

DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA: DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS.*Arango CM, Jannaut MJ, Iglesias A, Restrepo JF.**Unidad de Reumatología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.*

200

La Polimiositis (PM) es una enfermedad autoinmune caracterizada por debilidad muscular escapular y pélvica de predominio proximal asociada a elevación de las enzimas musculares y hallazgos electromiográficos e histológicos típicos. Cuando la enfermedad se acompaña de lesiones dérmicas se llama Dermatomiositis (DM). Sin embargo, estas dos situaciones no siempre aparecen al mismo tiempo y la PM sin compromiso muscular inicial ha sido informada por otros autores con un tiempo promedio de inicio de 2 meses a 17 años. Estudiamos 3 pacientes con PM, sin compromiso muscular inicial, con edad promedio de 33.3 años (rango:30-36), de sexo femenino quienes presentaron inicialmente lesión en piel característico como eritema en heliotropo, signo de Gottron y fotosensibilidad. Nueve meses después ratificaron debilidad muscular escapular y pélvica y de flexores del cuello, asociado con elevación de las enzimas musculares = CPK 4593 mg/dl, LDH=753 mg/dl; S60T= 395 mg/dl; SGPT=235 mg/dl, y un patrón miopático proximal en el electromiograma con biopsia confirmatoria de miopatía inflamatoria crónica en los 3 casos. Llama la atención que todos los pacientes tenían ANAS positivos a título altos con patrón moteado. ENAS negativo y complemento normal.

La edad de presentación más temprana, el sexo femenino, la presencia de ANAS positivas a títulos altos con patrón moteado, son hallazgos que difieren de los ya informados en la literatura por lo cual pensamos que puede tratarse de un hallazgo diferente, posteriormente se requerirán entonces nuevos estudios para confirmarlo.

- 201** IDENTIFICACION DE CLAMIDIA EN PACIENTES CON SARA
 Avila L.M., García I., Morales AL., Pérez M., Valle R.R.,
 Servicio de Reumatología e Inmunología Hospital Militar
 Central, Santafé de Bogotá.

Con el fin de confirmar la presencia de Clamidia en pacientes como agente casual de Artritis reactiva adquirida sexualmente SARA, se realizó cultivo en célula McCoy y posterior identificación con Yodo y anticuerpos monoclonales. Se incluyeron 10 pacientes atendidos en el servicio de Reumatología del HMC quienes llenaban criterios de SARA; muestras intrauretrales, tomadas con hiposo, fueron cultivadas en célula McCoy por técnica de cicloheximida durante 72 horas, posteriormente fueron teñidas con Yodo y las muestras positivas confirmadas por anticuerpo monoclonal, en caso de ser negativas se realizaron tres pares. Dos de los pacientes dieron positivos en el Segundo y Tercer pase.

A diferencia de lo reportado en otros países donde aproximadamente el 60% de los pacientes con SARA se puede atribuir a la Clamidia; en este estudio se determinó que solo el 20% tenían como agente desencadenante Clamidia, se sugiere ampliar el número de pacientes y además realizar cultivos para micoplasma y ureoplasma.

**CORRELACION DE ANTIGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES Y
 COMPORTAMIENTO CLINICO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO
 SISTEMICO**

202

Betancourt M.A., Giraldo R.C., Meléndez M.P., Henao S.C., DE
 Zubiria S.E., DE Zubiria S.A.
 Hospital Universitario de la Samaritana. Departamento de
 Inmunología.

Se buscó determinar la frecuencia de autoanticuerpos extractables en pacientes con LES en nuestra Institución y correlacionar su presencia con manifestaciones clínicas específicas y/o actividad de la enfermedad.

Se estudiaron 27 pacientes que cumplían más de cuatro criterios de LES y se les realizó determinación de SSA-SSB-Sm-RNP. Se utilizó índice de score de actividad de SLEDAI.

La prevalencia hallada de ENAS en pacientes con LES fué: SSA 44%; SSB 19%; Sm 19%; RNP 26%.

Los pacientes con Sm positivo 80% no tenían compromiso renal, ni articular. 60% presentaban pleuritis. Los pacientes con SSA positivo 66% presentaban compromiso de piel, SSB positivo siempre se asoció a SSA positivo; El 60% de los pacientes con SSB positivo presentaban compromiso renal. Pacientes con SSA positivo aislado 71% presentaron compromiso renal; El 69% de los pacientes con ENAS negativo se encontraba en alta actividad lúpica.

En nuestro trabajo concluimos que los ENAS no son útiles en el seguimiento de la actividad Lúpica.

Sm positivo es útil en el pronóstico del paciente porque presentan bajo compromiso renal y articular. Sm se asoció a presencia de pleuritis; SSA positivo aislado al parecer es indicativo de mayor compromiso renal.

Existe asociación entre SSA positivo y compromiso de piel. No se encontró factor protector SSB positivo en nefropatía lúpica.

- 203** NUEVA PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTIFOSFOLIPIDOS ?
 Betancourt M.A., Giraldo R.C., Restrepo J., de Zubiria C.R.
 Hospital Universitario de la Samaritana. Departamento de Medicina
 Interna.

Se buscó la correlación de tres pruebas: APTT, anticardiolipina y tiempo de heparina en el diagnóstico del síndrome antifosfolípidos.

Se estudiaron 30 pacientes con antifosfolípidos positivos determinados con la anticardiolipina y se compararon con 30 sujetos normales, a los cuales se les hicieron las mismas pruebas.

Se diseñó la prueba usando una mezcla de plasma normal y plasma del paciente en partes iguales incubando la mezcla en baño María a 37° C durante 1 y 2 horas. Se determinó el tiempo de heparina y el APTT inicial y en los períodos siguientes.

En los sujetos normales el APTT se prolongó en una proporción inferior a 1.34 entre el resultado final y el inicial.

El tiempo de heparina se alargó en proporción de 1.56.

Los antifosfolípidos fueron inferiores a 0.218.

En los pacientes con el síndrome se encontraron dos tipos de comportamiento:

1. Aumento del APTT en proporción mayor de 1.34.

Reducción del tiempo de heparina hasta 10' (a las 2 h).

Anticardiolipinas mayores de 0.218.

2. Aumento del APTT.

Aumento del tiempo de Heparina mayor de 30'.

Aumento de las anticardiolipinas mayor de 0.218.

Se obtuvo correlación de los tres exámenes en los pacientes con el síndrome de antifosfolípidos positivos.

DEFORMIDADES DEL PIE EN ARTRITIS REUMATOIDEA

204

Castillo HA, Rondón F, Delgado LE.

Hospital San Juan de Dios. Facultad de Medicina Bogotá.
 Universidad Nacional de Colombia. Santa Fe de Bogotá, Colombia.

La artritis reumatoidea es una de las entidades que compromete con severidad las estructuras del pie y su biomecánica, especialmente durante la marcha. Se han encontrado pocos reportes en la literatura acerca de el tipo de compromiso articular en el pie reumático. Con el presente estudio pretendemos describir las alteraciones que produce la AR en el pie reumático de nuestros pacientes, para lo cual se tomaron 29 pacientes consecutivos (69% mujeres y 31% hombres) con AR que consultaron en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá entre el 6 y el 30 de Septiembre de 1993. Se valoró cada paciente en bipedestación, marcha y sin apoyo, con determinación de los arcos de movimiento. Los pacientes refirieron dolor en el cuello de pie en el 31% y antepie en el 27.6%. Tres pacientes consultaron por deformidad y cuatro por inflamación, tres pacientes fueron asintomáticos. En 10.3% de los pacientes la AR inició en los pies.

Se encontró valgo del retropie en 27.6% de los pacientes, aplanamiento de la bóveda plantar en 62% de los pacientes, dedos en martillo en 62% de los pacientes, hallux valgus en 34.5% de los pacientes, y 69% de los pacientes tenían deformidades reductibles.

El dolor en los pacientes con AR se presenta con una frecuencia de 89.3% de los pacientes, que acompaña con más frecuencia al valgo del retropie y al aplanamiento de la bóveda plantar. No se encontró anquilosis. Se requiere la evaluación de un grupo más significativo de pacientes para estandarizar el tipo de lesiones más comunes de las articulaciones del pie que se presenta en AR.

205 ASOCIACIONES CLINICAS Y BIOLOGICAS CON ANTICUERPOS ANTI-FOSFOLIPIDOS (AFL) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

Escobar J¹, Vernot JP¹, Forero Y¹, Iglesias A¹, Restrepo JF², Rojas C², Barrera N³, Chalem F³.

