinasa para el tratamiento de la AR.

Objetivos. Evaluar la eficacia y seguridad de tofacitinib en la población chilena.

Materiales y Métodos. Se incluyeron pacientes chilenos que participaron en tres estudios Fase 2 (F2) y cuatro estudios Fase 3 (F3) de tofacitinib, en pacientes

vírgenes a metotrexato (MTX), o con respuesta inadecuada a DMARD convencionales o biológicos. Los pacientes recibieron tofacitinib 5 ó 10 mg dos veces al día (BID), MTX (ORAL Start), adalimumab 40 mg cada dos semanas (ORAL Standard), o placebo (PBO). Se incluyó también un estudio de extensión (LTE) en curso, de pacientes tratados con 5 ó 10 mg BID (Study A3921024

[NCT00413699]), corte de data abril de 2014. La eficacia fue evaluada por la respuesta ACR20/50/70, DAS28-4(VHS) y HAQ-DI a 12 y 60 meses, en estudios de F2/F3 y LTE, respectivamente.

Resultados. Los análisis incluyeron 128 y 130 pacientes chilenos de los estudios F2/F3 y LTE respectivamente; (F2/F3 incluyeron pacientes con 5 ó 10 mg BID, LTE incluyeron pacientes recibiendo también otras dosis); 93,8 y 94,6% eran mujeres respectivamente, entre 18-76 años. Al mes tres de los pacientes en F2/F3 con 5 ó 10 mg BID, o PBO tuvieron respuestas ACR de 71,4%, 76,5%, y 46,7% (ACR20), 51,4%, 55,9%, y 26,7% (ACR50) y 25,7%, 35,3%, y 6,7% (ACR70), respectivamente. El cambio promedio desde el basal de HAQ-DI y de DAS28 4(VHS) también fue superior al mes tres

comparado con PBO. Las mejorías en eficacia con tofacitinib fueron sostenidas hasta por 60 meses en el LTE. Los eventos adversos (EAs) más frecuentes fueron las infecciones. En los estudios F2/F3 y LTE, 10 (7,8%) y 23 (17,7%) de los pacientes reportaron EAs graves; 13 (10,2%) y 22 (16,9%) discontinuaron por EAs, y 0 y 3 (2,3%) de los pacientes murieron, respectivamente. Las tasas de incidencia para EAs de interés fueron similares en ambas dosis de tofacitinib (Tabla).

Conclusiones. En los estudios F2/F3 y LTE en pacientes chilenos con AR, tofacitinib mejoró los signos y síntomas de la AR, con un perfil de seguridad consistente con la población global.

Financiamiento: Pfizer Inc.

Tabla.				
Tasa de incidencia (IR, pacientes con evento /100 pacientes-año) para eventos adversos de interés en pacientes con tofacitinib				
IR (95% intervalo de confianza) para EAs de interés	Estudios Fases 2/ 3		Estudio de extensión a largo plazo	
	Tofacitinib 5 mg BID N=56	Tofacitinib 10 mg BID N=54	Tofacitinib 5 mg BID N=47	Tofacitinib 10 mg BID N=83
Exposición, pacientes-año	55.2	55.9	157.1	147.4
Infecciones graves	3.63 (0.44, 13.10)	1.79 (0.05, 9.96)	4.58 (1.84, 9.43)	3.40 (1.10, 7.93)
Tuberculosis	0.00 (0.00, 6.69)	0.00 (0.00, 6.60)	0.00 (0.00, 2.35)	0.00 (0.00, 2.50)
Infecciones oportunistas excluyendo TB	0.00 (0.00, 6.69)	0.00 (0.00, 6.60)	1.27 (0.15, 4.60)	1.36 (0.16, 4.90)
Herpes Zoster	1.83 (0.05, 10.21)	0.00 (0.00, 6.60)	5.30 (2.13, 10.93)	2.77 (0.76, 7.10)
Neoplasias excluyendo NMSC	0.00 (0.00, 6.69)	0.00 (0.00, 6.60)	1.91 (0.39, 5.58)	0.00 (0.00, 2.50)

En estudios F2/F3, no hubo eventos de interés con PBO (N=18; pacientes-año = 12.9; 95% CI: 0, 28.69); NMSC, cáncer de piel no-melanoma.

N 11. SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y HEMOPERITONEO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE POLIARTERITIS NODOSA (PAN)

Elgueta F.*, Molina M., Zenteno C., Saavedra S., Goecke A., Wurmman P., Sabugo F., Bozán F., Cruz J., Gatica H. Servicio de Reumatología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Caso. Mujer de 56 años. HTA dos meses previa consulta; en tratamiento con Losartán 50 mg/día. Consulta por cuadro de 12 hrs de evolución. Caracterizado por dolor dorsal alto, de inicio brusco, que llega a una intensidad 9/10, se irradia a extremidades superiores. En Servicio de Urgencia se objetiva PA 236/142 mmHg, EVA 7/10, sin hallazgos al resto del examen físico. Enzimas cardíacas elevadas, ECG con IDST en pared anterolateral y AngioTAC de Tórax descarta Tromboembolismo pulmonar o un Síndrome Aórtico Agudo. Ingresa con diagnóstico de SCA SEST, se inicia manejo. Coronariografía evidencia: oclusión de la 1ª rama marginal, en vaso con enfermedad difusa. Se mantiene sólo manejo médico. Cursa con dolor abdominal, súbito, compromiso hemodinámico, signos de irritación peritoneal, con elevación de parámetros inflamatorios (GB 18800 PCR 290 VHS 90) y descenso importante de hemoglobina (14 g/L ingreso a 9,8 g/L al control). TAC de abdomen muestra signos de sangrado activo a nivel de arteria esplénica asociado a hemoperitoneo. Además Tronco Celíaco

y ramas esplénicas y hepática común, junto a Arteria Mesentérica Superior, con múltiples áreas de estenosis focales y microaneurismas. Lesión hipovascular renal derecha, sugerente de infarto renal segmentario. Se procede a embolización MAV selectiva, sin incidentes. Serología VHB (-) VHC (-) VIH (-). Se realiza diagnóstico de PAN. Se inician dosis de corticoides a 1 mg/kg/día y Ciclofosfamida 1,5 mg/kg/día, con evolución favorable.

