



XXXIV

CONGRESO CHILENO DE REUMATOLOGÍA

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA

LIBRO DE RESÚMENES

EDICIÓN ESPECIAL
REVISTA CHILENA DE
REUMATOLOGÍA

4 al 7 de OCTUBRE 2023

HOTEL ENJOY, VIÑA DEL MAR, V REGIÓN



MODALIDAD HÍBRIDA



BIENVENIDA

En nombre del Comité Organizador y directiva de la Sociedad Chilena de Reumatología es un placer presentarles en este libro una muestra del contenido educativo e intercambio científico que tuvo el XXXIV Congreso Chileno de Reumatología, que se efectuó del 4 al 7 de octubre de 2023 de forma híbrida, en el Hotel Enjoy Viña del Mar.

En esta versión tuvimos como temas principales; Lupus Eritematoso Sistémico Hematológico, Miopatías Inflamatorias, Onco-Reumatología, Laboratorio, Vasculitis, Actualización en Enfermedad Pulmonar Difusa, Artrosis y Lo Mejor del Año en Reumatología. Sin embargo, queremos destacar la importancia de las actividades educativas y la información de avances científicos y tratamientos frente a la realidad que viven nuestros pacientes con patologías reumáticas y lo que significa vivir con una enfermedad crónica que tiene una enorme carga física, emocional y social. Nuestro compromiso es seguir entregando información actual para apoyar a todos los profesionales en un buen camino y acompañamiento en la atención de nuestros pacientes.

Como ha sido tradicional, en nuestro congreso participaron no solo médicos reumatólogos (adulto y pediátrico), sino también pediatras, broncopulmonares (adulto y pediátrico), internistas, oftalmólogos, diversas especialidades médicas con interés en nuestra especialidad, residentes y estudiantes.

Tuvimos la oportunidad de contar con destacados expositores internacionales, quienes compartieron durante tres días sus experiencias y conocimientos, así como también una gran participación de referentes nacionales en el área, a lo largo de Chile.

Como sociedad científica, agradecemos a todos aquellos que participaron en nuestro Congreso, tanto a los asistentes como empresas auspiciadoras.

Esperamos verlos en el 2025, en una nueva versión del Congreso Chileno de Reumatología.

MODERADORES: DRA. VERÓNICA WOLFF • DR. JOSÉ MIGUEL CHAHUÁN

09:00 - 09:30 h	CONCEPTOS GENERALES EN EL LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA Tnlga. Paola Hernández
09:30 - 10:00 h	TÉCNICAS DE LABORATORIO Tnlga. Paola Hernández
10:00 - 10:30 h	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES Dr. Francisco Vera
10:30 - 11:00 h	CAFÉ
11:00 - 11:30 h	INTERPRETACIÓN DEL PERFIL ENA Y ANTICUERPOS ANTI DNA , Dra. Patricia Abumohor
11:30 - 12:00 h	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS Dra. Patricia Abumohor
12:30 - 14.00 h	SIMPOSIO ALMUERZO JANSSEN
14:00 - 14:30 h	MARCADORES EN ARTRITIS REUMATOIDE Dra. Silvana Saavedra
14:30 - 15:00 h	ANTICUERPOS ANTI CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS Dr. Francisco Vera
15:00 - 15:30 h	CASOS CLÍNICOS: MESA REDONDA

MAÑANA

- 08:40 - 09:10 h **BIOSIMILARES**
Dra. Annelise Göecke
- 09:20 - 10:00 h **CORTICOIDES, USO PRÁCTICO**
Dr. Óscar Neira
- 10:10 - 10:40 h **SALUD REPRODUCTIVA Y EL USO DE INMUNOSUPRESORES Y BIOLÓGICOS**
Dra. María José Villar
- 10:40 - 11:10 h **RECESO**
- 11:10 - 11:40 h **INHIBIDORES DE LA CALCINEURINA**
Dr. Cristóbal Oyarzún
- 11.50 - 12.20 h **CONSIDERACIONES EN EL MANEJO DE LAS ARTROPATÍAS POR CRISTALES**
Dr. José Miguel Chahuán

12:30 - 14:00 h **SIMPOSIO ALMUERZO JANSSEN**

TARDE

- 14:00 - 14:30 h **FÁRMACOS EN EL PERI-OPERATORIO**
Dra. Carla Lazo
- 14:35 - 15:05 h **AINES: ENFOQUE EN USO CRÓNICO**
Dr. Gustavo Monckeberg
- 15:10 - 15:40 h **TRATAMIENTOS TÓPICOS EN REUMATOLOGÍA**
Dra. Lía Hojman
- 15:45 - 16:15 h **CAFÉ**
- 16:15 - 16:45 h **TRATAMIENTOS DE INDUCCIÓN EN REUMATOLOGÍA**
Dra. Pamela Wurmman
- 16:50 - 17:20 h **USO DE OPIOIDES Y ANESTÉSICOS LOCALES**
Dr. Felipe Schweitzer

17:30 h **CIERRE**

MAÑANA - MODERADORES: DRA. NINETTE PEZO • DRA. MARCELA GODOY

- 09:00 - 09:30 h **ACCESO A LA REUMATOLOGÍA. REALIDAD EN CHILE**
Dra. Alejandra Álvarez
- 09:30 - 10:00 h **CREANDO NUEVOS ESPECIALISTAS: ESCUELAS DE REUMATOLOGÍA, CÓMO SE FORMA UN REUMATÓLOGO**
Sra. María Gabriela Hoffmann
- 10:00 - 10:30 h **QUÉ SON LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SU APORTE EN REUMATOLOGÍA,** Dra. Elena Jarpa
- 10:30 - 11:00 h **CAFÉ**
- 11:00 - 11:30 h **TELEMEDICINA EN CHILE,** Dra. Ximena Velásquez
- 11:30 - 12:00 h **INTELIGENCIA ARTIFICIAL, UN ALIADO EN EL MANEJO DEL PACIENTE REUMATOLÓGICO,** Dr. Roberto Alfaro

12:30 - 14:00 h SIMPOSIO ALMUERZO JANSSEN

TARDE - MODERADORES: DRA. ALEJANDRA ÁLVAREZ • DRA. ELENA JARPA

- 14:00 - 14:30 h **IMPLEMENTACIÓN Y LIMITACIONES ACTUALES DE LA LEY RICARTE SOTO**
Dra. Ninette Pezo
- 14:30 - 15:00 h **LA INFORMACIÓN COMO UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN: ACCESO A LA INFORMACIÓN,** Eu. Mary Cea
- 15:00 - 15:30 h **FORMULACIÓN DE PROYECTOS, ¿CÓMO PODEMOS ACCEDER A FINANCIAMIENTO EN EL SISTEMA PÚBLICO?**
Dra. Alejandra Álvarez
- 15:30 - 16:00 h **CAFÉ**
- 16:00 - 16:40 h **IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN, DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA**
Dra. Anne Marie Chassin-Trubert

Bloque 1: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO HEMATOLÓGICO

- 09:00 - 09:30 h **LEUCOPENIA**, Dr. José Luis Briones
- 09:30 - 10:00 h **ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE**, Dr. José Viñuela
- 10:00 - 10:30 h **TROMBOCITOPENIA**, Dr. José Luis Briones
- 10:30 - 11:00 h CAFÉ

Bloque 2: DESAFÍOS EN CASOS ESPECIALES

- 11:00 - 11:30 h **CONSIDERACIONES EN EL USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN ADULTO MAYOR**, Dr. Felipe Salech
- 11:30 - 12:00 h **ASPECTOS FARMACOLÓGICOS EN EL ADULTO MAYOR**
QF. Daniel Palma
- 12:00 - 12:30 h **ALOPECIA**, Dr. Douglas del Castillo
- 12:30 - 14:00 h **SIMPOSIO ALMUERZO TECNOFARMA**
Nuevos Paradigmas en el tratamiento oral de la AR:
"La era de los JAKI", Dr. Gerd Burmester (Alemania)
Modera: Dr. Omar Valenzuela

Bloque 3: MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

- 14:00 - 14:30 h **THE RISE OF MYOSITIS AUTOANTIBODIES**
Dr. Rohit Aggarwal
- 14:30 - 15:00 h **MYOSITIS ASSOCIATED ILD: A TOUGH NUT TO CRACK**
Dr. Rohit Aggarwal
- 15:00 - 15:30 h **CALCINOSIS: ¿QUÉ HACER?**, Dra. Antonia Valenzuela
- 15:30 - 16:00 h CAFÉ

Bloque 4: ARTROSIS Y LO MEJOR DEL AÑO I

- 16:00 - 16:30 h **ACTUALIZACIÓN EN ARTROSIS**, Dr. Oscar Neira
- 16:30 - 17:00 h **LO MEJOR DEL AÑO EN REUMATOLOGÍA BÁSICA**
Dra. Annelise Göecke
- 17:00 - 18:00 h **SIMPOSIO NOVARTIS**
"Transforming the standard of care for PsA management:
from clinical guidelines to daily clinical practice"
Prof. Laura Coates Chairman
Modera: Dra. María Luisa Molina

PROGRAMA GENERAL VIERNES 6 SALÓN A

07:00 - 08:00 h **DESAYUNOS CON PROFESORES**
(paralelos, sólo presencial, sin traducción)
Dr. Ricardo Blanco (Abbvie) / Dr. Luis Flores-Suárez
Dr. Rohit Aggarwall

08:00 - 09:00 h **SIMPOSIO DESAYUNO PFIZER**
“Actualización en Artritis Reumatoide y Data del Mundo Real”
Dr. Daniel Fernández

Bloque 5: ONCO-REUMATOLOGÍA

09:00 - 09:30 h **SCREENING ONCOLÓGICO: ¿A QUIÉN, CON QUÉ Y CUÁNDO?**,
Dr. Pablo Riedemann

09:30 - 10:00 h **TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS, BIOLÓGICOS Y CÁNCER**,
Dr. Miguel Gutiérrez

10:00 - 10:30 h **MIMICS ONCO-REUMATOLOGÍA**, Dr. Carlos Martínez

10:30 - 11:00 h CAFÉ

Bloque 6: LABORATORIO

11:00 - 11:30 h **APLICACIÓN CLÍNICA DE PANEL ANA-23, MIOSITIS Y
ESCLEROSIS SISTÉMICA**, Dr. Eduardo Wainstein

11:30 - 12:00 h **UTILIDAD CLÍNICA DE NIVELES PLASMÁTICOS DE
HIDROXICLOROQUINA**, Dra. Carolina Llanos

12:00 - 12:30 h **LABORATORIO EN EL PRONÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE
VASCULÍTIS ASOCIADAS A ANCA**, Dra. Judith Rocha

12:30-14:00 h **SIMPOSIO ALMUERZO ABBVIE**
“Elevando el Estándar de Cuidado en Pacientes con
Enfermedades Reumáticas”
Dr. Ricardo Blanco (España), Modera: Dr. Cristián Vergara

Bloque 7: ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

14:00 - 14:30 h **MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO**
Dr. Luis Flores-Suárez

14:30 - 15:00 h **NUEVOS PARADIGMAS EN EL MANEJO DE ACG**
Dr. Luis Flores-Suárez

15:00 - 15:30 h **CASO CLÍNICO MESA REDONDA**, Dra. Isabella Daza

15:30 - 16:00 h CAFÉ

Bloque 8: POLIMIALGIA REUMÁTICA - VARIOS

16:00 - 16:30 h **POLIMIALGIA REUMÁTICA**, Dra. María Gabriela Guasamucaro

16:30 - 17:00 h **CONFERENCIA DR. FERNANDO VALENZUELA RAVEST**
Dra. Rossana Marchetti

17:00 - 18:30 h **ASAMBLEA DE SOCIOS SOCHIRE**

21:00 h **CENA CONGRESO**

08:00 - 09:00 h WELCOME COFFEE SIMPOSIO GSK
“Enfermedades Inmunoprevenibles en Pacientes con Enfermedades Autoinmunes: Riesgo, Carga y Recomendaciones para su Prevención”

Bloque 9: ACTUALIZACIONES EN ENFERMEDADES PULMONARES DIFUSAS ASOCIADAS A ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

09:00 - 09:30 h **ENFERMEDAD PULMONAR FIBROSANTE PROGRESIVA**
Dr. Santiago Auteri

09:30 - 10:00 h **USO DE ANTIFIBRÓTICOS EN ENFERMEDADES PULMONARES DIFUSAS ASOCIADAS A ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO**, Dra. Laura Alberti

10:00 - 10:30 h **CASOS CLÍNICOS MESA REDONDA**
Dr. Pablo Navarro, Dra. Carolina Carrasco, Dra. Verónica Wolff

10:30 - 11:00 h CAFÉ

Bloque 10: LO MEJOR DEL AÑO Y PREMIACIONES

11:00 - 11:30 h **LO MEJOR DEL AÑO EN REUMATOLOGÍA CLÍNICA**
Dr. Cristobal Oyarzún

11:30 - 12:00 h **PRESENTACIÓN TRABAJOS GANADORES**

08:00 - 09:00 h **SIMPOSIO DESAYUNO PFIZER**
“Actualización en Artritis Reumatoide y Data del Mundo Real”
Dr. Daniel Fernández

Bloque 1: PULMÓN REUMATOLÓGICO

09:00 - 09:30 h **ESTUDIOS DE FUNCIÓN PULMONAR: UTILIDAD EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA**
Dra. María Ester Pizarro

09:30 - 10:00 h **ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS: ¿CÓMO HACER EL DIAGNÓSTICO?**
Dra. Claudia Bracaglia (online, Italia)

10:00 - 10:30 h **ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN ETC: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**
Dra. Verónica Wolff

10:30 - 11:00 h CAFÉ

Bloque 2: SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA

11:00 - 12:00 h **ENTENDIENDO EL SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA**, Dr. Grant Schulert

12:00 - 12:30 h **SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA: ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO**, Dra. Cecilia Poli

12:30-14:00 h **SIMPOSIO ALMUERZO ABBVIE**
“Elevando el Estándar de Cuidado en Pacientes con Enfermedades Reumáticas”
Dr. Ricardo Blanco (España), Modera: Dr. Cristián Vergara

Bloque 3: CASOS - LO MEJOR DEL AÑO

14:00 - 15:00 h **CASOS CLÍNICOS**, Dr. Mervin Piñones, Dra. Evelyn Núñez, Dra. Pamela Morales, Dra. Sara Concha

15:00 - 15:30 h **LO MEJOR DEL AÑO EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA**
Dra. Bárbara Stanley

15:30 - 16:00 h CAFÉ

Bloque 4: AIJ y UVEÍTIS

16:00 - 16:30 h **AIJ REFRACTARIA: ¿QUÉ HAGO AHORA?**, Dra. Sara Concha

16:30 - 17:00 h **UVEÍTIS AUTOINMUNE**, Dr. Mervin Piñones

17:00 - 18:30 h **ASAMBLEA DE SOCIOS**

21:00 h **CENA CONGRESO**

EXPOSITORES INTERNACIONALES

DR. LUIS FELIPE FLORES-SUÁREZ, M.D., PH.D.

- Médico Internista y Reumatólogo Certificado por la Junta, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Profesor del Curso de Especialidad en Vasculitis Sistémicas Primarias y del Programa de Maestría y Doctorado de Posgrado en Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Consultor de la Fundación Vasculitis (EUA) y del grupo de pacientes Vasculitis Sistémicas México, A.C.
- Parte de los Comités Ejecutivos de los Colegios Mexicanos de Medicina Interna y Reumatología.



DR. ROHIT AGGARWAL

- Profesor de medicina en la Universidad de Pittsburgh.
- Director médico del Centro de Artritis y Autoinmunidad del Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh.
- Codirector del UPMC Myositis Center.
- Expresidente del consejo asesor médico de The Myositis Association (TMA), así como expresidente del comité científico de IMACS.
- Investigador clínico independiente establecido con una importante financiación de los NIH, las fundaciones y la industria y actualmente lidera varias colaboraciones a nivel internacional con otros líderes clave en el mundo.



DR. RICARDO BLANCO

- Jefe de Sección de Reumatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.
- Estudió Medicina en la Universidad de Navarra, realizó la especialidad de Reumatología en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Reconocido este año 2023, con el premio al liderazgo reputacional de su especialidad, concedido por el Monitor de Responsabilidad Sanitaria de referencia en España y Latinoamérica y el Observatorio de Salud (OoS), en su primera edición



DR. SANTIAGO AUTERI.

- Médico Neumólogo.
- Jefe de servicio de Neumología en Sanatorio de la Mujer -Rosario, Argentina.
- Integrante del grupo multidisciplinario de Enfermedades Intersticiales en Hospital María Ferrer en Buenos Aires.
- Secretario del departamento de Enfermedades Intersticiales en Asociación Latinoamericana de Tórax.



DRA. CLAUDIA BRACAGLIA

- Reumatóloga pediátrica de la Division of Rheumatology at Bambino Gesù Children's Hospital en Roma Italia.
- En los últimos años ha centrado su investigación particularmente en la Artritis Idiopática Juvenil sistémica y el Síndrome de Activación de Macrófagos (MAS). Está involucrada en diferentes proyectos sobre patogénesis y biomarcadores de MAS/HLH. También lidera el proyecto europeo sobre sJIA complicada por enfermedad pulmonar en Europa.



DRA. LAURA ALBERTI

- neumóloga argentina.
- Vicedirectora del Departamento de Enfermedades Intersticiales de la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT) e integrante del Consultorio Multidisciplinario de Enfermedades Pulmonares Intersticiales del Hospital María Ferrer de Buenos Aires.



DR. GRANT SCHULERT

- Profesor asociado de Pediatría en la División de Reumatología del Centro Médico del Hospital Infantil de Cincinnati (CCHMC) y el Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cincinnati.
- MD y PhD, Facultad de Medicina Carver de la Universidad de Iowa.
- Presidente del Subcomité de Investigadores de Carrera Temprana del Colegio Estadounidense de Reumatología.
- Miembro del Panel de Pautas de Tratamiento de NIH COVID-19 y del Grupo de Trabajo de Hiperinflamación Relacionada con COVID-MIS-C del ACR.



4 al 7 de OCTUBRE 2023

HOTEL ENJOY, VIÑA DEL MAR, V REGIÓN

XXXIV

CONGRESO CHILENO DE REUMATOLOGÍA

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



RESÚMENES

Explorando lo Inusual: Hipofisitis en Vasculitis ANCA+ en una Joven de 27 Años, Reporte de un Caso

Sra. Paulina Navarrete¹, Sra. María Elena Nass¹, Sra. Paulina Lozano¹, Sr. Mr. Gerardo Ramos¹, Sra. Ninette Pezo¹, Sr. Gabriel Gómez¹, Sr. Mario Seguel¹

¹ Hospital Higuera

RESUMEN

Mujer de 27 años. Refiere historia de un año de evolución caracterizado por dolor nasal, cefalea, rinorrea y epistaxis. Interpretado como rinitis, manejado con corticoides tópicos y ocasionalmente sistémicos. Posteriormente presentó caída del puente nasal. Se solicitó RM silla turca con gadolinio que mostró proceso expansivo en hipófisis. Se hospitalizó con sospecha de hipofisitis abscedada. Se realizó punción lumbar que informó meningitis a líquido claro por lo que se inició tratamiento antimicrobianos. Dentro de los exámenes destacó: ANCA IFI: 1/80 atípico, anti MPO (mieloperoxidasa) y PR3 (proteínasa-3) ELISA negativo. Además VHS 72 y PCR 13 (valor normal <0.5). TAC de senos paranasales informó compromiso etmoidal/esfenoidal, maxilar, perforación de tabique nasal y nariz en silla de montar. Nasofaringolaringoscopia mostró perforación septal, signos de rinosinusitis crónica y estenosis subglótica. Biopsia tabique nasal señaló: no se observa vasculitis, granulomas ni atipia. Evaluada por reumatología, impresionó vasculitis asociado a ANCA con compromiso de sistema nervioso central y de vía aérea superior. Se descartó razonablemente absceso hipofisario y se suspendieron antibióticos. Se indicó Metilprednisolona 1 g IV por 3 días y posteriormente Rituximab 1 g IV el día 0 y 1 g IV el día 15. Evolucionó en forma favorable clínicamente, con reactantes de fase aguda en descenso. Además, endocrinología planteó hipopituitarismo con hipotiroidismo, hipocortisolismo central e hipogonadismo; inició Levotiroxina e Hidrocortisona con buena respuesta.

De acuerdo a Chapel Hill 2012, las Vasculitis asociadas a ANCA se asocian histológicamente con necrosis fibrinoide en la pared arterial, por lo que a menudo se denominan vasculitis sistémicas necrosantes. Se clasifican en: granulomatosis con poliangeítis (GPA), poliangeítis microscópica y GPA eosinofílica.

GPA puede surgir a cualquier edad con un pico a los 65-74 años. Incidencia anual de 2-14 por millón y prevalencia de 24-157 por millón, esta última igual entre sexos. Sobre su etiología, participan desencadenantes infecciosos, ambientales o farmacológicos que, en genéticamente predispuestos, generan respuesta inflamatoria y producción de ANCA contra PR3 (80%) y MPO (10%). Aunque ANCA respalda el diagnóstico, en 10% pacientes no se detecta.

La afectación de la vía aérea alta es lo más común, incluye descarga nasal, epistaxis, úlceras nasales, perforación del septum, caída del puente nasal, otitis media crónica, estenosis glótica o subglótica. En la vía aérea baja puede presentar nódulos, cavitaciones, infiltrados, derrame pleural y hemorragia alveolar. Un 40-

100% presenta glomerulonefritis necrotizante segmentaria con formación de crecénica pauciinmune. Las manifestaciones neurológicas 22-54% de los casos y la mayoría afectan los nervios periféricos. La afección de hipófisis se describe solo un 1% y afecta predominantemente a la pituitaria posterior.

En resumen nuestra paciente presenta ANCA atípico positivo, clínica sugerente y respuesta a tratamiento lo cual es compatible con GPA..

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

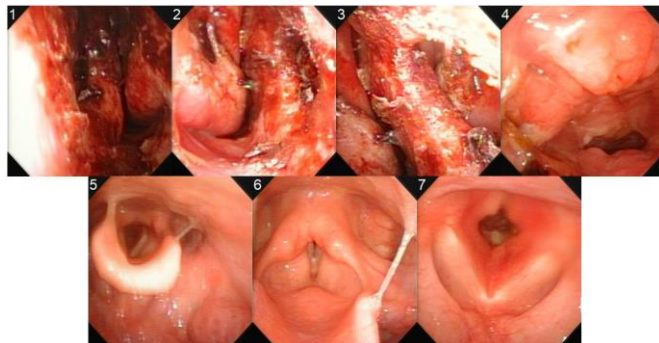
Vasculitis ANCA - Hipofisitis autoinmune - Caída puente nasal

AUTOR CORRESPONSAL

Dra. Paulina Navarrete → paulinavarretef@gmail.com



Nariz en silla de montar



Nasofaringolaringoscopia que muestra perforación septal, signos de rinosinusitis crónica y estenosis subglótica

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON PANEL DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS POSITIVO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR, SANTIAGO DE CHILE

Dr. Pablo Ignacio Navarro Guerra¹, Dr. Oscar Neira Quiroga¹, Dr. José Pablo Fernández², Dr. Verónica Wolff¹

¹ Sección de Reumatología, Hospital del Salvador Universidad de Chile

² Universidad de Los Andes

RESUMEN

INTRODUCCIÓN Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo de enfermedades inmunomediadas que afectan a la musculatura esquelética, con compromiso variable de la piel y otros órganos. Los últimos años han habido avances en el conocimiento de los autoanticuerpos que median las MII y su correlación con el compromiso clínico, pronóstico, asociación con neoplasias y respuesta al tratamiento. El panel de anticuerpos de miositis se realiza en el Hospital del Salvador desde el 2018 y consiste en determinación por técnica semicuantitativa inmunoblot de autoanticuerpos dirigidos contra 16 antígenos: Mi-2 alfa, Mi-2 Beta, TIF1 Gamma, MDA5, NXP2, SAE1, Ku, PM-Scl 100, PM-Scl 75, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ, OJ y Ro52.

OBJETIVO Evaluar características de pacientes en que se detectó un anticuerpo del panel de miopatías inflamatorias positivo.

MÉTODO Estudio descriptivo transversal de fichas clínicas. La muestra estudiada son los pacientes con anticuerpos positivos en el Panel de Miositis (Autoimmune Inflammatory Myopathies 16 Ag, Euroline®) cuyo resultado se expresa en intensidad de señal realizados en el Hospital del Salvador entre Julio de 2018 y Marzo de 2022.

RESULTADOS Se analizaron un total de 560 paneles de miositis realizados entre el 8/06/2018 y el 17/03/2022. De ellos 251 son positivos. Se eliminaron 16 resultados duplicados y 2 insuficientes. Esto dio un total de 233 elegibles para estudio.

De los 233 pacientes seleccionados, 84% fueron mujeres y 16% hombres, con una media de edad de 55 años. La distribución de edad es entre los 46 a 60 años. El diagnóstico más frecuente es la Dermatomiositis (15%), seguido del Síndrome de Sjögren (12%), Esclerosis Sistémica (10%) y Síndrome antisintetasa (9%). Con relación al compromiso pulmonar, 101 tuvieron Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID) evidenciada en TAC de tórax (43,3%), 101 no tuvieron EPID en el TAC y 31 pacientes (13,3%) no se realizó TAC. El patrón más frecuente es el NSIP (54%), seguido por NSIP con BOOP (20%) y el UIP (13%). 29 pacientes fallecieron con promedio de edad de 61 años. 69% son mujeres y 31% son hombres. 69% de ellos tenía EPID asociada.

CONCLUSIONES. Los resultados encontrados nos muestra una mayoría de mujeres entre 45 y 60 años, con un diagnóstico de dermatomiositis asociado y con al menos un Ro52 positivo, seguido por Antisintetasas y Mi2 beta. La aparición de compromiso pulmonar asociado aparece en al menos la mitad de los que se realizó un TAC de Tórax. Es esperable que en el futuro se considere la adición del Panel de miositis al momento del diagnóstico en las guías Internacionales.

CATEGORÍA

(R0003) - Categoría Reumatología en Chile

PALABRAS CLAVES

Miopatias inflamatorias idiopaticas - Panel de miositis

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Pablo Ignacio Navarro Guerra → pablo.navarroguerra@gmail.com

Descripción de pacientes con lupus eritematoso sistémico tratados con Belimumab: un análisis retrospectivo del Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile

Dr. Jose Leonardo Jimenez Almeron¹, Dra. Maria Guasamucaro Castillo¹, Dra. Alejandra Alvarez Cabrera¹, Srta. Constanza Castellon Rojas¹, Dra. Lurimar Manrique Centeno¹⁻²

¹Hospital San Pablo de Coquimbo, Unidad de Reumatología.

²Inmunología y alergología. Hospital Provincial de Ovalle, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica que puede presentarse a cualquier edad. Desde la implementación como problema de salud GES y luego la incorporación a la ley 20.850 (LRS) es que se ha ido estandarizado el tratamiento y seguimiento en Chile. **OBJETIVOS.** El objetivo principal fue describir la respuesta de actividad clínica de los pacientes que recibieron Belimumab durante seis meses, en el HSP. Los secundarios fueron describir las manifestaciones clínicas, fármacos concomitantes y dosis equivalente de prednisona previo al inicio de Belimumab y 6 meses después. Los cambios en la actividad de la enfermedad se evaluaron por el Índice de actividad de la enfermedad SLE (SLEDAI), conteo articular (número de articulaciones dolorosas y de inflamadas) y el índice de área y severidad del lupus cutáneo (CLASI). **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, unicéntrico, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes a los cuales se le ha indicado Belimumab en la Ley 20.850 (Ley Ricarte Soto) desde marzo de 2021. Se excluyeron los pacientes que aún no han cumplido 6 meses desde el inicio de tratamiento a marzo de 2023 quedando 8 casos para el análisis. Se utilizó estadística descriptiva para analizar los datos con el software IBM SPSS 24. **RESULTADOS:** El 100 % son mujeres, con un promedio de edad de 41 años (rango 60-24 años). Seis meses después de iniciado el Belimumab, todos los pacientes, mostraron mejoría clínica según el SLEDAI, con media del 52.08%. Todos los pacientes ingresados tenían manifestación clínica articular, con una media de conteo articular de al inicio de 13,7, a los 6 meses bajó a 2.25. Con respecto a las lesiones cutáneas agudas presentes en el 87,5%, todos presentaron mejoría clínica, media inicial de Clasia de 4.75 y 0.25 a los 6 meses. Todos normalizaron los niveles de complemento y 2 de 3 persistieron con AntiDNA elevado. La dosis de prednisona se disminuyó de una media al inicio de 11,25 a 4,37 mg (61.5%). **CONCLUSIÓN:** nuestro estudio proporciona evidencia adicional para respaldar el efecto clínico y ahorrador de glucocorticoides del Belimumab.