¹Laboratorio de Inmunología, INS; ²Unidad de Reumatología, Hospital San Juan de Dios; ³Instituto de Reumatología e Inmunología, Santa Fe de Bogotá

OBJETIVOS: Establecer las asociaciones con anticuerpos anticardiolipina (ACA) y anticoagulante lúpico (AL) en pacientes con enfermedad autoinmune e infecciosa y caracterizar el síndrome antifosfolípido (SAFL).

MÉTODOS: Se estudiaron 4 grupos: 1) 20 pacientes con trombosis o pérdida fetal; 2) 60 con LES; 3) 35 con AR y 4) 30 con sífilis.

RESULTADOS: La prevalencia de ACA fue 65%, 27%, 9% y 60% y de AL fue 42%, 24%, 9% y 3% en los grupos 1 a 4. El SAFL primario se confirmó en 13 pacientes del grupo 1 con trombosis arterial (54%) o venosa (69%) y pérdida fetal (58%). Se detectó ACA IgG en 10 pacientes y AL en 8. En el grupo 2 se observó la asociación de trombosis venosa, trombosis arterial y muerte fetal intrauterina con ACA IgG; de trombosis venosa, úlceras de miembros inferiores y mielitis transversa con AL y de trombosis venosa, úlceras de miembros inferiores, mielitis transversa e hipertensión pulmonar con la combinación ACA-AL. No se encontraron asociaciones clínicas con ACA IgM o IgA. El SAFL secundario se confirmó en 15 pacientes del grupo 2 con trombosis arterial (40%) o venosa (60%) y pérdida fetal (50%). Se detectó ACA IgG en 12 pacientes y AL en 9. Otras manifestaciones como anemia hemolítica, livedo reticular, úlceras de miembros inferiores, mielitis transversa e hipertensión pulmonar forman parte del SAFL. No se observaron asociaciones con ACA o AL en pacientes con AR y sífilis.

CONCLUSIONES: En pacientes con LES existe una asociación entre AFL y trombosis, pérdida fetal, úlceras de miembros inferiores, mielitis transversa e hipertensión pulmonar. Las manifestaciones principales del SAFL son trombosis y pérdida fetal. La presencia de AFL no predispone al desarrollo de estas características en pacientes con AR o con sífilis.

207 CINÉTICA DE LA EXPRESIÓN *IN VITRO* DE LAS β_2 INTEGRINAS EN LA MEMBRANA PLASMÁTICA DE NEÚTROFILOS HUMANOS ESTIMULADOS CON ESTERES DE FORBOL (PMA)

Claudia C. Forero, Pablo J. Patiño, Diana García de O.

Laboratorio de Inmunología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

El objetivo de nuestra investigación fue observar el comportamiento de las moléculas de adhesión leucocitaria (β_2 integrinas: CD11a/CD18, CD11b/CD18 y CD11c/CD18) durante la activación de neutrófilos humanos con PMA, con el fin de obtener una cinética confiable de su expresión para investigaciones posteriores que involucren la función y la regulación de estas moléculas de adhesión.

Los neutrófilos fueron aislados de sangre venosa periférica por medio de la sedimentación con Dextrán, centrifugación en un gradiente de ficoll-hypaque y la posterior lisis hipotónica, finalmente se llevaron a una concentración de 1×10^7 cel/ml y se estimularon con PMA ($1 \mu\text{g/ml}$) a 37°C . Un minuto después de haberse agregado el estímulo y a intervalos de 10 minutos hasta completar una hora, las células se fijaron con paraformaldehído y se marcaron con anticuerpos fluorescentes dirigidos contra las β_2 integrinas. La intensidad de la fluorescencia de los PMN antes y después del estímulo se midió por citometría de flujo (Becton Dickinson).

La expresión de CD11a presentó una disminución paulatina hasta 0.8 veces menor que el nivel basal, en contraste, CD11b mostró un incremento de 4 veces mayor a los 10 minutos y luego comenzó a disminuir pero en ningún momento alcanzó el nivel basal. CD11c también incrementó a los 10 minutos 1,5 veces y su expresión disminuyó 0.7 veces menos que el nivel basal.

La cuantificación de CD11b podrá permitir estimar la activación celular debido a que su expresión aumenta significativamente cuando las células son estimuladas. Los trabajos realizados por nuestro grupo han demostrado que el máximo nivel en la explosión respiratoria de neutrófilos estimulados con PMA ocurre a los 10 minutos, lo cual coincide con la máxima expresión de CD11b, por lo tanto, la realización de estudios que demuestren la posible relación entre la adhesión y la producción de radicales de oxígeno contribuirá a explicar en parte los mecanismos que regulan el daño tisular producido en el sitio de la respuesta inflamatoria.

ARTRITIS REUMATOLOIDEA JUVENIL Y UVEITIS

Felipe de la C.O., Ramirez G.L.A., Uribe U.O., Bravo A.J., Vásquez G.O., Ortega J.J., Hospital San Vicente de Paúl de Medellín. Universidad de Antioquia.

Objetivo: Evaluar la asociación de Uveítis Crónica Anterior y Artritis Reumatoidea Juvenil y algunos factores de riesgo con el fin de establecer su prevalencia, en nuestra población hospitalaria.

Materiales y Métodos: De la consulta externa de Reumatología del HUSVP se remitieron a oftalmología 35 niños con ARJ para ser evaluados según protocolo previo (septiembre de 1993 - mayo de 1994) haciendo énfasis en signos o síntomas de Uveítis. Se revisaron sus historias clínicas para determinar los posibles factores de riesgo: edad de inicio, sexo, subgrupo de ARJ, anticuerpos. Hemoleucograma, plaquetas y sedimentación globular. Se determinó así mismo el uso o no de esteroides y otros medicamentos.

1. Características

	POLIARTICULAR	PAUCIARTICULAR	SISTÉMICA	TOTAL
Número	14 (40%)	10 (28.6)	11 (31.4)	35(100)
Edad I	9.2 ± 5.0	4.9 ± 4.0	4.8 ± 3.8	6.6 ± 4.7
Sexo F	10	8	6	24(68%)
M	4	2	5	11(32%)
A.N.A (+)	5	2	2	9(35%)
(-)	6	6	7	17(65%)

2. Resultados: La prevalencia de Uveítis fue del 14.2% (5 niños) con Uveítis, todos con ANA negativos, edad 5.4 ± 3.0 , sexo 2F: 3H, 2 con E de Still, 2 Poliarticular y 1 Oligoarticular. No hubo deferencia en relación a otras variables.

Conclusiones: En este estudio de 35 pacientes con artritis reumatoidea juvenil se encontró una prevalencia de uveítis de 14.2%. No se encontró la asociación descrita como factores de riesgo en relación a la edad, sexo anticuerpos antinucleares o subgrupos de ARJ.

COMPARACION DE PERFILES DE AUTOINMUNIDAD EN LUPUS EREMATOSO SISTEMICO ACTIVO

Giraldo R.C., Betancourt M.A., Henao S.C., Meléndez M.P., DE Zubiría S.A.

Hospital Universitario de la Samaritana. Departamento de Inmunología.

Se determinaron parámetros serológicos relacionados con actividad clínica y con manifestaciones clínicas específicas en pacientes con LES.

Estudiamos 39 pacientes que cumplían mínimo cuatro criterios diagnósticos de LES, mínimo con dos seguimientos clínicos y serológicos (ANA-ADNA-Complemento- Complejos Inmunes-DNP-Anticardiolipina) y se utilizó índice de score de actividad de SLEDAI. Todos los pacientes estudiados presentaban LES severo. El 77% tenían artritis, 71.7% compromiso renal, 49% serositis, 38% compromiso SNC, 18% vasculitis.

ADNA por IFI y por ELISA fue positivo en el 66%. C3 y C4 disminuyeron en el 43% y 80% respectivamente; C3 y C4 aumentaron en el 15 y 5% respectivamente y DNP fue positivo en el 56.2%.

El 88% de DNP positivos tenían ADNA positivo. Los pacientes con ADNA positivo 69% presentaron compromiso renal, 83% articular, 73% compromiso SNC, 100% vasculitis, 68% serositis.

Los pacientes con ANA positivo 100% tenían compromiso renal, 96% artritis, 89% serositis, 93% compromiso SNC, 85% vasculitis.

Los pacientes con DNP negativo 57% tenían compromiso renal, 71% articular y 57% compromiso SNC.

En nuestro estudio concluimos que C4 es más útil en el seguimiento de la actividad lúpica que C3, ACA se elevó en pacientes con compromiso renal, los Complejos Inmunes son útiles en el seguimiento de pacientes con serositis, los títulos de ADNA se correlacionaron con la actividad y existe asociación importante entre DNP positivo y ADNA positivo.

Los ADNA tanto por ELISA como por IFI mostraron igual sensibilidad. Los ANA no son útiles en el seguimiento de LES.

