

## Reumatología

## Rheumatology

### RE-1

#### DEBILIDAD MUSCULAR Y DISFAGIA COMO SÍNTOMA INICIAL DE SÍNDROME ANTISINTETASA: REPORTE DE CASO

**ESPINOSA-SERNA JUAN SEBASTIÁN, DORADO DELGADO LINA MARCELA.**

*Hospital Universitario Mayor. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** El síndrome antisintetasa (SAS) definido por la presencia de anticuerpos séricos contra aminoacil-ARNt sintetasas (ej. Anti JO-1), miopatía inflamatoria, enfermedad pulmonar intersticial, artralgias, fenómeno de reynud e hiperqueratosis cutánea “manos de mecánico”. Hasta el momento sólo se ha descrito un caso que debutó con disfagia y sus desenlaces.

**Diseño y método.** Reporte de caso y revisión sistemática de la literatura con los criterios MESH “antisynthetase syndrome” AND “dysphagia”, en PUBMED, MEDLINE, EMBASE, SCOPUS, LILACS y COCHRANE. Presentación de caso: Masculino de 72 años, consulta por debilidad proximal en cuatro extremidades, disfagia para sólidos y pérdida involuntaria de peso de cuatro meses de evolución. Al examen físico con edema en dedos, hiperqueratosis periungueal, fenómeno de reynud y manos de mecánico, CPK 7500 U/L, AST 515 U/L ALT 332 U/L, ANAS 1/640 patrón citoplasmáticos sugestivos de anti-ribosomas, Anti JO-1 positivos y tomografía de tórax con patrón de neumonía intersticial no específico, con lo que se diagnóstico SAS, iniciando manejo con metilprednisolona 1g/día por 3 días y ciclofosfamida 750 mg. Sin embargo, por progresión de disfagia se adiciono inmunoglobulina G (IVIG), sin respuesta clínica favorable, culminando en gastrostomía por riesgo de broncoaspiración y falla ventilatoria.

**Resultados.** Es el segundo caso reportado en la literatura de SAS que debutó con disfagia y debilidad proximal, en el que describimos que pese al uso de inmunoglobulina G (IVIG), se requirió de manejo con gastrostomía documentando la agresividad y mal pronóstico de esta entidad cuando se asocian las dos condiciones clínicas.

**Conclusiones.** El SAS un subtipo de miopatía inflamatoria poco frecuente, con una presentación clínica diversa, con pronóstico ominoso cuando en los síntomas de inicio cursa con disfagia incluso pese al tratamiento médico óptimo . Adicionalmente, este es el primer reporte de caso en Colombia.

## RE-2

### ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO DENTRO DEL ESPECTRO DE ARTROPATIAS INFLAMATORIAS: REPORTE DE DOS CASOS

DE LA ROSA DEREK, DE VIVERO LUIS, CORDERO ALVARO, MORA KEVIN.

*Fundación Hospital Universidad del Norte. Barranquilla, Atlántico.*

**Introducción.** La enfermedad de Still del adulto es una entidad rara de compromiso sistémico con características inflamatorias, de etiología desconocida. Su prevalencia es baja con pocos casos reportados en la literatura. Desde los primeros reportes descritos en casos pediátricos se ha venido presentado un aumento de la frecuencia de los reportes en adultos. Su diagnóstico representa un reto clínico puesto que no existen marcadores paraclínicos o imagenológicos específicos para esta enfermedad que permitan una adecuada categorización, por lo que se ha propuesto criterios clasificatorios de los cuales los más conocidos son los de Yamaguchi y Fautrel. Continúa siendo un diagnóstico de exclusión y hace parte del diagnóstico diferencial de muchas patologías.

**Diseño y Métodos.** Describimos dos casos de pacientes femeninos con cuadro de más de 15 días de evolución, consistente con síndrome febril persistente, artralgias, rash eritematoso maculopapular evanescente, odinofagia y adenopatías, con perfil inmune e infeccioso negativo, completando criterios de Yamaguchi para enfermedad de Still del adulto, recibiendo manejo con corticoides orales y AINES con evolución favorable.

**Resultados.** En los presentas casos, las pacientes fueron categorizadas como enfermedad de Still del adulto posterior a un abordaje diagnóstico completo donde se descartó etiologías infecciosas, neoplásicas, e inmunológicas más frecuentes, cumpliendo con los criterios clasificatorios propuestos por Yamaguchi y Fautrel.

**Conclusiones.** La enfermedad de Still del adulto es una enfermedad sistémica, inflamatoria, poco frecuente, que implica un reto para el clínico debido a sus síntomas inespecíficos y escasas herramientas paraclínicas y de imágenes para su documentación. La historia clínica es clave para su diagnósticos y tratamiento.

## RE-3

### VASCULITIS POR LEVAMISOL. UN RETO DIAGNÓSTICO

**RIVAS JORGE, GÓNGORA ANDRÉS, ALZA JHONGERT, ALZA LYZINHAWER, MEZAMELL FARID.**

*Hospital Universitario Mayor Méderi. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** La vasculitis por levamisol es una patología que puede imitar hallazgos clínicos y paraclínicos de vasculitis asociado a ANCA, dificultando la diferenciación entre ambas patologías. Se presenta un caso de paciente con lesiones cutáneas con patrón vasculítico asociado a múltiples marcadores autoinmunes y la correlación con la literatura.

**Diseño y métodos.** Estudio descriptivo. Reporte de caso con estrategia de búsqueda términos MeSH: Levamisole; ANCA vasculitis; Cutaneous vasculopathy; Cocaine vasculitis.

**Resultados.** Paciente femenina de 49 años con cuadro clínico de lesiones purpúricas en extremidades inferiores, lóbulo de orejas y tronco; dolorosas a la palpación. Paraclínicos con ANAS, p-ANCA, c-ANCA, Anti-DNA, anticoagulante lúpico, anti-RO y Anti-LA positivos, complemento disminuido. En primera instancia paciente negó consumo del alcaloide, posteriormente paciente solicita egreso voluntario y 2 semanas después reingresa ante persistencia de lesiones donde acepta consumo de cocaína lo cual permite el diagnóstico. Se inició manejo con esteroides sistémicos y egreso con rehabilitación e indicación de suspender el consumo del alcaloide.

