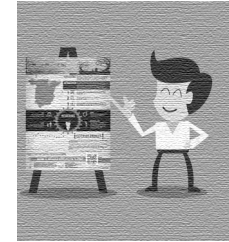


XXXI CONGRESO CHILENO DE REUMATOLOGÍA



Resúmenes Presentación Posters

Nº 1. ANÁLISIS DE GENES CANDIDATOS Y ASOCIACIÓN DE LAS VARIANTES POLIMÓRFICAS CON ARTRITIS REUMATOIDE EN POBLACIÓN CHILENA

CASTRO-SANTOS P¹, GUTIERREZ MA², ASSOR-CORDONES BL¹, GA ESSMANN-ANTONIO¹, YÁÑEZ-MARTÍNEZ ME¹, OLLOQUEQUI J¹, AGUILLÓN JC³, SUAZO J⁴, QUIÑONES LA⁵, PINOCHET C⁶, DÍAZ-PEÑA R¹.

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.

² Depto. de Inmunología Clínica y Reumatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

³ Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile

⁴ Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

⁵ Laboratorio de Carcinogénesis Química y Farmacogenética, Programa de Farmacología Molecular y Clínica, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

⁶ Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

Introducción. La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria autoinmune que afecta a muchos tejidos y órganos, principalmente a las articulaciones sinoviales. La implicación genética en la AR se ha hecho evidente debido a estudios en familias y gemelos monocigóticos, mostrando que un 50% del riesgo de padecer AR es atribuible a factores genéticos.

Objetivo. Estudiar marcadores genéticos localizados en genes candidatos descritos a través de estudios de asociación de genoma completo (GWAs), y evaluar su asociación con la susceptibilidad a padecer AR en la población chilena.

Material y métodos. En este trabajo hemos estudiado dos diferentes cohortes. Cohorte 1: 313 pacientes con AR y 487 controles sanos; cohorte 2: 250 pacientes con AR y 290 controles sanos. En total, hemos genotipado 128 polimorfismos de nucleótido único (SNPs) utilizando la plataforma OpenAarray[®] TaqMan (Applied Biosystems Inc.). Adicionalmente,

hemos identificado los alelos HLA-DRB1 utilizando el kit comercial de tipaje por Luminex HLA-DR SSO (Tepnel Lifecodes), en el caso de muestras que se desconocía esa información. Los análisis estadísticos del genotipado de alta densidad se llevarán a cabo utilizando los softwares PLINK y Haploview.

Resultados y conclusiones. Hemos evaluado SNPs provenientes de GWAS (selección de SNPs utilizando la literatura), incluyendo también haplotype-tag (ht)-SNPs localizados dentro de las regiones de algunos genes candidatos (PTPN22, CTLA4, TNFAIP3, CCR6, STAT4 y PADI4). En general, los valores de asociación de los polimorfismos estudiados son moderados, sugiriendo:

- 1) La existencia de particularidades genéticas en la población chilena, y probablemente otras poblaciones latino-americanas, y
- 2) Consecuencias en cuanto a la asociación con AR.

Nº 2. EL TABACO PROMUEVE LA EXACERBACIÓN DE CARACTERÍSTICAS INFLAMATORIAS EN CÉLULAS DENDRÍTICAS DE PACIENTES CHILENOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

PAULINA DÍAZ 1*, CAROLINA PRADO², PAULA I. BURGOS¹ RODRIGO PACHECO^{2,3}, MIRENTXU IRURETAGOYENA¹.

¹Dpto. de Inmunología Clínica y Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile; ²Lab. de Neuroinmunología, Fundación Ciencia & Vida; ³Dpto de Cs. Biológicas, Universidad Andres Bello.

Introducción/objetivos: El potencial dual que poseen para promover tolerancia o inflamación ante antígenos propios, hace de las células dendríticas (CDs) unos jugadores fundamentales en autoinmunidad. Estudios previos han mostrado que existe una asociación entre fumar y la maduración de las CDs en pacientes con artritis reumatoide (AR), no obstante, la etnicidad es un factor clave a considerar en desórdenes autoinmunes. Nuestro objetivo fue comparar las alteraciones fenotípicas y funcionales de las CDs obtenidas desde pacientes chilenos con AR y controles sanos (CS). Posteriormente nos enfocamos en analizar las diferencias en el comportamiento inflamatorio que existe entre las CDs obtenidas de pacientes fumadores y pacientes no fumadores.

Materiales y Métodos: Se obtuvieron CDs derivadas de monocitos y células T desde muestras de sangre aisladas de 30 CS y 32 pacientes con AR, 14 de los cuales eran fumadores y 18 no fumadores. Se evaluaron varios marcadores de maduración en la superficie de las CDs, incluyendo HLA-DR, CD40, CD80, CD83 y CD86. Además, se realizaron co-cultivos autólo-

gos de células T y CDs, en los cuales se analizó la proliferación de células T, y la expansión de células Th1, Th17 y Tregs.

Resultados: En comparación a los CS, los pacientes con AR mostraron un aumento de la expresión de HLA-DR en las CDs, lo cual fue manifestado principalmente en los individuos con DAS28 moderado-alto. Además, los pacientes con AR presentaron una mayor expansión de células Th17 y una correlación entre el DAS28 y la expansión de células Th1, ambos efectos manifestados principalmente en los individuos con un DAS28 bajo o en remisión. Sumado a esto, los pacientes con AR fumadores mostraron una expresión aumentada de HLA-DR y CD83 en las CDs y una expansión de células Th17 exacerbada así como una correlación entre el DAS28 y la expansión de células Th1.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que fumar favorece el comportamiento inflamatorio de las CDs y en consecuencia la inducción de respuestas mediadas por células Th1 y Th17 en los pacientes chilenos con AR.

Financiamiento: INNOVA12IDL2-16030; FONDECYT-1170093 y 3160383 ; FO

Nº 3. POLIMORFISMO RS2240340 DEL GEN PADI4 RELACIONADO CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DEL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

CASTRO I*, VÉJAR C, HERLITZ H‡, SÁNCHEZ. A, BUSTOS P, LAMPERTI L.

*Departamento de Medicina Interna de Facultad de Medicina, Universidad de Concepción y Policlínico Reumatología Hospital Regional de Concepción. ‡Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Sebastián

Introducción. La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, sistémica, crónica y autoinmune cuya etiología es desconocida. Los biomarcadores clásicos de la enfermedad son el anticuerpo factor reumatoide (FR), y anticuerpos anti-péptidos citrulinados (Anti-CCP). Además, se han descrito variados polimorfismos asociados a susceptibilidad de esta enfermedad, siendo uno de los más estudiados el rs2240340 del gen PADI4, que codifica para la enzima peptidil arginina deaminasa 4. Se ha reportado que este polimorfismo se relaciona significativamente con la Artritis Reumatoide y el alelo de riesgo es (T).

Objetivo. Determinar la frecuencia del alelo de riesgo del gen PADI4 en pacientes con Artritis Reumatoide.

Metodología. Se analizó una muestra de pacientes AR de Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. Se realizó la amplificación de un fragmento de 92 pares de bases por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) optimizada, dirigida a la zona donde se encuentra el polimorfismo rs2240340 del gen PADI4. La técnica para diferenciar el polimorfismo se basó en una amplificación en tiempo real y posterior separación de

los genotipos mediante análisis de las diferencias del threshold cycle (Ct) para el polimorfismo.

Resultados. El grupo estudiado de 57 pacientes AR fue mayoritariamente del género femenino (57,3%) y presentaron mayor frecuencia del alelo de riesgo (T) para el gen PADI4 en forma homocigota (TT) y heterocigota (TC) en comparación al homocigoto (CC), TT 33,3%, TC 42,1% y CC 24,6% respectivamente. Así mismo, para este alelo de riesgo se presentó una mayor tendencia para parámetros de inflamación y presentación de la AR: IL-6; (TT) 18,39 versus (CC) 12,61 pg/mL, Puntaje dolor corporal; (TT) 45,0 (TC) 53,6 y (CC) 40,5, Osteopenia y osteoporosis en conjunto; (TT) 71,5% (TC) 72,8% y (CC) 60%, Puntaje articulaciones artralgia; (TT) 3,8 (TC) 2,5 y (CC) 1,8, Anticuerpos anti CCP; (TT) 71,8 (TC) 64,4 y (CC) 7,5 UA/mL.

Conclusión. Fue posible observar una tendencia de aumento de parámetros de severidad e inflamación para los pacientes AR que presentan el alelo de riesgo (T) para el gen PADI4 asociado con Artritis Reumatoide.

Financiamiento: Corfo 201667579

Nº 4. COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS REUMATOIDE

SEPÚLVEDA T*, SARABIA C, MAY L, MORA G.

Unidad de Reumatología, Hospital Barros Luco

INTRODUCCION: La Artritis Reumatoidea (AR) es una enfermedad de alta prevalencia en la población general, aprox. 1%, con una mortalidad muy asociada al uso de FARMES y Biológicos en la actualidad. La mortalidad atribuible a AR es de solo un 5%, siendo de otras causas, la más relevante la de origen Cardiovascular (42%). Globalmente, se ha observado una mayor proporción de pacientes con AR portadores de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV), como son Dislipidemias, Cardiopatía coronaria y miocárdica, HTA Cr, Tabaquismo, Obesidad y Diabetes Mellitus 1 y 2.

Nuestro centro a la fecha de corte (30 junio 2016) cuenta con un universo de 2074 pacientes con AR bajo control.

METODOS: Se utilizaron datos de los paciente atendidos en los meses de Abril a Junio de 2016, registrándose una muestra válida de 253 pacientes ambulatorios (12.6% del total), se excluyeron comorbilidades como 2ª mesenquimopatía inflamatoria confirmada, patología extra-reumatologica en estudio y otros que pudiesen alterar la objetividad de los FRCV.

RESULTADOS: De los pacientes validados, 89.5% son femeninos, 10.5 masculinos. Con un promedio de Edad de 59 años. Solo un 25% no tenía comorbilidad asociada. Un 53% tiene al menos un FRCV presente, muy correlacionado con la edad. De la muestra final, 33% con 1 FRCV, 13.3% con 2 FRCV, 3% con 3 o más FRCV presentes. De ellos, 41% son hipertensos, 27% son diabéticos, y un 5 % son obesos mórbidos. Además de un 15% del total son hipotiroideos, de estos un 53% se asocia al menos a un FRCV.

CONCLUSIONES: Se confirma la tendencia de asociar a los pacientes AR con FRCV de alta morbi-mortalidad. Queda por determinar el papel de estos en el grado de actividad y control de la AR, dando a cada paciente un matiz individual en cuanto a su manejo. Además se hace muy necesario la intervención de otras especialidades de Medicina Interna para el manejo integral de esta compleja patología.

Nro FRCV	Porcentaje
1	33%
2	13%
3 o más	3%

FRCV	porcentaje
HTA Cr	41%
DM-2	27%
Obesidad Mórbida	5%

HIPOTIROIDISMO	15 %	
SIN FRCV		7%
1 O + FRCV		8%

Nº 5. INFORME PRELIMINAR. "APLICACIÓN DE UNA ENCUESTA PARA ESTIMAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, USANDO EL CALCULADOR DE RIESGO QRISK2

CASTRO I.*, LOPEZ P., BANCALARI A., CUELLAR C., PINO S., REYES A.

Sección Reumatología, Servicio de Medicina Hospital Gmo Grant Benavente Concepción y Dpto. de Medicina Interna Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN. Sabemos que existe un riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular (C-V) en pacientes con artritis reumatoide (AR), aumentando la morbimortalidad. Deberíamos evaluar este riesgo en la práctica clínica, por esto implementamos una encuesta basada en el score QRISK2 para estimar este riesgo.

Se usan score de riesgo C-V en la población para predecir eventos a 10 años, pero no hay Modelos de Predicción claramente adaptado a estimar este riesgo en sujetos con AR.

OBJETIVO. Determinar el riesgo C-V a diez años, en la población de pacientes con AR controlados a nivel secundario, utilizando el calculador de riesgo QRISK2.

METODOS. Estudio descriptivo de corte transversal efec-

tuado en pacientes que asistieron al policlínico del hospital Gmo. Grant Benavente que cumplen criterios ACR/EULAR 2010 para AR, fueron invitados a participar, se aplicó una encuesta confeccionada considerando las variables contempladas en el calculador de riesgo QRISK2, en periodo mayo a julio de 2017. Los datos fueron ingresados directamente en la calculadora QRISK2 2017, permitiendo estimar el riesgo C-V a 10 años en esta población. A un grupo de pacientes se determinó índice de actividad clínica AR(DAS-28), con la intención de evaluar si existía una correlación entre mayor riesgo C-V y actividad clínica.

RESULTADOS. Realizamos 230 encuestas de los cuales se excluyeron un total de 136, por tener edades menor 25 años

o mayor 84 años, son excluyentes para calculador QRISK2, o encuestas incompletas. Del total de encuestas, 94 pacientes cumplían requisitos para poder aplicar el score de riesgo QRISK2, 72 (76.6%) sexo femenino, 86% de los encuestados mayores de 45 años. Del total, 21 posee un score mayor de 20% y con ello, riesgo de presentar un evento C-V a 10 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron Hipertensión arterial 38.3%, diabetes mellitus 17%, y tabaquismo 24.5%, predominando mujeres habito tabáquico 18.1%.

44/94 tenían índice de actividad DAS 28, la mayor actividad clínica no se correlacionó con score QRISK2 alto.

CONCLUSIONES. Se observa un número importante de pacientes con riesgo de presentar un evento C-V a 10 años, lo cual nos reitera la necesidad de una conducta más agresiva del control de factores de riesgo C-V conocidos. Del mismo modo se desprende que no existiría una relación entre un mayor score de riesgo C-V y la actividad clínica.

Nº 6. DESCRIPCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO POR LA LEY 20.850, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO

VILLAR M^{1,2}, POBLETE M^{1,2}, IBÁÑEZ S^{1,2}, VALENZUELA O^{1,2}, SILVA F^{1,2}, MOGOLLONES K¹

¹⁾ Hospital Padre Hurtado ²⁾ Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción. Es importante detectar, evaluar y prevenir los eventos adversos (EA) asociado a los fármacos que utilizamos en Reumatología, especialmente en terapia biológica. Son pocos los datos publicados al respecto en la población chilena.

Objetivo. Evaluar la incidencia y severidad de EA en pacientes con AR de nuestro centro que reciben terapia biológica gracias a la ley 20.850, e identificar los factores de riesgo asociados.

Método. Registro prospectivo de EA en los pacientes con AR que reciben terapia biológica a través de la Ley. Se identificó el tipo de EA, tipo de infección y severidad definida según la OMS. Se obtuvieron datos demográficos, de comorbilidades, medicamentos utilizados y respuesta al tratamiento.

Resultados. 57 pacientes fueron incluidos, todos en tratamiento con abatacept. La media de seguimiento fue 7 meses (DE 3.1). Las características de los EA se detallan en tabla 1. Los 3 EA no infecciosos fueron lesión lingual, rash generalizado persistente y cefalea persistente.

Un 83% de los EA fueron reportados a los 6 meses o menos desde el inicio del tratamiento. En el análisis multivariado, sufrir un EA serio se asoció a presencia de diabetes (OR 13,7; IC 95% 1,3-149,1) y mantener una actividad alta según DAS28 VHS al término del seguimiento (OR 19,9; IC 95% 1,9-211,3). Presentar un EA infeccioso serio se relacionó a mayor tiempo desde el diagnóstico de AR al inicio de abatacept (OR 1,1; IC 95% 1,03-1,2). La probabilidad de presentar un EA infeccioso, serio o no serio, fue menor en los pacientes que lograron una respuesta clínica significativa según el criterio establecido en el protocolo de la ley (reducción de DAS28 VHS >1,2) (OR 0,04; IC 95% 0,001-0,2).

No se presentó ningún caso de tuberculosis.

Conclusión. La incidencia de EA infecciosos serios (7%) es similar a las obtenidas en series internacionales. Un tercio de los pacientes en tratamiento con abatacept presentó algún EA. El uso concomitante de otros fármacos modificadores y otras comorbilidades, a excepción de DM2, no se asociaron a mayor riesgo de EA.

Tabla 1.

Número de pacientes	57
EA no infeccioso serio*, n (%)	3 (5,3)
EA infecciosos, n (%):	16 (28)
Serio**	4 (7)
No serio	12 (21)
Tipo de EA infeccioso, n (% de infecciones):	
Respiratoria alta	5 (31,3)
Respiratoria baja	7 (43,8)
Gastrointestinal	2 (12,5)
Urinaria	1 (6,3)
Cutánea	1 (6,3)

EA: Evento adverso. *EA no infeccioso serio: determina la suspensión y/o cambio de biológico.

**Infección seria: requiere hospitalización, suspensión del tratamiento o uso de antibióticos intravenosos.

Nº 7. ASOCIACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE RANKL, OPG Y DEL ÍNDICE RANKL/OPG CON DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN MUJERES MEXICANAS CON ARTRITIS REUMATOIDE

NAVA-VALDIVIA CA^{1,5}, GONZALEZ-LOPEZ LC², SALDAÑA CRUZ AM¹, PONCE-GUARNEROS M³, CORONA-SÁNCHEZ EG⁴, SALAZAR-PÁRAMO M⁶, NAVA-ZAVALA AH⁵ & GAMEZ-NAVA JI⁵

¹Universidad de Guadalajara, México ²HGR110 IMSS, México ³UMF97 IMSS, México ⁴IRSME, México ⁵Unidad de Investigación Biomédica 02, IMSS, México ⁶División de Investigación en Salud, IMSS, México

Introducción: El sistema del receptor activador de NF-κB (RANK), y su ligando RANKL inducen la activación y diferenciación de osteoclastos llevando a la resorción ósea. Osteoprotegerina (OPG), inhibe la función de RANKL favoreciendo la mineralización. Un balance en este sistema RANK/RANKL/OPG es requerido para mantener adecuada mineralización ósea. En artritis reumatoide (AR) una sobreexpresión de RANK y RANKL pueden llevar a pérdida acelerada de densidad mineral ósea (DMO). A la fecha existen pocos estudios que evalúen si los niveles séricos de RANKL y OPG son marcadores de DMO baja en AR. **Objetivo:** Evaluar la asociación de RANKL, OPG e índice RANKL/OPG con DMO baja en mujeres con AR. **Métodos:** Estudio transversal. Se incluyeron 174 mujeres mexicanas posmenopáusicas con AR. Se evaluaron características clínicas

incluyendo DAS28 y HAQ-Di. La DMO central (columna L1-L4 y cadera total), fue evaluada por DXA. Pacientes con DMO ≤ -1.0 desviaciones estándar en DXA fueron clasificados como baja DMO (osteopenia y osteoporosis) y el segundo grupo DMO normal. RANKL y OPG séricos fueron cuantificados por ELISA. Se utilizó correlación de Pearson para analizar fuerza de asociación de variables clínicas y DMO con RANKL, OPG e índice RANKL/OPG. **Resultados:** 64% de los pacientes presentaron DMO baja. Pacientes con DMO baja presentaron mayor edad (63 ± 8 vs 54 ± 8 , p

Financiamiento: Fondo FIS, IMSS, México: FIS/IMSS/PROT/GIS/1455.

Nº 8. IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA EN PACIENTES CHILENOS DERIVADOS DESDE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ESPINOZA F*, BADILLA A, HASSI I, QUEIROLO A, CHICAO F, SANDOVAL X, JORQUERA E, MONCKEBERG G

Universidad de los Andes. Centro de Referencia de Salud Cordillera, Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Chile

Introducción: El diagnóstico temprano de la Artritis Reumatoide (AR) permite una remisión precoz y prolongada, limitando el daño articular y previniendo la discapacidad tardía.

Objetivo: Describir la implementación de una unidad de diagnóstico y tratamiento precoz de AR (UART) en pacientes chilenos derivados desde centros de atención primaria de salud.

Pacientes y Métodos: Nueve centros de salud familiar de las comunas de Macul y Peñalolén participaron en el programa piloto entre 2014-2016. Se realizó una capacitación al equipo médico de cada centro, estableciendo como criterios de derivación principal: A) pacientes mayores a 17 años y B) la presencia de síntomas articulares de menos de 1 año de duración, asociados a la existencia de al menos uno de los siguientes criterios clínicos: rigidez matinal mayor a 30 minutos, inflamación de más de 3 sitios articulares por más de 1 mes, compresión positiva de metacarpofalángicas o metatarsofalángicas y/o alteración de los parámetros inflamatorios en sangre.

Resultados: En los últimos 24 meses, 120 pacientes fueron derivados a la unidad. El 90% eran de sexo femenino, con una edad promedio de 45 años. La latencia fue de 14.6 días entre la derivación desde el centro de atención primaria a la UART. La duración de los síntomas era de 10.8 meses en la muestra general. El diagnóstico de AR se estableció en 43 pacientes (36%), con un tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas de 8.3 meses en este subgrupo específico. Respecto a los criterios de derivación, el más sensible fue la rigidez matinal ($S=0.8$, IC95% 0.64, 0.89) y el más específico fue la sinovitis ($E=0.83$, IC95% 0.72, 0.9). El valor predictivo positivo del conjunto de los criterios clínicos fue de 68.1% (IC95% 0.47, 0.83). **Conclusión:** La implementación de una unidad de identificación y tratamiento precoz de la AR fue factible, permitiendo la identificación de una AR temprana en un tercio de los pacientes. El establecimiento de UARTs pueden permitir el mejoramiento continuo del cuidado de la AR en Chile.

Nº 9. USO DE ABATACEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LARGA DATA.

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO

VALENZUELA O*, IBÁÑEZ S, POBLETE M, MOGOLLONES K, SILVA F, VILLAR M

Hospital Padre Hurtado; Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

Introducción: Desde el año 2016 los pacientes que sufren de Artritis Reumatoide (AR) con actividad severa persistente (DAS28 >5,1) tienen acceso a terapia biológica a través de la Ley 20.850.

Objetivo: Evaluar la eficacia de abatacept en pacientes con AR de nuestro centro que accedieron a los beneficios de la Ley.

Métodos: Los pacientes con AR atendidos en nuestro centro que cumplieron los requisitos establecidos en el protocolo para otorgamiento de prestaciones de la Ley 20.850 fueron incluidos. Se registró la edad, género, estado laboral, años desde el diagnóstico, comorbilidades, medicamentos en uso, DAS28 VHS y HAQ. En cada paciente se calculó el criterio de respuesta EULAR y la categoría de respuesta según reducción de DAS28 establecida en el protocolo de la Ley.

Resultados: 57 pacientes fueron incluidos, 91,2% mujeres. 38,6% tiene pensión de invalidez. La mediana de años desde el diagnóstico fue de 8,17 (rango intercuartil -RIC- de 4,6 a 14,7). Los pacientes fueron seguidos en promedio 7 meses (DE 3,1).

Los resultados del tratamiento se expresan en la tabla 1. Tras el análisis multivariado no se identificaron variables que influyeran en forma estadísticamente significativa en la respuesta a tratamiento medida por DAS28 VHS.

La mediana de reducción de HAQ fue 0,5 (RIC 0,2 a 1). Tras análisis multivariado, esta reducción fue significativamente mayor en los pacientes con una respuesta al menos moderada según criterio EULAR y significativa según el protocolo de la Ley, y fue significativamente menor en los con mayor edad al inicio de tratamiento.