209 ESTUDIO INMUNOGENETICO Y RESPUESTA HUMORAL A PEPTIDOS SINTETICOS DE EPIPOPOS BACTERIANOS DE REACTIVIDAD CRUZADA CON EL ANTIGENO HLA-B27 EN INDIVIDUOS COLOMBIANOS CON ESPONDILIOARTROPATIAS SERONEGATIVAS.

Gómez M.C.P., Ríos R., Avila L.M., Iglesias A., Valle R.R., Servicio de Reumatología e Inmunología Hospital Militar Central- Instituto Nacional de Salud. Santafé de Bogotá, D.C.

El establecer la asociación del antígeno HLA-B27 y Espondiloartropatías Seronegativas en nuestra población fue uno de los objetivos de éste trabajo, el cual se hizo realizando un estudio comparativo entre un grupo de 58 individuos que presentaban Espondiloartropatías Seronegativas atendidos por el Servicio de Reumatología e Inmunología del Hospital Militar Central durante Abril de 1991 a Abril de 1993 y clasificados en: Espondilitis Anquilosante (11), Artritis Reactivas (27), Espondiloartropatías Seronegativas Indiferenciadas (EASI) (16) y Artritis Psoriásica (4) y un grupo control de 57 individuos sin antecedentes familiares de enfermedad reumática y un factor reumatoide negativo. Pacientes y controles fueron tipificados serológicamente para antígenos HLA-clase I por técnica de microfonocitotoxicidad con 140 antisueros específicos.

Se quiso estudiar mediante técnica de Elisa la respuesta humoral de éstos individuos frente a péptidos sintéticos que representan la región homóloga entre la Nitrogensas de la Klebsiella pneumoniae, plásmido de 2 Megadaltons de la Shigella flexneri y la región hipervariable del HLA-B2705 así como frente a un péptido con la secuencia CAKAQTREDM que representa el piso de la hendidura del HLAB2705 y péptidos de la región hipervariable del HLA-l4 y un péptido control P-97 asociado a melanoma.

Resultados: Al analizar la presencia del antígeno HLA-B27 en el grupo de pacientes con Espondiloartropatías Seronegativas en relación con el grupo control, se encontró una gran diferencia (55%/8.7%) con una significancia estadística p (0.005 y un R.R. de 14). Cuando se analizó el grupo de pacientes clasificados en los cuatro grupos de enfermedades (EA, Are, EASI y APs), se observó que ésta diferencia se mantenía principalmente en el grupo con EA (90.8%/8.7%) con una significancia estadística p (1.38 x 10⁻⁴ y un R.R. de 104, así como en uno de los grupos ARE (62.9%/8.7%) y EASI (37.5%/8.7%) con significancias estadísticas p(0.005 y 17.68 y 6.24 respectivamente. No se observó reacción cruzada en la respuesta humoral a péptidos sintéticos.

ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA SIN ESCLERODERMA. CALCINOSIS UNIVERSALIS COMO MANIFESTACION INICIAL.

210

Guzmán R.A., Roa G, Iglesias A.

Clinica Fray Bartolomé de las Casas. Hospital el Guavio. Hospital San Juan de Dios. Santa Fé de Bogotá.

En 1962 Rodnan y Fennel describen la Esclerodermia sin Escleroderma al informar las manifestaciones clínicas de 4 pacientes que cursaban con compromiso cardiaco y gastrointestinal por Esclerosis sin manifestaciones dérmicas; desde entonces se consideran estos pacientes un subgrupo definido de la Esclerodermia.

Informamos un paciente de éste subgrupo cuya manifestación inicial fué Calcinosis Universalis.

Presentación del caso:

Mujer de 64 años, consulta por tumefacciones en glúteos, muslos, rodillas, piernas y pies en forma progresiva; fistulizando luego. Antecedentes personales: Enfermedad de Graves en tratamiento. Con Exoftalmos y Calcificaciones difusas. Paraclínicos bien. TSH 4 u/ml, ANA Positivo 1/640 patron citoplasmático, ENAs negativos. Capilaroscopia: Patrón SD, Biopsia de Piel: Acumulo de Colageno y fibrosis en Dermis e Hipodermis, atrofia de anexo y calcio dérmico.

Diagnostico: Esclerodermia y Calcinosis Cutis. Tratamiento: Colchimedio y Diltiazem.

Conclusión:

Las características de estos pacientes son dismotilidad esofágica, enfermedad pulmonar restrictiva, Raynaud, ANA positivos y capilaroscopia anormal segun lo informado previamente. Nuestra paciente no tenia Síndrome de CREST ni anticentromero.

Es el primer informe en la literatura de esta presentación atípica en el raro subgrupo de la Esclerodermia sin Escleroderma. Destacamos la ausencia de compromiso gastrointestinal, pulmonar y de fenómeno de Raynaud.

211 CONDRICALCINOSIS ASOCIADA A OSTEOPOIQUILIA.

Iglesias A, Guzmán R.A, Roa G, Restrepo J.F, Charry M, Pacheco A.

Hospital San Juan de Dios. Clinica Fray Bartolomé de las Casas. Hospital el Guavio. Santa Fé de Bogotá.

La Condrocalcinosis ha sido asociada a multiples patologías; Informamos el primer caso de asociación con OSTEOPOIQUILIA.

Presentación del caso:

Mujer de 35 años quien consulta por monoartritis de rodilla derecha de 6 semanas de evolución. Sin antecedentes personales ni familiares de importancia. Con sinovitis activa y severa limitación en movimientos de flexo-extensión de rodilla. Sus paraclínicos eran normales; VSG 20mm/h. Rx de Rodillas edema de partes blandas con agregados puntiformes en fibrocartilago y calcificaciones. Igualmente imagenes lenticulares en metáfisis del Femur y Tibia. Diagnostico: Enfermedad por depósitos de cristales de Pirofosfato de Calcio y Osteopoiquilia. Tratamiento: Naproxen 1 gr y Colchicina 0.5 mgr. Los Rx de Pelvis AP y Hombros: Osteopoiquilia.

Conclusión:

La Osteopoiquilia es un desorden benigno tambien conocida como Osteopatía Condensante Diseminada. Usualmente se descubre accidentalmente a los Rx, como sucedio en nuestra paciente. Es el primer informe descrito en la literatura de su asociación con Condrocalcinosis.

Probablemente esto sea fortuito o quizás el depósito de cristales de Pirofosfato de Calcio sean el espectro final del transtorno metabólico del hueso ocasionado por la Osteopoiquilia.

SINDROME DE VENA CAVA SUPERIOR COMO MANIFESTACION INICIAL DE SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO PRIMARIO.

212

Jannaut MJ, Arango CM, Restrepo JF, Rondón F, Peña M, Iglesias A.

Unidad de Reumatología. Hospital San Juan de Dios. Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá.

El síndrome antifosfolípido primario se manifiesta por la presencia de episodios trombóticos arteriales o venosos, abortos a repetición, trombocitopenia asociado a anticuerpos anticardiolipinas, anticoagulante lúpico, VDRL falsamente positivo y TPT prolongado.

Presentación del Caso: Mujer de 26 años quien desarrolló oclusión de la vena cava superior caracterizada clínicamente por edema facial, cuello y miembros superiores asociado a disnea y derrame pleural derecho. No existían antecedentes de abortos, episodios trombóticos, livedo reticularis, cefalea migrañosa y otros hallazgos sugestivos del síndrome. El diagnóstico se comprobó con tomografía computarizada con contraste y cavografía al inicio de su enfermedad. Los laboratorios mostraron pruebas de coagulación normales, VDRL negativo, ANA 1/160 patrón moteado y títulos elevados de anticuerpos anticardiolipinas Ig G (40 GPL), dos mediciones con un intervalo de tres meses. La antitrombina III, proteínas C y S y la tasa de activación de la proteína C fueron normales. Con estos hallazgos se diagnosticó síndrome antifosfolípido primario y se inició tratamiento con prednisona a dosis bajas, aspirina y anticoagulación plena. La paciente mejoró clínicamente y dos meses después una cavografía de control mostró recanalización completa de la vena.

Es el primer informe en la literatura de oclusión de vena cava superior como manifestación única e inicial de síndrome antifosfolípido en ausencia de criterios clínicos clasificatorios para alguna otra enfermedad del tejido conectivo.

- 213** PREVALENCIA DE REUMATISMO DE TEJIDOS BLANDOS.
Padilla L., Sierra RM., Moreno A.
Dpto de Medicina Interna. Hospital Universitario
Cartagena. Universidad de Cartagena.