Discusión. El compromiso cardiovascular en PAN, se observa hasta en un 20 % de los casos, con vasculitis de vasos del corazón en un 4 %. La inflamación crónica de las paredes de los vasos, favorecería la aterosclerosis precoz (como en nuestro paciente), formación de aneurismas, disección y ruptura de los vasos coronarios. El tratamiento debe apuntar a la patología primaria, pero también se debe iniciar terapia prevención secundaria de enfermedad coronaria. Como lo realizado en nuestro caso. Finalmente, hay escasos reportes de bypass coronarios en que dependiendo del nivel de actividad inflamatoria, se prefiere un puente venoso o arterial.

N 12. VARICELA EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL Y TERAPIA BIOLÓGICA. CASOS CLÍNICOS

Ladino M.*, Gasitulli A, Muñoz F. Hospital San Juan de Dios, Facultad de Medicina Universidad de Chile

Introducción. En niños inmunocomprometidos, la infección por virus varicela puede producir una enfermedad grave. Existen escasos estudios que describan la forma de presentación de la varicela en pacientes con artritis idiopática juvenil y terapia biológica.

Objetivo. Describir cuatro casos clínicos de pacientes con AIJ y terapia biológica que durante su tratamiento adquieren el virus varicela.

Casos clínicos. Se describe cuatro pacientes con AIJ, de entre 3 y 12 años de edad, que presentaron varicela zoster estando con distintas terapias biológicas: dos con anti TNF, uno con anti IL-6 y uno con bloqueador de la coestimulación del LT. Dos de ellos habían recibido la vacuna contra la varicela previo al inicio de la terapia. Dos pacientes fueron hospitalizados de manera preventi-

va para recibir aciclovir EV; un caso recibió aciclovir VO, y otro caso solo recibió tratamiento sintomático. Todos ellos evolucionaron de forma favorable sin complicaciones, no encontrando diferencias importantes en relación al tipo de terapia biológica ni al antecedente de haber sido vacunados. En todos los pacientes se suspendió el tratamiento biológico por al menos dos semanas desde el momento del diagnóstico de la varicela y luego, se reinició sin inconvenientes.

Discusión: A la fecha, no existe evidencia de la real gravedad de la varicela con estas nuevas terapias. Tampoco, hay una conducta ni terapia definida para estos pacientes debido a la relativa poca experiencia con estas nuevas terapias y a los escasos datos publicados en la población pediátrica.

N 13. LUMBAGO Y DORSALGIA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE SARCOIDOSIS. REVISIÓN DE UN CASO CLINICO

Díaz Asencio P.*, Nass Kunstmann M, Seguel Breskovic M, Pezo Ruiz N, RamosValdebenito G.
Residente Medicina Interna U. de Concepción. Hospital Las Higueras Talcahuano.

Introducción. La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de causa desconocida, caracterizada por la formación de granulomas con compromiso multiorgánico. Su diagnóstico es por exclusión, basándose en clínica, laboratorio y radiología, asociados a granulomas no caseificantes en órganos afectados. Dado múltiples formas de manifestación, presentamos el caso de una mujer de 35 años cuyo motivo de consulta fue lumbago y dolor torácico de inicio agudo. En su estudio se pesquizaron adenopatías mediastínicas e hiliares, con biopsia compatible con sarcoidosis.

Caso Clínico. Mujer de 35 años con antecedentes de depresión, gastritis superficial antral y disfonía recurrente. Con 15 días de evolución de dolor lumbar y torácico dorsal intenso, asociado a lesiones eritematosas de muñecas y sensación febril. Laboratorio muestra VHS 43, ASO 246, hemograma, perfil hepático y tiroideo normal. Ingresa a Hospital Las Higueras, afebril, sin hallazgos patológicos al examen físico. Destaca leucocitos 10.510, plaquetas 530.000, Hcto normal, VHS 67, FR (-), C3 y C4 normales, PCR 9,0 (0-0,6), LDH 188, perfil hepático y función renal normales, VIH, virus hepatitis B y C negativos. IgA e IgG normal, IgM 312 (40-274).

Paciente persiste con dolor lumbar, dorsal y artralgia de rodillas y tobillos a la deambulacion. TAC de columna lumbar s/c: discopatía degenerativa L5-S1. Cursa con ITU por E. coli multisensible. Presenta eritema nodoso en EEII, asociado a fatiga, astenia y adinamia. ANA positivo 1/80 antinucleolar, Anti DNA y Anti CCP (-). Se plantea neoplasia v/s infección. Se realiza TAC TAP c/c, que muestra nódulo fusiforme pulmonar de 12 mm, adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales hipodensas de hasta 2,3 cm. Se plantea proceso linfoproliferativo v/s sarcoidosis. Se realiza PET/CT TAP que muestra múltiples adenopatías supradifragmáticas y portocava. Aumento de metabolismo del bazo. Biopsia por VT: linfadenitis granulomatosa sin necrosis, células gigantes multinucleadas y escasos cuerpos asteroides, compatible con sarcoidosis. Inicia tratamiento con prednisona 25 mg y metotrexate 12,5 mg v.o.