**Conclusiones.** El levamisol es una sustancia que se utiliza para adulterar la cocaína y potenciar sus efectos psicotrópicos. La toxicidad por este compuesto puede tener manifestaciones clínicas locales en un 91%, con lesiones cutáneas purpúricas de predominio localización orejas y extremidades; Y con menos frecuencia manifestaciones sistémicas como glomerulonefritis, hemorragia alveolar y agranulocitosis. Clásicamente en un 95% de los casos se ha documentado un perfil autoinmune con patrón ANCA positivo, no obstante se pueden elevar otros autoanticuerpos. Para el diagnóstico es fundamental una alta sospecha clínica y la determinación del consumo de cocaína. El pilar del tratamiento se basa en suspensión del consumo del alcaloide. En cuanto al uso de corticoides para manifestaciones locales es controvertido y se reserva junto a otras terapias inmunosupresoras e inmunomoduladoras para casos con afectación sistémica.

## RE-4

### CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON LUPUS Y FIEBRE: ACTIVIDAD, INFECCIÓN O AMBAS.

**ARAGÓN DIANA, MORA CLAUDIA, BELTRÁN ADRIANA, BASTIDAS ALIRIO.**

*Universidad de La Sabana. Chía, Colombia.*

**Objetivo.** Describir las características clínicas y de laboratorio en pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) hospitalizados por fiebre, cuyo diagnóstico final fue infección, actividad lúpica o ambas (actividad e infección).

**Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de LES admitidos por fiebre en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Clínica San Rafael, se estudiaron variables clínicas y paraclínicas dividiéndose en tres grupos de interés, pacientes con actividad de la enfermedad, infección o ambas, de acuerdo con el diagnóstico definitivo una vez se daba el alta hospitalaria. Se estudiaron variables de clínicas y de laboratorio realizándose una descripción de la población en los tres estados.

**Resultados.** Se evaluaron en total 115 pacientes incluyéndose al análisis final 108 pacientes. El promedio de edad fue de 38 años (DE:15) y el 86% fueron mujeres. El puntaje promedio de SLEDAI en toda la población fue de 6 (RIQ:10), los pacientes con infección y actividad el puntaje mostro una mediana de 9,5 (RIQ:9). No hubo diferencias significativas entre los síntomas clínicos y hallazgos de laboratorio en los diferentes grupos. El uso de prednisolona en los últimos 3 meses fue mayor en el grupo de infección ( $p=0,001$ ) pero sin diferencias significativas entre las otras terapias de inmunosupresión.

**Conclusión.** El uso de esteroides en los últimos tres meses, el puntaje de la escala SLEDAI y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de LES podrían ser variables que pueden ayudar a discriminar entre infección y actividad en pacientes con historia de LES y fiebre, los hallazgos clínicos y paraclínicos no discriminan entre estas condiciones de enfermedad.

## RE-5

### BAJOS RECuentOS LEUCOCITARIOS COMO MARCADOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN COLOMBIA

**SANTAMARÍA-ALZA YEISON, SÁNCHEZ-BAUTISTA JULIÁN DAVID, COY-QUIROGA AMALIA, ALARCÓN GÓMEZ ZULLY MARCELA, BAUTISTA GRANADOS DIANA PATRICIA.**

*Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** Hasta el 50% de los pacientes con LES, se presentan con alteraciones hematológicas en algún momento de la enfermedad. Así mismo estas alteraciones se relacionan con complicaciones como por ejemplo la mortalidad. El objetivo de este trabajo fue determinar si los recuentos leucocitarios se asociaban a desenlace fatal en estos pacientes.

**Diseño y métodos:** Estudio de corte transversal que incluyó 106 pacientes con LES que consultaron al servicio de urgencias entre el año 2012 -2016 del Hospital Universitario de Santander. Se tomó medición de hemograma de IV generación a todos los pacientes. Las variables independientes fueron: leucopenia, leucocitosis, neutropenia, neutrofilia, linfopenia, linfocitosis, monocitopenia, monocitosis, eosinopenia, eosinofilia, basopenia y basofilia. La variable dependiente principal fue mortalidad intrahospitalaria. Se realizó análisis descriptivo y bivariado entre las variables dependientes (recuentos leucocitarios) e independiente (mortalidad).

**Resultados.** Del total de pacientes, el 82,55% correspondió al sexo femenino. La edad promedio fue de 36,8 años. Se observó leucocitosis en el 26,85% y leucopenia en el 18,79% de los pacientes. El 14,7% de los sujetos fallecieron. Las alteraciones más frecuentes con relación al recuento leucocitario fueron: linfopenia (56,9%), eosinopenia (32%) y neutrofilia (24,1%). En el análisis bivariado se encontró asociación estadísticamente significativa entre mortalidad intrahospitalaria y leucopenia (OR: 3.93, p=0.006), neutropenia (OR: 4,48, p=0.03) y linfopenia (OR: 2.8, p=0.036).

**Conclusiones.** Se realizó el primer estudio colombiano en el que se evaluó la asociación entre el recuento leucocitario y la probabilidad de morir en hospitalización. Se determinan como variables independientes de riesgo para mortalidad la leucopenia, neutropenia y linfopenia.

## RE-6

### CURSO CLÍNICO DE UN SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO TIPO II EN EXTREMIDAD SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

**BERDUGO PEREIRA ELIANA MILENA, CHAPARRO MERCHÁN MARÍA VICTORIA, PORRAS BUENO CRISTIAN ORLANDO.**

*Hospital Universitario de Santander, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) tipo II es una entidad clínica poco frecuente en el que se evidencia compromiso nervioso posterior a un evento nocivo (traumatismo o cirugía). Su presentación clínica es consecuencia de un proceso patogénico multifactorial que involucra inflamación neurogénica, disfunción simpática y cambios en la plasticidad del sistema nervioso central. El diagnóstico es básicamente clínico con la presencia de alteraciones autonómicas, motoras y sensoriales. Su tratamiento debe ser multidisciplinario incluyendo medidas no farmacológicas, tratamientos farmacológicos y procedimientos invasivos.

**Diseño y métodos.** Caso clínico.

**Resultados.** Hombre de 43 años de edad, sin antecedentes médicos, quien presentó trauma en pulpejo del tercer dedo de mano derecha, con posterior dolor y edema local, parestesias y cambios vasculares, que no mejoraron con manejo médico convencional. Fue necesario la realización de neurectomía de colaterales la cual desencadenó un empeoramiento de sus síntomas con aumento del dolor, linfedema, retracción cutánea y pérdida funcional del miembro superior derecho.

**Conclusiones.** Por medio de la historia clínica y fotografías suministradas por el paciente logramos evidenciar las tres fases evolutivas de la enfermedad: *fase inflamatoria*, con dolor, edema, hiperemia, *fase distrófica* con piel fina y cianótica, uñas agrietadas, retracción cutánea, fibrosis articular y *fase atrófica* con desarrollo de síndrome hombro-mano y pérdida funcional de la extremidad. El presente caso resulta de interés dado permite evidenciar las fases clínicas de un SDRC tipo II. No hay casos similares en la literatura que logren ilustrar la secuencia clínica en su totalidad. Lo anterior en posible relación con el inicio de la enfermedad en fase avanzada o un subdiagnóstico de la fase inicial.