Conclusión: Más del 75% de los pacientes alcanzaron una respuesta al menos moderada según criterio EULAR a pesar de tratarse de una población con enfermedad severa y de larga evolución. La reducción de HAQ se relaciona con la respuesta al tratamiento y a la edad de inicio de este.

Tabla 1.

Número de pacientes	57
DAS28 VHS al inicio (media, DE)	6, 15 (0,69)
DAS28 VHS al término de seguimiento (media, DE)	4,4 (1,21)
Reducción de DAS28 VHS (media, DE)	1, 74 (1,29)
Actividad según DAS28 VHS al término de seguimiento	
Remisión (DAS28 VHS <2,6)	7%
Baja (DAS28 VHS ≤3,2)	8,8%
Moderada (DAS28 VHS >3,2 y ≤5,1)	56,1%
Alta (DAS28 VHS >5,1)	28,1%
Respuesta según criterio EULAR*	
Ninguna	22,8%
Moderada	61,4%
Buena	15,8%
Respuesta según criterio protocolo Ley 20.850 (reducción DAS28 VHS desde basal)	
Ninguna (<0,6)	14%
Moderada (0,6-1,2)	15,8%
Significativa (>1,2)	70,2%

DE= desviación estándar; *<https://www.das-score.nl/das28/en/difference-between-the-das-and-das28/importance-of-das28-and-tight-control/eular-response-criteria.html>

Nº 10. TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR):

EXPERIENCIA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (HSJD)

REDONDO V *, DOMÍNGUEZ, CARVALLO A, TREJO C, SAAVEDRA J

Unidad de Reumatología Hospital San Juan de Dios.

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria autoinmune sistémica crónica de tendencia progresiva. El concepto actual es que un diagnóstico y tratamiento precoz permiten evitar el daño articular, mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente. El tratamiento actual considera el uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos (sDMARD) asociado a glucocorticoides en bajas dosis. Frente al fracaso, intolerancia o severidad inicial de la AR se recomienda el uso de fármacos biológicos modificadores de la enfermedad (bDMARD).

OBJETIVOS: Caracterizar la población con AR bajo tratamiento biológico en la Unidad de Reumatología del HSJD (URHSJD), su motivo de ingreso a bDMARD y su impacto evolutivo.

MÉTODOS: 90 pacientes en tratamiento con biológicos en la URHSJD hasta julio de 2017. Se evaluó sexo, edad, serología, tiempo de evolución, tratamiento previo, comorbilidades, causa de ingreso, bDMARD usado y respuesta a tratamiento (DAS 28 –VHS).

RESULTADOS: Predominio femenino (93.3%), edad 25-81 años (media 50.9 años), tiempo de evolución de 1 -28 años (media 11.4 años). Factor reumatoide (+) 78.8 % Anti citrulinado (+) 65 %. Comorbilidades más prevalentes fueron: Hipertensión arterial (41.1%), Diabetes Mellitus 2 (14.4%) e Hipotiroidismo (14.4%). Destaca la presencia de Tuberculosis latente (PPD) al inicio en un 13.3%. La escala DAS 28 – VHS promedio previa al inicio de bDMARDs fue de 6.35, comparada con el DAS 28 VHS del último control médico bajo tratamiento biológico que fue de 3.37 ($p < 0.002$).

CONCLUSIONES: La introducción de la terapia biológica en el manejo de la AR permite incrementar la probabilidad de alcanzar mejorías significativas e incluso remisión en pacientes refractarios o con limitantes para el uso de tratamiento clásico. Es importante conocer las características poblacionales de los pacientes con AR, con el fin de aportar medidas terapéuticas con perfiles de seguridad adecuados que signifiquen el mayor beneficio para los pacientes.

Nº 11. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDE (AR) EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE IQUIQUE

ZENTENO C*, URRUTIA B, ZENTENO S, ZENTENO G.

Unidad de Reumatología, Hospital Regional de Iquique ^(1 y 2). Cefam Aguirre, Iquique, Cefam pulgar, Alto hospicio.

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de AR estimada es de alrededor del 1%, la cual varía según la región geográfica estudiada. En Latinoamérica es de un 0,4%. En Chile, existen pocos datos, estimando la prevalencia en un 1%. La incidencia anual reportada varía entre 20 y 50 casos por 100.000 habitantes, no encontrando datos disponibles en nuestra región. Es más frecuente en mujeres (4:1). La edad media de diagnóstico es de 55 años. No existen datos locales. **Objetivo:** Estimar la prevalencia e incidencia de Ar en el Hospital Regional de Iquique así como su distribución etárea, género y nacionalidad. **Materiales y Método:** Se revisaron hojas de estadística, fichas clínicas y registros hospitalarios de los pacientes con Ar atendidos en la Unidad de Reumatología del Hospital entre el 02 de mayo de 2016 y el 28 de abril de 2017. Se registró nombre completo, nº de ficha clínica, género, edad, fecha de diagnóstico y país de origen. Cada paciente con AR fue reevaluado y confirmado su diagnóstico (criterios de clasificación ACR/EULAR 2010). Aquellos ingresados en el periodo de estudio (1 año) fueron

considerados para el cálculo de incidencia. La estadística descriptiva se efectuó mediante Excel. **RESULTADOS:** Se registraron 812 pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de Ar entre 1976 y 2017. El rango de edad fluctuó entre los 15 y 93 años. La mediana de edad fue de 53 años. El 84,2% fueron mujeres (684) y el 15,7% hombres (128) estimando una relación de 5:1. La prevalencia en el periodo mencionado (1976 a 2017) fue de 0,4% y la tasa de incidencia fue de 33 casos por 100.000 habitantes. El 4,3 % (35) son extranjeros, la mayoría provenientes de Bolivia (19). **Conclusión:** La prevalencia obtenida (0,4%) es similar a la publicada en Latinoamérica; La tasa de incidencia es similar a lo reportado a nivel mundial, así como también la proporcionalidad por género y mediana de edad al momento del diagnóstico. Los datos nos permitieron dar una visión general de las características epidemiológicas de nuestros pacientes, permitiéndonos evaluar y priorizar áreas de intervención para mejorar la atención de nuestros enfermos. Además, abre la posibilidad a nuevos estudios.

Nº 12. SÍNDROME DE MORVAN ISAACS ASOCIADO A ARTRITIS REUMATOIDE: CASO CLÍNICO

POZO P*, GUEVARA C**, PACHECO D*, GODOY M*, VIZCARRA G*, CÁCERES N*, FUENTEALBA C*, VENEGAS L*, GALLO C*.

Unidad de Reumatología Hospital Clínico San Borja Arriaran. Neurólogo Hospital clínico Universidad de Chile.

INTRODUCCION: síndrome de Morvan(SM),es una patología rara neurológica,caracterizado por hiperexcitabilidad de nervio periférico con actividad constante de fibra muscular manifestada clínicamente por fasciculaciones, rigidez muscular, acompañado por síntomas autonómicos: sudoración y disfunción central: insomnio, ansiedad, alucinaciones y confusión. Se ha asociado a patología autoinmune, timoma, linfoma y neoplasias.

OBJETIVO: descripción caso clínico.

MATERIALES Y METODOS: caso clínico, revisión bibliográfica en PubMed.

RESULTADOS: varón, 45 años, portador de artritis reumatoide(AR) desde año 2005, con FR+, Ac anticcp + 3200 (2009)

Inicia tratamiento con metotrexato, prednisona, requiriendo adición de DMARDS por actividad AR, y luego anti TNF, (Etanercept) en 2011. Logra remisión hasta la fecha.

En enero 2017,consulta por dolor severo, 2 meses evolución, ambas EEII, localizado en muslo proximal,caderas, urentes, en reposo como en ejercicio, intensidad progresiva, rigidez muscular, se asocia insomnio de despertar precoz, sintomatología anímica, crisis pánico, baja de peso de 20 kg en 3 meses, sudoración profusa en forma llamativa, sin objetivar fiebre. Al

EF destaca fasciculaciones musculares visibles a nivel de los cuádriceps, fuerza muscular y sensibilidad conservadas. Estudio: hemograma, VHS, bq, CK,TSH normales, ANA(-), imágenes en búsqueda de neoplasia oculta: TAC TAP sin hallazgos relevantes. EMG de EEII: actividad continua de fibra muscular en forma de mioquimias y fasciculaciones, sin compromiso denervatorio, sin polineuropatía de fibras gruesas,sin elementos de compromiso de 2ª motoneurona. Pet Scan: sin lesiones sospechosas de patología maligna. Evolucionando con diseminación de fasciculaciones a EESS, pectorales, lengua, nueva EMG: actividad muscular continua deltoidea compatible con neuromiotomía. Se plantea la hipótesis de SM que explicaría totalidad de las manifestaciones clínicas del caso, por progresión sintomática se plantea tratamiento con gamma globulina ev.

CONCLUSIONES: diagnóstico de SM se plantea basado en cuadro clínico, y EMG, se sugiere etiología autoinmune por asociación de anticuerpos anti canales de K + en suero de la mayoría de los pacientes, no factibles de hacer en nuestro medio, su ausencia no descarta el diagnóstico. Puede presentarse junto a neoplasia. No hay reportes en literatura de pacientes con AR y SM.

Nº 13. PANNUS Y NÓDULO REUMATOÍDEO MANIFESTADO COMO TUMOR INFILTRATIVO DE HOMBRO IZQUIERDO

VELÁSQUEZ X*^{1,2,3}, MORALES J^{1,2}, TRINCADO D², VIDAL A^{1,2}, MARTINEZ F⁴.

¹: Universidad San Sebastián, sede Patagonia. ²: Hospital Puerto Montt. ³: Clínica Universitaria Puerto Montt. ⁴: ACHS

Los nódulos reumatoideos (NR) constituyen la manifestación extra-articular más frecuente en la Artritis Reumatoidea (AR). Éstos se encuentran en zonas de presión pero pueden ocurrir en otros sitios incluyendo órganos internos.

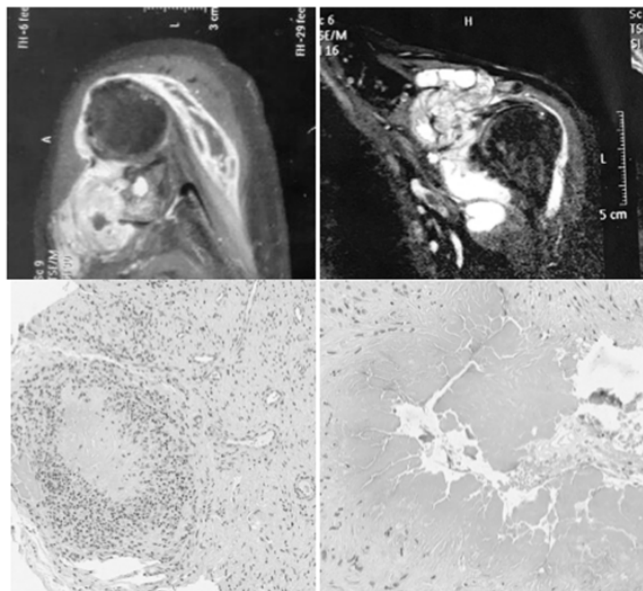
No existen reportes actuales de casos de infiltración pseudotumoral en hombro.

Se presenta una paciente de 62 años con AR sero (+) erosiva de más de 20 años de evolución. Asociado a múltiples manifestaciones extra-articulares: Nódulos reumatoideos, fibrosis pulmonar y mononeuritis múltiple.

Usó 4 DMAAR que se suspendieron por toxicidad, Infliximab suspendido por Tuberculosis pulmonar y actualmente se encuentra en monoterapia con Abatacept.

En Octubre de 2015 se detecta aumento de volumen en región clavicular que se extendía a hombro izquierdo. Se realiza TAC de tórax y hombro izquierdo que muestra masa sólidoquística de aspecto infiltrativo siendo la primera posibilidad diagnóstica sarcoma sinovial.

Se realizaron 2 biopsias transtorácicas que resultaron inespecíficas y una tercera a "cielo abierto" compatible con NR.



Nº 14. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA: RESULTADOS DEL PERIODO DE ETIQUETA ABIERTA DE 28 SEMANAS DEL ESTUDIO ABILITY-3

R. LANDEWÉ¹, J. SIEPER², R. INMAN³, A.L. PANGAN⁴, X. WANG⁴, J.K. ANDERSON⁴.

¹University of Amsterdam, Amsterdam, Países Bajos; ²Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlín, Alemania;

³Toronto Western Hospital, Toronto, Canadá; ⁴AbbVie, North Chicago, Estados Unidos

PRESENTADOR : DR OMAR LANDAETA, INTERNISTA – REUMATÓLOGO- MSL REUMATOLOGÍA ABBVIE CHILE

Antecedentes: Adalimumab (ADA) mejoró de manera significativa la respuesta clínica en la semana 12 versus placebo en pacientes (pts) con espondiloartritis axial no radiográfica (nr-axSpA) en el estudio ABILITY-1. El subsiguiente estudio en curso ABILITY-3 está evaluando la continuación versus la suspensión de ADA en pacientes con nr-axSpA que responden a ADA. **Objetivos:** Evaluar la eficacia y la seguridad de ADA durante el período de pretratamiento [lead-in] de etiqueta abierta de ABILITY-3.

Métodos: ABILITY-3 tiene un período de pretratamiento [lead-in] de etiqueta abierta de ADA (40 mg cada dos semanas). Los pacientes que lograron remisión sostenida (enfermedad inactiva, Puntuación de la Actividad de la Enfermedad de Espondilitis Anquilosante [ASDAS ID] en las semanas 16, 20, 24 y 28) son asignados al azar a placebo doble ciego (retiro) o a ADA (continuación) durante 40 semanas (en curso). Los pacientes que no alcanzaron ASDAS ID desde la semana 20-28 fueron discontinuados. Fueron elegibles los pacientes adultos con nr-axSpA (que cumplen los criterios de la Sociedad Internacional de Evaluación de Espondiloartritis [ASAS] pero no con los criterios modificados de Nueva York) con evidencia objetiva de inflamación en las articulaciones sacroilíacas o en la columna vertebral en IRM o hs-CRP al momento de la selección; enfermedad activa al inicio (definida por ASDAS \geq 2,1; BASDAI \geq 4 y puntuación total del dolor de espalda \geq 4); y respuesta inadecuada a \geq 2 AINEs. Resultados De 673 pts enrolados, el 51% eran mujeres y la media de BASDAI fue de $7,0 \pm 1,4$ (Tabla). En la semana 28, 305 (45%) pts fueron randomizados (ASDAS ID: 33% en la semana 12, 44% sostenidos en la semana 28; asignación no respondedores) y 368 (55%) pts discontinuados (sin alcanzar la remisión sostenida, n = 300 [45%], otras razones, n = 68 [10%]). En el análisis observado, el 59%, el 35% y el 22% de los pts lograron ASAS40, ASDAS ID y remisión parcial ASAS, respectivamente, en la semana 12, similar a los datos de la semana 12 de los pts de ABILITY-1 con inflamación objetiva al inicio. Las proporciones de pacientes que alcanzaron ASAS20, ASAS40, ASDAS ID, ASDAS CII y ASDAS MI aumentaron, y la media de BASDAI y de las puntuaciones del dolor de espalda disminuyeron con el tiempo (análisis observado, Figura). Se reportaron eventos adversos (EA) en 468 pts (70%), con mayor frecuencia nasofaringitis (n = 121 [18%]), infección del tracto respiratorio superior (n = 81 [12%]) y cefalea (n = 56 [8%]). Se produjeron EA serios en 19 (3%) pts.

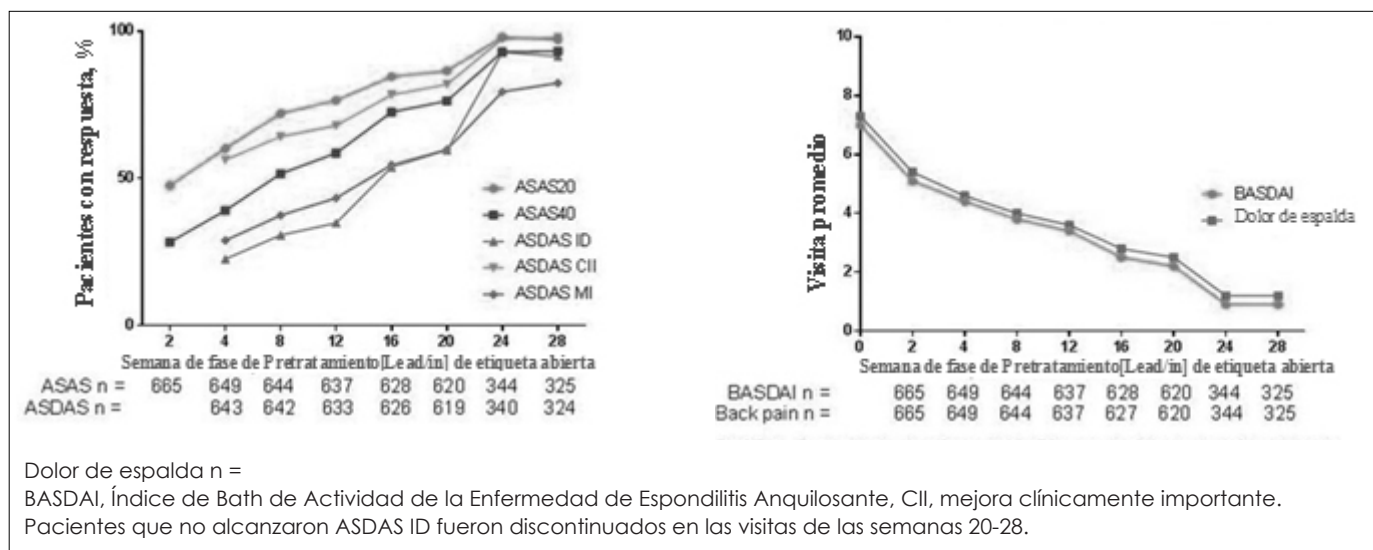
Conclusiones: La actividad de la enfermedad basal fue mayor en los pacientes de ABILITY-3 que lo reportado en estudios previos. Después de 28 semanas de terapia con ADA con etiqueta abierta, la actividad de la enfermedad mejoró y la remisión sostenida se logró en el 44% de los pts. La eficacia y la seguridad en esta población con nr-axSpA fueron consistentes con los hallazgos de ABILITY-1.

Reconocimientos: AbbVie financió el estudio y aprobó el resumen para su presentación. El apoyo de escritura médica fue proporcionado por Maria Hovenden, PhD, de Complete Publication Solutions, LLC (North Wales, PA) y fue financiado por AbbVie.

Tabla 1. Características basales

Media \pm SD	(n = 673)
Edad	37,3 \pm 11,1
Blancos, n (%)	651 (97)
Mujeres, n (%)	343 (51)
Duración del síntoma, a	7,7 \pm 7,7
HLA-B27 positivo, n (%)	515 (77)
TJC	6,5 \pm 10,4
SJC	1,9 \pm 4,0
MASES	3,4 \pm 3,5
PGA - actividad de la enfermedad	6,5 \pm 1,5 n = 671
Dolor del paciente	7,4 \pm 1,7
BASDAI	7,0 \pm 1,4
ASDAS	3,6 \pm 0,8
hs-CRP	9.6 \pm 15.0
BASFI	5.3 \pm 2.2
HAQ-S	2.1 \pm 0.6

BASFI, Índice Funcional Bath de Espondilitis Anquilosante de; HAQ-S, Cuestionario de Evaluación de Salud para las Espondiloartropatías; hs-CRP, proteína C reactiva de alta sensibilidad; MASES, Puntuación de de Maastricht Entesitis de Espondilitis Anquilosante; PGA, evaluación médica global; SJC, recuento de articulaciones inflamadas; TJC, recuento de articulaciones sensibles.



Nº 15. COMPARACIÓN ENTRE LA EVALUACIÓN CENTRAL Y LOCAL DE LA SACROILEÍTIS RADIOGRÁFICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADA EN EL ESTUDIO PROOF

D. PODDUBNYI^{1,*}, R. D. INMAN², J. SIEPER¹, H. HAIBEL¹, M. HOJNIK³

¹Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlín, Alemania, ²Toronto Western Hospital, Toronto, Canadá,

³AbbVie, Ljubljana, Eslovenia

PRESENTADOR : DR OMAR LANDAETA, INTERNISTA – REUMATÓLOGO- MSL REUMATOLOGÍA ABBVIE CHILE

Antecedentes: Se ha reportado una alta variabilidad entre lectores de la evaluación de sacroileítis radiográfica en varios estudios previos, lo que sugiere su baja fiabilidad para el diagnóstico y clasificación de la espondiloartritis axial (axSpA).

Objetivos: Comparar los resultados de la puntuación local versus central de la sacroileítis radiográfica en una gran cohorte multinacional de pacientes (pts) con axSpA recientemente diagnosticada.

Métodos: PROOF es un estudio observacional prospectivo que evalúa los resultados clínicos y radiográficos en pts con axSpA en la práctica clínica reumatológica en 29 países. Los pts con axSpA que cumplen con los criterios de la clasificación ASAS eran elegibles si se diagnosticaron ≤ 1 año antes de ser enrolados en el estudio. Las radiografías de las articulaciones sacroilíacas (SIJ) recogidas al inicio se clasificaron según los criterios modificados de Nueva York (mNY) (0-4 para cada SIJ). Los pts con sacroileítis de grado ≥ 2 bilateral o de grado ≥ 3 unilateral se clasificaron como espondilitis anquilosante (AS); de lo contrario los pts fueron clasificados como axSpA no radiográfica (nr-axSpA). Todas las radiografías disponibles fueron evaluadas primero por un lector local (LR) y luego por un lector central (CR1), que era ciego a los resultados del LR. En

el caso de un desacuerdo en la clasificación (nr-axSpA o AS), la radiografía fue evaluada por el 2º lector central (CR2), que era ciego a las evaluaciones previas y la clasificación final se hizo sobre la base de la decisión de 2 de 3 lectores.

Resultados: De los 2126 pts enrolados en PROOF, 1583 fueron incluidos en este análisis basado en radiografías evaluables de la SIJ. Basándose en el criterio del LR, 987 pts fueron clasificados como AS y 596 como nr-axSpA, mientras que 1158 fueron clasificados como AS y 425 como nr-axSpA según el CR1. Después de la evaluación del CR1, 1146 (72,4%) pts conservaron su clasificación del LR, mientras que 437 (27,6%) pts se clasificaron de manera diferente. De los 437 pts con clasificación discrepante evaluada por el CR2, 175 (40%) retuvieron su clasificación inicial del LR y 265 (60%) fueron reclasificados. El acuerdo entre CR1 y CR2 ($\kappa = 0,24$ [IC del 95%: 0,17-0,32]) fue menor que entre LR y CR1 ($\kappa = 0,38$ [IC del 95%: 0,33-0,42]). Finalmente, 1039 pts fueron clasificados como AS y 544 como axSpA; 1321 (83,5%) pts conservaron su clasificación inicial y 262 (16,5%) fueron reclasificados (157 de nr-axSpA a AS y 105 de AS a nr-axSpA).

Hubo un acuerdo sustancial entre la clasificación local y central final ($\kappa = 0,64$ [IC del 95%: 0,60-0,68], Figura).