Conclusión. La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica, cuyas manifestaciones clínicas dependen del órgano comprometido. Representa un desafío en el diagnóstico, siendo el manejo multidisciplinario esencial para la instauración de un tratamiento oportuno.

Velásquez X.,¹⁻² Wittwer C.,¹⁻² Bertolotto L.,² Vidal A.,² Velásquez K.,¹⁻² Hernández L.,¹⁻² Jurado M.,¹ Valencia J.¹
¹Hospital de Puerto Montt. ²Universidad San Sebastián, sede Puerto Montt.

Introducción. El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad auto-inmune caracterizada por un amplio espectro de manifestaciones clínicas y serológicas. La primera serie de enfermos chilenos fue publicada el año 1958 contemplando un total de 108 pacientes. Posteriormente existen pocos registros nacionales.

Objetivo. Contribuir con nuevos datos epidemiológicos en una cohorte de 100 enfermos con LES del Hospital de Puerto Montt (HPM).

Pacientes y métodos. De forma retrospectiva se

revisaron las fichas clínicas de 100 pacientes con diagnóstico de LES realizado por un reumatólogo del HPM y que fueron identificados a través de su ingreso al GES para el tratamiento del LES que entró en vigencia en julio de 2013. Se consignaron datos epidemiológicos, manifestaciones clínicas, serología auto-inmune, y tratamiento farmacológico. Además se identificó a aquellos pacientes con compromiso renal clínico y/o histológico. De los 100 pacientes estudiados, 67 de ellos cumplían al menos con cuatro criterios Systemic Lupus International Collabora-

ting Clinics (SLICC) 2012 y fueron sometidos al análisis estadístico usando el programa SPSS versión 15.0. Se excluyeron del análisis 19 de ellos por no cumplir cuatro criterios SLICC y siete por falta de datos.

Resultados: 63 (94%) son mujeres. La edad promedio al momento del diagnóstico fue 48,1 años y el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas fue 12,3 meses. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron sinovitis (65,7%), alopecia (47,8%), compromiso renal (43,3%) y compromiso cutáneo (38,8%). Sesenta (90%) tenían ANA (+), 34 (50,7%) anti-DNA (+) y 45 (67,2%) hipocomplementemia. Se identificaron 29 (43,3%) pacientes con compromiso renal de los cuales a 13 se les

realizó biopsia correspondiendo 9 (69%) de estos casos a nefropatía lúpica membrano-proliferativa. Respecto a los tratamientos: 54 pacientes (81%) usa corticoides, 32 (48%) antimaláricos, 12 (18%) azatioprina, 7 (10%) micofenolato mofetil y 5 (7%) ciclofosfamida.

Conclusiones. Nuestra cohorte no difiere sustantivamente de otras, salvo por la baja prevalencia de manifestaciones cutáneas. Sólo la mitad de los enfermos utiliza antimaláricos a pesar de los múltiples beneficios reportados en esta patología. Esta cohorte permite proporcionar información actualizada de pacientes con LES en una región determinada de Chile.

N 15. POLIMIALGIA REUMÁTICA, UN RETO DIAGNÓSTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

De la Vega A*, Chassin-Trubert A

Médico becado de Medicina Interna Universidad de Santiago de Chile.

Médico Internista, Servicio de Medicina Hospital San José, docente Universidad de Santiago de Chile.

Introducción. La polimialgia reumática es una enfermedad inflamatoria reumatológica que se caracteriza por dolor y rigidez de cintura escapular, cintura pélvica y/o región cervical, y síntomas constitucionales.

Descripción del caso: Mujer de 75 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, presenta cuadro de dos semanas de evolución, caracterizado por dolor en cintura escapular y base del cuello, de brusca instauración, intensidad 8/10 en escala de EVA, que cede parcialmente con el ejercicio y se asocia a rigidez matinal y baja de peso de dos meses de evolución. Al examen físico, destaca dolor a la movilización activa y pasiva de hombros y columna cervical, con gran limitación del rango articular, sin signos inflamatorios locales. Los exámenes de ingreso evidencian: Hemoglobina: 9,5 g/dL, plaquetas: 872000 mg/dL, proteína C reactiva: 63,2 mg/dl y velocidad de eritrosedimentación: 68 mm/H. Se inicia estudio de síndrome consuntivo, observación de neoplasia oculta y poliartralgias en estudio. Entre los exámenes complementarios destaca: ferritina normal, % saturación de transferrina bajo, radiografía de tórax normal, radiografía de hombros y columna cervical con signos degenerativos leves, factor reumatoide normal y anticuerpos antinucleares negativos, ecografía abdominal normal, endoscopia digestiva alta con gastropatía

congestiva difusa y mamografía BIRADS 1. La paciente evoluciona con dolor constante e intenso, que no responde a paracetamol a dosis plenas, planteándose el diagnóstico de polimialgia reumática y se inicia tratamiento con prednisona 20 mg al día. A las 24 horas de iniciado el tratamiento, la paciente presenta una significativa disminución del dolor y, en relación a los exámenes, la anemia y la trombocitosis cedieron, la velocidad de eritrosedimentación disminuyó en un 50% y la proteína C reactiva normalizó al décimo día de evolución. La favorable respuesta clínica y la normalización de los parámetros de laboratorio al iniciar la corticoterapia permitió realizar el diagnóstico de polimialgia reumática.