La descripción de casos clínicos similares puede ayudar a comprender mejor el curso clínico de esta enfermedad, permitiendo así diagnósticos y tratamientos tempranos que generen resultados exitosos.

## RE-7

### REPORTE DE CASO. LUPUS Y HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA. ¡DEL RETO DIAGNOSTICO A LA SUPERVIVENCIA!

**SUAREZ MORENO JUAN DAVID, DIAZ ANAYA EDIER OBDULIO,  
PEDRAZA RIAÑO DIEGO.**

*Hospital Universitario Los Comuneros. Bucaramanga. Santander, Colombia.*

**Introducción.** La hemorragia alveolar difusa (HAD) en una complicación infrecuente del lupus eritematoso sistémico (LES) pero con un alto índice de mortalidad, clínicamente tiene una presentación variable de síntomas heterogéneos pudiendo debutar de forma aguda como disnea severa con choque hipovolémico, deterioro cardioce-rebropulmonar y la muerte, a continuación presentamos un caso de una mujer con LES que presento una HAD.

**Diseño y métodos.** Descripción de un caso clínico y revisión de literatura

**Resultados.** Presentamos el caso de una paciente femenina de 49 años con una historia clínica conocida de lupus eritematoso sistémico con mala adherencia al tratamiento, quien presentó una sintomatología aguda de disnea progresiva que evoluciona en pocas horas a compromiso severo de la función pulmonar, en el ingreso de la paciente dado cuadro clínico, reporte paraclínico y radiográfico se inicia de manera empírica manejo antibiótico de amplio espectro bajo la sospecha diagnóstica de una sepsis severa secundaria a una neumonía adquirida en la comunidad, se completaron 48 horas de manejo antibiótico con empeoramiento del estado clínico que incluso requirió ingreso a unidad de cuidado intensivo (UCI) con soporte vasopresor e intubación orotraqueal, se propone realización de fibrobroncoscopia y lavado broncoalveolar que deja en manifiesto una hemorragia alveolar difusa, se inicia manejo con corticoides a altas dosis como primera línea de tratamiento consiguiendo desde el inicio una buena respuesta clínica, permitiendo posteriormente la liberación de la ventilación mecánica asistida con egreso de la UCI y de la institución de salud en corto tiempo.

**Conclusiones.** La HAD como manifestación del LES es un cuadro clínico que puede ser catastrófico si no se diagnostica a tiempo e inicia el manejo adecuado, alcanzando altas tasas de mortalidad en las primeras horas, es difícil diagnóstico para el clínico es por eso que elegir la terapia antibiótica e inmunosupresora puede hacer la diferencia entre la vida o la muerte.

## RE-8

### ENFERMEDAD DE STILL EN UN ADULTO COLOMBIANO: CAUSA INFRECUENTE DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

GÓMEZ AYALA JAIME ALBERTO, CÁCERES DELGADO LAURA CAMILA, ORTIZ HENAO JESÚS ANDRÉS, SERRANO NAVIA DIANA, CALDERON GAMBA ANDRÉS.

*Foscal internacional. Bucaramanga. Colombia.*

**Introducción.** Una de las causas más frecuentes de consulta es la fiebre, pero cuando esta es crónica y de origen desconocido se convierte en un reto para los clínicos la identificación de la causa. La enfermedad de Still en el adulto (ESA) es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida. La prevalencia global es de 1/ 100.000 personas caucásicas. En Colombia es escaso el reporte, siendo una entidad infrecuente y/o subdiagnosticada. Se manifiesta clínicamente por fiebre en aguja, rash macular, artralgias y leucocitosis neutrofilica.

**Diseño y método.** Caso clínico.

**Resultados.** Adulto joven diagnosticado con Enfermedad de Still, en quien se destaca la presentación de derrame pleural izquierdo y derrame pericárdico como variaciones sintomáticas que aportan a la epidemiología de esta enfermedad en Colombia, para el diagnóstico se le realizó exámenes que descartaron la etiología infecciosa, tumoral y autoinmune. Se inicia manejo antirreumático con adecuada evolución. **Discusión.** El caso presentado es infrecuente y/o subdiagnosticado, cuyas variaciones clínicas son descritas en la literatura europea y norte americana, por lo que se pretende incentivar la consideración del diagnóstico y sus presentaciones a nivel mundial. El diagnóstico e inicio oportuno del tratamiento mejora indiscutiblemente el pronóstico y calidad de vida de estos pacientes y previene la mortalidad relacionada con sus presentaciones inusuales.

**Conclusiones.** Debe considerarse la ESA como diagnóstico diferencial, ya que el diagnóstico y tratamiento oportuno previene complicaciones y mejora el pronóstico de los pacientes. Incentivar su estudio, con el fin de caracterizar los síntomas presentados principalmente en nuestra región con el fin de comparar las divergencias entre presentaciones usuales en países latinoamericanos y europeos o norteamericanos facilitando la práctica clínica.

## RE-9

### SÍNDROME DE EVANS EN UN HOMBRE JOVEN CON RHUPUS: REPORTE DE CASO.

**TORO LÓPEZ LUIS ÁNGEL, DUQUE SÁNCHEZ JUAN DANIEL.**

**Introducción.** Los fenómenos de superposición en Reumatología tradicionalmente se han considerado situaciones raras, entre las cuales se ha descrito el Rhupus como la presentación conjunta de Artritis Reumatoide (AR) y Lupus Eritematoso Sistémico (LES), que se caracteriza por una mayor carga erosiva articular que termina condicionando mayor discapacidad y deterioro en la calidad de vida del individuo.

**Diseño y métodos.** Reporte de Caso

**Resultados.** Se presenta el caso de un hombre de 21 años, con antecedente de AR, quien consulta por cuadro de ictericia y síntomas generales, encontrándose anemia hemolítica autoinmune y trombocitopenia como manifestaciones hematológicas de LES, adicionalmente con TTP prolongado con anticoagulante lúpico positivo, con respuesta clínica favorable tras el inicio temprano de terapia inmunosupresora con glucocorticoides, azatioprina e hidroxicloroquina. **Discusión:** La manifestación de un Síndrome de Evans en un paciente joven con antecedente de AR, hizo sospechar un proceso autoinmune concomitante, cumpliendo criterios para un LES activo. El Rhupus constituye un reto diagnóstico y terapéutico, con evidencia limitada en la literatura actual, pero ayudas diagnósticas como los anticuerpos antipéptido citrulinado han demostrado utilidad para orientar el diagnóstico diferencial del compromiso articular que puede presentarse en LES per se. Este caso no se trata de una mera asociación aleatoria de condiciones reumatológicas, sino de evidencia de un sustrato fisiopatológico común en el contexto de poliautoinmunidad, como testimonio del concepto de tautología autoinmune, y que en últimas debe ser la diana del abordaje terapéutico.