El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de reumatismo de tejidos blandos (RTB) en pacientes remitidos a la consulta externa de reumatología en relación a los variables edad, sexo, ocupación, evolución, tratamientos previos y auxiliares diagnósticos. Se analizaron todos los pacientes que consultaron entre el 1 de Febrero de 1992 al 1 de Febrero de 1993. Atendimos 676 pacientes de los cuales 87 (13%) fueron RTB. La edad promedio fue de 50 años (rango 16-80); 81 (93%) mujeres y 6 (7%) hombres. La ocupación hogar fue la más frecuente (67/87). El tiempo de evolución antes del diagnóstico fue en promedio 8 meses. La tendinitis de flexores de dedos de manos y los síndromes dolorosos miofasciales ocuparon el primer lugar. La prevalencia por grupos de edades se observó entre la 4a y 5a década de la vida.

CONCLUIMOS: Los RTB son de la edad media, más de la mujer, puede pasar un tiempo relativamente largo antes de su diagnóstico y son motivos de consulta frecuente.

- 215** ESPONDILOARTROPATIAS SERONEGATIVAS (EASN) EN CARTAGENA. MANIFESTACIONES CLINICAS Y ASOCIACION HLAB 27.
Padilla L., Carballo V., Sierra RM., Moreno A.
Las EASN son un grupo de enfermedades asociadas al HLAB 27, su frecuencia y asociación con este marcador varia en los distintos grupos humanos aun entre poblaciones colombianas, pero, además se han descrito otros marcadores HLA en EASN HLAB 27 (-). De 1987-1994, se recuperaron al revisar las historias clínicas de la consulta externa 40 pacientes que llenaron los criterios clínicos y serológicos de EASN. La distribución por género fué 30 masculinos (72.5%), 10 femeninos (27.5%) relación M/F, 3/1; las entidades clínicas fueron Espondilitis Anquilosante (EA) 17 (42.5%); EASN indiferenciada 9 (22.5%) Artritis Reactiva Ar 6 (15%); síndrome de Reiter 4 (10%); Artritis psoriásica 4 (10%). El HLAB 27 fué positivo en 11/32 (34%); en EA el HLAB 27 fué positivo en 7/14 (50%), y no hubo relación entre la severidad y pronóstico de la enfermedad y la presencia de este marcador; pensamos que en poblaciones como la nuestra deberíamos explorar otras asociaciones inmunogenéticas.

- LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES) EN HOMBRES, PRESENTACION DE SEIS CASOS. **214**

Padilla L., Diaz I., Moreno A., Sierra R.
Universidad de Cartagena-Hospital Universitario-Cartagena
El LES es una enfermedad más frecuente en mujeres con - Proporción de género de 9:1 en la mayoría de las series. Existe controversia si realmente existe el grupo LES hombres, esto reviste importancia porque se constituiría un subgrupo más homogéneo que facilitaría el estudio, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Presentamos seis casos de LES hombres estudiados entre 1987-94, edad media 47 años, variable 18-63 años, relación hombre mujer (6/63) 9.5%, 4 pacientes mulatos, uno negro y uno blanco; las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: sin tomas - constitucionales 100%, artritis 100%, eritema malar 50%, rash discoide 33%, fotosensibilidad 16%; un paciente curso con síndrome nefrótico y otro con insuficiencia renal. Las alteraciones de laboratorio fueron: ANA positivo Hep 2 100%, AntiDNA 50% Anti Sm 33%, VDRL falso positivo 33%. Comentamos los resultados tratando de buscar relaciones con las series de casos y/o estudios de cohortes en otras poblaciones diferentes a la nuestra.

- BURSITIS HEMORRAGICA COMO PRIMERA MANIFESTACION DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. **216**

Quijano R., Iglesias A., Lizarazo H., Peña M., Restrepo JF., Rondón F.

Unidad de Reumatología. Hospital San Juan de Dios. Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad de presentación pleomórfica y de curso variado. El diagnóstico temprano define un tratamiento eficaz y evita una evolución catastrófica; sin embargo el diagnóstico temprano de la enfermedad bajo algunas presentaciones clínicas es difícil de realizar.

PRESENTACION DEL CASO: Mujer de 37 años quien consulta por tumefacción dolorosa a nivel del codo derecho con limitaciones para el movimiento, de un mes de evolución sin antecedentes de trauma, tóxicos, patológicos y medicamentosos, puerperio de dos meses con recién nacido sano. Al examen físico se observó una tumefacción dolorosa sobre bursa olecraneana derecha, cloasma, resto del examen normal. Se practica punción de la bursa obteniéndose 30 cc de líquido hemorrágico, negativo para cristales. Rx de codo normal, CH: Hb 13.2 gr/dl. HTO: 42%, Leucocitos: 2.840/mm³, VSG: 15 mm/h, Plaquetas: 180.000/mm³. Se repite 8 días después plaquetas: 100.000. PTT: 29.2" (N: 29.2"). PT: 10.8" (N:10.9"). Prueba de Coombs negativa. ANAs: Positivo 1/320 moteado, ENAs: Sm Positivo, Anti DNA: Negativo. C3: 158 mg/dl, C4: 35 mg/dl. Anticuerpos anticardiolipina: IgG 22.5 GPL (N: 0-23 GPL), IgM: 5.8 GPL (N: 0-11 GPL).

COMENTARIOS: Ilustramos la aparición de bursitis hemorrágica como sospecha clínica inicial de LES, con tan solo una trombocitopenia relativa, sin otro compromiso hematológico. La bursitis hemorrágica ha sido descrita en limitados casos con A.R., enfermedad articular por microcristales, trastornos mieloproliferativos, coagulopatías, traumáticos e infecciosos. El LES requiere por parte del clínico un estudio cuidadoso de las pruebas inmunológicas, y una sospecha clínica en estos casos de rara presentación.

217 MANIFESTACIONES HEMATOLOGICAS AUTOINMUNES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Ramirez L.A., Restrepo J.C., Toro J.M., Murillo M.L., Maya I.M., Alvarez L., Felipe O., Uribe O.,
Departamento de Medicina Interna, Sección de Reumatología y Hematología. Hospital San Vicente de Paúl. Universidad de Antioquia. Medellín.

Se analizaron 43 historias de pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) quienes en la evolución de su enfermedad hubieran presentado manifestaciones hematológicas autoinmunes. 16 de los pacientes reunieron criterios clínicos y de laboratorio definidos para: a. Púrpura trombocitopenica autoinmune (PTA). b. Anemia hemolítica autoinmune (AHA). c. Síndrome de Evans (SE).

El total de pacientes con AHA fué 7 (37.5%), con PTA 6 (43.7%) y con SE 3 (18.7%). En la distribución por sexos independiente de la presentación clínica se encontraron 15 mujeres 93.7% y 1 hombre (6.3%). La anemia moderada fué el grado más frecuente en los pacientes con AHA, presentándose en 5 pacientes (71.4%), mientras en 4 pacientes (66.7%) con PTA la trombocitopenia se clasificó como severa.

Al momento de la aparición de la manifestación hematológica autoinmune 11 de los pacientes reunían criterios para el diagnóstico de LES: 5 de AHA, 5 de PTA y 1 de SE; pero en la evolución el 100% cumplieron los criterios. La presencia de al menos un marcador de Anticuerpos Antifosfolípido se encontró en 10 pacientes (62.5%). Desde el punto de vista clínico la esplenomegalia se presentó con más frecuencia en los pacientes con AHA (42.9%). Ochenta y cinco por ciento de los pacientes con AHA, 100% de los pacientes con SE y 33.3% de los de PTA tuvieron buena respuesta al tratamiento con esteroides.

Conclusión: las manifestaciones hematológicas autoinmunes pueden ser la expresión clínica inicial en los pacientes con LES, para su estudio debe tenerse en cuenta que el Coombs positivo ocasionalmente aparece sin que existan manifestaciones clínicas y de laboratorio de hemólisis. La AHA moderada y la PTA severa fueron las formas clínicas con frecuencia descritas. Los anticuerpos antifosfolípidos estuvieron comunmente asociados con estas manifestaciones. Los esteroides fueron el medicamento de elección para el manejo inicial de cada una de las patologías, obteniéndose buena respuesta.

