



Boletín del Colegio Mexicano de Reumatología

Órgano Informativo y de Vinculación del Colegio Mexicano de Reumatología

Vol. 5 No. 4 Septiembre-Octubre de 2007

DIRECTORIO

Editor en Jefe

Dr. Juan Elmer Olguín Redes

Coordinador del Comité de Publicaciones

Dr. Arnulfo H. Nava Zavala

Consejo Directivo 2007-2008

Presidente

Dr. Manuel Robles San Román

Vicepresidente

Dr. Antonio Rafael Cabral Castañeda

Secretario

Dr. Lucio Ventura Ríos

Tesorera

Dra. Leticia Lino Pérez

Representantes de las Correspondencias

Correspondencia Centro

Dr. Carlos Salinas García de la Cadena

Correspondencia Centro-Sur

Dra. Lucía N. Echeverría Díaz

Correspondencia Chiapas

Dr. Fredy Esquinca Villatoro

Correspondencia Jalisco

Dr. Arnulfo Nava Zavala

Correspondencia Laguna

Dra. Irma Orta Flores

Correspondencia Michoacán

Dr. Leobardo Terán Estrada

Correspondencia Noreste

Dra. Cassandra Skinner Taylor

Correspondencia Noroeste

Dr. Iván Francisco Chavira Ruiz

Correspondencia Norte

Dr. Salvador Pizarro Chávez

Correspondencia Veracruz

Dr. Francisco Ramos Niembro

Correspondencia Península

Dr. Abraham Simón Campos

Correspondencia Sureste

Dr. Ricardo Gómez Angulo

CONTENIDO

Acta de la Sesión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología correspondiente al mes de mayo de 2007	66
Acta de la Sesión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología correspondiente al mes de junio de 2007	67
Convocatoria para proponer candidatos al premio «Maestro de la Reumatología»	68
Convocatoria para ocupar los cargos de Vicepresidente y Tesorero suplente	69
Abordaje sistematizado de la literatura en el tratamiento de la esclerodermia. (Recomendaciones de la Reunión Internacional de Zurich, 2007)	70
Patrones emergentes de nuevos factores de riesgo capaces de subclasificar a la artritis reumatoide	72
Neurolupus en imágenes	73
Frida Kahlo en la reumatología mexicana. Homenaje a 100 años de su nacimiento (1907-2007)	73
Veracruz, sede del XXXVI Congreso Mexicano de Reumatología 2008	78

Boletín Mexicano de Reumatología

Órgano Informativo y de Vinculación del Colegio Mexicano de Reumatología
www.colmexreuma.org.mx

Atenor Sala Núm. 81 Colonia Narvarte. 03020, México, D.F.
Teléfonos: 01(5)5538-1048 y 5519-9489.

Diseñado, producido e impreso en México por Graphimedic, S.A. de C.V.
Tels.: 85-89-85-27 al 31. E-mail:emyc@medigraphic.com

Acta de la Sesión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología correspondiente al mes de mayo de 2007

Siendo las 20:30 horas del día 29 de mayo de 2007 se reunieron en el auditorio "Dr. Aquiles Calles" del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, sito en Avenida Félix Cuevas Núm. 540, 1er Piso Colonia del Valle, Delegación Coyoacán en la Ciudad de México, los asociados que en la lista de asistencia se detallan, a efecto de llevar a cabo la Reunión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología al tenor del siguiente Orden del Día:

1. Lectura y aprobación del Acta de la Sesión anterior
2. Informe de la Mesa Directiva
3. Asuntos generales
4. Programa académico

Estando presentes 71 asociados en sala y 34 por videoconferencia, se procedió al desahogo del Orden del Día, dándose:

1. Lectura y aprobación del Acta de la Sesión anterior

Se procedió a dar lectura del Acta de la Asamblea General de Asociados y Sesión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología a fin de ser aprobada, manifestando por unanimidad de los presentes su aceptación, tomándose el:

Acuerdo: Los asociados del Colegio Mexicano de Reumatología aprueban el Acta de la Sesión de fecha 24 de abril de 2007 celebrada en la ciudad de México en el auditorio "Dr. Aquiles Calles" del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

2. Informe de la Mesa Directiva

El Dr. Manuel Robles San Román procedió a la presentación del informe en el que abordó los siguientes puntos:

- a) Comentó que durante el XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología se realizó una reunión para revisar el estado que llevaba el Consenso para el uso de AINEs que se está realizando con los españoles.
- b) Durante el mismo Congreso la Dra. Janitzia Vázquez Mellado había presentado los avances para la indexación de la Revista Reumatología Clínica.
- c) Informó que se había recibido una carta aclaratoria de Schering-Plough en relación a lo ocurrido en Chihuahua.

- d) Comentó que la página web del Colegio había cambiado de imagen y se estaba buscando mejorar su contenido.
- e) Recordó que se estaba dando seguimiento en lo relacionado a las Guías de Diagnóstico y Tratamiento que el Colegio enviaría a la Secretaría de Salud.