**Conclusiones.** Es fundamental el oportuno reconocimiento e intervención de los pacientes con antecedentes de enfermedad reumatológica que se presentan con síntomas y signos adicionales que pueden orientar hacia el diagnóstico de otras entidades que se sobreponen, siendo tributarios de medidas terapéuticas agregadas para tratar de modificar su pronóstico.

## RE-10

### ENFERMEDADES REUMATICAS AUTOINMUNES ASOCIADO A LUES

**SIERRA-MERLANO RITA M, MORALES-MONTOYA MILENA,  
COGOLLO-GONZÁLEZ MARYSABEL.**

*Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.*

**Introducción.** Las Enfermedades Reumáticas Autoinmunes (ERA) son un grupo de entidades crónicas de causa desconocida con manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorio similares. La sífilis es una enfermedad infecciosa aguda o crónica causada por el *Treponema pallidum*. La reacción del VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) es la prueba no treponémica (rearginica) más utilizada en el diagnóstico y seguimiento del tratamiento de la sífilis, no es específica y puede ser negativa en estadios iniciales. Las pruebas treponémicas detectan anticuerpos específicos, son útiles como prueba confirmatorias, formas tardías y neurolues. El tratamiento de las ERA con inmunosupresores llevó al tamizaje preventivo de infecciones (énfasis en tuberculosis y hepatitis). El objetivo de este estudio es informar la importancia de la búsqueda de sífilis en las ERA.

**Diseño.** Serie de casos

**Método.** Estudio prospectivo en un centro de atención reumatológica. Todos los casos tienen diagnóstico de ERA según los criterios aceptados ACR/EULAR.

**Resultados.** Informamos 13 casos con ERA (Artritis Reumatoide, Artritis Juvenil Idiopática, Espondilitis Anquilosante, Lupus Eritematosos Sistémico), todos con diagnóstico de sífilis por prueba treponémica positiva (IgG quimioluminiscencia) y tres casos con sífilis activa (VDRL > 1:4 dils), edad promedio 55,9 años (rango 43-74), asintomáticos para Lues. La presencia de pruebas de sífilis positivas fue factor de confusión en dos casos. Todos los enfermos habían recibido mínimo un inmunosupresor (convencional o biológico). Todos fueron tratados para sífilis.

**Conclusiones.** La búsqueda activa de sífilis en ERA debe hacerse de manera sistemática. La positividad de las pruebas no treponémicas debe ser confirmado en cualquier caso por pruebas serológicas más específicas (pruebas treponémicas), estas pruebas deben realizarse con regularidad ya que las manifestaciones clínicas de la sífilis pueden simular ERA.

## RE-11

### CAVITACIONES PULMONARES EN GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS

**FIGUEREDO PEÑA MARÍA DEL CARMEN, SALGADO SÁNCHEZ JUAN CAMILO, GUTIÉRREZ DÁVILA JUAN MARTIN, VALENCIA-CAMACHO DIANA-PAOLA.**

*Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** La granulomatosis con poliangeítis es una vasculitis sistémica que cursa con compromiso de vías respiratorias superiores y compromiso renal, sin embargo, pueden presentar afectación de vías respiratorias inferiores con un amplio espectro de hallazgos imagenológicos, desde nódulos pulmonares inespecíficos, infiltrados alveolares, hemorragia alveolar y cavitaciones.

**Diseño.** Presentamos un caso con cavitaciones.

**Métodos y resultados.** Se presenta a un hombre de 44 años de edad con antecedente de granulomatosis con poliangeítis desde hace 5 años en manejo con metrotexate y prednisolona. Consulta por cuadro clínico de 3 semanas de evolución de síntomas respiratorios altos que progresan a tos hemoptoica. La radiografía de tórax inicial evidenció múltiples nódulos con densidad de tejidos blandos e imágenes sugestivas de cavitaciones, por lo cual, se realizó tomografía de tórax contrastada en la que se confirmaron estos hallazgos.

Como diagnósticos diferenciales se planteó la posibilidad de infección por micobacterias tuberculosas o compromiso secundario a vasculitis. Por lo anterior, se llevó a cabo fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar descartándose procesos infecciosos asociados, con coloración especial de hierro positiva para hemosiderófagos en un 94%, lo que confirmó el diagnóstico de hemorragia alveolar. Fue llevado a biopsia de un nódulo pulmonar encontrando tejido necroinflamatorio, un vaso permeado por células inflamatorias y disrupción parcial de la pared, sugiriendo proceso vasculítico; la PCR IS6110 para *Mycobacterium tuberculosis* fue negativa, así como el cultivo. Recibió manejo con pulsos de metilprednisolona e inducción con ciclofosfamida. La evolución fue satisfactoria, no requirió soporte ventilatorio y se dio egreso.

**Conclusión.** Las vasculitis sistémicas pueden cursar con cavitaciones en una baja frecuencia, indistinguibles clínicamente o por imágenes de una infección por micobacterias, la evidencia presentada recomienda descartar esta última con estudios de microbiología y patología antes de definir ajustes en la terapia inmunosupresora.

## RE-12

### ALOGENOSIS IATROGÉNICA: ¿ES UN SUB-FENOTIPO DEL SÍNDROME DE ASIA? COHORTE PROSPECTIVA Y REVISIÓN AMPLIADA DE LA LITERATURA

**MARTÍNEZ-CEBALLOS MARÍA ALEJANDRA, MONTEALEGRE GIOVANNI, URIBE ROSA, ROJAS-VILLARRAGA ADRIANA.**

*Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS, Hospital de San José. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** Recientemente, el aumento de procedimientos estéticos y uso ilegal de biopolímeros ha traído consigo incremento en las tasas de morbi-mortalidad. La consecuencia clínica derivada del uso de biopolímeros se denomina Alogenosis Iatrogénica (AI), patología (local-sistémica) causada por sustancias extrañas al cuerpo, inyectadas por médicos o personal no autorizado. Se presenta una cohorte de pacientes con AI que desarrolló ASIA (síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes) posterior a la infiltración glútea de biopolímeros.

**Diseño.** Estudio observacional analítico (cohorte prospectiva) y revisión ampliada de la literatura (RAL).

**Métodos.** Seguimiento de pacientes entre Mayo de 2016 y Mayo de 2018 en el que se incluyeron 13 pacientes diagnosticados con AI (biopolímeros en zona glútea) que desarrollaron síndrome de ASIA de acuerdo a criterios internacionales (Shoenfeld y Alijotas). RAL (PubMed), utilizando términos MeSH, Keywords y operadores booleanos, en búsqueda de pacientes con AI por biopolímeros en zona glútea que desarrollaran ASIA y otras enfermedades autoinmunes.