219 FIBROMIALGIA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL: FRECUENCIA, ASOCIACIONES Y ESQUEMA TERAPEUTICO

Riachi D., Valle R.R. Servicio de Reumatología e Inmunología Hospital Militar Central

La fibromialgia es actualmente una entidad reconocida en la práctica reumatológica como un síndrome doloroso musculoesquelético, difuso, crónico, asociado a signos y síntomas de tipo sistémico con alteraciones de tipo orgánico y funcional. Se realiza una revisión de la casuística de fibromialgia en el Hospital Militar Central con el fin de establecer características en nuestra población. Se revisan historias clínicas de los pacientes atendidos en la consulta externa de Reumatología de nuestro hospital para identificar aquellos con diagnóstico de Fibromialgia, que cumplieran criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología, tomando datos sobre edad, sexo, patologías asociadas, tiempo de evolución, tipo de tratamiento recibido, ya fuera farmacológico, de rehabilitación o de psicología. De las 3.386 consultas atendidas durante el año de 1993 463 (13.67%) correspondían al diagnóstico de fibromialgia a las cuales correspondieron 306 registros de historia clínica, incluyéndose finalmente 200, la edad promedio fué de 51.43 años, el tiempo promedio de evolución fué de 15.35 meses, con promedio de sexo en mujeres (93.5%). Las asociaciones más frecuentes fueron con Osteoartritis en el 27%, en el 6% se encontró asociación con enfermedad articular no diferenciada, en el 4% con hipertensión arterial, con alteración psicológica asociada (4%), un 10.5% de los casos de fibromialgia fué diagnóstico único, el resto de pacientes se asociaron a diversas patologías en menor porcentaje como en Artritis Reumatoidea en el 2.5%. El tratamiento en mayor uso fué la combinación de antidepressivos tricíclicos, AINES, y rehabilitación, fué frecuente el uso de terapia local con bloqueo anestésico de los puntos dolorosos mas sintomáticos. Concluimos que en nuestro Servicio la fibromialgia es una causa frecuente de consulta con promedio de edad y sexo similares a lo reportado en la literatura con un número importante de pacientes que amerita establecer líneas de investigación para el futuro.

MANEJO DE LES SEVERO CON BOLOS SEMANALES DE CICLOFOSFAMIDA

Ramirez L.A., Orrego J.J., Felipe O., Uribe O.J.
Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Departamento de Medicina Interna, Sección de Reumatología Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.

PACIENTES Y METODOS: Es un estudio retrospectivo y abierto en pacientes con LES severo en quienes se aplicaron bolos semanales de ciclofosfamida (CFM) por cuatro semanas continuándose con el esquema ya tradicional; el seguimiento y vigilancia se estableció con la evaluación clínica, hemograma completo y citoquímico de orina con lo que se definió la continuación, suspensión o ajustes en la dosificación. Todos los pacientes concomitantemente recibieron prednisona a dosis de mg/kg/día. Se incluyeron pacientes con recaídas a pesar del manejo con esquema mensual o trimestral de CFM o pacientes con patología atentatoria de la vida y refractaria al tratamiento establecido en otros centros.

RESULTADOS: Se encontraron siete pacientes: tres con nefropatía; uno con nefropatía y trombocitopenia; uno con trombocitopenia; uno con síndrome de Devic y uno con mononeuropatía múltiple. En tres pacientes su primer bolo fue de un gramo seguido de tres bolos semanales de 500 mg con dosis total (DT) de 2.5 gm, tres pacientes con DT de 2.0 gm y un paciente con DT de 1.4 gm pues a partir del segundo bolo solo se utilizaron 300 mg/semana debido a leucopenia transitoria. Una paciente falleció tres semanas después del último bolo por una neumonía por citomegalovirus. Todos los pacientes fueron de sexo femenino con edad promedio (x) de 28.2 años (16-49). La respuesta clínica fué considerada excelente en tres pacientes buena en tres y mala en dos. El X de VSG cayó de 76 mm a 61mm/h y la dosis X de prednisona paso de 58.5 mg/día a 35 mg/día. El período X de seguimiento fue de 6.5 meses (1-17).

CONCLUSIONES: Más que conclusiones podemos destacar algunos aspectos. 1) no existe un incremento de los efectos colaterales a nivel hematológico o urinario a pesar del aumento de la dosis de CFM durante cuatro semanas; el fallecimiento por citomegalovirus también ha sido descrito con el esquema tradicional como un riesgo de la terapia con CFM. 2) Se obtuvieron resultados positivos sustentados en la respuesta clínica, parámetros de laboratorio y ahorro de corticoesteroides. 3) Es necesario el mayor número de pacientes para tener conclusiones más definitivas.

RESPUESTA INMUNE CELULAR A PEPTIDOS SINTETICOS ESPECIFICOS DE REACTIVIDAD CRUZADA CON EL ANTIGENO HLA-27 EN PACIENTES COLOMBIANOS CON ESPONDILOARTROPATIAS.

Rios R., Avila I.M., Vélez P., Iglesias A., Valle R.R. Servicio de Reumatología e Inmunología Hospital Militar Central, Instituto Nacional de Salud, Santafé de Bogotá.

Las espondiloartropatías están constituidas por un grupo de enfermedades reumáticas relacionadas con infección previa del tracto gastrointestinal y/o genitourinario, principalmente causadas por bacterias de la familia enterobacteriaceae y/o Chlamydia trachomatis respectivamente.

Algunos estudios han fortalecido la teoría de la reactividad cruzada entre el antígeno HLA-27 y péptidos de enterobacterias por compartir una secuencia de aminoácidos, como uno de los mecanismos encargados de desencadenar éstas enfermedades, por lo tanto en este trabajo se midió y analizó la respuesta inmune celular frente a péptidos sintéticos derivados del antígeno HLA-27-B2705, HLA-B14, Plásmido de 2 Md de la Shigella flexneri, nitrogenasa de la Klebsiella pneumoniae, que presentan la secuencia homóloga QTDRED entre sí. En 29 pacientes, clasificados en: 2 Artritis psoriásica, 6 Artritis reactiva, 12 Espondilitis anquilosante, 11 EASI y un grupo control de 21 individuos clasificados en: 5 Artritis reumatoide, 4 Artropatía por cristales, 5 normales, 4 sepsis, 1 Fiebre reumática, se obtuvo sangre periférica, además en 5 de los 29 pacientes y en 7 de los 21 controles se obtuvo líquido sinovial.

La respuesta celular se midió por incorporación de timidina tritiada en el ensayo de blastogénesis.

Tanto en pacientes como controles se tipificaron para antígenos HLA clase I por ensayos de microlinfocitotoxicidad con 120 antisueros específicos.

Se encontró una respuesta celular significativa al péptido HLA-B14 (2836) en el grupo de pacientes, así como el grupo de EASI y una respuesta celular significativa al péptido HLA-B2705 (2848) en el grupo de pacientes con Espondilitis anquilosante, todos en relación al grupo control.

En sangre periférica de 4 pacientes con Espondilitis anquilosante HLA-B27 (+), 1 paciente con Artritis reactiva HLA-B27 (+), 1 paciente con EASI HLA-B27 (-), presentaron respuesta a 2 o más péptidos de reactividad cruzada, al igual que 1 paciente con espondiloartropatía seronegativa indiferenciada HLA-B27 (+) en Líquido sinovial.

221 SINDROME DE TURNER Y ARTRITIS PSORIASICA
 Saaibi DL, Rojas LJ, Charry M, Zuñiga LR, Arango CM, Jannaut MJ, Restrepo JF, Peña M, Rondón F, Sánchez A, Iglesias A. Hospital San Juan de Dios. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá. Colombia.

El síndrome de Turner es una alteración cromosómica frecuente que produce un síndrome clínico característico. Usualmente su fenotipo es femenino; se acompaña de infantilismo, pterigium colli, cubitus valgus, además de facies características. Se ha asociado con la artritis reumatoidea juvenil pero hasta el momento nunca se ha descrito concomitante con una artritis psoriásica.

PRESENTACION DEL CASO. Una mujer de 34 años refería la presencia de lesiones psoriásicas que comprometían todo el cuerpo y que había aparecido en los últimos 4 años. 3 años antes de su admisión a nuestro hospital refiere la aparición de poliartrosis asimétrica y dactilitis en ambos pies. Por estudio de infertilidad a la edad de 21 años se le había diagnosticado un síndrome de Turner (45X0). Al examen físico se encontró una mujer con fenotipo femenino, facies típicas de Turner, baja talla, infantilismo sexual, cuello corto y alado, tórax en imagen de armadura con pezones separados, lesiones de psoriasis guttata en todo su cuerpo, artritis de ambos carpos, segunda y tercera articulación MCP, rodilla izquierda y dactilitis en el cuarto dedo izquierdo y segundo derecho de pies.

Los exámenes de sangre eran normales a excepción de una elevación de la velocidad de sedimentación globular. Los rayos X mostraron fusión del hamate con el capitate, acortamiento del cuarto carpiano, hipoplasia del platillo interno, osteoporosis difusa, nódulos de Schmorl sobre las vértebras, edema difuso de ambos cuellos de pie y sobre el cuarto dedo izquierdo y segundo derecho con erosiones y disminución del espacio articular en la interfalángicas proximales y distales de los mismos.

CONCLUSION. La asociación del síndrome de Turner y la artritis psoriásica es rara y parece ser casual. Este es el primer informe de tal asociación en la literatura mundial.