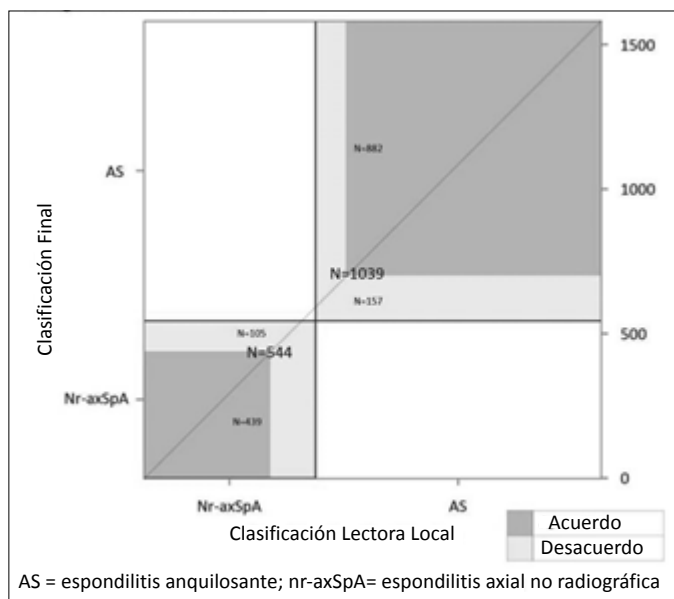


Figura: Clasificación final de los Pacientes con axSpA en Relación con su Clasificación Local Inicial en el Estudio PROOF Basado en la Evaluación de los Cambios Radiográficos en las Articulaciones Sacroilíacas

Es importante destacar que los pts inicialmente clasificados por un LR como nr-axSpA (157/596, 26,3%) tuvieron probabilidades significativamente mayores (razón de probabilidad = 3,0 (IC del 95% 2,3 - 3,9) de ser reclasificados en comparación con los pts clasificados como AS (105/987, 10,6%).

Conclusiones: En el estudio PROOF, el acuerdo entre la clasificación local y central de pts con axSpA (nr-axSpA vs AS) basado en la clasificación de radiografías SIJ por criterios de mNY fue razonablemente bueno. Los pts localmente clasificados como nr-axSpA tuvieron tres veces más de probabilidad ser reclasificados en comparación con los pts AS, lo cual puede estar relacionado con la dificultad en la evaluación de los cambios estructurales menos avanzados.

Reconocimientos: AbbVie financió el estudio PROOF, contribuyó a su diseño y participó en la recolección de datos, análisis e interpretación de los datos, y en la redacción, revisión y aprobación de la publicación. El apoyo médico en redacción fue proporcionado por Deepa Venkitaramani, PhD, de AbbVie.

Nº 16. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA Y RADIOGRÁFICA EN COHORTE DE PRUEBA

D. PODDUBNY^{1,*}, R. D. INMAN², J. SIEPER¹, S. AKAR³, S. MUÑOZ-FERNÁNDEZ⁴, M. HOJNIK⁵

¹Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlín, Alemania, ²Toronto Western Hospital, Toronto, Canadá,

³Izmir Katip Celebi University School of Medicine, Izmir, Turquía, ⁴Hospital Universitario Infanta Sofía, Universidad Europea, Madrid, España, ⁵AbbVie, Ljubljana, Eslovenia

PRESENTADOR: DR OMAR LANDAETA, INTERNISTA – REUMATÓLOGO- MSL REUMATOLOGÍA ABBVIE CHILE

Antecedentes: Anteriormente, se han reportado algunas diferencias entre espondiloartritis axial no radiográfica y radiográfica (axSpA) -tales como una mayor prevalencia en el sexo femenino y un nivel más bajo de reactantes de fase aguda en axSpA no radiográfica (nr-axSpA) en estudios observacionales nacionales, la mayoría de Europa.

Objetivos: Comparar las características demográficas y clínicas de los pacientes (pts) con nr-axSpA y axSpA radiográfica (espondilitis anquilosante, AS) en una gran cohorte multinacional de pacientes con diagnóstico reciente de axSpA.

Métodos: PROOF es un estudio observacional prospectivo que evalúa los resultados clínicos y radiográficos en pts con axSpA en la práctica clínica reumatológica en 29 países. Los pts con axSpA que cumplen con los criterios de la clasificación ASAS eran elegibles si se diagnosticaron ≤ 1 año antes de ser enrolados en el estudio. La confianza del investigador con el diagnóstico de axSpA se determinó en una escala numérica de calificación (NRS 0-10) al momento de ser enrolados y al final del seguimiento. Al inicio se recogieron los datos demográfi-

cos y clínicos relacionados con el diagnóstico, la actividad de la enfermedad, la calidad de vida y la productividad laboral, así como las radiografías convencionales de las articulaciones sacroilíacas. La clasificación como nr-axSpA o AS se basó en los resultados de la evaluación de radiografías sacroilíacas. Las radiografías disponibles fueron evaluadas primero por un lector local y luego por un lector central de acuerdo con el sistema de clasificación de los criterios modificados de Nueva York. En el caso de un desacuerdo en la clasificación (nr-axSpA o AS), la radiografía fue evaluada por el 2º lector central, que era ciego a las evaluaciones previas y la clasificación final se hizo sobre la base de la decisión de 2 de 3 lectores.

Resultados: De los 2126 pts enrolados en PROOF, 1281 (60,3%) pts fueron clasificados como AS y 845 (39,7%) como nr-axSpA según los investigadores. La confianza con el diagnóstico de axSpA fue de $8,7 \pm 1,8$. La clasificación final según la evaluación central de radiografías sacroilíacas se confirmó en 1583 pts incluidos en este análisis. Un total de 987 pts (62,3%) fueron clasificados como AS y 596 (37,7%) como nr-axSpA.

Como era previsto, los pts con AS tuvieron una mayor duración de los síntomas, con mayor frecuencia tuvieron CRP elevado y mayor y fueron en su mayoría hombres y tratados con inhibidores de TNF (Tabla). Además, la positividad de HLA-B27 fue más frecuente entre los pts con AS, mientras que los pts con nr-axSpA tuvieron una prevalencia significativamente mayor de entesitis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal

(IBD). La prevalencia de otras características de SpA fue comparable entre los dos subgrupos de axSpA. En su mayoría, los resultados reportados por los pacientes que reflejan la carga de la enfermedad fueron comparables entre los dos subgrupos, pero BASDAI fue significativamente mayor en el subgrupo nr-axSpA (Tabla).

Tabla. Características basales demográficas y clínicas de los pacientes de la cohorte PROOF

Característica	nr-axSpa (N=544)	AS (N=1039)	P-value ^a	
Edad, años, promedio ± SD		35,5 ± 9,8	34,5 ± 11,1	0,070
Duración desde el inicio del dolor de espalda, meses, promedio ± SD		48,7 ± 69,2	62,4 ± 90,9	0,001
Duración desde el diagnóstico, meses, promedio ± SD		2,8 ± 5,6	4,0 ± 20,2	0,119
Sexo masculino, n (%)		264 (48,5)	737 (71,0)	< 0,001
Parámetros SpA				
HLA-B27 (+), n (%)		254 (55,3) ^b	591 (69,0) ^c	< 0,001
Dolor de espalda inflamatorio, n (%)		512 (94,1)	991 (95,4)	0,279
Artritis periférica, n (%)		171 (31,4)	343 (33,0)	0,535
Entesitis (talón), n (%)		214 (39,3)	348 (33,5)	0,023
Dactilitis, n (%)		32 (5,9)	57 (5,5)	0,732
Uveitis, n (%)		49 (9,0)	106 (10,2)	0,477
Psoriasis, n (%)		54 (9,9)	59 (5,7)	0,003
IBD, n (%)		23 (4,2)	18 (1,7)	0,004
Buena respuesta a AINEs, n (%)		324 (59,6)	636 (61,2)	0,551
Antecedentes familiares de SpA, n (%)		101 (18,6)	196 (18,9)	0,946
CRP elevado, n(%)		178 (32,7)	555 (53,4)	<0,001
Número de parámetros de SpA positivos, promedio ± SD		3,5 ± 1,4	3,8 ± 1,4	0,001
CRP, mg/l, promedio ± SD		11,5 ± 19,5	17,6 ± 24,3	<0,001
ASDAS-CRP, promedio ± SD		2,8 ± 1,1	3,0 ± 1,1	0,004
BASDAI, puntos NRS (0-10), promedio ± SD		4,8 ± 2,4	4,3 ± 2,3	<0,001
Paciente global, puntos NRS (0-10), promedio ± SD		5,0 ± 4,8	4,8 ± 4,6	0,183
BASFI, puntos NRS (0-10), promedio ± SD		3,4 ± 2,5	3,3 ± 2,5	0,815
SF-12v2, puntuación del componente físico, promedio ± SD		40,9 ± 8,9	41,0 ± 8,8	0,698
SF-12v2, puntuación del componente mental, promedio ± SD		42,9 ± 10,9	43,7 ± 10,4	0,166
WPAI-SHP- alteración de la actividad total, promedio ± SD		44,9 ± 26,1	43,1 ± 27,4	0,208
AINEs, n (%)		428 (78,7)	800 (77,0)	0,485
Metotrexato, n (%)		40 (7,4)	63 (6,1)	0,335
Sulfasalazina, n (%)		117 (21,5)	253 (24,4)	0,212
Esteroides, n (%)		40 (7,4)	85 (8,2)	0,624
Analgésicos, n (%)		98 (18,0)	144 (13,9)	0,033
Inhibidores TNF α, n (%)		48 (8,8)	165 (15,9)	< 0,001

^avalores p de la prueba t bilateral para las variables de escala y prueba exacta de Fisher para las variables categóricas.

^bN=459; ^cN=856

nr-axSpa= espondiloartritis axial no radiográfica; AS= Espondilitis anquilosante; SD= desviación estándar; SpA = espondiloartritis; HLA-B27 = antígeno B27 de leucocito humano; IBD = enfermedad intestinal inflamatoria, AINEs = fármacos antiinflamatorios no esteroidales; CRP= proteína C reactiva; ASDAS-CRP= Puntuación de la Actividad de la Enfermedad Espondilitis Anquilosante que contiene CRP; BASDAI= Índice de Bath de Actividad de la Enfermedad Espondilitis Anquilosante; NRS= escala de clasificación numérica; BASFI= Índice de Bath Funcional de Espondilitis Anquilosante; SF-12v2=formulario corto de encuesta de salud de 12 ítems; WPAI-SHP= Cuestionario del deterioro de la productividad laboral-problema de salud específico; TNF= factor de necrosis tumoral.

Conclusiones: Hubo algunas diferencias entre los pts con nr-axSpA y AS en la cohorte PROOF. El conjunto clínico del sexo femenino, CRP baja, entesitis, psoriasis e IBD en pts con nr-axSpA parece reflejar un fenotipo menos propenso a daño estructural en las articulaciones sacroilíacas. Sin embargo, la carga clínica de la enfermedad fue comparable entre los dos subgrupos de axSpA.

Reconocimientos: AbbVie financió el estudio PROOF, contribuyó a su diseño y participó en la recolección de datos, análisis e interpretación de los datos, y en la redacción, revisión y aprobación de la publicación. El apoyo médico en redacción fue proporcionado por Deepa Venkitaramani, PhD, de AbbVie.

Nº 17. FUNDACIÓN ESPONDILITIS CHILE: REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES

GONZÁLEZ N*, VARELA A, IBÁÑEZ S.

Fundación Espondilitis Chile. Fundación Espondilitis Chile.

Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo y Hospital Padre Hurtado

Introducción: La espondiloartritis (EspA) es un tipo de artritis que compromete la columna y, en algunos pacientes, las articulaciones de brazos y piernas. Al acceder a tratamiento con bloqueadores de TNF- α la mayoría puede llevar una vida productiva y tener una expectativa de vida normal. En Chile, la mayoría de los pacientes no cuentan con acceso a este tipo de terapia y se desconoce la epidemiología local de la enfermedad.

Objetivos: El objetivo principal es conocer las características de los pacientes con EspA en Chile.

Pacientes y métodos: Mediante la página web www.espondilitis.cl, los pacientes con diagnóstico de EspA ingresan al "Registro de Espondilitis Chile", donde deben responder una encuesta que incluye: sexo, edad, lugar de atención, previsión, región de residencia, actividad laboral, presencia de uveítis, de cambios físicos, uso de bloqueadores de TNF- α , y además una cuestionario BASDAI (un valor >4 se considera enfermedad activa).

Resultados: 432 pacientes completaron el registro, 50% mujeres. La mediana de edad fue 37 años (RIC 31-44). 62,5% de los encuestados viven en la Región Metropolitana y 81,5% se atienden en el sistema privado de salud, aunque solo 58,1% cuenta con ISAPRE. 66,2% reportan cambios físicos, 25% ha presentado uveítis alguna vez, y 64%, de 89 que contestaron esta pregunta, no trabaja producto de la enfermedad. Solo 30,1% ha recibido biológico. 63,2% usa medicina complementaria no tradicional.

168 pacientes (38,9%) respondieron la encuesta BASDAI (tabla 1). Solo 10 (6%) tuvieron un resultado <4 (5 usando bloqueador de TNF- α). Destaca que de 119 que no usan biológicos, 62,5% no pueden costear el valor. La mediana de BASDAI fue 7,25, sin diferencias significativas entre usuarios y no usuarios de biológicos.

Tabla 1. Resultados encuesta BASDAI

Total de pacientes	168
BASDAI (mediana, RIC)	7,3 (6,3-8,1)
Usuarios de bloqueadores de TNF-α (%)	49 (29,2)
BASDAI (mediana, RIC)	7,3 (6,1-8)
No usuarios de bloqueadores de TNF-α (%)	119 (70,8)
No usan por:	
Motivos económicos (%)	75 (63)
No indicado por médico	40 (33,6)
Efecto adverso (%)	4 (3,4)
BASDAI (mediana, RIC)	7,2 (6,4-8,1)

BASDAI = Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index; TNF- α = Factor de necrosis tumoral alfa; RIC = rango intercuartil.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes tiene una enfermedad activa o secuelada, pero menos de un tercio utiliza bloqueadores de TNF- α . Es indispensable mejorar el conocimiento de la enfermedad en Chile, y facilitar el acceso a los bloqueadores de TNF- α , que han marcado un cambio en el curso de la enfermedad a nivel mundial.

Nº 18. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL

PADRE HURTADO

IBÁÑEZ S*, VALENZUELA O, SILVA F, VILLAR MJ, POBLETE M, MOGOLLONES K.

Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana-UDD

Introducción: La espondiloartritis (EspA) es una patología que puede producir daño articular importante y discapacidad significativa. La mayoría de los pacientes de nuestro hospital no pueden acceder a tratamiento biológico por razones económicas. Existen pocos datos sobre las características de los pacientes chilenos que sufren la enfermedad.

Objetivos: Caracterizar los pacientes con diagnóstico de EspA atendidos en nuestro hospital.

Pacientes y métodos: Los pacientes de nuestro hospital con diagnóstico posible o confirmado de EspA son derivados a un policlínico específico de evaluación desde mayo del 2017. Se registran datos demográficos, comorbilidades, medicamentos utilizados, si cumple criterios ASAS para EspA axial o periférica, y se mide el grado de actividad de la enfermedad. En el presente análisis se incluyen los pacientes que cumplieron criterios ASAS evaluados entre mayo y julio del 2017.

Resultados: De 31 pacientes evaluados, 21 cumplieron criterios ASAS, 17 para EspA Axial y 4 para EspA periférica. Las características de estos pacientes se detallan en la tabla 1. Ninguno de los pacientes ha usado terapia biológica.

Conclusiones: Más del 85% de los pacientes tiene una actividad alta de la enfermedad a pesar de uso de antiinflamatorios y fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad no biológicos, y un tercio ya se encuentra pensionado por invalidez.

El estándar internacional de tratamiento de estos pacientes considera la implementación de terapia biológica en forma precoz, algo a lo que debemos aspirar en el sistema de salud chileno.

Tabla 1

Características de los pacientes con diagnóstico de Espondiloartritis

Número de pacientes	21
Edad, años (media, DE)	46,2 (11,5)
Edad al diagnóstico, años (media, DE)	38,7 (13,6)
Mujeres (n, %)	11 (52,4)
Pensión de invalidez (n, %)	7 (33,3)
HLA B27 presente (n, %)	4 (19)
Manifestaciones extraarticulares:	
Uveítis (n, %)	4 (19)
Psoriasis (n, %)	5 (23,8)
Enfermedad inflamatoria intestinal (n, %)	7 (33,3)
Medicamentos en uso:	
Azulfidine (n, %)	17 (81)
Metotrexato (n, %)	7 (33,3)
Prednisona (n, %)	6 (28,6)
Antiinflamatorios no esteroideos (n, %)	17 (81)
Medidas de actividad de la enfermedad:	
PCR, mg/dl (media, DE)	12,8 (17)
ASDAS PCR (media, DE)	3,7 (0,8)
Actividad al menos alta ($\geq 2,1$) (%)	100
Actividad muy alta ($>3,5$) (%)	53,8
VHS, mm/h (media, DE)	26,1 (19,4)
ASDAS VHS (media, DE)	3,7 (1)
Actividad al menos alta ($\geq 2,1$) (%)	85,7
Actividad muy alta ($>3,5$) (%)	64,3
BASDAI (mediana, RIC)	7,8 (6,8 - 8,4)
Actividad alta (BASDAI ≥ 4) (%)	90,5
BASFI (media, DE)	6,9 (2,6)
HAQ (media, DE)	1,6 (0,7)

DE= desviación estándar; HLA= human leukocyte antigen; PCR= proteína C reactiva; ASDAS= Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; VHS= velocidad de sedimentación globular; RIC= rango intercuartil; BASDAI= Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI= Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; HAQ= Health Assessment Questionnaire.

Nº 19. TERAPIA CELULAR ALOGÉNICA BASADA EN CÉLULAS MESENQUIMALES DE CORDÓN UMBILICAL EN OSTEOARTRITIS DE RODILLA: ENSAYO FASE I / II, CONTROLADO, DOBLE CIEGO

ESPIÑOZA F*, ORREGO M, MATAS P, AMENÁBAR D, INFANTE C, TAPIA R, KHOURY M, FIGUEROA F.

Departamento de Reumatología. Departamento de Traumatología. Cells for Cells. Centro de Investigación Biomédica. Universidad de los Andes

Introducción: La Osteoartritis (OA) es la enfermedad articular más frecuente y un motivo de dolor crónico, discapacidad y aumento del riesgo de morbi-mortalidad. Esto es particularmente evidente en la rodilla, uno de los sitios más comúnmente afectados. Los tratamientos convencionales ofrecen beneficios sintomáticos sin evidencia de reparación del cartílago articular. Evidencia clínica previa, particularmente en Lesión Focal Condral y Patología Meniscal, han demostrado que el tratamiento con células mesenquimales del estroma (MSC) es segura y evidencia una mejoría clínica y estructural tanto en el cartílago articular como en el menisco.

Objetivo: Evaluar la seguridad y la eficacia de una terapia celular alogénica basada en MSC de cordón umbilical (UC-MSC), administradas mediante una infiltración intra-articular a pacientes con OA de rodilla.

Pacientes y Métodos: Fueron incluidos 27 pacientes, randomizados aleatoriamente en tres grupos. El grupo MSC-1 (n= 9) recibió una inyección de UC-MSC al inicio del estudio. El grupo MSC-2 (n= 9) recibió dosis repetidas de UC-MSC, al inicio y a los 6 meses de seguimiento. El grupo Control (n= 9) recibió Ácido Hialurónico (AH) al inicio del estudio y los 6 meses. Tanto pacientes como médicos estaban ciegos. El seguimiento se prolongó por 12 meses. Se utilizaron escalas clínicas (WOMAC, EVA, OARSI responder criteria index, SF-36) y Resonancia Nuclear Magnética (RNM) (WORMS score).

Resultados: Durante el ensayo no se registraron eventos adversos serios. A los 6 meses, el dolor y la función mejoraron significativamente en los grupos MSC-1 y MSC-2 en comparación con AH según EVA (MSC1 -43.6, MSC2 -41.2 vs AH -8.4, IC95% 10, 39, p.

Nº 20. EL EFECTO DE LA LATITUD EN EL RIESGO DE FRACTURAS DE CADERA EN CHILE

RIEDEMANN J. PABLO*, BUSTOS LUIS, NEIRA OSCAR, MCCLOSKEY EUGENE, JOHANSSON HELENA, KANIS JOHN

Unidad de Reumatología y CIGES, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Chile. Clínica Alemana, Chile. Centre for Metabolic Diseases, University of Sheffield Medical School, Sheffield, UK

INTRODUCCION: El déficit de vit D en adultos aumenta el riesgo de fracturas (Fx) osteoporóticas. En el Hemisferio Norte, la incidencia de Fx de cadera aumenta con latitud creciente. Chile es un país largo, que va desde la latitud 20° S a 53° S.

OBJETIVO: Determinar el riesgo de Fx de cadera y el efecto de la latitud en Chile.

METODOS: Usando altas hospitalarias, se examinaron todas las Fx de cadera reportadas en Chile de 2001 a 2008, identificadas por CIE 10: S720, S721 o S 722. La incidencia de Fx de cadera en hombres y mujeres de 50 años o más entre 2001 y 2008 se calculó con datos de población del INE.

Se utilizó una extensión del modelo de regresión de Poisson para estudiar la relación entre el riesgo de Fx de cadera con edad, año calendario, latitud y densidad de población. La densidad de población (índice de estatus urbano/rural), se determinó para cada región. La latitud se determinó para la capital de cada región. La determinación de los coeficientes beta se realizó por separado para cada sexo. El modelo utilizó un modelo de regresión lineal por tramos de edad con nodos a los 55 y 70 años.

RESULTADOS: Tabla 1.

Para mujeres, la incidencia de Fx de cadera aumentó con la edad en un 12-17% por año, dependiendo de la edad. No hubo una tendencia significativa con el año calendario de la Fx. Hubo un cambio en el riesgo de Fx de cadera por latitud, con una disminución de 1,2% por grado de latitud. También hubo un < riesgo con una mayor densidad de población (0,01% por unidad).

Para hombres, la incidencia de Fx de cadera aumentó con la edad en un 4-13% por año, dependiendo de la edad. Hay una tendencia significativa con año calendario, con un 1% de < riesgo por año. Hubo una disminución en el riesgo de Fx de cadera de 0,7% por grado de latitud.

CONCLUSIONES: Contrariamente a la expectativa, la incidencia de Fx de cadera disminuyó con el aumento de la latitud en hombres y mujeres. Estos datos desafían la opinión de que la asociación entre latitud y Fx de cadera este mediada por el estado de vitamina D.

Tabla 1. HR por 1 step adicional (IC 95%) * Denota significancia estadística (p<0.05).