**Resultados.** Todos los pacientes de la presente cohorte (11 mujeres/2 hombres; edad  $38.3 \pm 8.48$  años) con AI, desarrollaron síndrome de ASIA por ambos criterios, excepto uno por criterios de Alijotas. Tiempo exposición-ASIA  $27.8 \pm 8.48$  meses. Once tenían antecedentes exposicionales-tóxicos. Siete autoinmunidad familiar, tres desarrollaron hipotiroidismo. Cinco se intervinieron quirúrgicamente (técnica quirúrgica en “alas de mariposa”) presentando mejoría clínica.

RAL con identificación de 10374 artículos, tamizaje por título y abstract  $n=92$ , texto completo  $n=28$ . 17 reportes-series de caso, 7 cohortes retrospectivas, 1 cohorte prospectiva, un análisis descriptivo, 2 cartas al editor. 40-50% de los pacientes desarrollaron ASIA. El género femenino fue el más afectado.

**Conclusiones.** Sugerimos que la AI debería ser considerada como un sub-fenotipo del ASIA. Los antecedentes exposicionales y autoinmunidad familiar impactan en esta relación. Son necesarios otros estudios que permitan analizar por qué algunos individuos con AI desarrollan o no ASIA y evaluar por qué algunos lo hacen más tempranamente.

## RE-13

### FLUJO SALIVAL NO ESTIMULADO EN SÍNDROME DE SJÖGREN: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA Y META-ANÁLISIS

MARTÍNEZ-CEBALLOS MARÍA ALEJANDRA, AGUILERA NATALIA, GONZÁLEZ-GARZÓN CAROLINA, ALZATE-GRANADOS JUAN PABLO, ROJAS-VILLARRAGA ADRIANA.

*Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS (Instituto de Investigaciones), Hospital Infantil Universitario de San José. Bogotá, d.c., Colombia.*

**Introducción.** El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune que compromete la función exocrina produciendo xerostomía y xeroftalmía. Se presenta aislada o asociada a otra enfermedad autoinmune (Poliautoinmunidad). El Flujo Salivar No Estimulado (FSNE) es utilizado para cuantificar la producción de saliva. No existe un valor estándar para diferenciar pacientes con SS frente a pacientes con sicca no-SS. El objetivo de este estudio es evaluar el valor del FSNE en pacientes con SS en comparación con controles (sanos y pacientes sicca no-SS).

**Diseño.** Revisión sistemática de la literatura (RSL) y meta-análisis

**Métodos.** Se realizó una RSL (guías PRISMA, bases Medline/OVID, Lilacs, Embase y Cochrane/OVID) y meta-análisis con términos MeSH, DeCS, “Key words” y operadores booleanos (hasta abril/2019). El meta-análisis (RevMan 5.2) se realizó a través del modelo de efectos aleatorios (DerSimonian y Laird). Se incluyeron estudios observacionales analíticos y ensayos clínicos [pacientes con SS vs grupo control (sanos o con sicca no-SS)] y que reportaran valores de FSNE. Calificación de nivel de la evidencia [Oxford Centre Levels of Evidence (OCEBM)] y calidad de la evidencia [lista Joanna Briggs (JBI)].

**Resultados.** RSL identificación de 566 artículos (título/abstract n=132), texto completo n=30. Total individuos: 2778 (51,2% casos y 48,7% controles). Se meta-analizaron 26 artículos. El FSNE en el grupo SS fue menor que en los controles [-0.21(IC95%:-0.30 a -0.12;CHI<sup>2</sup>-P-value<0.00001)]. Heterogeneidad: I<sup>2</sup>=99% y sesgo de publicación (funnel plot). El nivel de evidencia fue 3 ó 4 mayoritariamente (OCEBM); la calidad de evidencia se cumplió (97% de ítems valorados a través de JBI)

**Conclusiones.** Primera vez que se describe que el FSNE es menor en pacientes con SS, comparado con controles (sanos y sicca no-SS) a través de un meta-análisis. Resulta relevante realizar la sialometría de forma habitual, así como establecer puntos de corte que permitan diferenciar a los pacientes con SS frente a los controles.

## RE-14

### CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES EN ESCLERODERMIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

MEJÍA-ROMERO ROSSANA, AGUILERA NATALIA, ALZATE-GRANADOS JUAN PABLO, ESCOBAR-SOTO C, MENDOZA-PINTO CLAUDIA, GARCÍA-CARRASCO MARIO, ROJAS-VILLARRAGA ADRIANA.

(CAYRE IPS). Fundación Universitaria de ciencias de la salud (FUCS), Hospital Infantil Universitario de San José. TRUSTEM. Bogotá, D.C., Colombia.

**Introducción.** La esclerodermia (SSc), es una enfermedad autoinmune heterogénea, con alta tasa de progresión y fracaso terapéutico por ende su tratamiento representa un desafío. La capacidad inmunomoduladora de las células madre mesénquimales (MSC), ha incrementado la atención de la comunidad científica, considerándolas una terapia alternativa para la SSc; Consideramos evaluar a través de una revisión sistemática de la literatura (RSL), la eficacia y seguridad de MSC en pacientes con SSc.

**Diseño.** RSL

**Métodos.** RSL (dos investigadores independientes-guías PRISMA) en bases MEDLINE/OVID, LILACS, EMBASE y Cochrane/OVID (hasta febrero 2019, sin límites). Los programas Rayyan® Microsoft Excel® y Review Manager®5.2.2 se utilizaron en los diferentes pasos. Se consideraron todos los tipos de estudios clínicos: pacientes con SSc≥18 años de edad y tratamiento con MSC.

Criterios de exclusión: modelos animales, trasplante de células estromales de la médula ósea, trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas, revisiones narrativas, cartas al editor. Se utilizaron términos MeSH y “Key words”. Calificación de nivel y calidad de la evidencia [listas Joanna Briggs Institute (JBI)].

**Resultados.** Identificación inicial:491 artículos, eliminando duplicados:471, título y resumen: 17, incluidos por texto completo:10 (6 Series de casos, 3 reportes de caso y 1 estudio piloto). Población de 62 pacientes (rango de edad 18–75 años). Nivel de evidencia fue 4 mayoritariamente (JBI); la calidad de evidencia se cumplió (≥50% de ítems JBI). El compromiso vascular periférico (ulceras digitales, necrosis y gangrena) fue el principal objetivo de tratamiento con mejoría en el 100% de los casos, un paciente falleció y no se presentaron otras complicaciones.