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES TOTALES EN ADULTOS SANOS 222

Sanchez A, Nuñez D, Ruiz C, Barrera N, Restrepo JF. Instituto de Reumatología e Inmunología. Santafé de Bogotá.

Los anticuerpos antinucleares (ANAS) juegan un papel importante en la fisiopatología de las enfermedades reumáticas y su detección es de mucha utilidad en el diagnóstico de estas. Los ANAS pueden ser observados en otras patologías e incluso en sujetos normales; sin embargo la prevalencia en estos últimos no se ha determinado en Colombia y existen pocos informes en la literatura mundial.

Material y Métodos: Se seleccionaron 625 personas (309 hombres, 316 mujeres) con edades comprendidas entre 16 y 75 años, en quienes se demostró por anamnesia y examen físico que no resentaba ninguna patología. A todos se les realizó la determinación de ANAS por la técnica de inmunofluorescencia indirecta sobre células Hep-2. Los pacientes se dividieron en 6 grupos etarios. Cada grupo quedó conformado por un número similar de hombres y mujeres.

RESULTADOS: Encontramos 18 (2.9%) personas con ANAS (+). La tasa de positividad fue de 2.3% (7/309) en hombres y 3.2% (11/316) en mujeres, sin que la diferencia fuera significativa. La tasa de positividad en cada uno de los subgrupos fue Grupo I (16-25) 0.9%; Grupo II (26-35%): 1.8%; Grupo III (36-45): 2.7%; Grupo IV 2.9%; Grupo V: (56-65 años): 7.2%; Grupo VI (66-75): 2.2%. El patrón de inmunofluorescencia más frecuente fue el nucleolar con 8 casos, seguido por el moteado (7 casos), mixto (moteado-nucleolar) (2 casos) y citoplasmático (1 caso). Cinco pacientes tuvieron una dilución de 1:40, 3 de 1/80, 3 de 1/60 y 7 de 1/320 o mayores.

En conclusión encontramos una prevalencia de ANA en personas normales de 2,9%, siendo mayor en mujeres que hombres.

La edad de mayor prevalencia fue entre 56 y 65 años y el patrón más frecuente fue el nucleolar, en títulos bajos en la mayoría de los casos.

223 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDOS (AcP) ANA NEGATIVO, ANTIRO POSITIVO: LES O LES INCOM- PLETO ASOCIADO A RASGO FALCIFORME.

Sierra RM, Barrios C, Moreno A, Padilla L. Universidad de Cartagena-Hospital Universitario-Cartagena.

El Síndrome AcP primario o asociado a LES explica algunos fenómenos trombóticos venosos y/o arteriales, aunque la atribución directa de causalidad es difícil.

Presentamos el caso de un paciente femenino de 23 años, raza negra que consultó por astenia, adinamia, dolor hemicraneal, hipoestesia y hemiparesia derechas con remisión espontánea a los cuatro días, posteriormente dolor en pantorrilla derecha y Hofman positivo. Antecedentes de migraña de la infancia. La pletismografía Doppler demostró TVP femoropoplitea derecha; TAC de cerebro y fosa posterior, ecografía cardíaca, abdominal y pélvica, hemoleucograma, TP/TPT y plaquetas normales. ANA Hep-2 (-), ANTIRO (+), VDRL 1/2 con FTA-Abs (-), AcP (ELISA) IgG 15 upgl, IgM 6.7 upml, prueba falciforme (+) electroforesis de hemoglobina AS. Se anticoagula con heparina seguido de Warfarina, mejoría de los síntomas de TVP, aumentan los síntomas constitucionales se a - dición prednisolona, aspirina a dosis baja y cloroquina con remisión de los síntomas.

En este caso resaltamos la importancia de descartar causas anatómicas, obstructivas o enfermedades fundamentales subyacentes en el estudio de TVP, aun en presencia de entidades como el rasgo falciforme frecuente en nuestra población, pero sin probada relación etiopatogénica.

HALLAZGOS ECOCARDIOGRAFICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO 224

Tabet M., Orrego A., Nates A. Dpto. de Medicina Interna. Hospital Universitario San José. Universidad del Cauca. Popayán.

Se estudiaron prospectivamente 18 pacientes con hallazgos clínicos y serológicos de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) que cumplían con los criterios de la Colegio Americano de Reumatología. 15 con LES y 3 con síndrome antifosfolípido (SAF). Las edades comprendían de 16 a 61 años con una media de 39.9. Los hallazgos ecocardiográficos más importantes fueron los siguientes: 11 pacientes (61%) tuvieron insuficiencia mitral diagnosticada por doppler pulsado; en 3 de ellos la insuficiencia mitral fue catalogada como III/IV, de moderada a severa repercusión hemodinámica que requería de cambio valvular mitral. A 8 pacientes (44%), se les encontró derrame pericárdico sugestivo de pericarditis, hallazgo muy frecuente en autopsias de pacientes con LES. De estos 2 tenían un derrame pericárdico importante, mayor de 400 cc. 3 pacientes tuvieron una miocardiopatía dilatada con hipocinesia, sugestiva de una miocardiopatía lúpica. Engrosamiento pericárdico e hipertrofia ventricular izquierda se encontró en 16% de los pacientes. De los 3 pacientes con SAF, 2 tenían hipertensión arterial pulmonar con insuficiencia tricuspídea y crecimiento de cámaras derechas. Uno de estos tenía un gran trombo intracavitario en el ápex del ventrículo izquierdo.

Los hallazgos ecocardiográficos en este estudio concuerdan con otros estudios de la literatura mundial donde el LES y el SAF es causa frecuente de valvulopatía mitral en pacientes jóvenes además de pericarditis con derrame pericárdico. Las vegetaciones de Lipman Sacks no se encontraron en este estudio por modo bidimensional por su pequeño tamaño, generalmente de 3 a 4 mm que escapa de la resolución de los equipos de ecocardiografía disponibles actualmente.

225 ESPONDILIOARTROPAATIAS SERONEGATIVAS (EASN)

Upequi C. J.J., Senior S. J.M., Ramirez G. I.A., Felipe de la C. O., Uribe U. O.

Departamento de Medicina Interna, Sección de Reumatología Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Universidad de Antioquia.

Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 45 pacientes con diagnóstico de EASN seguidos en la Sección de Reumatología del HUSVP entre 1980 y 1993, se identificaron 4 subgrupos que cumplían los criterios establecidos para el diagnóstico: Espondilitis anquilosante (16 pacientes), artritis reactiva-síndrome de Reiter (14 pacientes), espondiloartropatía indiferenciada (13 pacientes) y artropatía soriatíca (2 pacientes).

Resultados: Predominio en el sexo masculino (relación 2:1); grupo etario más comprometido entre los 11 y 30 años; la sacroiliitis fue el compromiso axial más destacado y la artritis periférica predominó en miembros inferiores. Características: Espondilitis anquilosante: Tiempo de evolución al diagnóstico mayor de 4 meses 93%, primera manifestación dolor lumbar 75%, artritis periférica de miembro inferiores 43%, entesopatía 100%. El 81% de los pacientes presentaron limitación de la motilidad lumbar en los 3 planos y el 66% tenían sacroiliitis. El hallazgo radiológico más frecuente fue sacroiliitis grado III-IV en 87.5%.

Artritis Reactiva-Síndrome de Reiter: Tiempo de evolución al diagnóstico menor de 2 meses 71.4%, primera manifestación artritis periférica 71.4% sola en el 60% y asociados a entesopatía en 40%; la sacroiliitis se encontró en 50% de los pacientes. Se logró identificar episodio infeccioso previo o concomitante al compromiso articular en 85.7%, de los cuales 50% se clasificaron como S. de Reiter. El tiempo entre el compromiso infeccioso y articular fue menor de 2 semanas en 66% de los casos.

Espondiloartropatía indiferenciada: Tiempo de evolución de la enfermedad al diagnóstico mayor de 4 meses 46.1%; la artritis periférica fue la manifestación más frecuente 53.8% y se encontró compromiso axial (sacroiliitis) en 53.8%, 30.7% de los pacientes presentaron conjuntivitis y 23% uveítis anterior. Artritis soriatíca tuvo un comportamiento similar.

Conclusión: Las EASN constituyen un grupo heterogéneo de patologías reumatológicas interrelacionadas y con características propias tales como: Compromiso axial, artritis periférica predominando en miembros inferiores, entesopatía, compromiso extraarticular, ausencia de factor reumatoide. A pesar de compartir características en común y de existir criterios diagnósticos más o menos definidos en varias de estas entidades, pueden darse manifestaciones atípicas que hacen difícil su reconocimiento y clasificación como EASN.

SINDROME ANTIFOSFOLIPIDOS

Uribe O., Ramirez L.A., Felipe O.,

Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Departamento de Medicina Interna, Sección de Reumatología. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia.

