LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: ANALISIS RETROSPECTIVO DE LAS ALTERACIONES CLINICAS Y DE LABORATORIO EN 33 PACIENTES.

Duque LF.,González H.
Sección de Reumatología. Departamento de Medicina Interna. Universidad de Caldas. Manizales.

En el presente trabajo hemos revisado las alteraciones clínicas, de laboratorio, curso y letalidad en 33 pacientes con LES, evaluados durante el periodo 1979 - 1988. De los 33 pacientes, 29 eran mujeres y 4 hombres con una edad media al momento del diagnóstico de 32 años.

La evolución de los síntomas fue menor de dos meses en el 52%. Las manifestaciones clínicas más importantes fueron: artralgias (76%), eritema malar (82%), lupus discoide (71%), nefritis (54%), artritis (43%), compromiso neurológico (30%). Las manifestaciones hematológicas y serológicas más importantes fueron: linfopenia (59%), leucopenia (30%) y trombocitopenia (30%). Los anticuerpos antinucleares fueron positivos en el 87% y el anti-DNA nativo en el 47%.

La letalidad del LES en nuestra serie fue del 57%, no encontrándose diferencia significativa entre hombres y mujeres.

En conclusión, hemos encontrado en nuestros pacientes con LES una presentación clínica y de laboratorio similar a otras series de la literatura Colombiana y Extranjera. La actividad del LES, fundamentalmente renal, neurológica y la infección siguen siendo las principales responsables de la letalidad.

EL SINDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDOS Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

Duque LF.,González H.
Sección de Reumatología. Departamento de Medicina Interna. Universidad de Caldas. Manizales.

El síndrome de anticuerpos antifosfolipidos es un cuadro de reciente descripción en el que la presencia de éstos anticuerpos, evidenciada por VDRL falso positivo, anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipina, se asocia con trombosis venosa y/o arterial, abortos recurrentes y trombocitopenia.

Presentamos un caso de una mujer de 18 años con lupus eritematoso sistémico quien durante dos episodios de reactivación del LES presentó trombosis venosa profunda en pierna izquierda, además de poliartritis, lesiones de lupus discoide en cara, región auricular y antebrazos, fenómeno de Raynaud y alopecia difusa. Dos días después de iniciado su segundo episodio de trombosis venosa profunda, la paciente presentó cuadro súbito de disnea, dolor en hemitórax derecho y tos hemoptoica; una gammagrafía de perfusión pulmonar fue concluyente de tromboembolismo pulmonar; la paciente recibió anticoagulación intravenosa y corticoesteroides con lo que el cuadro se resolvió. Las pruebas de laboratorio más importantes fueron: plaquetas: 90.000 VDRL reactiva 1:4, anticuerpos antinucleares 1:160, patrón homogéneo, prueba de anticuerpos anticardiolipina positiva 2 desviaciones standar sobre el normal.

Resaltamos esta asociación entre anticuerpos anticardiolipina y tromboembolismo pulmonar en pacientes con LES.

193

ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDOS EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.

Gil I, Echavarría E, Molina J.
Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad de Antioquia, Congregación Mariana de Medellín.

En un estudio de corte en 48 pacientes consecutivos de la consulta de lupus eritematoso sistémico del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, se determinó la prevalencia de anticuerpos antifosfolípidos, medida por tres métodos simultáneamente: falso positivo biológico para el VDRL, tiempo parcial de tromboplastina y anticuerpos anticardiolipina por enzimoanálisis. Se encontró anticuerpos antifosfolípidos en 1% de los casos; 2/3 partes de los pacientes fueron positivos solo por un método.

La sensibilidad relativa falso positivo biológico para el VDRL se encontró en 26.6% de los pacientes, el tiempo parcial de tromboplastina en 55.5% y el enzimoanálisis para anticuerpos anticardiolipina en 60%.

En una segunda parte, se hizo un estudio de cohorte, prospectivo a 22 meses, y se demostró:

- 1- La probabilidad de trombosis arterial y/o venosa es de 20% en el grupo con anticuerpos antifosfolípidos (ningún caso en los demás).
- 2- En el lupus eritematoso sistémico, los pacientes con anticuerpos antifosfolípidos tienen menor frecuencia de compromiso renal (20% Vs 51%).

194

COMPROMISO CEREBELOSO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Molina J., Pardo C
Instituto de Reumatología, Medellín y U.S.A

El compromiso neuropsiquiátrico en LES ocurre en 30 a 70% de los pacientes. Si bien los mecanismos patogénicos son variados, no se conocen de una manera definitiva.

Es muy infrecuente el compromiso cerebeloso, bien como manifestación inicial o durante el curso de la enfermedad. Parece ser debido a lesiones isquémicas por daño vascular en territorio de la circulación cerebral posterior o infratentorial o también por anticuerpos contra células del cerebelo.

Casi siempre se ha demostrado que además de la lesión cerebelosa existe compromiso del tallo cerebral, lo que sugiere, alteración de arterias de pequeño y mediano calibre.

Presentamos las características clínicas, neurológicas y paraclínicas de tres pacientes lúpicos con compromiso cerebeloso.

Nuestros pacientes pertenecían al sexo femenino (20, 37 y 47 años). Los tres tenían los criterios de LES de la ARA; en dos, el síndrome cerebeloso fue la manifestación inicial.

Dos de los pacientes se recuperaron en 2 meses, en el otro la sintomatología no desapareció, lo que sugiere daño irreversible.

Si bien esta forma de presentación es rara, se debe tener presente para establecer un tratamiento oportuno y adecuado.

195

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: TRATAMIENTO CON METOTREXATE

Molina J
Instituto de Reumatología, Medellín

Muchos pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) se controlan satisfactoriamente con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antimaláricos y corticosteroides. Sin embargo, algunos necesitan inmunosupresores (principalmente ciclofosfamida) y dosis altas de corticosteroides.

El metotrexate (MTX) ha sido utilizado con éxito extensamente en el tratamiento de artritis reumatoidea y otras enfermedades del tejido conectivo. Existen informes esporádicos de su uso en LES.

Diferente de la ciclofosfamida el MTX no ha demostrado ser oncogénico ni ocasionar esterilidad. Presentamos nuestra experiencia con 10 pacientes que tenían más de 4 criterios diagnósticos de la ARA para LES; continuaban con signos de actividad a pesar de estar recibiendo más de 20 mg de prednisona al día, presentaban signos de reactivación al disminuir la dosis (menos de 15 mg x día) o desencadenaron efectos adversos importantes a los corticosteroides.

9 Pacientes eran mujeres, el promedio de edad fue 32 años; la dosis promedio de MTX fue 8.9 mg x semana. De los 10 pacientes, 8 continúan en tratamiento con buena respuesta, algunos con mínimos efectos secundarios, principalmente gastrointestinales, 1 suspendió voluntariamente el tratamiento y el otro presentó intolerancia gástrica.

Se sugiere que el MTX es útil en algunos pacientes con LES y si bien todavía no conocemos si todas las manifestaciones responden satisfactoriamente, se intenta emplearlo también en pacientes con complicaciones graves.

196

ENFERMEDAD DE STILL EN EL ADULTO: EXPERIENCIA CON 17 PACIENTES

Molina J, Moreno A
Instituto de Reumatología, Medellín y Cartagena

Desde la descripción de la entidad por Baywaters en 1971, con el tiempo se le ha reconocido como una poliartritis febril o fiebre de origen desconocido. Casi todos los pacientes se presentan con fiebre en picos, por lo general mayor de 39, brote maculopapular evanescente, mialgias, poliartralgias y poliartritis asociado con leucocitosis y neutrofilia.

Recientemente se han propuesto algunos criterios mayores y menores que son de utilidad para el diagnóstico.

Algunos pacientes presentan serias complicaciones sistémicas como compromiso cardiopulmonar, neurológico hepático etc.

Durante los últimos 10 años hemos estudiado 17 pacientes de esta relativa infrecuente entidad. 10 mujeres y 7 hombres con promedio de edad de 31 años.

Todos nuestros pacientes presentaron fiebre mayor de 39, la totalidad tuvieron compromiso articular, la mayoría con verdadera artritis; uno tuvo compromiso rápidamente destructivo de cadera como ha sido descrito, otros tres desencadenaron anquilosis del carpo. Compromiso hepático severo ocurrió en dos pacientes y otros dos tuvieron trastornos neurológicos importantes.

La enfermedad de Still con presentación en el adulto (mayores de 16 años) si bien no es una entidad frecuente, parece no ser bien conocida y puede ocasionar un problema diagnóstico y conducir a hospitalizaciones prolongadas innecesarias y exámenes de laboratorio injustificados. Si bien su pronóstico es favorable en ocasiones puede producir complicaciones serias que debemos reconocer para tratarlas oportunamente.

SÍNDROME DE LOFGREN
Molina J
Instituto de Reumatología, Medellín

La sarcoidosis es una enfermedad sistémica caracterizada por la presencia de una reacción granulomatosa no caseificante de origen desconocido fundamentalmente en adultos jóvenes. Por lo general se presenta con adenopatía hilar bilateral, infiltrado pulmonar y lesiones oculares y cutáneas; con menor frecuencia ocurre compromiso cardíaco, renal, muscular, óseo o articular.

La artritis es la manifestación reumática más común; ocurre en 5 a 37% de los pacientes. Se han descrito dos patrones diferentes; la más frecuente es la forma aguda que con frecuencia se asocia con eritema nodoso y adenopatía hilar. Esta forma fue descrita por Lofgren en 1953. Los pacientes tienen principalmente compromiso oligoarticular, más común de tobillos y rodillas, con frecuencia periarticular con marcados signos inflamatorios, poco dolor y ausencia de limitación de movimiento articular.

Durante los últimos seis meses hemos observado dos pacientes con esta forma de presentación articular aguda de sarcoidosis, ambos hombres (36 y 49 años). En los dos se encontró compromiso periarticular inflamatorio de tobillos, artralgiás, eritema nodoso y adenopatía hilar bilateral comprobada por rayos x de tórax y tomografía. En ambos pacientes se practicó mediastinoscopia y el estudio histológico reveló la presencia de granuloma no caseificante. Se debe sospechar esta entidad en adultos jóvenes que se presenta con oligoartritis y/o periartritis aguda, particularmente en presencia de eritema nodoso. En estas circunstancias son fundamentales la radiografía de tórax, tomografía de mediastino y posiblemente la mediastinoscopia para el estudio histológico correspondiente.

SÍNDROME DE REITER EN MUJERES
Pinto L, Molina JF, Molina J
Universidad de Antioquia, Medellín, Universidad Nacional, Bogotá e Instituto de Reumatología, Medellín

El síndrome de Reiter en su forma clásica se caracteriza por la triada de artritis, conjuntivitis y uretritis. Sin embargo, en los últimos años se ha encontrado que otros hallazgos como lesiones mucocutáneas, fasciitis plantar, tendinitis aquiliana, dactilitis y sacroiliitis asimétrica con frecuencia se asocian a la triada clásica.

Si bien ocurre fundamentalmente en el sexo masculino, la prevalencia de 20:1 posiblemente sea exagerada por lo difícil de establecer el diagnóstico en las mujeres particularmente en relación con la uretritis y balanitis.

Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 10 pacientes de sexo femenino con diagnóstico de síndrome de Reiter, que entre 1981 y 1989 fueron atendidos en el Hospital Universitario San Vicente de Paul y el Instituto de Reumatología de Medellín. El promedio de edad fue 31 años (18 a 56 años).

Todos los pacientes tuvieron artritis asimétrica de tipo oligoarticular; todas seronegativas. El compromiso articular ocurrió en extremidades inferiores en las 10 pacientes; y 6 tuvieron también artritis en las extremidades superiores. La afección ocular se presentó en 8 pacientes, y la uretritis en la mitad de los casos. Ninguna presentó manifestaciones gastrointestinales.

Si bien el diagnóstico no es fácil de establecer en el sexo femenino, se debe pensar en esta posibilidad, posiblemente mucho más frecuente de lo que se piensa en la actualidad.

SINOVITIS SIMÉTRICA SERONEGATIVA REMITENTE CON EDEMA BLANDO
Molina JF, Gutierrez JE, Molina J
Universidad Nacional, Bogotá e Instituto de Reumatología, Medellín

En 1985 McCarty describió por primera vez 10 pacientes que compartían ciertas características especiales; a esta forma de presentación la denominó sinovitis simétrica seronegativa con edema blando (síndrome RS3PE). En 1988 en Colombia, Starusta informó los 2 primeros casos y poco después agregamos un nuevo caso. Recientemente el propio McCarty recopiló 13 pacientes adicionales.

Presentamos nuestra experiencia con 4 pacientes observados en los últimos dos años que satisfacen los criterios de este síndrome.

Nuestros cuatro pacientes (2 hombres y 2 mujeres) al igual que lo descrito, tuvieron presentación aguda de sinovitis simétrica (todos seronegativos).

Esta entidad ocurre principalmente en personas de edad (promedio 69 años). La edad de nuestros pacientes fue 60, 62, 65 y 68 años; todos tenían edema blando de dorso de manos y/o pies como ha sido descrito en los distintos informes.

El pronóstico es excelente y casi siempre los pacientes responden dramáticamente con pequeñas dosis de corticosteroides (esto ocurrió en 3 de nuestros casos). Es importante reconocer esta nueva forma de artritis en las personas de edad que es diferente de la artritis reumatoidea y de la polimialgia reumática.

HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES). INFORME PRELIMINAR
Felipe de la C. o., Uribe u. o., Correa A. J., Alvarez P. B.
Secciones de Reumatología y Cardiología - HJSP-U de Antioquia

Objetivo: Deterninar la prevalencia de diferentes alteraciones ecocardiográficas en pacientes con LES y sus probables correlaciones con variables clínicas y de laboratorio predeterminadas.

Material y métodos: De la consulta externa de Reumatología se remitieron 32 pacientes con diagnóstico de LES, criterios de la ARA, 1982, a estudios ecocardiográficos, renales, hematológicos e inmunológicos. Fueron revisadas sus historias y se hizo un análisis estadístico para establecer posibles asociaciones.

Resultados: Edad promedio 28.5 años; evolución previa: 3 meses a 19 años. Hallazgos ecocardiográficos: hipertensión pulmonar: 8 pacientes; insuficiencia tricúspidea: 4; prolapso de válvula mitral: 3; dilatación ventrículo derecho: 4; dilatación ventrículo izquierdo: 1; dilatación aurícula izquierda: 2; dilatación aurícula derecha: 1; derrame pericárdico: 2. Todos, menos 1, tuvieron buena contractilidad segmentaria.

Otros resultados: Fenómeno de Raynaud: 23; trombosis venosa: 3; pleurodinia: 15; disnea: 14; úlcera de M: 15; neumonitis intersticial: 4; mielitis transversa: 1; osteonecrosis: 1; anemia hemolítica: 9 (sin crisis al momento del examen); trombocitopenia: 6 (sólo 1 al momento del examen); proteinuria menor de 0.5 gr en 24 horas: 18; de 0.5 a 3 gr: 9. Ha habido 51 embarazos en 16 mujeres, de estos 10 abortos en 4 mujeres; anticoagulante lúpico: 6. Todos los pacientes han recibido terapia con esteroides y o ciclofosfamida en este grupo de pacientes no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en el cruce de las diferentes variables.

Conclusiones: En este trabajo, actualmente en curso, se han encontrado alteraciones ecocardiográficas, en especial hipertensión pulmonar leve y otras alteraciones valvulares y de cavidades que ameritan este estudio en pacientes con LES. No hemos determinado aún asociación con otras variables previamente descritas.

HLA EN LA POBLACION DE LA CLINICA SANTA ROSA CAJANAL.
Bernal Gómez A., Molina Ramos T., Clavijo Acero E., Pinilla Roa A. Servicios de Reumatología e Inmunología. Clínica Santa Rosa. Caja Nacional de Previsión Social. Bogotá, Colombia.
Siempre hemos tenido interés en conocer las distintas causas de las enfermedades reumáticas que padecen nuestros afiliados como lo hemos manifestado en varios de los trabajos realizados hasta ahora. Con el transcurso del tiempo, se ha hecho necesario conocer nuestro sistema inmunitario en la población inscrita a esta entidad de seguridad social. Fue por ello que se tituló el HLA en personas enfermas de Artritis Reumatoidea y Psoriasis y en personas sanas para tener una base de comparación. Esta primera fase tenía como objetivo observar la frecuencia de los alelos del HLA en las enfermedades que pudieran estar ligadas al Complejo Mayor de Histocompatibilidad, heredado en forma de haplotipos. Obtenidos los datos, en las pruebas realizadas en la Clínica Santa Rosa de Cajanal, se procedió a agrupar el universo de 207 casos y a observar la prevalencia de los diferentes alelos del HLA. Aunque la muestra no es selectiva si es representativa de una población normal agrupada en una entidad de seguridad social.

CUADRO No 1 DISTRIBUCION Y FRECUENCIA DE HAPLOTIPOS

HLA A	%	HLA B	%	HLA DR	%
A2	28.5	B35	27.2	DR1	13.8
A9	19.5	B12	9.4	DR2	6.1
A2,A9	9.4	B14	5.0	DR4,DR7	5.5
A2,Aw19	6.1	B21,B35	4.0	DR3,DR3	2.2
A3,A9	5.0	B12,B35	2.2	DR3	2.2

CUADRO No 2 FRECUENCIAS DE ALELOS INDIVIDUALES HLA

HLA A	%	HLA B	%	HLA DR	%
A2	32.5	B35	34.0	DR1	23.8
A9	23.5	B12	14.6	DR4	20.8
Aw19	11.7	B14	11.1	DR2	20.8
A3	9.4	B40	6.9	DR3	17.7
A10	8.3	B21	6.1	DR3	9.6

Los alelos predominantes en cada grupo fueron A2 y A9. B35, DR1, DR4 y DR2. El B27 presentó una incidencia del 2.6%. En otra investigación donde únicamente se estudió el HLA B27 en 15 pacientes con Espondilitis Anquilosante, su proporción fue de 40% casuística que no formó parte del universo del presente estudio.

INCIDENCIA DEL HLA EN ARTRITIS REUMATOIDEA. CAJANAL.
Clavijo Acero E., Molina Ramos T., Bernal Gómez A., Pinilla Roa A. Servicios de Reumatología e Inmunología. Clínica Santa Rosa. Caja Nacional de Previsión Social. Bogotá, Colombia.

Durante la última década ha aparecido una serie de publicaciones donde se han ligado al alelo DR4 a la Artritis Reumatoidea (AR). A fin de tener nuestra propia incidencia, se inició la tipificación del HLA en pacientes voluntarios afectados de AR, en casos en que esta fuera clásica de acuerdo con los nuevos criterios de la ARA para esta enfermedad. Se trabajó con 69 pacientes y se utilizó el test de linfocitotoxicidad (NIH), con aislamiento de linfocitos para, posteriormente realizar la prueba anteriormente citada y mediante microscopía de contraste de fase, verificar las reacciones obtenidas tanto positivas como negativas. Los resultados más significativos se muestran en los cuadros siguientes:

CUADRO No 1 DISTRIBUCION Y FRECUENCIA DE HAPLOTIPOS

HLA A	%	HLA B	%	HLA DR	%
A2	35	B35	28	DR1,DR2	14
A9	16	B40	9	DR4,DR7	12
A2,Aw19	9	B35,B40	9	DR1,DR3	6
A3	7	B7,B35	7	DR1	7

CUADRO No 2 FRECUENCIAS DE ALELOS INDIVIDUALES HLA

HLA A	%	HLA B	%	HLA DR	%
A2	44	B35	40	DR1	23
A9	24	B12	20	DR4	23
A3	12	B40	12	DR2	19
Aw19	8	B7	10	DR7	17
A11	6	Bw22	5	DR3	16

En conclusión, para el HLA A los alelos A2 y A9 fueron los de mayor frecuencia, mientras que para el HLA B fueron, en su orden, B35 y B12. En cuanto al grupo HLA DR los alelos DR1 y DR4 tuvieron la mayor incidencia. Esta última observación, de predominio de los alelos DR1 y DR4, no concuerda con la información de otros estudios en personas latinas; creemos que ello puede deberse a nuestra situación geográfica y a la herencia multifactorial de diferentes grupos étnicos.

INCIDENCIA DEL HLA EN PERSONAS SANAS. CAJANAL.
Clavijo Acero E., Molina Ramos T., Bernal Gómez A., Pinilla Roa A. Servicios de Reumatología e Inmunología Clínica Santa Rosa. Caja Nacional de Previsión Social. Bogotá, Colombia.

En la búsqueda de parámetros para caracterizar nuestra población y para comparar los resultados obtenidos en pacientes de la institución aquejados por distintas enfermedades, se han realizado estudios en personas sanas afiliadas a esta entidad de seguridad social. Inicialmente se elaboró una tabla con valores normales para nuestro medio de las inmunoglobulinas y de las fracciones C₃, C₄ del complemento. En esta oportunidad, se buscó la incidencia del HLA en un grupo de personas sanas y con nexos familiares entre sí. Se reunieron 83 personas, a quienes se les practicó la prueba de linfocitotoxicidad y con microscopio de contraste de fase se verificaron las reacciones presentadas. Los resultados obtenidos de mayor significación fueron los siguientes:

CUADRO No 1 DISTRIBUCION Y FRECUENCIA DE HAPLOTIPOS

HLA A	%	HLA B	%	HLA DR	%
A2	18	B35	21	DR1	26.5
A2,A9	10.8	B21,B35	8.4	DR2	9.6
A9	9.0	B35,B40	4.6	DR2,DR3	6.0
A2,Aw19	6.0	B13,B35	4.6	DR2,DR4	6.0

CUADRO No 2 FRECUENCIA DE ALELOS INDIVIDUALES HLA

HLA A	%	HLA B	%	HLA DR	%
A2	28.0	B35	34.5	DR1	23.6
A9	24.2	B12	12.0	DR2	21.2
A10	11.4	B14	11.4	DR2	21.2
A1	11.3	B40	6.7	DR3	18.1
Aw19	10.6	B21	6.7	DR5	9.4

En conclusión, la mayor incidencia para el HLA A se encontró en su alelo A2 seguido por el A9. En el grupo del HLA B fue bastante notorio la presencia del alelo B35 con un porcentaje muy alto en relación con las proporciones suministradas por otros autores para este alelo en las diferentes razas. El alelo B7, a cuya incidencia en algunas enfermedades se le ha otorgado gran importancia recientemente, registró 1.5%. Para el grupo del HLA DR el DR1 fue el de la mayor participación. En general, los porcentajes obtenidos no se conforman con los resultados que para otros grupos étnicos se informan en la literatura técnica.

