VOLUMEN 8, NÚMERO 1 • FEBRERO 2025

LA COYUNTURA

UPR • ESCUELA DE MEDICINA • DIVISIÓN DE REUMATOLOGÍA

Para más información, visita nuestra página cibernética

https://md.rcm.upr.edu/rai/rheumatology-section

División de Reumatología

Jefe y Director de Programa
Luis M. Vilá, MD

Directora Asociada de Programa
Noelia Rodríguez, MD

Administradora
María Bidot, EdD

Facultad en el Recinto de Ciencias Médicas
Laisha Báez, MD
Ruth M. Fred, MD
Grissel Ríos, MD
Vanessa Rodríguez, MD
Salvador Vilá, MD

Facultad en el Hospital de la UPR en Carolina
Noelia Rodríguez, MD

Facultad *ad honorem*
Nicolle Medina, MD
Suheiry Márquez, MD

Residentes de Reumatología
Keysha González, MD
(Jefa de Fellows)
Lorena López, MD
Lilliana Serrano, MD, MPH
Edwin Plaza, MD

Facturadora
Esther Delgado

Asistente Administrativo
Wanda Pizarro

Mensaje del Director

Luis M. Vilá, MD

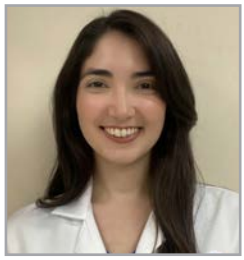
Con gran orgullo presentamos la octava edición de ***La Coyuntura.*** A pesar de los desafíos que hemos enfrentado, como la dificultad para retener a jóvenes miembros de la facultad en nuestra institución y la falta de disponibilidad de nuestras oficinas tras el incendio del 30 de enero de 2023, nuestra Sección de Reumatología ha continuado destacándose en las áreas de servicio, docencia e investigación.

En esta edición, nos complace incluir una entrevista a la Dra. Ivonne Arroyo, la primera reumatóloga pediátrica de Puerto Rico, cuyo trabajo ha sido fundamental para el desarrollo de esta subespecialidad en la isla. También destacamos la creación del Grupo de Interés en Reumatología, liderado por la estudiante de medicina Andrea Cerezo, cuyo objetivo es fomentar el interés en nuestra especialidad, que enfrenta una escasez significativa tanto en Puerto Rico como en los Estados Unidos. Además, presentamos un artículo de la Dra. Noelia Rodríguez sobre el periodismo en la medicina, otro de la Dra. Laisha Báez acerca de la creación de la clínica de obesidad para pacientes con enfermedades reumáticas, y un artículo sobre la nueva sección de nuestra página web dedicada a la educación para pacientes. Asimismo, continuamos con nuestras secciones tradicionales, como Publicaciones y Presentaciones Científicas y Perlas de las Conferencias de Morbilidad y Mortalidad, entre otras.

Agradecemos profundamente la colaboración de nuestra facultad y fellows en la elaboración de este boletín. Esperamos que esta edición sea de su agrado y contribuya a incrementar su interés y conocimiento sobre nuestra especialidad de Reumatología.

Tabla de Contenido

Mensaje del Director 1
Entrevista a la Dra. Ivonne Arroyo: Pionera de la Reumatología Pediátrica en Puerto Rico 2
Grupo de Reumatología: Fomentando el Aprendizaje y la Colaboración Multidisciplinaria 6
Periodismo en Medicina: Narrativas que Enriquecen la Práctica Clínica 8
Educación a Pacientes en Nuestra Página Web 10
Clínica de Obesidad para Pacientes con Enfermedades Reumáticas 12
Clínicas Ambulatorias de la Sección de Reumatología 13
Publicaciones y Presentaciones Científicas del 2024 14
Estudios de Investigación de la Sección de Reumatología 21
Perlas de las Conferencias de Morbilidad y Mortalidad 22
Logros de Nuestros Egresados 29
Galería de Eventos 30



Entrevista a la Dra. Ivonne Arroyo: Pionera de la Reumatología Pediátrica en Puerto Rico