Tabla 1. Características basales

		N°
Mujeres (%)	8 (100)	
Edad, media (SD; rango)	41.37 (10.50; 24-60)	
Tiempo desde diagnóstico de LES (años), n (%)	Menos de 1 año	2 (25)
	1 año a 5 años	4 (50)
	6 años a 10 años	2 (25)
Contaje articular al inicio*, media (SD; rango)	13.87 (2.41; 10-17)	
Clasia inicio, media (SD; rango)	4.75 (6.98; 0-20)	
Clasic inicio, media (SD; rango)	1.50 (3.50; 0-10)	
SLEDAI2k al inicio (%)	Leve	1 (12.5)
	Moderado	7 (87.5)
	Severo	0 (0)
AntiDNA inicio (%)	Elevado	3 (37.5)
	Negativo	5 (62.5)
C3 al inicio (%)	Bajo	2 (25)
	Normal	5 (75)
C4 al inicio (%)	Bajo	3 (37,5)
	Normal	5 (62,5)
Número de fármacos al inicio, media (SD; rango)	2.88 (0.83; 2-4)	
Dosis de Prednisona al inicio, media (SD; rango)	11.25 (3.53; 10-20)	
Número de manifestaciones clínicas (%)	Articular	8 (100)
	Lesiones cutáneas agudas	7 (87,5)
	Lesiones cutáneas crónicas	2 (25)
	Úlceras mucosas	2 (25)
	Alopecia	2 (25)

*Dolorosas+Inflamadas

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Lupus - Belimumab - SLEDAI

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Jose Leonardo Jimenez Almeron → jlja86@gmail.com

NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ¿OTRO FACTOR QUE TOMAR EN CUENTA PARA ALCANZAR EL CONTROL?.CONSULTA DE INMUNOLOGÍA, OVALLE-CHILE. ENERO 2021-2022

Dra. Lurimar Manrique¹, Dr. José Jiménez Almerón², Dra. María Gabriela Guasamucaro Castillo²

¹Hospital de Ovalle

²Hospital de Coquimbo

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La deficiencia de Vitamina D(VD) es considerada parte de los fenómenos epigénéticos y gatillantes de autoinmunidad, con capacidad inmunorreguladora, contribuyendo a tolerancia a lo propio y mejorando respuesta de la inmunidad innata^{1,2}. La deficiencia de VD o la disfunción de su receptor se relacionan con la gravedad de varias enfermedades autoinmunes incluyendo Artritis Reumatoidea(AR)³. En vista de múltiples estudios con hallazgos contrastantes con respecto a la asociación entre niveles de VD y AR, se planteó conocer los niveles de esta en pacientes con AR de la consulta de Inmunología-Ovalle en el período de estudio.

OBJETIVOS: Determinar niveles de VD en pacientes con AR que acudieron entre Enero 2021-2022 a la consulta de Inmunología. Determinar variables sociodemográficas en pacientes consultantes. Especificar variación estacional de niveles de VD. Determinar niveles de 25-OH-VD, previa y posterior a tratamiento, y su relación con actividad de la AR.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, observacional, transversal, con revisión de niveles de 25-OH-VD pre y post tratamiento con calcifediol 0.266 mg mensual por 3 dosis,tomados durante seguimiento de 129 pacientes con diagnóstico de AR, procedentes de la consulta de Inmunología-Ovalle, que cumplieran con criterios de inclusión.

RESULTADOS: Edad promedio 57,63 años, sexo más frecuente femenino (Z= 11,46 y P= 0,00), 81,4% (Z= 9,96 y P= 0,00) poseían diagnóstico único de AR. Se evidenció tendencia a la remisión de la actividad de la enfermedad medida por DAS 28, tras la corrección de los niveles de VD, al comparar medias y medianas, pre y post tratamiento (T=6,25; P= 0,00), sin correlación estadística significativa entre la estación de toma de muestra tras análisis de varianza, ni con el tratamiento antirreumático usado (ANOVA: P > 0,05).

CONCLUSIONES: La tendencia a la disminución de la actividad de la AR tras administración de calcifediol sugiere el papel relevante que la suplementación con VD puede tener en el manejo de esta condición. Este estudio abriría las puertas para continuar con la investigación clínica y permitirá darle relevancia médica al correcto tratamiento de estas deficiencias.

Distribución de pacientes con Artritis Reumatoide según los resultados de la escala DAS28, vitamina D y estación de toma previa y posterior al tratamiento

Variable	Previo (n=129)		Post(n=129)		Z; P
	n	%	n	%	
DAS28 (puntaje)					
< 2,6 Remisión	1	0,8	42	32,6	Z= 6,68; P= 0,00 ⁺
2.6-3,2 Baja	29	22,5	56	43,4	Z= 3,44; P=0,0003 ⁺
3,2-5,1 Moderada	78	60,5	30	23,3	Z= 5,93; P=0,00 ⁺
>5,1 Severa	21	16,3	1	0,8	Z= 6,68; P= 0,00 ⁺
Total	129	100,0	129	100,0	

Variable	Previo (n=80)		Post (n=114)		Z; P
	n	%	n	%	
Vitamina D					
<20	42	52,5	33	25,6	Z= 3,17; P= 0,0008 ⁺
20-29	25	31,3	42	32,6	Z= 0,65; P=0,26
30-100	13	16,3	38	29,5	Z= 5,46; P=0,00 ⁺
>100	0	0,0	1	0,8	Z= 0,18; P= 0,57
Total	80	100,0	114	100,0	

Estación	Estación de toma previa (n=80)		Estación de toma post (n=114)		Z; P
	n	%	n	%	
Verano	32	40,0	55	48,2	Z= 0,99; P= 0,16
Invierno	25	31,3	51	44,7	Z= 1,74; P=0,04 ⁺
Primavera	16	20,0	2	1,8	Z= 4,06; P=0,00 ⁺
Otoño	7	8,8	6	5,3	Z= 0,66; P= 0,25
Total	80	100,0	114	100,0	-

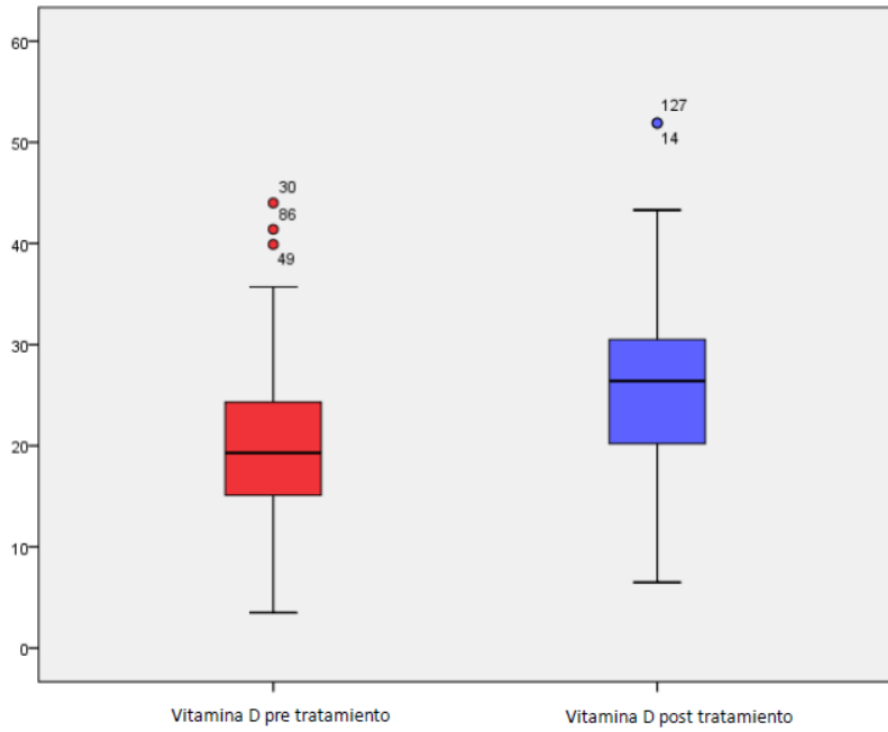
Vitamina D ^{**} ($\bar{X} \pm$ DE)	20,37 \pm 8,59	26,49 \pm 8,33	T= 6,25; P= 0,00 ⁺
DAS 28 ^{***} (Md \pm RIC)	3,0 \pm 0,0	2,0 \pm 0,5	Z= 8,51; P=0,00 ⁺

Fuente: Datos de la investigación (Manrique, 2022)

$\bar{X} \pm$ DE: Media \pm Desviación Estándar; Md \pm RIC: Mediana \pm Rango Intercuartil

*P<0,05 **t de Student para muestras relacionadas ***Prueba de Wilcoxon

Comparación de medias de valores de vitamina D previos y post tratamiento con calcifediol de pacientes con Artritis Reumatoide



Asociación entre la Estación del año durante toma de muestra previa y post tratamiento y niveles de Vitamina D de pacientes con Artritis Reumatoide

			Vitamina D previa			Total
			<20	20-29	30-100	
Estación de toma previa	Verano	n	17	10	5	32
		%	53,1%	31,3%	15,6%	100,0%
	Otoño	n	3	1	3	7
		%	42,9%	14,3%	42,9%	100,0%
	Invierno	n	13	10	2	25
		%	52,0%	40,0%	8,0%	100,0%
	Primavera	n	9	4	3	16
		%	56,3%	25,0%	18,8%	100,0%
Total		n	42	25	13	80
		%	52,5%	31,3%	16,3%	100,0%

$\chi^2 = 5,79$; 6 grados de libertad; P= 0,45

			Vitamina D actual				Total
			<20	20-29	30-100	>100	
Estación de toma actual	Verano	n	21	17	17	0	55
		%	38,2%	30,9%	30,9%	0,0%	100,0%
	Otoño	n	11	20	19	1	51
		%	21,6%	39,2%	37,3%	2,0%	100,0%
	Invierno	n	0	2	0	0	2
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Primavera	n	1	3	2	0	6
		%	16,7%	50,0%	33,3%	0,0%	100,0%
Total		n	33	42	38	1	114
		%	28,9%	36,8%	33,3%	0,9%	100,0%

$\chi^2 = 8,76$; 9 grados de libertad; P= 0,46

Fuente: Datos de la investigación (Manrique, 2022)

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Vitamina D - Artritis reumatoidea - Deficiencia

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Lurimar manrique → lury20039@hotmail.com

XXXIV



CONGRESO CHILENO DE REUMATOLOGIA

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



4 al 7 de OCTUBRE 2023

HOTEL ENJOY, VIÑA DEL MAR, V REGIÓN



Egresos hospitalarios de pacientes con Vasculitis asociadas a ANCA (VAA) en el Servicio Nacional de Salud Chileno 2015-2022: ¿Qué sabemos?

Dra. Pamela Wurmman¹, Dr. Francisco Silva², Dr. Ulises Verdejo³, Dra. Paula Pastene⁴, Dr. Cristobal Oyarzun⁵, Dr. Cristián Labarca², Dr. Fabián Elgueta⁶, Dr. Cecilia Trejo⁷, Macarena Mac-Namara⁸,

¹ Hospital Clínico Universidad de Chile

² Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

³ Hospital Carlos Van Buren

⁴ Servicio de Salud Antofagasta

⁵ Hospital Base Osorno

⁶ Clinica Alemana de Valdivia - Universidad Austral de Chile

⁷ Hospital San Juan de Dios

⁸ Hospital La Florida Dra. Eloisa Díaz

RESUMEN

Introducción: Las VAA son enfermedades infrecuentes, con prevalencias descritas de 48-184 casos/millón en Europa y USA, pero con variabilidad geográfica en incidencia y prevalencia. Existe escasa información respecto a la epidemiología en Latino-América. Se ha reportado incidencias de 5,2 y 9,1 casos/millón en Perú y Argentina respectivamente. En ambos estudios la metodología fue recopilando información de registros electrónicos de centros hospitalarios. En Chile no existe ningún estudio de epidemiología de VAA.

Objetivos: Recopilar información epidemiológica de las VAA en Chile.

Material y Método: Vía Chile Transparente se obtuvo información de los egresos hospitalarios del período 2015 - 2022 de los diagnósticos CIE-10: M31.7 = Poliangeitis microscópica (PAM), M31.3 = Granulomatosis de Wegener (GPA) y M30.1 = Poliarteritis con participación Pulmonar (Churg Strauss, EGPA). Se solicitó a todos los servicios de salud (SS) información demográfica, diagnóstico, tiempo de estadía hospitalaria y condición al egreso (vivo o fallecido). Se tabularon los datos y se calcularon promedios, medianas y porcentajes. Se analizaron por región y la totalidad de los datos recibidos.

Resultados: Se recibió información de 24 de los 27 SS. Se pesquisaron 515 egresos con diagnóstico de VAA, 397 (77 %) GPA, 95 (18.4%) PAM, 23 (4,6%) EGPA. El promedio de edad de fue 56 años (DS +- 15.98), 290 (56,3%) mujeres. La mediana en días de hospitalización fue 18 (rango: 1-191). En el período estudiado se reportaron 43 muertes asociadas a VAA. En la tabla 1 se muestran los datos desagregados por región. Al comparar la información de los SS con información de egresos hospitalarios de la serie estadística del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud encontramos discordancias en los datos. Este trabajo tiene varias limitaciones entre las cuales están: se trata de número de

egresos hospitalarios y no de pacientes, tres SS no enviaron información, no se incluyen centros privados y/o universitarios y que el estudio incluye los años de pandemia que podría distorsionar la información.

Conclusiones: Este es el primer estudio que intenta recopilar datos epidemiológicos de VAA en Chile, evaluando egresos hospitalarios. Dado que es una enfermedad de baja prevalencia pero de alta morbimortalidad se requiere mejorar registros diagnósticos y tener información epidemiológica de mejor calidad para conocer la realidad de las VAA en Chile y de esta manera definir mejores políticas públicas para su abordaje.

CATEGORÍA

(R0003) - Premio Categoría Reumatología en Chile

PALABRAS CLAVES

Vasculitis asociadas a ANCA - Epidemiología - Chile

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Pamela Wurmman → pwurmman@hcuch.cl

COMBINED PULMONARY FIBROSIS AND EMPHYSEMA (CPFE): DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dr. Pablo Ignacio Navarro Guerra¹, Dra. Veronica Wolff Cecchi¹, Dr. Matías Florenzano Valdés¹

¹Policlínico de Pulmón Reumatológico, Instituto Nacional del Tórax, Chile.

RESUMEN

CASO CLÍNICO Paciente sexo femenino 46 años, antecedentes de artritis reumatoide hace 16 años tratada con metotrexato e hidroxyclorequina. Profesión administrativa, tabaquismo esporádico detenido. Sin alergias, contacto con aves ni infecciones. De noviembre 2018 con disnea de esfuerzo asociado a tos y baja de 5 kilos. Sin fiebre, hemoptisis, debilidad muscular, lesiones cutáneas ni otros síntomas. TAC de tórax: EPID tipo UIP. Hospitalización en Mayo de 2019, nuevo TAC de tórax: neumonía bilateral. Estudio etiológico negativo. Evaluación reumatológica encuentra artritis activa. Laboratorio: AntiCCP levemente positivo, Factor reumatoide negativo, ANA citoplasmático granular fino 1/80, Anti DNA negativo, ANCA negativo, C3 normal. Panel miositis: PL-12 y Ro 52 positivo. Se cambia terapia a azatioprina y prednisona y solicitan evaluación en Instituto Nacional del Tórax. Espirometría agosto 2019 CVF 1890 (66%). VEF1 1500 61%; DLCO Agosto 2019 10.2 (47%). Ecocardio Junio 2019 FEVI 62%, derrame pericárdico leve, cavidades derechas normales.

TAC de Tórax 2019 (Fig 1A): enfermedad pulmonar intersticial (EPI) fibrosante avanzada tipo NINE. Se diagnostica Síndrome Antisintetasa PL-12, mantiene terapia y se solicita estudio y control, pero paciente abandona controles. Asiste en Abril 2023. Destaca Espirometría Febrero 2023 CVF 1800cc 68%, DLCO 7 (29%). ProBNP 2440 pg/mL, ANA 1/80 AC-11 y 1/160 AC-19, ENA Negativo. Nuevo TAC (Fig 1B): EPID fibrótica extensa combinación fibrosis pulmonar y enfisema (CPFE). Se inicia nintedanib asociado a azatioprina 150mg y vacunación para Rituximab.

DISCUSIÓN Combined pulmonary fibrosis and emphysema (CPFE) es un síndrome descrito por primera vez en 2005 y se caracteriza por disnea de esfuerzo, enfisema de lóbulo superior y fibrosis del inferior, volumen pulmonar conservado y difusión severamente disminuida. Se describe componente genético asociado. Se complican con Hipertensión pulmonar, Exacerbación aguda y cáncer pulmonar. El manejo es multifactorial e involucra cese del hábito tabáquico, uso de broncodilatadores tipo LABA/ICS, tratamiento de la causa etiológica y uso de antifibróticos. En casos severos considerar trasplante pulmonar.

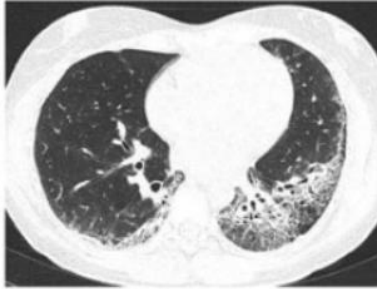


Figura 1A: TAC alta resolución sin contraste solicitado 08/2019

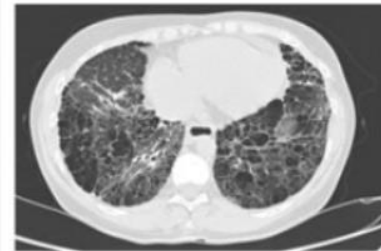
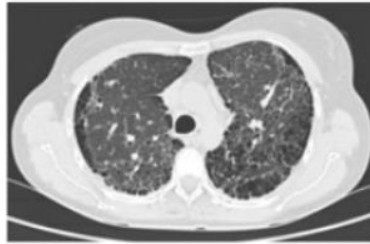
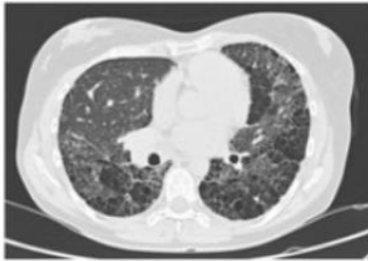


Figura 1B: TAC alta resolución sin contraste solicitado 04/2023

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

CPFE - Fibrosis pulmonar - síndrome antisintetasa

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Pablo Ignacio Navarro Guerra → pablo.navarroguerra@gmail.com

GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGÉITIS (GEPa), UN RETO DIAGNÓSTICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Dra. Silvana Saavedra^{1,2}, Dra. Angela Carreño², Dra. Gigi Vega², Dr. Jorge Manríquez², Dr. Pablo González²,
Dr. Diego Saa², Dra. María Alejandra Rodríguez²

¹SOCHIRE

²Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPa), conocida como síndrome de Churg-Strauss, es una vasculitis de vaso pequeño que se caracteriza por la presencia de asma, sinusitis, infiltrados pulmonares, neuropatía y vasculitis eosinofílica de uno o más órganos. Su etiología es desconocida y su diagnóstico es difícil debido a la gran variabilidad en sus manifestaciones, con una prevalencia de ANCA (+) cercana al 40%. **CASO CLÍNICO.** Mujer de 70 años, antecedente de HTA, asma de larga data y aspergilosis broncopulmonar alérgica, con historia de neumonías a repetición. Hospitalización en enero de 2023 por síndrome consuntivo y disnea. Exámenes ingreso: Hemoglobina 9.9 g/dL, Recuento absoluto de eosinófilos hasta 7980 mm³, Plaquetas 955.000 mm³, VHS 55 mm/h, PCR 13.8 mg/dl, función renal normal y orina sin proteinuria ni hematuria. TAC Tórax informa extensos consolidados pulmonares bilaterales a predominio de lóbulos superiores y derrame pleural bilateral. Ecocardiograma sin derrame pericárdico. Estudio infeccioso amplio negativo y LBA con fórmula celular diferencial de predominio linfocitario, sin eosinófilos. Exámenes complementarios: ANCA por IFI y ELISA negativos; FR >500; ANA, antiDNAs por IFI, anti-CCP, ENA y panel miopatías negativos; C4 3 y C3 61; IgG 1876; IgG4 513 e IgE *Aspergillus* negativa. Biopsia transbronquial informa inflamación eosinofílica intersticial e intra alveolar sugerente a neumonía eosinofílica. Paciente evoluciona de forma favorable bajo tratamiento antibiótico. A los 3 meses de alta presenta púrpura palpable en EEII. Se plantea síndrome hipereosinofílico vs GEPa. Biopsia de piel informa dermatitis eosinofílica con vasculitis de vasos de pequeño calibre y biopsia de médula ósea informa desviación de la maduración hacia izquierda, linfocitosis y leve aumento de eosinófilos. VCR-1b1 y FIP1L1/PDGFRalpha negativos. *Triquinosis*, *Toxocariasis*, *Strongyloides* y *Fasciola hepática* negativos. Se inicia terapia esteroideal en dosis equivalentes a 0.5 mg/kg/día, junto a profilaxis y vacunaciones. Evoluciona satisfactoriamente desde inicio de corticoides hasta la fecha. **CONCLUSIÓN:** Ante la presencia de asma mal controlada y de larga data, particularmente cuando se asocia a eosinofilia e infiltrados pulmonares migratorios, debemos sospechar GEPa. Dentro del diagnóstico diferencial deben descartarse aspergilosis broncopulmonar alérgica, síndromes hipereosinofílicos e infestaciones parasitarias. La piedra angular de su

manejo continúa siendo el uso de corticosteroides. El uso inmunosupresores dependerá de su severidad y recaídas.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

granulomatosis eosinofílica con poliangéitis - vasculitis - síndrome de Churg-Strauss

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Silvana Saavedra → dra.silvanasaavedra@gmail.com

Nervio Mediano Bífido en Síndrome de tunel carpiano

Dra. Marta Aliste Silva¹

¹Hospital Clínico Universidad de Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Este reporte de caso , describe una mujer de 51 años con dolor tipo parestésico en toda la extremidad superior izquierda secundario a trauma , que no se alivia post-cirugía de fractura . .

Se detecta Nervio Mediano Bífido (NMB) que le provocaba síntomas de tunel carpiano , en la extremidad superior y mayor en mano izquierda .

En la literatura la incidencia de NMB en el Síndrome de Tunel Carpiano(STC) es de 12% y se describen cuatro variantes :

- grupo 1: variación del nervio en la eminencia tenar
- grupo 2 : rama accesoria del nervio dentro del tunel carpiano
- grupo 3: división proximal del nervio mediano que incluye este caso
- grupo 4 : involucra ramas accesorias proximales al tunel carpiano

REPORTE DE CASO

Paciente de 51 años sin antecedentes mórbidos de importancia , que sufre post-trauma el 5 de Julio de este año , una fractura conminuta del tercio medio de la diáfisis humeral izquierda , se realiza osteosíntesis el 15 de julio , a pesar de lo cual persiste dolor en toda la extremidad superior izquierda de tipo parestésico y mayor en mano del mismo lado. Se deriva a fisioterapia para su rehabilitación y se deriva a evaluación ecografica de manos .

Se realiza Ecografía de las manos , detectandose a izquierda NMB que se comprime bajo retináculo flexor ..Se deriva a su médico tratante fisiatra para su resolución , quienes deciden derivar a cirugía de descompresión del NMB , lo que alivia significativamente el dolor de toda la extremidad superior y mano izquierda.

DISCUSIÓN

El síndrome del tunel carpiano (STC) es el entrapamiento nervioso más común y se puede asociar a variaciones anatómicas del nervio mediano , el que al entrar al tunel del carpo es un nervio único y que luego se bifurca en dos ramas que van a inervar la mano a lateral y medial .Si la bifurcación del nervio es proximal

al tunel del carpo se encuentra el Nervio Mediano Bífido (NMB) . El STC es a menudo asociado con NMB , con o sin una arteria mediana persistente .

El hallazgo de NMB puede ser facilmente detectado por ecografía y es importante para el manejo del STC , tanto del punto de vista quirúrgico , para evitar dañar a la arteria mediana persistente y para la epineurotomía de descompresión de cada rama del nervio . Como para la infiltración .guiada ., debería inyectarse hacia el epineuro proximal a la bifurcación .

Se ha demostrado en metanálisis una prevalencia de NMB de 10% en sanos y un 12,7% en STC , Concluyendose que el STC tiene un 50% mayor incidencia de NMB, porque determina una mayor area (1,5 mm cuadrados) y una mayor posibilidad de compresión .

Por lo tanto el NMB podría ser considerado un factor de riesgo anatómico para STC .