ARTRITIS REUMATOIDEA. ESTUDIO INMUNOLOGICO HUMORAL.
Clavijo Acero E., Molina Ramos T., Bernal Gómez A. Servicios de Reumatología e Inmunología Clínica Santa Rosa. Caja Nacional de Previsión Social. Bogotá, Colombia.

Desde hace 6 años se ha venido investigando el comportamiento de las inmunoglobulinas (Igs) y de las fracciones C₃ y C₄ del Complemento en la Artritis Reumatoidea. En un primer estudio realizado en pacientes con AR inactiva según parámetros pre-establecidos, clínicos y de laboratorio, se concluyó que "a pesar de la negatividad de las pruebas para inflamación y la clínica la enfermedad continúa subaguda." Tales resultados fueron presentados en el X Congreso Colombiano de Medicina Interna realizado en 1988. Con base en tales hallazgos se procedió a determinar, entonces, las variaciones en los valores observados en caso de estar la enfermedad activa y cuáles las diferencias entre los dos estados aparentes de la enfermedad. Para ello se tomaron los mismos parámetros del estudio anterior pero solo fueron incluidos aquellos pacientes que indicaban actividad de su AR tanto por clínica como por laboratorio. A estas personas se les practicaron las mismas pruebas que a las del estudio de 1987-1988 como fueron dosificación de Igs, complejos inmunes circulantes, las fracciones del complemento C₃ y C₄ y anti-DNA. No se dosificaron los AAN de cadena sencilla por su poca especificidad. Los datos obtenidos fueron incorporados a una hoja electrónica Lotus 1,2,3 versión 2.01, en un computador DTK mod. 1060 y se procedió al análisis estadístico con un coeficiente de confianza del 95%. Se estudiaron 69 casos distintos a los del estudio anterior, de los cuales 23 además de la AR tenían Síndrome de Sjogren. Los resultados fueron:

	MEDIA	±	MEDIA	±
Ig G	2.163.1	729.7	Edad	47.5 13.1
Ig A	409.0	137.8	Evoluc.	5.4 3.3
Ig M	320.1	100.3	VSG	29.5 14.3
C ₃	132.6	36.3	CIC	18.4 2.5
C ₄	45.9	17.4		

En conclusión los pacientes con AR activa presentan mayores valores en la Ig G y en C₃ y C₄ y en las Ig A e Ig M no hubo cambios significativos entre los dos grupos de AR activa o inactiva, al igual que en los CIC.

ALTERACIONES HEPATICAS EN ARTRITIS REUMATOIDEA. ANALISIS RETROSPECTIVO

Pinilla Ros A., Clavijo Acero E., Bernal Gómez A., Vera Patricia. Servicio de Reumatología Clínica Santa Rosa. Caja Nacional de Previsión Social. Bogotá, Colombia.

Desde hace una década, han aparecido múltiples estudios de función hepática, basado en el uso de diversos fármacos para la terapia de la Artritis Reumatoidea, en especial citostáticos como el metotrexate y la azathioprine. Ello nos motivó a adelantar el presente estudio. Se analizaron 69 pacientes con AR activa, clásica o definida en los términos de la ARA, años de evolución de la enfermedad y quienes, para el control de su terapia, contaban en los dos últimos años, con pruebas de función hepática, renal y hematológicas. De cada una de las pruebas se tomó el promedio y los datos obtenidos fueron evaluados. El análisis estadístico, con un coeficiente de confianza del 95%, fue realizado en hoja electrónica Lotus 1,2,3 versión 2.01 en un computador DTK mod. 1060. No se hizo distinción entre los varios grupos de antiinflamatorios no esteroideos usados. Durante el estudio se encontraron como drogas de segunda línea: sales de oro en el 8.47% casos; metotrexate en el 11.23% y sulfazalacina en el 79.73%. Las pruebas de función hepática mostraron alteración en los 10 pacientes que recibieron metotrexate y en un caso de los dosificados con sulfazalacina a razón de 2 gramos/día, siendo la fosfatasa alcalina la más sensible. Otros dos pacientes tratados con sulfazalacina presentaron promedios elevados de las transaminasas. Las pruebas de función renal resultaron normales. La media de depuración de creatinina fue, en todos, de 136 ml/s. $\pm$ 36.10. Los diez pacientes que recibieron metotrexate mostraron en promedio, disminución en el recuento de leucocitos y plaquetas; pero en la media de los 69 pacientes el recuento de plaquetas y reticulocitos fue alta. Cabe anotar que el 88.4% de los pacientes contaban con varias endoscopias de vías digestivas altas con resultados de gastritis en diferentes estados evolutivos, confirmados histológicamente.

ARTRITIS DE NOVO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGIA

Ramírez L.A., Cuellar M.L., Valle R.R.
Hospital Militar Central - Escuela Militar de Medicina

Objetivos: 1. Conocer las causas de artritis en pacientes hospitalizados. 2. Definir si las características clínicas permiten un diagnóstico definitivo. 3. Valorar las ayudas del Laboratorio en estos pacientes.

Material y Métodos. Se adelantó un estudio durante nueve meses en el que se incluyeron pacientes cuyo motivo de consulta fue Artritis y que su estado general ameritara hospitalizar además de que no fueran conocidos previamente por el servicio. Se practicó valoración médica además de los siguientes estudios: Líquido Articular completo, hemograma y sedimentación, química sanguínea, VHS, Anticuerpos Antinucleares, Proteína C reactiva, Antiestreptolisinas. Cultivos, gammagrafía ósea, radiografías simples, artrografía, ecocardiograma en caso de ser útiles para el diagnóstico.

Resultados: Se encontraron 40 pacientes con promedio de edad 40.3 20.5 años. Su presentación fue: monoartritis 14, oligoartritis 12, poliartritis 11 y bursitis 3. La distribución etiológica fue: Microcristales 22, Artritis Reumatoide 5, No definida 4, reactiva 2, fiebre reumática 2, piogena 2 y LES, probablemente viral y mecánico 1 respectivamente.

El líquido articular permitió el diagnóstico definitivo en 15 de 22 pacientes, los Rayos X en 5 de 27 y la gammagrafía ósea fue positiva en todos los pacientes en quienes se utilizó.

Conclusiones: 1. Aunque amplia la gama de entidades causantes llama la atención la alta frecuencia de microcristales y que el 10% de todas las Artritis se queden sin definir su etiología. 2. La más importante ayuda la constituye el líquido articular. 3. En presencia de Artritis de Novo es pobre la ayuda brindada por los RX. 4. Es llamativo que el 57% de las Artritis sean oligo y poliarticular a pesar de la alta frecuencia de microcristales. 5. El cuadro clínico se constituyó en el mayor orientador del diagnóstico definitivo.

MANIFESTACIONES OSTEO-ARTICULO-MUSCULARES EN PACIENTES CON SIDA

Ouellar M.L., Martínez G., Ramírez L.A., Valle R.R.
Hospital Simón Bolívar - Hospital Militar Central - Escuela Militar de Medicina.

Se estudió el compromiso Osteo-Articulo-Muscular en 41 pacientes con Sida del Hospital Simón Bolívar evaluados de manera continua. El promedio de edad fue de 31.2 años; 36 de sexo masculino y 5 femenino. En 21 pacientes -51.2%- se encontró afección, 19 hombres y 2 mujeres.

Otros hallazgos fueron: Artritis en 1 paciente hemofílico; Artral - gias de grandes articulares en 7; mialgias en 7; debilidad muscular asociado a pérdida de peso en 8; dolor óseo tibial en 4; dolor lumbar, cervical y miofacial en 3 pacientes respectivamente; bursitis, trocanteritis, epicondilitis, condritis y xerostomía en 1 paciente respectivamente. Varios pacientes presentaron múltiples hallazgos. Un paciente presentó un cuadro de picniosis en el genelo izquierdo.

Si los hallazgos clínicos se correlacionan con el estado del Sida se encuentra que el 61.9% de los pacientes están en grado IV. 28 Pacientes presentaron hipergamaglobulinemia policlonal. Un paciente que recibía interferón presentó mialgias y artral - gias al suspenderlo y desaparecieron al reiniciarlo. Este informe preliminar nos muestra la alta incidencia del compromiso musculoesquelético en pacientes con Sida y que los hallazgos clínicos aumentan en frecuencia en fases avanzadas del síndrome. Igualmente señalamos la ausencia de síndrome de Reiter contrario a lo informado en la literatura.

FIBROMIALGIA: ESTUDIO CLINICO DE 20 PACIENTES. I

Ramírez L.A., Triana M., Torres M.C., Valle R.R.
Hospital Militar Central. Escuela Militar de Medicina.

Objetivos: 1. Conocer sus características clínicas en pacientes colombianos. 2. Averiguar su frecuencia en un Servicio de Consulta Externa. 3. Saber si existen diferencias en pacientes procedentes de la Consulta de Reumatología (R) y de la de Hipertensión Arterial (HTA).

Material y métodos: El estudio tuvo dos fases, en la primera aplicando la entrevista taniz de Campbell se encuestaron 370 pacientes: 199 de R. y 171 de HTA. encontrándose 67 con posible fibromialgia; 54 aceptaron participar en la segunda parte y se sometieron a evaluación médica general con énfasis en síntomas y puntos dolorosos de fibromialgia; quienes cumplieron los criterios diagnósticos previamente establecidos se sometieron a valoración psicológica, anticuerpos antinucleares, C3 y C4, Factor Reumatoide, química sanguínea, Rayos X de columna cervical a 10 y 13 pacientes seleccionados al azar se les hizo biopsia de piel para inmunofluorescencia y medición de TSH respectivamente. Para el análisis estadístico de las diferencias entre los dos grupos, se usó la prueba de Fisher con significancia si la $P < 0.05$.

Resultados: Se encontraron 20 pacientes - 5.4% - con $\bar{X}$: 56.9 años; sexo femenino 95%, $\bar{X}$ puntos dolorosos: 11.95 $\pm$ 5.04. Cuadro de síntomas y signos se mostrarán en el cartel. 15% presentaron TSH elevado. No hubo diferencias con significancia estadística entre los dos grupos.

Conclusiones: 1. La fibromialgia es frecuente en nuestro medio. 2. No hay diferencias independientes de la entidad subyacente similar a lo informado por el Colegio Americano de Reumatología. 3. Se observó una alta frecuencia de síntomas y signos "Inmunológicos" no relacionados con la enfermedad de base. 4. En el estudio de fibromialgia siempre será importante la valoración de la función tiroidea.