La presencia de Anticuerpos antifosfolipos (APL) en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), demarcan un subgrupo con manifestaciones clínicas características. Estas, se presentan en algunos pacientes quienes no tienen evidencia de LES, ni de ninguna otra enfermedad del tejido conectivo, neoplásica o infecciosa por lo que se ha denominado síndrome APL primario (SAPL).

Estudiamos retrospectivamente 41 pacientes de la consulta de Reumatología de HUSVP visto de enero de 1992 a junio de 1993. La edad promedio fue 29.5 años \pm 9.1. 37 mujeres y 4 hombres. 27 tenían LES, 13 SAPL y uno escleroderma.

Clínica: Los síntomas más frecuentes fueron: Livedo reticularis (63%) trombocitopenia (53%) trombosis venosa profunda (36%) abortos a repetición (32%) y compromiso neurológico (46%). 26% tenían Nefropatía. La mayoría (56%) tenía más de dos manifestaciones y 4 pacientes (9%) solo una.

Laboratorio: En el grupo total los anticuerpos anticardiolipina fueron positivos en 92%, el anticoagulante lúpido en 74% y el VDRL positivo en 43%. Las tres pruebas se realizaron en 20 pacientes y fueron positivas en 5 (25%); el VDRL, en 5 (25%) el ACL en 19 (95%) y el anticoagulante lúpico en 11 (55%).

Conclusión: El síndrome APL es relativamente frecuente entre nuestros pacientes con LES y la forma primaria es alta. Los porcentajes de positividad de las 3 pruebas, son iguales a los reportados en la Literatura Mundial. La sensibilidad en orden decreciente es: Anticardiolipina Anticoagulante lúpico y VDRL.

227 MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS ASOCIADAS A LA INFECCION CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Vasconez E., Díaz M., Martínez G.

Sección de Reumatología: Fundación Santa Fe de Bogotá, Hospital Regional Simón Bolívar, Escuela Colombiana de Medicina, Santafé de Bogotá.

Los cambios Reumatológicos Asociados a la Infección por VIH comprenden el Síndrome de Reiter, la artritis psoriasisica, enfermedades del tejido conectivo y vasculitis entre otras.

Con el objeto de conocer las características clínicas y epidemiológicas del compromiso reumatológico de los pacientes infectados por VIH se realiza el presente estudio descriptivo que incluye 102 pacientes que acudieron a la consulta especial para paciente con diagnóstico confirmado de Infección por VIH, en el Hospital Regional Simón Bolívar de Santafé de Bogotá durante un periodo de 6 meses, se les realizó un interrogatorio y examen dirigido en búsqueda de sintomatología articular.

De los 102 pacientes, 92.2% (94) fueron hombres y 7.8% (8) mujeres, la edad promedio fue de 33 años, con un rango entre 15-64 años; 53.9% (55) procedentes de Bogotá el resto de otros sitios de Colombia; 81.4% (83) paciente fueron homosexuales; 29.4% (30) pacientes heterosexuales; 11.9% (12) pacientes drogadictos; 4.9% (5) pacientes recibieron transfusiones de sangre; 9.1% (10) pacientes eran homosexuales y además drogadictos. No hubo hemofílico. En 53.9% (55) estaban en estadio II de la clasificación de CDC, 16.7% (17) pacientes estadio IV B, 16.7% (17) pacientes estadio VI C y 8.8% (8) pacientes estadio IV A, 2% (2) pacientes estadio III, 1.0% (1) paciente estadio IV D.

Las artralgias se presentaron en 21.4% (21) pacientes, oligoartralgias en 9.8% (10) pacientes, poliartralgias 10.8% (11) pacientes siendo las grandes articulaciones las más afectadas. En artritis se encontró 2.0% (2) pacientes ambos sexos masculinos, con oligoartritis afectando rodillas, tobillos, asimetrías con una duración promedio de 30 días, ambos estaban con estadio IV C, y se atribuyó al virus.

En ningún paciente encontramos Síndrome articular doloroso, Síndrome de Reiter, ni Artritis Psoriasisica a pesar que hubo cuatro pacientes con psoriasis. Dolor cervical se presentó en 5.9% (6) pacientes al momento de la consulta; dolor lumbar fue más frecuente, 13.7% (14) de los pacientes lo manifestaron, no hallándose artropatía seronegativa.

En cuanto a las manifestaciones sistémicas, no encontramos uveítis; 7.8% (8) pacientes tenían úlceras orales; 1.0% (1) paciente manifestó uretritis; 19.6% (20) pacientes reportaron diarrea. En 16.7% (17) pacientes presentaron debilidad muscular y 10.8% (11) pacientes tenían mialgias.

En nuestros pacientes con Infección por VIH, presentaron manifestaciones reumatológicas pero con menos prevalencias al informado por otros autores. Es posible que factores genéticos, hormonales y ambientales y estadios tempranos de la Infección por VIH de nuestros pacientes estudiados sean diferentes. Así como la metodología investigativa.

Se debe realizar un protocolo de estudio por muestreo estratificado para las Manifestaciones Reumatológicas en pacientes infectados con VIH para clasificar su prevalencia y definir sus características.

DENSITOMETRIA OSEA: ESTUDIO EN 651 PACIENTES. Vásquez G.,

Molina J., Ramirez LA., Cerón CE., Uribe O., Felipe O., Calle I., Morales LM., Uribe F., Latorre G., Naranjo C., Sánchez F., Echavarría A., Jaramillo Y., REUMATOLOGIA S.A. Medellín.

INTRODUCCION: La osteoporosis es un problema de salud pública; en Estados Unidos la prevalencia de fracturas por compresión en caucásicas postmenopáusicas es aproximadamente el 20%. También se sabe que la fractura de cadera se incrementa en mujeres mayores de 50 años.

MATERIALES Y METODOS: Se analizaron los hallazgos de 651 densitometrías óseas realizadas con un equipo de energía dual (LUNAR DPX-Alpha) de septiembre de 1993 hasta abril de 1994.

RESULTADOS: Se practicaron densitometrías óseas a 634 mujeres (97.39%) y a 17 hombres (2.61%), la mayoría se realizaron en el grupo de edad de alto riesgo (18.59% entre 41 a 50 años, 18.59% entre 51 a 60 años y 20.65% entre 61 y 70 años).

Se observó progresión de la enfermedad con la edad; sólo 1.77% de los pacientes en el grupo de 41 a 50 años de edad tenían densitometría ósea de columna por debajo del umbral de fractura (0.850 g/cm²), mientras que 33.51% y 51.33% de los grupos 51-60 y 61-70 años respectivamente demostraron resultados inferiores al umbral de fractura.

En el análisis del fémur los resultados fueron similares 7.19% en el grupo de 41 a 50 años, 33.09% y 43.17% en los grupos de 51 a 60 y 61 a 70 años.

DISCUSION: El presente estudio constituye el primer informe de densitometría ósea en población colombiana; de las 651 densitometrías, 176 fueron anormales (27.04%), lo que demuestra que la osteoporosis también es un serio problema de salud pública en nuestro medio. Igualmente y como es conocido se observó progresión de la enfermedad a través de los años.

En consecuencia, es muy importante hacer los estudios pertinentes y establecer las medidas terapéuticas principalmente en individuos entre 41 y 50 años de edad, pero también en otras personas con diferentes factores de riesgo con el fin de disminuir la morbilidad causada por esta entidad.

229 ESTUDIO CINÉTICO DE LA PRODUCCIÓN DE CITOQUINAS POR MONOCITOS DE SANGRE PERIFÉRICA Y DE LÍQUIDO SINOVIAL DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: EFECTO DE IL-1 Y TNF-alfa SOBRE LA SÍNTESIS DE PROSTAGLANDINA E₂. Vernet JP, Múnera GI, Morales LR, Rojas AP, Rondón F, Iglesias A. Grupo de Inmunología, Instituto Nacional de Salud, Santa Fé de Bogotá, D.C.