3. Asuntos generales

- a) El Dr. Manuel Robles San Román destacó que el 13º Curso Internacional de Vasculitis y Taller de ANCA había sido exitoso, por lo que felicitó al Dr. Luis Felipe Flores y a la Dra. Graciela Ibáñez por la excelente organización.
- b) Por otra parte, felicitó a la Dra. Olga Vera Lastra y al Dr. Francisco Medina por haber sido nombrados miembros de la Academia Nacional de Medicina.
- c) Mencionó que se iba a realizar la carrera antirreumática el 7 de julio en el bosque de Tlalpan y que serían 5 km para mujeres y 7 para hombres.
- d) El Dr. Luis Felipe Flores agradeció la asistencia de representantes del Colegio al 13º Curso de Vasculitis.
- e) Rolando Espinosa se unió a la felicitación a los doctores Luis Felipe Flores y Graciela Ibáñez por la calidad académica y, por otra parte, sugirió al Dr. Manuel Robles fuera cuidadoso en la difusión de la carrera antirreumática porque los premios eran muy atractivos y podrían inscribirse corredores profesionales que dejarían en desventaja al resto de competidores. Manifestó que los participantes fueran sólo reumatólogos y pacientes.

4. Programa académico

El Dr. Manuel Robles San Román presentó al Dr. Leobardo Terán Estrada Presidente de la Correspondencia Michoacán quien coordinó la Sesión llamada *¿Los coxibs son parte del progreso terapéutico?* con la participación de los doctores Federico Galván Villegas, Janitzia Vázquez Mellado Cervantes, Juan Manuel Miranda Limón, Margarita Portela y Luis Humberto Silveira Torre, Sesión que resultó de interés para los asistentes.

Posterior a la Sesión, fue presentada la nueva imagen de la página web por el Dr. Alejandro Martínez y el Lic. Enrique Valderrama.

La Sesión finalizó a las 22:30 horas.

Acta de la Sesión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología

correspondiente al mes de junio de 2007

Siendo las 20:30 horas del día 26 de junio de 2007 se reunieron en el auditorio "Dr. Aquiles Calles" del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, sito en Avenida Félix Cuevas Núm. 540, 1er Piso Colonia del Valle, Delegación Coyoacán en la ciudad de México, los asociados que en la lista de asistencia se detallan, a efecto de llevar a cabo la Reunión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología al tenor del siguiente Orden del Día:

1. Lectura y aprobación del Acta de la Sesión anterior
2. Informe de la Mesa Directiva
3. Asuntos generales
4. Programa académico

Estando presentes 64 asociados en sala y 31 por videoconferencia se procedió al desahogo del Orden del Día, dándose:

1. Lectura y aprobación del Acta de la Sesión anterior

Se procedió a dar lectura del Acta de la Sesión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología, a fin de ser aprobada, manifestando el Dr. Luis Felipe Flores Suárez se modificaría el acta en lo relacionado al 13º Congreso sobre Vasculitis y Taller de ANCA, ya que durante la lectura del Acta se había mencionado como Curso, teniendo las características para ser considerado como Congreso; acto seguido los asistentes aprobaron el Acta, tomándose el:

Acuerdo: Los asociados del Colegio Mexicano de Reumatología aprueban el Acta de la Sesión de fecha 29 de mayo de 2007 celebrada en la ciudad de México en el auditorio

"Dr. Aquiles Calles" del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

2. Informe de la Mesa Directiva

El Dr. Manuel Robles San Román procedió a la presentación del informe en el que abordó los siguientes puntos.

- a) Comentó que durante el Congreso EULAR en Barcelona se otorgaron 13 becas a los reumatólogos que presentaron trabajos.
- b) Así mismo se había realizado una nueva reunión con representantes de la Sociedad Española de Reumatología para elaborar el cuestionario DELPHI para el consenso sobre el uso de AINEs y que sería enviado posteriormente al colegiado para ser contestado.
- c) Mostró a los asistentes el Diploma de certificación ISO 9001-2000 de las Sesiones Mensuales.

3. Asuntos generales

No hubo comentarios.

4. Programa académico

El Dr. Manuel Robles San Román presentó al Dr. José María Álvaro Gracia, Reumatólogo del Hospital Princesa de Madrid, España, quien expuso la ponencia: ¿Qué ha cambiado en el tratamiento de la artritis reumatoide en los últimos años?, tema que resultó de gran interés para los asistentes.

La Sesión finalizó a las 22:30 horas.

Convocatoria para proponer candidatos al premio «Maestro de la Reumatología»

El Colegio Mexicano de Reumatología, A.C.

**Convoca a todos sus agremiados para proponer candidatos al premio
«Maestro de la Reumatología»**

Antecedentes

El «Premio Maestro de la Reumatología» es la mayor distinción que ofrece nuestro Colegio a los Reumatólogos que se han destacado a lo largo del ejercicio profesional por su trabajo y contribuciones en los campos de la investigación, docencia y asistencia.

Acorde con la naturaleza del premio, será durante el XXXVI Congreso Mexicano de Reumatología en el Puerto de Veracruz, Ver., en el mes de febrero del año 2008, cuando se entregue este galardón a un miembro distinguido de nuestro Colegio.

Bases

El candidato a la distinción de «Maestro de la Reumatología» será elegible si reúne los siguientes requisitos:

Ser Reumatólogo, estar certificado y recertificado por el Consejo Mexicano de Reumatología, pertenecer al Colegio Mexicano de Reumatología, A.C. y estar al corriente de sus cuotas, contar con 25 años de ejercicio profesional o por lo menos 50 años de edad (para el primero de septiembre), que se haya distinguido por contribuir al desarrollo de la Reumatología, con formación académica, docente y de investigación impecables y además de tener un ejercicio profesional honesto, responsable y con una labor ética ejemplar.