209

FIBROMIALGIA: CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS EN 20 PACIENTES. II
Triana M., Ramírez L.A., Torres M.C., Valle R.R.
Hospital Militar Central - Escuela Militar de Medicina

Objetivos: 1. Describir las características psicológicas en nuestros pacientes. 2. Análisis individual según estilo de vida. 3. Correlacionar el tiempo de aparición de trastornos emocionales y sintomatología clínica.

Material y métodos: Es un estudio prospectivo-descriptivo en 20 pacientes con fibromialgia. Su valoración se hizo por evaluación clínica y por el Inventario multifacético de personalidad de Minnesota (MMPI). Para la correlación de aparición de trastornos emocionales y sintomatología clínica se hizo el análisis estadístico utilizando la prueba *t* de student con $p < 0.05$ para significancia.

Resultados: 95% eran sexo femenino; X: 56.9 años. Se presentaron los siguientes diagnósticos: Somatización 8, Depresión 5, Trastorno Obsesivo-compulsivo 5 y Normal 2. Con respecto al estilo de vida: - Estrés crónico: 65%; Hábitos inadecuados: del sueño 95%, Alimenticios 80%, De descanso 75%; Conducta aditiva 95%; Insatisfacción: sexual 95%, familiar 85%. La correlación de hallazgos físicos con trastornos emocionales fue $T=3.9$ 2.8 con $r = 0.05$.

Conclusiones: 1. Los trastornos emocionales preceden a la aparición de sintomatología física pero no podemos concluir por nuestro estudio que los trastornos psíquicos sean los directos responsables de la entidad. 2. Resaltamos la presencia de hábitos inadecuados y la condición de insatisfacción dentro de este grupo de pacientes. 3. Se encontraron diferentes tipos de patología psíquica asociadas a fibromialgia sin que exista una correlación especial con alguna, tal como se describe la literatura.

211

DIAGNÓSTICO DE NECROSIS ÓSEA ASEPTICA POR RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR. PRESENTACION DE UN CASO
Ramírez L.A., Valle R.R., Rubio G.
Hospital Militar Central - Escuela Militar de Medicina.

C.J. Mujer de 38 años con diagnóstico de LES desde hace 13 años. Recibió tratamiento con Azatioprina hasta 4 años atrás cuando presentó cuadro de cerebelitis y trombocitopenia recibiendo bolos de Metilprednisolona 1 gramo/día por 3 días continuando con Prednisona 2 mg/kg/día con disminución progresiva. Hace 16 meses nuevo episodio de trombocitopenia severa recieniendo bolos de metilprednisolona y con prednisona 1 mg/kg/día, hace 12 meses episodio de hemiparesia izquierda y con un Iac cerebral se hace diagnóstico de vasculitis de sistema nervioso central. Se inició manejo con ciclofosfamida 1 gm intravenoso mensual más prednisona 15 mg/m²/día con excelente respuesta clínica. Estuvo bien hasta 2 meses antes de su ingreso (15-X-89) a este centro, cuando inició dolor en cadera izquierda con dificultad para la marcha.

A su ingreso lo único llamativo era fascies cushinoide y dolor con los movimientos activos, pero sus arcos eran completos pasivamente en su cadera izquierda, no hubo hallazgos de actividad lúpica.

La Radiografía simple y un Iac que traía a su ingreso mostraron signos de necrosis aséptica. Se tomó una gammagrafía ósea con tecnecio 99 que demostró hallazgo similar en su cadera izquierda. Con el fin de planear su acto quirúrgico se solicitó una resonancia magnética nuclear, la cual demostró: Necrosis Aséptica clase D en el lado izquierdo y clase A en el lado derecho, según la clasificación de Mitchell.

Se presenta este caso para resaltar la importancia de este medio diagnóstico en etapas precoces de la necrosis ósea aséptica superando aún a la gammagrafía ósea.

210

ARTRITIS AGUDA POR MICROCRISTALES.

Ramírez L.A., Valle R.R.
Hospital Militar Central - Escuela Militar de Medicina

Objetivos: 1. Conocer la frecuencia y características clínicas de cada una de las Artritis por microcristales. 2. Correlacionar el laboratorio y la clínica con su diagnóstico.

Materiales y métodos: Este estudio se adelantó desde Mayo de 1989 a Febrero de 1990 en pacientes hospitalizados. Se hizo valoración médica, si hubo derrame articular se practicó estudio de citológico, bacteriológico y microcristales en el líquido; además se realizó BUN, Creatinina, Glicemia, Uricemia, Calceína, Cuadro Hemático completo y Radiografía simple articular. El diagnóstico se basó en los criterios de Colegio Americano de Reumatología.

Resultados: Se encontraron 22 pacientes con los siguientes diagnósticos: Gota 14, Pirofosfato de Calcio 4, probable Hidroxiapatita 1, 3 Bursitis olecraneana: 2 por Pirofosfato y 1 por Urato monosódico. Las patologías subyacentes más comunes fueron: Insuficiencia Renal 5, Alcoholismo 3, Obesidad 2, Hipertensión Arterial 2. El diagnóstico se confirmó identificando los microcristales en 12 - pacientes por RX 2 y con prueba terapéutica con colchicina en 8 - pacientes con gota.

El compromiso articular fue mono en 9, oligo en 6 y poli en 4. Las articulaciones más afectadas fueron: Rodrillas 19, MCF 7, Muñecas 6, Tobillos 5. Un paciente presentó simultáneamente gota aguda y artritis infecciosa y otro con solo 19 años presentó artritis por pirofosfato de calcio.

Conclusiones: 1. Resaltamos la elevada frecuencia de compromiso oligo y poli-articular (45%) 2. La importancia del líquido articular en el diagnóstico y la necesidad del estudio microbiológico por su peligrosa asociación y similitud clínica con la Artritis infecciosa. 3. Señalar la inusitada presencia de un paciente joven con pirofosfato de calcio sin patología subyacente.

212

ARTRITIS REUMATOIDE MUTILANTE.

Ramírez L.A., Avila M., Iglesias A., Valle R.R.
Hospital Militar Central - Escuela Militar de Medicina.

En la consulta externa de Reumatología se valoraron 219 pacientes de manera continua en un periodo de 8 meses que cumplían los criterios diagnósticos de Artritis Reumatoide (AR) del Colegio Americano de Reumatología, con una proporción de sexo 6:1 en favor del femenino en busca de pacientes que cumplieran criterios clínicos y radiológicos previamente establecidos para Artritis mutilante en manos. Igualmente se hizo valoración del compromiso extraarticular, clase funcional, factor reumatoide (FR) y consultando la Historia Clínica se averiguó el tratamiento recibido; Finalmente se escogieron dos - grupos controles: uno con AR no mutilante pero con datos biográficos similares y el otro procedente del programa de trasplantes del Hombro sometiendo los tres grupos a estudio de HLA clase I y II. Para diferencias de significancia estadística entre los tres grupos con respecto al HLA se practicó la prueba de Fisher y se consideró significativa si la $P < 0.05$.

Se encontraron 11 pacientes con AR mutilante con un promedio de edad de 49.0 $\pm$ 11.8 años y un tiempo de evolución de la enfermedad de 14.6 $\pm$ 6.1 años. 10 pacientes recibieron drogas de 2a. y 3a. línea; 9 tuvieron FR positivo, 1 negativo y en el otro no se realizó al igual que el HLA por pérdida del seguimiento.

Las manifestaciones clínicas más importantes fueron: Dedos en catalejo y aumento de pliegues cutáneos en 8; acortamiento del carpo en 8 y nódulos reumatoideos en 6. Las manifestaciones extraarticulares fueron: Sjögren 7; pleuritis 2; vasculitis cutánea 1; bloqueo A-V completo e insuficiencia aórtica en 1. 8 pacientes eran clase funcional IV, 2 eran III y 1 era I. 2 pacientes tuvieron compromiso unilateral. Radiográficamente se presentó osteopenia en 11; resonancia ósea de estiloides y carpo en 10, MCF 9, IFP 6, IFD 1 y luxaciones en 7. El HLA DR4 fue positivo en 7 y no se encontraron diferencias significativas con los grupos controles ($P < 0.15$). La AR mutilante en general se presenta en pacientes con evolución prolongada. Hasta el momento de este informe preliminar no hemos encontrado diferencias significativas con respecto al HLA. Pensamos que la AR es la causa más frecuente de Artritis Mutilante.

ARTRITIS REACTIVA: MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO.
Valle R.R., Ramírez L.A., Cuellar M.L., Iglesias A.
Hospital Militar Central. Escuela Militar de Medicina.

Se seleccionaron 25 pacientes de los últimos 4 años del Servicio de Reumatología e Inmunología Clínica que cumplían los criterios diagnósticos para Artritis Reactiva de la Asociación Francesa de Reumatología.

23 fueron hombres y 2 mujeres con un promedio de edad de 24.5 años. En 14 pacientes se encontró la forma intestinal uno de ellos con infestación por E. Histolítica y en otro G. Lamblia; la forma urogenital en 4 pacientes, faringoamigdalitis en 5 y sinusitis en 2.

El promedio de articulaciones afectadas fue de 3, siendo las grandes las más comprometidas: Rodillas 17, Tobillos 12, Muñecas 6 y Caderas 5 pacientes respectivamente. En uno se comprometió la esternoclavicular. El tiempo de incubación osciló entre 1 y 60 días.

La Gamagrafía ósea fue positiva en los 10 pacientes en quienes se realizó y los Rayos X de sacroiliacas fueron normales en 7 pacientes estudiados.

13 pacientes presentaron leucocitosis en un rango de 10.000 a 15.200 y 19 de ellos presentaron velocidad de sedimentación globular elevada (31 a 66 mm en 1 hora).

El factor reumatoide fue negativo en todos los pacientes. En 8 pacientes se practicó HLA-B27 y B7, 4 fueron positivos para B27 y 1 de los negativos fue positivo para B7.

Este estudio nos muestra que la Artritis reactiva es un diagnóstico relativamente frecuente en nuestra población joven principalmente hombres. También nos demuestra la interacción inmunogenética con agentes infecciosos.

Es importante recalcar la dificultad para aislar los gérmenes desencadenantes de Artritis reactiva en nuestro medio, aunque en la literatura mundial aparece que en sólo en el 50% de los casos ello es posible.

FIBROMIALGIA

Lizarazo H, Peña M, Rondón F, Iglesias A, Sánchez A.
Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Bogotá.

La fibromialgia es un síndrome del grupo de reumatismo de los tejidos blandos, caracterizado por dolor generalizado, fatiga, alteraciones del sueño, rigidez matinal, y presencia de puntos sensibles a la palpación digital en sitios anatómicos específicos. Es muy frecuente en la consulta general y en el 10 al 20% de los pacientes en consulta de Reumatología. Con el fin de determinar la frecuencia, la distribución en relación al sexo, edad, ocupación, asociación con otras enfermedades reumáticas y no reumáticas, y la presencia de los puntos sensibles específicos; estudiamos 108 pacientes que presentaban los criterios diagnósticos del "American College of Rheumatology" propuestos en 1990.