**Conclusiones.** Los datos notificados son escasos para llegar a una conclusión contundente sobre el uso de MSC en SSc. Se requieren otros estudios de investigación con mejor diseño epidemiológico para evaluar el beneficio de las MSC basada en sus funciones inmunomoduladoras en pacientes con SSc.

## RE-15

### REPORTE DE CASO: TUMOR INDUCTOR DE OSTEOMALACIA, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN REUMATOLOGIA

**GÓMEZ BOADA DIEGO, MEDINA RAMÓN IVÁN, MORENO CAROLINA, CORTÉS JIMENA.**

*Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** La osteomalacia inducida por tumor (TIO), es un raro síndrome paraneoplásico, secundario a sobreproducción de factor de crecimiento derivado de fibroblastos 23 (FGF-23) por un tumor. La sospecha de TIO debe basarse en niveles de fósforo bajos, niveles normales o bajos de 1-25 Hidroxivitamina D y niveles aumentados de FGF-23. La hipofosfatemia prolongada lleva a osteomalacia.

**Diseño y métodos.** Presentación de caso.

**Resultados.** Paciente masculino de 32 años, con 8 años de evolución, de dolor dorsolumbar de intensidad moderada a severa, con movilidad limitada, aumenta progresivamente, limitando su actividad laboral. Realizan diagnóstico de Espondilitis anquilosante, recibiendo tratamiento con modificadores de la enfermedad y terapia biológica sin respuesta, presentando pérdida de la masa osteomuscular, desarrollo de pectum excavatum y finalmente postración en cama con necesidad desplazamiento en silla de ruedas. Durante hospitalización se evidencia disminución de la densidad mineral ósea, con hipofosfatemia severa persistente hiperfosaturia, PTH elevada y niveles disminuidos de 1-25 hidroxivitamina D, asociado a masa en miembro inferior derecho a nivel de la rodilla, por lo que se realiza tomografía con reporte de *gran masa con densidad de tejidos blandos* componente lítico comprometiendo el aspecto medial del cóndilo femoral y la región metadiafisaria proximal del fémur; ante la sospecha de TIO se solicitaron niveles de FGF-23 encontrándose niveles elevados confirmando el diagnóstico. Es llevado a resección de la lesión con biopsia confirmatoria de tumor mesenquimal, con posterior resolución de la hipofosfatemia

**Conclusiones.** TIO es una patología que representa un reto diagnóstico al ser de exclusión, difícil detección de las lesiones y su confusión con enfermedades del colágeno. El presente caso se logro la confirmación diagnóstica a través de la presentación clínica, imagenológica, molecular e histopatológica, con mejoría al intervenirlo

## RE-16

### SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDO (SAF) EN COLOMBIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS AL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO

CATAÑO JOHN UBEIMAR, GIRALDO MÉNDEZ DIANA PATRICIA, ARIZA GÓMEZ MARÍA FERNANDA, ÁLVAREZ LÓPEZ SANTIAGO, LÓPEZ MONTOYA VANESSA.

*Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF). Medellín, Colombia.*

**Introducción.** El SAF es una trombofilia autoinmune adquirida, caracterizada por la ocurrencia de eventos trombóticos y/o morbilidad obstétrica, asociado a la positividad para anticuerpos antifosfolípido, de acuerdo con los criterios Sapporo. Puede ser primario o relacionarse a otra patología autoinmune (secundario). Pocos estudios han evaluado las características demográficas, clínicas y serológicas de dichos pacientes, a destacar el realizado por el grupo *Euro-Phospholipid* en 2009 y el desarrollado en países latinoamericanos en 2007, con una discreta participación de la población colombiana. El presente estudio pretende caracterizar el comportamiento clínico y serológico del síndrome a su debut y seguimiento, para obtener datos que permitan establecer un diagnóstico precoz y además de determinar la evolución natural del trastorno en nuestra población.

**Diseño.** Estudio descriptivo de cohorte retrospectiva, que incluye pacientes con diagnóstico de SAF (primario o secundario), evaluados en la clínica de anticoagulación del HUSVF entre Enero 1 de 2013 a Diciembre 31 de 2018.

**Métodos.** Un total de 2311 pacientes fue atendido en la clínica de anticoagulación durante los 6 años de seguimiento. Tras filtrar por diagnóstico, se incluyeron aquellos con SAF que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión planteados (n= 125). Las variables demográficas, clínicas y serológicas establecidas, están siendo incluidas en una base de datos para su posterior análisis.

**Resultados.** Hasta el momento, el 87.2% de la población es de sexo femenino. Cerca del 89% de los pacientes tiene un SAF secundario y la patología más frecuentemente asociada fue lupus eritematoso sistémico. Actualmente las historias clínicas continúan en revisión.

## RE-17

### SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE COMO PRIMERA PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

MORA JAVIER, QUEVEDO PEDRO, ROJAS JORGE, ZAPATA JAIRO.

*Hospital Universitario Clínica San Rafael. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción:** El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es un síndrome clínico radiológico. La presentación inicial con lupus eritematoso sistémico (LES) no es común.

**Diseño y métodos.** Reporte de caso

**Resultados.** Paciente femenina de 24 años ingresó por episodio convulsivo tónico-clónico generalizado, asociado a emergencia hipertensiva, en la revisión por sistemas refiere cuadro de 4 meses de artralgiás de pequeñas y grandes articulaciones de patrón migratorio, rigidez en reposo, parestesias en ambas manos, alopecia y fenómeno de Raynaud bifásico. El TAC de cráneo simple mostró lesiones hipodensas cortico subcorticales y la RMN de cerebro alteraciones de la secuencia de la señal en T2 y flair en regiones occipitales y parietales bilaterales sugestiva de PRES. Los resultados de perfil inmune mostraron ANAS (+) 1/1280 patrón homogéneo, p ANCA (+) 1/320, c ANCA (-), C3: 48 y C4: 9.4 consumidos, anticoagulante lúpico (+), anti Sm (+) 99.4, anti RNP (+) 161.3. Se consideró que cumplía con criterios SLICC 2012 para el diagnóstico de LES con una actividad severa SLEDAI 2k de 20. Se descartaron causas infecciosas metabólicas y vasculares. Se inició manejo anticomicial con levitiracetam 500 mg cada 12 horas, prednisolona 20 mg día y azatioprina (100 mg día) con evolución adecuada por lo que se dio egreso.

**Conclusiones.** El PRES como manifestación inicial del LES no es un hallazgo común. El retraso en el diagnóstico y el mal control de las cifras tensionales pueden llevar a daño cerebral permanente. Se debe incluir en el diagnóstico diferencial de manifestaciones neurológicas como síndrome convulsivo en pacientes con LES.