BIBLIOGRAFIA

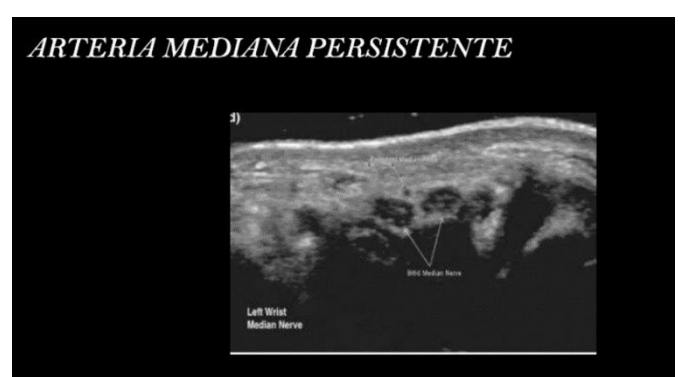
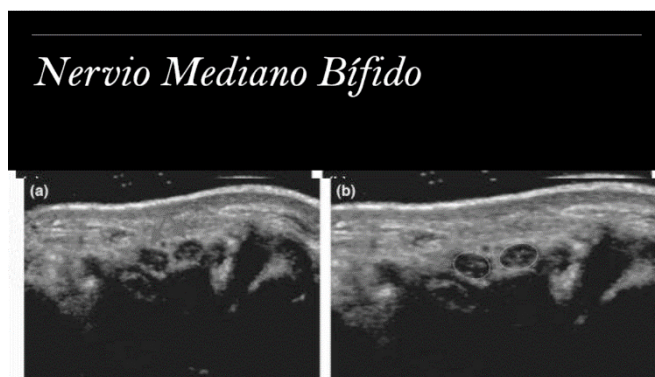
-Asghar A, Patra A, Satish Ravi K, Shane Tubbs R , et al . Bifid median nerve as an anatomical risk factor for carpal tunnel syndrome: A meta-analysis.(2022) Clinical Anatomy , 946-951Bing

--Chen Li , Chen J, Bing Hu , Li-Xin Jiang . Sonographic findings of the Bifid Median Nerve and Persistent Median Artery in Carpal Tunnel : A preliminary study in chinese individuals. (2017)Clinical Science , 358-362

-Narayan S , et al .Bifid median nerve in a patient with carpal tunnel syndrome: A case report and literature review.Ajum .November 2016, 19(4) 164-168

-Kasius K , Claes F , Meulster J et al .Bifid Median Nervein Tunnel Carpal Syndrome: Do we need to know ?. Muscle-Nerve 2014 (50) :835-843

-Park D , Hu Kim B et al Electrodiagnostic , sonographic and clinical feature of tunnel carpal syndrome with Bifid Median Nerve . Journal Pain Reserach (2021 :14) 259-269



CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

tunel carpiano - -

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Marta Aliste Silva → malistes21@hotmail.com

Compromiso hepático en LES/SAF, un desafío diagnóstico. Presentación de 2 casos clínicos

Dra. Isabella Daza¹, Dra. Pamela Wurmman¹, Dra. Beatriz Urrutia¹, Dr. José Pedro De La Fuente¹, Dr. Alvaro Urzúa¹, Dr. Juan Salvador Casas¹

¹Hospital Clínico Universidad de Chile

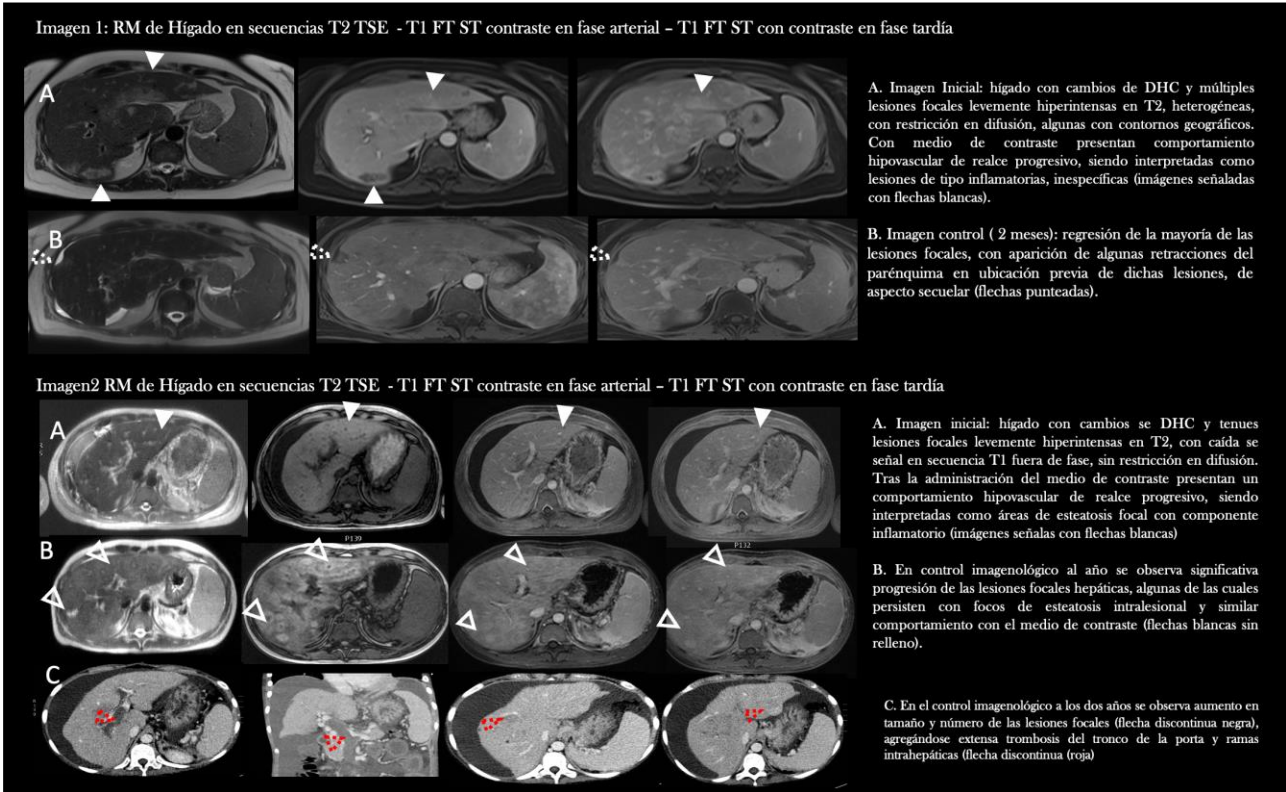
RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El compromiso hepático en Lupus (LES) y Síndrome antifosfolípidos (SAF) es infrecuente; característicamente hay inflamación y trombosis. El resultado puede ser una venopatía portal obliterativa o cambios secundarios de hiperplasia nodular regenerativa (HNR), con hipertensión portal (HTP) por enfermedad vascular portosinusoidal (EVPS) antes HTP no-cirrótica (HPNC)

OBJETIVO: Describir hepatopatía en LES/SAF

PACIENTES Y MÉTODOS: Revisión de fichas. CASO 1 Mujer, 63 años, SAF obstétrico y daño hepático crónico (DHC) con estudio (-). 4 meses de dolor abdominal, síndrome consuntivo febril, bicitopenia, ANA 1/320, Sm 50 y anticoagulante lúpico +. Imagen 1: infarto esplénico y lesiones hepáticas nodulares (LHN). Biopsia: necrosis pan y centrolobulillar, trombosis e infiltrado linfocitario. Se concluye LES/SAF catastrófico con hepatopatía trombótica. Recibe corticoides y rituximab con mejoría. CASO 2 Mujer, 21 años, LES mucocutáneo, articular, hematológico y anasarca sin compromiso renal. ANA 1/2560, C4 bajo, anti-DNA 340 y SAF (-), Imagen 2: DHC, LHN e HTP. Estudio DHC (-). Recaídas frecuentes a pesar de terapia. Biopsia hepática: HNR y esclerosis hepatoportal, compatible con EVPS. Desarrolla Sdr. hepatopulmonar y trombosis portomesentérica. Anticoagulación suspendida (hemorragias). Se instala Shunt intrahepático portosistémico y trombólisis frustra. Se complica con tromboembolismo pulmonar, fallece.

DISCUSIÓN: Pacientes con LES/SAF pueden presentar afección hepática por compromiso vascular manifestándose desde alteraciones asintomáticas del perfil hepático hasta una HPNC, hoy EVPS. La escasa literatura reportada describe cuadros agudos en contexto de trastornos hipertensivos del embarazo con SAF, con trombosis del sistema portal y suprahepático atribuida a vasculitis. Se manifiesta por dolor abdominal, fiebre, perfil hepático alterado y lesiones hipointensas nodulares simulando abscesos hepáticos. Biopsia muestra necrosis avascular y microtrombosis arteriolar y/o venosa. El cuadro crónico es por injuria vascular portal, atrofia hepática con hipertrofia e hiperplasia por el hiperflujo de redistribución y arterialización; compatible con EVPS. La ausencia de fibrosis significativa la diferencia de cirrosis. Existen menos de 30 casos reportados de LES con HPNC y solo 6 con SAF, solo 1 SAF catastrófico. **CONCLUSIÓN** Sospechar la EVPS en pacientes LES/SAF con HTP sin cirrosis. La biopsia hepática es confirmatoria. Se desconoce el pronóstico. El diagnóstico precoz podría prevenir la progresión y complicaciones.



CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Lupus / SAF - venopatía portal obliterativa - hiperplasia nodular regenerativa

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Isabella Daza → isadaza1@gmail.com

GANGLIONOPATÍA POR SJÖGREN: REVISIÓN DEL TEMA A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Mauricio Parada Valenzuela¹, Dr. Eduardo León¹, Dra. María Ignacia Durán¹, Dra. Isabella Daza¹, Dr. Jaime Avaria¹, Dra. María Luisa Molina¹

¹Hospital Clínico Universidad de Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La ganglionopatía sensitiva (NS) es una manifestación neurológica extraglandular del Síndrome de Sjögren (SS). Esta se caracteriza por compromiso neuronal ganglionar de la raíz dorsal medular, con un patrón multifocal de déficits sensoriales. Dentro de las causas de las NS descritas están las neoplasias, infecciones por virus de la familia herpes entre otros, toxicidad por algunos metales o por piridoxina, o déficit de cobalamina. Dentro de las causas autoinmunes se describe la enfermedad celíaca y el síndrome de Sjogren.

OBJETIVO: Describir un caso clínico de NS atáxica como manifestación del SS primario.

PACIENTE Y MÉTODO: Mujer de 51 años consulta por historia de 3 semanas que se inicia con parestesias y dolor plantar bilateral, progresando con compromiso palmar, perioral, torpeza motora de extremidades inferiores e incontinencia urinaria.

Al evaluarla se objetiva disminución del reflejo corneal bilateral, arreflexia generalizada con tono conservado, hipoestesia facial, en guante y calcetín, ataxia sensitiva y disimetría exacerbada sin apoyo visual.

La resonancia magnética (RM) cerebral y medular mostró realce de nervios trigéminos, polirradiculitis de cauda equina y compromiso de cordones posteriores. El estudio de conducción nerviosa (ECN) objetivo compromiso sensitivo axonal multisegmentario sin compromiso motor. Estudio de LCR fue normal.

De lo inmunológico destacó anticuerpos antinucleares patrón granular fino 1/160 y Ro>100 UI/ml. Test de Schirmer 1 y 1 mm.

Se indicó 3 bolos de Metilprednisolona 500mg ev y Micofenolato 2 gr/día. Paciente actualmente en descenso de terapia esteroidal y neurorehabilitación con buena recuperación clínica.

DISCUSIÓN: En el SS, la NS representa hasta el 40% de las manifestaciones neurológicas periféricas. Esta se distingue de otras, por presentar compromiso principalmente sensitivo, siendo el compromiso motor y autónomo infrecuente, y cuando está presente suele ser leve. El ECN muestra reducción generalizada de las amplitudes del potencial sensorial, con conducción motora normal. La RM puede mostrar hiperintensidad en T2 a nivel de columna posterior con reducción volumétrica.

El tratamiento de la NS se basa en reporte de casos y series pequeñas en donde se han descrito el uso de corticoides, micofenolato, ciclofosfamida e IGIV con resultados variables.

CONCLUSIÓN: La NS es una manifestación neurológica infrecuente pero distintiva del SS. Dada la gravedad y posibles secuelas permanentes asociadas es importante su reconocimiento precoz. Se precisa estudios de cohorte prospectivos que evalúen la eficacia de los distintos tratamientos.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Sjögren - neurología - ganglionopatía

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Mauricio Parada Valenzuela → mparadavalenzuela@gmail.com

XXXIV



CONGRESO CHILENO DE REUMATOLOGIA

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



4 al 7 de OCTUBRE 2023

HOTEL ENJOY, VIÑA DEL MAR, V REGIÓN



COMPARACIÓN DE LOS HALLAZGOS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA (PROTOCOLO PEP) EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y PATOLOGÍA MECÁNICA.

Dr. Mauricio Parada Valenzuela¹, Sr. Tomás Garrido², Sra. Antonia González², Sr. Diego Iribarra², Sr. Isaías Vergara², Dr. Daniel Ríos¹, Dra. Annelise Göecke¹, Dra. María Luisa Molina¹,

¹ Hospital Clínico Universidad de Chile

² Universidad de Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de sacroileítis (SI) por resonancia magnética (RM) es considerada en los criterios de clasificación ASAS para la identificación de espondiloartritis. El sobrediagnóstico de estas por RM es un problema actualmente reconocido.

OBJETIVO

Analizar los hallazgos de la RM en pacientes con diagnósticos de espondiloartritis axial no psoriásica (Esp-Ax), artritis psoriásica con compromiso axial (Aps-ax) y enfermedad mecánica (Mec).

MÉTODOS

Estudio retrospectivo a partir de los resultados de la RM protocolo PEP (RM de columna y sacroilíacas), realizadas entre enero a diciembre del 2015 para pacientes con el diagnóstico de Esp-ax y Mec, y entre enero del 2015 a diciembre del 2021 para pacientes con Aps-ax. Las RM se realizaron en un resonador de 1,5T, sin medio de contraste. Se analizaron las secuencias T1w y T2w con supresión grasa de los cortes sagitales de columna total y las secuencias T1w y STIR de los cortes semi-coronales de SI. Las lesiones inflamatorias se definieron según los criterios ASAS/OMERACT. Los resultados se presentan como media y desviación estándar (DE) o números y porcentajes

RESULTADOS

95 pacientes fueron analizados, 66 (69%) fueron mujeres, y la edad promedio al momento de la RM era de 43 años (+13 DE). 29 (31%) presentaban el diagnóstico de Esp-ax, 21 (22%) Aps-ax y 45 (47%) Mec. El motivo de la solicitud de la RM fue el dolor en esqueleto axial en el 93%, siendo la localización lumbar la más frecuente. Cumplieron criterios ASAS para lumbago inflamatorio 26% en Esp-ax, 47% en Aps-ax y 3% en Mec.

Presentaron SI por RM, 83% en Esp-ax, 76% en ApS-ax y 4 pacientes (9%) en Mec. De estos últimos, 3 tenían edad > a 60 años asociado a sobrepeso y el cuarto tenía artritis reumatoide seropositiva activa.

La sensibilidad calculada para RM positiva en esta cohorte fue de 83 % para Esp-ax y 76% para Aps-ax, la especificidad fue de 91% para ambos en comparación al estándar de oro (diagnóstico y seguimiento por experto). El compromiso inflamatorio y/o estructural de la columna sin SI, se observó en 4 pacientes con Aps-ax, 8 pacientes Mec y en ningún paciente con Esp-ax. La combinación de espondilitis, artritis cigapofisiaria más artritis costovertebral o entesitis estuvo presente en 9 pacientes con Aps -ax (43%) y en ninguno del grupo Mec.

CONCLUSIONES

La SI puede estar presente en pacientes con Mec. El compromiso inflamatorio y/o estructural en columna sin SI es frecuente en Aps-ax y Mec. La petición de la RM debe ser realizada en el contexto clínico apropiado para evitar sobrediagnóstico.

CATEGORÍA

(R0002) - Premio Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

espondiloartritis - patología mecánica - diagnóstico por imágenes

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Mauricio Parada Valenzuela → mparadavalenzuela@gmail.com

Panel ANA-23, verificación y comparación con ANA, ENA Perfil y Anti DNA en Laboratorio de Inmunología Hospital Clínico Universidad de Chile.

Dr. Carla Bastias¹, Dr. Simone Carrere¹, Josefina Díaz¹, Bárbara Yañez¹, Miss Consuelo Rivera¹,

¹ Hospital Clínico Universidad de Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El estudio de patologías autoinmunes incluye la búsqueda de autoanticuerpos patológicos o marcadores de enfermedad, tales como anticuerpos Anti Nucleocitoplasmáticos (ANA), Anti-DNA y anticuerpos anti Antígenos Nucleares Extractables (ENA), clásicamente realizados por separado mediante Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) y Ensayos Inmunoenzimáticos (ELISA) respectivamente. En la actualidad existen otras técnicas útiles para la evaluación de estos autoanticuerpos, tales como los paneles de inmunoblot, correspondientes a ensayos multiparamétricos que permiten el estudio de perfiles de anticuerpos combinados en un inmunoblotting. En este sentido el Inmunoblot Panel ANA-23 (IgG) EUROLINE, permite el estudio de 23 anticuerpos asociados a las principales enfermedades autoinmunes sistémicas, además de caracterizar cuadros de sobreposición o probable ausencia de patología autoinmune en forma simultánea, sin embargo su uso, conocimiento y correlación clínica es aún limitado.

OBJETIVO GENERAL

Describir los resultados del Panel ANA-23 de 19 muestras analizadas en el proceso de verificación en el Laboratorio de Inmunología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y compararlo con resultados históricos de ANA por IFI, Anti DNA y ENA por ELISA de los sujetos evaluados.

MATERIAL Y MÉTODO

En el contexto de verificación de la técnica de Panel ANA-23 por inmunoblotting se analizaron 19 muestras de seroteca de pacientes que previamente se habían realizado ANA por IFI, Anti DNA por IFI o ELISA y Perfil ENA por ELISA con resultados positivos para diversos anticuerpos y se comparó el resultado obtenido en el Panel ANA-23 con el histórico de los exámenes previamente realizados.

RESULTADOS

Se obtuvieron 13 Panel ANA-23 positivos y 6 negativos, de los negativos, 4 eran discordantes respecto al ANA + y en 2 no se contaba con el antecedente.

De los 13 Panel ANA-23 +, 4 tienen comparación con ENA perfil y los anticuerpos positivos (Ro,La,Sm y Sm/RNP) son concordantes entre sí y además el patrón de ANA por IFI en estas muestras corresponde a un patrón granular fino en todos los casos y en 2 de ellos además un patrón homogéneo y granular grueso en forma concomitante.

En el caso de la comparación de anticuerpos Anti-DNA, 7 muestras tienen Anti-DNA por ELISA negativo concordante con el Panel ANA-23 negativo para este anticuerpo, sin embargo 5 muestras tienen Anti-DNA positivo por IFI o ELISA y el Panel ANA-23 negativo para este anticuerpo.

CONCLUSIONES

El Panel ANA-23 por immunoblotting se presenta como una herramienta nueva y prometedora para el estudio de patologías autoinmunes, mostrando una concordancia adecuada en comparación con técnicas de laboratorio clásicas para la medición de anticuerpos como en ANA por IFI y el ENA perfil, sin embargo su concordancia con anticuerpos Anti-DNA por ELISA o IFI no ha sido óptima en este análisis por lo que se requieren estudios con mayor número de muestras para evaluar su sensibilidad y especificidad.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Panel ANA 23 - anticuerpos - Anti-DNA

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Carla Bastias → cbastias@hcuch.cl

Síndrome de Activación Macrofágica en Reumatología, una complicación grave a considerar

Dr. Jorge Fernando Cerda Gotschlich¹, Dr. Guido Esteban Rivera Godoy², Dr. Jaime Silva Pichún¹, Dr. Sebastian Naipil³

¹Universidad Austral de Chile.

²Programa especialización en Medicina Interna, Residente programa especialización Medicina Interna

³Médico Internista Hospital Base Valdivia, Reumatología Hospital Base Valdivia

RESUMEN

RESUMEN. INTRODUCCIÓN. EL SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA (SAM) constituye un cuadro clínico poco frecuente en reumatología del adulto, que requiere alto índice de sospecha por su alto riesgo de mortalidad. Se caracteriza por fiebre, citopenias, hiperferritinemia, coagulopatía fibrinolítica y disfunción hepática. Se confirma con criterios diagnósticos específicos, elevación de cadena alfa de receptor soluble de IL-2 y presencia de Hemofagocitosis en MO por histopatología. **OBJETIVO.** Analizar un caso de SAM en contexto de Flare Lúpico, en su proceso diagnóstico y tratamiento. **MÉTODO.** Se presenta caso de mujer joven, antecedentes personales y familiares de LES, que cursa con cuadro subagudo constitucional y poliartalgias asociado a fiebre y síntomas respiratorios. Se descarta neumonía. Laboratorio destaca Anemia normo-normo TAD positivo, leucopenia y linfopenia, VHS y LDH elevada, elevación de transaminasas, con falla renal aguda y hematuria eumórfica y proteinuria no nefrótica, Hiperferritinemia, Hipofibrinogenemia e Hipertrigliceridemia. TAC abdomen y Pelvis con Hepatomegalia . Estudio con Títulos ANA 1/160+ moteado, complemento bajo AntiDNA muy positivo. Se confirma Flare lúpico y se sospecha síndrome de activación macrofágica (SAM) secundaria a LES. Inició bolos de metilprednisolona más Rituximab. Biopsia de MO y Hepática que no confirma Hemofagocitosis. Sin embargo, Receptor soluble de IL-2 positivo en títulos altos confirma diagnóstico de SAM. Biopsia Renal diagnóstica de nefritis Lúpica Grado III, se indicó Micofenolato mofetilo. Evolucionan favorablemente con mejoría clínica y laboratorio decidiéndose su alta. **DISCUSIÓN.**

SAM constituye una condición de difícil diagnóstico y riesgo de muerte, su fisiopatología se basa en una desregulación de la respuesta inflamatoria, con hipercitoquinemia y falla en la citólisis,

cambio a fenotipo Hemofagocítico macrofágico. Existen criterios diagnósticos ACR/EULAR 2016 para AII (fiebre + hiperferritinemia y 2 o más criterios adicionales) y criterios HLH 2004 (5 de 8 criterios al menos). El tratamiento consiste en terapia No biológica y biológica. **CONCLUSIÓN.** Paciente cumple criterios diagnósticos de SAM con Biopsia negativa para hemofagocitosis (ocurre en 40% de los casos) pero con receptor soluble de IL2 positivo. Presenta buena respuesta a corticoides y biológicos, tal como recomienda la literatura.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Síndrome de activación Macrofágica - Lupus eritematoso Sistémico - Receptor soluble de IL-2

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Jorge Fernando Cerda Gotschlich → groberdoc@gmail.com

Eficacia de mepolizumab (mepo) en pacientes con granulomatosis eosinofílica con poliangéitis (EGPA) y fenotipo vasculítico.

Dra. Consuelo Rodríguez M.¹, Dr. David RW Jayne², Dr. Bernhard Hellmich³, Dr. Jane H Bentley⁴, Dr. Jonathan Steinfeld⁵, Dr. Steven W Yancey⁵, Dr. Namhee Kwon⁵, Dr. Praveen Akuthota⁶, Dr. Paneez Khoury⁷, Lee Baylis⁵, Michael E Wechsler⁸

¹ GSK Chile

² Universidad de Cambridge, Reino Unido

³ Universidad Tübingen

⁴ GSK Reino Unido

⁵ GSK Estados Unidos

⁶ Universidad de California

⁷ Instituto Nacional de Alergia y Enf Infecciosas Bethesda, EEUU

⁸ National Jewish Health, EEUU

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: EGPA puede ser vasculítica o eosinofílica. MIRRA mostró mayor duración de remisión de EGPA y menor uso de corticoides orales (OCS) con mepo que con placebo.

OBJETIVOS: Evaluar eficacia de mepo en pacientes de MIRRA con EGPA vasculítica.

MATERIAL Y MÉTODOS: MIRRA estudio fase III multicéntrico, doble ciego, grupos paralelos en adultos con EGPA recidivante/refractaria y ≥ 4 semanas (Wk) de terapia estable con OCS. Aleatorización: terapia estándar y mepo (300mg subcutáneo cada 4Wk) o placebo por 52Wk. Objetivo primario: Wk acumuladas en remisión (actividad de vasculitis de Birmingham [BVAS]=0 y OCS prednisolona ≤ 4 mg/día o equivalente) durante 52 Wk y % de pacientes en remisión a Wk36 y 48. Análisis post hoc evaluó pacientes según historia (hx) de positividad (+) actual/previa o no de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), BVAS basal (=0, >0) e Índice de Daño Vasculítico (VDI) (<5, ≥ 5). Se describió tipos de recaída de EGPA (vasculitis [BVAS >0], asma [asma activa con deterioro del Cuestionario de Control del Asma-6] y nasosinusal (NS)[enfermedad NS activa con deterioro ≥ 1 preguntas de síntomas NS]) reportadas durante la terapia. Se evaluó componente vasculítico de EGPA entre pacientes que alcanzaron y no remisión.

RESULTADOS: De los 136 pacientes con información del estado de ANCA en el basal, 26 (19%) tenían +ANCA. De 136 con data basal de BVAS y VDI, 85 (63%) tenían BVAS >0; 74 (54%) y 62 (46%) VDI ≥ 5 . Mayor duración acumulada de remisión con mepo que placebo, independiente de +ANCA, BVAS o VDI basal (FIGURA). En todos los subgrupos, mayor % de pacientes alcanzó remisión a la Wk36 y 48 con mepo que con placebo (FIGURA). Entre los que recibieron mepo, el número (%) de pacientes que alcanzaron remisión en ambas Wk36 y 48 fue: 7 (54%) con hx de +ANCA y 15 (27%) sin hx; 14 (45%) BVAS=0 y 8 (22%) BVAS >0; 11 (29%) VDI

<5 y 11 (37%) VDI \geq 5. Mepo redujo todos los tipos de recaída de EGPA evaluados en comparación con placebo. Características vasculíticas generalmente similares entre pacientes que alcanzaron y no remisión. To comply with congress characters requirements I used some acronyms.

CONCLUSIONES: Mepolizumab se asocia a beneficios clínicos en pacientes con EGPA con y sin fenotipo vasculítico. GSK (MEA115921; NCT02020889); la División de Investigación Interna, NIAID, NIH financió en parte el tiempo dedicado a este resumen por uno de los autores (PK). Consuelo Rodriguez presentará el abstract en nombre de los autores originales.

Trabajo originalmente presentado en EULAR 2022.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

granulomatosis eosinofílica con poliangeitís - mepolizumab - fenotipo vasculítico

AUTOR CORRESPONSAL

Dra. Consuelo Rodriguez M. → consuelo.f.rodriguezmartinez@gsk.com

Prevalencia e Incidencia de Vasculitis Asociada a Anticuerpos Anti-Citoplasma de Neutrófilos en la Provincia de Osorno, Chile.

Dr. Cristóbal Oyarzún¹, Dr. Yarella Gomez¹, Dr. Andrea Biere¹, Dr. María Sonia Arriagada¹,

¹ Hospital Base de Osorno

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: No existen estudios de prevalencia o incidencia de las vasculitis asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (VAA) en Chile. Creemos que se puede calcular datos poblacionales utilizando una población cautiva, basado en 3 supuestos: La mayoría de los pacientes es positivo en la detección de anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA); si bien las VAA no son frecuentes, son graves y costosas, por lo que utilizan el sistema sanitario y; el 93% de los habitantes de la Provincia de Osorno, son beneficiarios del sistema público de salud.

OBJETIVOS: Estimar una incidencia y prevalencia de las VAA en la provincia de Osorno y describir las características de la enfermedad.

MÉTODOS: Se revisó el registro de laboratorio de todos los pacientes positivos para ANCA, así como los registros de pacientes confirmados por clínica o biopsia, usuarios del Hospital Base San José de Osorno y se obtuvieron sus características clínicas, laboratorio, tratamientos y respuestas.

RESULTADOS: Se observó el período enero 2017 a agosto 2023. Se revisó un total de 105 fichas clínicas, de las cuales, 65 casos cumplen criterios de clasificación ACR/EULAR 2022 y 3 diagnóstico de experto. Sólo 4 fueron negativos en la detección de ANCA. Los diagnósticos fueron Granulomatosis con poliangítis (GPA) 29.4%, Poliangítis microscópica (PAM) 67.6% y Granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GEPA) 2.9%. Excluidos los fallecidos en el período observado y en base a una población indexada de 226.538 cotizantes para la provincia de Osorno, se obtiene una prevalencia de 21.1 casos/100.000hab y una incidencia anual promedio de 7.5 casos/año o 3.3 casos/año/100.000hab. En cuanto a las presentaciones, destacan los compromisos renal, pulmonar y neurológico en 79.4, 54.4 y 23.5%, respectivamente. Los compromisos articular, ORL y ocular en 54.4, 16.1 y 14.7%. Sólo 4 casos fueron de la forma localizada. El BVAS promedio al debut es de 12.7. La edad de presentación promedio para GPA y PAM es 55.9 y 64.4. El esquema de inducción más frecuente fue con corticoides y Ciclofosfamida (45.5%), seguido de Rituximab (26.4). La tasa de supervivencia mayor a 12 meses fue de 83%.

CONCLUSIONES: Presentamos el primer estudio de prevalencia e incidencia de VAA en Chile y una metodología sencilla y aplicable en otros centros que puede ser el paso inicial en el desarrollo de políticas de salud efectivas. Además destaca la alta prevalencia encontrada y describe las características de nuestra serie.

CATEGORÍA

(R0003) - Categoría Reumatología en Chile

PALABRAS CLAVES

Vasculitis ANCA - Prevalencia – Chile

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Cristóbal Oyarzún → bicidiaria@gmail.com

Disritmias gástricas y hallazgos capilaroscópicos en pacientes con esclerodermia temprana. Estudio de cohorte transversal.

Dra. Annelise Goecke Goecke¹, Dr. Daniela Seelmann¹, Dr. Maria Paz Poblete², Dr. Silvana Saavedra³, Dr. Ana María Madrid¹, Dr. Christian von Muhlenbrock¹, Dr. Camila Estay¹

¹ Hospital Clínico Universidad de Chile

² Hospital Clínico Padre Hurtado

³ Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile

RESUMEN

OBJETIVOS: El compromiso gástrico en pacientes con esclerodermia temprana (EDT) aun no ha sido descrito. Tampoco se sabe si se relaciona a síntomas gastrointestinales (GI) o a cambios en capilaroscopia del lecho ungueal (CLU) como ha sido demostrado para otros compromisos orgánicos. El objetivo de este estudio es evaluar la presencia de disritmias gástricas en pacientes con EDT y su asociación con síntomas GI y hallazgos en CLU.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes con esclerodermia (Criterios ACR/EULAR 2013) con duración de enfermedad menor a 3 años desde el 1er síntoma no raynaud (NR). Pacientes con diabetes o embarazo se excluyeron. En ellos se evaluó motilidad gástrica por Electrogastrografía (EGG), patron CLU y síntomas GI por cuestionario UCLA GIT 2.0. Todas las evaluaciones fueron ciegas respecto a los otros resultados. El informe del patron de CLU fue realizado por un evaluador independiente basado en la fotos obtenidas por otro investigador, evitando sesgos por las características de la piel del paciente. Para características de los pacientes se usó estadística descriptiva y test de Fisher y Kendall Tau para evaluación de asociaciones.

RESULTADOS: Se incluyeron 30 pacientes. En 29 se obtuvo EGG, en uno la CLU fue ininterpretable. La mayoría fueron mujeres (29/30), con edad promedio de 48.7 años (25-72). La duración promedio de enfermedad desde el 1er síntoma NR fue 22.6 +10.8 meses. La mayoría tenía ED limitada (76.6%).