Con el objeto de que el Comité de Proposiciones Nominales evalúe las diversas propuestas y seleccione al candidato idóneo para este galardón, les invitamos a proponer candidatos y remitir la documentación abajo señalada a la sede del CMR a más tardar el sábado 15 de septiembre de 2007. El proponente deberá incluir en su carta de propuesta los motivos de la misma y del *Curriculum vitae* nominal del Reumatólogo propuesto.

Las propuestas podrán ser enviadas a través del servicio postal o mensajería a la calle de Atenor Sala 81 Col. Narvarte 03020 Benito Juárez, México, D.F. fax 55 19 94 89 o correo electrónico colegio@colmexreuma.org.mx

En espera de sus propuestas, les presento la seguridad de mi más alta estima



medicorrespondencia.com

Dra. Leonor Adriana Barile Fabris

Coordinador

Comité de Proposiciones Nominales del Colegio Mexicano de Reumatología, A.C.

Convocatoria para ocupar los cargos de Vicepresidente y Tesorero suplente

México, D.F., 13 de julio 2007.

A todos los miembros del Colegio Mexicano de Reumatología, A.C.

De mi mayor consideración

Por medio de la presente me permito dirigirme a ustedes a fin de mencionarles que a partir de esta fecha y hasta el 15 de septiembre del presente año, queda abierto el periodo para proponer candidatos a ocupar los cargos de **Vicepresidente (2008-2009)** y **Tesorero Suplente (2008-2009)** de nuestro Colegio.

Para efectos de lo anterior, les solicito sean tan amables de enviar a nuestra sede antes de la fecha indicada, por correo postal a la calle de Atenor Sala 81, Col. Narvarte, Del. Benito Juárez 03020 México, D.F. por correo electrónico colegio@colmexreuma.org.mx o al fax 55 19 94 89 sus propuestas.

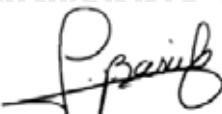
Por su parte, a los miembros del Colegio que sean propuestos para ocupar dichos cargos, les solicito entregar **completa y oportunamente** la documentación que se menciona a continuación, con el fin de que todos los miembros del Comité de Proposiciones Nominales puedan analizar detenidamente las propuestas de los candidatos en cuestión y en igualdad de condiciones poder tomar una decisión en caso de que haya más de un candidato:

- 1) Manifestar por escrito su interés para ocupar el cargo de Vicepresidente y Tesorero Suplente del Colegio Mexicano de Reumatología, A.C. para el periodo 2008-2009.
- 2) Plan de trabajo (no mayor de dos cuartillas, original y nueve copias).
- 3) *Curriculum vitae* nominal (original y nueve copias).
- 4) Copia de la cédula de especialista en Reumatología.

Les recordamos que uno de los requisitos para poder participar como candidato es estar al corriente con sus cuotas ordinarias.

Aquellos candidatos que no cumplan con los requisitos arriba descritos, no serán considerados como tales.

Les presento la seguridad de mi más alta estima.



Dra. Leonor A. Barile Fabris
Coordinadora

Comité de Proposiciones Nominales del Colegio Mexicano de Reumatología, A.C.

Abordaje sistematizado de la literatura en el tratamiento de la esclerodermia. (Recomendaciones de la Reunión Internacional de Zurich, 2007)

La esclerodermia es una de las enfermedades humanas más terribles.
W. Osler 1898.

Ningún medicamento probado hasta la actualidad ha sido efectivo en esclerodermia.
Bywaters.

Procedimiento operativo, estandarizado por EULAR para la elaboración de recomendaciones

Grupo de trabajo:
Expertos en esclerodermia
Epidemiólogos clínicos
Pacientes con esclerodermia
Opinión de expertos

Equipo de investigadores de la literatura
(Estudio sistemático de la literatura)
Investigación de la evidencia clínica

Recomendaciones

La categorización de evidencias clínicas estuvo basada en el análisis de los estudios protocolizados, previamente realizados con respecto a la eficacia y manejo de múltiples medicamentos utilizados hasta la actualidad en diversas complicaciones de la esclerodermia. Algunas variables estudiadas fueron:

Ciclofosfamida
Prostaciclinas
Antagonistas de los receptores de endotelinas
Inhibidores selectivos de disfunción eréctil (PDE)
Corticosteroides
Trasplante de células madre
Sartans e inhibidores ECA (antagonistas de los receptores de angiotensina)
Inmunosupresores
Bloqueadores de canales de calcio
Inhibidores de la bomba de protones
Otros tratamientos

Zurich, efectuada los días 5 y 6 de marzo de 2007. Dichas conclusiones estuvieron basadas en la discusión sobre las evidencias de estudios publicados en la literatura, además de la opinión del experto y la experiencia clínica acumulada en el manejo y tratamiento de la esclerosis sistémica progresiva, de donde emana lo siguiente:

I. Fenómeno de Raynaud y vasculopatía digital, en esclerodermia

- a) **Bloqueadores de los canales de calcio.** En un metaanálisis, los bloqueadores de los canales de calcio, junto con iloprost disminuyeron la frecuencia y la severidad de los ataques del fenómeno de Raynaud en esclerodermia.
- b) **Iloprost.** Reduce la frecuencia y severidad de los ataques del fenómeno de Raynaud en dicha enfermedad, iloprost es efectivo en la cicatrización de las úlceras digitales.
- c) **Bosentán.** No ha probado eficacia en el tratamiento de úlceras digitales activas en pacientes con esclerodermia, bosentán ha sido benéfico para prevenir las úlceras digitales, particularmente aquellas que son múltiples.