Discusión. La polimialgia reumática se presenta en pacientes ancianos con múltiples patologías, por lo que el enfoque diagnóstico se hace difícil. No existe ninguna prueba estándar para realizar el diagnóstico; sin embargo una rápida respuesta a los corticoides permite confirmarlo, tal como en el caso clínico presentado.

N 16. DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS, PERFIL DE ANTICUERPOS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DAÑO POR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Herrera S*, Barra I, Calderón J, Massardo L.

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

Introducción. El lupus eritematoso sistémico (LES) se caracteriza por la producción de múltiples autoanticuerpos y numerosas manifestaciones clínicas. El curso es crónico con episodios de actividad que producen daño gradual en órganos comprometiendo la calidad de vida y acortando la sobrevida. La evaluación clínica formal en pacientes con LES comprende actividad, daño y calidad de vida.

Objetivos. El objetivo de este estudio transversal es describir las características socio-demográficas, perfil de anticuerpos y calidad de vida en relación con el daño por LES.

Métodos. El estudio incluyó 118 pacientes con LES (cuatro criterios ACR 1997), mujeres, chilenas, consultantes en Red de Salud UC, mayores de 15 años de edad, con media de duración del LES de 84 meses. La actividad, daño y calidad de vida fueron evaluados mediante índices SLEDAI-2K, SLICC y SF12, respectivamente. El

compromiso neuropsiquiátrico fue evaluado según criterios ACR 1999 con los test Mini-Mental Status Examination (MMSE) y MINI-plus (DSM-IV).

Resultados. Presentaron daño por LES 51 (43%) de 118 pacientes. De estos, 39 pacientes (77%) presentaba uno a dos de los 26 ítems que se vieron comprometidos. Los principales compromisos fueron: neuropsiquiátrico (47%), músculo-esquelético (29%), dermatológico (22%), ocular (18%) y renal (14%). En comparación, los 51 pacientes con daño versus 67 sin daño, presentaron: mayor edad (42 versus 32 años; p

Conclusiones. Un 43% de los pacientes con LES presenta daño a 84 meses de duración de la enfermedad. La calidad de vida en componente físico está significativamente afectada. Es importante desarrollar mejores terapias que impacten en la actividad de la enfermedad y con menos efectos adversos, todo esto, en torno a disminuir el daño en pacientes con LES.

N 17. RITUXIMAB EN RESCATE DE PANCREATITIS LÚPICA ASOCIADA A RECAÍDA DE NEFRITIS LÚPICA

Soto L.,*^{1a} Llanos L.,^{1a} Contreras D.,^{1a} Enos D.,^{2a} Moreira J.,^{2a} Jaramillo H.^{2a}

¹Reumatologa/o, ²Nefrólogo, ³Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles

Introducción. El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad que puede presentar múltiples manifestaciones severas, lo que puede hacer muy complejo su manejo. Por otro lado un número significativo de pacientes son resistentes a tratamientos de inducción estandarizados y debe optarse por medidas terapéuticas de rescate que no han sido aprobadas.

Objetivo. Reportar un caso de paciente con LES y recaída Nefropatía Lúpica (NL) asociada a Pancreatitis Lúpica (PL), tratada con Micofenolato Mofetilo (MMF), corticoides y Rituximab (RTX) de rescate.

Caso Clínico. Mujer, 33 años que debuta el año 2012 con Pancreatitis Autoinmune y LES (poliartritis, leucopenia, linfopenia, hipocomplementemia, proteinuria, serositis, ANA 1/1280 mot, anti-DNA +, anti-Ro 150, Biopsia renal: nefritis lúpica difusa segmentaria, Clase

IV-S A/C, 14/1). Se maneja con Metilprednisolona (MTP) 3g, y Ciclofosfamida (CYC) mensual x 6 meses, luego trimestral por dos años, con remisión completa. Presenta recaída en julio de 2014, Sd. Nefrótico, poliartritis, úlceras orales, tratada con MTP y MMF. En agosto de 2014 presenta dolor epigástrico asociado a náuseas y vómitos biliosos, Lipasa 1857, C3 0.3, C4 0.1, anti-DNA +1/40, derrame pleural bilateral. Se trata con régimen cero, hidrocortisona, antieméticos. TAC abdomen: pancreatitis aguda Baltasar C, hepatoesplenomegalia, derrame pleural y pericárdico. Colangio RM descarta litiasis. Se indica CYC. Evoluciona con insuficiencia respiratoria progresiva, infiltrados pulmonares, derrame pleural bilateral. Se traslada a UPC inicia Tazonam/Vancomicina y VMNI. Cursa con anuria, SDRA, hipertensa y cae en

VMI. Cultivos Negativos, incluido LBA. Evolucionan con insuficiencia renal (Creat 6,07 mg/dl), edematosa iniciando TRR. SLEDAI= 30. Se indica MTP 3g, seguido de RTX 1 g de rescate. Se extuba, manteniendo diálisis, administrándose 2ª dosis de RTX. Recupera diuresis, disminución Creat sin requerimientos al mes. Se inicia MMF, HCQ y prednisona 0,5mg/Kg/día. Exámenes previos al alta Creat 1,78 mg/dl, Proteinuria 3255mg/24 hr.

Control ambulatorio a los seis meses con Creat 0,79mg/dl, Proteinuria 1143mg/24hr, linfopenia, SLEDAI 9, se indica RTX 2 g manteniendo MMF+ HCQ. Control a los 9 meses SLEDAI 7, Creat 0.74, Proteinuria 597mg/24hr.

Conclusiones. RTX asociado a MMF, HCQ y corticoides puede ser otra opción terapéutica en PL asociado a recaída NL.