28 de 29 pacientes tuvieron una EGG anormal y 73 % tenían síntomas GI moderados a severos. Los hallazgos de la EGG fueron: bradigastría 70%, taquigastría 10% y patron mixto 17%. Los patrones en CLU fueron: ED temprana 17%, activo 34%, tipo ED 28%, no específico 14%, normal 2 pacientes.

No hubo asociación entre severidad de los síntomas GI o alteraciones de CLU y patrones de alteración de EGG. La presencia de bradigastría se asoció a compromiso severo en el área de funcionamiento social de UCLA GIT 2.0 (p 0.018).

CONCLUSIONES: Alteraciones de la motilidad gástrica se encuentran en forma común y precoz en pacientes con esclerodermia. Estas no se relacionan a un patrón capilaroscópico específico ni a síntomas GI pero se asocian a alteraciones severas en funcionamiento social, lo cual puede impactar calidad de vida. La EGG es un examen no invasivo de bajo costo que puede implementarse como una alternativa para evaluación de compromiso gástrico en pacientes con esclerodermia precozmente.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Esclerodermia - Capilaroscopia – Electrogastrografía

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Annelise Goecke → lgoecke@hcuch.cl

NEUMONÍA INTERSTICIAL CON CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES Y OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES: MORTALIDAD Y SU ASOCIACIÓN CON OTRAS VARIABLES.

Dr. Mauricio Parada Valenzuela¹, Dra. Karen Vergara², Sra. Natalie Hitchin³, Sr. Cristóbal Bravo³, Sr. Nicolás Guzmán³, Sr. Gonzalo Bahamondes³, Dra. Annelisse Göecke¹

¹ Hospital Clínico Universidad de Chile

² Hospital del Salvador

³ Universidad de Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con IPAF (neumonía intersticial con características autoinmunes) son un grupo heterogéneo¹⁻². El tratamiento otorgado no es unificado y su efecto en la evolución no está aclarado³.

OBJETIVO

Caracterizar y comparar los pacientes con IPAF con enfermedad pulmonar intersticial relacionada a esclerodermia (EPI-Esc) y fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Análisis de supervivencia y factores asociados a mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó la ficha clínica de 254 pacientes hospitalizados entre enero del 2012 y junio del 2018 que tenían diagnóstico CIE-10 J84.1 (Otras enfermedades pulmonares intersticiales) y J99.1 (Trastornos respiratorios en ETC) y 128 pacientes presentados en reunión clínica entre 2017 y 2022. De 116, 21 (18%) cumplieron criterios IPAF, 26 (22%) EPI-Esc, 69 (59%) FPI. Registramos variables clínicas y tiempo de supervivencia posterior al diagnóstico. Se realizó análisis de supervivencia por método de Kaplan-Meier y método de regresión de Cox para evaluar la contribución de las covariables de forma independiente, para esto se utilizó el programa R. Los resultados se presentan como hazard ratio (HR), media, mediana y porcentajes.

RESULTADOS

La edad media al diagnóstico fue de 58 para IPAF, 51 para EPI-Esc y 69 para FPI. El sexo femenino fue predominante. La mediana de observación en años fue de 4 para IPAF, 5 para FPI y 8 para EPI-Esc. Ocurrieron 60 muertes en FPI, 13 en EPI-Esc y 5 en IPAF, siendo la causa pulmonar la más frecuente. La mediana de supervivencia se muestra en la FIGURA 1.

En el análisis multivariable para toda la cohorte: la edad y sexo masculino se asociaron a mayor mortalidad general. La exposición a DMARDs fue un factor protector. En el subanálisis para el conjunto IPAF + EPI-Esc: género masculino se asocio a mayor riesgo HR 6.4 (IC1.1 - 37; p 0.03), por otro lado el uso de DMARDs lo disminuyó HR 0,19 (IC 0.04- 0.7; p 0.021); La prednisona mostró una tendencia a elevarlo, pero sin significancia estadística.

CONCLUSIONES

El tipo de tratamiento instaurado puede influir en la mortalidad, se necesitan estudios prospectivos para aclarar el rol de los corticoides y el uso de DMARDs en IPAF.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

IPAF - enfermedad pulmonar intersticial – mortalidad

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Mauricio Parada Valenzuela → mparadavalenzuela@gmail.com

Validación del cuestionario-encuesta de fibromialgia (FSQ) en artritis inflamatoria crónica. Informe preliminar.

Dr. Milena Mimica¹, Sra. Jocelyn Muñoz¹, Dr. Josefina Durán², Dr. Sebastián Ibañez³, Dr. Alejandra Segovia³,
Dr. Miguel Gutiérrez⁴, Dr. Oscar Neira⁵, Dr. Carolina Foster⁵, Dr. Oslando Padilla², PhD. María José
Monsalves¹, Dr. Loreto Massardo¹,

¹ Universidad San Sebastián

² Pontificia Universidad Católica de Chile

³ Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

⁴ Hospital Naval Almirante Nef - Universidad de Valparaíso

⁵ Hospital del Salvador

RESUMEN

La Fibromialgia (FM) en artritis inflamatorias crónicas (AIC): artritis reumatoide, artritis psoriática y espondiloartropatías, es frecuente (13-21%), deteriora la calidad de vida y altera las mediciones de actividad. Su diagnóstico en este grupo es especialmente difícil por superposición de los síntomas. El _Fibromyalgia survey questionnaire_ (FSQ) es una herramienta de diagnóstico útil en FM pero no está validado en AIC. Objetivo: Evaluar el desempeño del FSQ para diagnóstico de FM en pacientes con AIC.

Método:

Estudio transversal multicéntrico en 101 adultos con AIC con y sin FM. Se evaluó la actividad de las AIC (moderada/severa si CDAI ≥ 11 , DAPSA ≥ 14 o BASDAI ≥ 4) y diagnóstico clínico de FM. Vía telemática se aplicaron cuestionarios: FSQ, calidad de vida (SF-12), funcionalidad (HAQ) y productividad laboral (WPAI). Análisis estadístico: chi-cuadrado, t-test, Mann-Whitney y curvas ROC. Financiamiento SOCHIRE.

Resultados: (ver tabla)

El desempeño del FSQ es adecuado para el diagnóstico de FM en pacientes con AIC. Áreas bajo la curva (AUC) ROC 0,8 ($p < 0,001$; 95%IC 0,7-0,9), siendo el mejor punto de corte ≥ 16 , con 80% de sensibilidad (S) y 77% de especificidad (E). En pacientes con actividad baja/remisión, el rendimiento del FSQ es bueno: AUC 0,89 ($p < 0,001$, 95%IC 0,76 - 0,96), mejor punto de corte ≥ 13 , 84,2% S y 88,6% E. Con actividad moderada/severa el rendimiento del FSQ baja: AUC 0,73, ($p 0,027$, 95% IC 0,57-0,86), y punto de corte ≥ 20 , 62% S y 76,2% E.

Los criterios diagnósticos FM ACR 2016 en pacientes con AIC presentan 71% S y 71% E ($p < 0,001$), pero no son útiles en AIC con actividad moderada/severa (sin relación significativa).

CONCLUSION

El FSQ es una buena herramienta para reconocer FM concomitante en pacientes con AIC con un punto de corte ≥ 16 , mayor al de la población general (≥ 13). Sin embargo, el rendimiento del FSQ es menor en AIC con actividad moderada/severa.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Fibromialgia - Artritis inflamatorias crónicas - Artritis reumatoide

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Milena Mimica → milena.mimica@uss.cl

Agentes biológicos en uveítis por enfermedad de Behcet en Chile: ¿necesarios o indispensables?

Dr. Enzo Castiglione¹, Dra. Beatriz Urrutia², Dr. Alejandro Badilla³

¹Universidad de Chile y Clínica 20/20,

²Hospital Clínico Universidad de Chile

³Universidad de los Andes

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Behcet se caracteriza por un importante riesgo de pérdida visual. Los agentes biológicos anti-TNF han mostrado ser eficaces en el tratamiento de las uveítis y otras manifestaciones de la enfermedad. Guías recientes sugieren considerar los agentes anti-TNF incluso como tratamiento de primera línea en uveítis por Behcet. Ignoramos el uso y necesidad de terapia biológica en nuestra población.

Objetivos: Objetivar el daño visual generado por la uveítis en enfermedad de Behcet e identificar marcadores de riesgo. Definir el perfil de sujetos en quienes el uso de terapia biológica anti-TNF aparece como indispensable.

Material y método: Sujetos con enfermedad de Behcet y uveítis. Variables: Edad, sexo, ubicación anatómica de la uveítis, presencia de fenómenos oclusivos a nivel ocular, agudeza visual final en cada ojo, tiempo de seguimiento, uso de inmunosupresores convencionales y de agentes biológicos. Acceso a terapia biológica y permanencia en ella.

Resultados: 15 sujetos seguidos por una mediana de 27 meses (rango 1 a 155). Edad promedio 34 años a la primera consulta. No hubo predilección por sexo: 8 varones y 7 mujeres. La presencia de uveítis con compromiso posterior se observó en 7 sujetos, 5 de 8 varones y 2 de 7 mujeres, todos menos uno de los varones con lesiones oclusivas. Sólo los varones de esta serie tuvieron pérdida no recuperable de agudeza visual por uveítis posterior. Dos mujeres hicieron eventos inflamatorios de nervio óptico, ambas con pérdida discreta de agudeza visual. El uso continuado de agentes biológicos se observó únicamente en dos sujetos.

No hubo pérdida visual en sujetos sin uveítis posterior, salvo en un ojo de una mujer con queratitis ulcerativa asociado a leucoma corneal secular.

Un sujeto con indicación de terapia biológica y secuela bilateral nunca accedió a este tratamiento y otros dos con secuela unilateral no lograron persistir en esta terapia a largo plazo, pero conservando visión normal en el ojo remanente bajo terapia inmunosupresora convencional.

Conclusiones: La uveítis observada en enfermedad de Behcet presenta un riesgo considerable de pérdida visual no recuperable en casos de inflamación y fenómenos vasculíticos oclusivos en polo posterior. Las pérdidas más acentuadas ocurrieron predominantemente en sujetos de sexo masculino (exclusivamente en

varones en esta serie) y, en mujeres, la inflamación de nervio óptico, con pérdidas moderadas. La incorporación tardía de agentes anti-TNF en uveítis posterior se asoció a estabilización de la visión en todos los casos, pero con secuela visual escasamente recuperable. Casos de uveítis sin compromiso posterior no implicaron pérdida visual pese al uso exclusivo de inmunosupresores sintéticos convencionales.

El acceso oportuno a terapia biológica anti-TNF fue una dificultad en la mayoría de los casos en que fue indicada, incluyendo falta de permanencia en terapia en casos con indicación absoluta. Si bien el uso de agentes biológicos anti-TNF es recomendado en sujetos con uveítis por enfermedad de Behcet, su uso en varones con fenómenos oclusivos vasculares retinales aparece como indispensable.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

uveitis - Behcet - anti-tnf

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Enzo Castiglione → ecastigl@uc.cl

Caracterización epidemiológica de vasculitis asociadas a ANCA en Hospital Regional de Concepción entre 2018 y 2023.

Sr. Felipe Schweitzer¹, Dr. Irene Castro¹

¹ Universidad de Concepción

RESUMEN

Objetivo: La prevalencia de las vasculitis asociadas a anticuerpo anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) están escasamente caracterizadas en Chile debido a su baja ocurrencia y no existir una base de datos nacionales. El objetivo de este estudio es describir la epidemiología de esta enfermedad en la población que se atiende en el Hospital Regional de Concepción.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de todos los resultados de ANCA por IFI realizados en el laboratorio clínico del Hospital Regional de Concepción desde el enero 2018 a agosto 2023. De todos los resultados positivos se seleccionaron los que presentaban a su vez valores positivos para proteínasa 3 (PR3) o mieloperoxidasa (MPO). De este grupo se realizó revisión de la historia clínica y se incluyeron aquellos que presentaban clínica compatible con compromiso renal (sedimento orina inflamatorio y deterioro de función renal, con o sin biopsia realizada), compromiso pulmonar (hemorragia alveolar, nódulos, cavitaciones u opacidades en vidrio esmerilado) y otros compromisos típicos como dermatológico, vía aérea superior, oftalmológico, auditivo, sistema nervioso central y periférico.

Resultados: Se revisaron 17.502 exámenes ANCA, siendo positivos 1.167. Cotejados los datos se extraen 409 pacientes que presentaron ANCA más MPO o PR3 positivos. Se realiza la revisión de ficha y antecedentes, logrando incluir a 143 pacientes que presentaron vasculitis de acuerdo con los compromisos señalados. De estos 98 (68.5%) corresponden a MPO y 45 (31.5%) a PR3. 96 (67.0%) presentaron compromiso renal, 70 (48.9%) compromiso pulmonar, 42 (29.3%) compromiso renal-pulmonar, 36 (25.1%) compromiso extra renal o pulmonar. La prevalencia según población asignada a los Servicio de Salud Concepción y Arauco es 225 e incidencia de 49.4 por millón de habitantes. Se analizó diferencias por comunas.

Conclusiones: Este estudio representa una cohorte de 5 años de vasculitis asociadas a ANCA de pacientes adultos. El porcentaje mayor de pacientes presentó compromiso renal, con un número mayor de MPO. La prevalencia es mayor a la reportada en la literatura.

CATEGORÍA

(R0003) - Categoría Reumatología en Chile

PALABRAS CLAVES

Vasculitis - ANCA – Epidemiología

AUTOR CORRESPONSAL

Sr. Felipe Parrao Achavar → felipe.parrao96@gmail.com

Miocarditis autoinmune secundaria a esclerosis sistémica: una presentación infrecuente de compromiso cardiaco. A propósito de un caso clínico.

Srta. Juanita Catalina del Carmen Flores Luna¹, Dr. Hugo Leonardo Martínez Fernández², Dr. José Miguel Chahuan Serrano³

¹ Interna 7° año medicina, Universidad de Valparaíso

² Cardiólogo. Hospital San Juan de Dios de Los Andes.

³ Servicio de Reumatología. Hospital San Juan de Dios de Los Andes. Instructor adjunto Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología. Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El compromiso cardiaco secundario a esclerosis sistémica (SSc), si bien es un hallazgo frecuente al estudio en biopsias post mortem, su manifestación clínica es infrecuente, con una prevalencia estimada en un 15%. Corresponde a una manifestación severa de la enfermedad, que explica una proporción significativa de la mortalidad en torno a un 27%, según la cohorte EUSTAR. Situándose como la tercera causa de muerte, luego de la enfermedad pulmonar intersticial y la hipertensión pulmonar.

El espectro clínico es amplio, desde anomalías en la perfusión asintomáticas, alteraciones de la conducción, pericarditis y derrame pericárdico hasta miocarditis. El compromiso miocárdico es una manifestación clínica infrecuente y poco descrita.

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 49 años con antecedente de esclerosis sistémica cutánea difusa con fenómeno de Raynaud de inicio un año previo al diagnóstico, sin otras morbilidades. A la evaluación se objetivó compromiso vascular, miositis, reflujo gastroesofágico y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). Esta última, documentada por tomografía computada que mostró EPID con patrón de neumonía intersticial no específica fibrótica, asociado a alteración de pruebas de función pulmonar con capacidad vital forzada de 2.26 litros (70%), test difusión de monóxido de carbono de 15.3 ml/min/mmHg (68%) y test de caminata en 6 minutos 507m (84% teórico) con saturación de oxígeno 97-98% al final de la prueba.

Al estudio destacó anticuerpos antinucleares (ANA) título de 1/640 patrón moteado, con resto de serología inmune negativa, incluyendo ANA 23 antígenos negativo. Al debut presentó creatinina (CK) en 3282 U/L, sin déficit motor. Se inició manejo ambulatorio con micofenolato titulando hasta 2 gr/día y prednisona 30 mg/día.

Al mes del inicio de tratamiento, es hospitalizada por síncope asociado a biomarcadores cardiacos elevados, presentando troponinas T en 990 ng/ml (intervalo de referencia 0.00 a 14.00), CK total en 3755 U/L y CKMB

en 327U/L. Se realizó electrocardiograma (ECG) que mostró bloqueo completo de rama derecha más bloqueo auriculoventricular (BAV) de primer grado y ondas T negativas en pared anterior. Se continúa estudio con ecocardiograma con fracción de eyección preservada, sin alteraciones de la contractibilidad y coronariografía normal. Por lo cual, se complementó estudio con cardiorrresonancia nuclear magnética que mostró signos de miocarditis a nivel de segmentos basales de pared inferior e inferolateral, de predominio epicárdico (figura 1); con estudio de serologías virales negativas.

Dado cuadro compatible con miocarditis aguda secundaria a SSc, se suspende micofenolato y se inicia manejo con bolos de metilprednisolona dosis total de 1500 mg con posterior traslape a prednisona 30 mg/día, y pulsos de ciclofosfamida 600 mg endovenoso (EV). La paciente evoluciona favorablemente, sin nuevos episodios de síncope con biomarcadores cardíacos a la baja, troponinas T en 465.7 ng/ml y CK en 1097 U/L, continuándose manejo ambulatorio.

Con posterior seguimiento en policlínico de reumatología completa cinco pulsos de ciclofosfamida de 800 mg/mensual, sin embargo, evoluciona de forma tórpida con síncope a repetición asociado a aumento de fatiga y debilidad muscular proximal, además de elevación persistente de troponinas T (514.8 ng/ml).

Ingresa nuevamente a unidad de paciente crítico, estudio con nueva cardiorrresonancia que muestra aumentos de focos de miocarditis anteriores con compromiso septal y de distribución parcheada (figura 1), y holter de ritmo con a BAV completo intermitente. Se realiza manejo con bolos de metilprednisolona dosis total de 750 mg EV y posterior instalación de marcapasos definitivo. Posteriormente se inicia inmunoglobulinas (Ig) EV 120 gr dosis total y rituximab 2 gr dosis de inducción en esquema día 0 y 15.

En control realizado 6 semanas tras infusión de rituximab la paciente ha evolucionado favorablemente sin nuevos episodios de síncope con biomarcadores cardíacos a la baja, troponina T en 223 ng/ml, CK total en 290 U/L y CKMB en 30 U/L.

DISCUSIÓN

El compromiso cardíaco en esclerodermia se describe con mayor frecuencia en pacientes con compromiso cutáneo difuso y enfermedad de reciente inicio, como es el caso de la paciente.

Existe la hipótesis de una asociación patogénica entre los cambios fibróticos y las alteraciones del ritmo, lo que es apoyado por la relación observada entre la presencia de realce tardío de gadolinio con la presencia de alteraciones de la conducción. En este caso clínico en particular, la paciente presentó una miocarditis con marcado realce tardío a nivel septal, que determinó síncope secundarios a la alteración de la conducción auriculoventricular; lo cual es concordante con lo descrito en la literatura.

La evaluación cardíaca de rutina de los pacientes con SSc incluye ECG y ecocardiograma anual para la detección de arritmias e hipertensión pulmonar. Sin embargo, ante la sospecha de manifestación inflamatoria cardíaca la cardiorrresonancia corresponde al método de imagen de elección, debido a que permite evaluar la extensión y severidad de la inflamación y/o fibrosis, como también diferenciar entre enfermedad

miocárdica isquémica y no isquémica. En este caso en particular la cardiorresonancia fue fundamental en el diagnóstico temprano de la miocarditis.

A la fecha no existen estudios clínicos randomizados que hayan evaluado la eficacia del tratamiento inmunosupresor en las manifestaciones cardiacas, si bien varios reportes de casos describen beneficio, principalmente con el uso de ciclofosfamida. En relación al caso clínico, la paciente fue refractaria al tratamiento inicial con ciclofosfamida, requiriendo el uso de inmunoglobulinas y rituximab; tratamientos que también se encuentran descritos en reportes de casos.

CONCLUSIÓN

En pacientes con SSc que presentan biomarcadores cardiacos elevados y alteraciones de la conducción al estudio electrocardiográfico, se debe tener alta sospecha de miocarditis. La cardiorresonancia nuclear magnética ha demostrado ser útil en la detección temprana de este tipo de compromiso. El tratamiento inmunosupresor ha sido reportado beneficioso en el control del compromiso miocárdico.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Miocarditis - Esclerosis sistémica – Cardiorresonancia

AUTOR CORRESPONSAL

Srta. Juanita Flores Luna → juanita.c.floresluna@gmail.com

Esclerosis sistémica sin esclerodermia: Una causa infrecuente de enfermedad pulmonar intersticial difusa. Caso Clínico.

Sra. Francisca Aguilera Cortes¹, Srta. Daniela Albornoz², Sr. Sebastián Haro³, Dr. Daniel Pacheco¹

¹Servicio de Medicina. Hospital Clínico San Borja Arriarán

²Campus Centro Universidad de Chile

³Servicio de Medicina. Hospital del Salvador

RESUMEN

La esclerosis sistémica sin esclerodermia (ESse) da cuenta del 5-10% de los casos de esclerosis sistémica (ES), caracterizándose por la ausencia de compromiso cutáneo. Poco se sabe de su historia natural, con una prevalencia de enfermedad pulmonar difusa (EPD) >40%, pero mejor sobrevida que en las otras variantes. Se presenta el reporte de un caso. Mujer de 60 años, hipertensa, diabética, hipotiroidea, índice de paquetes año de 90, sin exposiciones ambientales. Con disnea, interpretada como enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Refiere síntomas sica y disfagia, sin alteraciones cutáneas. Tiene una espirometría de hace 3 años con patrón restrictivo. Se hospitalizó por progresión de disnea, sin otros síntomas. Al ingreso se apreciaba polipneica, con requerimientos de oxígeno a bajo flujo, destacando al examen acropaquia y crépitos pulmonares difusos. Tomografía computada de tórax (TCT) con signos de EPD severa periférica y central, sin atrapamiento aéreo, escaso componente inflamatorio, dilatación esofágica; con progresión respecto a últimos TCT. Péptido natriurético normal. Estudio infeccioso negativo. Anticuerpos antinucleares (ANA) (+) patrón anticentrómero a título alto, y antígenos nucleares extraíbles negativos. Panel ANA 23: CENPA++, CENPB+++, RP11 indeterminado. Capilaroscopia normal. Pruebas de función pulmonar de control con difusión de monóxido de carbono severamente disminuida. Se concluyó ESse con EPD fibrosante progresiva. Se desestimó inmunosupresión dado escaso componente inflamatorio, en plan de inicio de antifibróticos v/s trasplante pulmonar.

La ESse es una entidad clínica infrecuente y de diagnóstico difícil. Datos internacionales no reportan diferencias significativas respecto a su compromiso orgánico y serológico al contrastarlos con la ES variante limitada, quedando dudas respecto a si son una misma entidad. Dada la alta prevalencia de compromiso pulmonar, renal y gastrointestinal, la ESse no debe subestimarse dentro del diagnóstico diferencial de EPD. El TCT es un buen método de screening, siendo la neumonía intersticial no usual el patrón imagenológico prevalente. Los autoanticuerpos asociados son los ANA anticentrómero y anti Scl70. El manejo se basa en inmunosupresión para evitar la progresión, pero en enfermedad avanzada la terapia con antifibróticos y el trasplante pulmonar cobran mayor relevancia, ya que el compromiso pulmonar sigue siendo la principal causa de mortalidad directa en esta patología.

CATEGORÍA

(R0001) - Categoría Básica

PALABRAS CLAVES

Esclerosis Sistémica - Enfermedad Pulmonar Difusa

XXXIV



CONGRESO CHILENO DE REUMATOLOGIA

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



AUTOR CORRESPONSAL

Mrs. Francisca Aguilera Cortes → fraguilerac@gmail.com

4 al 7 de OCTUBRE 2023

HOTEL ENJOY, VIÑA DEL MAR, V REGIÓN



HISTIOCITOSIS DE ERDHEIM-CHESTER COMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO ANTE UN CUADRO SISTÉMICO: REPORTE DE UN CASO.

Dr. María Dominga García Sáenz¹, Dr. Yorman Flores², Dr. Maximiliano Vergara², Dr. Cristian Labarca¹,

¹ Hospital Padre Hurtado / Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

² Pontificia Universidad Católica de Chile

RESUMEN

Introducción: Las histiocitosis están dadas por células mieloides patogénicas y pueden clasificarse en Langerhans (LCH) y no LCH. En este último grupo se encuentra la enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) que se caracteriza por el compromiso multiorgánico, hallazgos imagenológicos frecuentes y estudio histológico confirmatorio. Se presenta un caso con compromiso multiorgánico y confirmación histológica.

Caso Clínico: Hombre, 50 años, con cuadro de 18 meses de debilidad muscular proximal simétrica asociada a parámetros inflamatorios elevados, y 6 meses de molestias visuales y exoftalmos. Por imágenes se objetivan masa retro-orbitaria inespecífica y masa fibrótica retroperitoneal con infiltración perivascular, miocárdico, perirrenal y suprarrenal e hipermetabolismo óseo. Se inicia manejo con corticoides sistémicos y se solicita estudio con biopsia de masa retroperitoneal con histiocitos espumosos, positivos para CD68, negativos para CD1a y con estudio positivo para mutación BRAFV900. Se inicia manejo con Vemurafenib con respuesta favorable.

Discusión: Existen menos de 500 casos de ECD reportados en la literatura. Su patogenia aún no está clara, pero se han descrito cohortes que evidencian su compromiso multiorgánico, incluyendo compromiso óseo, neurológico, orbitario, retroperitoneal, renal, pulmonar, endocrinológico y cutáneo, entre otros. Existen alteraciones imagenológicas e histológicas típicas que conforman sus criterios diagnósticos, concordantes con los descritos en este paciente. El tratamiento de primera línea es con IFN-alfa que ha demostrado mejorar sobrevida, pero asociado a efectos adversos. Como segunda línea se ha propuesto Vemurafenib en casos con mutación BRAFV900 positiva, corticoides, entre otros inmunosupresores, pero se requieren más estudios.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Histiocitosis - Enfermedad de Erdheim Chester

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. María Dominga García Sáenz → magarcias@udd.cl

COMORBILIDADES BIOMÉDICAS Y DE SALUD MENTAL EN LA EVOLUCIÓN DE UNA ADOLESCENTE CON SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS: SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO DE UN CASO DESDE PEDIATRÍA A ADULTO

Prof. Mariela Bustamante², Miss Valeska Tapia¹, Miss Victoria Prado, Miss Catalina Ortiz¹, Miss Teresa Reyes, Miss Rosario Valdebenito¹, Dr. Mabel Ladino¹, Dr. Mónica Cerda¹, Prof. Javiera Garrido¹, Prof. Liliana Messina¹

¹Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios- Universidad de Chile

²Universidad de Chile, Hospital Exequiel García Cortés-Universidad de Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los síndromes de Ehlers-Danlos son trastornos hereditarios del colágeno caracterizados por hiper movilidad articular, hiperelasticidad dérmica y fragilidad tisular generalizada. La experiencia de tener un síndrome de Ehlers Danlos ha mostrado una asociación significativa con problemas de salud mental. Las comorbilidades frecuentes como fibromialgia juvenil, disautonomía, y alteración del neurodesarrollo normal infanto-adolescente, resultan factores agravantes de un tratamiento favorable. El proceso de evaluación e intervención interdisciplinario ha sido escasamente estudiado, y no se reporta seguimiento biopsicosocial de casos desde pediatría a adultos a nivel nacional.

OBJETIVO: Analizar la interacción entre comorbilidades biomédicas y de salud mental, en la evaluación y tratamiento de un caso de adolescente con síndrome de Ehlers Danlos.

MÉTODOS: Se realizó una revisión actualizada de la literatura sobre factores psicosociales en niños/as y adolescentes con Ehlers Danlos, y su tratamiento integral de comorbilidades biomédicas y de salud mental. Se utilizaron las bases de datos PubMed, PsycInfo, Scopus, CINAHL y Web of Science. Los resultados se aplicaron en el análisis de un caso clínico de adolescente con Ehlers Danlos. El caso contó con la autorización del Comité de Ética Institucional.