A continuación se desglosan, en forma sintetizada, las 14 recomendaciones surgidas de la Reunión Internacional de

II. HAP (hipertensión arterial pulmonar) en esclerodermia

- a) **Bosentán** deberá de ser considerado en el grupo de pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP), después de que han fallado los inhibidores de los canales de calcio. A este respecto, dos estudios altamente calificados demuestran que bosentán mejora la capacidad de ejercicio, clase funcional, y algunos parámetros hemodinámicos en HAP. Bosentán deberá ser considerado predominantemente para tratar esta complicación.
- b) Otros dos estudios bien calificados indican que **sixta-sentán** mejora la capacidad de ejercicio, la clase funcional y algunas otras mediciones en los parámetros de la HAP, por lo que también debe ser considerado como otra opción terapéutica evidente en esta complicación.
- c) Un estudio relevante evidencia que **sildenafil** mejora la capacidad de ejercicio, clase funcional y parámetros hemodinámicos en HAP, por lo que debe ser considerado como otra opción terapéutica.
- d) Otro estudio trascendente indica que **epoprostenol** mejora las características funcionales y clínicas de los pacientes con HAP secundaria a esclerodermia. La suspensión brusca de este medicamento puede poner en riesgo al paciente, por lo que deberá ser utilizado en casos muy severos que no responden a otras medidas mencionadas.

III. Afección a piel (esclerodermia)

Dos estudios importantes han mostrado que **metrotexate** mejora el índice de afección a piel en esclerodermia temprana difusa. No han sido establecidos aún efectos positivos en otras manifestaciones orgánicas. Metrotexate puede ser considerado en el tratamiento de manifestaciones dérmicas de la esclerodermia difusa.

IV. Afección pulmonar en esclerodermia

En vista de los grandes resultados observados en dos estudios calificados, la **ciclofosfamida**, deberá ser considerada para el tratamiento de la fibrosis intersticial, secundaria a esclerodermia, a pesar de sus efectos tóxicos.

V. Afección renal en esclerodermia

- a) A pesar de la carencia de estudios importantes a este respecto, los expertos consideran que los **inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina** (IECA) debe-

rán ser usados en el tratamiento de las manifestaciones renales de la esclerodermia.

- b) Cuatro estudios retrospectivos sugieren que los **esteroideos** están asociados con un mayor riesgo de crisis renal en esclerodermia. Los pacientes con esclerodermia manejados con corticosteroides deberán ser vigilados cuidadosamente respecto a su presión arterial y funcionamiento renal.

VI. Enfermedad gastrointestinal en esclerodermia

- a) A pesar de la carencia de estudios protocolizados a este respecto, los expertos opinan que los inhibidores de la bomba de protones deberán ser usados para prevenir el reflujo gastroesofágico, úlceras y estrechamiento del esófago.
- b) Aunque existen muy pocos estudios, los expertos consideran que los medicamentos procinéticos, deberán ser empleados en el manejo de la esclerodermia, cuando existen trastornos sintomáticos de la motilidad gástrica (disfagia, reflujo, sensación de plenitud, borborígmox, datos de pseudoostrucción, etc.).
- c) Los expertos opinan que la mala absorción intestinal es secundaria a la proliferación bacteriana y que los antibióticos pueden ser de utilidad en pacientes con esclerodermia.

Asuntos pendientes para investigar

- Evaluación de la eficacia y seguridad de la **ciclofosfamida** en el tratamiento de la esclerodermia temprana difusa.
- Evaluación de la eficacia y seguridad de **mofetil miconifenolato, y azatioprina** en el tratamiento de la esclerodermia.
- Evaluación de la eficacia y seguridad de **sildenafil** en el tratamiento de las úlceras digitales y en el fenómeno de Raynaud asociados a esclerodermia.
- Evaluación de la eficacia y seguridad de los **inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina** (IECA) en la prevención de las alteraciones renales en esclerodermia.
- Evaluación de los **inhibidores de los canales de calcio**, en la prevención de la hipertensión arterial pulmonar, secundaria a esclerodermia.

Conclusiones

Este primer abordaje sistemático de la literatura, respecto al tratamiento de la esclerodermia, provee recomendaciones útiles para el clínico en la elección del manejo más apropiado para estos enfermos.

Estas recomendaciones ayudan a definir directrices para ensayos clínicos futuros en este padecimiento.

Patrones emergentes de nuevos factores de riesgo capaces de subclasificar a la artritis reumatoide

Vander Helm-van AHM, Huizinga TWJ, de Vries RPP, Toes REM.
Arthritis and Rheum 2007; 56(6): 1728-1735.

El espectro de enfermedades autoinmunes en el humano está caracterizado por una gran homogeneidad *fenotípica*. Mientras que algunas enfermedades autoinmunes involucran en forma primaria la disfunción de un órgano como la enfermedad de Graves, diabetes mellitus tipo I y miastenia gravis, otras pueden afectar de manera sistémica como en el caso de lupus eritematoso sistémico (LES), artritis reumatoide (AR), etc.

Aunque existen diferencias en la expresión clínica de estas enfermedades, es frecuente que comparten una patogénesis sobrepuerta debido a factores y riesgos subyacentes en común. Por ejemplo, los alelos de HLA DR3 están asociados con diabetes tipo I, enfermedad de Graves, miastenia gravis y lupus, mientras que HLA DR ha sido reportado que tiene un riesgo para esclerosis múltiple y LES.