Resultados. El 91.6% de los pacientes eran mujeres, la edad promedio fue de 42.5 años, con un mínimo de 16 y un máximo de 77 años; ocupación, hogar en el 54.5%, empleados 33.5% y otras 12%. Las enfermedades asociadas fueron artritis reumatoidea 15 pacientes, osteoartritis de rodillas y manos 15, síndrome de Sjögren primario 3, gota 1, espondilitis anquilosante 1, tenosinovitis 4, síndrome del tunel carpiano 9, colon irritable 1, e hipotiroidismo 10 casos, fatiga, rigidez matinal y alteraciones del sueño se presentaron en el 85% de los casos. Todos los pacientes tenían más de 11 de los 15 puntos sensibles; los más frecuentes presentes en el 100% fueron: trapecio, columna cervical baja, segunda articulación costovertebral, epicondilo lateral, glúteo medio y rodillas.

La fibromialgia es un síndrome doloroso musculoesquelético frecuente en la consulta médica, se confunde frecuentemente con otros reumatismos de tejidos blandos, con polimialgia reumática, enfermedades del tejido conectivo, y psiconeurosis. Las manifestaciones más frecuentes son dolor generalizado, la presencia de más de 11 puntos sensibles y las alteraciones del sueño.

EFICACIA Y TOXICIDAD DE METHOTREXATE EN ARTRITIS REUMATOIDEA.

Valle R., Chalem M., Granada A., Duarte E.
Servicio de Reumatología, Dpto. Médico, Hospital Militar, Escuela Militar de Medicina, Bogotá.

El presente estudio evalúa en forma retrospectiva la eficacia y toxicidad del MTx en pacientes que cumplen con los criterios diagnósticos de AR(ARA), fracaso terapéutico con fármacos inductores de remisión y presencia de enfermedad articular activa. Se determinó la eficacia en términos de mejoría, remisión y se estudió la toxicidad menor y mayor de acuerdo con las recomendaciones del American College of Physicians (ACP). Se evaluaron 17 pacientes con las siguientes características: 15 mujeres, 2 hombres edad promedio 51 años (35-70), edad promedio al inicio de la enfermedad - 41.9 años. Los tratamientos previos recibidos fueron: oro 41%, de penicilamina 29%, ambos 23%. Al tratamiento con MTx se continuó administrando Aines y Predniso na (X 5.5mg/día). La dosis de MTx en promedio 6.5mg/sem, el tiempo promedio de tratamiento 20 meses y la dosis acumulada de 300mg (0.2-1.5gr). En 11 de 15 pacientes se obtuvo mejoría (70%) y en 8 de 15 pacientes remisión. El tiempo de mayor eficacia clínica se obtuvo a los 16 meses de tratamiento. Los parámetros clínicos de mayor utilidad para la evidencia de mejoría y remisión fueron la VSG y la disminución de la rigidez matinal. No se evidenció toxicidad mayor renal, hepática, ni hematológica. Toxicidad menor se encontró en el 30% constituida por vértigo, úlceras orales y gingivitis. Se concluye que el MTx tiene eficacia clínica en AR activa y la toxicidad mayor es escasa con dosis acumulada menor a 1.5gr.

ESTUDIO HISTOLÓGICO DE LA MEMBRANA SINOVIOL EN LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Lizarazo H, Peña M, Méndez O, Sánchez A., Díaz M, Sierra R., Farías P. + Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Bogotá.

Con el fin de determinar la utilidad diagnóstica de la biopsia sinovial percutánea de rodilla en las enfermedades reumáticas, se estudiaron 100 pacientes: AR 51, Espondilitis Anquilosante 11, Gota 18, otros diagnósticos 20. Todas las biopsias se practicaron con aguja de Parker-Pearson obteniendo la muestra del fondo de saco suprapatelar. La coloración del tejido fue realizada con hematoxilina-eosina, y un patólogo que desconocía el diagnóstico clínico examinó cada placa histológica utilizando los parámetros siguientes: hiperplasia de los sinoviocitos, depósito de fibrina superficial, proliferación de vasos, infiltrado perivascular de linfocitos, infiltrado difuso de linfocitos, folículos linfoides, infiltrado mononuclear o polinuclear, fibrosis, presencia de cristales, tofos o granuloma.

Los hallazgos histológicos de más importancia diagnóstica fueron: en AR depósito de fibrina, proliferación vascular, infiltrado mononuclear y polimorfonuclear. En Espondilitis Anquilosante proliferación vascular e hiperplasia sinovial. En Gota infiltrado polimorfonuclear y presencia de tofos y en Artritis séptica infiltrado polimorfonuclear y detritus celulares, en la Condromatosis sinovial presencia de islotes de cartilago en membrana sinovial y en la Sinovitis Villonodular Pigmentada presencia de hemosiderina e hiperplasia vellosa.

Las variables de mayor utilidad para el diagnóstico fueron: fibrina, proliferación capilar e infiltrado polimorfo y mononuclear en AR; proliferación capilar e hiperplasia sinovial en Espondilitis Anquilosante e infiltrado polimorfonuclear en Gota. Se concluye que a pesar de no existir hallazgos histopatológicos patognómicos para el diagnóstico la biopsia sinovial es de gran utilidad para diagnóstico en casos individuales con cuadro clínico no bien definido.

217

NAPROXEN R-750 EN DOSIS UNICA DIARIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA

Lizarazo H., Peña M., Rondón F., Iglesias A.
Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Bogotá

Con el objeto de determinar la eficacia y seguridad del Naproxen R-750 se realizó un estudio abierto no comparativo en pacientes con Artritis Reumatoidea.

Material y Métodos. Se incluyeron 30 pacientes con Artritis Reumatoidea de acuerdo con los criterios de la ARA de 1988. Cada paciente recibió Naproxen R-750 una tableta con el desayuno durante 8 semanas con controles clínicos los días 30 y 60. Cuadro hemático, orina, glicemia, creatinina, SGOT, SGPT y fosfatasa alcalina se realizaron al comienzo y al final del tratamiento. Los parámetros evaluados fueron: intensidad del dolor en reposo y con el movimiento pasivo, función articular, rigidez matinal, grado de inflamación, clase funcional, presencia de efectos secundarios y posibles alteraciones en los exámenes de laboratorio.

Resultados. 27 pacientes eran mujeres y 7 hombres, la edad promedio fue de 46.3 años y la evolución de la enfermedad de 5.4 años; la actividad global al iniciar el tratamiento fue: leve en 6.7%, moderada 83.3% y severa 10%; al finalizar fue: leve 80%, moderada 6.6% y sin actividad 3.4%. La clase funcional inicial fue: clase II 63.3%, III 36.7% y al terminar el estudio clase I 60%, II 30% y III 10%. La eficacia de la droga fue excelente en el 20%, buena 73.5% y regular 6.7%. La tolerancia excelente en el 90% y buena en el 10%. Ningún paciente presentó alteración en los resultados de laboratorio clínico.

Resumen. El Naproxen R-750 en dosis única en el tratamiento de la Artritis Reumatoidea durante 60 días demostró tener buen efecto analgésico y antiinflamatorio y excelente tolerancia.

218

SINOECTOMIA QUIMICA CON ACIDO OSMICO EN ARTRITIS REUMATOIDEA

Rondón F., Peña M., Lizarazo H., Sánchez A., Muñoz Y., Iglesias A.

Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Bogotá.

Se realizó un estudio abierto no comparativo en 11 pacientes que cumplieron los criterios diagnósticos propuestos por el "American College of Rheumatology" para el diagnóstico de Artritis Reumatoidea. Todos venían recibiendo tratamiento anti-reumático con una droga de segunda línea, antiinflamatorios no esteroideos o Prednisona 7.5 mg día. A pesar de la terapia bien dirigida, los pacientes presentaban compromiso inflamatorio de una o ambas rodillas. A todos se les aplicó localmente 5 ml de ácido ósmico al 1% y se valoró la respuesta clínica y la evolución radiológica 6 meses después. En 8 pacientes se presentó mejoría de la inflamación y del dolor, en uno la respuesta fue regular y en dos nula. Los controles radiológicos realizados a los 6 meses mostraron signos iguales a los hallados al comienzo en 10 pacientes, (2 en etapa I, 6 en etapa II, 2 en etapa III) y el otro paciente mostró progresión de las lesiones radiológicas de etapa II a III. En 9 pacientes no se presentaron efectos colaterales, 2 experimentaron dolor marcado después del procedimiento. Podemos concluir que la aplicación del ácido ósmico intraarticular es una buena alternativa como coadyuvante en el control del proceso inflamatorio a nivel de las grandes articulaciones en Artritis Reumatoidea.

219

USO DEL NAPROXEN (IM) EN EL TRATAMIENTO DEL REUMATISMO EXTRA-ARTICULAR

Rondón F., Peña M., Iglesias A., Lizarazo H.
Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Bogotá

Se realizó un estudio prospectivo abierto en 40 pacientes que cumplieron los criterios establecidos para reumatismo no articular con los siguientes diagnósticos: bursitis 9, tendinitis 9, epicondilitis 9, síndromes miofasciales 10, y lumbago agudo 7. A todos los pacientes se les administraron 500 mg intramusculares de Naproxen cada 12 horas, durante 3 días. La edad osciló entre 20 y 49 años con un promedio de 37.1, 30 correspondieron al sexo femenino y 10 al masculino. La eficacia del Naproxen intramuscular fue catalogada como excelente en 11 pacientes (27.5%), buena en 23 (57.5%), y regular en 6 (15%). La tolerancia local y sistémica fue excelente en 35 pacientes (90%) y en 5 (10%) se presentaron reacciones locales leves. No hubo abandono durante el estudio.

Los resultados reflejan la eficacia, la tolerancia y seguridad, en la utilización del Naproxen por vía intramuscular a dosis 500 mg intramuscular cada 12 horas en el manejo de diferentes formas de reumatismo extra-articular.

220

NAPROXEN R-750 EN OSTEOARTRITIS

Peña M., Lizarazo H., Rondón F., Iglesias A.
Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Bogotá.

Con el fin de evaluar la eficacia y la seguridad del Naproxen R-750, realizamos el presente estudio abierto, prospectivo no comparativo en pacientes con Osteoartritis.

Material y Método. Se incluyeron 30 pacientes con Osteoartritis de grandes articulaciones (cadera 7, rodilla 22 y tobillo 1), con una observación de 6 semanas por paciente, realizando los controles al ingreso a la 2a, 4a, y 6a. semanas. Los parámetros evaluados fueron: intensidad del dolor, en reposo y al ejercicio, función articular, rigidez, grado de inflamación, tolerancia digestiva, presencia de efectos secundarios y posibles alteraciones en las pruebas de laboratorio. **Resultados.** De acuerdo con estos parámetros, la respuesta se clasificó como buena en 28 pacientes (93.3%) y regular en 2 (6.7%). La tolerancia fue excelente en 27 (90%) y solo en 1 (3.3%) se presentaron efectos colaterales de tipo digestivo: pirosis.

Los controles de laboratorio realizados el día 42, mostraron únicamente aumento de la fosfatasa alcalina en 1 caso. De acuerdo con estos resultados podemos concluir que el Naproxen R-750, es de utilidad en el tratamiento de la Osteoartritis, puesto que su eficacia fue buena en el 93% de los pacientes, su tolerancia excelente y no se presentaron alteraciones en las pruebas de laboratorio.