CASO CLÍNICO: Adolescente mujer de 17 años diagnosticada con síndrome de Ehlers-Danlos tipo III a los 12 años y fibromialgia juvenil a los 14 años, con múltiples atenciones de urgencia traumatológica desde la primera infancia. En episodios requirió uso de suturas por fragilidad capilar, y presentó problemas frecuentes de cicatrización impactando en una autoestima y autoimagen negativa. Ha presentado experiencia crónica de artralgias y de dolor generalizado, y también episodios de dermatitis atópica, dermatitis de contacto, urticaria alérgica, y vasculitis urticarial, con una interferencia significativa en su funcionamiento cotidiano. En evaluación de salud mental se identificaron indicadores de un trastorno ansioso-depresivo con episodios de ideación suicida y conductas autoagresivas, exacerbados por factores familiares y nuevos accidentes traumatológicos. Complementariamente se identificaron dificultades históricas de adaptación a nivel escolar, tanto en el rendimiento como en la socialización con pares y docentes. Hubo cambios reiterados de establecimiento debido también a experiencias de bullying escolar. En el último establecimiento se diagnosticó funcionamiento intelectual límite y se integró a la paciente al Programa de Integración Escolar. Entre los factores agravantes históricos destacan un estilo familiar autoritario, con tendencia a la

minimización de la experiencia de enfermedad con efecto de aislamiento social. También el desconocimiento de los diagnósticos de parte de los establecimientos, así como ausencia de evaluación de necesidades especiales en salud se consideró una barrera en su integración escolar. Actualmente, muestra una evolución favorable gracias a la intervención psicoterapéutica individual y familiar, uso de psicofármacos, coordinación escolar, y el seguimiento por reumatología y adolescentología, destacando la importancia de un enfoque integral para abordar los desafíos psicosociales en pacientes con estas condiciones.

REVISIÓN Y DISCUSIÓN: La comorbilidad del síndrome de Ehlers-Danlos con diagnóstico de fibromialgia, disautonomía y fatiga crónica, impacta el funcionamiento cotidiano debido a la experiencia de dolor generalizado recurrente y nivel de activación disminuido. Al respecto, la evidencia sugiere por un lado, que los pacientes con Ehlers-Danlos presentan una percepción somatosensorial alterada caracterizada por hiperalgesia con umbrales de dolor más bajos ante estímulos mecánicos y de frío. Complementariamente, muestran respuestas antinociceptivas significativamente más pequeñas, lo que sugiere una alteración de la modulación endógena del dolor central. A nivel psicológico, factores cognitivos como miedo al dolor, catastrofismo, baja autoeficacia y estilo de afrontamiento evitativo resultan ser factores agravantes y barreras para el alcance de un tratamiento efectivo.

Por otro lado, la literatura sugiere que la disfunción neurogénica simpática es común en los pacientes con Ehlers Danlos, lo que puede explicar la disautonomía y fatiga crónica en el síndrome. Los mecanismos potenciales incluyen las interacciones de hormonas, otras sustancias químicas en los centros del dolor, centros autónomos del cerebro y la médula espinal, además del impacto del desacondicionamiento físico que se produce como consecuencia de un dolor generalizado y una actividad reducida. En esta línea, en algunas mujeres se tienden a exacerbar los síntomas en la pubertad debido al efecto de interacción hormonal propia de la adolescencia. Complementariamente hay indicios de mecanismos comunes entre la disfunción vegetativa, déficits propioceptivos, las hipersensibilidades exteroceptiva e interoceptiva con patologías de salud mental. En este contexto una mayor capacidad de los pacientes para percibir los cambios en el estado fisiológico del cuerpo, mayor sensibilidad a estímulos externos, y alteración en la percepción de ubicación, movimiento y acción corporal, han mostrado mecanismos comunes con trastornos de ansiedad y depresión.

Evidencia reciente sugiere también la co-ocurrencia con rasgos del espectro autista, destacando similitudes neuroconductuales, psiquiátricas, neurológicas, así como neuropatías y neuropatologías periféricas y disregulación autonómica e inmune similar. Tanto en el autismo como en el Ehlers Danlos, la rama simpática del sistema nervioso autónomo, que media la respuesta de lucha o huida parece estar hiperactiva, mientras que la rama parasimpática -de reposo y digestión- está hipoactiva. Esto puede provocar muchos síntomas, como frecuencia cardíaca anormal, dificultad para respirar (a veces diagnosticada erróneamente como asma), alteraciones del sueño, problemas gastrointestinales como estreñimiento, síntomas de ansiedad, problemas de atención y concentración, e incluso aturdimiento y mareos. Las razones de esta relación tentativa aún son inciertas y pueden involucrar las funciones que desempeñan las proteínas del tejido conectivo, como el colágeno, en el desarrollo del cerebro. No obstante lo anterior, el planteamiento de co-ocurrencia con rasgos del espectro autista puede brindar comprensiones a nivel de desafíos visualizados en episodios de disregulación emocional y conductual, así como problemas a nivel de interacción social y funcionamiento ejecutivo.

La piel hiperelástica ha estado asociada con mayor riesgo de hematomas, lesiones tendinosas y ligamentosas, y mayor propensión a reacciones alérgicas locales y generalizadas. En la etapa adolescente las implicancias del síndrome, han mostrado un efecto negativo sobre la construcción de una autoimagen y autoestima positiva lo que puede implicar conductas de aislamiento social. Los trastornos del sueño suelen ser también frecuentes, los cuales sumado a lo anterior pueden interferir con el seguimiento de un curso de rendimiento y aprendizaje esperado en contexto educativo. Estos síntomas tienen duración variable y suelen remitir por períodos de tiempo, siendo las experiencias estresantes un factor desencadenante de recaídas.

A nivel de intervenciones basadas en evidencia, la literatura internacional destaca la terapia cognitivo conductual para la gestión efectiva de la experiencia de dolor y ansiedad. Las estrategias de activación conductual han mostrado eficacia para los síntomas de fatiga crónica y depresión. Para pacientes con Ehler Danlos con disautonomía, se ha identificado que las terapias de multicomponente de actividad física ligera, el uso de medias compresivas y medidas nutricionales enfocadas en el aumento del consumo de sal, líquidos y ácido fólico, amortiguan el impacto de la vulnerabilidad del tejido conectivo y des-regulaciones autonómicas. Intervenciones familiares con énfasis en estrategias de regulación emocional-conductual y resolución de conflictos deberían incorporarse en el tratamiento integral.

CONCLUSIÓN: Los síndromes de Ehlers-Danlos son trastornos hereditarios del colágeno que se caracterizan por la hipermovilidad articular, hiperelasticidad dérmica y fragilidad tisular generalizada. Este estudio resalta la importante asociación entre estos síndromes y problemas de salud mental, especialmente en adolescentes. Las comorbilidades frecuentes, como la fibromialgia juvenil, la disautonomía, fatiga crónica y las alteraciones del neurodesarrollo, complican aún más el tratamiento y la atención integral de los pacientes. Es evidente que se necesita un enfoque interdisciplinario en la evaluación y tratamiento de estos casos, pero la literatura y la investigación en este campo son limitadas. Este estudio contribuye a la comprensión de la interacción entre las comorbilidades biomédicas y de salud mental en pacientes con síndromes de Ehlers-Danlos y resalta la importancia de abordar estos aspectos de manera conjunta para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, se necesita más investigación y seguimiento biopsicosocial en esta población, especialmente desde la infancia hasta la edad adulta.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Síndrome Ehlers-Danlos - Dolor - Salud Mental

AUTOR CORRESPONSAL

Miss Valeska Tapia → valeskatapia@ug.uchile.cl

XXXIV



CONGRESO CHILENO DE REUMATOLOGIA

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



4 al 7 de OCTUBRE 2023

HOTEL ENJOY, VIÑA DEL MAR, V REGIÓN



Respuesta humoral de pacientes con enfermedades reumáticas a la vacuna contra SARS-CoV-2 en la región de Atacama, Chile.

Dr. Marcos Cruces Olívar¹, Dr. María J. Gallardo Nelson², Dr. Elizabeth Rivas Yañez², Dr. Yolanda Gómez Olmos², PhD. Fernando Valiente-Echeverría³, Srta. Constanza Fuenzalida Astorga¹

¹ Servicio de Inmunología y Reumatología del Hospital Regional de Copiapó

² Universidad de Atacama, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina

³ Universidad de Chile, Laboratorio de Virología Molecular y Celular, Programa de Virología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La pandemia mundial causada por el SARS-CoV-2 ha cobrado más de 6 millones de vidas. En Chile, hasta el 25 de diciembre de 2022, hubo 5.366.630 casos de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y más de 50.000 muertes. La prevención de SARS-CoV-2 fue de suma importancia. En todo el mundo se utilizan diferentes vacunas contra el SARS-CoV-2, incluidas vacunas de ARNm, de vectores adenovirales, de subunidades proteicas y de virus inactivados. La inmunogenicidad de la vacuna contra el SARS-CoV-2 se puede medir mediante la IgG humoral contra la proteína Spike del coronavirus o mediante la reactividad de las células T vía respuesta del interferón (IFN)- γ al péptido del SARS-CoV-2. Las respuestas de los anticuerpos se informan como "seroconversión" (proteína IgG antiSpike positiva) o mediante títulos de anticuerpos posteriores a la vacunación. Se considera que los pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas (IMRD) corren riesgo de sufrir infecciones graves como resultado de la desregulación subyacente de su sistema inmunológico y el uso común de terapias inmunomoduladoras dirigidas e inmunosupresores. En pacientes reumáticos, los datos sugieren que rituximab, glucocorticoides, metotrexato (MTX), abatacept, micofenolato mofetilo (MMF) e inhibidores de JAK perjudican las respuestas a la vacuna contra el SARS-CoV-2. En Chile, se reportó que diversas condiciones con inmunosupresión reducen significativamente la respuesta humoral a la vacuna CoronaVac.

OBJETIVOS: Evaluar la respuesta inmune humoral inducida por la cuarta dosis de diferentes vacunas contra el SARS-CoV-2, midiendo los niveles de anticuerpos neutralizantes (NAb) en pacientes adultos con IMRD y comparándolos con controles sanos. Evaluar efecto de las enfermedades reumáticas y de los tratamientos inmunosupresores sobre la inmunogenicidad humoral de la vacuna contra SARS CoV-2

MATERIALES Y MÉTODOS: Este estudio descriptivo se realizó en el policlínico de reumatología del Hospital Regional de Copiapó San José del Carmen (Atacama, Chile) entre marzo y julio de 2022.

POBLACIÓN: Realizamos un muestreo no probabilístico por conveniencia en la población con IMRD \geq 18 años. Se incluyeron pacientes con cuarta dosis de la vacuna contra SARS-CoV-2. Las enfermedades seleccionadas

fueron artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (PsA), espondilitis anquilosante (EA), lupus eritematoso sistémico (LES), vasculitis sistémica (VS) y esclerodermia sistémica (SS). Para el grupo de control se seleccionaron participantes sin inmunosupresión, vacunados con la cuarta dosis contra el SARS-CoV2 durante el mismo período de tiempo.

Los criterios de exclusión generales fueron COVID-19 previo confirmado serológicamente o por PCR; y en el grupo control, antecedentes de IMRD y tratamiento inmunosupresor.

DETERMINACIÓN DE NAB FRENTE AL SARS-COV-2: Se tomaron muestras de sangre para medir la inmunogenicidad entre 2 y 10 semanas después de la vacunación. Las respuestas de neutralización $\geq 50\%$ que fueron menores que la dilución más baja (1/10) se consideraron negativas

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Las variables categóricas se informaron como porcentajes, mientras que las variables continuas se expresaron como mediana y valores de rango intercuartílico (IQR). Se utilizó la prueba de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre grupos. Los valores de $p \leq 0,05$ indican significación estadística. El análisis estadístico se realizó mediante el software R.

CONSIDERACIONES ÉTICAS: El estudio se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado antes de su inclusión en el estudio.

FINANCIAMIENTO: estudio financiado por proyecto FONIS SA21I0078 de la ANID (Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo).

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 341 participantes, de los cuales 218 eran pacientes con IMRD y 123 controles sanos. La edad promedio de los controles sanos es de 37 años, mientras que la de los pacientes con IMRD es de 58 años. En cuanto a la distribución por género, el 61,2% de los controles sanos son mujeres, mientras que en los pacientes con IMRD es del 85,4%. La AR fue la enfermedad más representativa con $n=175$, seguida del LES $n=25$, PsA $n=10$, EA $n=5$, VS $n=3$ y SS $n=4$. La duración promedio de la enfermedad reumática en los pacientes es de 6 años.

El 100% de los controles sanos presentaron seroconversión a la cepa Wuhan y a la variante Ómicron; el 99,5% de los pacientes presentaron seroconversión a la cepa Wuhan y 99% a la variante Ómicron. Los títulos de NAb en pacientes y en controles sanos presentaron un título mayor para la cepa de Wuhan que para la variante Ómicron (Fig. 1 A-B). La respuesta humoral de los pacientes con IMRD es significativamente menor en comparación con los controles sanos para la variante Ómicron del SARS-CoV-2 (Fig. 1D), pero no en el título de Nab para la cepa de Wuhan (Fig. 1C).

La respuesta humoral de los pacientes con AR frente a la cepa Wuhan no mostró diferencias en comparación con los controles sanos. En cambio, al analizar la respuesta de estos pacientes frente a la variante Ómicron, se observó una disminución significativa en los títulos de NAb en comparación con los controles sanos. En el

resto de las enfermedades evaluadas no hubo diferencias significativas en el título de NAB frente a la cepa Wuhan o variante Ómicron respecto a controles sanos.

Los pacientes tratados con glucocorticoides (72%) presentaron una disminución significativa del título de NAb para SARS-CoV-2, tanto para la cepa Wuhan como para la variante Ómicron. Los títulos de NAb contra SARS-CoV-2 de los pacientes tratados con MTX o leflunomida en combinación con otros tratamientos disminuyeron significativamente en comparación con los controles sanos, tanto para la cepa de Wuhan como para la variante Ómicron. Tratamientos como hidroxicloroquina (en combinación principalmente con MTX), MMF, rituximab y abatacept también muestran una disminución en los títulos de NAb contra el SARS-CoV-2, pero solo en respuesta a la variante Ómicron.

CONCLUSIONES: Nuestros datos revelan que tanto los controles sanos como los pacientes con IMRD tienen una alta seropositividad y un alto título de NAb contra la cepa original de Wuhan y para la variante Ómicron, posterior a la 4ta dosis de refuerzo de la vacuna contra SARS-CoV-2. Sin embargo, en pacientes con IMRD se observó una menor respuesta a la variante Ómicron, lo que puede deberse a los tratamientos farmacológicos utilizados para controlar la enfermedad reumática.

Es importante realizar estudios sobre la respuesta a la vacunación en poblaciones inmunodeprimidas, ya que su respuesta difiere de la población general. En pacientes con IMRD, la variación de la respuesta humoral a la vacuna contra el SARS-CoV-2 depende de las dosis y el tipo de vacuna administrada, los tiempos de respuesta humoral y el tratamiento que reciben estos pacientes.

CATEGORÍA

(R0001) - Premio Categoría Básica

PALABRAS CLAVES

Vacuna contra SARS-CoV-2 - Enfermedad reumática inmunomediada - Inmunidad humoral

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Marcos Cruces → marcoscruces48@hotmail.com

ID 3827

Revisión sistemática de la literatura para determinar la incidencia de herpes zóster en pacientes con trastornos reumáticos en la UE, Suiza y RU

PhD. Carolina Beltrán¹, PhD. Carolina Beltrán-Pavez¹, Other Alen Marijam¹, Other Nikki Vroom², PhD. Amit Bhavsar², M.D. Inga Posiuniene¹, PhD. Nicolas Lecrenier¹, Other Hilde Vroling²

¹GSK

²Pallas health research and consultancy, P95 company, GSK

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las personas en condiciones de inmunosupresión, como trastornos reumáticos, tienen un mayor riesgo de desarrollar Herpes Zóster (HZ). El HZ es una enfermedad dolorosa que afecta significativamente la calidad de vida y el estado funcional.

OBJETIVOS

Determinar la incidencia de HZ entre pacientes con trastornos reumáticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión sistemática de la literatura (RSL) en pacientes adultos en condiciones de inmunosupresión en la UE, Suiza y RU. Recopilamos, evaluamos y resumimos la evidencia disponible sobre la incidencia de HZ en condiciones de inmunosupresión publicadas desde el 01-01-2002 hasta el 31-12-2021, utilizando PRISMA y las directrices de Cochrane. Presentamos los resultados para los trastornos reumáticos.

RESULTADOS

Desde el 01-01-2002 hasta el 01-01-2022, 776 registros únicos informaron potencialmente sobre la incidencia de HZ en condiciones de inmunosupresión. De estos, 13 estudios relevantes informaron sobre la incidencia de HZ en pacientes con trastornos reumáticos: 11 se centraron en artritis reumatoide (AR) y dos en AR+≥1 otro trastorno reumático. En pacientes con AR, la incidencia de HZ por 1,000 personas-año (pers/a) varió según el tipo de medicación, desde 0.41 hasta 21.5 en pacientes que usaban rituximab e inhibidores de la Janus-quinasa, respectivamente. Para polimialgia reumática, la incidencia de HZ fue de 15.8 por 1,000 pers/a. La incidencia de HZ en la población general de ≥50 años en Europa es de 5.2–10.9 por 1,000 pers/a. Tres estudios informaron la proporción de pacientes que desarrollaron HZ durante un tratamiento específico: 0.75% con anti-TNF para AR, 4.1% con medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad de AR, 1.2% con infliximab para trastornos reumáticos. Un estudio determinó la incidencia de HZ por género y encontró que era similar en hombres y mujeres con AR: 7.7 vs. 7.9 por 1,000 pers/a. Un estudio de un período

de 10 años encontró que la incidencia de HZ en pacientes con AR parecía estable (10.0 en 2008; 10.5 por 1,000 pers/a en 2018).

CONCLUSIONES

Los estudios fueron heterogéneos en cuanto a poblaciones y definiciones de HZ, lo que dificultó llegar a conclusiones. Aun así, la mayoría encontraron una mayor incidencia de HZ en algunos subgrupos de pacientes con AR en comparación con la población general en Europa, y la RSL sugiere que la incidencia de HZ en AR varía considerablemente según tipo de medicación.

FINANCIAMIENTO

GSK

PRESENTACIÓN PREVIA

BCR2023

AGRADECIMIENTO: Business & Decision Life Sciences c/o GSK (redacción médica); Costello Medical Consulting (apoyo editorial).

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Herpes Zóster - Artritis reumatoide - Inmunosupresión

AUTOR CORRESPONSAL

PhD. Carolina Beltrán → carolina.a.beltran@gsk.com

DERMATOMIOSITIS JUVENIL: DESCRIPCIÓN DE CASOS NXP2 Y MDA5. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO PEDIÁTRICO, SANTIAGO, CHILE

Dra. Evelyn Nuñez¹, Dra. Camila Valdes², Dra. Mabel Ladino³, Dr. Jorge Rojas⁴, Dra. Nancy Andrade⁵, Dra. Cecilia Poli⁴, Dra. Pamela Morales¹, Dra. Natalie Alarcon⁵, Srta. Rocio Moscoso, Dra. Carla Bastías⁵⁻⁶

¹Hospital de Niños Roberto del Rio

²Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna

³Hospital San Juan de Dios

⁴Hospital Dr. Exequiel González Cortés

⁵Hospital Clínico San Borja Arriarán

⁶Universidad Finis Terrae, HCUCH

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Dermatomiositis Juvenil (DMJ) es la miopatía autoinmune más frecuente en edad pediátrica. La evidencia actual sugiere que la presencia de autoanticuerpos asociados y específicos, son marcadores que aportan para predecir evolución y permiten diseñar tratamientos más personalizados. En este sentido es relevante conocer cómo se comportan anticuerpos específicos en población pediátrica. Este trabajo describe el curso clínico de pacientes con positividad a anticuerpos anti- proteína de diferenciación de melanoma, asociado al gen 5 (anti-MDA5) y antiproteína 2 de la matriz nuclear (anti-NXP2).

OBJETIVOS: Describir las características clínicas, radiológicas y tratamiento, en pacientes pediátricos con positividad para anti-NXP2 y/o MDA5.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, multicéntrico longitudinal de pacientes con DMJ de 4 hospitales de Santiago de Chile, evaluados entre los años 2010 a 2022 con panel de miopatías inflamatorias (PMI) y en los cuales se realizó caracterización clínica, epidemiológica, exámenes complementarios y tratamiento para observar su asociación con los respectivos anticuerpos presentes.

RESULTADOS: Se enrolaron 36 pacientes con DMJ, 62% femenino con mediana de edad de 9.5 años y con 3,6 meses desde los primeros síntomas al diagnóstico. Del total analizado, 81% presentó positividad en PMI; destacando 16% anti-MDA5 y 16% anti-NXP2. 4 de 6 con anti-MDA5 debutaron en adolescencia, todos con compromiso cutáneo, muscular y articular. 4 presentaron alteraciones pulmonares. En el grupo anti- NXP2 la edad promedio fue 4,5 años y la mayoría presentó calcinosis extensas. Ambos grupos recibieron tratamiento convencional. Sin embargo, anti-MDA5, usó más gammaglobulina y rituximab que los pacientes con anti-NXP2. Pero en este último grupo, un paciente está en cuidados paliativos.

CONCLUSIONES: La cohorte anti- MDA5 y NXP2, destaca por compromiso pulmonar y presencia de calcinosis extensas, respectivamente. Ambos como marcador de gravedad, concordante con lo descrito en la literatura.

Lo anterior entrega mayor evidencia y respaldo respecto a la relevancia de conocer en forma precoz los anticuerpos asociados y específicos de miositis involucrados. Dado que en nuestra población pediátrica significó tratamientos con mayor necesidad y diversidad de inmunosupresión.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Dermatomiositis Juvenil - anticuerpos específicos - compromiso pulmonar

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Evelyn Nuñez → eanunezc@gmail.com

Síndrome de vasculitis/vasculopatía inducida por cocaína/levamisol. Dos casos clínicos

Dr. Ricardo Ibañez¹, Dr. Felipe Zamorano², Dra. Sofía Pacheco³, Dr. Luis Ramírez⁴, Dr. Daniel Pacheco²⁻³

¹Hospital San Borja Arriaran

²Universidad de Chile, Reumatología HCSBA.

³Campus Centro Universidad de Chile, Hospital Félix Bulnes.

⁴Clínica Santa María

RESUMEN

El consumo de cocaína se ha mantenido o aumentado a nivel mundial en los últimos años convirtiéndose en un gran problema de salud pública. Esta droga, junto con el levamisol, que se usa como adulterante de la cocaína y para aumentar su volumen, tiene un efecto idiosincrásico, puede provocar manifestaciones multisistémicas y puede simular o inducir enfermedades reumatológicas.

Caso 1. Hombre de 54 años que consulta por obstrucción nasal de 2 años de evolución. Además refiere compromiso del estado general, baja de peso de 5 kg y episodios de secreción nasal con sangre desde hace 6 meses. Controlado en ORL se apreciaron costras con sangre y perforación del tabique nasal. Tiene TAC cavidades nasales con engrosamiento etmoido-maxilar bilateral de aspecto inflamatorio. Laboratorio Hcto 46%, GB 7400 mm³, VHS 11 mm/hr, PBQ normal, ANCA por IFI: cANCA 1/80, Rx y TAC tórax normales. Interrogado refiere consumo frecuente de cocaína hasta hace 1 año. Se solicitan Ac anti PR3 y MPO, que no se realiza. Se inicia MTX 15 mg/semana y prednisona 40 mg/día.

Caso 2. Hombre de 23 años, trabaja en construcción. Presenta desde hace 2 meses lesiones purpúricas en piernas, extensas, persistentes, algunas ampollares y otras necrosadas o cicatrizales. Además refiere tener secreción nasal sanguinolenta desde hace 1 mes. Laboratorio: Hemograma, VHS, Proteína C reactiva, ANA, ENA, FR normales, Virus de hepatitis B, C y VIH negativos. ANCA por IFI y ELISA negativos. Biopsia de piel: Vasculitis leucocitoclástica. Se inició prednisona 60 mg/día. Re-interrogado relata consumo frecuente de cocaína hasta hace 2 meses. Con la terapia indicada presentó alivio evidente de secreción nasal y franca disminución y cicatrización de las lesiones de la piel. Se agregó MTX 15 mg/semana.

La cocaína adulterada con levamisol puede inducir vasculitis/vasculopatía sistémicas de vasos pequeños y también localizadas en el sistema nervioso central. Habitualmente se caracterizan por títulos altos de p - ANCA dirigidos contra antígenos atípicos y no contra MPO; sin embargo también pueden inducir Granulomatosis con Poliangeitis (GPA) similar a la forma primaria, con c ANCA y/o anti PR3 positivos. Raramente existen, como en el segundo de los casos expuestos, vasculitis asociada a cocaína/levamisol ANCA negativo.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Vasculitis - vasculopatía - cocaína

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. ricardo ibañez → ibanezcisterna@gmail.com

Evolución de la positividad de anticuerpos anti PR3 y anti MPO en el tiempo y en los meses de mayor o menor polución ambiental. Estudio exploratorio

Dr. Ricardo Ibañez¹, Dr. Felipe Zamorano¹, Sr. Felipe Gulppi², Dr. Luis Ramírez¹, Dr. Carolina Gallo¹, Dra. Marcela Godoy¹, Dr. Daniel Pacheco¹,

¹Hospital San Borja Arriaran, Universidad de Chile, Unidad de Reumatología.

²Químico F. Laboratorio de Inmunología HCSBA, Unidad de Reumatología. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

RESUMEN

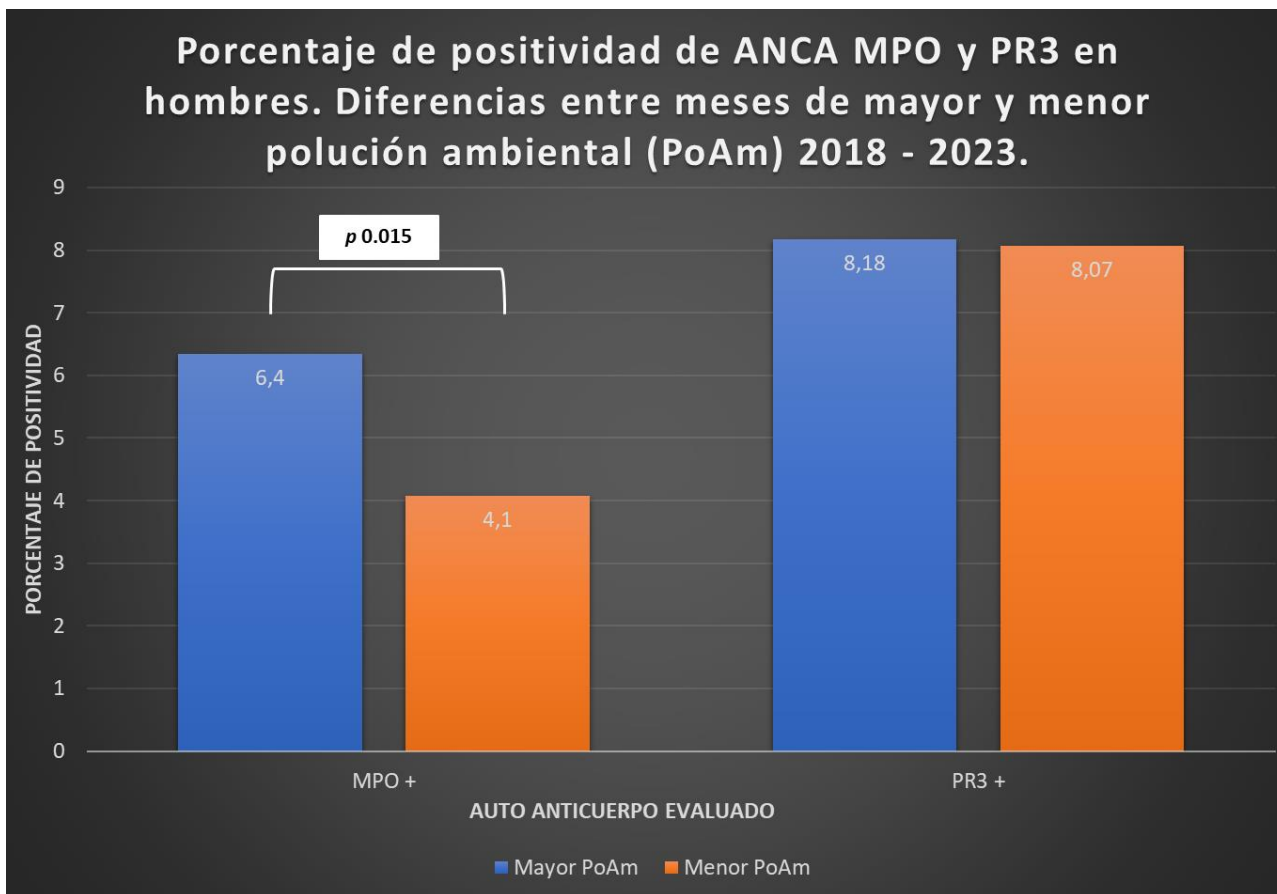
Los anticuerpos anti PR3 y MPO son importantes para el diagnóstico de las vasculitis asociadas a ANCA y parecen tener efectos patogénicos en estas enfermedades. El diagnóstico de vasculitis ANCA parece estar aumentando en los últimos años y entre sus causas se invocan infecciones y/o exposición a polvo ambiental, entre otros.