N 18. NEUMONIA INTERSTICIAL CON HECHOS DE AUTOINMUNIDAD (IPAF). CASO CLINICO

Wainstein E, Undurraga A,* Florenzano M.

Clinica las Condes

Introducción. las Sociedades Americana y Europeas de enfermedades respiratorias han propuesto recientemente este término para describir personas con enfermedad pulmonar intersticial y una combinación de hechos clínicos, serológicos y/o morfológicos, los que pudieran revelar una condición sistémica autoinmune subyacente y que no cumplen los criterios reumatológicos actuales de una ETC definida (Fischer A. ERJ published ahead of print July 9th 2015, doi: 10.1183/13993003.00150-2015). Deben excluirse otras causas conocidas de enfermedad intersticial pulmonar.

Material. Se presenta el caso de una mujer de 58 años, ex fumadora de 40 paq/año con antecedentes de asma familiar y su padre fallecido de posible FPI. Consultó en julio 2013 por tos de varios meses de evolución y ligera disnea de esfuerzos. Antecedentes de acidez y algias difusas ocasionales sin artritis, raynaud u otro síntoma reumatológico.

Al examen físico PA 120 / 80 Sat 96%. Crepitaciones basales bilaterales. No tenía artritis, rash, deformidades

articulares, nódulos u otros signos sugerentes de enfermedad reumatológica al examen físico.

Su TAC de torax era compatible con una neumonía intersticial no específica (NSIP). Dentro de los exámenes destacaba un ANA (+)1/5120, patrón nucleolar, ENA (-) anti DNA (-).

Se inició tratamiento con prednisona 20 mg que se redujo paulatinamente a 5 mg y micofenolato 2,5 gr. A los siete meses de tratamiento la paciente está subjetivamente bien, sin tos, no acusa disnea y su función respiratoria está estable. El ANA se mantiene en títulos elevados 1/640 patrón nucleolar y los anticuerpos antimiositis srp (+) pm/scl 70 y las manos parecen “puffy” al examen.

Conclusión. La identificación de IPAF es muy importante ya que pareciera que la respuesta terapéutica es mejor que la de las enfermedades idiopáticas. El apoyo de nuevos métodos diagnósticos serológicos así como la evaluación conjunta de estos pacientes en equipo multidisciplinario es fundamental para la correcta evaluación y manejo de estos pacientes.

N 19. CASO CLINICO. CALCINOSIS TUMORAL EN ESCLERODERMIA

Velásquez X,^{1,2} Bertolotto L,² Vidal A.²

¹Hospital de Puerto Montt. ²Universidad San Sebastián, sede Puerto Montt.

La calcinosis es una manifestación frecuente en esclerodermia afectando especialmente las manos en un 25% de los casos. La calcinosis tumoral es extremadamente infrecuente y se asocia a morbilidad y discapacidad. En estos casos las radiografías (Rx) y la tomografía axial

computada (TAC) son útiles como métodos diagnósticos, mostrando masas multiloculares de densidad cálcica.

Se presenta el caso de una paciente mujer de 23 años, con Esclerodermia variedad limitada diagnosticada a los 7 años de edad y que debutó con oligoartritis, fenómeno

de Raynaud, esclerodactilia, calcinosis de manos y anticuerpos anti-nucleares (+). Inicialmente se trató con Indometacina y luego Nifedipino, Metotrexato y Aspirina. Evolucionó con compromiso cutáneo progresivo hasta provocar retracción articular en codos y manos.

En el año 2010 inicia coxalgia bilateral asociado a limitación en la movilidad de caderas y palpación de grandes masas confluentes en la cara lateral de los muslos. La Rx de pelvis mostró múltiples lesiones cálcicas pseudo-tumorales. Inició Colchicina y se trató con cuatro pulsos de Ciclofosfamida endovenosa que se suspendió por leucopenia y nula respuesta clínica. La paciente abandona controles, consultando nuevamente en julio de 2015 por artralgias

de rodillas y hombro izquierdo asociado calcinosis pseudotumoral. Se discute con los traumatólogos y se decide la remoción quirúrgica de calcinosis y probable prótesis total de cadera derecha.

La remoción quirúrgica de la calcinosis es necesaria en caso de dolor severo, infecciones recurrentes, úlceras, limitación de rangos articulares o compresión nerviosa. Sin embargo, esta es una opción de manejo paliativo y las recurrencias son frecuentes. Se han descrito de forma anecdótica algunos fármacos que pueden ser de utilidad como Warfarina en dosis bajas, Bifosfonatos y Rituximab.

Sin embargo, aún no existe un tratamiento definitivo para esta condición.



N 20. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS VASCULITIS SISTÉMICAS PRIMARIAS DE PEQUEÑO VASO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA

Herrera A.*; Schweitzer F, Alvarez A, Mansilla B, Cisternas M.

Departamento de Reumatología e Inmunología clínica, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción. Las vasculitis sistémicas de pequeño vaso son un grupo de enfermedades poco frecuentes, potencialmente fatales, que se caracterizan por presentar lesiones inflamatorias y necrotizantes en la pared de los vasos sanguíneos, pudiendo afectar a varios órganos. Los criterios de clasificación de la ACR de 1990 y el consenso de clasificación de Chapel-Hill 2011/2012 han permitido diferenciar y caracterizar mejor este tipo de vasculitis. En Chile no contamos con estudios recientes que evalúen las características de nuestros pacientes.

Objetivos. Determinar las características clínicas de

los pacientes con diagnóstico de vasculitis de pequeño vaso atendidos en nuestra Red de Salud.