MANIFESTACIONES ARTICULARES EN LEPROA

Ramírez J., Peña M., Lizarazo H.
Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá

Con el objeto de determinar la frecuencia y el tipo de alteraciones articulares en enfermos con Lepra, se realizó un estudio prospectivo-descriptivo no comparativo en pacientes con diagnóstico clínico, bacteriológico e histológico en el programa de control de Lepra del Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta. Se estudiaron 40 pacientes, 25 hombres y 15 mujeres con edad promedio de 49 ± 12 años. El 95% fue diagnosticado como Lepra Lepromatosa y el 5% como lepra tuberculoides; con un tiempo de evolución de la enfermedad menor de 4 años en el 42.5% y mayor de 15 años en el 45%. El 82.5% refería manifestaciones articulares, siendo las artralgias las más frecuentes (72.5%), siguiendo en frecuencia la presencia de artritis (40%). En el 45%, el compromiso fue poliarticular. Las articulaciones más comprometidas fueron rodillas (67.5%), codos (52.5%), muñecas (47.5%). El factor reumatoideo fue positivo en el 17.2% los anticuerpos antinucleares en igual porcentaje con patrón moteado en todos los casos y con títulos de 1/80 a 1/320. En conclusión se encontró que en los pacientes con lepra lepromatosa, las manifestaciones articulares son comunes y en algunos casos sus características clínicas pueden simular una enfermedad reumática, especialmente la Artritis Reumatoide.

SULFASALAZINA EN ARTRITIS REUMATOIDEA

Ramírez J., Rueda J., Villota O., Peña M., Lizarazo H., Iglesias A.
Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Bogotá.

Con el objeto de evaluar la eficacia y la seguridad de la Sulfasalazina en pacientes con Artritis Reumatoidea, realizamos el presente estudio prospectivo, abierto, no comparativo. Material y Métodos. Se incluyeron 32 pacientes con AR que cumplen los criterios del "American College of Rheumatology", con controles al ingreso, y a las 4-8-12-20 y 28 semanas. Los parámetros utilizados fueron: Índice de Ritchie, número de articulaciones inflamadas, rigidez matinal, intensidad del dolor, valoración de la actividad de la enfermedad por parte del paciente y del médico y eritrosedimentación. Resultados. De los 32 pacientes, solo fueron evaluados al final 26, 22 mujeres y 4 hombres con una edad promedio de 39 ± 13 años. Los parámetros iniciales fueron: Índice de Ritchie 22 ± 9 , número de articulaciones inflamadas 8, rigidez matinal 132 ± 53 minutos, el dolor fue catalogado como severo en el 62%, y la actividad de la enfermedad como severa en el 57% por parte de los pacientes, y 76.8% por parte del médico y la eritrosedimentación fue de 42 mm. Las variables descritas anteriormente mostraron mejoría estadísticamente significativa a partir de la octava semana con una $p < 0.001$. De los 26 pacientes, 5 (19%), se retiraron del estudio, 1 por falta de respuesta y 4 por efectos secundarios (leucopenia, elevación de transaminasas o toxidermia). 14 pacientes (54%), presentaron efectos secundarios: gastrointestinales en 10 (38%), dermatológicos en 4 (15%), neurológicos en 2 (8%), hematológicos en 2 (8%). Estos efectos se presentaron en las primeras 4 semanas, no obligaron a la suspensión del medicamento y desaparecieron paulatinamente. En conclusión, podemos afirmar que la Sulfasalazina es un medicamento de segundo línea, de gran utilidad en el tratamiento y control de la Artritis Reumatoidea.

PSEUDOPODAGRA: Presentación 4 casos

Ramírez J., Rueda J., Rondón F., Peña M., Lizarazo H., Iglesias A., Sánchez A.

Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Bogotá

Los cristales de hidroxipatita se pueden depositar a nivel de tendones, ligamentos y bursas, ocasionando un cuadro inflamatorio agudo articular, siendo más frecuente a nivel de hombros; el compromiso de la 1ª MTF, es infrecuente, y simula un ataque agudo de gota denominada "Pseudopodagra", descrito en 1958. Hasta la fecha se han descrito 16 casos en la literatura universal, ninguno en Latinoamérica. Nosotros presentamos 4 casos de Pseudopodagra.

Material y Métodos. Se estudiaron 4 pacientes de sexo femenino que presentaron ataque agudo de la primera MTF. A todos se les practicó: CH, calcemia, ácido úrico, BUN, creatinina, parcial de orina; artrocentesis en la primera MTF para estudio de cristales y Rx de pies.

Resultados: El promedio de edad fue de 28 años y el promedio de duración del compromiso inflamatorio fue de 22.5 días. Los exámenes paraclínicos fueron normales en todos los pacientes, y no se demostró presencia de cristales en líquido sinovial con microscopio de luz polarizada. A los Rx se evidenció imagen calcica en el borde medial de la primera MTF en las 4 pacientes.

Conclusión: La Pseudopodagra es una variedad de presentación de la artritis por microcristales de hidroxipatita, frecuente en mujeres jóvenes, y el cuadro clínico simula un ataque agudo de gota. Los Rx y la no presencia de cristales de urato monosódico son dos parámetros útiles para su diagnóstico.

POLIARTRITIS NODOSA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BOGOTÁ (HSJD) DE 1979 - 1988.

Sierra R., Rueda J., Tuñón M., Méndez O., Peña M. Sección de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Bogotá.

La poliarteritis nodosa (PAN), pertenece al grupo de las vasculitis necrotizantes sistémicas, clasificadas dentro de las enfermedades difusas del tejido conectivo (EDTC). Entidad poco frecuente y de diagnóstico difícil por su cuadro clínico inespecífico y errático. Una vez se tenga la sospecha clínica de PAN es necesario demostrar la vasculitis de vasos musculares de pequeño y mediano calibre, ya que un tratamiento temprano modifica el pronóstico de la enfermedad.

Se revisaron los archivos de Reumatología y Patología del HSJD de enero de 1979 a diciembre de 1988 y se estudiaron las historias clínicas y los especímenes anatomopatológicos de aquellos con diagnóstico de PAN. Se incluyeron solo los que cumplieron los criterios propuestos para PAN y que no tuvieron asociada otra EDTC. Esto solamente fue reunido por 10 pacientes, objeto de esta revisión.

Edad promedio 43 años, relación hombre: mujer fue de 2:1. El espectro clínico aunque amplio se caracterizó por: compromiso general 90%, pérdida de peso 90%, artralgias 80%, trastornos de la sensibilidad superficial 80% y de la profunda 60%, debilidad muscular distal 80%; las manifestaciones anteriores con duración de nueve a 36 meses. En el 60% de los pacientes se encontraron otras manifestaciones de más reciente aparición como fiebre, trastornos difusos de SNC, daño renal con o sin HTA y síntomas respiratorios y cardíacos.

El laboratorio clínico fue inespecífico. La electromiografía mostró mononeuritis múltiple 3/6 y neuropatía mixta en 3/6. La biopsia sural fue compatible con PAN mostrando el valor diagnóstico de la misma. El diagnóstico en el 40% de los casos se hizo por autopsia sin sospecha clínica previa. De los seis pacientes con sospecha clínica de PAN solo cinco recibieron esteroides. Seis pacientes fallecieron, todos por infección.

Creemos que la PAN puede ser más frecuentemente diagnosticada si recordamos su curso clínico crónico, su compromiso multisistémico y de nervio periférico. En pacientes sobreinfectados el diagnóstico es mucho más difícil y requiere un alto grado de sospecha.

225

EVALUACION DE LA BIOPSIA DEL NERVO SURAL. Un método diagnóstico para las Vasculitis asociadas o no a las enfermedades reumáticas. Martínez LO, Jiménez GJA, Rangel C, Peña M, Valle R, Rondón F, Daza J, Chalem F, Ramírez J, Lizarazo H, Iglesias-Gamarra A.

Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Fundación e Instituto de Reumatología e Inmunología, Bogotá.

La biopsia del nervio sural es un procedimiento invasivo sencillo, fácil de realizar, de gran utilidad en todos aquellos pacientes que consultan por polineuropatía, mononeuritis múltiple, polineuropatía sensitiva motora distal y simétrica.

Material y Método. Después de estandarizar la técnica de la biopsia del nervio, se realizó un protocolo, en el cual se estudiaron en forma prospectiva todos los pacientes a los cuales se les había practicado la biopsia del nervio sural durante los últimos 2 años en el Hospital San Juan de Dios (11) 2 del Instituto de Reumatología de Bogotá y 3 de la ciudad de Barranquilla. Solo se incluyeron en el estudio los pacientes con Biopsia del nervio sural y electrodiagnóstico (Electromiografía y velocidad de conducción de los nervios comprometidos, incluyendo la del nervio sural). Se descartaron los pacientes que solo tenían biopsia de nervio sural, sin estudios electrodiagnósticos o historias clínicas incompletas (10). La biopsia del nervio sural se practicó en 16p (12F, 4M) con un promedio de edad 52.8a (rango 25-68a). Se removió una sección completa del nervio, al cual se le practicaron cortes horizontales y transversales, y se procedió sin separar el epineuro de los vasos epineurales. Se practicó coloración con H-E y algunas coloraciones especiales cuando el caso lo ameritaba. A los pacientes se les practicó estudios periferáticos.

Resultados. 8 pacientes tenían criterios para una enfermedad reumática de acuerdo al "A.C.R.", cuando se estableció la mononeuropatía múltiple o la polineuropatía. Dos casos de P.A.N. y 1 caso de síndrome de Churg-Strauss de acuerdo a los nuevos criterios del "A.C.R." (1989), dos pacientes con vasculitis primaria posiblemente de las raíces nerviosas, 1 caso de enfermedad de Hansen y 1 caso de carcinoma de próstata. Entre las enfermedades reumáticas (3 casos de Lupus, 3 de síndrome de Sjögren primario y 2 de vasculitis reumatoide).

La histopatología del nervio sural la clasificamos de la siguiente manera tipo I: si hay necrosis aguda de los vasos epineurales. Tipo II: fibrosis crónica, evolución de la vasculitis tipo I a III. Tipo III: inflamación perivasculares transmural (vasculopatía) y tipo IV: degeneración axonal o fascicular.

Conclusión: La biopsia del nervio sural es una ayuda diagnóstica para el estudio de la vasculitis o vasculopatía asociadas o no a las enfermedades reumáticas. Podemos detectar en una forma rápida aquellos casos de vasculitis oculta o la vasculitis primaria del sistema nervioso periférico. Finalmente muchos pacientes con mononeuritis múltiple no tienen enfermedad reumática.

226

ARTRITIS SEPTICA. Experiencia en el Hospital San Juan de Dios. Estudio prospectivo y retrospectivo. Vásquez G, Restrepo F, Guevara S, Peña M, Lizarazo H, Sánchez A, Rondón F, Ramírez LA*, Ramírez J, Iglesias A.

Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Hospital Militar*, Bogotá.

Introducción. La artritis infecciosa es una entidad con una amplia gama de manifestaciones clínicas, que requiere variados métodos diagnósticos y de manejo. Toda esta variabilidad clínica está determinada por el número de agentes causales. Debido a la falta de datos estadísticos sobre incidencia y agentes prevalentes en nuestro medio, decidimos estudiar la experiencia del Hospital San Juan de Dios.