Objetivos: Estudiar si hay aumento en el porcentaje de positividad (PP) de ANCA en los últimos años y observar si hay un aumento de positividad en los meses de mayor polución ambiental (PoAm).

Método: Se estudiaron los resultados de ANCA anti PR3 y MPO realizados por ELISA en el Laboratorio de Inmunología del HCSBA a pacientes >18 años, entre enero de 2018 a junio de 2023. Se estimó como positivo valores > 20 UI. Además, se comparó el PP acumulado de anti-PR3 y anti- MPO de los meses de mayor PoAm (abril a septiembre) vs los de menor PoAm (octubre a marzo) según datos de concentración de partículas finas del Ministerio del Medio Ambiente. Las diferencias se analizaron por prueba de Fisher y Chi2.

Resultados: Se estudiaron 2.843 muestras de ANCA (61% mujeres): 1.420 de anti PR3 y 1.423 de anti MPO. Edad: Mujer/Hombre: 53,1 (18-96) vs 54,7(18-98) (ns). El PP en todo el período de estudio fue 6,1% para anti PR3 (87/1.420) y 5,7% para anti MPO (81/1.423). El PP de anti MPO 2018 fue 9,3% (18/193) vs 4,7% (24/509) en 2022 ($p < 0.05$); no hubo diferencias para anti PR3. En el grupo total, el PP acumulado para ANCA total (PR3 más MPO) en los meses de alta o baja PoAm (2018-2023) no mostró diferencias. En el subgrupo hombres, el PP acumulado de ANCA total fue más alto en los meses de mayor PoAm (56/755 vs 26/607) $p < 0.02$; dado principalmente por anti MPO: 6,4% (24/372) vs 4,1 % (13/314) ($p = 0.0156$) (Fig 1)

El PP de ANCA total permaneció estable entre 2018 y 2022, pese a haber una disminución de anti MPO. En hombres, el PP acumulado de anti MPO y ANCA total, fue superior en meses de mayor PoAm. Se plantea la posibilidad de una relación entre polución ambiental, autoinmunidad y desarrollo de anti MPO en hombres. Se necesitan más estudios para confirmar esta relación, determinar su causa y ver si se asocia a mayor incidencia de vasculitis ANCA.

**CATEGORÍA**

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

ANCA - polución ambiental -

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. ricardo ibañez → ibanezcisterna@gmail.com

Factores de riesgo asociados a recaídas de Vasculitis ANCA (VAA): estudio en población Chilena

Dr. Jaime Avaria Estrada¹, Dr. Jaime Avaria¹

¹HCUCH, Hospital Clínico Universidad de Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las VAA son enfermedades crónicas que cursan con episodios de remisión y recaídas, asociándose esta última a morbimortalidad significativa. Existen múltiples factores asociados a las recaídas de VAA, siendo los más relevantes la positividad de anticuerpos anti PR3, el compromiso cardiovascular, una creatinina menor a 1,3 mg/dl y las terapias inmunosupresoras utilizadas tanto en inducción como en mantención.

OBJETIVO: Identificar en una población chilena factores que pudieran asociarse a un mayor riesgo de recaída de VAA.

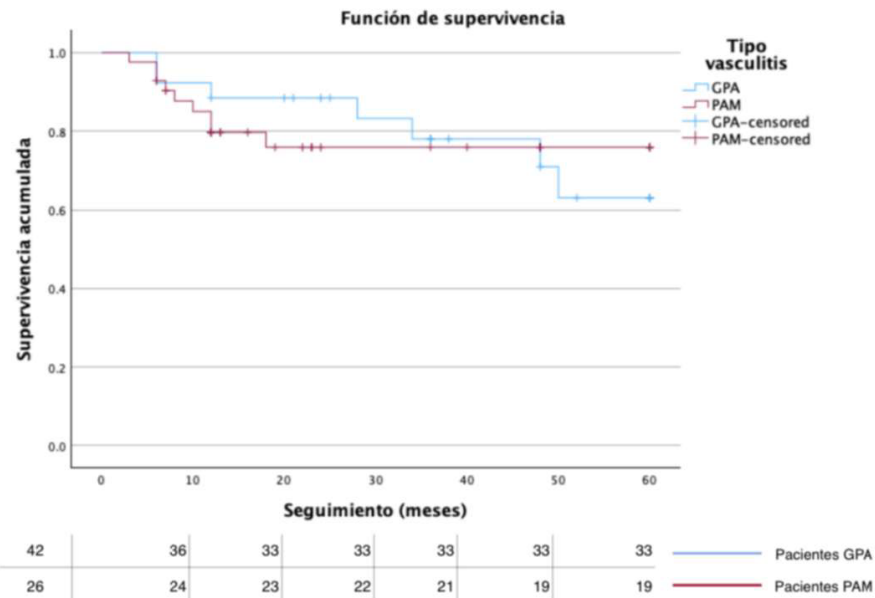
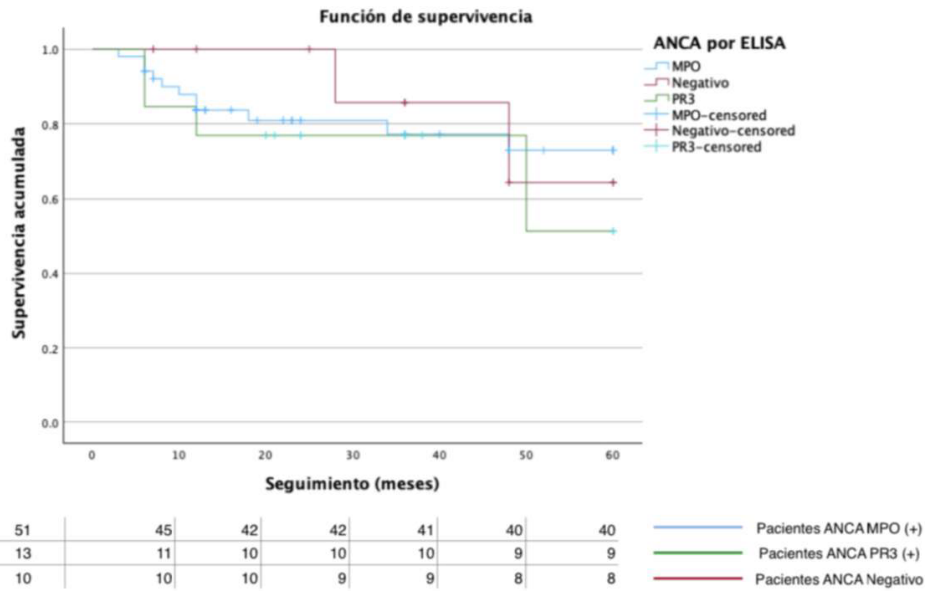
MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de seguimiento en cohorte retrospectiva de pacientes con VAA que alcanzaron remisión en HCUCH. Periodo de estudio desde el 2012 al 2022. Se compararon características demográficas, clínicas y de laboratorio de los que recaen v/s los que no.

RESULTADOS: 115 pacientes con VAA, 74 contaban con seguimiento. Del total 42 (56.7%) era poliangeitis microscópica, 26 (35,1%) granulomatosis con poliangeitis y 8,2% otros. 75,7% mantuvieron remisión y 24,3% recayeron. De estas últimas el 44,4 % ocurrieron durante el primer año. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las tasas de recaídas al analizar por tipo de VAA, subtipo de ANCA, tipo de compromiso, BVAS al debut, tiempo hasta la recaída (figura 1 y 2), terapias de inducción y mantención.

En el momento de la recaída, un 55.6% de los pacientes tenían el ANCA positivo, pero no hay información de la negativización de estos al momento de la remisión.

Al realizar un análisis de regresión logística ajustada por sexo, edad y tipo de vasculitis, solo la presencia de ANCA positivo se asoció a mayor riesgo de recaída (OR 1.031, IC 1.002-1.061, $p < 0.05$), sin embargo, cabe destacar que hay un sesgo importante de información en relación con la presencia de los ANCA al momento de la recaída.

CONCLUSIONES: este es el primer estudio de análisis de recaída en pacientes chilenos con VAA. No encontramos factores de riesgo de recaídas, lo que se puede explicar por el número de pacientes como por los sesgos asociados al análisis retrospectivo. Es necesario realizar análisis prospectivos con registro de información protocolizada para resultados más fidedignos.



CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Vasculitis ANCA - Recaídas -

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Jaime Avaria estrada → jaimeee10789@gmail.com

Evolución del porcentaje de positividad de Anticuerpos Antinucleares (ANA) y Anti Antígenos Extraíbles (ENA) en períodos pre y post pandemia COVID 19.

Dr. Felipe Zamorano¹, Dr. Ricardo Ibañez¹, Dr. Felipe Gulppi¹, Dr. Daniel Pacheco¹, Dra. Carolina Gallo¹, Dr. Luis Ramírez¹, Dra. Marcela Godoy¹

¹Hospital Clínico San Borja

RESUMEN

EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE POSITIVIDAD DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA) Y ANTI ANTÍGENOS EXTRAÍBLES (ENA) EN PERÍODOS PRE Y POST PANDEMIA COVID 19.

Felipe Zamorano, Ricardo Ibañez, Luis Ramírez, Felipe Gulppi*, Carolina Gallo, Marcela Godoy, Daniel Pacheco.

Unidad de Reumatología. Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA). Campus Centro. Universidad de Chile.

*Laboratorio de Inmunología HCSBA.

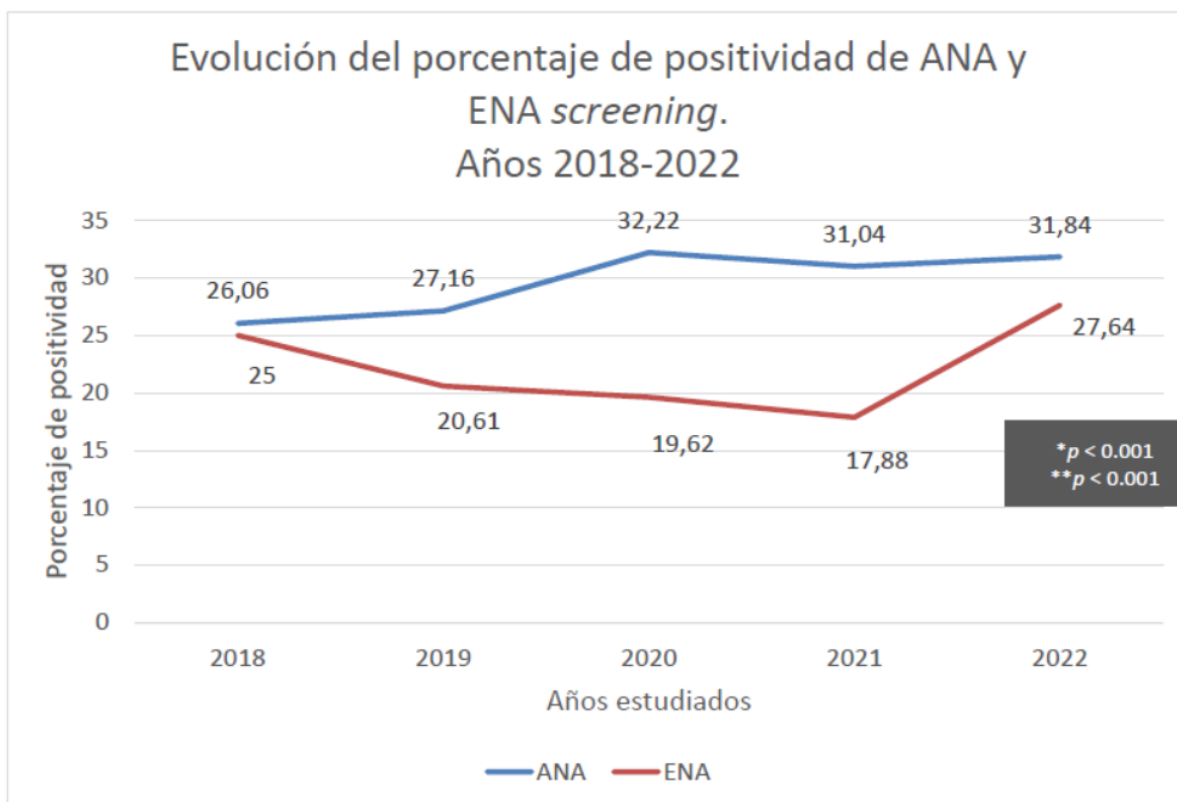
Los ANA son anticuerpos sensibles de enfermedades del tejido conectivo, pero poco específicos, ya que existen otras causas de positividad. Los ENA, son más específicos, pero menos sensibles. La asociación entre infección viral y fenómenos autoinmunes clínicos o de laboratorio está descrita, entre ellas la infección por SARS CoV2.

Objetivo: Estudiar el porcentaje de positividad (PP) de ANA y ENA _screening_ en períodos pre y post pandemia COVID 19 y observar si hay diferencias de PP, de títulos y de patrones de ANA en esos períodos.

Método: Se estudiaron los resultados de ANA (IFI en HEP-2) y ENA por ELISA, realizados en el laboratorio de inmunología HCSBA a pacientes >18 años. Se estimó como período pre-pandemia los años 2018 y 2019, y pandemia/post-pandemia 2020 hasta 2022. Se consideró ANA + títulos > 1/80 y ENA + a > 1,2 D.O. Diferencias se analizaron por Chi2.

Resultados: En el período de estudio hubo 9.764 pruebas de ANA, 6.926 de mujeres: Edad 53,5 años (18-96) y 2.838 de hombre: Edad 54,3 (18-98). El PP global fue 29.1%. De ellas resultaron positivas 2.234/6.926 en mujeres (32,3%) y 606/2838 en hombres (21,4%) (p <0.001). Los patrones más frecuentes fueron Moteado (66%), Homogéneo (16.7%) y Centromérico (9%). No hubo diferencias en los títulos ni el patrón de los ANA en los años estudiados. Se observó un aumento del PP de ANA total (mujeres + hombres) desde el inicio de la pandemia: el PP de ANA en 2018 fue 26.1%; en el año 2020 de 32,2% (p 0.0036) y en el año 2022 resultó 31,8%. (p< 0.001). Respecto a ENA, se estudiaron 4.348 muestras, de las cuales 3.357 (77,2%) eran de mujeres. Se observó una disminución del PP entre 2018-2021 (p <0.05) y un aumento en el año 2022 (p <0.001). (Fig. 1)

Conclusiones: Este estudio exploratorio mostró un aumento del PP de ANA total desde inicio de la pandemia COVID 19 (2020) en Chile. ENA disminuye inicialmente (hasta 2021) pero luego experimenta también un aumento significativo. Las causas de positividad de ANA y ENA son múltiples, entre ellas ETC, infecciones virales y bacterianas, neoplasias y otras enfermedades inflamatorias. Es necesario realizar mayores estudios para determinar causa-efecto del fenómeno observado.

**CATEGORÍA**

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

covid 19 - ANA - ENA

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. felipe zamorano → felipe.zamorano@gmail.com

Impacto de la terapia con inmunoglobulina intra venosa (IGIV) en pruebas serológicas para infecciones. Presentación de dos casos clínicos.

Dr. Felipe Zamorano¹, Srta. Sofía Pacheco¹, Dr. Ricardo Ibañez¹, Dr. Luis Ramírez¹, Dr. Daniel Pacheco¹

¹Hospital Clínico San Borja

RESUMEN

Felipe Zamorano, Sofía Pacheco*, Ricardo Ibañez, Luis Ramírez, Daniel Pacheco.

Unidad de Reumatología HCSBA. Campus Centro. Universidad de Chile. *Hospital Félix Bulnes. Clínica Santa María.

La IGIV es una preparación de IgG poliespecífica con distribución de subclases del suero normal obtenida de mezcla de plasma de donantes de sangre sanos. Sus efectos inmunomoduladores pueden salvar vidas pero su administración podría complicar la evaluación de algunas infecciones.

Caso 1. Mujer de 31 años, consulta por eritema en párpados, dorso de manos y debilidad muscular de predominio cervical y cintura escapular. Laboratorio: Hcto 41.5% GB 3.800 mm³, VHS 11 mm/hr, CK total 2.268 mg/dL, TSH 1.45, ANA 1/80 moteado, LDH 447 UI/L. Ac antimiosíticos (AcAM) y anti HMGCRC negativos. Recibió prednisona 1mg/kg/día y MTX 15 mg/semana. Biopsia muscular mostró hallazgos concordantes con dermatomiositis. Respondió inicialmente a la terapia pero después empeoró apareciendo disfagia, voz nasal y mayor debilidad cervical. Se indicó IGIV 2g/kg en 3 días. Dado posibilidad de terapia biológica se solicita serología para HIV, para virus hepatitis C (VHC), antígeno de superficie (HBsAg) que resultaron “no reactivas”; pero Ac Anti HBsAg y anti core Hepatitis B (HB) fueron “reactivos”. La serología viral repetida posteriormente resultó negativa. Hubo buena respuesta a IGIV, pero un año más tarde se administró Rituximab, por una recaída.

Caso 2. Mujer de 71 años, con DM2 y dislipidemia, usuaria de atorvastatina. Consultó por disminución de fuerza muscular de predominio proximal en extremidades superiores e inferiores y debilidad cervical. Laboratorio: Hb 11,4 gr/dL, GB 6500 mm³, VHS 40mm/hr, Proteína C reactiva 29 mg/dL, CK total 6.521 mg/dL. ANA -, ENA -, anti DNA -, acAM -, anti HMGCRC positivo (200 UI). EMG: Miopatía de predominio proximal de extremidades superiores e inferiores. Se indicó Metilprednisolona 1 gr/día por 3 días, seguida de prednisona 60 mg/día e IGIV 1 gr/kg en 3 días. Estudio posterior: HBsAg, anti core HB y serología VIH fueron negativos. Serología para VHC fue “reactiva”. Paciente sigue tratamiento con CFF y prednisona con buena respuesta. Control posterior de serología VHC resultó “no reactiva”

Ambos pacientes recibieron IGIV como tratamiento y posteriormente se realizaron serologías virales que resultaron positivas. Esos hallazgos postergaron la indicación de terapia biológica en el primer caso. El uso de

IGIV puede provocar la aparición de pruebas serológicas “falsa positivas” que dificultan la interpretación de infecciones en las que el diagnóstico se basa en la detección de anticuerpos.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

inmunoglobulinas - serologías - vhc

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. felipe zamorano → felipe.zamorano@gmail.com

Educación preconcepcional en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES): Estudio observacional transversal en población femenina chilena.

Dra. María Ignacia Durán Weisse,¹ Dra. Maria Francisca Sabugo¹, Dra. Annelise Goecke¹, Dr. Hector Gatica

¹Universidad de Chile¹, Hospital Clínico Universidad de Chile¹

RESUMEN

Introducción

El LES afecta con mayor frecuencia a mujeres en edad fértil. El embarazo en el LES es una condición de alto riesgo materno-perinatal que siempre debe ser planificado. Si bien es importante la educación preconcepcional, no sabemos el real conocimiento de las pacientes sobre este tema.

Objetivo

Conocer la información y percepción(es) de mujeres con LES en edad fértil sobre salud reproductiva y embarazo.

Material y Métodos

Corresponde a estudio observacional transversal analítico. Se incluyeron mujeres con LES de 18 a 45 años, controladas en Reumatología del Hospital Clínico Universidad de Chile entre Julio 2022 y Enero 2023. Se excluyeron embarazadas, Síndrome Antifosfolípido clínico (SAF) y contraindicación absoluta de embarazo.

Las características clínicas y demográficas se extraen de fichas clínicas y las participantes contestaron una encuesta digital de 22 preguntas organizadas en 5 ítems: Deseo de maternidad, Anticoncepción, Fuente informativa, Fármacos y Percepción personal. A continuación se describen resultados a partir de datos obtenidos.

Resultados

Respondieron la encuesta 120 pacientes, 43% entre 30-40 años y 92% con educación superior. 83% tenían artralgias, 31% antiRo(+) y 98% usan Hidroxicloroquina. Del total de encuestadas, 38% considera haber sido informadas sobre salud reproductiva y embarazo, 51% fue entregada por el reumatólogo, que coincide con la fuente informativa idea. 63% prefieren ser informadas al diagnóstico de LES y 51% de manera individual.

Aquellas que reciben información tienen menor números de embarazos y abortos con respecto a las no informadas; 0 y 9% frente 18% y 18% respectivamente. No se encontró diferencia en “poder tener hijos”, efectos del recién nacido y planificación de embarazo en ambos grupos.

Aquellas no informadas adjudican mayor toxicidad fetal para todos los medicamentos versus las educadas que usen o no el fármaco. De las informadas y usuarias de Micofenolato, 73% lo consideran deletéreo, como también ocurre con Metotrexato 63% y Ciclofosfamida 50%. Llama la atención que aún el 26% considera a Hidroxicloroquina y 33% Azatioprina tóxico para el feto.

Por último no podemos dejar de mencionar que 55% de las mujeres relacionan el “Miedo” con el embarazo.

Conclusiones

No existen datos en Chile con respecto al conocimiento y percepciones que tienen mujeres con LES sobre salud reproductiva y embarazo. La información obtenida es un primer paso para mejorar la educación integral hacia las personas con LES.

CATEGORÍA

(R0003) - Categoría Reumatología en Chile

PALABRAS CLAVES

lupus eritematoso sistémico - embarazo - salud reproductiva

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. María Ignacia Durán Weisse → mignaciaduranw@gmail.com

ANETODERMIA PRIMARIA MÁS QUE UN PREDICTOR DE AUTOINMUNIDAD:

REPORTE DE UN CASO

Dra. Dayana Castellón¹, M.D. Dayana Castillon, Dra. Elena Jarpa Marín², Dr. Julio Correa Sanino³

¹Universidad de Valparaíso, Hospital Naval Almirante Nef, Reumatóloga e Inmunóloga,

²Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile, Dermatólogo,

³Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La anetodermia es un trastorno poco común del tejido elástico, se presenta como pápulas o placas de piel fina e hipopigmentada y sensación de depresión o hernia del tejido subcutáneo. Se clasifica en primaria, si ocurre en piel sana; y secundaria, en áreas de patología previa. La anetodermia primaria (AP) puede asociarse a afecciones sistémicas subyacentes y justificar su estudio. Se desconoce prevalencia, es más frecuente entre los 20-40 años, pudiendo existir predominio femenino. En el pronóstico las lesiones persisten y no se resuelven.

RESUMEN:

Mujer de 28 años con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) desde los 9 años, cursó con nefropatía lúpica clase V, confirmado por biopsia renal, manteniendo función renal normal. A los 11 años presenta vasculitis cutánea de vaso pequeño y Síndrome Antifosfolípídico (SAF) con criterio clínico y anticoagulante lúpico (AL) positivo. Ha presentado múltiples reactivaciones cutáneas de difícil manejo, manteniendo placa de lupus cutáneo crónico discoide en cuero cabelludo y brazo izquierdo. En tratamiento con micofenolato 500mg c/12h, hidroxicloroquina 200mg c/12h, prednisona 2.5 mg c/24h, aspirina 100mg c/24h y rituximab c/6 meses, por LES cutáneo activo logrando remisión.

En mayo de 2023 desarrolla placas normocrómicas de hasta 3 cm, bien circunscritas, ovaladas, con áreas de atrofia y herniación blanda a la palpación, pruriginosas, en tronco y ambos antebrazos incluyendo dorso de ambas manos, en piel previamente sana, respetando palmas, plantas, cuero cabelludo y mucosas. Sin fiebre ni artritis. No se realiza biopsia debido a que el examen físico era categórico. Se aumenta prednisona a 30mg c/24h y se solicita serología de control, anticuerpos (Ac) anticardiolipinas IgG, IgM, Ac anti-beta 2 glicoproteína-I, C3 y C4 y AL negativos, Ac anti-DNA positivo 1/20 con hemograma y función renal normal. Actualmente las lesiones persisten sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La AP se ha asociado más consistentemente al SAF que al LES, aunque en la literatura son pocos los casos reportados. En este caso es discutible la presencia de anetodermia primaria debido a la ausencia de anticuerpos antifosfolípidos, sin embargo, el diagnóstico se sustenta en el examen físico, siendo la biopsia recomendada en caso de incertidumbre. En conclusión, la anetodermia es una manifestación cutánea poco común que se ha identificado como un predictor de autoinmunidad. Actualmente, no existe un tratamiento eficaz para su resolución.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Anetodermia primaria - Lupus Eritematoso Sistémico - Anticuerpos antifosfolípidos

AUTOR CORRESPONSAL

M.D. Dayana Castillón → castillondayana@gmail.com

LISTERIOSIS EN DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON TROMBOCITOPENIA PROFUNDA: REPORTE DE UN CASO

Dra. Dayana Castellón^{1,2}, Dr. Sebastián Valdivia Villagrán², Dra. Elena Jarpa Marín², Dr. Armando Peña Martínez²

¹Universidad de Valparaíso,

²Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) son susceptibles a infecciones por disfunción inmunológica relacionada con la enfermedad o su tratamiento. La listeriosis es una infección grave, con elevada mortalidad, generalmente causada por consumo de alimentos contaminados con la bacteria *Listeria monocytogenes* (LM).

RESUMEN

Mujer de 46 años con liquen plano y enfermedad de Basedow-Graves. En seguimiento por enfermedad no diferenciada del tejido conectivo. Consulta por cefalea, cervicalgia de inicio súbito e intensidad progresiva y malestar general. Al ingreso taquicárdica, normotensa, febril 40°C. Examen neurológico normal, sin signos meníngeos, exantema petequeal y maculopapular en extremidades. Laboratorio hemoglobina 9 g/dL, leucocitos 4200 xmm³, plaquetas 6000 xmm³; PCR 0.6mg/L; dímero D, fibrinógeno, bilirrubina, LDH e INR/TTPK normal; TC cerebro sin lesiones. AngioRM cerebro con lesión cerebelosa izquierda secular isquémica. TC tórax-abdomen-pelvis contrastado con adenopatías en mediastino, hilio derecho, axilas, retroperitoneo e iliacas y esplenomegalia 16 cm. ANA(+) 1/1280 patrón AC-5, Sm(+), SnRNp(+), Ro(+), C3 y C4 bajos, anti-beta 2 glicoproteína-I(+), Coombs directo(+), ADAMTS 13 normal. Se confirma LES de alta actividad. Recibe 1,5 g metilprednisolona en 3 días, inmunoglobulina EV 1g/kg en 2 días. Persiste con plaquetas 6000 xmm³, inicia 4 dosis semanales de rituximab 500mg y prednisona 60mg oid. Mielograma hiperplasia global con megacariocitos abundantes, citometría de flujo descarta leucemia. Inicia eltrombopag 50mg oid. Persiste febril, hemocultivo(+) para *L. monocytogenes* y *S. aureus*. Se identifica consumo de mayonesa previo ingreso. Se trata con piperacilina-tazobactam, vancomicina y ampicilina (dosis meníngeas por imposibilidad de estudio líquido cefalorraquídeo). Ecocardiograma descartó endocarditis infecciosa. RNM cerebro, base de cráneo y columna normal. Completa 21 días de ampicilina, 14 días de cefazolina y 10 días de aciclovir por herpes labial. Se mantuvo con eltrombopag hasta normalización de plaquetas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se reporta el caso de un brote de LES severo desencadenado por infección por LM, que indujo una actividad lúpica intensa evidenciada por trombocitopenia inmune profunda refractaria que requirió de tratamiento de segunda línea. En conclusión, la listeriosis es una infección poco común en pacientes con LES que puede tener un rol desencadenante en la actividad de la enfermedad.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Lupus Eritematoso Sistémico - Listeria monocytogenes - Trombocitopenia

AUTOR CORRESPONSAL

M.D. Dayana Castellón → castillondayana@gmail.com

AMILOIDOSIS CARDÍACA UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA: REPORTE DE UN CASO

Dra. Dayana Castellón^{1,2}, Dra. Elena Jarpa Marín², Dr. Armando Peña Martínez², Dr. Fernando Cárdenas Narvaez²

¹Universidad de Valparaíso

²Hospital Naval Almirante Nef

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La amiloidosis cardíaca es un trastorno causado por depósito de fibrillas de amiloide en el espacio extracelular cardíaco. Se clasifica en amiloidosis cardíaca por transtiretina (AC-TTR) y de cadenas ligeras. La AC-TTR suele presentarse en mayores de 60 años. Los patrones característicos ecocardiográficos y de resonancia magnética cardíaca pueden sugerirla. Se diagnostica mediante imágenes nucleares no invasivas o biopsia endomiocárdica. El tratamiento incluye manejo de la insuficiencia cardíaca y arritmias; y terapia específica para detener o enlentecer la progresión.