Recientemente, las variantes genéticas de PTPN22 y CTLA4 fueron identificadas como posibles factores de riesgo en enfermedades autoinmunes de las ya mencionadas; enfermedad de Graves, LES y AR.

La heterogenicidad puede estar presente también con una enfermedad autoinmune, personas con una misma enfermedad pueden diferir en su expresión fenotípica, así como en sus factores de riesgo genéticos.

Dicha heterogenicidad puede ser encontrada entre poblaciones con diferentes antecedentes étnicos, exemplificado por la presencia de la asociación entre PAD14 y susceptibilidad a AR en la población japonesa y la ausencia de esta asociación en pacientes con la misma enfermedad de origen caucásico europeo.

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune heterogénea de causa desconocida con expresión clínica variable. La definición de AR es fenotípica y ha sido desarrollada por un procedimiento consensuado por clínicos expertos, en el cual las características clínicas de los pacientes con la forma clásica de la enfermedad fueron comparadas con aquéllas de los pacientes de larga evolución. Los criterios resultantes avalados por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) establecen que AR puede ser diagnosticada por la presencia de 4 de 7 características fenotípicas.

En la patogénesis de AR los factores genéticos juegan un papel importante y comúnmente participan en más del 60% en la expresión y susceptibilidad de la enfermedad.

Los factores genéticos de riesgo más importantes para AR se encuentran en el sistema HLA. Desde hace algunos años se han estado haciendo avances considerables para el entendimiento del papel que juega HLA en AR, así como la contribución de otros loci no HLA. Este artículo describe los avances y resalta la contribución de estos factores genéticos en el fenotipo de la AR.

En esta revisión se hace énfasis en los autoanticuerpos (factor reumatoide y anticuerpos a péptido citrulinado) y su participación en el fenotipo de la enfermedad, la participación detallada de HLA, y la hipótesis del epítope compartido, la autoinflamación, heterogenicidad clínica, etc.

Se concluye que el fenotipo de AR puede ser subclasiificado con base en los factores serológicos (anticuerpos antipéptido citrulinado [Acs APC]) y que los factores genéticos identificados son capaces de conferir riesgo, tanto para los subtipos de AR, con Acs APC positivos y negativos.

Los fenotipos de artritis reumatoide pueden ser subclasiificados de acuerdo a la presencia o ausencia de anticuerpos antipéptido cíclico, debido a que ambos subtipos de AR tienen diferentes factores de riesgo. Los factores de riesgo genéticos para AR [AcsAPC] positivos son la presencia de HLA DRB1, epítopes compartidos y variantes en PTPN22 y CTLA4, mientras que haplotipos A1; B8; DRB1*03 son un factor de riesgo para AR con AcsAPC negativo. La diferencia entre los factores de riesgo sugiere que AR con AcsAPC positivos y AR con AcsAPC negativos tienen diferente etiopatogenia.

De esta manera, los futuros estudios sobre etiopatogenia evitarán hallazgos falsos negativos, por lo que estos dos subgrupos deberán estudiarse por separado. Todo lo concerniente a la asociación de los factores genéticos con AR, influye sobre la respuesta inmune adaptativa.

Recientemente, los nuevos factores identificados que pertenecen al sistema inmune innato fueron descritos para ser asociados con enfermedades autoinmunes severas, incluyendo las enfermedades reumáticas.

Será muy interesante investigar si las variantes genéticas particulares de factores involucrados en la inmunidad innata que inducen alteraciones en la regulación de la reacción inflamatoria también contribuyen al proceso subyacente para el desarrollo de AR, con AcsAPC negativos.

Cuadro I. Factores de riesgo identificados para artritis reumatoide con anticuerpos antipéptido citrulinado positivo o negativo.

Artritis reumatoide (Acs APC positivos)

Epítopes compartidos para alelos HLA-DRB1
 PTPN22

CTLA4

Interacción gene-gene (epítope compartido-PTPN22)
 Interacción gene-ambiente (epítope compartido-tabaquismo)

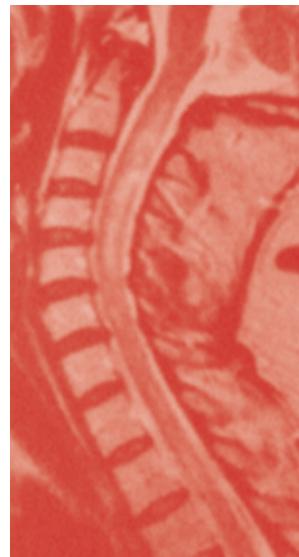
Artritis reumatoide (Acs APC negativos)
 Haplótipo A1; B8; DRB1*03

AsAPC= anticuerpos antipéptido citrulinado.

Neurolupus en imágenes



Hemorragia medular a nivel cervical.



Enfermedad desmielinizante en LES y SAAF sec.