	Mujeres	Hombres
Edad <55	1.12 (1.11, 1.13) *	1.04 (1.03, 1.05) *
Edad 55-70	1.17 (1.16, 1.17) *	1.11 (1.11, 1.12) *
Edad 70 y más	1.16 (1.15, 1.16) *	1.13 (1.12, 1.13) *
Año Calendario (1-8)	1.00 (1.00, 1.01)	0.99 (0.98, 1.00) *
Latitud	0.987 (0.984, 0.989) *	0.993 (0.989, 0.998) *
Densidad de población (401 vs 1)	0.97 (0.94, 0.99)	1.00 (0.96, 1.04)

Nº 21. CONDRICALCINOSIS AXIAL

TRINCADO D², MORALES J1,² MERA C1,² VIDAL A1,² MARTÍNEZ F³, VELÁSQUEZ X^{1,2}

¹. Universidad San Sebastián, sede Patagonia ². Hospital Puerto Montt ³. ACHS, Puerto Montt

La artropatía por cristales de pirofosfato de calcio (CPPD) se caracteriza por la acumulación de éstos en el tejido articular y peri-articular, que pueden ser identificados por microscopía, biopsia y además de forma radiológica mediante la visualización de calcificaciones.

Las localizaciones más frecuentes son rodillas, muñecas y pelvis, sin embargo, existen reportes aislados de columna. Las manifestaciones radiológicas típicas en ésta última incluyen depósitos de calcio en ligamentos supraespinosos e interespinosos, longitudinal anterior y posterior, discos intervertebrales y cápsulas articulares.

Se presenta el caso de un varón de 52 años, con antecedentes de doble prótesis de caderas por coxartrosis diagnosticada a los 20 años de edad.

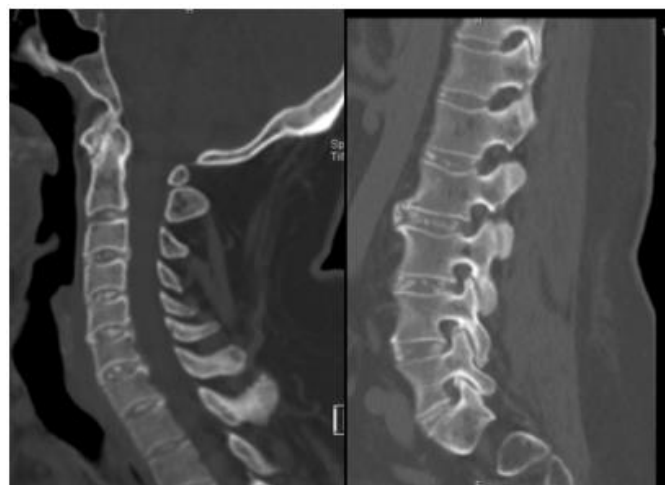
Evaluated en reumatología en febrero de 2017 por cuadro de poliartralgias de grandes articulaciones asociada a dolor de columna cervical, dorsal y lumbar.

Se objetiva severa restricción de rangos articulares en grandes articulaciones, hombro izquierdo congelado y nula movilidad de columna.

Las radiografías y TAC de columna muestran severa condrocalcinosis interdiscal con sobrecrecimiento óseo secundario a artrosis severa, y discreta estenosis raquídea solo en segmentos lumbares bajos.

Inicia tratamiento con Prednisona, Colchicina y manejo fisiátrico de reacondicionamiento muscular, estabilización de columna y piscina por 3 meses.

Hay mejoría sintomática, con mejoría parcial de la movilidad.



Nº 22. BAJA PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA ZONA SUR DE CHILE

VIDAL A¹, VELÁSQUEZ X^{1,2}, TRINCADO D².

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

El lupus eritematoso sistémico (LES) se caracteriza por un amplio espectro de manifestaciones clínicas que involucran síntomas menores como la afección cutánea, hasta compromiso de órganos internos que ponen en riesgo la vida del paciente.

Las manifestaciones clínicas varían en distintas poblaciones y zonas geográficas.

Objetivo: Determinar prevalencia de manifestaciones cutáneas en la Región de Los Lagos.

Pacientes y método: Se revisaron retrospectivamente 100 fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de LES atendidos en el Hospital de Puerto Montt. Se analizaron 64 casos que cumplieran al menos cuatro criterios SLICC 2012. Se consignó la presencia de fotosensibilidad (FS), eritema malar y Lupus discoide. Se comparó la prevalencia de estas manifestaciones con otras series clínicas y los niveles de luz ultravioleta (UV).

Resultados: 60 (93,8%) son mujeres, la edad promedio del diagnóstico fue de 48,5 años. Cincuenta y siete (89,1%) tienen ANA (+), 33 (51,6%) anti-DNA (+) y 42 (65,6%) hipocomplementemia.

El 50% de los pacientes tenían compromiso cutáneo, con 18/64 (28,1%) fotosensibilidad, 18/64 (28,1%) rash malar y 8/64 (12,5%) lupus discoide.

El nivel UV de nuestra región varía entre 2 y 3, lo que corresponde a un índice bajo a moderado.

En la tabla 1 se adjuntan los valores comparativos con serie latinoamericana (Grupo GLADEL) e índice UV.

Tabla 1: Comparación de manifestaciones dermatológicas en lupus en el Sur de Chile y cohorte GLADEL

	Latino	Sur de Chile
Tamaño muestra	1196	64
% Mujeres	90%	93,7%
Fotosensibilidad	52-60%	28,1%
Rash Malar	59-63%	28,1%
Lupus Discoide	10-20%	12,5%
Índice UV	2-9	2-3

Conclusiones: Existe una baja prevalencia de manifestaciones cutáneas en la zona sur de Chile en relación a otras zonas. Uno de los factores involucrados serían los bajos índices de radiación UV. Sin embargo, deben estudiarse otros factores como la presencia de anti-Ro, actividad lúpica y fototipo individual.

Nº 23. OSTEOMIELITIS CRÓNICA NO BACTERIANA PEDIÁTRICA EN CHILE

HERNÁNDEZ-OJEDA A*, CONCHA S, TALESNIK E, BORZUTZKY A.

Unidad de Inmunología y Reumatología Pediátrica, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

Depto. de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Pediátrica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La Osteomielitis crónica no-bacteriana (OCN) es una enfermedad ósea del espectro de patologías autoinflamatorias y autoinmunes. Los brotes recurrentes de dolor inflamatorio óseo son su característica clínica principal. La osteomielitis crónica recurrente multifocal (OCRM) es la forma más severa. Se presenta más frecuentemente en edad pediátrica. No hay reportes acerca de OCN en Chile.

Objetivos: Evaluar las características demográficas, clínicas, de laboratorio, imágenes, histopatología, diagnóstico y tratamiento en pacientes pediátricos con esta enfermedad en la Red de Salud UC-Christus entre los años 2007 y 2017.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes menores de 18 años con diagnóstico de OCN.

Resultados: se identificaron 11 pacientes con OCN (56% varones) con un promedio de edad de $9,2 \pm 2,9$ años. El retraso en el diagnóstico fue de $14,3 \pm 12,7$ meses. El seguimiento fue de $33,3 \pm 29,9$ meses. Los pacientes tuvieron en promedio $5,9 \pm 5,9$ lesiones, con compromiso del esqueleto apendicular en el 100% de los casos y compromiso del esqueleto axial en 9%. El síntoma principal fue el dolor óseo persistente en todos

los niños. El promedio de la velocidad de hemosedimentación fue de 22 ± 16 mm/hr. El 46% de los pacientes tuvieron anticuerpos antinucleares positivos y solo un caso tuvo HLA-B27 positivo. El patrón de enfermedad fue en todos los casos multifocal recurrente. El 27% de los sujetos tenía comorbilidad autoinmune, siendo artritis idiopática juvenil la asociación más frecuente. El 36% presentaba autoinmunidad en familiares de 1er o 2do grado. En el 82% de los casos las lesiones se distribuyeron en las extremidades inferiores. El 90% recibió antiinflamatorios no esteroideos con respuesta parcial. El 54% recibieron corticoides con excelente respuesta. El 27% de los pacientes logra remisión con metotrexato. El 36% y 9% logra remisión con adalimumab y pamidronato, respectivamente. Ningún paciente presentó secuelas óseas de la enfermedad como fracturas o deformación en el tiempo de seguimiento del presente estudio.

Conclusiones: El presente estudio muestra la primera serie de pacientes chilenos con OCN, en quienes predomina la forma de OCRM. La OCN es una patología infrecuente para la cual se debe mantener un alto índice de sospecha para así disminuir el retraso diagnóstico y brindar un tratamiento oportuno.

Nº 24. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN CHILE

Y PERFIL DE USO DE LOS FÁRMACOS USADOS EN SU TRATAMIENTO

MAYA J* ^(1,4) MUÑOZ L ⁽³⁾, MIÑO C ^(2,4) N, NEIRA O ⁽⁴⁾.

¹. Residente de Reumatología, ². Residente de Medicina, ³. Farmacia Hospital del Salvador, ⁴. Sección de Reumatología, Hospital del Salvador, Universidad de Chile.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune

crónica de etiología desconocida, con amplia expresión clínica e impacto en los sistemas de salud. Por lo tanto, es importante conocer los aspectos epidemiológicos locales para realizar una adecuada gestión de los recursos sanitarios.

Objetivos: Estimar las tasas de prevalencia e incidencia de LES en la población nacional.

Describir la frecuencia de uso, dosis y costo anual de los fármacos utilizados en su tratamiento.

Métodos: Para el cálculo de las tasas de incidencia y prevalencia nacional se utilizaron datos de población adscrita a FONASA y el número de pacientes ingresados al programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) por LES en MINSAL hasta 2015. La información sobre prescripción, dosis, frecuencia de

retiro y costo de los fármacos, se obtuvo de los registros de farmacia del Hospital del Salvador (HDS).

Resultados: A fin de 2015, 6.714 pacientes se encontraban registrados en el GES por LES, 6.257 (93,2%) eran mujeres. La prevalencia estimada de LES en nuestro país fue $50,7/100.000$, y la incidencia anual de $9,2/100.000$. Para el mismo período, en nuestro hospital había 463 pacientes registrados en el programa GES por LES. 66,3% de ellos retiraron sus medicamentos 11 o más veces en el año. La media de retiros anuales fue de 9,5. El costo promedio anual de la terapia farmacológica es 450.000 pesos (680 dólares) por paciente. La frecuencia de uso y dosis promedio de los fármacos usados para el tratamiento de LES en este grupo se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia de uso y dosis promedio de fármacos para LES en HDS.

Fármaco	Frecuencia de uso (%)	Dosis Promedio
Prednisona	82,1	6,8 mg/día
Hidroxicloroquina	86	233 mg/día
Azatioprina	25,5	91,6 mg/día
Micofenolato de mofetil	21,2	1.750 mg/día
Metotrexato	14	15,8 mg/semana
Ciclofosfamida	0,9	90 mg/día
Aspirina	43,2	100 mg/día
Calcio + Vitamina D	97,4	933 mg/día 1.493 IU/día

Conclusiones: comunicamos tasas de prevalencia e incidencia anual de LES en población nacional similares a las reportadas en otros países. En HDS el 82% de los pacientes se encuentran en tratamiento con dosis bajas de prednisona, 86% con antimaláricos y un 62% con inmunosupresores. Un 66,3% de los pacientes retiran regularmente los medicamentos prescritos. El costo de la terapia anual es menor a lo reportado en otros estudios.

Nº 25. AMILOIDOSIS URETERAL Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UNA ASOCIACIÓN Y UNA LOCALIZACIÓN MUY POCO FRECUENTE

CHASSIN-TRUBERT A*, GATICA H, GALLEGOS I.

Sección de Reumatología Hospital Clínico Universidad de Chile. Sección de Reumatología Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Anatomía Patológica Hospital Clínico Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN: La amiloidosis es una enfermedad infrecuente de etiología desconocida que se caracteriza por el depósito de material proteico amorfo en diversos órganos y tejidos, condicionando alteraciones según la localización e intensidad de éste.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 68 años, con antecedente de lupus eritematoso sistémico diagnosticado hace 40 años, en base a compromiso cutáneo-articular, sin reactivación lúpica en los últimos 4 años, presenta cuadro de dolor abdominal tipo cólico, localizado en flanco y fosa renal derecha, de 2 meses de evolución, sin otros síntomas asociados. Al examen físico, sólo destaca distensión abdominal. Sin elementos sugerentes de actividad lúpica. No presenta hematuria. Se realiza una ecografía abdominal que muestra leve a moderada hidronefrosis derecha, sin causa obstructiva. Se complementa estudio con PielotAC informado como litiasis ureteral distal derecha de 2 mm. Se indica terapia médica expulsiva, con mala respuesta, por lo que se decide realizar ureterolitotomía endoscópica, en la cual se evidencia lesión sólida en uréter derecho, la cual se biopsia, informándose pared ureteral con extenso depósito de material amiloide, eosinófilo y amorfo en el espesor de la pared muscular, la cual oblitera parcialmente el lumen. Rojo congo positivo, compatible

con amiloidosis ureteral. Se realiza ureterectomía distal más neoimplante uréter-vesical derecho. Se completa estudio descartando afectación de otros órganos. Paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones.

DISCUSIÓN: El diagnóstico de amiloidosis requiere la demostración del depósito de sustancia amiloide en los tejidos. En relación a la tipificación, para diferenciar la amiloidosis primaria de la secundaria, es necesario un estudio inmunohistoquímico. La amiloidosis secundaria es una complicación de enfermedades inflamatorias crónicas, sin embargo, es muy poco frecuente su asociación con lupus eritematoso sistémico. Por otra parte, si bien puede comprometer distintos órganos, el compromiso ureteral es aún más raro. En el ámbito reumatológico, es necesario tener en cuenta esta entidad, ya que el diagnóstico se basa en la sospecha clínica.

Nº 26. HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN CONTEXTO DE INFECCIÓN POR VRS EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

VERGARA K¹, CRUZ J², SAAVEDRA S².

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

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) es una manifestación rara pero potencialmente fatal en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome antifosfolípidos (SAF). El cuadro clínico clásico consiste en disnea, caída del hematocrito e infiltrados alveolares difusos, con o sin la presencia de hemoptisis. Su recurrencia, tras un período de remisión, es muy inusual. Caso clínico: Paciente de 37 años, con antecedentes de endocarditis con reemplazo válvula biológica, preeclampsia en único embarazo y LES diagnosticado hace 10 meses en contexto de HAD con anticoagulante lúpico (+). Biopsia renal informa una glomerulonefritis lúpica clase II A (índice de actividad 5 y cronicidad 0), sin evidencia de microangiopatía trombotica. Se trató con 3 pulsos de metilprednisolona y 6 pulsos mensuales de ciclofosfamida, recibiendo posteriormente micofenolato y aspirina como terapia de mantención. A los 10 meses de su debut, presenta cuadro de tos con expectoración con tinte hemoptoico. Se inicia amoxicilina y se solicita TAC de Tórax. Dada buena respuesta clínica inicial paciente desestima imágenes, pero tras aparición de disnea acude a S. Urgencia, destacando al examen eritema malar

y úlceras orales, crepitaciones pulmonares difusas, Tº 37.8°C y sat 90% con FiO2 ambiental, requiriendo CNAF. Exámenes de lab: Hgb 12 que posteriormente cae a 9.3 g/l, GB 7850/mm³ (RAN 6910), PLT 110.000/mm³, VHS 23 mm/hr, PCR 159 mg/dl, BUN 25/Creatinina 0.9 mg/dl, TTPK 44.2, paO2 60 mmHg con naricera, pCO2 30.8 mmHg. HCO3 20.3 mmHg, sat 88,7%. proteinuria 24 h 200 mg. C3 normal y C4 10, Ac antiDNAs (-). TAC de Tórax evidencia opacidades en vidrio esmerilado centrolobulillares pulmonares bilaterales. LBA: Hemosiderófagos 78%, con PCR VRS (+). Se inicia hidrocortisona 100 mg cada 8 horas, junto a Levofloxacino e Inmunoglobulinas 2 gr/kg (IgIV). Paciente evoluciona de forma favorable con estabilización de Hcto, descenso de parámetros inflamatorios y rápido destete de soporte ventilatorio. Conclusión: El VRS como causa ante de HAD se ha descrito principalmente en prematuros y en adultos trasplantados de médula ósea, hasta la fecha no existen casos descritos en LES ni SAF. En este caso, dada sospecha de reactivación grave en contexto de infección por VRS, se decide uso de IgIV, dada contraindicación a pulsos de metilprednisolona y plasmaféresis, con buena respuesta.

Nº 27. PSEUDO-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL E HIDROURETERONEFROSIS COMO MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARAVÍ Z*, DÍAZ A P, HERRERA C, JUANET C

Depto. Inmunología Clínica y Reumatología, Hospital Clínico UC-CHRISTUS, Pontificia UC de Chile.

Depto. Medicina Interna, Hospital Clínico UC-CHRISTUS, Pontificia UC de Chile

Introducción: La pseudo-obstrucción intestinal (POI) es una complicación rara dentro del compromiso intestinal del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). El diagnóstico diferencial es difícil, lo que conlleva muchas veces a un retraso en el tratamiento. La asociación de POI e Hidroureteronefrosis (HUN), se asocia hasta en un 63.6%, según la literatura. Caso clínico: Hombre de 22 años, con antecedente de síndrome de Evans, en tratamiento con prednisona. Hospitalizado en extrasistema por cuadro de 10 días de evolución de dolor abdominal difuso, asociado a vómitos y constipación. Ecografía abdominal con distensión de intestino delgado y engrosamiento parietal colónico. En contexto de abdomen agudo, se realizó laparotomía exploradora que mostró dilatación severa de íleon y yeyuno proximal con segmento de íleon colapsado, sin factor mecánico causal. Evolucionó tópidamente, con diarrea y vómitos. Estudio infeccioso negativo. EDA: gastritis crónica antral y Colonoscopia con ileítis inespecífica leve. Paciente solicita alta y consulta en Hospital Clínico UC-CHRISTUS por nuevo cuadro de dolor abdominal, vómitos fecaloideos y constipación. Ingre-

sa grave, en Shock hipovolémico. Al examen físico abdominal RHA aumentados, sensibilidad difusa, sin irritación peritoneal. Laboratorio: Hb 8.6 gr/dl, VCM 89, GB 14990, RAL 1350, Plaquetas 40000, PCR 2 mg/dl, hiperlactatemia, Creatininemia 2.8, LDH 665, hiperbilirrubinemia indirecta, TP y TTPA prolongados, fibrinógeno normal, frotis sin esquistocitos. Sedimento orina compuesto con IPC 0.9 sin acantocitos. TAC de abdomen y pelvis: íleo mecánico con punto de transición en íleon, extensa enterocolitis, moderada HUN bilateral sin factor obstructivo, derrame pleural bilateral y ascitis. Dirigidamente historia de poliartalgias, úlceras orales y alopecia. Se completa estudio con: ANA (+), ENA(-), Anti DNA por IFI y ELISA (-), Anticoagulante lúpico (+) Anticardiolipinas (+), anti-b2GPI (-), Test de coombs directo (+), C3 y C4 bajos. Evolucionan con normalización de función renal, luego de estabilización hemodinámica. **En suma:** LES grave activo con pseudo-obstrucción intestinal, HUN y compromiso hematológico. Se realiza inducción con 3 gr de metilprednisolona IV (en 3 días), seguido de prednisona 1 mg/kg/día y Ciclofosfamida 600 mg IV (0,5 gr/m²), evolucionando con buena respuesta clínica.

Nº 28. APLASIA PURA DE CÉLULAS ROJAS COMO MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO:

A PROPÓSITO DE UN CASO

MARAVÍ Z*, ORMEÑO R, BURGOS P, ROJAS P

Depto. de Inmunología Clínica y Reumatología, Hospital Clínico UC-CHRISTUS, Pontificia UC de Chile.

Depto. de Hematología, Hospital Clínico UC-CHRISTUS, Pontificia UC de Chile

Introducción: El compromiso hematológico es común en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), siendo la anemia el hallazgo más frecuente. Además del compromiso hematológico periférico se han descrito anormalidades de la médula ósea, como mielofibrosis y aplasia pura de células rojas (PRCA) en pacientes con LES. La PRCA corresponde a un síndrome caracterizado por anemia normocítica-normocrómica severa, asociada a reticulocitopenia y ausencia de eritroblastos en médula ósea normal. Constituye una causa rara de anemia asociada con LES, con menos de 28 casos reportados en la literatura.

Caso clínico: Mujer de 29 años, con antecedente de LES (artritis, serositis, linfopenia, ANA, Anti-Sm, Anti-P ribosomal, AntiDNA, hipocomplementemia y anticardiolipina positivos), diagnosticado el año 2009, en tratamiento con prednisona 5 mg/día, plaquinol 200 mg/día y azatioprina 125 mg, con enfermedad inactiva. Consulta en Hospital Clínico UC-CHRISTUS por cuadro de 2 semanas de evolución de astenia, adinamia y palpitations. Al examen físico: afebril, taquicárdica, normotensa, mucosas pálidas y examen cardiopulmonar normal. Exámenes de laboratorio: Hb 6.6 gr/dl, Hto 18.5%, VCM 98.9,

CHCM 35.7, Leucocitos 3850, RAL 500, Plaquetas 215000, VHS 131, PCR 0.09, Crea 0.56, perfil bioquímico y hepático normal, haptoglobina normal, AntiDNA negativo, C3 y C4 bajos, test de coombs directo (+++), recuento absoluto de reticulocitos de 1690, folatos y vitamina B12 normales, ferritina elevada (429), niveles EPO elevados (1072mUI/mL), PCR parvovirus B19 negativo. Sedimento orina compuesto sin GR, pero IPC 1.8, proteinuria 24 horas: 1.4 gr. Quantiferon TB y serologías VHB, VHC, VIH todos negativos. Evaluada por hematología: se completa estudio con Mielograma que informa Hipoplasia eritroblástica marcada e hiperplasia granulocítica. Cariotipo 46XX. Biopsia MO aún pendiente. TAC de tórax, abdomen y pelvis: sin hallazgos patológicos. Evaluada por nefrología: por proteinuria en contexto de LES, se realiza Biopsia renal con informe aún pendiente. En suma, cuadro compatible con LES grave activo con aplasia pura de células rojas y proteinuria en rango no nefrótico. Se maneja con transfusiones de glóbulos rojos (4 en total) e inducción con 3 gr de metilprednisolona IV (en 3 días), seguido de prednisona 1 mg/kg/día y Ciclofosfamida 800 mg IV (0,5 gr/m²). Evolucionó con buena respuesta clínica.

Nº 29. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO TARDÍO. REPORTE DE TRES CASOS CLÍNICOS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO DURANTE EL AÑO 2017

VILLAR M^{1,2}, POBLETE M^{1,2}, VALENZUELA O^{1,2}, IBÁÑEZ S^{1,2}, SILVA F^{1,2},

¹⁾ Hospital Padre Hurtado ²⁾ Facultad de medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

Lupus de inicio tardío se refiere a un subgrupo de pacientes que debutan con la enfermedad sobre los 50 a 65 años sus características clínicas y serológicas son diferentes. Tiene baja incidencia, inicio insidioso y síntomas inespecíficos. La actividad de la enfermedad es menor, pero los pacientes tienen más comorbilidades que se relacionan con la mortalidad. Se presentan 3 casos de nuestro centro.

Caso 1. Hombre de 76 años. Consultó por un mes de edema y disnea, PA 204/106, derrame pleural y pericárdico leve. Laboratorio: Albúmina 1,5 g/dl; IPC 7,13; OC con cilindros hemáticos; Hto 29%; VHS 88 mm/hr; creatinina 1,4mg/dl, serologías virales (-); ANA 1/640 patrón moteado, DNA(-), C3 109 mg/dl, C4 18 mg/dl, ANCA(-), Ac AMBG(-). Evolucionó con deterioro de función renal requiriendo diálisis. Biopsia renal: nefropatía membranosa con crecientes celulares. Recibió metilprednisolona, plasmaféresis y ciclofosfamida ev, recuperando función renal. Durante inmunosupresión presentó NAAS, ITU y Bacteriemia por Klebsiella BLEE.