La IL-1 y el TNF-alfa participan en el proceso inflamatorio crónico y en la destrucción articular en artritis reumatoide (AR), promoviendo la producción de prostaglandina E₂ (PGE₂) por células sinoviales. En este trabajo se midieron los niveles de IL-1 y TNF-alfa en muestras de suero, plasma y líquido sinovial (LS) de pacientes con AR activa sin tratamiento y se evaluó la síntesis de estas citoquinas por monocitos de sangre periférica (SP) y de LS. Se midieron asimismo los niveles de PGE₂ en LS y en sobrenadantes de cultivo de monocitos de SP y de LS estimulados con TNF-alfa. Los monocitos se obtuvieron por centrifugación en gradiente de densidad de Ficoll Hypaque y adherencia al plástico. Las células se cultivaron a una concentración de 5 x 10⁶/ml y los sobrenadantes se recolectaron a las 4, 16, 24, 48, 72 y 96 horas. Las mediciones de IL-1 y TNF-alfa se realizaron por medio de ensayos biológicos e inmunoensayos enzimáticos (ELISA). Los niveles de PGE₂ se cuantificaron por cromatografía líquida de alta resolución (HPLC). Los resultados preliminares demuestran que a pesar de no haberse detectado actividad de IL-1 en plasma y suero y con algunas excepciones en LS, los monocitos de SP y de LS secretaron IL-1 (en el 69% y 57% de las muestras respectivamente) en niveles detectables (rangos 0.8-1864 y 0.5-1472 U/ml respectivamente) en las primeras 16 horas de cultivo. La frecuencia y los niveles de TNF-alfa fueron mayores en suero y plasma que en LS. Los monocitos de SP produjeron TNF-alfa en niveles más elevados y con una frecuencia mayor (rango 4.9-310 U/ml, 46%) que los monocitos de LS (rango 5.6-750 U/ml, 40%) en las primeras 16 horas de cultivo. La producción de IL-1 y TNF-alfa descendió gradualmente hacia las 96 horas.

231 POLIMIOSITIS-DERMATOMIOSITIS (PM-DM): EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. Zúñiga LR, Saaibi DL, Rondón F, Peña M, Lizarazo H, Restrepo JF, Sánchez A, Iglesias A. Unidad de Reumatología, Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá.

La PM-DM es una enfermedad muscular inflamatoria de causa desconocida y con múltiples presentaciones clínicas; para determinar sus características epidemiológicas en nuestro medio, aún no descritas, analizamos las historias clínicas de los pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de Bohan y Peter, en los últimos 13 años. Fueron incluidas 19 mujeres y 10 hombres, con un promedio de edad de 33 años (rango: 15-61). Encontramos debilidad en cintura escapular y pélvica presentadas en forma simultánea en el 88%, mialgias 69%, poliartralgias 66%, disfagia 59%, fiebre 52%, fenómeno de Raynaud 41%, atrofia muscular proximal 41%, contracturas y retracciones 31%, poliartritis 14% y vasculitis cutánea en el 3.5% de los casos. Se observó anemia en el 37%, VSG elevada en el 75%, CK y DHL anormales en 78%, AST y ALT en el 65 y 60% respectivamente. Los ANAs (HEp-2) fueron positivos en el 96% de los casos, (patrón moteado, promedio 1/2520); La histopatología del músculo esquelético fue anormal en el 77%, la biopsia de piel en el 100% y la electromiografía (EMG) en el 86% de los casos.

En nuestro estudio, se observó que la PM-DM se presenta a etapas más tempranas de la vida que en otros informes previos, con solo un caso relacionado a neoplasia (Ca de cérvix). El compromiso visceral (disfagia en el 59%, taquiarritmia en el 52% y pruebas de función pulmonar anormales en el 36%) estuvieron asociadas en el 70% de los casos a síntomas constitucionales como fiebre, astenia, adinamia y pérdida de peso, y se correlacionaron con altos niveles de CK y ANAs positivos (>1280) en el 78% de los pacientes. Observamos un índice de mortalidad de solo el 3.5% en los 13 años estudiados, con una muy buena respuesta al tratamiento. Las diferencias entre la PM-DM en nuestro medio y los informes de otras latitudes podrían estar relacionados a factores genéticos, inmunogenéticos y factores medioambientales.

230 VASCULITIS, ARTRITIS Y OSTEOLISIS EN UNA INFECCIÓN DISEMINADA POR SPOROTHRUX SCHENKII. Zúñiga LR, Restrepo JF, Saaibi DL, Charry M, Peña M, Rondón F, Iglesias A. Unidad de Reumatología, Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá.

La esporotricosis es una infección causada por el hongo dimórfico *Sporothrix schenckii*. Generalmente es una enfermedad linfocutánea, presentándose como una úlcera indolora en las extremidades con subsecuente diseminación lineal proximal hacia las cadenas ganglionares; la forma extracutánea, por diseminación hematogena, puede llegar a afectar cualquier órgano. En este caso se muestra una vasculitis granulomatosa mediofacial crónica severa, asociada a artritis, osteomielitis, y síntomas sistémicos, que no había sido descrita con anterioridad. Una mujer de 36 años, con una historia de 1½ años de evolución, consistente en fiebre, cefalea frontal, pérdida de peso, náuseas, anorexia y una úlcera dolorosa cubierta por una costra melisérica en sus mejillas, región infraorbitaria y dorso nasal. Además, nódulos subcutáneos dolorosos que drenaban material purulento, dejando una úlcera granulomatosa, en diferentes partes del cuerpo y una lesión granulomatosa en el paladar blando. Un año después, ella presenta artralgias en carpos y codos, con artritis en hombros, rodilla derecha, tobillo izquierdo y articulaciones esternoclavicular y acromioclavicular derechas. Se encontró anemia, VSG elevada, líquido sinovial inflamatorio (tipo II), VIH y ANAs negativos. La biopsia sinovial de la rodilla derecha mostró proliferación de sinoviocitos, severo proceso inflamatorio granulomatoso y purulento, abundantes células epitelioides, de Langhans y plasmocitos; vasculitis necrotizante comprometiendo vasos de pequeño y mediano calibre, con necrosis fibrinoide de la pared e infiltrado inflamatorio mixto. Hallazgos similares fueron vistos en la biopsia del paladar blando. Los rayos X mostraron periostitis clavicular derecha y una lesión osteolítica sobre la protuberancia tibial anterior. La gammagrafía ósea reveló múltiples sitios de hipercaptación sobre las articulaciones comprometidas. Se drenó material purulento y caseificado de las articulaciones esternoclavicular y acromioclavicular, de la protuberancia tibial anterior izquierda y de los nódulos subcutáneos, cuyo cultivo en Sabouraud agar, fué positivo para *S. schenckii*. Se inició itraconazole, 400 mg bid, con una muy rápida resolución de todas sus lesiones. Este caso muestra una localización infrecuente de este tipo de infecciones y el primer informe de vasculitis granulomatosa por *S. schenckii*.

232 COMPROMISO VISCERAL, ANTICUERPOS ANTINUCLEARES Y CREATIN-KINASA (CK) COMO PREDICTORES DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON POLIMIOSITIS-DERMATOMIOSITIS (PM-DM). Zúñiga LR, Saaibi DL, Rondón F, Peña M, Lizarazo H, Restrepo JF, Sánchez A, Iglesias A. Unidad de Reumatología, Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá.

La PM-DM es una enfermedad inflamatoria crónica muscular, adquirida, de causa no conocida. La mayoría de pacientes responden inicialmente, al menos parcialmente, al tratamiento con corticosteroides, pero el 25% de los casos necesita utilizar un segundo medicamento para controlar la enfermedad. El metotrexate y la azatioprina son los inmunosupresores que han sido utilizados con mayor frecuencia en estos casos; la ciclofosfamida también, pero su eficacia es pobre en diferentes informes. Hasta el momento, no se ha descrito un marcador pronóstico de la respuesta del paciente, que indique la necesidad de utilizar dos o más medicamentos para controlar la sintomatología. Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes con PM-DM que cumplieran los criterios diagnósticos de Bohan y Peter, en los últimos 13 años, en el Hospital San Juan de Dios; se encontraron 19 mujeres y 10 hombres, con un promedio de edad de 33 años (rango: 15-61). Se utilizaron esteroides en todos los pacientes, ciclofosfamida en 21% (6 casos) y metotrexate en 17% (5 casos). Con esteroides solos se logró controlar la enfermedad en el 62% (18 casos); en 11 pacientes, debido a fallas en el tratamiento con esteroides solos, se debió asociar metotrexate y/o ciclofosfamida, logrando una buena respuesta en el 83% de estos últimos casos. Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes que respondieron al tratamiento único con esteroides (grupo I) y los que necesitaron más de un medicamento para controlar la enfermedad (grupo II).

	Grupo I	Grupo II	
Compromiso visceral	21%	67%	(P<0.005)
Promedio CK sérica (U/L)	1645	6974	(P<0.005)
ANAs HEp-2 (promedio)	1:1862	1:3200	(P<0.005)

Concluimos que la presencia de compromiso visceral (esofágico, pulmonar, cardíaco), asociados a títulos de ANAs elevados (>1:2560 patrón moteado) y CK sérica mayor a 3000 U/L, pueden ser utilizados como predictores de resistencia al tratamiento único con esteroides en los casos de PM-DM. En estos pacientes encontramos un alto efecto benéfico con el uso de la ciclofosfamida, como alternativa a las drogas inmunosupresoras.