Frida Kahlo en la reumatología mexicana. Homenaje a 100 años de su nacimiento (1907-2007)

Nombre del personaje: Magdalena Carmen Frida Kahlo y Calderón

Fecha de nacimiento: 6 de julio de 1907

Fecha de fallecimiento: 13 de julio de 1954

Origen: Coyoacán, Distrito Federal

Actividad: Pintora

Su vida quedó marcada por el sufrimiento físico que comenzó con la polio que contrajo en 1910 y continuó con diversas enfermedades, lesiones, accidentes y operaciones. Esta primera enfermedad le dejó una secuela permanente: la pierna derecha mucho más delgada que la izquierda. Un accidente de autobús ocurrido el 17 de septiembre de 1925, la dejó con lesiones permanentes debido a las fracturas, a nivel de la tercera y cuarta vértebras lumbares, así como diversas costillas, cuello y pelvis. Su pie derecho se dislocó, su hombro se luxó, sufriendo en total once fracturas en distintos lugares, además de lesiones abdominales, ya que un manillar le atravesó desde el estómago hasta la pelvis. La medicina de su tiempo la torturó con operaciones quirúrgicas (32 a lo largo de toda su vida), corsés de distintos tipos y diversos mecanismos de "estiramiento". La mayoría de sus pinturas las realizará estirada en su cama y en el baño. Sin embargo, su gran fuerza y energía por

vivir le permitieron una importante recuperación. Tras esa rehabilitación, que le devolvió la capacidad de caminar, una amiga íntima la introdujo en los ambientes artísticos de México donde se encontraban, entre otros, la conocida fotógrafa, artista y comunista Tina Modotti y Diego Rivera, con quien contrajera matrimonio el 21 de agosto de 1930. En 1932 cursa con un aborto que la tuvo recluida en el Hospital Henry Ford, cuando sufre una severa crisis de depresión. En la primavera de 1953 la Galería de Arte Contemporáneo de esta misma ciudad le organizó, por primera vez, una importante exposición. La salud de Frida era muy mala por entonces y los médicos le prohibieron asistir a la misma. Minutos después de que todos los invitados se encontraran en el interior de la galería se empezaron a oír sirenas desde el exterior. La muchedumbre sorprendida se dirigió al exterior, allí estaba una ambulancia acompañada de una escolta en motocicleta. Frida Kahlo había sido llevada a su exposición en una cama de hospital. Los fotógrafos y los periodistas se quedaron impresionados. Ella fue colocada en el centro de la galería. La multitud fue a saludarla. Frida contó chistes, cantó y bebió la tarde entera. Ese mismo año le tuvieron que amputar una pierna por debajo de la rodilla debido a trastornos vasculares (gangrena)

asociada con datos de infección. Esto la sumió nuevamente en una gran depresión que la llevó a intentar el suicidio en un par de ocasiones. Durante ese tiempo, debido a que no podía hacer mucho, escribía poemas en sus diarios, la mayoría relacionadas con el dolor y remordimiento. Murió en Coyoacán el 13 de julio de 1954. No se realizó ninguna autopsia.

Frida tuvo diversas facetas: artista, intelectual, activista social y política, escritora y revolucionaria, que la hacen única. Su acervo está conformado por 354 piezas, entre ellas 65 óleos, 45 dibujos, 11 acuarelas y 5 grabados, además de documentos inéditos y manuscritos, entre los que destacan cartas, así como fotografías personales.

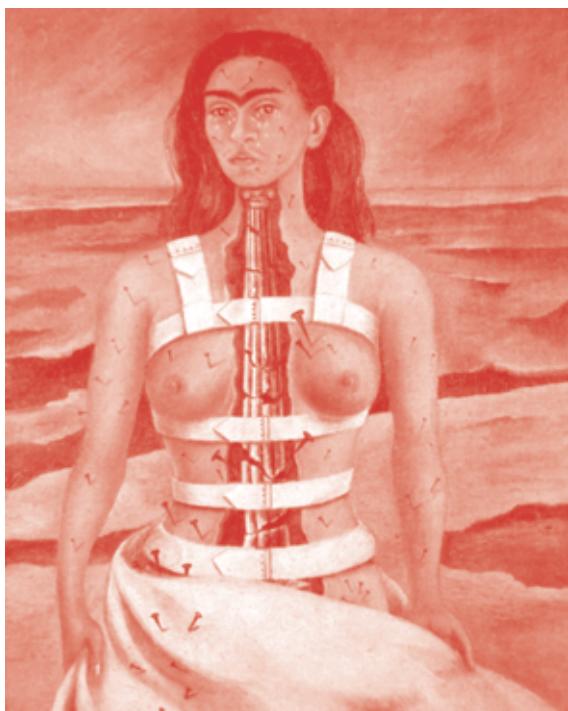
La vida de Frida Kahlo en imágenes



"El accidente" (Boceto)



"La enfermera y yo"



"Columna rota" 1944



"Unos cuantos piquetitos"



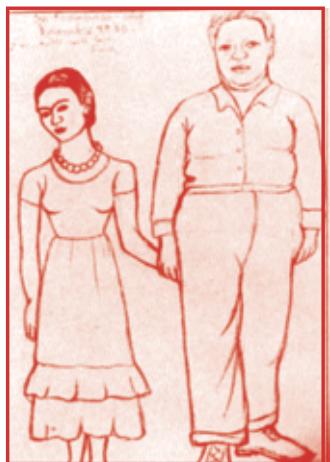
"Hospital Henry Ford"



"Los cuatro habitantes"



Frida Kahlo y Diego Rivera





El tranvía



"Frida y el Dr. O'Farill"



"Árbol de la esperanza mantente firme"