RESUMEN

Hombre de 85 años con diabetes mellitus y cardiopatía coronaria (angioplastia con stent 2003). Acude por dolor torácico opresivo y disnea de esfuerzo NYHA clase III. Al examen físico: ritmo cardíaco irregular, ingurgitación yugular y edema de extremidades inferiores. Presenta hemograma y función renal normal, BNP 254 pg/ml, troponina ultrasensible 21.9 pg/ml. Electrocardiograma con fibrilación auricular, signos de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y voltaje QRS reducido. El ecocardiograma muestra hipertrofia concéntrica moderada a severa del ventrículo izquierdo (VI) con refringencia levemente aumentada, función sistólica VI normal, dilatación auricular izquierda y derecha moderada y strain longitudinal conservado hacia segmentos apicales y reducido hacia los basales. Cintigrama con pirofosfato compatible con amiloidosis cardíaca difusa grado 3, altamente específica para AC-TTR. Electroforesis de proteínas sérica (EPS) con inmunofijación sérica y en orina sin componente monoclonal. La citometría de flujo de médula ósea mostró 0,86% células plasmáticas, 70% clonales Kappa y 30% policlonales compatible con gammopatía monoclonal de significado incierto (MGUS). La biopsia de grasa abdominal con tinción de rojo Congo resultó negativa para depósitos de amiloide. Se trató con 6 ciclos de CyBorD (bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona). Actualmente en buen estado general con disnea NYHA clase III. El estudio de médula ósea posterior al tratamiento resulta sin signos de neoplasia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se reporta el caso de un paciente con AC-TTR con respuesta favorable del MGUS, sin deterioro clínico ni ecocardiográfico, por lo que se desestimó uso de tafamidis considerando su alto costo. En conclusión, la AC-

TTR es una forma rara de miocardiopatía, se debe considerar en pacientes con HVI inexplicable. El costo de la terapia específica es una barrera para su uso actual.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Amiloidosis cardíaca - Transtiretina - Insuficiencia cardíaca

AUTOR CORRESPONSAL

M.D. Dayana Castillón → castillondayana@gmail.com

“Reemplazo articular de tobillo bilateral en un tiempo en paciente AR en tratamiento con Tofacitinib”

Dr. Lilian Soto¹⁻², Dr. Manuel Pellegrini²⁻³, Dr. Giovanni Carcurp³, Dr. Felipe Chaparro³

¹INTERIN LTDA

²HCUCH

³CLINICA U. ANDES

RESUMEN

Introducción: la Osteoartritis de tobillo secundaria al daño por AR, es un hecho frecuente de observar q muchas veces obliga a un reemplazo articular. Tanto la artritis reumatoide (AR) como sus terapias, conllevan a un mayor riesgo de Infecciones. Entre los factores que aumentan el riesgo infeccioso están la edad mayor a 65 años, enfermedad pulmonar o extraarticular y el uso de corticoides. Los inhibidores JAK (JAKi) parecen tener un mayor riesgo de infección comparados con terapias biológicas antiTNF. La condición de inmunosupresión no se ha asociado a un mayor riesgo de Infecciones peri protésicas. Presentamos el caso de un enfermo AR refractaria y los resultados de prótesis de tobillo bilateral.

Método: Se describe caso clínico de varón de 52 años, con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo suspendido y AR seropositiva, diagnosticada en 2008, que inicia terapia DMARDs 3 años después del debut sintomático. A pesar de manejo con enfoque Treat to Target, usando varias combinaciones farmacológicas, la enfermedad progresa sin poder acceder a bDMARDs. A fines de 2018, inicia Adalimumab. Tras 12 meses, su cuadro mantiene alta actividad clínica decidiéndose cambio a tofacitinib (TF) 5 mg cada 12 hrs oral, desde enero de 2020. Con esto se logra disminuir significativamente la actividad de la enfermedad, lo que permite retirar gradualmente los DMARDs, hasta quedar en monoterapia de TF. A partir de 2021, se hace evidente una panartrosis secundaria del retropié bilateral (tibiotalar, subtalar y talonavicular). Debido a la discapacidad progresiva de ambos pies, se decide reemplazar la articulación del tobillo utilizando la prótesis de tobillo Vantage (reemplazo metálico de las superficies talar y tibial, más inserto de polietileno entre ambos componentes metálicos para preservar la movilidad de la articulación). TF fue suspendido una semana antes y después de la cirugía. El paciente evoluciona exitosamente, sin complicaciones quirúrgicas ni sépticas. Hoy deambula sin ayuda y sin dolor.

Discusión: : La seguridad de bDMARDs en cirugías de diversa naturaleza ha sido bien demostrada en registros internacionales. La cirugía de reemplazo articular en pacientes AR, no ha mostrado un mayor riesgo de complicaciones, independiente de los DMARDs usados. . Si bien existe un mayor riesgo infeccioso en pacientes AR usuarios de TF, el uso de JAKi lleva pocos años para dilucidar riesgos específicos en reemplazos protésicos de articulaciones

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

PROTESIS ARTICULAR - ARTRITIS REUMATOIDE - TOFACITINIB

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. LILIAN SOTO → Sotolian@gmail.com

Compromiso Aorta Torácica en Enfermedad Relacionada a IgG4: presentación de un caso.

Dra. María Angela Carreño Nigro¹, Dr. Carolina Jeria¹⁻², Dr. Silvana Saavedra¹, Dr. Jaime Valenzuela¹,

¹ Hospital FACH

² Clínica Alemana de Santiago

RESUMEN

Introducción

La enfermedad relacionada a IgG4 es una condición inmunomediada manifestada por lesiones fibroinflamatorias que pueden presentarse en distintos órganos. El compromiso cardiovascular puede ser a nivel valvular, aortitis o periaortitis.

Presentamos el caso de un paciente con afectación pulmonar, retroperitoneal y del cayado aórtico manejado con inmunosupresión y posterior reemplazo valvular aórtico con buena respuesta clínica.

Presentación del caso

Hombre de 56 años sin antecedentes. Cuadro progresivo de baja de peso, tos, aumento de volumen de extremidad inferior derecha con leve eritema cutáneo difuso; pulsos presentes; sin soplos. Laboratorio: VHS 40, creatinina normal. Subclases de IgG normales. PET/CT: engrosamiento hiercaptante de grasa periureteral derecha, rodea vasos sanguíneos con colaterales de arteria ílica; engrosamiento captante pared de cayado aórtico; nódulos pulmonares subpleurales hipocaptantes. Biopsia de ureter compatible con enfermedad relacionada a IgG4. Inicia Prednisona 60mg/día con disminución hasta 7,5mg/día; Rituximab 1gr IV c/2 semanas, 3 ciclos c/6 meses. Luego del primer ciclo hubo descenso de VHS y disminución edema de extremidad. Inicia disnea y angina de esfuerzo progresiva. Ecocardiograma: aurícula izquierda severamente dilatada; ventrículo izquierdo moderadamente dilatado, hipertrofia excéntrica; insuficiencia aórtica severa; insuficiencia mitral moderada a severa funcional. Coronariografía: estenosis ostial tronco común izquierdo y coronaria derecha. Inicia fármacos para insuficiencia cardíaca y continuó ciclos de Rituximab. Se mantuvo sin inflamación sistémica; PET/CT sin captación; cardioresonancia sin fibrosis ni inflamación parietal aórtica ni troncos coronarios. Dos años después se realiza reemplazo valvular aórtico mecánico; procedimiento sin inconvenientes, con mejoría de capacidad funcional.

Conclusión

En la enfermedad relacionada a IgG4, la aortitis es poco frecuente; la porción torácica es la más afectada. En este paciente se objetivó inflamación del cayado aórtico en el PET/CT, afectando funcionalmente los ostios coronarios y la válvula aórtica, con insuficiencia severa. La inflamación respondió al tratamiento inmunosupresor, pero la progresión de la insuficiencia aórtica y el deterioro de la capacidad funcional hizo necesario el reemplazo valvular. La ausencia de inflamación en el momento de la cirugía fue esencial para su realización.



CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

IgG4-RD - aortitis – rituximab

AUTOR CORRESPONSAL

Dra. María Angela Carreño Nigro → angela.carreno.nigro@gmail.com



¿Nueva crisis miasténica o dermatomiositis? Reporte de un caso.

Dra. Paulina Navarrete¹, Dr. Eduardo Rozas², Dr. Claudia Flores², Dr. Manuel Padilla³, Dr. Gabriela Martínez²

¹Hospital Higuera

²Hospital Rafael Avaria Valenzuela

³Hospital San Vicente de Arauco

RESUMEN

Hombre de 70 años, portador de insuficiencia cardíaca y miastenia gravis en tratamiento hace más de 10 años con Piridostigmina, con buena adherencia y estado funcional para su edad.

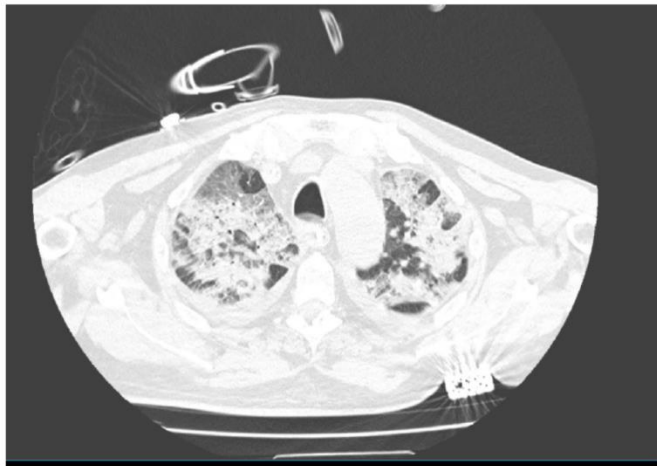
Consultó en Urgencias de su hospital provincial por cuadro de disnea progresiva y tos de una semana de evolución. Se realizó radiografía que mostró compromiso pulmonar difuso, se diagnosticó neumonía atípica y se inició terapia antimicrobiana empírica en espera de microbiología. En cuidados intermedios se apoyó con CNAF por intercambio gaseoso inadecuado. Evolucionó tópidamente, pese a marcadores microbiológicos negativos. Tomografía mostró mayor compromiso intersticial pulmonar y tromboembolismo pulmonar intercurrente. Se trasladó a unidad de paciente crítico, se ajustó la anticoagulación y se apoyó con ventilación mecánica invasiva (VMI). Se optimizó VMI protectora, con respuesta parcial. Neurología ajustó dosis de

Piridostigmina. Continuó deterioro del paciente, con falla ventilatoria catastrófica con fiebre, mas, sin evidencia de sobreinfección, con procalcitonina y cultivos negativos. Tomografía con mayor compromiso intersticial, compatible con enfermedad pulmonar difusa (EPD). Se realizó fibrobroncoscopia tomando muestras para panel viral, bacteriano, hongos, micobacterias y Pneumocystis jirovecii, resultando todos negativos. Se solicitó marcadores inmunológicos y en su espera se inició inmunosupresión con pulso de Metilprednisolona IV a dosis de 1g al día por 5 días. Evolucionó favorablemente, logrando finalmente destete de VMI. Se recibieron anticuerpos: ANA, ENA, ANCA y anti-DNA negativos. Destacó anticuerpos anti JO-1 (+) y anti NXP2 (+) a título moderado. A la búsqueda dirigida, se observó eritema facial no heliotropo y Electromiografía (EMG) con patrón miopático proximal, sin elevación significativa de CK. Neurología descartó crisis miasténica como desencadenante. Por la sospecha de EPD asociada a miopatía que pudiera relacionarse a patología tumoral, se estudia con tomografías de cuerpo completo que mostraron engrosamiento de mucosa rectal. Se realizó colonoscopia que confirma neoplasia rectal Bormann II. Se sospechó dermatomiositis (DM). Evolucionó positivamente, logrando el alta para continuar su rehabilitación. Fue referido a hospital de alta complejidad a coloproctología para programar resolución quirúrgica y a reumatología y enfermedades respiratorias para completar estudio y inmunomodulación.

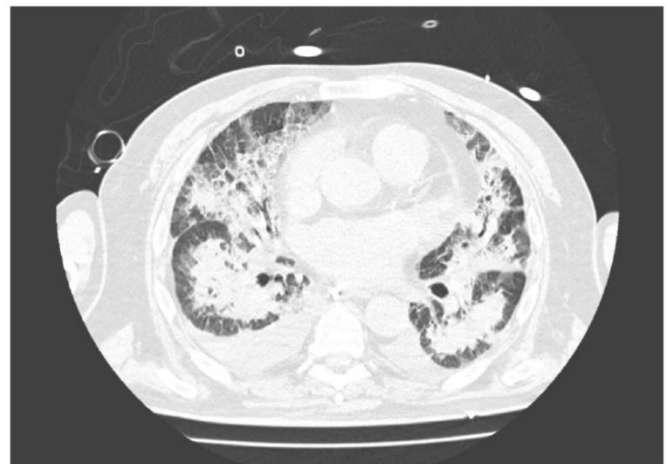
Las miopatías inflamatorias son un grupo heterogéneo de patologías autoinmunes que pueden clasificarse en grupos según su clínica y exámenes. Son infrecuentes con una incidencia de 2.1 a 7.7 casos por millón de personas por año y prevalencia de 11 por 100 mil personas. La DM es la más frecuente de las miopatías

inflamatorias y se caracteriza por manifestaciones cutáneas, siendo las más típicas el eritema heliotropo y las pápulas de Gottron, pudiendo mostrar además eritema no heliotropo, úlceras cutáneas y calcinosis. La EMG suele mostrar debilidad muscular proximal. Y como fenómenos asociados, se describen fiebre, EPD y artritis.

En nuestro caso el diagnóstico fue complejo, considerando la limitación de recursos de un hospital periférico, el antecedente confundente de miastenia gravis, los signos clínicos poco frecuentes (eritema no heliotropo, CK baja), todo lo anterior en contexto de paciente en estado crítico. Fue un desafío indicar bolos de corticoides sin aun tener certeza diagnóstica. Finalmente, la serología y la EMG sirvieron para descartar una crisis miasténica y diagnosticar una dermatomiositis asociada a malignidad.



TC tórax con compromiso intersticial



TC tórax con compromiso intersticial

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Dermatomiositis - Miastenia Gravis - Enfermedad Pulmonar Difusa

AUTOR CORRESPONSAL

Mrs. Paulina Navarrete → paulinavarretef@gmail.com

Anticuerpo anti-proteinasa 3 y anti-mieloperoxidasa: Más allá de las Vasculitis Asociadas a ANCA (VAA).

Dr. Sebastián Chávez¹, Dr. Camilo Valencia¹, Dr. Dannette Guíñez¹, Sr. Eduardo Villa², Dr. Pamela Würmann¹,

¹ Departamento de Medicina, HCUCh

² Facultad de Medicina Universidad de Chile

RESUMEN

Introducción: La medición de los anticuerpos anti-proteinasa 3 (PR3-ANCA) y anti-mieloperoxidasa (MPO-ANCA) es el método diagnóstico preferido ante la sospecha de VAA. La sensibilidad de PR3-ANCA para la granulomatosis con poliangeítis (GPA) varía entre un 65% y un 81%, mientras que la de MPO-ANCA para la poliangeítis microscópica (PAM) oscila entre el 58% y el 88%. En cuanto a la especificidad, esta puede alcanzar entre el 61% y el 99% para PR3-ANCA y entre el 91% y el 99% para MPO-ANCA. El rendimiento del test depende del contexto clínico. Otras patologías pueden tener MPO-ANCA como PR3-ANCA, entre las cuales hay imitadores de VAA de difícil diferenciación.

Objetivo: Evaluar los diagnósticos asociados a ANCA positivos distintos de VAA en una cohorte retrospectiva.
Metodología: Se obtuvieron todos los MPO-ANCA y PR3-ANCA del laboratorio de inmunología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile desde el 2014 al 2021. Se revisaron los diagnósticos de todos los pacientes positivos a través de registro clínico o llamado telefónico.

Resultados: Se identificaron 206 pacientes con información suficiente. De ellos, 78 (37,8%) no tenían diagnóstico de VAA. De 95 pacientes PR3-ANCA, 55 (57,8%) fueron falsos positivos (FP) y de 119 MPO-ANCA, 30 (25,2%). Las etiologías asociadas a los FP se muestran en la TABLA 1. Los diagnósticos de FP más frecuentes fueron el Lupus con 11 casos ANCA-MPO y 8 ANCA-PR3 y la Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI) con 3 y 8 casos respectivamente. Entre las drogas se encontraron cocaína y propiltiouracilo. En infecciones destacan 3 endocarditis bacterianas, todas PR3-ANCA. Cabe destacar que entre las causas infecciosas y neoplásicas predomina el ANCA-PR3.

Conclusiones: Se debe solicitar los ANCA en un contexto clínico adecuado para que cumplan su utilidad en el diagnóstico de VAA. Hay múltiples causas de FP, predominando las enfermedades autoinmunes. Varias pueden simular una VAA generando complicaciones en las decisiones clínicas.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Vasculitis ANCA - anti-proteinasa 3 - anti-mieloperoxidasa

XXXIV



CONGRESO CHILENO DE REUMATOLOGIA

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Sebastián Chávez → chavezarm@uchile.cl

4 al 7 de OCTUBRE 2023

HOTEL ENJOY, VIÑA DEL MAR, V REGIÓN



DERMATOMIOSITIS HIPOMIOPATICA ANTI SAE1 +: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Ruth Perez Roa¹, Dr. José Jiménez Almerón¹⁻²

¹Universidad Católica del Norte

²Unidad de Reumatología. Hospital San Pablo de Coquimbo

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII), son un grupo heterogéneo de trastornos autoinmunes con manifestaciones clínicas, respuestas al tratamiento y pronóstico variable. La debilidad muscular suele ser la manifestación clínica clásica, pero otros órganos pueden verse afectados, incluyendo la piel, pulmones, entre otros. Se han identificado diferentes autoanticuerpos específicos de miositis. Subgrupos nuevos y más homogéneos definidos por autoanticuerpos pueden ayudar a definir los mecanismos de la enfermedad. Dentro del espectro de autoanticuerpos de miositis, se describe el anti Small ubiquitin-like modifier activating enzyme (SAE1), el cual predice la presencia de manifestaciones cutáneas, disfagia, enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) e incremento de malignidad.

Con respecto a la dermatomiositis se define por la presencia de manifestaciones cutáneas características y miositis. La presencia de compromiso muscular sin elevación de parámetros de laboratorio se define como dermatomiositis hipomiopática.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 55 años. Cuadro clínico de 3 meses de evolución con poliartritis simétrica, aditiva de pequeñas y grandes articulaciones, rigidez matutina de 2 horas de evolución, debilidad muscular de predominio proximal además de eritema violáceo facial, en superficies extensoras de interfalángicas proximales y fatiga. En estudio de exámenes de laboratorio destacaba CK 88 (normal), LDH 258 UI/L, VHS 34 mm/hr, C3 y C4 (normal), AntiSAE1 165 (Positivo Fuerte), AntiRo-52 43 (positivo moderado), AntiLA 29.6 (Positivo débil), ANA(+) 1/1280 granular fino.

Al examen físico edema bpalpebral, eritema heliotropo, signo del chal, eritema en la superficie extensora de MCF e IFP y codos, signo de las pistoleras, telangiectasias periungueales (figura 1). Debilidad muscular proximal IV/V, sinovitis en 14 articulaciones pequeñas.

Considerando hallazgos clínicos y serológicos se administró glucocorticoides, inmunoglobulina y Methotrexate con mejoría clínica significativa.

DISCUSION

La dermatomiositis es una enfermedad que progresa con rapidez. En el caso clínico se objetivó la importancia de un diagnóstico precoz basado en semiología y posterior detección de autoanticuerpos específicos. Definiéndose la presencia de antiSAE1, donde las manifestaciones cutáneas precedieron el compromiso muscular, se realizó estudio de extensión en búsqueda de cáncer y EPID el cual fue negativo.

**CATEGORÍA**

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

DERMATOMIOSITIS - ANTISAE1 - HIPOMIOPATICA

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Ruth Perez Roa → ruthdpr.05@gmail.com

Rendimiento diagnóstico en Vasculitis ANCA (VAA) de anticuerpos anti-mieloperoxidasa (MPO-ANCA) y anti-proteinasa 3 (PR3-ANCA) en pacientes chilenos.

Dr. Sebastián Chávez¹, Dr. Camila Valencia¹, Dr. Dannette Guiñez¹, Mr. Eduardo Villa¹, Dr. Francisco Gonzalez¹, Dr. Pamela Wurmman¹

¹Universidad de Chile, Departamento de Medicina, HCUCh

RESUMEN

Introducción: Los MPO-ANCA y PR3-ANCA son útiles en el diagnóstico de las VAA. La sensibilidad (S) de PR3-ANCA para granulomatosis con poliangeitis es de 65-81% y de MPO-ANCA para poliangeitis microscópica de 58-88%. A su vez, la especificidad (E) es de 61-99% y 91-99% respectivamente. Su interpretación es binaria (+/-), pero a mayor título aumenta la probabilidad de VAA. Un 9-16% de las VAA son ANCA (-). Otros diagnósticos pueden dar ANCA (+).

Objetivo: Evaluar el rendimiento diagnóstico de MPO-ANCA Y PR3-ANCA en VAA.

Metodología: Se revisaron todos los diagnósticos de policlínico, egresos hospitalarios, y biopsias con VAA y los MPO-ANCA y PR3-ANCA del laboratorio desde 2014 a 2021, considerando el cambio de técnica el 2019. Se confirmaron los diagnósticos de los pacientes con y sin VAA. Se calculó el valor predictivo positivo (VPP) de cada inmunoensayo y la S del total. Para cada técnica se calculó rendimiento para distintos puntos de corte. Se estableció un óptimo según el índice de Youden.

Resultados: Se incluyeron 217 pacientes: 111 MPO-ANCA (+), 87 PR3-ANCA (+), 8 doble (+) y 11 doble (-). En la cohorte completa la S de MPO y PR3-ANCA para VAA fue de un 90% y los VPP fueron de 72% y 49%, antes y después del 2019 respectivamente. Los VPP para VAA antes y después del 2019 fueron 73% y 77% para MPO-ANCA y de 68% y 25% para PR3-ANCA. El valor de mayor rendimiento de la nueva técnica para MPO-ANCA fue de 70 U/mL; con E de 1,0 y S de 0,63. Para PR3-ANCA fue de 36,65 U/mL con E de 0,82 y S de 0,79 (FIGURA 1).

Conclusión: La S de la técnica es acorde a lo descrito, mientras que la caída del VPP de PR3-ANCA post 2019 se podría explicar por uso masivo y/o búsqueda activa. La solicitud de MPO-ANCA y PR3-ANCA debe realizarse con una sospecha clínica bien fundada para optimizar su rendimiento diagnóstico, considerando que títulos más altos se relacionan con una mayor probabilidad de tener la enfermedad, disminuyendo los falsos positivos. Finalmente, un test (+) no constituye diagnóstico y debemos estar atentos a otras etiologías que puedan simular VAA.

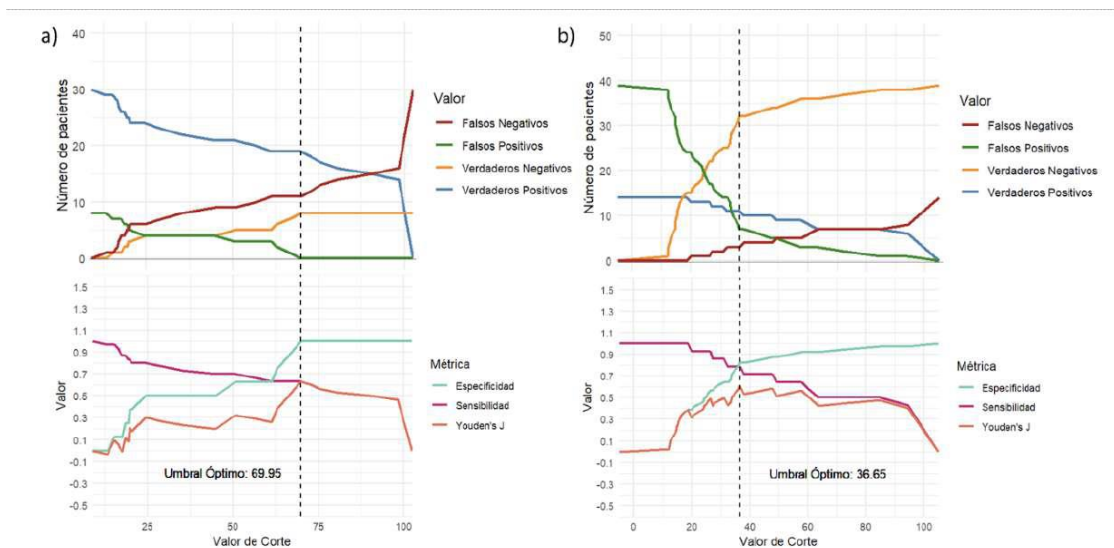


Figura 1. a) Rendimiento diagnóstico de ANCA-MPO desde 2019 en VAA. **b)** Rendimiento diagnóstico de ANCA-PR3 desde 2019 en VAA.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Vasculitis ANCA - Anticuerpos anti-mieloperoxidasa - Anticuerpo anti-proteinasa 3

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Sebastián Chávez → chavezarm@uchile.cl

Hiperplasia Gingival granular o en Fresa como primer signo de Granulomatosis con Poliangeitis: a propósito de un caso

Dr. Felipe Schweitzer^{1,2}, Dr. Irene Castro^{1,2}, Dr. Felipe Parrao², Dr. Cecilia Cuellar², Dr. Paulina Díaz¹

¹HGGB, Hospital de Concepción

²Universidad de Concepción

RESUMEN

Introducción: La Granulomatosis con Poliangeitis (GPA) es una vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). Su etiología es desconocida, presentando principalmente compromiso de vía respiratoria superior, pulmonar y renal. Las lesiones orales aparecen entre un 5-10% de los pacientes. La hiperplasia gingival granular (HGG) es una manifestación infrecuente, pero puede ser el primer signo de GPA.

Presentación del caso: Paciente de 24 años consulta por obstrucción nasal unilateral, otalgia, cefalea y fiebre. Se diagnostica sinusitis iniciando antibióticos. Evoluciona con aumento de volumen palpebral con ptosis secundaria, hiposmia, disgeusia edema facial izquierdo con encías de aspecto granulomatoso y friables. Resonancia magnética informa sinusitis etmoidal, frontal y esfenoidal. Progresa con hipoacusia, otalgia, aumento de volumen peri orbitario y parotídeo. De sus resultados destaca: VHS 111 mm/h, PCR 15.52 mg/dl, Procalcitonina 0.1 ng/mL, Hb 10.0 g/dL, Hcto 30.0 %, plaquetas 490.000 x10e3/uL. Inicio Metilprednisolona y rituximab con regresión de síntomas, recuperación de audición, ausencia de fiebre. Se rescata ANCA-c + 1/20, PR3 >100 U/ml. Tomografía de tórax: nódulos bilaterales no cavitados. Biopsia: inflamación crónica intensa activa, formada por polimorfonucleares, linfocitos, escasas células gigantes multinucleadas y granulomas mal formados, necrosis y vasculitis.

Discusión: En gran número de pacientes los primeros síntomas de GPA aparecen en la zona de la cabeza y cuello. Varias condiciones como sinusitis destructiva, rinitis costrosa, deformidad en silla de montar, otitis media, escleritis, parálisis facial, úlceras orales e hiperplasia gingival se describen en la enfermedad. Aproximadamente 10% de los pacientes presenta lesiones orales durante la enfermedad y en el 2% son el primer signo. La HGG es una característica importante de la afectación oral en GPA en la cual las encías aumentan de tamaño con eritema y hemorragias microscópicas sobre la superficie con pequeñas petequias y lesiones puntiformes. Se considera patognomónica de GPA según algunos autores. Su rápido reconocimiento favorece el diagnóstico y tratamiento precoz.

**CATEGORÍA**

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

vasculitis - gpa - diagnostico

AUTOR CORRESPONSAL

M.D. Felipe Schweitzer → felipeschweitzer@gmail.com

Adolescente con dolor crónico de piernas: fascitis eosinofílica

Dr. Sara Concha¹

¹ Pontificia Universidad Católica

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La fascitis eosinofílica (FE) es un desorden autoinmune de origen desconocido caracterizado por induración y engrosamiento de la piel y tejidos blandos usualmente con eosinofilia periférica. Fue descrito inicialmente en 1974 como una variante de la esclerosis localizada. Se ha descrito asociación a ejercicio vigoroso, trauma, neoplasias, drogas y otras enfermedades autoinmunes como morfea.