Caso 2. Mujer de 78 años con antecedentes de HTA y DM2. Consultó por síntomas constituciones de un año de evolución. En el laboratorio destacaba : Hb 4,3 g/dl; GB 2700; Plaquetas 2000; VHS 27 mm/hr; creatinina 0.59g/dl; BT 0,4 mg/dl y LDH 241 U/L. Serologías virales negativas; Coombs (+); C3 59 mg/dl; C4 3 mg/dl; ANA 1/5120 moteado; DNA(-); Ro 34; La 69; Mielograma normal. Recibió metilprednisolona y azatioprina con resolución de pancitopenia.

Caso 3. Paciente de 65 años con DM2. Consultó por cuadro de 4 meses de derrame pleural, pericárdico moderado y ascitis. Laboratorio: anemia leve y proteinuria nefrótica. Serologías virales (-), ecografía con riñones de tamaño normal. Evolucionó con deterioro renal y pancitopenia por lo que se hospitalizó. Del estudio: FR(-); C3 71 mg/dl; C4 1 mg/dl; ANA 1/5120, Ro y La (+). Biopsia renal: nefritis lúpica con componente mesangioproliferativo. Inició diálisis y fue dado de alta con esteroides. Fallece al mes por shock séptico.

Conclusión. El diagnóstico de LES en adulto mayor es un desafío. Nuestros casos reflejan lo descrito en la literatura sobre diagnóstico tardío y manifestaciones atípicas al debut, pero difieren en

la baja frecuencia de compromiso renal. Es fundamental mantener una alta sospecha clínica para hacer un diagnóstico precoz que permita mejorar el pronóstico de este grupo de pacientes.

Nº 30. MIELITIS TRANSVERSA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

CARREÑO A, GÓMEZ L*

Hospital FACH

La mielitis transversa es una inflamación focal de la médula espinal que se manifiesta con alteraciones sensitivas, motoras y autonómicas. Su incidencia es baja y se puede asociar al Lupus Eritematoso Sistémico siendo una de las presentaciones neuropsiquiátricas más severas, pero es rara su presentación como primera manifestación.

Caso clínico: mujer, 49 años, HTA e hipotiroidismo. Cuadro de 6 semanas de cansancio generalizado, artralgia de manos, lesiones cutáneas eritematosas pruriginosas en extremidades. Evoluciona con fiebre, disestesias, hiperalgesia y dolor con posterior debilidad progresiva de extremidades inferiores, retención urinaria y constipación. Examen físico: lesiones eritematosas periorales. En extremidades inferiores: hipoestesia distal a rodillas, en calcetín a derecha y en parches a izquierda, fuerza M1 proximal, M0 a distal, ROT abolidos. Signos meníngeos (-). Laboratorio: Hto 26, Hb 8.5; leuc 3520, Segm 93% Linfocitos 5%; plaq 163.000, VHS 95, PCR 13 (<10); creatinina 0.6, orina prot 15mg/dl, GR 0-2, GB 0-2, sin cilin-

dro. F alcalinas 186 (<104), GOT y GPT x2 y GGT x 12, INR 1.09. Líquido cefalorraquídeo: Proteínas 298, gluc 42, leuc 600 (74% PMN, 26% MN), GR 30, ADA 54 (<5), gram sin bacterias, bandas oligoclonales (-). Estudio infeccioso (-). Inmunología: ANA 1/640 homogéneo, ! 1/640 moteado; DNA (+); ENA: Rnp 83, Ro 32 (<20), C3 y C4 disminuídos. FR (-), ANCA por ELISA: MPO y PR3 (-). Test coombs directo (+). Ac anticardiolipinas IgM 13.1 (<12.5), IgG negativo, B2 glicoproteína I IgM e IgG negativo, Anticoagulante lúpico (-). EFP aumento alfa 1 y alfa 2; Inmunofijación normal. RNM columna: extensa mielitis transversa bulbomedular-C2 y D3 al cono medular, asociada a polirradiculopatía de predominio anterior. Recibió pulsos de Metilprednisolona, luego prednisona 1mg/Kg/día con posterior disminución gradual hasta 7.5mg/día. Se realizó Plasmaferesis y se administró Rituximab 1gr IV por 2 veces. Se agregó Plaquinol y Micofenolato 2gr/día de mantención. Se ha mantenido estable sin evidencias de reactivación.

Nº 31. ENTEROPATÍA PERDEDORA DE PROTEÍNAS ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES).

A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

AVARIA J*, BANCALARI A**, CASTRO I**, CUELLAR C**, REYES A**, PINO S***.

*/**/Universidad de Concepción; **Hospital Regional GGB Concepción

INTRODUCCIÓN: En LES los síntomas GI pueden estar presentes hasta en un 50% pacientes, desde síntomas inocuos e inespecíficos como dispepsia hasta graves como la enteropatía perdedora de proteínas (EPP).

CASO CLÍNICO: Paciente mujer, 21 años con diagnóstico de LES en base a manifestaciones musculoesqueléticas, ANA(+) >1/1280 patrón homogéneo, anti DNA (+), hipocomplementemia (C3 62 mg/dl, C4 3.8mg/dl), ENAs negativo, VHS 92 mm, PCR 104 mg/L, linfopenia; función renal normal. Inició tratamiento con prednisona 60mg más hidroxycloquina 200mg día, perdiendo controles. Consulta a los 6 meses del diagnóstico en servicio de urgencia por cuadro de compromiso de estado general, disnea progresiva, distensión abdominal y edema perimaleolar. Se descarta causa pulmonar y cardiaca de disnea (imágenes normales). Exámenes bioquímicos: anemia severa microcítica hipocrómica, anti DNA (+), test de coombs positivo 3 cruces. Destaca hipoalbuminemia severa (2.3 g/dL), función renal y examen de orina normal, función hepática normal. Score SELENA SLEDAI al ingreso 8 puntos. Inicia tratamiento con prednisona 1mg/kg/día. Evoluciona con mayor dolor abdomi-

nal y distensión, sin diarrea. TAC de abdomen! n y pelvis con contraste concluyó distensión patológica de intestino delgado y ascitis moderada. Se descarta abdomen agudo quirúrgico. Se realiza colonoscopia e ileoscopia, identificándose edema y úlceras de ileón distal, ciego y colon. Biopsia concluyó cambios inflamatorios crónico activo intenso, sin reconocimiento de granulomas, criptitis, vasculitis o signos de infección por citomegalovirus. Por manifestaciones clínicas gastrointestinales e hipoalbuminemia persistente no asociada a pérdidas renales o insuficiencia hepática, se diagnostica enteropatía perdedora de proteínas. Se inicia nutrición parenteral y asociada a tratamiento corticoesteroideal se inician bolos de ciclofosfamida en pulsos, con favorable respuesta clínica.

DISCUSIÓN: La EPP asociada a lupus es infrecuente y se caracteriza por una pérdida excesiva de proteínas a través del tracto gastrointestinal, llevando a hipoalbuminemia y edema periférico. Para su diagnóstico requiere exclusión de nefritis lúpica e insuficiencia hepática. Corticoides son primera línea de tratamiento, seguida de inmunosupresores como ciclofosfamida o azatioprina.

Nº 32. RESULTADOS DEL USO DE PLASMAFÉRESIS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR

RIVERA A^{*1,3}, MAYA J^{1,3}, PERALTA A^{2,3}, NEIRA O³

¹Residente de Reumatología, ²Laboratorio de Inmuno-Reumatología, ³Sección de Reumatología, Hospital del Salvador, Universidad de Chile.

Introducción: Las vasculitis son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por inflamación de la pared vascular. Glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP), hemorragia alveolar difusa (HAD) y síndrome riñón-pulmón (SRP) son sus manifestaciones más graves. La terapia habitual incluye corticosteroides y ciclofosfamida, el rol de la plasmaféresis (PF) es objeto de controversia.

Objetivo: Describir los resultados del uso de PF en pacientes con patología reumatológica (PR) tratados en el Hospital del Salvador entre enero de 2015 y diciembre de 2016.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de 45 pacientes con PR que recibieron PF.

Resultados: 62,2% fueron mujeres, con edad promedio de 59,3 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: síndrome inflamatorio 53,3%, síntomas respiratorios 64,4%, sistema nervioso 24,4%, artritis 20%, lesiones cutáneas 15,6%, gastrointestinal 13,3%. Hubo hematuria en 78% y proteinuria en 71%.

La creatinina promedio de ingreso en los fallecidos fue 7,6 mg/dl, en los que requirieron diálisis de agudo (DA) fue 7,8 mg/dl y en los que permanecieron en hemodiálisis crónica (HDC) 9,4 mg/dl. De los pacientes que requirieron DA el 48% permaneció en HDC.

Se observó ANCAp en 52,5%, ANCAc en 20%, PR3 en 34,4% y MPO en 46,9%. En 4/9 pacientes con Ac antimembrana basal hubo además ANCA (+).

La biopsia renal evidenció en: 58,6% crecientes celulares pauci-inmune, 13,7% enfermedad antimembrana basal (EMB), 6,9% microangioopatía trombótica, 2 nefropatía lúpica y 1 GN focal y segmentaria.

Los diagnósticos clínicos fueron: VAA 64,4%, EMB 22,2%, LES 6,6%, SAF 2,2%, GNFS 2,2% y SRP 2,2%.

En los pacientes con VAA hubo 51,7% SRP, 44,8 % solo compromiso renal y 3,4% solo HAD. Un 72,4% requirió DA y 41% HDC. La mortalidad alcanzó un 27,5%. En los pacientes con EMB hubo 50% SRP, 40% solo compromiso renal y 10% solo HAD. Un 80% necesitó DA y 70% HDC, no hubo muertes.

En promedio, la PF se inició a 5 días del ingreso, con 5,9 sesiones. La mortalidad global fue de 20%.

Conclusiones: La mitad de los pacientes con VAA y EMB sometidos a PF se presentaron como SRP. Un 52% de los pacientes con DA no requirieron HDC comparados con los pacientes EMB. Los pacientes con VAA tuvieron menor requerimiento de DA y de HDC, pero peor sobrevida. Los pacientes con EMB tuvieron elevado requerimiento de HDC, pero sin mortalidad.

Nº 33. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON POLIANGEITIS MICROSCÓPICA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

ELGUETA F*, WURMANN P, VARGAS D, MOLINA ML, VERGARA K, MAC-NAMARA M, GOECKE I, GATICA H,

SABUGO F, BOZÁN F, DÍAZ JC, SAAVEDRA S.

Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La Poliangeitis Microscópica (PMA) es una vasculitis sistémica asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). Su patrón en inmunofluorescencia es perinuclear (p-ANCA) y el antígeno detectado por ELISA es la Mieloperoxidasa (MPO). Los órganos comprometidos con mayor frecuencia son el riñón (80-100%), el sistema nervioso periférico y la piel (30%). El compromiso pulmonar se reporta en un 25 a 35% de los pacientes, siendo lo más común hemorragia alveolar. En los últimos años también se ha reconocido a la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) como una manifestación más de la enfermedad. El objetivo de nuestro estudio es caracterizar a los pacientes de nuestro centro y compararlos con series internacionales.

Metodología: Estudio retrospectivo, que incluye pacientes con diagnóstico de PMA y EPI (detectados en escaner de tó-

rax con patrón UIP o NSIP), entre los años 2007 y 2016, del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se extrajeron datos demográficos, clínicos, de laboratorio y mortalidad. Los datos obtenidos fueron comparados con series internacionales. Los pacientes con otras causas que pudieran explicar el compromiso pulmonar fueron excluidos.

Resultados: Se obtuvo un total de 94 pacientes con vasculitis ANCA. 36% de estos pacientes fueron MPA y de éstos 16 tenían EPI. La edad media fue 65,3 años (32-84), con una población de predominio femenino (62,5%). Las manifestaciones más frecuentes fueron síntomas constitucionales (100%), baja de peso (68,7%) y fiebre (68,7%). Todos los pacientes tuvieron anemia, VHS alta (promedio 84 mm/hr. Rango 33-120) y PCR alta (8-22 veces sobre el valor normal de laboratorio). Todos los pacientes fueron p-ANCA y MPO positivos. Resumen de ca-

racterísticas y comparación con otras series internacionales en Tabla 1 y 2.

Conclusión: Nuestros pacientes con PMA y EPI, son de predominio femenino, tiene en su mayoría un patrón NSIP en el escáner, y mueren menos comparado con series internacionales.

Tabla 1

Edad	Sexo	TC	Inicio (meses)	RENAL	MUCOCUTANEO	NEUROLOGICO	MSQ	TRATAMIENTO	MORTALIDAD
55	M	UIP	C	NO	NO	MM	M/AI	CS/CF/AZA	NO
68	F	UIP	A (10)	NO	LR	PNP	M/AD	CS/CF/AZA	NO
79	M	UIP	A (5)	NO	LR	PNP	M/ AI	CS/CF/AZA	NO
69	F	UIP	C	NO	LR	PNP	AI	CS/CF/AZA	NO
77	F	UIP	C	GN	LR / CV	MM/HSN	AI	CS/CF/AZA	SÍ
64	F	UIP	C	GN	NO	NO	M/ AD	CS/CF/AZA	NO
81	M	UIP	C	GN	NO	NO	NO	CS/CF/AZA	NO
84	F	UIP /DAH	C	RPGN	Oral Ulcers	NO	NO	CS/CF/AZA	SÍ
63	F	UIP	A (168)	GN	NO	SNC/HSN	NO	CS/CF/AZA	NO
63	M	NSIP	A (24)	NO	NO	MM	AI	CS/CF/AZA	NO
53	F	NSIP	C	GN	LR	NO	AD	CS/CF/RTX/AZA	SÍ
68	F	NSIP/DAH	A (50)	NO	NO	PNP	M	CS/CF/PLEX/AZA	SÍ
57	M	NSIP/DAH	C	RPGN	NO	PNP	NO	CS/CF/AZA	NO
78	M	Not UIP not	C	NO	NO	HSN	M/AI	CS/CF/AZA	NO
54	F	NSIP	C	NO	LR	PNP	AD	CS/CF/AZA	?
32	F	UIP/DAH	A (84)	NO	CV	NO	NO	CS/CF/AZA	NO

UIP: Usual Interstitial Pneumonia NSIP: Non Specific Interstitial Pneumonia A: Antes C: Concomitante MM: Mononeuritis Múltiple PNP: Polineuropatía HSN Hipoacusia sensorioneural
SNC: Sistema Nervioso Central M: migraña AI: articulaciones inflamadas AD articulaciones dolorosas CS: corticosteroides CF Ciclofosfamida AZA Azatioprina PLEX: plasmapheresis RTX: Rituximab.

Tabla 2.

País	CHI	ARG	MEX	CHIN	JAP	USA	CAN	FRA	FRA
Número de pacientes	16	9	19	19	19	3	6	10	40
Edad (promedio)	65,3	58,4	54,2	63,6	66,2	72,3	69,8	70	68
Sex % (Femenino)	62,5	54,5	47,1	58	48	76,7	50	20	39
Comienzo % (A/C/D) EPI-PMA	37,5/62,5/0	55,5/54,5/0	82,3/17,7/0	68,4/31,5/0	52,6/47,3/0	33,3/76,7/0	50/33,3/16,7	30/60/10	45/43/12
TC % (UIP/NSIP/NON UIP NSIP)	62,5/31,25/6,25	88,8/0/11,2	100/0/0	100/0/0	100/0/0	0/0/100	100/0/0	60/10/30	NA
Mortalidad %	25	44,4	41,2	31	47	33,3	83,3	50	36

CHI: Chile ARG: Argentina MEX: México CHIN: China JAP: Japón USA: United states CAN: Canada FRA: Francia UIP: Usual Interstitial Pneumonia NSIP Non Interstitial Pneumoniae A: antes C: Concomitante D: Después

Nº 34. URTICARIA VASCULÍTICA: REPORTE DE 6 CASOS DE UN SOLO CENTRO

CHAHUÁN J*, FUENTES A, IRURETAGOYENA M, AGUILERA R, MANRÍQUEZ J, BURGOS PI.

Depto. Inmunología Clínica y Reumatología, Hospital Clínico UC-CHRISTUS,
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La urticaria vasculítica se caracteriza por episodios recurrentes de lesiones tipo habón que duran más de 24 horas y generalmente dejan pigmentación posterior. El diagnóstico es histológico, caracterizado por vasculitis leucocitoclástica. Es una patología infrecuente con una prevalencia estimada entre el 5-20% en pacientes con urticaria crónica, sin datos epidemiológicos en la población chilena.

OBJETIVOS: Determinar las características clínicas e histológicas de una serie de pacientes con urticaria vasculítica.

MÉTODOS: Se obtuvieron datos de pacientes con urticaria vasculítica con diagnóstico histológico atendidos en la red de salud UC-CHRISTUS durante los últimos 5 años.

RESULTADOS: Seis pacientes con diagnóstico de urticaria vasculítica todas de sexo femenino con una mediana de edad

de 43 años (24-66). En todas ellas las lesiones persistieron más de 24 horas y en la mitad de ellas resolvieron con hiperpigmentación residual y/o púrpura. Tres pacientes (50%) presentaron síntomas extracutáneos y sólo un paciente tuvo niveles de complemento disminuidos. Ninguno de los casos presentó enfermedad sistémica asociada, salvo el antecedente de cáncer endometrial en una de ellas. A nivel histológico los hallazgos más frecuentes correspondieron a infiltrado perivascular de predominio neutrofílico (100%) y leucocitoclasia (83%). Todas requirieron tratamiento inmunosupresor con buena respuesta. (Tabla)

CONCLUSIONES: La urticaria vasculítica es una enfermedad poco frecuente que se debe sospechar en pacientes con urticaria con lesiones que duran más de 24 horas.

Caso	Urticaria > 24h	Angioedema	Púrpura	Úlcera	Fiebre	Artralgia	C	ANA	ETC Cáncer	Histología	IFD	Tratamiento
1	(+)	(-)	(+)	(+)	(-)	(+)	N	(-)	(-)	Infiltrado vascular y perivascular	C5b-9	Azatioprina, Cetirizina
2	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	N	(-)	(-)	Infiltrado vascular y perivascular Leucocitoclasia	(-)	Azatioprina, Dapsona, Fexofenadina
3	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(+)	N	(-)	(-)	Infiltrado vascular y perivascular Leucocitoclasia Degeneración Fibrinoide	(-)	Colchicina, Fexofenadina, Hidroxicina
4	(+)	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	N	1/80 granular	Cáncer Endometrio	Infiltrado vascular y perivascular Leucocitoclasia	(-)	Levocetirizina, Azatioprina
5	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(-)	N	(-)	(-)	Infiltrado vascular y perivascular Leucocitoclasia	C3	Levocetirizina, Azatioprina por 1 año, Prednisona suspendida a 6 meses
6	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	↓	(-)	(-)	Infiltrado vascular y perivascular Leucocitoclasia	---	Azatioprina, Prednisona suspendida a 6 meses

C: complemento; N: normal; ANA: anticuerpos antinucleares; ETC: enfermedad del tejido conectivo; IFD: inmunofluorescencia directa

Nº 35. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR GRANULOMATOSIS CON POLIANGIITIS ENTRE LOS AÑOS 2000 Y 2016 EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

SAMANIEGO F^{1,2}, VALENZUELA F^{1,2}, GUARDA M², DEL RIO A², ADLERSTEIN I², LABARCA C^{1,2}, VALENZUELA O^{1,2}, IBANEZ S^{1,2}, VILLAR M^{1,2}, SILVA F^{1,2}.

¹⁾ Hospital Padre Hurtado ²⁾ Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción. La Granulomatosis con Poliangeitis (GPA), es una vasculitis de vaso pequeño asociada a ANCA. El diagnóstico y tratamiento precoz reducen su mortalidad significativamente. En Chile se desconoce su epidemiología, y hay poca información sobre sus características clínicas y pronóstico.

Objetivos. Describir las características clínicas, oportunidad de diagnóstico, tratamiento, y evolución de pacientes con GPA atendidos en un hospital público de Santiago.

Materiales y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de GPA entre los años 2000 y 2016, de acuerdo a criterios ACR1990 o EMA (E...). Se revisaron las fichas clínicas con foco en hitos diagnósticos, tratamiento, seguimiento y desenlaces. Además se accedió a certificados de defunción.

Resultados: De 197 casos con sospecha de vasculitis en registro de epicrisis, 18 cumplieron criterios ACR 1990 o EMA. Un 50% eran hombres, con mediana de edad al diagnóstico de 55 años (Rango 21 a 78. Las manifestaciones clínicas fueron: compromiso del estado general (16, 88%); compromiso renal (14, 77%); compromiso respiratorio bajo (13, 72%); com-

promiso respiratorio alto (5, 27%) y compromiso neurológico (4, 22%). Hubo hemorragia alveolar en 6 pacientes (33%). Se realizó test de ANCA en todos los casos, siendo positivo en 16 (88%). En 12 casos (66%) se realizó biopsia de algún órgano y en 6 (33%) se efectuó fibrobroncoscopia. El tratamiento de inducción incluyó corticoides en 18 (100%), ciclofosfamida en 14 (77%) y plasmaféresis en 3 (17%). 6 (33%) requirieron diálisis.

En 16 casos se dispuso de información de seguimiento, con frecuencia de control médico de 14(0-5). Una o más complicaciones se observó en 11(69%), incluyendo infecciones en 9 (56%), citopenias en 5(31%), diabetes 2 (13%) y fibrosis pulmonar en 1(6%). Fallecieron 10/18 (55%) a 55 (0-156) meses. En relación a los que sobreviven, el grupo que fallece presentó mayor frecuencia de diálisis (42% vs 33%), menor frecuencia de inducción con ciclofosfamida (71% vs 100%) y mayor frecuencia de complicaciones (100% vs 50%).

Conclusiones: El grupo de pacientes descrito presenta GPA severa, con alta frecuencia de hemorragia alveolar, requerimiento de diálisis, complicaciones y mortalidad. En los que fallecen, el tratamiento de inducción con ciclofosfamida fue menos frecuente, en parte relacionado a sus complicaciones.

Nº 36. VASCULITIS ANCA CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: A PROPÓSITO DE UN CASO

VERGARA K*, WURMANN P, ELGUETA F, GALLEGOS I.

Residente Reumatología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Sección Reumatología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Depto. de Anatomía Patológica Hospital Clínico Universidad de Chile.