Métodos. Nuestro Departamento cuenta con el registro de todos los pacientes reumatológicos atendidos en la red de salud. Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de vasculitis de pequeño vaso, por criterio ACR y/o Chappel Hill o por serología ANCA (+) (IF o ELISA), atendidos en al menos una oportunidad durante el periodo de 1999 a junio de 2015. Se revisó cada ficha clínica, confirmando el diagnóstico, y evaluando los antecedentes demográficos, cuadro clínico, y presencia de ANCA.

Resultados. De un total de 100 pacientes registrados por vasculitis, en 89 se confirmó el diagnóstico. La mediana de edad fue de 62 (19-94) años, 59 (66%) mujeres, con una relación hombre: mujer de 1:2. Ocho pacientes (8,9%) tenían diabetes mellitus(DM2), cinco cardiopatías (5,6%), tres neoplasia 3 (3,3%). 39 pacientes (44%) cumplían criterios ACR, 21 (23,5%) cumplían los de Chapel-Hill y 17 (19%) cumplieron con ambos. Treinta y tres pacientes (37%) presentaron síndrome riñón pulmón al momento del diagnóstico. Setenta pacientes (78,6%) fueron ANCA (+), 52% patrón perinuclear y 48% citoplas-

mático, y 19 (21,4%) fueron ANCA (-). En 44% el ANCA fue PR3 (+) y en 36% MPO (+). En la evolución, 31 pacientes (35%) presentaron enfermedad renal crónica y 14 (15,7%) requirieron hemodiálisis crónica.

Conclusiones. En nuestros pacientes, la prevalencia de vasculitis es mayor en mujeres con una mediana de edad de 62 años. Uno de cada 3 pacientes cumplieron los criterios ACR y uno de cada cuatro pacientes se ajustaron a de Chapel-Hill. A pesar del alto porcentaje de insuficiencia renal, pocos pacientes requirieron hemodiálisis crónica.

N 21. OTRAS VÍAS DE ACCESO A TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS EN SISTEMA PÚBLICO

Jara R*, Salazar K.
Hospital Hernán Henríquez Aravena

El Equipo de Reumatología, del Hospital de Temuco considerando la gran cantidad de pacientes que son refractarios a tratamientos que están en la canasta del Minsal, ha buscado otras formas de acceso para los pacientes, postulando al programa piloto desde el año 2011 y quienes han sido rechazados se ha buscado otras vías de acceso. Su principal objetivo es mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

En el año 2011 se postularon 16 quedando aceptados ocho pacientes. En el año 2014 se postularon 20 siendo beneficiario nueve usuarios y en el año 2015 se postularon 35 personas quedando aceptados 23 usuarios.

Para aquellos pacientes que no han sido aceptados en el programa piloto, el médico tratante prioriza y es derivado a asistente social, quien orienta a los pacientes en los pasos a seguir, receta, certificado médico que justifica

el uso de este tratamiento, y la necesidad de adquirirlo.

Se eleva una solicitud ciudadana a Fonasa, quien evalúa cada caso y ordena al hospital la compra del medicamento. Actualmente han sido beneficiados en este sistema 11 pacientes.

Podemos concluir que en la actualidad tenemos 51 pacientes con biológicos de los cuales 11 son a través de la solicitud ciudadana. El equipo ha buscado las alternativas correctas, logrando conseguir tratamientos no convencionales, apelando a la sensibilidad del equipo tratante y la empatía con el usuario, para mejorar su calidad de vida. Los resultados han sido alentadores, son pacientes activos que han podido retomar sus actividades laborales y no tener licencias extensas. Logrando una adherencia al tratamiento del 100%.

N 22. FIEBRE DE CHIKUNGUNYA. REPORTE DE TRES CASOS DEL HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF

Gompertz M*, Barthel E, Vergara C, Jarpa E.
Residente de Medicina Interna, Hospital Naval Almirante Nef, Universidad de Valparaíso.
Sección Infectología, Hospital Naval Almirante Nef. Sección Reumatología, Hospital Naval Almirante Nef.

Introducción. El virus chikungunya es un arbovirus transmitido por el mosquito *Aedes spp* endémico de zonas tropicales, correspondiendo así a una infección emergente en nuestro país por el contagio de viajeros. Se presenta generalmente con fiebre alta, astenia, cefalea,

mialgias, rash y artritis, usualmente como poliartritis simétrica afectando las articulaciones interfalángicas, metacarpofalángicas, muñecas, codos, tobillo y rodillas. Si bien la mayoría de los síntomas duran aproximadamente una semana, las artralgiás pueden ser crónicas en forma

persistente o fluctuante y generar importante deterioro funcional. Se ha observado una asociación entre mayor edad y presencia de comorbilidades con mayor riesgo de cronificación.

Objetivo. Describir las características epidemiológicas y clínicas de los casos confirmados de Chikungunya, tanto en su fase aguda como evolución posterior.

Método. Estudio observacional retrospectivo de los antecedentes clínicos de los casos del Hospital Naval Almirante Nef confirmados con inmunoglobulina G positiva mediante la técnica de inmunofluorescencia indirecta. Los datos se obtuvieron de la ficha clínica electrónica Rezebra.

Resultados. Se confirmaron tres casos, todos hombres en su tercera década de vida que realizaban misiones

en Haití. Todos presentaron fiebre alta, astenia, mialgias y artralgias principalmente de manos, muñecas, tobillos y rodillas. Un caso presentó rash máculo-papular eritematoso en tronco en la fase aguda. Todos presentaron artralgias crónicas de predominio en manos, muñecas, codos, tobillos y rodillas hasta el último control seis meses posterior a infección, en dos casos persistentes y en uno fluctuantes.