## RE-18

### NEUMONITIS POR METOTREXATE EN SINDROME DE SJÖGREN: REPORTE DE CASO

**HERRERA CÉSPEDES CRISTHIAN EMILIO, ORTIZ LOSADA MARIA FERNANDA, ALARCON REYES CARLOS ALBERTO.**

*Hospital Universitario Hernando Moncaleano. Neiva, Colombia.*

**Introducción.** La neumonitis intersticial es un efecto secundario pulmonar raro (<1%) en la terapia con Metotrexate (MTX), el cual puede resultar potencialmente grave. La incidencia de neumonitis por MTX es variable y es más frecuente en el primer año de tratamiento. Se describe un caso de lesión pulmonar por efecto tóxico inducida por Metotrexate.

**Diseño y métodos.** Caso clínico.

**Resultados.** Paciente de 51 años con antecedente de Artritis Reumatoide

Acude por fiebre no cuantificada, escalofríos, asociado a tos productiva con expectoración escasa, astenia, adinamia y disnea progresiva. A la auscultación cardiopulmonar destacaban roncus bilaterales con estertores finos al final de la inspiración tipo “velcro”. Tomografía de Tórax que mostraba áreas extensas confluyentes de vidrio esmerilado, compatible con patrón de neumonía intersticial no específica. Se ingresa con impresión diagnóstica inicial de Neumonía adquirida en la comunidad en paciente inmunocomprometido, con criterios de gravedad

A pesar del manejo instaurado, la paciente no presentaba mejoría clínica, se presume que el cuadro de la paciente no está desencadenado por un proceso infeccioso y que puede tener un posible origen reumatológico, como manifestación extra articular de su enfermedad, se suspendió antibiótico y se inician terapia esteroide con metilprednisolona. Presentó mejoría progresiva de su sintomatología, Se solicitó tomografía de tórax de control luego de 4 días donde se evidenció mejoría total del patrón imagenológico descrito en la imagen previa. Además se reinterroga encontrando síntomas secos y se renueva perfil inmune, con Anti La y anti Ro positivo, considerando en diagnóstico de Síndrome de Sjögren.

**Conclusiones.** En la neumonitis por Metotrexate se debe contemplar diferentes diagnósticos diferenciales y evaluar cada caso individual mediante el cuadro clínico y hallazgos imagenológicos característicos; dado que la fiebre, los síntomas respiratorios y constitucionales pueden simular cuadros infecciosos o enfermedades pulmonares inflamatorias de trastornos reumatológicos.

## RE-19

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO DE LA ASPERGILOMA PULMONAR: SERIE DE CASOS

**LÓPEZ ALDANA-JAIRO ENRIQUE RODRÍGUEZ DÍAZ KAREN SULAY, FLÓREZ VALENCIA DANIEL HERNANDO, FAJARDO RIVERO JAVIER ENRIQUE.**

*Universidad Industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga. Colombia.*

**Introducción.** El aspergiloma pulmonar, hace parte del grupo de aspergilosis pulmonar crónica, reconocida recientemente como importante carga de salud a nivel mundial. es una infección saprófita, caracterizada por masas de hifas fúngicas, restos tisulares que se desarrolla en una cavidad pulmonar pre-existente. El desconocimiento de esta entidad retrasa. Objetivo: Analizar las manifestaciones clínicas, imágenes y hallazgos microbiológicos e histopatológicas, en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de esta enfermedad.

**Diseño y métodos.** Estudio serie de casos, retrospectivo, equipo multidisciplinario examinó 52 registros de pacientes con aspergilosis pulmonar, 12 fueron documentados con aspergiloma pulmonar, hallazgo imagenológico de bola de hongos comprobados por pruebas microbiológicas o histopatológicas, que ingresaron al hospital Universitario de Santander, entre enero de 2015 hasta Junio 2018.

**Resultados.** El 75% los pacientes tenían antecedente de alteración estructural pulmonar, 42% de ellos tuberculosis tratada; 58% presentaron algún factor de inmunosupresión (desnutrición, VIH, diabetes mellitus o tratamiento corticoide), los síntomas presentados fueron hemoptisis, pérdida de peso y disnea con 75%, 66,6% y 58,3%, respectivamente. El hallazgo radiológico encontrado en 100% de las tomografías tórax, y 33,3% en radiografía tórax, aislamientos en cultivo de esputo 41,6% aspergillus Spp, 41,6% A. Fumigatus, el 58,3% ingreso con anemia, 33,3% de ellos de severidad; 25% manejado expectante, manejo medico 33% y manejo quirúrgico 42%, Durante hospitalización falleció 1 paciente.

**Conclusiones.** El aspergiloma pulmonar se observa con mayor frecuencia en pacientes con enfermedades pulmonar crónica. Hallazgos de Tomografía son cavidades únicas o múltiples, materiales intraluminales irregulares interiores. El filamento de Aspergillus en la cavidad de las muestras de pulmón o el aislamiento en cultivos fue la prueba de infección micótica. se asoció condiciones de inmunosupresión; clínica es variada identificando hemoptisis y anemia como hallazgos relevante, los esquemas terapéuticos son limitados y su respuesta depende de la condición general y compromiso pulmonar de cada paciente.

## RE-20

### MICOFENOLATO MOFETIL VS CICLOFOSFAMIDA EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN EL ESQUEMA DE INDUCCIÓN EN NEFRITIS LÚPICA EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA

ALMANZA-HURTADO AMILKAR JOSÉ, AROCA GUSTAVO, DAZA RODRIGO, RAMOS CLASON ENRIQUE, RODRÍGUEZ - YÁNEZ TOMÁS.

*Clínica De La Costa. Barranquilla. Colombia*

**Introducción:** el lupus eritematoso sistémico afecta mujeres y hombres. 60% de las personas con lupus pueden tener compromiso renal y 25-30% tiene manifestaciones renales al momento del diagnóstico con o sin compromiso general. La prevalencia de nefritis lúpica (NL) es variable y presenta mayor frecuencia en la raza negra con 69% de los casos. No hay estudios en nuestro medio que exploren la respuesta al tratamiento inmunosupresor de inducción en pacientes con NL. Se planteo como objetivo comparar la respuesta entre micofenolato mofetil y ciclofosfamida en la respuesta al tratamiento de inducción en nefritis lúpica.

**Diseño.** Estudio observacional retrospectivo.

**Métodos.** Entre enero de 2008 y diciembre de 2018, evaluamos 246 pacientes con nefritis lúpica de la clínica de la costa de barranquilla. Todos los pacientes cumplieron los criterios revisados de 1997 para LES. La presencia de nefritis lúpica se confirmó por biopsia renal, y las muestras de biopsias renales se reclasificaron mediante el sistema de la Sociedad Internacional de Patología / Sociedad de Patología Renal (ISN / RPS).