La literatura médica describe a la Arteritis de Células Gigantes (ACG) como la causa más común de vasculitis en adultos ¹. Se manifiesta después de los 50 años de edad, con cefalea, claudicación mandibular y pérdida visual ². Aproximadamente un 40% del estudio histopatológico es positivo y se caracteriza por inflamación granulomatosa del arco aórtico y de las porciones extracraneales de la arteria carótida ^{2,3}. La presencia de compromiso de vaso pequeño en el contexto de una biopsia de arteria temporal obliga a replantearse el diagnóstico. Caso clínico: Hombre 61 años, antecedentes de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y asma bronquial. Presenta cuadro de 6 semanas de fiebre, sudoración nocturna, baja de peso de 12 kilos en 3 meses, claudicación mandibular y cefalea holocránea, dolor y sensación de debilidad en la cintura pélvica. Al examen físico destaca disminución del pulso de temporal izquierda. Exámenes de laboratorio muestran Hb 13 gr/dl, GB 11600 / UI, Plaquetas! 559000/UI, VHS 86 mm/hr, PCR 121 mg/dl (valor Normal:10) y CK total normal. Se descarta patología infecciosa. TC de tórax, abdomen y pelvis sin hallazgos significativos, VIH,

VHB, VHC, VDRL, T spot y serología para brucelosis, todo negativo. Se sospecha ACG y se inicia 1 mg/kg/día de prednisona. Se estudia ANA, ENA, Anti-DNA, EFP, C3 y C4, todos normales. P-ANCA positivo débil, anti- MPO positivo en 2 oportunidades. PET-CT muestra ausencia de captación vascular, sin hallazgos sugerentes de neoplasia. EMG normal. Biopsia de arteria temporal bilateral no demuestra inflamación, se aprecia arteria pequeña perivasculosa con moderada inflamación intramural de tipo linfocitaria y con necrosis fibrinoide, compatible con vasculitis de vasos pequeños periarteria temporal. El paciente evoluciona favorablemente. Se asocia azatioprina como terapia inmunosupresora. Conclusión: Aunque el rendimiento histopatológico en ACG es bajo, la biopsia debe solicitarse para apoyar el diagnóstico. Si bien se describe compromiso de vasos pequeños en ACG, la presencia de necrosis fibrinoide nos debe hacer pensar en una presentación infrecuente de vasculitis asociada a ANCA. Nuestro caso clínico destaca la importancia de incluir otras vasculitis en el diagnóstico diferencial de ACG, además de mantener una buena coordinación entre clínicos y patólogos.

Nº 37. ARTRITIS DE TAKAYASU REFRACTARIO A CORTICOIDES, CON RESPUESTA A TOCILIZUMAB.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO

DURAN M*; BANCALARI A**, CASTRO I**, CUELLAR C**, REYES A**, PINO S***

*/**Universidad de Concepción; **Hospital Regional GGB Concepción

La arteritis Takayasu (TA) es una vasculitis inflamatoria crónica idiopática de la aorta y sus ramas principales que sin tratamiento, producirá un daño vascular severo. Los glucocorticoides (GC) son el pilar de la terapia, pero más de un tercio de los pacientes experimenta brotes en su destete, requiriendo asociación con fármacos “ahorradores de corticoides” o inmunosupresores. Presentamos un caso de una mujer de 32 años con TA según criterios ACR 1990, de 10 años de evolución de la enfermedad, refractaria a múltiples asociaciones de fármacos y que respondió a tocilizumab.

CASO CLINICO: Mujer 32 años, portadora de AT desde el 2007, debutó con ACV embólico carotídeo con transformación hemorrágica, requiriendo by pass subclavio carotideo y axilo-axilar, HTA, TVP 2016 en tratamiento anticoagulante, uso de metotrexato sc más leflunomida desde debut y en los

últimos 6 meses previa consulta con azatioprina 100mg más prednisona 40 mg. Consulta en marzo 2016 por infección By pass subclavio carotídeo y trombosis By pass axilar y subclavio carotideo. Se realiza extracción de prótesis y tratamiento antibiótico con Linezolid según cultivo. Por fracaso de terapia inmunosupresora previa y dependencia de corticoides (guiado por síntomas constitucionales, VHS y PCR) se inició de terapia biológica con Tocilizumab 480 mg ev mensual. A los 2 meses de infusión de Tocilizumab paciente logra destete de prednisona, sin necesidad de otros fármacos inmunosupresores.

Conclusion: Se describe un caso severo y secuelado de AT que con terapia antiInterleuquina 6 logra inactividad, disminuyendo comorbilidad asociada a corticoides y franca mejora en calidad de vida

Nº 38. PARÁLISIS DE VI PAR CRANEAL COMO MANIFESTACIÓN DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES:

REPORTE DE UN CASO

FUENTES A*, MARTÍNEZ M, CHAHUAN J

Hospital Clínico red de salud UC - Christus

Los síntomas iniciales de la arteritis de la temporal pueden corresponder a alteraciones oftalmológicas. Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 71 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con eutirox 125 ug al día. Consultó inicialmente en policlínico por cuadro de un mes de evolución caracterizado por diplopía de instalación abrupta acompañada de cefalea biparietal de predominio parietal izquierdo y episodios de claudicación mandibular e hipoacusia izquierda fluctuante. Sin fiebre ni debilidad muscular proximal. Se solicitó una resonancia nuclear magnética de cerebro que fue informada con cambios microangiopáticos - Degenerativos supratentoriales. Dentro de los exámenes de laboratorio destacó una hemoglobina 11.2 gr/dl, 4870 glóbulos blancos por cc, 172000 plaquetas por cc y VHS de 43 mm/Hr. Anticuerpos antinucleares positivos con dilución 1:1280 patrón membrana nuclear. Anticuerpos dsD-

NA por IFI, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos , factor reumatoideo y ENA todos estos negativos. Complemento en rango normal. RPR negativo. Debido a la sospecha de arteritis de células gigantes, se hospitalizó para biopsia de arteria temporal izquierda y posterior infusión de metilprednisolona 250 mg por una vez seguido de prednisona 60 mg al día. La biopsia de arteria temporal izquierda confirmó el diagnóstico ya que informó infiltrado inflamatorio mononuclear y polimorfonuclear en la túnica media arterial, además de algunas células gigantes multinucleadas. También se observó focos se observa pérdida de la lámina elástica interna. Si bien los principales síntomas oftalmológicos en la Arteritis de la temporal corresponden a la isquemia del nervio óptico y retinal, la oftalmoplejia también puede ser un hallazgo. El compromiso del VI par craneal en esta enfermedad ha sido reportado en pocos casos en la literatura internacional.

Nº 39. MIOPATÍA ANTI-MDA5 EN UNA COHORTE DE PACIENTES CHILENOS CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y SOSPECHA DE ENFERMEDAD DEL TEJIDO SUBYACENTE

MAYA J*, MOLDENHAUER N, WOLFF V, FLORENZANO M, PERALTA A, BALBOA V.

Depto. de Reumatología Hospital Salvador, Depto. de Neumología Instituto Nacional del Tórax, Laboratorio de Reumatología Hospital Salvador, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Introducción: los anticuerpos asociados y específicos de miositis son útiles en el estudio de Miopatías Inflamatorias (MI), permiten definir diagnóstico, pronóstico y fenotipos clínicos. El anti-MDA5 es un nuevo anticuerpo específico de miositis. En cohortes asiáticas se ha asociado a una forma de dermatomiositis amioipática (DAM), úlceras cutáneas y Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI) Rápidamente Progresiva (EPI-RP) de elevada mortalidad. En estudios caucásicos estas asociaciones son menos frecuentes. En la actualidad no existen casos publicados en Latinoamérica, por lo tanto, desconocemos el comportamiento de esta entidad en nuestra población, como tampoco la utilidad de Anti-MDA5 en el estudio de pacientes con EPI y sospecha de enfermedad del tejido conectivo (ETC) subyacente.

Objetivos: describir las características clínicas y radiológicas de un grupo de pacientes con EPI y AntiMDA5 positivo.

Métodos: mediante técnica de Inmunoblot se realizó medición de anticuerpos asociados a miositis (16 anticuerpos incluido Anti-MDA5) en una cohorte 88 de pacientes Chilenos que presentan EPI con sospecha de ETC subyacente.

Resultados: se encontraron 4 pacientes con AntiMDA5 positivo (4,5%), dos de ellos asociados a antiRo52 y 3 con ANA positivo. Todos los pacientes son hombres, con una media de edad de 53 años. Ninguno presentó alteración de CK, VHS o PCR. Los principales patrones radiológicos encontrados fueron los de Neumonía Organizada (OP) y Neumonía Intersticial No Especifica (NSIP). 2 pacientes tenían úlceras cutáneas, y un paciente presentó DMA. Ninguno desarrolló EPI-RP. La sobrevida a la fecha es del 100%.

Discusión: aunque el número de casos es pequeño, nos impresiona que la expresión clínica de la miopatía por MDA5 en nuestra población, no es tan severa como la reportada en asiáticas, semejante a la comunicada en caucásicos, comparando características del Síndrome Antisintetasa (SAS). Se requieren más estudios en población latina para definir cual es el comportamiento de la Miopatía AntiMDA5, especialmente en grupos de pacientes con dermatomiositis.

Financiamiento: 5º concurso proyectos de investigación SSMO 2016.

Tabla 1. Características clínicas del grupo de pacientes con anti-MDA5 positivo.

Características Clínicas	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Debilidad muscular	NO	SI	SI	SI
Disnea	SI	SI	SI	SI
Úlceras cutáneas	SI	SI	NO	NO
Rash Heliotropo	SI	SI	SI	NO
Gottron	SI	SI	SI	NO
Raynaud	SI	SI	NO	SI
Manos de mecánico	SI	SI	SI	NO
Calcinosis	NO	SI	NO	NO
Fiebre	SI	NO	NO	NO
Artritis	SI	NO	NO	NO
CK elevada	NO	NO	NO	NO
PCR elevada	NO	NO	NO	NO
VHS elevada	NO	NO	NO	NO
ANA +	SI	NO	SI	SI
Ro 52+	SI	NO	SI	NO
CVF < 70%	NO	SI	NO	NO
Patrón NSIP	SI	NO	NO	SI
Patrón OP	SI	SI	SI	NO
Patrón NSIP + OP	SI	NO	NO	NO
Neumomediastino	NO	SI	NO	NO
Miocarditis	NO	SI	NO	NO
EPI RP	NO	NO	NO	NO
Dermatomiositis amioipática	SI	NO	NO	NO
Dermatomiositis clásica	NO	SI	SI	NO
Polimiositis	NO	NO	NO	SI
Vivo	SI	SI	SI	SI

Nº 40. VALORACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES CON DERMATOMIOSITIS JUVENIL: APLICACIÓN DE CHILDHOOD MYOSISTIS ASSEMENT SCALE (CMAS) Y MANUAL MUSCLE TESTING (MMT8)

MATURANA D, VARGAS P, MUÑOZ C, CASTILLO N, GODOY S, BURROWS D.

Unidad de Tratamiento Intermedio Pediátrico, Servicio de Pediatría. Hospital San Juan de Dios de La Serena

Introducción: La dermatomiositis juvenil (DMJ) constituye la miopatía inflamatoria idiopática más frecuente en la niñez. Sus manifestaciones clínicas más características son el compromiso cutáneo y muscular proximal, también gastrointestinal, respiratorio, cardiovascular y renal, por lo que una evaluación precisa nos ayudaría a generar tratamientos más efectivos y oportunos.

Objetivo: Describir la utilidad de una evaluación funcional para una oportuna intervención kinésica en sujetos con diagnóstico de DMJ.

Caso clínico: Paciente con diagnóstico de DMJ, en tto con Prednisona 40mg/día y Metotrexato 12,5mg/sem. Se aumenta Prednisona a 60mg/día con 3 pulsos de metilprednisolona por mayor debilidad muscular y disfagia. Prueba de deglución sin alteraciones. Se evalúa funcionalmente con CMAS, MMT8, Espirometría y Pimometría.

Resultados: MMT8: Se muestra un deterioro de musculatura proximal, realizando contracción visible/palpable. En musculatura distal vence la gravedad, pero sin ROM completo. Puntaje total: 19 pts. CMAS: Deterioro de la movilidad y función osteomuscular. Puntaje total: 5 pts. Espirometría: Patrón Restrictivo Severo. Pimometría: Pimáx: 22 cmH2O; Pemáx: 17.8 cmH2O; PEF: 118 L/min. A las 8 semanas de tratamiento kinésico con válvulas de entrenamiento respiratorio IMT y PEP, se evidencia: MMT8: Mantiene afectación de predominio proximal, pero con mayor fuerza muscular. Puntaje total: 35 pts. CMAS: Se evidencia mejora funcional y de resistencia muscular. Puntaje total: 28 pts. Espirometría: Patrón Restrictivo Leve. Pimometría: Pimáx: 53.4 cmH2O; Pemáx 31.3 cmH2O; PEF: 220 L/min.

Conclusión: La evaluación funcional nos permite poder tener una mirada amplia del estado clínico del paciente para poder tomar decisiones terapéuticas más efectivas. En DMJ el compromiso de diferentes funciones sistémicas nos exige poder tener una valoración funcional más acabada. Los resultados de este caso clínico, en términos de fuerza, función músculo-esquelética y respiratoria, nos muestran la efectividad de un tratamiento en presencia de una oportuna evaluación funcional.

Resultados Pre y Post

MMT8 (Manual Muscle Testing)

	19-may	17- jul
Flexores de cuello	1	2
Deltoides medio	3	5
Flexores de codo	4	6
Extensores de muñeca	4	6
Glúteo mayor	1	3
Flexores de cadera	1	4
Dorsiflexores plantares	4	6
Total	19	35

Valores Espirométricos

Fecha prueba PRE 19-05-2017 14:47:18									
Parámetros	LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	
FVC L	1,87	2,49	0,88*	35	-4,31	0,87	0,88	0,87	
FEV1 L	1,67	2,11	0,74*	35	-5,09	0,74	0,71	0,72	
FEV1/FVC %	78,1	89,4	84,1*	94	-0,77	85,1	80,7	82,8	
PEF L/s	2,56	4,76	1,74*	37	-2,25	1,74	1,37	1,44	
FEF2575 L/s	1,30	2,38	0,89	37	-2,27	0,89	0,75	0,73	
ELA años		10							
FET s		6,00	2,87	48		2,87	4,11	2,72	
FIVC L	1,87	2,49							
FEV1/VC %	78,1	89,4							
MVV(cal) L/min		83,5	25,9	31		25,9	24,9	25,2	

*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,101 23 °C (73,4 °F) - Teóricos ERS (ECCS) / Knudson

Fecha prueba PRE 20-07-2017 14:45:20									
Parámetros	LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	
FVC L	1,87	2,49	1,80*	72	-1,84	1,80	1,77	1,77	
FEV1 L	1,67	2,11	1,65*	78	-1,72	1,65	1,63	1,60	
FEV1/FVC %	78,1	89,4	91,7*	103	0,33	91,7	92,1	90,4	
PEF L/s	2,56	4,76	3,64*	76	-0,84	3,64	3,26	3,42	
FEF2575 L/s	1,30	2,38	2,14	90	-0,36	2,14	2,18	2,05	
ELA años		10							
FET s		6,00	2,39	40		2,39	2,10	2,75	
FIVC L	1,87	2,49							
FEV1/VC %	78,1	89,4							
MVV(cal) L/min		83,5	57,8	69		57,8	57,1	56,0	

*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,092 25 °C (77 °F) - Teóricos ERS (ECCS) / Knudson

Nº 41. DERMATOMIOSITIS CON RÁPIDO COMPROMISO PULMONAR Y MDA-5 POSITIVO: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

F DODDS*, JARPA E, GUTIÉRREZ M, GUTIÉRREZ M

Hospital Naval Almirante Nef, Hospital Naval Almirante Nef, Hospital Naval Almirante Nef, Hospital Naval Almirante Nef

Introducción: La dermatomiositis (DM) se presenta de variadas formas, entre ellas con compromiso de órganos, como el pulmonar. En este caso 2 patrones clínicos se asocian a mayor riesgo de enfermedad pulmonar intersticial (EPI), el síndrome anti sintetasa y la DM amiopática. Los anticuerpos contra aminoacil-ARNt sintetetas confiere mayor riesgo de compromiso pulmonar, típicamente anti Jo-1, además se han adicionado otros como anti MDA-5 (gen asociado a la diferenciación del melanoma-5).

Objetivos: revisar 2 casos de DM con compromiso pulmonar, y presencia de autoanticuerpos específicos.

Material y métodos: Estudiamos 2 casos de DM con compromiso pulmonar en los cuales se recogió datos clínicos, de laboratorio e imágenes pulmonares.

Resultados: El primer caso se trata de un hombre de 58 años, en julio 2016 presentó debilidad muscular proximal, eritema facial y cuero cabelludo y prurito cuero cabelludo, Tuvo disfagia transitoria. Al examen físico presentó signo Gottron, rash heliotropo, parestia proximal de extremidades, alteración micro circulación. El laboratorio arrojó CK 1304 Ui/dL ANA (anticuerpos antinucleares) 1:320 patrón moteado, Anticuerpos anti Ro 52 y MDA-5 +. Se trató con prednisona 60 mg/

día, metotrexato 12.5 mg/semana y Rituximab inicialmente, en diciembre 2016 aparece compromiso pulmonar con TAC (tomografía axial computada) de tórax que mostró EPI tipo no UIP, por lo que recibió ciclofosfamida. El segundo caso se trata de una mujer de 48 años con historia iniciada en abril 2017, de 3 meses de mialgias, astenia, adinamia y baja de peso de 10 kilos, la última semana apareció disnea y tos seca. Al examen hiperpigmentación en piel de zonas interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, eritema pernio, Raynaud presente, crépitos base izquierda. El laboratorio mostro CK de 9107 Ui/mL, ANA -, anti Ro +++++, anti MDA 5 y anti Ro 52 +. Un TAC de Tórax mostró opacidad en vidrio esmerilado en el segmento apical del LSD. Recibió metilprednisolona 1 gr con remisión parcial de síntomas, se agregó metotrexato oral 10 mg semana y prednisona 40 mg/día. Tres semanas después recibió Rituximab 500 mg.

Conclusiones: En estos 2 casos el compromiso pulmonar estuvo presente con MDA 5 +, en el primer caso apareció en pocos meses, en el segundo caso apareció al diagnóstico. Debemos tener presente este factor pronóstico y evaluar el compromiso pulmonar en DM.

Nº 42. LA EXPRESIÓN Y SECRECIÓN DE LAS QUIMIOQUINAS CCL3 Y CCL4 SE ENCUENTRA AUMENTADA EN LOS LINFOCITOS B DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

SOTO L.⁽¹⁻²⁾, FERRIER A(2), ARAVENA O(2), VILLALOBOS N(3), SCHINNERLING K(2), THOMAS R(4), VERDUGO R(5), AGUILLÓN J(2), CATALÁN D(2)

⁽¹⁾Reumatóloga, HCUCH. ⁽²⁾Inmunología, ICBM, Universidad de Chile. ⁽³⁾Facultad Medicina, Universidad de Chile. ⁽⁴⁾Diamantina Institute, University of Queensland. ⁽⁵⁾Genética Humana, ICBM, U de Chile

Introducción: La Esclerosis Sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por una fibrosis extensiva en la piel y en órganos internos cuya fisiopatología, presenta muchas incógnitas. Varios estudios evidencian la importancia de los linfocitos B (LB) en el desarrollo de la ES, tanto la mayor presencia de LB en los sitios de fibrosis, como alteraciones funcionales intrínsecas de éstos. Por tanto, identificar nuevas vías patogénicas que involucran LB en pacientes con ES permitirá una mejor comprensión del desarrollo de esta enfermedad y podrá sustentar a nuevas herramientas terapéuticas

Objetivo: Identificar a nivel genómico y proteico alteraciones en los linfocitos B de pacientes con ES.

Materiales y Métodos: Se reclutaron 15 pacientes que cumplían los criterios de la Asociación Americana de Reumatismo para la Esclerosis Sistémica, más 10 controles sanos. Se aislaron linfocitos B de sangre periférica y se cultivaron por 2 días en presencia o no de un anticuerpo agonista anti-BCR y CpG para activarlos. Se extrajo mRNA total de 5 pacientes y se realizó un microarray de genoma completo para determi-

nar genes diferencialmente expresados (DE) entre pacientes, y controles, en las condiciones mencionadas anteriormente. Se realizaron test de ELISA para corroborar los resultados obtenidos a nivel de mRNA.

Resultados: De un total de 24.650 genes se encontraron 89 DE asociados a la enfermedad [FDR<0,1] pero que no presentaban una razón de cambio (RC) relevante [RC<2]. Al comparar LB activados versus no activados, se evidenció que los genes CCL3, CCL4 y sus isoformas, tenían una RC mínima en pacientes, pero alta en controles [ES: 1,83 y 1,34; C: 8,43 y 7,58 para CCL3 y CCL4 respectivamente]. Esta baja RC se debe a una elevada expresión de estos genes en los LB sin estimular de pacientes. A nivel proteico, los LB sin estimular de pacientes presentaron una mayor secreción de CCL3 y CCL4 en comparación a controles, concordante con lo obtenido a nivel de transcrito.

Conclusiones: Los linfocitos B de pacientes con ES presentan una elevada expresión y secreción de CCL3 y CCL4, quimioquinas importantes en el reclutamiento y activación de

monocitos, en condiciones basales. Futuros ensayos, permitirán comprender los efectos de esta desregulación en el perfil

profibrótico de macrófagos presentes en los tejidos afectados de los pacientes.

Financiamiento: Concurso ENLACE. VID. U de Chile.

Nº 43. CRISIS RENAL ESCLERODERMICA SECUNDARIA A CORTICOIDES, REPORTE DE UN CASO

NASS M*, PEZO N, GOMEZ G, IRIBARREN J, CANTEROS E.

Hospital las Higueras, Talcahuano

Paciente de 44 años con antecedentes de tabaquismo, abuso de alcohol, con diagnóstico de Enfermedad de Raynaud hace 4 años y cuadros agudos de mialgias, 3 episodios este año, generalizadas e invalidantes que duraban una semana aproximadamente, sin respuesta a AINE. Consulta en atención primaria por cuadro de neumonía atípica, dejándose tratamiento con macrólidos, broncodilatadores y prednisona (20 mg/día). Debido a mala evolución clínica, reconsulta a los 3 días en atención primaria donde se pesquisa exacerbación de cuadro bronquial obstructivo, manejándose con nebulizaciones con salbutamol y altas dosis de corticoides endovenosos (500 mg de hidrocortisona + 4 mg de betametasona). Paciente evoluciona a las pocas horas con emergencia hipertensiva e insuficiencia respiratoria aguda en contexto de edema pulmonar agudo. Se decide realizar intubación oro traqueal y derivación a hospital base para continuar manejo en unidades críticas.

Ingresa a servicio de urgencias de Hospital Higueras en donde se maneja como edema pulmonar agudo hipertensivo

secundario a falla renal aguda (crs 4.98, bun 77.8). Evoluciona con buena respuesta a terapia depletiva y venodilatadora, siendo extubada a los 5 días. Presenta persistencia de falla renal, con ecografía que visualiza riñones de tamaño, forma y ecogenicidad normal.

Dentro del estudio de laboratorio destaca serología virales negativas (vhh,vhc). ana (+) > 1/1280, patron ac-4, ac6, ac-21. Enas (-). anca (-). Tac de tórax con focos de vidrio esmerilado hacia ambos lóbulos inferiores, asociado a leve derrame pleural bilateral.

Paciente evaluada por equipo de reumatología quien destaca presencia de esclerodactilia, teleangectasias orales y faciales, Fenómeno de Raynaud de larga data con cicatrices de úlceras digitales, reflujo gastroesofágico y facie típica de esclerodermia.

En contexto de cuadro clínico, anamnesis y examen físico se concluye esclerosis sistémica variedad limitada y confirmación de falla renal aguda en contexto de crisis renal esclerodérmica secundaria al uso de corticoides.