Sus cuadros representan fundamentalmente su experiencia personal: los aspectos dolorosos de su vida, que transcurrió en gran parte postrada en una cama, narrados a través

de una imaginería gráfica. Expresa la desintegración de su cuerpo y el terrible sufrimiento que padeció en obras como "La columna rota" (1944, colección Dolores Olmedo, ciu-

dad de México), en la que aparece con un aparato ortopédico de metal y con el cuerpo abierto mostrando una columna griega rota en lugar de la columna vertebral. Su dolor ante la imposibilidad de tener hijos lo plasma en el "Hospital Henry Ford" (1932, colección Dolores Olmedo), en la que se ve a un bebé y varios objetos, como un hueso pélvico y una máquina, diseminados alrededor de una cama de hospital, donde yace, mientras sufre un aborto. Otras obras son: "Unos cuantos piquetitos" (1935, colección Dolores Olmedo), "Las dos Fridas" (1939, Museo de Arte Moderno de México) y "Sin esperanza" (1945, Dolores Olmedo). Su vida ha inspirado a varios médicos colegas a analizar su vida, su entorno y sus características clínicas, hipotetizándose que pudiera haber padecido además de los eventos ya mencionados, de fibromialgia, osteoporosis, de síndrome antifosfolípidos, etc.

Su angustia por medio de la pintura. El proceso de su divorcio

El autorretrato "Las dos Fridas" muestra a la pintora con dos personalidades; terminado poco después de su divorcio, y refleja la crisis de su separación de Diego, ya que como le confesara a un amigo "no tenía palabras para expresar su dolor", pero sí podía pintarlo. La parte de Frida que Diego amó está representada por la Frida mexicana, con traje de tehuana; y la otra Frida, la despreciada, está ataviada con un vestido más bien europeo, haciendo referencia a sus dos herencias. En el centro del lienzo, las manos de las dos Fridas están unidas de una forma ceremonial, en señal de apoyo a ellas mismas, y colocando cada una de ellas la mano que les queda libre cerca de sus genitales.

La Frida admirada y amada por Diego sostiene un retrato en miniatura de su marido, cuando era niño (expuesto en el Museo Frida Kahlo); de su marco rojo sale una vena que va a los corazones de las dos Fridas. La Frida rechazada sostiene en su mano unas pinzas quirúrgicas que cortan esta vena. A pesar de ello, la sangre se le escapa y algunas de las flores rojas bordadas en su falda blanca, se transforman en manchas de la misma sangre. Los corazones de las dos Fridas han sido extraídos, el de la Frida mexicana está entero y el de la Frida rechazada se encuentra expuesto, mostrando su dolor de amor. En su diario Frida copió parte de un poema de E. Nandino, como una nota de amor a Diego Rivera: "mi sangre es el milagro que viaja por las venas del aire, de mi corazón al tuyo". El cielo de tormenta del fondo del cuadro representa la confusión y el caos interno de las dos mujeres, que se encuentran totalmente desconectadas del espacio en el que están pintadas, el mundo de Frida centrado en ella misma; rechazada por Diego; es ella misma, su única compañía.



Las dos Fridas. 1939.
"Mi sangre es el milagro
que viaja por las venas del aire,
de mi corazón al tuyo"



Fragmento del Mural
"El hombre controlador del universo",
pintado en 1934, por Diego Rivera.
Ubicado en el Palacio de Bellas Artes.
Cd. de México, D.F.
Técnica: Fresco sobre bastidor
metálico: 480 x 1,145 cm

Veracruz, sede del XXXVI Congreso Mexicano de Reumatología 2008

Dr. Francisco Ramos Niembro

Veracruz es uno de los estados mexicanos con más riquezas naturales, culturales e históricas de todo el país. Su geografía incluye playas y costas, anchísimos ríos de aguas que corren hacia el Golfo de México, imponentes elevaciones nevadas, serranías de neblina permanente, selva tropical y amplios valles verdes y luminosos.

La variedad de servicios turísticos del estado de Veracruz se manifiesta en las siete regiones en las que se divide el estado –Altas Montañas, Cultura y Aventura, Huasteca, Olmeca, Pasos de Cortés, Totonaca y Los Tuxtlas– y en las cuatro áreas de importancia, que están orientadas a los perfiles y requerimientos del turista moderno, las cuales se extienden por las diferentes regiones del estado: Sol y Playa, Aventura y Ecoturismo, Cultura y Negocios.

Historia

Todo empezó un legendario 22 de abril de 1519, el día en que Hernán Cortés desembarcó en la playa de Chalchihuecan, como continuación de la campaña iniciada por Juan de Grijalva apenas un año antes, con el desembarco en la isla que bautizara San Juan de Ulúa. Cortés decidió fundar el primer ayuntamiento español en tierra firme, y eligió para ello el Viernes Santo, el día de Semana Santa, conocido como de la Vera Cruz. La pequeña población se llamaría Villa Rica de la Vera Cruz; el pue-

blo de Veracruz y con él, la historia del Estado mexicano habían comenzado.

La historia de Veracruz está ligada al puerto. Por él salían hacia el Viejo Mundo los galeones cargados de guajolote, maíz y frijol, y más tarde los cargamentos de oro y plata con los que América financiaba la riqueza de la Corona española. Desde allí partió la expedición de Cortés hacia Tenochtitlán que terminaría por cambiar la historia de la región. Hacia ese mismo puerto convergieron las embarcaciones de piratas británicos y holandeses, impulsados al saqueo y al robo de las preciosas mercancías, en ruta hacia el continente europeo.