Conclusiones. La fiebre de chikungunya es un diagnóstico diferencial a considerar en pacientes que han viajado a zonas endémicas y presentan un cuadro febril con artralgias sin artritis. Los médicos chilenos debemos estar informados de las nuevas infecciones emergentes para así brindar una mejor atención en salud.

Financiamiento. No

N 23. ARTRITIS REACTIVA POST-ESTREPTOCOCICA SECUNDARIA A AORTITIS POR S. AGALACTIAE. REPORTE DE UN CASO

Saavedra S*,¹ Zenteno C.,¹ Wurmman P.,² Sabugo F.,² Romero C.³

¹ Residentes Reumatología. ² Sección Reumatología.

³ Unidad de Paciente Crítico, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción. En los últimos años se han descrito casos de artritis tras una infección estreptocócica no explicados en el contexto de una fiebre reumática. Este desorden llamado artritis reactiva postestreptocócica (ARPE), se caracteriza por un período de latencia más corto, menor respuesta a antiinflamatorios, mayor gravedad del compromiso articular y menor frecuencia de carditis. Si bien esta se atribuye *S. pyogenes*, algunas publicaciones describen su asociación a estreptococos grupo B (SGB o *S. agalactiae*). Por otra parte, la aortitis por este germen es extremadamente rara, describiéndose casos aislados en la literatura. Presentamos un caso de ARPE en una paciente con aortitis por SGB.

Caso Clínico. Mujer, 55 años, hipertensa y tabáquica, presenta cuadro de 48 horas caracterizado por rash, oligoartritis febril de rodillas y codos. Artrocentesis: leucocitos 38.000/mm³ (94% PMN), Gram y cultivos (-). VHB/VHC/VIH, Parvovirus B19, VEB, *M. pneumoniae* (-). Anticuerpos antinucleares y antiestreptolisina O (-); niveles ferritina normales. TAC tórax, abdomen y pelvis: Signos de bronquiolitis respiratoria y neumonía intersticial descamativa. Se inicia corticoterapia con buena respuesta. A las dos semanas, dada persistencia de artritis,

se agrega metrotexato. Dos semanas después de control ambulatorio presenta fiebre y dolor precordial opresivo. Exámenes: Leucocitos 16040 /mm³, VHS 89 mm/hr, PCR 273 mg/dl, Troponina 0,01 mg/dl, proBNP 672 mg/dl. Ecocardiograma: Derrame pericárdico moderado. AngioTAC tórax: Aneurisma sacular de aorta ascendente que nace a 36 mm de V. Aórtica y mide 28 x 16 x 47 mm con cuello de 10 mm, parcialmente trombosado, sin sangrado activo. Inicia antibióticos y se realiza reemplazo de aorta ascendente. Cultivos tejido aórtico y líquido pericárdico (+) para SGB, completando tratamiento por seis semanas. Tras artrocentesis con Gram y cultivos (-) se suspenden corticoides. En controles destaca persistencia de artritis rodillas, se inician corticoides y sulfazalacina, con buena respuesta.

Discusión: Si bien no se pudo identificar inicialmente el SGB como etiología de la ARPE y sólo se hizo evidente con la aortitis infecciosa, probablemente gatillada por la inmunosupresión farmacológica, el curso del cuadro clínico lo sitúa como la primera posibilidad etiológica. A la fecha no existen casos descritos de aortitis y ARPE en contexto de infección por SGB.

N 24. COMPARACION DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO ACR 1997 Y SLICC 2012 EN UN ESCENARIO REAL

Velásquez X.,^{1,2} Vidal A.,² Bertolotto L.,² Wittwer C.,^{1,2} Velásquez K.^{1,2}

¹Hospital de Puerto Montt. ²Universidad San Sebastián, sede Puerto Montt.

Introducción. El lupus eritematoso sistémico (LES) es una patología autoinmune con un gran espectro de manifestaciones clínicas y serológicas, lo que ha llevado a realizar una serie de grandes esfuerzos para establecer criterios de clasificación y de diferenciación de otras enfermedades autoinmunes.

Objetivos. Aplicar los criterios Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) 2012 y compararlos con los American College of Rheumatology (ACR) 1997 en una cohorte chilena y en un escenario real no controlado.

Metodos. Se analizaron 55 pacientes con diagnóstico de LES realizado por un especialista reumatólogo del hospital de Puerto Montt y que se identificaron a través de su ingreso al sistema de garantías explícitas en salud (GES) para el tratamiento del LES que entró en vigencia en julio de 2013. El diagnóstico clínico se consideró el gold standard. Se realizó una revisión retrospectiva de las fichas clínicas. Se consideró como casos control a un total de 50 pacientes derivados por sospecha de mesenquimopatía, ya sea por presencia de fenómeno de Raynaud, artritis o presencia de alguno de los siguientes auto-Ac: ANA por IFI, anti-DNA por IFI, anti-ENA por ELISA o

presencia de Ac anti-fosfolípidos. Se calculó la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo positivo y negativo para ambos sets diagnósticos a través del programa SSPS versión 15.

Resultados. Se incluyeron 55 pacientes con LES, de los cuales 52 (95%) son mujeres con una edad promedio de 48 años y un tiempo de seguimiento de 8 años, y otros 50 pacientes controles (92% mujeres, edad 49 años y 9,2 años de seguimiento). La sensibilidad y especificidad de los criterios SLICC 2012 fue de 81% y 84%, y para los criterios ACR 2007 la sensibilidad fue de 38% y la especificidad de 90%. El valor predictivo negativo fue de 15% para criterios SLICC 2012 y 6% para los ACR 2007. En cuanto al valor predictivo positivo no se observaron diferencias significativas. 24 (21%) pacientes clasificaron para LES según criterios SLICC 2012 y no para los ACR. Los criterios más específicos para LES fueron la presencia de citopenias y compromiso renal. Y las más inespecíficas la artritis y ANA (+).