**Resultados.** Se identificaron 246 pacientes con NL, de los cuales 168 fueron tratados con micofenolato y 78 con ciclofosfamida, la mediana de edad fue de 37 años en ambos grupos,  $p=0,9493$ . En el primer control los pacientes tuvieron una respuesta completa del 20,8% y el 20,5% para el grupo de ciclofosfamida,  $p:0,9688$ . La respuesta parcial para el grupo de micofenolato fue de 23,2%, el grupo de ciclofosfamida tuvo una respuesta parcial 19,2%,  $p:0,7152$ . El análisis de asociación el uso de micofenolato a la respuesta clínica y a la ocurrencia de infecciones y mortalidad en el primer y segundo control no mostro asociación estadísticamente significativa causal ni protectora para ninguno de los desenlaces estudiados.

**Conclusiones.** Ciclofosfamida y micofenolato mofetilo pueden utilizarse para la terapia de remisión de nefritis lúpica, sin lograr identificarse grandes diferencias entre los grupos analizados.

## RE-21

### PANCARDITIS LÚPICA CON EVOLUCIÓN FATAL. INFORME DE CASO.

**SIERRA MERLANO RITA, COGOLLO GONZÁLEZ MARYSABEL,  
RODRÍGUEZ SCHOTBORGH REINHARD.**

*Universidad de Cartagena, E.S.E. Hospital Universitario del Caribe. Cartagena, Colombia.*

**Introducción.** La miocarditis en Lupus Eritematoso Sistémico (LES) varía de formas asintomáticas hasta arritmias e insuficiencia cardíaca grave, con prevalencias cerca del 9%, que puede aumentar en estudios posmortem al 57%. El objetivo de describir este caso, es resaltar la importancia de identificar la miocarditis lúpica y evitar desenlaces fatales.

**Diseño y métodos.** Informe de un caso.

**Resultados.** Mujer de 24 años, acude a urgencias por pérdida súbita del estado de consciencia, con disnea de medianos esfuerzos de cuatro meses y episodio sincopal previo. Sin seguimiento **médico** o datos relevantes excepto madre con LES, fallecida. Al ingreso: sin signos clínicos específicos de LES, Glasgow 7/12, hipotensión, taquicardia seguida de paro cardiorespiratorio Radiografía de tórax con aumento de la silueta cardíaca, función renal alterada, troponina elevada, acidosis metabólica e hiperlactatemia, Tomografía Computarizada de cráneo simple normal. Ecocardiograma no disponible. Diagnóstico de trabajo: tromboembolismo pulmonar y Enfermedad Reumática Autoinmune, fallece después de una reanimación exitosa, ventilación mecánica invasiva y vasoactivos. La necropsia mostró vegetaciones en válvula tricúspide y mitral no infecciosa, infiltrado linfocitario en pericardio y miocardio, neumonía derecha con **émbolos sépticos en corazón, pulmón**, hígado riñón y útero. La revisión de los expedientes médicos previos mostró: Anticuerpos Antinucleares (ANA) 1/80 homogéneos, complemento C3/C4 bajo, Anticuerpos anti-Ro/La positivos, sugiriendo el diagnóstico de pancarditis lúpica.

**Conclusiones.** El diagnóstico de miocarditis lúpica, es muy difícil en ausencia de signos clínicos específicos o diagnóstico de LES. La miocarditis se debe sospechar en casos de: arritmias, falla cardíaca aguda, síndrome coronario y colapso hemodinámico de causa no explicada. El antecedente de LES o LES-neonatal y la presencia de ANA y extraíbles (Anti-Ro/SSa y Anti-La/SSb) apoyan el diagnóstico de miocarditis lúpica.

## RE-22

### FRECUENCIA DE ANTICUERPOS DFS70 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD NO DIFERENCIADA DEL TEJIDO CONECTIVO

**DIANA N. RINCÓN-RIAÑO, DIANA ACERO-MOLINA, JUAN MANUEL BELLO-G, DANIEL G. FERNÁNDEZ-ÁVILA, CONSUELO ROMERO-SÁNCHEZ.**

*Departamento de Reumatología e Inmunología del Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada. Universidad El Bosque, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital San Ignacio. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** Las enfermedades autoinmunes tienen un espectro fenotípico amplio y gran variabilidad de presentación clínica y laboratorios de inmunología. Algunos pacientes tienen estigmas clínicos y alteraciones en paraclínicos, sin cumplir criterios para una enfermedad del tejido conectivo (ETC) y pueden ser clasificados dentro del grupo de la enfermedad no diferenciada de tejido conectivo (EITC). 2/3 de los pacientes con EITC van a diferenciarse a una ETC dentro de los 5 años siguientes a su diagnóstico. Algunos pacientes con anticuerpos antinucleares (ANA) positivo tienen un patrón granular fino denso (AC-2) asociado a un anticuerpo que reconoce la proteína DFS70 que se han relacionado con personas sanas y una baja probabilidad de encontrarlo en paciente con enfermedades autoinmunes. No se han encontrado reportes previos de la evaluación de este patrón en población latinoamericana con EITC.

**Diseño y métodos.** Estudio descriptivo de corte transversal. 53 pacientes que cumplían criterios preliminares de EITC y en quienes se descartó ETC. ANA y ANA/DFS70 como prueba confirmatoria mediante técnica IFI, niveles de proteína C reactiva-CRP, velocidad de sedimentación globular (ESR), antígenos nucleares extractables (ENA), anti DNA, anticuerpos anti fosfolípido IgG/IgM/IgA, anticuerpos antipéptido cirtrulínado (APCA) y factor reumatoide (FR).

**Resultados.** 42 pacientes ANAS positivo (79%) y 5 (11,9%) de estos ANAS/DFS70 junto con el patrón granular fino denso (AC-2). 87% (n=47) tenían artralgia, 66% (n=35) artritis no erosiva, 64% (n=34) xerostomía, 42% (n=22) xeroftalmia y 17% (n=9) fenómeno de Reynoud (Figura 1).

**Conclusiones.** Se han intensificado estudios en pacientes con EITC y alto riesgo de progresar a una ETC como aquellos que permanecerán como EITC. Ciertas características clínica y laboratorio pueden ayudar a definir estos pacientes como los anticuerpos ANAS/DFS70. Nuestro estudio reporta mayor predominio de síntomas articulares y secos y menos frecuentes síntomas hematológicos. Este anticuerpo podría marcar un potencial rol en la diferenciación de una UTCD a una CTD.