Material y Métodos. Previo protocolo revisamos los expedientes de los pacientes con este diagnóstico, en el lapso comprendido entre enero de 1985 y junio de 1990. Consideramos 3 grupos de acuerdo al agente etiológico. Grupo A: ARTRITIS BACTERIANA NO GONOCOCICA. Grupo B: ARTRITIS GONOCOCICA. Grupo C: ARTRITIS POR OTROS GERMENES. Se estudiaron 28 pacientes con promedio de edad de 26.7 años (Rango 14-80a), 21 mujeres y 7 hombres.

Resultados. En el grupo A documentamos 16p, de las cuales solo se aisló el germen en 8 (50%), siendo el más frecuente el estafilococo aureus y en uno el estafilococo aureus más enterobacter. La forma de presentación más frecuente fue monoarticular en el 87.5% de los casos y las articulaciones comprometidas fueron: rodillas (50%), caderas 37.5%, codos y muñecas en un 12.5%, espondilitis L4-5 (6.2%), sacroiliitis (6.2%). Grupo B, documentamos 9p (32%) 8 mujeres y 1 hombre. Solo en dos pacientes se aisló el germen de la articulación comprometida y en 1 en la uretra. Vaginitis se documentó en el 62%, poliartrosis en el 77% de los casos, poliartrosis en el 66%, tenosinovitis en el 66% y lesiones eritema-papulares en el 22% de los casos. Grupo C. Se documentó en 3 pacientes. Todos tenían TBC osteoarticular 2 de rodilla derecha y 1 a nivel de la 3er. IFP derecha. En todos los casos se documentó la TBC por biopsia sinovial y solo en 1 la coloración de ZN fue positiva.

Conclusión. 1) La incidencia de artritis séptica observada en el Hospital San Juan de Dios fue: 1985 (0.09%), 1986 (0.06%), 1987 (0.01%), 1988 (0.07%), 1989 (0.08%) y 0.28% en 1990. La incidencia de artritis séptica en nuestro hospital es similar a la de E.U. que es del 0.02% (C.D.C.). 3) A diferencia de otras series, el grupo más frecuente es el de la artritis bacteriana no gonocócica.

227

LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO (L.E.G.) ASOCIADO A MUCINOSIS PAPULO-NODULAR, POLISEROSITIS Y ESPLENOMEGALIA. PRESENTACION DE UN CASO.

Vásquez G, Ramírez J, Brito V, Molina JF, Orozco O, Rondón F, Peña M, Iglesias-Gamarra A.

Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Bogotá.

El incremento de la cantidad de depósito de glicosaminoglicanos o mucopolisacáridos en la dermis de pacientes con enfermedades del tejido conjuntivo no es frecuente. A pesar de la descripción del liquen mixodematoso desde 1853, la mucinosis papular en pacientes sin enfermedad del tejido conjuntivo se ha asociado con paraproteïnemia y tiene una frecuencia baja. El primer caso asociado a LEG fue descrito por Gold en 1954. El depósito de mucina asociado a enfermedad del tejido conjuntivo se ha observado en las lesiones de lupus discóide, poli-dematosis (poliquilodermia), escleromixedema difusa nodular, y (miopatía, artritis y eosinofilia). **Material y Métodos.** Presentación del caso. LN, HC 97874, F de 24 años. La enfermedad se inició hace más o menos 30 meses por pérdida de peso, fiebre y adinamia, con sultó al ISS donde le documentaron un síndrome aménico. Posteriormente la paciente consultó al Hospital La Samaritana por poliartrosis, úlceras orales, alopecia, adenomegalias y fiebre. Se le practicó un T.A.C. abdominal donde se observó adenomegalias retroperitoneales confluentes y esplenomegalia. Se le practicó varias biopsias de ganglios linfáticos (Dx: Hiperplasia folicular, linfoma folicular de células grandes e hiperplasia inmunoblástica). Durante su evolución la paciente tuvo una proteinuria de 790 mg/24h. Por ello se le inició tratamiento con Inuran 50 mg/día asociada a 45 mg de PDI. 3 meses después la paciente consultó por la presencia de nódulos y papulas duras no dolorosas que se iniciaron en extremidades superiores y posteriormente se generalizaron. Actualmente la paciente consulta por un síndrome febril, polipos, alopecia, artralgias y anemia. Persiste la poliserositis y la esplenomegalia. En cuanto al laboratorio, persiste el síndrome aménico asociado a leucopenia y linfopenia. Tiene una M.O. que se informó compatible con deficiencia de hierro. Prueba de hemólisis (-). Los diferentes exámenes de complemento han reportado hipocomplementemia; los AAN = (1/5, 1/20 patrón moteado). En la biopsia de los nódulos se observaron depósitos de mucina en los nódulos y en la dermis. **Conclusión:** Con el presente caso es el 12avo publicado en la literatura; y no ha sido reportado en Hispanoamérica. Es el primer caso asociado a LEG con poliserositis, esplenomegalia y adenomegalias generalizadas. No podemos descartar que sea una manifestación de mucinosis nodular asociada al LEG, ya que el liquen mixodematoso usualmente se asocia con paraproteïnemia y la mayoría de los casos reportados de mucinosis papular se asocian a enfermedades del tejido conjuntivo. La evolución de las lesiones dérmicas es variable, pero al mejorar los defectos de la inmunoregulación por LEG no implica mejoría de las lesiones cutáneas. No existe una asociación causal entre la mucinosis papular con la Azatioprina.

228

EXPERIENCIA CON ANTICUERPOS ANTINUCLEARES EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BOGOTÁ

Rojas C, Sánchez A, Villota O, Rueda J, Lizarazo H, Peña M.

Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Bogotá

Los anticuerpos antinucleares (AAN) se encuentran en casi todos los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Esta asociación es un evento esencial en la patogénesis del L.E.S. y reconocen estructuras celulares en el núcleo, citoplasma y superficie celulares. En pacientes individuales, los AAN son más restringidos y específicamente limitados a determinados subgrupos de pacientes. Existen múltiples técnicas: RIE, el Inmunoblot, Elisa, técnica de Farr, Crithidia lucillae, inmunoprecipitación marcada con P32 en células Hella y la técnica más corriente utilizando núcleo de hígado de ratones.

Material y Métodos. Estudiamos 646 pacientes y 30 controles normales, para ello utilizamos el sustrato HEP-2 con inmunofluorescencia indirecta y analizamos el comportamiento de estos anticuerpos en las diferentes enfermedades reumáticas. **Resultados.** La positividad de estos anticuerpos fue la siguiente: En el LES 92%, AR 43%, Esclerosis sistémica progresiva 82%, otras enfermedades del tejido conjuntivo 31%, enfermedades no reumáticas (A.C.V., glomerulonefritis, etc) 16% y controles normales 16%. El patrón de inmunofluorescencia fue el siguiente: Moteado 53%, homogéneo 21%, anticentrómero 12%, citoplasmático 7%, nucleolar 4% y periférico 3%. El patrón anticentrómero se asoció con el síndrome C.R.E.S.T. ($p < 0.005$) y el patrón periférico con LES más nefropatía ($p < 0.005$). La sensibilidad y la especificidad para el diagnóstico de las enfermedades del tejido conjuntivo fue 62% y 83% respectivamente y para el Lupus fue del 92% y 60%.

Conclusión: Demostramos que el sustrato HEP-2 es sensible para el diagnóstico de algunas enfermedades del tejido conjuntivo siendo los patrones anticentrómero y periférico los más específicos.

VASCULITIS INDUCIDA POR MEDICAMENTOS

Restrepo F, Vásquez G, Sánchez A, Peña M, Lizarazo H, Egea E*, Valle R**, Méndez O, Iglesias-Gamarrá A. Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Hospital Militar** Bogotá, Universidad del Norte**.

Las vasculitis cutáneas constituyen una parte integral de la patología sistémica o localizada, y el término de vasculitis se aplica a los síndromes inflamatorios vasculares, con un componente inmunológico o no, ocasionando una diversidad de expresión clínica. Las vasculitis cutánea constituyen un grupo heterogéneo de cuadros clínicos etiológicamente inespecíficos sin manifestaciones sistémicas. Durante 7 años recopilamos 10 pacientes (8F, 2M) de las ciudades de Barranquilla y Bogotá, en que documentamos una causa directa de la vasculitis a un medicamento Material y Método. Estudiamos 10 pacientes (8F, 2M) con un promedio de edad de 29.7 años (R25A-33 años); 7 de estos pacientes no tenían enfermedad previa, una paciente con Artritis Reumatoide y 2 pacientes adictos al d-propróxifeno. En todos los pacientes se pudo demostrar la relación causa-efecto de la lesión vascular inducida por los siguientes medicamentos (anticonceptivos 4p, fenopronex 2p, clorbutamida 1p), d-propróxifeno (3p), sulfasalazina (1p), fenclorfenac (1p). A los pacientes se les practicó Rx de tórax, cuadro hemático, SG, electroforesis de proteínas (8p) determinación de inmunoglobulinas, anticuerpos anti nucleares (6p), factor reumatoide, proteína C reactiva, C3, C4, complejos inmunes por la técnica del ClqBA, biopsia de piel en algunos casos coloraciones especiales.

Resultados. Encontramos las siguientes manifestaciones cutáneas: púrpura palpable en 5p, eritema-papulares en 3p, urticarias crónicas en 4p, lesiones ulcero-necróticas en 3p y panciculitis en 3. En 4p se demostró una vasculitis linfomonocítica, 1 caso de vasculitis leucocitoclástica, 1 caso de vasculitis de tipo mixto, 1 caso de perivasculitis, y en 3 casos panciculitis lobular con vasculitis.

Conclusión. Las vasculitis cutáneas "alérgicas o por hipersensibilidad" inducidas por medicamentos se caracterizan generalmente por inflamación de los pequeños vasos, especialmente venas postcapilares, pero en 3 de nuestros pacientes se encontró compromiso de arteriolas. Usualmente los episodios fueron agudos, 2-4 semanas después de la ingestión del medicamento; en 4p hubo recidivas en las vasculitis linfomonocíticas. En nuestra casuística predominó la vasculitis linfomonocítica.

BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE SJOGREN

Guevara S., Lizarazo H., Iglesias A., Rondón F., Sánchez A., Peña M.

Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Bogotá

Se presenta el estudio histopatológico de glándulas salivares menores realizado en 60 pacientes con diagnóstico de síndrome de Sjogren Primario o Secundario, este último asociado a una enfermedad del tejido conectivo (AR, LES, ESP, EMT). Las glándulas fueron obtenidas del labio inferior en número de 4 a 7 mediante incisión lineal de 1.5 a 2 centímetros paralela al borde labial, fijadas en formol al 10% y coloradas con hematoxilina-eosina. Para establecer el grado de compromiso, seguimos la escala de Chisholm-Mason: clase I Glándula salival normal con pocos linfocitos, clase II Infiltrado linfocitario disperso con menos de un foco por 4 mm². Clase III un foco x 4 mm² y clase IV más de 2 focos por 4 mm². Un foco es equivalente a la presencia de 50 linfocitos o más por mm². Para el diagnóstico de Sjogren se requiere la presencia de más de 2 focos por 4 mm² según los criterios de Greespan. En nuestro estudio, encontramos casos correspondientes a todas las clases. Los resultados obtenidos en el presente trabajo indican que la biopsia de glándula salival accesoria es un método fácil de practicar e indispensable en el diagnóstico de síndrome de Sjogren primario o asociado. En la presentación se expodrán los resultados finales y la correlación con la clínica y con los estudios inmunológicos.