Conclusiones: Nuestra serie tiene un % bajo de sensibilidad para criterios de LES ACR 2007, el que se incrementa de forma significativa al aplicar los SLICC 2012, pero con disminución de la especificidad.

N 25. VASCULITIS ANCA EN CONTEXTO DE ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA (ESP). REPORTE DE UN CASO

Zenteno C.,^{1*} Saavedra S.,¹ Elgueta F.,¹ Molina M.,¹ Wurmann P.,² Sabugo F.²

¹Residentes Reumatología. ²Sección Reumatología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción. La ESP es una enfermedad autoinmune caracterizada por fibrosis progresiva de piel y órganos internos junto a vasculopatía. Si bien, se ha reportado seropositividad de ANCA hasta en 11% de los pacientes, la asociación entre ESP y vasculitis ANCA (+) es muy infrecuente y se manifiesta generalmente como injuria renal aguda.

Caso clínico. Mujer, 50 años. Antecedentes: HTA, Hipotiroidismo, y ESP de 20 años de evolución, sin compromiso visceral. Presenta cuadro de dos meses de hi-

poestesia y parestesias en cuatro extremidades, y luego paresia súbita distal en ambas EESS. Electromiografía compatible con mononeuritis múltiple (MM). En evaluación inicial destaca normotensa; con Hemoglobina 9,6 gr/dl, VHS 120 mm/hr, PCR 67,5 mg/dl, BUN 73 mg/dl, Creatinina 4,2 mg/dl (previa 0,7 mg/dl) y sedimento de orina anodino, ANA 1/320 moteado, ANCA P (+) y MPO (+) 6,9 UI. Se plantea crisis esclerodérmica renal normotensiva v/s vasculitis sobreagregada. Dada la presencia de MM se inicia administración de bolos de metilpred-

nisolona 500 mg/día por 3 días. La paciente evoluciona con persistencia de la falla renal y de la mononeuritis, presentando compromiso de VIII par. Se recibe resultado de biopsia renal: "Compatible con crisis esclerodérmica renal más vasculitis severa activa demostrada en arterias, arteriolas y asas capilares glomerulares, altamente compatible con poliangeítis microscópica". Considerando que la MM y deterioro de función renal se encuentran en contexto de una vasculitis MPO (+) refractaria a corticoides, se decide iniciar plasmaféresis, completando 10 sesiones, con buena respuesta del punto de vista neurológico, pero persistencia de la falla renal. Posteriormente se inicia tratamiento inmunosupresor, sin recaídas, ni nuevas complicaciones de la ESP ni de la vasculitis.

Conclusión: En la ESP el compromiso neurológico más frecuente son las neuropatías por atrapamiento, siendo la MM una presentación muy inusual. Por otra parte, los corticoides, que son el tratamiento en la mononeuritis, pueden precipitar o agravar una crisis esclerodérmica renal. Es por esto que, en este nuestra paciente y en otros en que la clínica sea sugerente, o se pesquisen ANCA (+), es recomendable realizar un estudio acabado, incluyendo histología de un órgano blanco, porque las decisiones terapéuticas pueden variar diametralmente dependiendo de la etiología del cuadro.

N 26. DESENSIBILIZACIÓN A FÁRMACOS MONOCLONALES EN PACIENTES DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA, RED SALUD UC-CHRISTUS

Alvarez A*, Mansilla B., Herrera A., Schweitzer F., Hirigoyen D., Montalva R., Iruretagoyena M, Mezzano V
Departamento de Reumatología e Inmunología clínica,
Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción. Las terapias biológicas han modificado el pronósticos de múltiples enfermedades reumatológicas, con su amplio uso se han descrito las reacciones de hipersensibilidad (RHS) las que van variar para cada anticuerpo monoclonal. La desensibilización rápida, un procedimiento para la administración de fármacos en forma graduada que permite la readministración segura de un medicamento después de ciertos tipos de reacciones de hipersensibilidad, indicado en los casos en los que no existen otras alternativas terapéuticas.

Objetivo. Describir nuestra experiencia con la desensibilización rápida a anticuerpos monoclonales incluyendo rituximab, infliximab y cetuximab

Métodos. se aplicó protocolo de desensibilización rápida a cinco pacientes con un protocolo estandarizado con número de pasos que variaron entre 12 y 16 según las reacciones adversas presentadas inicialmente al monoclonal. Se describe diagnóstico de base, comorbilidades, características de la reacción adversa inicial al fármaco y durante la desensibilización, recopiladas de revisión retrospectiva de los registros médicos de la red salud UC-CHRISTUS.

Resultados. Cinco pacientes evaluados, con edad entre 24 y 73 años, cuatro con patología reumatológica y un paciente oncológico. Del total del reacciones adversas (RA) en la primera infusión del medicamento, cuatro se presentaron de forma leve, cinco moderada y una severa. En cuanto a la asociación al fármaco, seis se presentaron con rituximab, dos con infliximab y dos con cetuximab. Al infundir con protocolo de desensibilización se presentaron dos RA leves, ambas asociadas a rituximab.

Conclusiones. la desensibilización rápida es un método prometedor para la administración de monoclonales después de una RHS, pero la posibilidad de una reacción permanece con cada desensibilización, los resultados en nuestro centro son favorables permitiendo continuar con el tratamiento de cada paciente.

Financiamiento. Ninguna.