Nº 44. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE TEJIDO CONECTIVO (ETC) E HIPERTENSIÓN PULMONAR (HAP) EN REUMATOLOGÍA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (HSJDD)

DOMÍNGUEZ M ^{1,2}, REDONDO V ^{1,2}, SEPÚLVEDA P ³, TREJO C ², CARVALLO A ²

¹ Becados Reumatología ² Depto. Reumatología HSJDD ³ Depto Cardiología - Hemodinamia HSJDD

Introducción: La HAP es una complicación que presentan los pacientes con ETC. En Europa se asocia a SSc 13% y LES 3%. En Asia existe con mayor frecuencia HAP en LES. En Buenos Aires es 15 %. Chile sin datos. Objetivo: Caracterizar las variables clínicas y de laboratorio de pacientes con HAP y ETC controlados en Cardiología y Reumatología, HSJDD. Metodología: Estudio descriptivo de pacientes con HAP de la Unidad de Cardiología del HSJDD. Se separan aquellos con ETC y se obtienen datos de fichas clínicas. Resultados: Total pacientes ETC y HAP 20. 18 mujeres, Esclerodermia 35%, S. sobreposición 70%, LES 45%, AR 15%, EMTC 20%, S. Antisintetasa 5%. Edad promedio al diagnóstico ETC, 39 años y HAP, 46 años. El intervalo entre el diagnóstico de ETC y desarrollo de HAP es 7 años. Comorbilidades: HTA 50%, Hipotiroidismo 15%, Abortos 15%. Síntomas principales de HAP: Asintomático 18%, disnea 82%, ortopnea 41%, palpitaciones 58% , Edema EEII 29% y hemoptisis 5,8%. Capacidad funcional de pacientes: CFI 23%, CFII y III 35% respectivamente y 6% CFIV. Laboratorio: Anemia 25%, linfopenia 23%. Anti DNA 29%, Ro + 21%, Anti Sm 21%, Anti RNP 71%. Un 25% se hospitaliza por descompensación

de IC y 10% fallece. HAP por ecocardiografía: Leve 15%, moderada 20%, severa 50%. Derrame pericárdico 45%, dilatación de cavidades derechas 50%, reflujo tricuspideo leve en 66% y moderado 28%. HAP por cateterismo derecho: moderada 18%, severa 63%. En DLCO un 84% > 40 y pro BNP > 125 pg/ml en 100% de los casos. Resultado Espirometrías. Tanto AVR leve y moderada 30%. Resultado test de caminata 6 minutos: < 322 mt 20% y 63% I. BORG >5, El 26% presentó EPID: 66% NSIP y 33% UIP. Discusión: Se ha descrito en la literatura, HAP asociado a ETC secundario a SSc en 75%, LES 8-19%, EMTC 8%, AR 3-5%, DM 4%, ETC indiferenciada 2%, S. Sjogren 1%. En nuestro estudio, se observó HAP con mayor frecuencia asociado a LES, seguido de Ssc, EMTC, AR y miopatías inflamatorias. Un 70% presenta HAP moderada-severa, encontrándose daño cardiaco estructural, lo que implic a un diagnóstico tardío, dificultando su manejo médico. Las características clínicas coinciden con las publicaciones, siendo predominante la disnea, El ProBNP en todos nuestros pacientes fue mayor de 10 veces su valor normal, aumentando el riesgo de mortalidad 3 veces. La intervención precoz mejoraría pronóstico.

Nº 45. CARACTERÍSTICAS DE UN GRUPO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA DEL HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF

SILVA T*, AHUMADA S, ACEVEDO A, GUTIÉRREZ M, JARPA E, GUTIÉRREZ M

Alumno de medicina, Universidad de Valparaíso (UV),
Broncopulmonar Hospital Naval Almirante Nef (HNAN) .

Alumna de medicina UV. Broncopulmonar HNAN.

Reumatóloga HNAN. Reumatólogo, jefe medicina HNAN

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) corresponden a un grupo heterogéneo de patologías que comparten manifestaciones clínicas, radiológicas y funcionales. Dentro del grupo de las “de causa conocida o relacionada” están las EPID asociadas a enfermedades del tejido conectivo (ETC). Puede presentarse en el 15% de los pacientes con ETC, pudiendo ser, en algunos casos la primera manifestación clínica. Recientemente se ha acuñado el término IPAF (Neumonía Intersticial con Características Autoinmunes) para designar a aquellos pacientes con EPID que tienen elementos sugerentes de una enfermedad autoinmune, pero que no cumplen criterios diagnósticos para una ETC. **Objetivos:** Describir las características clínicas, radiológicas, serológicas y de la funcionalidad pulmonar en un grupo de pacientes con EPID y ETC, o pertenecientes a la clasificación IPAF, en control en el Hospital Naval Almirante Nef. **Materiales y Métodos:** Serie de casos, de corte transversal. Las variables numéricas se presentan como promedio y su desviación estándar (DS) o mediana con sus respectivos rangos intercuartílicos (RIC). **Resultados:** Se incluyó un total de 17 pacientes, 12 mujeres (70%) y 5 hombres (30%), con una mediana de edad de 70 años (RIC: 58-77). Las características generales se encuentran resumidas en la Tabla 1. Se registraron 6 casos de AR, 1 de LES, 2 casos de EMTC, 5 de vasculitis ANCA positivo, 2 de IPAF y 1 de dermatomiositis. Se determinó la diferencia de tiempo (en meses) entre diagnósticos de ETC y EPID en 8 pacientes. Los resultados de la función pulmonar se encuentran en la Tabla 7. **Discusión:** A diferencia de lo reportado en la literatura, la asociación más frecuente encontrada fue la de EPID con AR, con 3 casos de patrón UIP y 3 de NSIP. El tiempo entre diagnósticos fue sumamente variable. Destacaron títulos elevados de anticuerpos anti péptidos citrulinados y patrón moteado de anticuerpos anti nucleares. Sugerimos evaluación conjunta por Reumatólogo y Broncopulmonar de todo paciente con ETC y EPID.

Tabla 1. Características Generales

Total	17 pacientes
Sexo	Mujeres: 12 (70%) Hombres: 5 (30%)
Edad	70 años (RIC: 58-77)
ETC más frecuente	AR: 6 (35%)
Patrón al TCAR	UIP: 7 (44,7%) NSIP: 6 (37%) TC normal: 3 (18,7%)
Tiempos máximos observados entre diagnósticos (ETC respecto EPID)	36 meses antes 288 meses después
Síntoma Respiratorio más frecuente	Disnea: 13 pacientes (76,4%)
Signo Respiratorio más frecuente	Crujidos: 9 paciente (52%)
Síntoma Reumatológico más frecuente	Poliartralgias: 6 pacientes (35%)
Signo Reumatológico más frecuente	Poliartritis: 4 pacientes (23%)
Comorbilidad más frecuente	Hipotiroidismo: 6 pacientes (35%)

Tabla 7. Función Pulmonar

	Mediana y RIC	Mínimo	Máximo
VEF1	1,98 L (RIC: 1,7-2,52)	1,27 L -Mujer -77 años -AR -NSIP	3,14 L -Hombre -75 años -Vasculitis Anca -UIP
CVF	2,3 L (RIC: 1,97-2,92)	1,38 L -Mujer -77 años -AR -NSIP	4,54 L -Hombre -58 años -GPA -TC normal
Relación VEF/CVF	86 (RIC: 83-90)	60 -Hombre -58 años -GPA -TC normal	94 -Hombre -82 años -AR -UIP
DLCO	52% (RIC: 44-57)	16% -Hombre -82 años -AR -UIP	68% -Hombre -58 años -GPA -TC normal
Caída de Sat O2 en Test de Caminata	5% (RIC: 4-6)	Sin Caída 2 pacientes	11% -Mujer -37 años -EMTC -TC normal

Nº 46. UN CASO DE FASCITIS EOSINOFÍLICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS

VERGARA K*, SABUGO F, RÍOS D, GALLEGOS I, MOLINA M.

Residente Reumatología, Hospital Clínico Universidad de Chile. Sección Reumatología, Hospital Clínico Universidad de Chile.
Depto de anatomía patológica Hospital Clínico Universidad de Chile

La fascitis eosinofílica es un trastorno poco frecuente de patogenia desconocida. Se caracteriza en su fase temprana por edema de miembros o tronco y luego engrosamiento de la fascia subcutánea. La eosinofilia es un importante hallazgo de laboratorio en la primera fase. Caso clínico: Mujer 55 años consulta por cuadro de 1 año de dolor muscular generalizado y artralgias de manos. Al momento de evaluarla destacaba edema simétrico de extremidades superiores, artritis de 3ª y 4ª articulación metacarpofalángica derecha y signo del surco en ambos antebrazos. En exámenes de laboratorio se evidenció recuento absoluto de eosinófilos de 3829, VHS 21 y PCR 7.5 (VN: 10). Se descarta etiología infecciosa (VIH, VHB, VHC, HTLV1, parásitos gastrointestinales, toxocara, triquinella); exposición a fármacos, principalmente AINES y analgésicos; y origen oncológico (sin hallazgos en electroforesis de proteínas, cuantificación de Inmunoglobulinas y biopsia de medula ósea describe cambios mielodisplásicos con eosinofilia moderada de tipo reactivo). Se solicita estudio inmunológico que resulta normal (FR, AntiCCP, ANA, ANCA, AntiDNA, ENA screening, Complemento C3-C4, CK total, AMA, AML). Por sos-

pecha de Fascitis eosinofílica se solicita RM de EEII protocolo miopatías, donde se describe edema de músculos glúteos, isquiotibiales, compartimento anterior de piernas y gemelos mediales, asociado a engrosamiento de planos fasciales y edema del tejido subcutáneo. Se realiza biopsia del músculo gastronemio derecho y tibial anterior izquierdo que describe fascia con infiltrado perivascular y músculo estriado con infiltrado intramuscular linfocitario de predominio T, con escasos polimorfonucleares eosinófilos de aspecto inespecífico. Dado cuadro clínico descrito y una vez descartado otras causas de eosinofilia se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día. Paciente evoluciona con normalización del recuento de eosinófilos y resolución de los hallazgos descritos en la RM. Conclusión: La fascitis eosinofílica es una enfermedad infrecuente, por lo que al enfrentarnos a un paciente con eosinofilia debemos descartar otras causas más habituales. Pese a que en la literatura se describe la importancia de la biopsia en el diagnóstico de esta enfermedad, no se describen hallazgos patonogmónicos, siendo incluso la presencia de eosinófilos no tan constante, como fue descrito en nuestro paciente.

Nº 47. FASCEITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

GÓMEZ L *, CARREÑO A
Hospital FACH

Mujer de 18 años, segunda consulta por 1 mes de evolución de aumento de volumen en extremidades inferiores, de predominio vespertino, se acompaña de dolor al agacharse. Al interrogatorio: edema de manos, posteriormente se agrega dolor al hacer puño. Niega: Rigidez matinal, Fiebre, Artralgias, Ulceras orales, Fotosensibilidad, Raynaud, síntomas gastrointestinales. Al examen físico destaca manos con leve infiltración en dedos y edema duro de EEII hacia distal, con leve molestia al flexionar rodillas, sin sinovitis.

En primera consulta se le indica diurético, con buena respuesta, ecodoppler sin alteración. Se deriva a reumatología, se solicitan exámenes: Hto 33.7 Hb 13.3, microcitosis; GB 10660 (E12 S60 L23), PlaQ 486.000, VHS 74, PCR 46 (<10). IgG 2480 (564-1765), IgA e IgM Normal. P Hepático y OC Normal, CK normal ; FR ,CCP ANA, ENA, Jo-1, DNA, ANCA (-). Se solicita RNM EID: Fascitis difusa, simétrica, con compromiso de la pelvis, muslos, piernas y ambos pies. Edema muscular focal bilateral, edema leve en tejido celular subcutáneo especialmente en pierna distal. Sugerente de fasceítis eosinofílica. TAC

Tx y eco abdominal sin hallazgos patológicos. Se realiza biopsia PANICULITIS SEPTAL CON COMPONENTE INFLAMATORIO MIXTO EOSINOFILICO Y PLASMOCELULAR. Se decide iniciar Medrol con respuesta favorable, al control de los 9 meses con disminución de las lesiones, se logra disminución progresiva del medicamento.

La fasceítis eosinofílica es un desorden infrecuente, de etiología incierta, caracterizado por induración de la piel, eosinofilia periférica, hipergammaglobulinemia y elevación de VHS. Se presenta clínicamente como inflamación con eritema y dolor de las extremidades afectadas, generalmente simétrica en un 80% afecta EEII y 70% EEII. Así como también afectar otras partes del cuerpo, como abdomen, tórax, cabeza y cuello. Se puede acompañar de pérdida de peso, astenias y mialgias. Así como también afectación de tendones y articulaciones, describiéndose incapacidad de cerrar el puño en etapas avanzadas.

Nº 48. SÍNDROME DE FIEBRE PERIÓDICA, ESTOMATITIS AFTOSA, FARINGITIS Y ADENITIS (PFAPA) ASOCIADO A ÚLCERAS GENITALES EN ADULTO JOVEN: REPORTE DE UN CASO

ORMEÑO R*, USLAR T, HERRERA A.

Depto. de Reumatología, Universidad Católica. Depto. de Medicina Interna, Universidad Católica.

Depto. de Reumatología, Universidad Católica

Introducción: El síndrome de PFAPA es una de las enfermedades autoinflamatorias más frecuentes en la infancia, ocasionalmente diagnosticada en la adultez. Los ataques se inician entre los 2 a 3 años y ceden antes de los 10 años. Sin embargo este síndrome ha sido también descrito en adultos jóvenes, usualmente confundido con otras entidades autoinmunes.

Descripción del caso: Mujer de 20 años con antecedente de lupus cutáneo. Historia desde los dos años de amigdalitis recurrente, asociado a fiebre y úlceras orales. Durante los últimos años se agregó, úlceras vulvares dolorosas, que requirió manejo quirúrgico en una oportunidad. Actualmente 3 días de dolor abdominal y diarrea autolimitada, se agrega odinofagia con placas amigdalinas blanquecinas, adenopatía anterior sensible, úlceras orales y úlcera en labio mayor. Del estudio: SGA (-), Panel viral respiratorio molecular ampliado (-), Cultivo faríngeo (-) y periféricos (-). Hemograma Normal. VHS 36. PCR 7.54 (VN<0.5). Procalcitonina (PCT) 0.12 (VN<0.09) Serología VEB y CMV (-) Ferritina 177. Recuento de Ig, destaca IgE elevada en 806 (VN<1584), C3 y C4 normales, AntiDNA (-) Coombs directo (-) ANA + 1/640 granular fino denso. ACL/B2GP1/LAC

(-) RPR no reactivo. Se inicia Ampicilina Sulbactam y antipirético persistiendo fiebre por más de 48 horas. Por sospecha de PFAPA se inició a metilprednisolona 500 mg por una vez con rápida respuesta y sin fiebre, desaparición de lesiones faríngeas y disminución de dolor y tamaño de úlcera genital. Se da de alta con prednisona 30 mg c/día por 7 días y colchicina 0.5 mg c/12 hrs. Al control ambulatorio a los 5 días paciente persiste asintomática con reversión de úlceras genitales.

Discusión: A diferencia de la presentación pediátrica, la periodicidad de la fiebre y faringitis resulta menos frecuente en adultos pero con mayor intensidad de síntomas sistémicos. Dentro del laboratorio se ha reportado aumento de parámetros inflamatorios sin alza concordante de PCT, elevación de IgE y ocasionalmente ANA +.

En la literatura ya se ha descrito la relación entre úlcera genital y PFAPA, habiéndose incluso propuesto agregarlo dentro de los criterios diagnósticos. Por lo tanto, ante episodios de fiebre recurrente, parece imprescindible recordar esta entidad muchas veces adjudicada solo a pacientes pediátricos.

Nº 49. INTERFERONOPATIAS TIPO I EN CHILE

BORZUTZKY A*, PIÑONES M, GALLO S, GONZALEZ B, VINET A, HERNÁNDEZ A, QUEZADA A, POLI C, ORANGE J, STAROKADOMSKYY P, BURSTEIN E
Pontificia U. Católica de Chile. Hospital L.C. Mackenna. Hosp. Dr. H. Henríquez A. Hosp. Dr. E. González Cortés. U. del Desarrollo.
Baylor College of Medicine. U. of Texas Southwestern Medical Center.

INTRODUCCIÓN: Las interferonopatías tipo I (IT1) son un grupo recientemente reconocido de trastornos autoinflamatorios y autoinmunes monogénicos, caracterizados por la activación constitutiva de la vía de señalización del interferón tipo I (IFN). **OBJETIVOS:** Caracterizar a pacientes con IT1 en Chile. **MÉTODOS:** Se realizó encuesta electrónica de pesquisa de pacientes con IT1 entre reumatólogos pediátricos del país. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado por secuenciación genética y/o firma de IFN alterada. **RESULTADOS:** Se incluyeron 4 pacientes con IT1 en Chile: vasculopatía asociada a STING (SAVI) (n=1), síndrome de Aicardi Goutieres (AGS) (n=1), trastorno pigmentario reticulado ligado al X (XLPDR) (n=1), dermatosis neutrofílica crónica con síndrome de lipodistrofia y temperatura elevada (CANDLE) (n=1). Paciente 1: niño de 13 años con historia de inicio neonatal caracterizada por fiebre, inflamación sistémica, vasculitis de vaso pequeño con lesiones ulcerativas distales y amputación digital, perforación de septum nasal, infecciones cutáneas secundarias. Secuenciación genética demostró variante de novo p.V147L en gen TMEM173 y se detectó firma de IFN alterada, diagnosticándose SAVI. Pa-

ciente 2: niño de 2 años con retraso del desarrollo psicomotor desde los 2 meses, síndrome extrapiramidal, espasmos, hipotonía axial, atrofia cerebral con calcificaciones de ganglios basales y neopterinina aumentada en LCR. Estudio exómico mostró mutación heterocigota compuesta en gen TREX1: p.D185N! y p.Y360C. Firma de IFN resulta alterada confirmándose AGS. Paciente 3: niño de 13 años con facies atípica, hiperpigmentación reticulada progresiva, neumonía recurrente, estenosis uretral, rectorragia, bronquiectasias, hipohidrosis, queratitis erosiva bilateral. Se diagnosticó XLPDR, confirmada con firma de IFN alterada y variante homocigota g.24744696A>G en gen POLA1. Paciente 4: niña de 14 años, hija de padres consanguíneos, con fiebres recurrentes desde lactante, úlceras de extremidades inferiores, daño pulmonar crónico, infecciones recurrentes y fistula palatonasal. Secuenciación genética demostró mutación homocigota g.32810787_A>G de gen PSMB8 diagnosticándose CANDLE. **CONCLUSIONES:** Esta es la primera serie nacional de IT1, enfermedades raras con graves consecuencias multiorgánicas. Es necesario ampliar el conocimiento de éstas para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Nº 50. ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO POTENCIALMENTE FATAL

KUSNIR P*, BASUALDO W, CÁCERES D.

Reumatóloga Clínica Santa María. Reumatólogo Clínica Santa María, Universidad de Chile.

Alumno quinto año Medicina Universidad Mayor

Introducción: La enfermedad de Still es una patología inflamatoria sistémica de baja prevalencia cuyo diagnóstico es de exclusión, aún seguimos utilizando los criterios de clasificación introducidos por Yamaguchi el año 1992. Si bien es una patología de baja mortalidad sus eventuales complicaciones podrían hacerla fatal.

Casos clínicos: Mujer de 46 años con inicio súbito de fiebre más calofríos, mialgias, artralgias, y rash evanescente. Al ingreso destaca leucocitos 19.200, PCR 317, ferritina 4.318, cultivos de sangre y orina negativos, serología viral e inmunológica negativa. Cumple criterios de Yamaguchi por lo que se diagnostica una Enfermedad de Still y se inicia tratamiento con MP y Tocilizumab. A las 3 semanas de hospitalización persiste febril y aparece elevación de transaminasas y LDH, las plaquetas bajan a 73.000, la ferritina se eleva a 15.000 y los triglicéridos a 313, se solicita fibrinógeno que se encuentra <50. Se sospecha un Síndrome de Activación Macrofágica y se indican nuevos pulsos de MP más IGIV y ciclosporina con buena respuesta. Se obtiene posteriormente el resultado del receptor soluble de interleukina 2 en 9.770 muy por encima de los 2.400 requeridos para confirmar el MAS.

El segundo caso es un hombre de 34 años que acude a la urgencia por cuadro de 1 semana de fiebre hasta 40°, mialgias, odinofagia, rash macular generalizado y sinovitis de carpos y tobillos. Al ingreso destaca ferritina 8.000, leucocitos 14.200, PCR 186. Durante la noche debe ser trasladado a UCI en shock cardiogénico que requiere drogas vasoactivas, se le realiza ecocopia que mostró dilatación del VI con FE 35% sin derrame pericárdico, CPK y CKMB normales con ProBNP muy elevado. Se cuenta con cultivos y serología autoinmune y viral negativos por lo que se inicia tratamiento del Still con miocarditis con MP, IGIV y Tocilizumab con buena respuesta.

Conclusiones: En Enfermedad de Still del Adulto se describe como complicación grave el MAS que es el debut de la enfermedad en la mitad de los casos. Hay que sospecharlo frente a fiebre persistente, trombopenia, alza de triglicéridos y baja de fibrinógeno y tratarlo en forma rápida y agresiva por la alta mortalidad. La miocarditis que puede presentarse como arritmias o falla cardíaca es una complicación infrecuente que ocurre en forma precoz, habitualmente en hombres jóvenes y que responde rápido a los corticoides.

Nº 51. ENFERMEDAD DE ORMOND: A PROPÓSITO DE UN CASO

POBBIO F*, BARRIA L, AGUIRRE V, SILVA J.

Internista, Reumatólogo, Reumatólogo, Internista

Paciente sexo Masculino, 47 años, con antecedentes de DM2, consulta por cuadro de 20 días de dolor en hipocondrio y fosa iliaca derecha intermitente, sin alteraciones en tránsito intestinal ni genitourinarias. Múltiples consultas en Servicio Urgencia, examen físico sin signos de irritación peritoneal, en tratamiento sintomático.

Por persistencia del cuadro clínico, se solicita TC abdomen y pelvis, compatible con masa de partes blandas periaórticas cuyo diferencial plantea metástasis, linfoma o fibrosis retroperitoneal.

El 13.02.17 se realiza Bp de tumor retroperitoneal:

1. Tu periaórtico: tejido graso con focos de necrosis e importante infiltrado fibrino-leucocitario subagudo. Pequeño linfoganglio 1.5 mm eje mayor. Sin evidencia de neoplasia.

2. Tu y arteria mesentérica inferior: segmento de arteria muscular sin hallazgos patológicos. Tejido graso con focos de necrosis grasa e importante infiltrado inflamatorio crónico supurativo. Dos linfoganglios con hiperplasia folicular. Sin signos de malignidad.

3. Grasa periaórtica: Tejido graso con focos de necrosis grasa e importante infiltrado fibrino-leucocitario subagudo. Sin signos de malignidad.

Presentado en comité oncológico, hallazgos compatibles con Fibrosis Retroperitoneal Idiopática.