HEMIHIPERTROFIA CORPORAL. Asociación con atrofia cerebral y síndrome convulsivo en 2 casos, asociación con artritis reumatoide en 1 caso.

Restrepo JF, Rangel C, Peña M, Lizarazo H, Sánchez A, Rondón F, Iglesias A.

Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios, Bogotá.

La hemihipertrofia es el crecimiento excesivo de los constituyentes de un hemicuerpo, puede ser generalizada o segmentaria, congénita o adquirida, y compromete el lado derecho más frecuentemente que el izquierdo. Se puede asociar a tumor de Wilms, carcinoma cortical suprarrenal, hepatocarcinoma, neurofibromatosis y malformaciones del tracto urinario Material y Métodos. Se estudiaron 4 pacientes (dos de estos pacientes se publicaron en A. M. Col. 1980; 5:407-412), 2 de sexo F y 2 M cuyas edades son (27, 22, 2 y 12 años). 2 pacientes procedentes de Bogotá, 1 de Santa Marta y otro de Barranquilla. A todos se les practicó Rx de huesos largos, cráneo, pelvis y columna, en 2 casos scanografía cerebral simple y de contraste y estudios paracrínicos complementarios.

Resultados. En 2 de nuestros pacientes se documentó retardo psicomotor y mental, complicado posteriormente por un síndrome convulsivo, posiblemente relacionado con Atrofia cerebral demostrada en la scanografía. Al paciente de 27 años se le documentó una Artritis Reumatoide de acuerdo a los criterios de la A. C. R. No encontramos la asociación con el síndrome de tres hemi neoplasias o malformaciones congénitas urinarias.

Conclusión. 1. Es la primera descripción de A. R. asociada a una hemihipertrofia corporal y a un síndrome convulsivo descrito en la literatura. Posiblemente la hemihipertrofia se debe a un "clivaje" anormal de los blastómeros iniciales, ocasionando dos líneas celulares con diferencia en el tamaño.

ARTRITIS REUMATOIDEA Y HLA: ESTUDIO DE 27 PACIENTES.

Albarracín C., Galán F., Varela E.

Servicio de Inmunología, Departamento de Medicina Interna, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Varios estudios han mostrado la asociación entre Artritis Reumatoide (AR) y antígenos específicos de histocompatibilidad (HLA-DR) como marcadores de susceptibilidad genética a la enfermedad. Existen para el HLA-DR4 algunos subtipos que muestran una asociación positiva. Así mismo, se ha demostrado la asociación negativa entre la enfermedad y el tipo HLA-DR2. Para determinar estas asociaciones en los pacientes de nuestra consulta se realizó la tipificación de HLA-DR2 y HLA-DR4 en 27 pacientes, de los cuales 20 cumplían con los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Reumatología (ARA) para AR y con sospecha de AR en los 7 restantes. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con sospecha o diagnóstico de AR que tuvieron estudios de HLA, se analizaron de acuerdo con la edad, sexo, estado, capacidad funcional y actividad de la enfermedad. Todos tenían un tiempo de evolución mayor a 4 meses antes de asistir a nuestra consulta, los criterios de actividad, estado y capacidad funcional se evaluaron al ingresar al servicio. A todos los pacientes se les realizaron pruebas de factor reumatoide (test RA) y de proteína C reactiva (PCR) por la técnica de aglutinación en latex, de velocidad de sedimentación globular y estudio de HLA por la técnica de microcitotoxicidad (Terasaki) utilizando los linfocitos B del paciente separados por columnas de nylon. De los 20 pacientes con diagnóstico de AR 17 (85%) eran mujeres y 3 (15%) hombres, con un rango de edad de 27 a 63 años, para una media de 44.9 años; con un tiempo de evolución entre 4 y 214 meses. El 70% (14 pacientes) acusaban rigidez matutina, todos mostraban compromiso de manos y artritis simétrica, 17 pacientes (85%) tenían compromiso radiológico; y el número promedio de áreas comprometidas fue de 7. Ningún paciente tenía nodulos reumatoideos. La distribución de frecuencias por edad, al momento del estudio; era normal, con el 40% en la quinta década. El HLA-DR2 fue positivo solo en un 11% (2/18), mientras el HLA-DR4 en un 85% (13/20); en tanto que el HLA-DR2 negativo se presentó en un 90%. Ningún paciente se encontraba en la categoría mayor de actividad de la enfermedad. Tenían actividad media el 85% (11/13) de los pacientes con HLA-DR4 positivo y solo el 68% (11/16) de los pacientes con HLA-DR2 negativo. En el grupo de sospecha de AR el HLA-DR4 fue solo positivo en 14% (1/7), en tanto que el HLA-DR2 en un 28% (2/7). Se observó una mayor asociación positiva en la población estudiada para el antígeno HLA-DR4 y así mismo una fuerte asociación entre éste HLA-DR4 y una mayor actividad de la enfermedad. Es necesario continuar esta búsqueda de asociaciones de HLA en pacientes con AR y sospecha de AR para aumentar el número de muestras y permitir así un mejor análisis estadístico y así mismo realizar la búsqueda e identificación de otras asociaciones descritas no solo en tipos sino también en subtipos de estos antígenos de histocompatibilidad.

233

COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES EN ENFERMEDADES DIFUSAS DEL TEJIDO CONECTIVO Y ESPONDILOARTROPATIAS SERONEGATIVAS

García CF, Ordóñez AM, Díaz M, Escandón J, Chalem F.
Departamento de Patología y Laboratorios, Sección de Reumatología, Departamento de Medicina Interna, Fundación Santa Fe de Bogotá.
Se realizaron 205 determinaciones de complejos inmunes circulantes (CIC) en igual número de pacientes por la técnica de ELISA, mediante C1q adsorbido a fase sólida. Se estudiaron: artritis reumatoidea (AR) 118, lupus eritematoso sistémico (LES) 27, espondilitis anquilosante (EA) 22, escleroderma 8, dermatopolimiositis 5, síndrome de Sjögren (SS) 5, enfermedad mixta del tejido conectivo 4, enfermedad del tejido conectivo no diferenciada 4, artritis reumatoidea juvenil 4, síndrome de Reiter 4, otras espondiloartropatías seronegativas 4. La prevalencia fue de 33.1% (68 pacientes).
Se trató de establecer correlación entre la prevalencia de CIC y actividad clínica, proteína C reactiva (PCR), velocidad de sedimentación globular (VSG), consumo de complemento (C3-C4) y factor reumatoideo, en LES, EA y AR, en ésta última con y sin SS secundario.
Del grupo AR sólo en 83 pacientes se evaluaron los parámetros mencionados y en 38 (45.8%) se encontraron CIC. Actividad de la enfermedad se encontró en 55, de los cuales 33 (60%, $p < 0.001$) tenían CIC.
Para determinar la actividad de la AR, la PCR y los CIC tienen mayor especificidad (86 y 82% respectivamente) que la VSG (68%), pero esta tiene mayor sensibilidad (87%) que la PCR (80%) y que los CIC (60%).
En 34 pacientes del grupo AR se encontró SS secundario, de los cuales 21 (61.7%) tenían CIC ($p < 0.005$). De los 27 pacientes con LES y 22 con EA, cinco (18.5%) y siete (31.8%) respectivamente tenían CIC.
Las prevalencias en general están acordes con lo descrito en la literatura; hubo mayor prevalencia de CIC en AR con SS secundario. La especificidad de CIC para determinar la actividad de AR fue similar a la de PCR y mayor que la de VSG.

234

ARTRITIS REUMATOIDEA ASOCIADA A SINDROME DE SJÖGREN: UN SUBGRUPO CLINICO, SEROLOGICO, INMUNOPATOLOGICO, GENETICO, GAMAGRAFICO Y OFTALMOLOGICO.

Chalem F., Casas N., Sierra R., García CF., Plata A., Ordóñez AM., Ucrós G., Esguerra R., Arenas E., Amaya F., Mieth A.
Fundación Santa Fe de Bogotá, Fundación Instituto de Reumatología e Inmunología.
Se propuso hacer un diagnóstico preciso del síndrome de Sjögren (SS) en pacientes con artritis reumatoidea (AR), estableciendo criterios para ojo seco y boca seca modificados mediante estudios inmunoserológicos, inmunohistológicos, genéticos, gamagráficos y oftalmológicos. Se incluyeron 66 pacientes (seis se retiraron) con diagnóstico de AR en un período de ocho meses. Se realizó historia clínica, FR, AAN, Acs contra ENA, RX de manos y pies, biopsia de glándulas salivales menor, gamagrafía de glándulas salivales, test de Schirmer, BUT, biomicroscopía, PH, biopsia conjuntival. Además tipificación de la población linfocítica y cuantificación de inmunoglobulinas en biopsias salivales, y tipificación de los alelos HLA A-B, DR, Dq, DRw52, con grupo de control. De 60 pacientes 54 mujeres y seis hombres, edad $\bar{X}$ 48.7a, evolución de enfermedad $\bar{X}$ 12.2a. Se clasificaron en cuatro grupos: SS definido 23 (38); SS posible 18 (30); SS negativo 9 (11.6); SS indeterminado 12 (20), este último fue excluido de pruebas de significancia. La disfagia, sensación de cuerpo extraño y resequead ocular fueron los síntomas más significativos. Los AAN negativos 50 (86.2), de los cuales 90.9% tenían SSD; los Acs anti-ENA negativos 56 (96.6); FR (+) en 48 (81.4), de estos 32 (33.3) tenían enfermedad erosiva. Biopsia salival en H.E. mostró grado III-IV en 37 (62.7) de los cuales 23 (100) tenían SSD. Biopsia salival en la muestra congelada, mostró predominio de células T (60%) y células B (20%), con una relación CD4/CD8 aumentada; presencia de centros germinales; expresión inadecuada del receptor DR en células acinares, ductales, pero normal en células del infiltrado. Disminución del contenido de IgA y aumento de IgG e IgM. Fue frecuente el HLA-B8 en SS; el DR1 se encontró disminuido. La gamagrafía fue positiva en 16 (36.4) de los cuales 12 (63.2) pertenecieron al SSD. Los estudios oftalmológicos permitieron clasificar los siguientes grados de enfermedad: sin compromiso ocular 19 (35.8); grado I 21 (39.6) grado II 11 (20.8) I grado III 2 (3.8). La asociación de AR con SS es frecuente. La biopsia salival y conjuntival son los métodos más específicos de diagnóstico. El contenido de Igs en biopsia salival servirá como método de detección temprana (Grado I-II). Se encontró un aumento en la relación CD4/CD8 como es esperado en SS. Se encontró la asociación del B8 con SS y DR1 como posible factor de protección.