Pero la historia de México estaba destinada a cambiar y a buscar su independencia definitiva; fue entonces cuando el pueblo de Veracruz se sumaría activamente a las insurrecciones que terminarían acabando con la dominación española. Galeana, Vicente Guerrero, Nicolás Bravo y el cura Matamoros son los nombres de los patriotas veracruzanos que se agregarían a la larga lucha por la independencia del poder colonial. Nuevamente fue el puerto el que marcó el rumbo



de la historia de México: el último combate contra las fuerzas leales a la Corona española tuvo lugar allí, luego de 26 meses de asedio.

Españoles, ingleses y franceses atacaron el puerto en los años siguientes a la dominación española, sin conquistarla. En Veracruz estableció Benito Juárez la capital del país en 1860, durante la Guerra de Reforma, y fue allí donde llegó Maximiliano de Habsburgo para imponer la monarquía. Veracruz apoyó fervientemente la Revolución Mexicana y resistió la invasión estadounidense durante 1914.

La «cuatro veces heroica» ciudad de Veracruz, otras tantas salvó con su coraje a México entero.

Geografía

El estado de Veracruz, reconocido por la belleza y diversidad de paisajes, como bosques, llanuras, selvas y cordilleras, está localizado en la parte central de la vertiente del Golfo de México. Sus límites geográficos son: al norte con el estado de Tamaulipas; al este con el Golfo de México y el estado de Tabasco; al sureste con el estado de Chiapas; al sur con el estado de Oaxaca y al oeste con los estados de Puebla, Hidalgo y San Luis Potosí.

El estado se extiende en una superficie de 72,815 km², la cual representa el 3.7% de la superficie total de México. Su extensión máxima, de noroeste a sudeste, es de 800 kilómetros de largo y 212 km de ancho, mientras que la mínima es de 32 km de anchura.

La zona costera posee bellas playas y hermosos paisajes, algunas desiertas, otras con infraestructura e instalaciones modernas, convirtiéndose de este modo en uno de sus más destacados atractivos turísticos. Las costas de Veracruz son a su vez una fuente importante de riqueza, debido a la explotación pesquera y petrolífera, así como al intercambio comercial que se realiza en la zona portuaria más importante del país, el puerto de Veracruz.

Además de su amplio litoral, el estado concentra el 35% de los recursos hidrológicos del país. Todos los ríos veracruzanos pertenecen a la vertiente del Golfo de México.

El relieve de su territorio está constituido eminentemente por planicies, aunque parte de él está atravesado por una cordillera neovolcánica, que le otorga un particular paisaje montañoso. Esta zona cordillerana culmina en la cima del bello volcán Citlaltépetl, coronado de blancas nieves, también conocido como Pico de Orizaba.

La particular ubicación del estado de Veracruz frente al Golfo de México que caracteriza a la región por sus playas bañadas por las aguas del mar, pero también por la alternancia de planicies, montañas y numerosos ríos que desembocan en el mar, configura una coincidencia poco común por la variedad de espectáculos naturales y paisajes diversos, ofrecidos

a la vista del viajero, así como de actividades y recorridos que pueden practicarse en ellos.

Veracruz – Sol y Playa

Sol y Playa son dos palabras que van siempre juntas, y que se complementan con una tercera: Veracruz. La ciudad de Veracruz, Boca del Río y la Costa Esmeralda, bañadas por las aguas del Golfo de México, son un sitio de excelencia para disfrutar de la vida de playa. Las costas de Veracruz son a su vez una fuente importante de riqueza, debido a la explotación pesquera, petrolífera y al intercambio comercial que se realiza en la zona portuaria más importante del país, el puerto de Veracruz.

Distante 109 kilómetros de la ciudad de Jalapa, capital del estado, la ciudad y puerto de Veracruz destaca por su vida colorida y bullanguera y su exquisita gastronomía, en donde al son de las canciones y al ritmo del baile popular, el danzón, se refleja el calor y el afecto de los veracruzanos. Como toda gran ciudad, se caracteriza por la multiplicidad de actividades y el paisaje urbano que combina cultura, historia y diversión en un mismo ámbito. El puerto y la fortaleza de San Juan de Ulúa (enclave colonial edificado para la defensa de la ciudad de los ataques de las flotas piratas), constituyen un espectáculo cultural y arquitectónico únicos en Hispanoamérica.

El conurbado municipio de Boca del Río posee una notable infraestructura hotelera, abundante en restaurantes, centros nocturnos, instalaciones deportivas, bares y centros comerciales, que le otorgan un atractivo particular y diferencial a la ciudad de Veracruz. Con extensas playas bañadas por las aguas del Golfo de México, a la vista de una arquitectura de vanguardia, como la del World Trade Center Veracruz, la ciudad ha crecido en los últimos años hasta convertirse en un centro de atracción turística en el ámbito internacional, en donde se encuentran las más variadas actividades de placer y diversión.

Costa Esmeralda, la franja costera que se extiende desde Tecolutla hasta Nautla, es llamada así dado el color verde del mar del Golfo de México. Las tranquilas playas exhiben vastas extensiones de arena, contando a lo largo de la costa con facilidades de hospedaje para todos los gustos, e instalaciones para la práctica de deportes acuáticos como la pesca, el veleo o el kayak.

Entre las playas de Veracruz se destacan Chachalacas, la cual cuenta con un hotel cinco estrellas, y Villa Rica, Monte Pío y Roca Partida, territorios vírgenes y por lo tanto propicios para los que prefieren tener contacto con la naturaleza en su estado puro.

ContinuaráVERACRUZ
CULTURA Y AVENTURA