Paciente actualmente asintomático, en controles regulares en policlínico Reumatología.

La Enfermedad de Ormond (EO) es una enfermedad infrecuente con una incidencia aproximada de 1/1.000.000 personas/año. Habitualmente, de presentación clínica inespecífica, y datos de focalidad dependientes del órgano afectado. Dada la baja prevalencia de esta patología, se realizará una revisión bibliográfica del tema.

Nº 52. HEPATITIS AUTOINMUNE INDUCIDA POR USO DE ANTI TNF EN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: REPORTE DE UN CASO

MAC-NAMARA, M*; CRUZ, F; CARREÑO, L.

Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: los tratamientos con anti TNF son ampliamente utilizados en distintas enfermedades autoinmunes como Artritis Reumatoide (AR) y Espondilitis Anquilosante (EA). A pesar del beneficio clínico hay reportes de enfermedades autoinmunes con su uso, como hepatitis autoinmune (HAI). Presentamos el caso de un paciente con Espondilitis Anquilosante que estando en tratamiento con Infliximab desarrolla HAI.

Caso Clínico: hombre de 35 años con EA HLAB27 (+) con compromiso axial y periférico, refractario a AINES y DMARDs. Se decide inicio de anti TNF (Infliximab). Posterior a cuarta dosis presenta alteración del perfil hepático, transaminasas 4-7 veces LSN. Se suspende Infliximab, se descarta infección por virus hepatitis, se realiza estudio ANA >1/640 homogéneo, ASMA 1/160, AMA negativo, IgG 1870 mg/dl, ecografía abdominal muestra esteatosis hepática, Colangio RNM normal. Se decide realizar biopsia hepática, que muestra arquitectura distorsionada, focos de necrosis confluyente, espacios porta expandidos por fibrosis con infiltrado inflamatorio moderado (linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos), escasa formación de rosetas; concluye hepatitis crónica con actividad inflama-

torial portal, periportal y lobulillar leve a moderada, necrosis confluyente, fibrosis leve, compatible con Hepatitis autoinmune. Se inicia prednisona 30mg/día logrando normalización del perfil hepático. Se decide no reiniciar anti TNF.

Discusión: el aumento leve de transaminasas es frecuente con infliximab, sin embargo, hay reportes de casos severos. Se han descritos diversos casos de HAI en relación al uso de Infliximab. De ellos, la mayoría son mujeres con AR y Enfermedad de Crohn (EC), no hay casos reportados en hombres con EA, por lo tanto, nuestro paciente corresponde al primer paciente masculino con EA que desarrolla HAI.

El desarrollo de HAI es principalmente durante el primer año de terapia, similar a lo que sucedió con nuestro paciente.

La mayor parte de los casos muestra mejoría de la hepatitis al suspender el anti TNF e iniciar tratamiento específico (esteroides con o sin inmunosupresor). Nuestro paciente requirió suspender anti TNF y tratamiento esteroideal.

El switch a adalimumab una vez resuelta la hepatitis muestra ser seguro, sin embargo, no hay datos en EA. En nuestro paciente se decidió no utilizar nuevamente un anti TNF.

Nº 53. ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4 – SERIE CLÍNICA

CUELLAR MC*1, BADILLA N1, LANDEROS C2, BASUALDO J1,4, ERLIJ D1, MICHALLAND S1, FERNÁNDEZ C3, NEIRA O1,5.

¹Sección Reumatología, Hospital Salvador, U. de Chile ²Residente Medicina, Hospital Salvador, U. de Chile

³Unidad A. Patológica, Instituto Nacional del Tórax ⁴Clínica Sta María ⁵Clínica Alemana, Santiago.

Introducción: La enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) es una entidad fibroinflamatoria sistémica con infiltrado tisular de células plasmáticas IgG4 (+). Tiene gran variabilidad clínica, comprometiendo uno o más órganos y manifestándose como pseudotumor, organomegalia o serositis. De reciente descripción, los reportes en nuestro país son escasos.

Objetivo: Caracterizar las variables clínicas y de laboratorio de pacientes con ER-IgG4.

Método: Se realizó una evaluación multicéntrica de pacientes con ER-IgG4 entre los años 2013 y 2017.

Resultados: Describimos 12 pacientes con confirmación histológica de ER-IgG4. La edad promedio fue 47 años (18-66), 75% fueron hombres, 25% con antecedentes de alergia. Un 50% tuvo compromiso de más de 1 órgano y 16% de más de 2 órganos. El compromiso más frecuente fue torácico (50%): 3 poliserositis, 2 pulmonar intersticial y 1 fibrosis mediastínica. El segundo órgano más comprometido fue riñón, 4 pacientes (33%) con enfermedad renal parenquimatosa: 3 nefritis tubulointersticial (NTI) y 1 nefropatía membranosa. Además, hubo 2 fibrosis retroperitoneal, 2 aortitis, 2 sialoadenitis, 1 pseudotumor orbitario, 1 pancreatitis, 1 paquimeningitis, 1

tumor intraespinal y 1 linfadenopatía. Todos los pacientes con afección pulmonar o renal tuvieron compromiso de más de un órgano. Un 33% presentó eosinofilia, 75% elevación de VHS (prom. 41 mm/h) y 50% PCR alta (prom. 29mg/L). En 4/10 hubo niveles elevados de IgG4 sérica (prom. 473mg/dL) y en 2/10 complemento bajo. En la biopsia, todos ! mostraron infiltrado linfoplasmocitario, 42% fibrosis estoriforme, ninguno flebitis obliterante y en 11/12 se describe infiltración de células plasmáticas IgG4 (+). El tratamiento de primera línea fue prednisona, con dosis promedio de 40 mg/d. Por fracaso a esteroides en 25% se agregó metotrexato o azatioprina. Dos pacientes requirieron uso de Rituximab. Hasta la fecha, no hubo mortalidad.

Discusión: En nuestra serie, la ER-IgG4 tuvo una presentación clínica variable, destacando el compromiso multiorgánico en los pacientes con enfermedad renal o pulmonar. Dos de los tres pacientes con NTI presentaron hipocomplementemia, condición en la que este fenómeno está descrito. La flebitis obliterante, que es un rasgo distintivo de la histología de ER-IgG4, no fue informada en nuestra serie, lo que podría estar influido por la experiencia del observador.

Nº 54. MITOCHONDRIAL TRANSFER FROM MESENCHYMAL STROMAL CELLS (MSC) TO HUMAN T CELLS: A NOVEL MECHANISM OF MSC-MEDIATED REPROGRAMMING OF IMMUNE CELL FUNCTION

COURT A, LE GATT A, LUZ-CRAWFORD P, KURTE M, ORTUZAR MA, KHOURY M, FIGUEROA F*

Cells for Cells; Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

Introduction: Mesenchymal stem cells (MSC) are progenitor cells with immunosuppressive capacities that have fueled ample translation for the treatment of immune mediated diseases, achieving regulatory approval for the treatment of Graft versus Host Disease (GVHD). Though paracrine effects seem contributory, recent evidence suggests that cell-to-cell transfer of MSC mitochondria (MitoT) to target tissues is a new mechanism of action. We herein provide the first evidence of MitoT to T cells, also relating it to a novel immunomodulatory mechanism of MSCs.

Materials and Methods: MitoT was evaluated using in vitro co-culture of MSC with target PBMCs. Functional effects were assessed using "Mitoception" to artificially transfer MSC-derived mitochondria into T cells. The readout included proliferation, anergy-related gene expression and metabolic assays. The in vivo effect was tested in a humanized Xenograft mouse model.

Results: A dose-dependent MitoT was observed from MSCs to CD45+CD3+ cells, reaching a maximum of 60% on proliferating CD4+ population. Functional analysis showed a 25% decrease of the division index of transferred cells, and significant changes of mRNA gene expression related to activation/anergy pathways, including TNFRSF, CTLA and NFAT. Preliminary metabolic analysis displayed a 50% increase in glycolytic function of sorted T cells. In vivo, MitoT improved weight loss and survival of GVHD animals up to 30%. It decreased the proliferation rate of CD4+ cells by 20%, and the production of IFN γ in both CD4+ and CD8+ populations.

Discussion: These findings present the first evidence of MitoT from MSC to lymphocytes. This unraveled mechanism untangles new functions widening the horizon of their clinical applications.

Financiamiento: Fondecyt 1170852

Nº 55. MIOCARDITIS EN PATOLOGÍAS AUTOINMUNES: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

QUEZADA P* ⁽¹⁾, CÁRDENAS F⁽²⁾, GUTIÉRREZ MT⁽³⁾, JARPA E⁽⁴⁾, GUTIÉRREZ MA⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Residente Medicina Interna, Universidad de Valparaíso. Departamentos. de ⁽²⁾Cardiología, ⁽³⁾de Reumatología, y ⁽⁴⁾de Neumología, Servicio de Medicina, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar

Introducción: La miocarditis es una inflamación del miocardio secundaria a agentes infecciosos, tóxicos o autoinmune. Aunque el gold standard es la biopsia miocárdica, caracterizada por infiltrado inflamatorio y necrosis de cardiomiocitos, la resonancia nuclear magnética (RNM) es el método de imágenes de elección para su diagnóstico. La miocarditis en las enfermedades autoinmunes son de mal pronóstico y causa de mortalidad. Presentamos un caso de Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeítis (GPE) y un caso de LES que desarrollaron una miocarditis demostrada por RNM y tratada exitosamente con ciclofosfamida.

Caso 1: Paciente asmática y diagnóstico de GPE con p-ANCA (+). Por palpitations con extrasistolías ventriculares polimórficas, se realiza ecocardiograma que muestra dilatación de cavidades derechas leve. La RNM cardíaca demuestra áreas parcheadas de defecto de contractilidad y realce tardío, compatible con compromiso por vasculitis. Se trató con pulsos de metilprednisolona, seguidos de pulsos de ciclofosfamida endovenosa; con adecuada respuesta clínica.

Caso 2: Paciente de 45 años con LES en tratamiento con hidroxiquina y prednisona. Se hospitaliza por insuficien-

cia cardíaca aguda, con ecocardiograma que mostraba disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo de tipo miocardiopático, sin dilatación de cavidad, con fracción de eyección del 22%, dilatación y disfunción sistólica ventricular derecha. Coronariografía sin lesiones significativas. RNM cardíaca con cardiomegalia a expensas de cavidades derechas, moderada insuficiencia tricuspídea, disfunción sistólica ventricular izquierda, sin poder orientar a una etiología específica. Se trató con pulsos de metilprednisolona y pulsos de ciclofosfamida endovenosa, con excelente respuesta clínica, y mejoría de fracción de eyección.

Discusión: La miocarditis se presenta clínicamente hasta en el 60% de los pacientes con GPE y en el 10% de los pacientes con LES. Por su mal pronóstico requiere reconocimiento precoz para un tratamiento oportuno. La RNM cardíaca es la herramienta diagnóstica de elección, junto con el ecocardiograma y la clínica. Aunque no existen ensayos clínicos controlados, el tratamiento incluye corticoides en dosis altas, orales o en pulsos endovenosos, junto con inmunosupresores como la ciclofosfamida.

Nº 56. MEDICIÓN DEL PERFIL OXIDATIVO Y EXPRESIÓN DE CITOQUINAS PROINFLAMATORIAS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

LILIAN SOTO^{1,5}, CAROLINA HERNÁNDEZ², NÉSTOR VILLALOBOS³, DANIEL BUENO⁴, ALLYSON CID³, MELISSA MIRANDA³ Y ANTONIETA LANAS³. DIEGO CATALÁN⁵.

¹. Reumatóloga Hospital Clínico de la Universidad de Chile. ². Depto de Tecnología Médica. U de Chile. ³ alumnos Medicina. U de Chile. ⁴. Depto de Fisiatría. HCUCH. ⁵ ICBM.

Introducción: La Fibromialgia (FM) es un Síndrome de Dolor musculoesquelético generalizado que se explica por el desarrollo de Sensibilización Central. Aun así, muchos síntomas de la FM no son explicables por este modelo y hoy en día la evidencia apunta a la respuesta inflamatoria y oxidativa. Por esto, nuestro objetivo fue evaluar mediadores inflamatorios del eje Th1/Th17 y su relación con el stress oxidativo en sujetos con FM.

Objetivo General: comparar los productos del status inflamatorio y stress oxidativo en pacientes con FM, comparados con pacientes Artritis Reumatoide (AR) y controles sanos (CS).

Material y Métodos: Se reclutaron personas de sexo femenino, 43 pacientes con FM, que cumplían con los criterios de clasificación del ACR 1990 y 2010 y 10 pacientes con AR en tratamiento, que cumplían con los criterios del ACR 2010, además de 10 CS. A las pacientes se les evaluó con medición de Tender Points, escalas específicas como FIQ, HAQ más datos demográficos y generales. Las citoquinas TNF alpha e IL17A séricas se midieron mediante ELISA. La determinación de radicales libres y especies reactivas del oxígeno se evaluó mediante el kit ROS/Superoxide detection assay en muestras

de sangre total, desde donde se aislaron mononucleares de sangre periférica (PBMC) por un gradiente de densidad. Los PBMC fueron marcados con anti CD4, para linfocitos T CD4+ y anti CD14 como marcador de monocitos y luego fueron teñidos con sondas específicas para radicales libres del oxígeno (ROS) y Superóxido dismutasa (SOD) y evaluadas mediante citometría de flujo. Análisis estadístico: Posterior a la evaluación de distribución normal, los datos para cada grupo fueron analizados con Anova y post test de Kruskal- Wallis

Resultados: Los niveles de IL17A séricos presentaron diferencias estadísticas en relación con los CS, pero no se observaron diferencias entre sujetos FM y AR, lo cual apoya la teoría de FM como condición inflamatoria. La identificación de células activas del punto de vista oxidativo mediante la determinación de SOD y ROS, tanto en linfocitos (CD4+) como en monocitos (CD12+), fue estadísticamente superior en pacientes con FM respecto a las pacientes con AR y los CS. "

Conclusión: Niveles de ROS/SOD en pacientes Fibromiálgicas demuestran una mayor activación del Estrés oxidativo, comparadas con pacientes AR, a igual expresión de citoquinas inflamatorias.

Financiamiento: Concurso de Temas Libres. OAIC. HCUCH.

Nº 57. ANÁLISIS INTERCONSULTAS AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

IÑIGUEZ C.*, MORIANO MORALES C, RETUERTO GUERRERO M, GARIJO BUFORT M, CRESPO GOLMAR A, ÁLVAREZ CASTRO C, DÍEZ ÁLVAREZ E, LÓPEZ ROBLES A, MARTÍN MARTÍNE
Hospital Universitario de León, España

INTRODUCCIÓN. Las consultas hospitalarias al servicio de reumatología son frecuentes, debido a la elevada prevalencia en la población general de enfermedades reumatológicas y su tendencia a la cronicidad, con elevada morbilidad y costes socioeconómicos.

OBJETIVO. Evaluar las interconsultas recibidas en nuestro servicio de pacientes hospitalizados durante un año.

MATERIAL Y MÉTODOS. Análisis retrospectivo y descriptivo de todas las interconsultas recibidas en la Unidad de Reumatología durante 12 meses.

RESULTADOS. Se incluyeron 158 pacientes: 79 varones con edad media 70,25+11 años y 79 mujeres con edad media 64,5+17,9 años. El 84,8% presentaron FRCV, predominando la HTA (65,7%). Los motivos de interconsulta fueron: evaluación clínica articular inflamatoria (38,6%), lumbalgia y

artralgias (9,5%), manifestaciones extraarticulares (10,12%), alteraciones serológicas (8,9%), hallazgos de pruebas de imagen (3,15%), valoración necesidad de tratamiento y ajuste de terapia de fondo (19,6%).

De los 61 pacientes con clínica articular inflamatoria se objetivó artritis en el 82%: 35 casos de artritis microcristalina y 11 de artritis reumatoide (AR). Un tercio de los pacientes valorados por lumbalgia y artralgias presentaron enfermedad inflamatoria reumatológica subyacente y de los 16 casos que precisaron valoración por manifestaciones extraarticulares, el 50% padecía una enfermedad autoinmune sistémica (EAS).

El 57% de los pacientes con alteraciones serológicas fueron diagnosticados de EAS. 34 pacientes precisaron valoración de tratamiento, 3 de ellos por posible toxicidad y 31 por ajuste de terapia de fondo. Se instauró tratamiento corticoideo en mo-

noterapia en el 17% de los casos y asociado a AINES/colchicina hasta en el 26,58%, pautándose inmunosupresor en el 9,5% de los pacientes.

Se remitieron a consulta externa 91 pacientes, 62 de ellos ya conocidos por nuestro servicio. El 42,4% de las interconsultas se resolvieron durante el ingreso.

CONCLUSIONES. Destaca la variedad de las consultas rea-

lizadas. La patología inflamatoria predomina en todos los pacientes valorados. Se produce una alta resolución de las consultas durante la estancia hospitalaria, y posterior seguimiento.

En nuestro estudio, se demuestra el papel del reumatólogo para realizar un enfoque clínico adecuado y un buen diagnóstico diferencial de las diferentes enfermedades reumatológicas.

Nº 58. TELEMEDICINA:

ACERCANDO LA REUMATOLOGÍA A LA POBLACIÓN DE LA ZONA SUR Y PATAGONIA CHILENA

VELASQUEZ X^{1,2}, VIDAL^{1,2}, TRINCADO D¹, FOLCH³, JARA G⁴, VENEGAS F⁵, GUZMÁN P⁶, QUINTEROS N⁷, SEPÚLVEDA S⁸, VENEGAS F⁹, VIDAL P¹⁰, INSUNZA A¹¹.

¹Hospital Puerto Montt. ²Universidad San Sebastián. Hospitales: ³Palena, ⁴Futaleufú ⁵Frutillar ^{6,7}Calbuco ⁸Llanquihue ⁹Mauñín ¹⁰Fresia.

La Telemedicina constituye una herramienta que permite proporcionar atención médica especializada usando la tecnología de las telecomunicaciones

Objetivos: 1. Mejorar el acceso a medicina sub-especializada a pacientes que viven en áreas aisladas. 2. Disminuir los costos y tiempos de traslados de estos enfermos. 3. Optimizar la satisfacción laboral y reducir el aislamiento profesional de los médicos que trabajan en regiones extremas.

Material y métodos: Entre mayo del 2015 y julio del 2017 se realizaron 1.020 atenciones de Telemedicina entre Reumatólogo de Hospital Puerto Montt (HPM) y 7 centros hospitalarios del SS Reloncaví. Los casos se envían al HPM vía mail 48 horas previo a la conexión; incluyen anamnesis, examen físico, laboratorio, radiografías y fotos del paciente en caso necesario. En cuanto a las atenciones de los Hospitales de Palena y Futaleufú se evalúa de forma directa al paciente a través de videoconferencia. Posteriormente se registran las atenciones en ficha digital y se envían como contra-referencia vía mail al centro hospitalario correspondiente.

Resultados: Se logró resolución inmediata en 630 (61,6%) atenciones lo que implicó un ahorro de 139.412 Kms y \$10.675.200 requerido para el traslado de pacientes desde su lugar de origen al HPM.

390 (38,4%) debieron asistir al Policlínico de Reumatología del HPM por duda diagnóstica, necesidad de infiltraciones locales o ingreso a programas GES.

Las principales patologías atendidas fueron: Artritis reumatoidea (49%), Artrosis (9,1%) y reumatismo de partes blandas (5,8%).

Actualmente no existe lista de espera reumatológica en ningún centro hospitalario en conexión (7).

Conclusiones: Las características geográficas del SS Reloncaví, que da cobertura de salud a un alto % de población rural con grandes distancias entre las distintas localidades y el HPM, hacen de la Telemedicina una herramienta fundamental que permite expandir la cobertura en atenciones de salud por especialista, reduce las listas de espera, optimiza los tiempos clínicos, disminuye los tiempos de traslado y el costo que estos implican.

Tabla 1.

Número de atenciones, costo de pasajes y distancia entre HPM y los distintos centros hospitalarios. Ahorro total en pesos y kilómetros

Hospital	Nº atenciones	Distancia por paciente (kms)	Ahorro en desplazamiento	Ahorro en dinero	Porcentaje de Resolutividad primera consulta
Calbuco	288	55	15840	1152000	64,9 %
Frutillar	133	44	5852	319200	50,4 %
Llanquihue	126	26	3276	252000	53,2 %
Mauñín	120	74	8880	480000	51,7 %
Fresia	111	68	7548	444000	73,9 %
Futaleufú	110	405	44550	3740000	69,1 %
Palena	134	399	53466	4288000	66,4 %
Total	1022	1071	139412	10675200	61,6 %

Nº 59. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES AMBULATORIOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE IQUIQUE

URRUTIA B.*¹, ZENTENO C², ZENTENO G³, ZENTENO S⁴

Unidad de reumatología Hospital E.T.Galdames ^(1,2), CESFAM pulgar ⁽³⁾, CESFAM Aguirre⁽⁴⁾

INTRODUCCION. La Región cuenta con sólo un hospital de referencia con unidad de reumatología y recibe a todos los adultos del sector público. La prevalencia de diversas formas de reumatismos en adultos en EEUU es mayor al 21%. En Chile los datos son imprecisos.

El objetivo del estudio es conocer el perfil epidemiológico de pacientes ambulatorios atendidos en la unidad de reumatología (UR) de Iquique.

METODO. Se revisaron registros de pacientes ambulatorios atendidos durante un año en la UR (02 de mayo de 2016-28 de abril de 2017), extrayéndose nombre, nº de ficha, género, edad, diagnósticos (hasta 3 por paciente), país de origen y comuna de residencia. Se consideró zona urbana a la provincia de Iquique y rural a la de Tamarugal. Los datos se codificaron, se tabularon las 15 patologías más frecuentes y se analizaron los datos con Excel.

RESULTADOS. Se obtuvieron 2053 registros y 11 fueron eliminados (datos incompletos). Los residentes urbanos fueron 1904 (93.31%). Se registraron 1715 mujeres (84%) y 327 hombres (16%) con edades de 12 a 93 años (56.4±15.2 promedio y SD) de los cuales 1961 (96%) eran chilenos, siendo peruanos y bolivianos los extranjeros más frecuentes. La comuna con mas

consultas fue Pozo Almonte (N=79), 2 pacientes eran de otras regiones, 59 no tenían diagnóstico reumatológico y 84 se encontraban en estudio. Las 10 patologías más frecuentes fueron Artritis Reumatoide (38.5%), osteoartritis, fibromialgia, lupus, espondiloartropatía, artropatía por cristales, síndrome de Sjögren, vasculitis, patología de partes blandas y esclerodermia (95,4% de las patologías).

Conclusiones. El alto porcentaje de mujeres y la edad promedio es concordante con los escasos datos nacionales existentes. La población extranjera asociada a la Zona Franca hacía sospechar que la atención de extranjeros sería mayor a lo detectado. La predominancia de pacientes urbanos era esperable dadas las características geográficas de la región. La frecuencia relativa de los diagnósticos efectuados en la UR puede deberse a su condición de centro de referencia. Enfermedades más frecuentes en la población general, como patología de partes blandas, podrían ser atendidas preferentemente en otros servicios. La información recabada deberá ser expandida con otros estudios y nos permitirá crear programas de atención selectivos, dirigidos a los grupos de la población según sus necesidades.