Existen escasos reportes en la literatura de FE en niños. Un reporte del año 2016 de 3 casos mostró inicio precoz de la enfermedad entre los 3 y 4 años, contracturas articulares, mayor compromiso sistémico como hepatoesplenomegalia que en adultos, hipereosinofilia, hiperintensidad de la fascia en secuencia STIR de la resonancia y en la biopsia infiltrado mononuclear inflamatorio. Otros estudios han demostrado que a diferencia de los adultos, es poco frecuente observar cambios cutáneos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años con antecedente de asma, alopecia areata, obesidad, resistencia a la insulina, hipertensión arterial y trastorno del ánimo en tratamiento con sertralina. Consulta por dolor en ambas piernas de un año de evolución. Sin antecedentes familiares importantes. Dolor inicialmente al hacer deporte, pero en el último tiempo dolor continuo en ambas piernas que le impide realizar deporte hace 6 meses y dificulta la marcha en el último mes. Sin otros síntomas asociados, sin fiebre ni baja de peso. Múltiples consultas incluso en servicio de urgencias, se sospecha dolor óseo recurrente benigno y se maneja con antiinflamatorios no esteroideos con mala respuesta. Se realizan hemograma, perfil bioquímico y radiografía de piernas que resulta normal. Al examen físico no se observan cambios cutáneos. Se realiza resonancia magnética que informa fascitis eosinofílica. Se realiza estudio con ANA, CK total, ENA, electroforesis de proteínas, IgG todo normal. Radiografía de tórax y ecocardiograma normal. Se realiza biopsia que informa tejido muscular con infiltrado inflamatorio endomisial, tejido conectivo denso sin inflamación, tejido fibroconectivo sin alteraciones. Se inicia tratamiento con prednisona 1mg/kg día por 2 semanas y luego disminución lenta hasta suspender al mes de inicio y metotrexato 15mg/m² logrando disminución del dolor y recuperación de la actividad diaria aproximadamente a las 6 semanas de inicio de tratamiento.

CONCLUSIONES

La FE en niños puede ser difícil de diagnosticar. En este caso, la resonancia fue clave para el diagnóstico dado que acorde a lo descrito en la literatura, no todos los pacientes presentan eosinofilia periférica o cambios

cutáneos y la biopsia muchas veces muestra infiltrado inflamatorio y no siempre eosinofilia. Es fundamental continuar con seguimiento para manejo del dolor y también evaluando compromiso sistémico dado el mayor riesgo en niños.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Fascitis - Eosinofilia - dolor musculoesquelético

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Sara Concha → saraconcha@gmail.com

ID 3855

ECOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA EN EL APOYO AL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE SINDROME DE PULMON ENCOGIDO: REPORTE DE UN CASO

Sra. Magdalena Canals¹,

¹ Clínica Alemana , Hospital Padre Hurtado

RESUMEN

Introducción: El compromiso pulmonar en LES es frecuente, sin embargo, el síndrome del pulmón encogido (SPE) se presenta en menos del 1%. El diagnóstico se basa en la clínica, imágenes con disminución del volumen pulmonar y elevación del diafragma por disfunción. En los últimos años, la ecografía ha tomado protagonismo, siendo un método no invasivo, que permite evaluar de forma dinámica la movilidad diafragmática y el parénquima pulmonar. Los parámetros obtenidos como fracción de acortamiento diafragmática (DTF), excursión, grosor y calidad del movimiento, permiten sustentar el diagnóstico y realizar seguimiento.

Caso: Mujer de 64 años con antecedente de DM2. Se hospitaliza por cuadro de 6 meses de lesiones maculares pruriginosas, baja de peso y disnea. Al examen hipertensa, saturando 86% ambiental, 20 resp/min, afebril; lesiones maculares generalizadas, murmullo pulmonar abolido en bases, cardiaco normal. Laboratorio: Hto 32%, Hb 10.5 g/dL, GB 5920 cel/mm³, plaquetas 186.000 cel/mm³, VHS 100 mm/h, PCR 47 mg/l, creatinina 0.66 mg/dL, orina completa con proteínas 100 mg/dl. Angio TAC: sin TEP, atelectasias basales, derrame pericárdico y pleural bilateral leve. Estudio autoinmune: ANA 1/2560 moteado, perfil ENA: Ro52 >240 U/mL, Ro60 >282 U/mL, Sm >480 U/mL, RNP 219 U/mL, DNA 1/10, C3 79 mg/dL, C4 10 mg/dL. Ecocardiograma sólo disfunción diastólica leve. Biopsia mostró dermatitis de interfase y abundante mucina. La paciente evoluciona con aumento de requerimientos de oxígeno, sin respuesta a terapia depleitiva. Requiere ventilación mecánica no invasiva (VMNI) continua y presiones de soporte entre 10 a 12 cmH₂O, guiadas según evaluación ecográfica. Se plantea SPE. Ecografía diafragmática compatible con disfunción diafragmática e hipoquinesia (ver tabla). Con el uso de presión de soporte, DTF y excursión aumentan y normaliza valores de movimiento biomecánico. No se logra medir PIM-PEM. Recibe metilprednisolona 3 gramos, corticoides orales y 6 pulsos mensuales de ciclofosfamida 1 gramo ev. Evolución favorable, logrando independencia de VMNI y resolución del resto de las manifestaciones. Se adjunta tabla con parámetros ecográficos normalizados al seguimiento a los 15 días y 3 meses.

Conclusión: Destacamos la utilidad diagnóstica y de seguimiento de la ecografía pulmonar y diafragmática en la evaluación de pacientes disneicos hospitalizados con LES, principalmente en pacientes que no se pueden realizar PFP ni medición PIM-PEM.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

XXXIV



CONGRESO CHILENO DE REUMATOLOGIA

ORGANIZA SOCIEDAD CHILENA DE REUMATOLOGÍA



PALABRAS CLAVES

Ecografía diafragmatica

AUTOR CORRESPONSAL

Sra. Magdalena Canals → manecanals@gmail.com

4 al 7 de OCTUBRE 2023

HOTEL ENJOY, VIÑA DEL MAR, V REGIÓN



Síndrome Pulmón-Riñón: Un año de experiencia en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile.

Dra. María Gabriela Guasamucaro Castillo¹, Dra. Alejandra Álvarez¹, Dr. José Jiménez¹, Srta. Constanza Castellón¹

¹Hospital San Pablo de Coquimbo

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El síndrome pulmón-riñón (SPR) resulta de la combinación de hemorragia pulmonar difusa y glomerulonefritis rápidamente progresiva (GMNRP). Al ser un cuadro poco frecuente, los datos de SPR vienen de pequeños estudios con limitado seguimiento.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue identificar etiologías, manifestaciones clínicas, modalidades de tratamiento y desenlace de los pacientes que se presentaron con SPR al Hospital de Coquimbo entre junio/2022 y junio/2023.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo que incluyó los casos de SPR presentados en el Hospital de Coquimbo, Chile entre junio/2022 y junio/2023. Los criterios de inclusión fueron: Hemorragia pulmonar difusa, GMNRP con deterioro de la función renal e hipoxia (pO₂ menor de 60 mm/Hg). Se recabaron las características basales (edad, sexo, comorbilidades), características clínicas, bioquímicas y serológicas, APACHE II, uso de ventilación mecánica invasiva (VMI) y drogas vasoactivas (DVAs), Birmingham Vasculitis Activity Score (BVASv3), sobrevida y dependencia de diálisis al egreso. Los datos fueron obtenidos de las fichas clínicas y bases de datos de laboratorios. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y se expresó los resultados en términos de promedios y porcentajes.

RESULTADOS: Se incluyó 5 casos en el estudio. Las características basales se muestran en la tabla 1. Las manifestaciones más frecuentes fueron disnea y oligoanuria. Todos resultaron positivos a ANCA. Todos presentaron opacidades en vidrio esmerilado bilaterales y uno, derrame pleural bilateral laminar. El 60% requirió DVAs, y 100% VMI y diálisis. En los 5 casos hubo infecciones asociadas. Todos recibieron pulsos de metilprednisolona y recambios plasmáticos, 4 ciclofosfamida EV y 1 inmunoglobulina G. Cuatro pacientes fallecieron. El sobreviviente egresó con diálisis trisemanal.

CONCLUSIONES: El SPR es una entidad grave. Las VAAs son la principal etiología. Las infecciones son frecuentes y limitan la terapéutica. El porcentaje de muertes supera el reportado en otras series (80 Vs 50%), sin embargo, el BVAS era alto al igual que el APACHE II lo que pudo empeorar el pronóstico.

Tabla 1. Características basales de los pacientes

	N°
Hombres (%)	3 (60%)
Edad, media (rango)	67,6 (63-70)
Duración de los síntomas previa a hospitalización, media en semanas (rango)	9,6 (1-16)
APACHE-II (rango)	26,4 (14-31)
BVAS, media (rango)	22,2 (15-27)
Creatinina mg/dl, media (rango)	13,02 (7,6-15,9)
Hemoglobina g/dl, media (rango)	4,8 (3,5-5,7)
Comorbilidades	
• EPOC (%)	1 (20)
• Tabaquismo (%)	2 (40)
• Hipotiroidismo (%)	1 (20)
• Artritis reumatoide (%)	1 (20)
• HTA (%)	1 (20)
• Ninguna (%)	1 (20)

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Hemorragia pulmonar - Glomerulonefritis - Vasculitis

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. María Gabriela Guasamucaro Castillo → gabyguasamucaro@gmail.com

Experiencia de un Comité multidisciplinario en enfrentamiento de la Enfermedad Pulmonar intersticial asociada a enfermedad reumatológica autoinmune.

Srta. Valentina Bustos¹, Sra. Dayana Castellón¹, Sra. Mónica Gutiérrez¹, Sr. Álvaro Zúñiga¹, Sr. Mauricio Leissner¹, Sra. Claudia Valenzuela¹, Sr. Carlos Niklander¹, Sr. César Reyes¹, Sra. Elena Jarpa¹, Sr. Jonathan Sotomayor¹, Sr. Ivo López¹

¹Hospital Naval Almirante Nef

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las Enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) son causa importante de morbimortalidad en las enfermedades reumatológicas autoinmunes (ERA).

El gold standard para el diagnóstico es la resolución de un comité multidisciplinario (CMD) compuesto por neumólogo, radiólogo, reumatólogo y patólogo. La implementación de un CMD ha evidenciado cambios de diagnóstico en 21% de los casos y aumento de hasta un 10% en el diagnóstico de EPI asociada a ERA.

Con el fin de adecuarse a las recomendaciones de las guías internacionales en nuestro hospital se creó un CMD para el enfrentamiento de las EPI.

OBJETIVOS: Revisar retrospectivamente la implementación de un CMD en un hospital terciario y describir características demográficas, clínicas, imagenológicas y terapéuticas de los pacientes evaluados.

MATERIAL Y MÉTODOS: El 2018 fue creado un CMD (excepto patólogo). Se realizan reuniones semanales de 60 minutos, donde se revisan historias clínicas (énfasis en factores de riesgo, exposiciones ambientales y enfermedades sistémicas), exámenes complementarios (TC tórax, pruebas de función pulmonar, biopsias, etc.) y se discute diagnóstico y tratamiento más adecuado para cada caso. Lo decidido tiene carácter vinculante, por lo que las recomendaciones deben ser acatadas por el tratante.

Un asistente expone de forma regular una revisión de la literatura.

RESULTADOS: Durante el período revisado se han presentado 87 pacientes con un total de 239 evaluaciones. Un 73% fueron mujeres y el promedio de edad de la muestra fue de 67,55 años. Los patrones radiológicos más frecuentes fueron NSIP (48%), UIP (20%), COP (3%) y neumonitis por hipersensibilidad (3%). Los diagnósticos reumatológicos más frecuentes fueron: Esclerodermia (18%), IPAF (18%), artritis reumatoide (17%), vasculitis (11%), miopatías (10%), Sjögren (10%) y EMTC (6%). Un 13% tenía hipertensión pulmonar. Con respecto al tratamiento; 6% recibió pulsos de corticoides, 33% inmunosupresores, 28% terapia biológica, 9% antifibróticos y 31% se decidió seguimiento con función pulmonar.

CONCLUSIONES: La implementación de un CMD permite una colaboración conjunta de especialidades y una evaluación integral para los pacientes. Esto se refleja en mayor agilidad diagnóstica, menos procedimientos y mayor consenso al elegir alternativas terapéuticas.

Dentro de las falencias evidenciadas encontramos la limitación en el registro de las discusiones y conclusiones, sobretodo entre 2018-2020, y la ausencia de un patólogo.

CATEGORÍA

(R0003) - Categoría Reumatología en Chile

PALABRAS CLAVES

Intersticial - Multidisciplinario - Reumatológico

AUTOR CORRESPONSAL

Miss Valentina Bustos → vale.bustos13@gmail.com

MANIFESTACIONES AUTOINMUNES (MAI) COMO DEBUT DE INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE (IDCV): A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Srta. Valentina Bustos¹, Dr. Miguel Gutiérrez¹, Sra. Pamela Cofré¹, Sr. Armando Peña¹,

¹ Hospital Naval Almirante Nef, Universidad de Valparaíso.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La inmunodeficiencia común variable es la inmunodeficiencia primaria sintomática más común. La reducción en suero de IgG, IgA y/o IgM y la falta de producción de anticuerpos (AC) son el sello.

Cerca del 90% sufre infecciones, sobre todo en tractos respiratorio y digestivo. Otras presentaciones son: enfermedad granulomatosa, linfoproliferación policlonal, malignidad y autoinmunidad.

El manejo incluye aporte periódico de inmunoglobulinas como piedra angular y terapias de soporte nutricional e inmunosupresores según clínica.

A continuación, presentamos 2 casos que debutaron con MAI, sin historia relevante de infecciones.

CASO CLÍNICO 1: Hombre de 33 años que consultó por dolor abdominal de larga data, diarrea, baja de peso y oligoartralgias. TC TAP con esplenomegalia y múltiples adenopatías. Biopsia adenopatía abdominal compatible con hiperplasia folicular linfoide y citometría de flujo (CMF) (-) para linfoma. Se asoció hipogammaglobulinemia e hipoalbuminemia. VIH (-). Serología enfermedad celiaca (EC) (-), HLA DQ2(-) y DQ8(+). Endoscopia digestiva (EDA) y enteroscopia con atrofia de mucosa intestinal y yeyunitis ulcerativa. Colonoscopia normal. Ante sospecha de enteropatía autoinmune por IDCV se inició IgEV 1 gr/kg con buena respuesta. No hubo mejoría a dieta sin gluten.

Presentó recaída con anemia hemolítica autoinmune (Coombs directo +), por lo que se asociaron corticoides y rituximab con buena respuesta.

CASO CLÍNICO 2: Hombre de 47 años que consultó por baja de peso de 20 kg en 3 meses y diarrea crónica. PET CT múltiples adenopatías mesentéricas hipermetabólicas y esplenomegalia. Laboratorio con pancitopenia, déficit vitamina B12 y vitamina D, hipoalbuminemia, ferropenia e hipogammaglobulinemia. VIH (-) EDA con atrofia vellositaria, colonoscopia normal, serología EC (-) HLA DQ2(-)/DQ8(-) y CMF de ganglio (-) para linfoma. Ante sospecha de IDCV se inició manejo con IgEV 1 gr/kg y soporte nutricional/vitamínico con buena respuesta.

DISCUSIÓN: Las MAI son frecuentes en IDCV pese a deficiencia de AC, presumiblemente por alteración en mecanismos regulatorios de inmunidad. Por eso, en el estudio de MAI hay que incluir la IDCV dentro de los diagnósticos diferenciales.

La presentación de ambos fue con síndrome de malabsorción secundario a diarrea, la manifestación gastrointestinal más frecuente en IDCV.

Es relevante una alta sospecha para iniciar un manejo oportuno, disminuir secuelas y pesquisar complicaciones.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Inmunodeficiencia – Autoinmunidad

AUTOR CORRESPONSAL

Srta. Valentina Bustos → vale.bustos13@gmail.com

Datos de la vida real de sobrevida de terapia biológica/inhibidores JAK de primera línea en pacientes con artritis reumatoide en la región de Atacama, Chile.

Dr. Marcos Cruces¹, Dr. Yolanda Gómez Olmos², Srta. Constanza Fuenzalida Astorga¹

¹ Servicio de Inmunología y Reumatología del Hospital Regional de Copiapó.

² Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Atacama

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune, y sistémica, de etiología desconocida que afecta principalmente a las articulaciones, evolucionando frecuentemente hacia la destrucción y deformidad articular. Entre un 10 a 20% no responde a la terapia con drogas modificadoras de la enfermedad (FARME) tradicionales. Desde 2015, a partir de la promulgación de la Ley 20.850 (Ley Ricarte Soto, LRS), los pacientes con AR refractaria son candidatos a tratamiento con fármacos biológicos (FARMEb) o inhibidores JAK (tofacitinib, disponible desde 2019). Estos medicamentos cumplen un rol importante en el tratamiento de la AR, pero son de alto costo, aunque los biosimilares disponibles han mejorado la relación costo/beneficio. A medida que hay más medicamentos disponibles para tratar la AR, existe una mayor necesidad de evaluar su sobrevida en el mundo real y particularmente aportar datos locales y nacionales.

OBJETIVO: Describir la sobrevida de los FARMEb y de inhibidor JAK en terapia inicial en los pacientes con AR refractaria atendidos en el policlínico de reumatología en el Hospital Regional de Copiapó “San José del Carmen” (HRC).

MATERIALES Y MÉTODOS: se incluyeron 130 pacientes con AR refractaria en tratamiento de primera línea con FARMEb o inhibidor JAK, en seguimiento de la LRS hasta el 31 de julio de 2023, del policlínico de reumatología del HRC. Los datos fueron obtenidos del bajo control de AR de LRS, mediante revisión de fichas clínicas de los pacientes. Se describen características demográficas y clínicas de los pacientes; sobrevida de FARMEb o inhibidor JAK, causa de suspensión/cambio de terapia. Se realizó cálculo de promedio, porcentaje y desviación estándar para cálculo de variables categóricas. Se utilizó curva de Kaplan Meier para reportar sobrevida, se realizó prueba de log-rank, sobre la hipótesis de igualdad de curvas de sobrevivencia, valores de $p \leq 0,05$ indican significación estadística. Para el análisis de los datos se utilizó el software R.

RESULTADOS: la edad promedio fue de 61,58 años \pm 10,58, con 90% de mujeres. El 23,07% tiene tabaquismo activo. Pacientes con FR positivo 85,38% y con AntiCCP positivo 83,07%. El promedio del DAS28VHS inicial fue 6.3 \pm 0,52 y del DAS28VHS último control 4.04 \pm 0,99. El HAQ inicial promedio fue de 1.56 \pm 0,50 y el del

último control fue 0.93 ± 0.43 . Uso de corticoides en 62,3% de los pacientes, con dosis promedio de prednisona o equivalente de 4,13mg/día. Uso de terapia antiTNF en 68,46%, abatacept en 16,15%, tofacitinib 9,23%, rituximab y tocilizumab 3,08% cada uno (n=4 c/u). Se calculó la sobrevida de los diferentes tratamientos con curva de Kaplan Meier (excluyendo rituximab y tocilizumab por n menor a 10) ver gráfico 1. No hubo diferencias significativas entre la sobrevida de los grupos (antiTNF, abatacept, tofacitinib), siendo $p > 0,2$. El tiempo de sobrevida promedio para etanercept fue de 186,04 semanas $\pm 86,63$, adalimumab de 179,10 semanas $\pm 108,30$, golimumab 103,86 semanas $\pm 61,19$, abatacept 184,39 semanas $\pm 53,37$ y tofacitinib 179,96 semanas $\pm 32,269$. Se realizó una prueba de log-rank para la comparación de grupos, dos a dos, existiendo diferencia significativa, a favor de abatacept y tofacitinib versus golimumab (abatacept/golimumab $p=0,02$ y tofacitinib/golimumab $p=0,05$). El 35,38% (n=46) de los pacientes presentó suspensión/cambio de tratamiento, representado la falta de respuesta el 76,08% (n=35), reacción adversa a medicamentos 10.86% (n=5) y otras causas (neoplasia, EPID, fallecimiento) el 13.04% (n=6).

CONCLUSIÓN: en nuestra cohorte de pacientes la sobrevida entre los grupos de terapia biológica/inhibidor JAK no hubo diferencia estadísticamente significativa; sin embargo si hubo diferencias en la sobrevida a favor de abatacept y tofacitinib versus golimumab, entendiéndose que son datos limitados por la cantidad de pacientes incluidos en el estudio. Un metaanálisis (2022) reportó mayor sobrevida de terapia no antiTNF versus antiTNF en pacientes con AR. Se reportó suspensión/cambio de tratamiento a la terapia inicial en un 35,38% de los pacientes, representando la falta de respuesta el mayor porcentaje de los cambios, similar a lo reportado en otros estudios.

CATEGORÍA

(R0003) - Categoría Reumatología en Chile

PALABRAS CLAVES

Sobrevida terapia biológica/inhibidor JAK - Artritis reumatoide

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Marcos Cruces → marcoscruces48@hotmail.com

Necrólisis epidérmica tóxica Necrólisis epidérmica tóxica: Presentación de un caso clínico

Dr. Silvana Saavedra¹⁻²⁻³, Dra. Silvana Saavedra, Dr. Eduardo Briones³⁻⁴, Dr. Matías Sandoval⁴, Dr. Vicente Orellana⁴, Dr. Valeria Alfaro⁴, Dr. Fernando Valenzuela⁴

¹SOCHIRE

²Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile

³Clínica Indisa

⁴Departamento de Dermatología Hospital Clínico de la Universidad de Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La necrólisis epidérmica tóxica (NET) es una reacción adversa cutánea grave e infrecuente, secundaria en el 90% de los casos a fármacos. Con respecto a la ciclofosfamida en la literatura existen escasos reportes de casos asociados a éste. Por su parte, el lupus eritematoso sistémico (LES) se ha asociado a múltiples manifestaciones vesico-ampollares, entre ellas la NET asociada al lupus agudo o subagudo, que se caracteriza por lesiones tipo NET en áreas fotosensibles.

CASO CLÍNICO. Hombre de 26 años, antecedente de LES que debuta con alopecia, rash malar e HTA, asociado a hematuria microscópica y proteinuria de hasta 2 gr/24 hrs, sin alteración de la función renal. ANA 1/5120 M, SM 163, C4 16 y C3 84, Ac antiDNAs negativos. No se realiza biopsia renal por motivos económicos. Se inicia terapia esterooidal en dosis equivalentes a 1 mg/kg/día, junto a Hidroxicloroquina 400 mg/d, Micofenolato 3 gr/d, Enalapril 10 mg/12 hr y clortalidona 25 mg/d. Al cuarto mes presenta reactivación rash asociado a proteinuria de hasta 3.5 gr/24 hrs. Se decide iniciar pulso de Ciclofosfamida 1 gr + Mesna 800 mg mensual. Al décimo día post infusión paciente presenta prurito generalizado, con aumento de volumen y eritema de labio superior. Evoluciona con rápida progresión del eritema, con extensión hasta cuello, tronco y EESS, además de intensificación del prurito. Tres días previo a su ingreso se agregan ampollas y descamación dolorosa en tronco y cuello con signo de Nikolski positivo, además de peaks febriles intermitentes y calofríos. Se deriva a urgencia y se hospitaliza en HCUCH por sospecha de NET, donde se constata 35-45% área superficie corporal comprometida. Inicia gammaglobulina 2g/kg/4 días e hidrocortisona 100 c/8 h, con suspensión de fármacos potencialmente gatillantes, evolucionando favorablemente y sin progresión de lesiones. Estudio: C4 22 y C3 74, Ac antiDNAs negativos (IFI y ELISA); VEB, Mycoplasma IgM, PCR CMV, VH6, VIH, VHB y VHC negativos. Biopsia de piel: Hallazgos morfológicos concordantes con eritema multiforme/necrolisis epidérmica tóxica. Paciente evoluciona en buenas condiciones generales, con lesiones en piel y mucosas con tendencia a la resolución. Finalmente inicia desescalamiento de esteroides y se agrega tacrolimus con excelente respuesta cutánea y renal a la fecha.

CONCLUSIÓN: La presentación de NET en pacientes con LES es un dilema diagnóstico debido a la heterogeneidad en la presentación de esta enfermedad, y a la complejidad de la respuesta inflamatoria característica del LES. En la mayoría de los pacientes se logra demostrar la relación de causalidad con un fármaco. En este caso particular el fenómeno ocurrió tras uso de ciclofosfamida. Además se ha descrito la potenciación de sus efectos mielosupresores, al interaccionar con tiazidas, las que reduce la excreción renal de la ciclofosfamida. El diagnóstico temprano permitió una rápida instauración de una terapéutica completa con uso de corticoides en altas dosis y gammaglobulina, lo fue un factor clave en la evolución favorable del paciente.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

Necrólisis epidérmica tóxica - Lupus eritematoso sistémico -

AUTOR CORRESPONSAL

Dr. Silvana Saavedra → dra.silvanasaavedra@gmail.com

Caracterización de pacientes pediátricos con morfea

Sr. Diego Méndez¹

¹Interno Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la morfea es una enfermedad fibrosante inflamatoria de la piel y el tejido subcutáneo, también llamada esclerosis localizada, poco frecuente en niños. Su diagnóstico es clínico y muchas veces tardío, lo que lleva retraso en el inicio de tratamiento, con complicaciones y secuelas severas.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio observacional descriptivo. Revisión de fichas clínicas de pacientes pediátricos que consultaron por morfea en la Red Salud UC CHRISTUS entre los años 2018 y 2023 en Dermatología o Reumatología Pediátrica.

RESULTADOS: se incluyeron 45 pacientes, 56% hombres, edad mediana al inicio de enfermedad $6,4 \pm 3,2$ años (rango 1-14 años) con un retraso promedio en el diagnóstico de 8 meses y un seguimiento promedio de 6,7 años. Un 28% tenía además antecedente de otra enfermedad autoinmune, siendo lo más frecuente vitiligo (7%) e hipertiroidismo (7%). El tipo de morfea más frecuente fue lineal (53%); 16/45 pacientes en golpe de sable (36% del total) y 1 paciente cumplía criterios para síndrome de Parry Romberg. A todos esos pacientes se les realizó una RM cerebral, solo 1 presentó compromiso profundo, pero ninguno presentó complicaciones neurológicas ni oftalmológicas. Un 33% presentó morfea en placa, 11% generalizada, 4% panesclerosante y 4% mixta. A 28/45 pacientes se les realizó una ecografía, 24/45 al debut y a 16/45 durante el seguimiento. Al 57% se le realizó biopsia de piel, que resultó compatible con esclerosis localizada. Un 50% presentó anticuerpos antinucleares positivos, 61% con patrón moteado; 35% de ellos tenía otra enfermedad autoinmune y 48% antecedentes familiares de autoinmunidad.

Todos los pacientes excepto 1 con una morfea circunscrita única recibieron tratamiento sistémico: 27% recibió sólo metotrexato, 55% corticoides más metotrexato y 23% además micofenolato por falta de respuesta. De los pacientes con morfea en golpe de sable, todos recibieron corticoides, 14/16 asociado a metotrexato y 2/16 asociado a micofenolato. Por falta de respuesta, 2/16 usó abatacept y 1/16 tocilizumab.

Del total de pacientes, un 73% usó tratamiento tópico, principalmente corticoides e inhibidores de calcineurina. Como secuelas, además del compromiso cutáneo, 3 de los 8 pacientes con morfea lineal en extremidades, presentó acortamiento de una extremidad.

CONCLUSIONES: la morfea lineal es la más frecuente en pediatría, pero en nuestra serie destaca la alta prevalencia de morfea en golpe de sable. El tratamiento sistémico precoz en estos pacientes fue fundamental para evitar secuelas.

CATEGORÍA

(R0002) - Categoría Clínica

PALABRAS CLAVES

morfea - golpe de sable - esclerodermia localizada

AUTOR CORRESPONSAL

Mr. Diego Méndez → diegomendezvillanueva@gmail.com

PATROCINADORES



Sociedad Chilena de Pediatría



Sociedad Chilena de Hematología



SOCHIMES
SOCIEDAD CHILENA DE MEDICINA DEL SUEÑO



Sociedad Chilena de Alergia e Inmunología



Sociedad Peruana de Reumatología



SOCIEDAD URUGUAYA DE REUMATOLOGÍA