Lilliana Serrano, MD, MPH

La Dra. Ivonne Arroyo es pionera en la reumatología pediátrica en Puerto Rico, siendo la primera especialista en esta área en la isla. Nacida y criada en San Juan, Puerto Rico, proviene de una familia puertorriqueña dedicada al servicio comunitario: su padre, Tomás Arroyo, fue capitán de la Policía de Puerto Rico, y su madre, Ana Rivera, enfermera quirúrgica entrenada por los misioneros de la Iglesia Menonita en La Plata, Aibonito. Como la mayor de cinco hermanos y la primera médica en su familia, la Dra. Arroyo marcó el inicio de un legado de excelencia académica y profesional.

Su trayectoria académica comenzó en 1974 en el Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico, donde ingresó al programa de premédica. Luego, continuó sus estudios en el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, obteniendo el grado de Doctora en Medicina en 1981 con honores e ingresando a la Sociedad Médica de Honor Alfa Omega Alfa. Posteriormente, realizó su residencia en Pediatría en el Hospital Pediátrico Universitario (1981-1984), donde también se desempeñó como Jefa de Residentes.

En 1985, motivada por su interés en la reumatología pediátrica, se trasladó a Houston, Texas, para completar su "fellowship" en Baylor College of Medicine. Durante dos años, adquirió experiencia en esta especialidad recibiendo oferta para mantenerse como parte de la facultad. Sin embargo, fiel a su compromiso de servir a Puerto Rico, regresó a la isla en 1988, donde ha dedicado los últimos 36 años a transformar la atención de niños con enfermedades reumatológicas, siendo un ejemplo de vocación y liderazgo en la medicina.

La Dra. Arroyo examinando a una paciente junto al Dr. Earl Brewer, su mentor, durante su fellowship en reumatología pediátrica en el Texas Children's Hospital, en Houston, Texas.

¿Como la primera reumatóloga pediátrica en Puerto Rico, ¿qué la inspiró a elegir esta especialidad?

"La decisión surgió durante mi residencia en Pediatría en el Hospital Pediátrico Universitario", comparte la Dra. Arroyo. "En aquel entonces, las consultas de reumatología pediátrica las atendían reumatólogos de adultos del Recinto de Ciencias Médicas. Pronto me di cuenta de que no era lo mismo ser pediatra que ser internista primero. Existían desafíos significativos para establecer diagnósticos diferenciales en los niños y también para manejar los tratamientos. Esto despertó mi interés por el tema. A medida que aprendía más, noté que no había nadie especializado en reumatología pediátrica, y supe que esa sería la especialidad que quería seguir."

¿Cómo era el campo de la reumatología pediátrica en Puerto Rico cuando comenzó?

"Cuando comencé en la reumatología pediátrica, la medicina se basaba en poca evidencia científica. Sólo existía un suplemento de aproximadamente 60 páginas con descripciones clínicas y algunos datos de laboratorio. En ese contexto, los reumatólogos pediátricos nos ingeniábamos, utilizando el sentido común y la limitada información disponible, probando tratamientos que no estaban descritos. Con el tiempo, estos enfoques se estudiaron más formalmente, lo que permitió tomar decisiones basadas en evidencia."

La Dra. Arroyo junto al Dr. James Cassidy, líder en reumatología y editor de la primera edición del reconocido Textbook of Pediatric Rheumatology.

¿Cómo era la percepción de las enfermedades reumatológicas en la comunidad médica y entre los pacientes al inicio de su carrera?

"Estas enfermedades se percibían como una "condena" a la incapacidad, particularmente en términos de movilidad, lo cual afecta directamente la calidad de vida. En aquel momento, muchos pacientes terminaban con gran incapacidad: muchos estaban encamados o en sillas de ruedas debido al acceso limitado a atención médica especializada. En medicina a veces se le resta importancia al movimiento porque los problemas de movilidad no comprometen la vida de un paciente, pero sí comprometen la calidad de vida. Ayudar a estos niños a moverse sin dolor ni limitaciones se convirtió en mi prioridad, dado que el movimiento es esencial para la exploración y el desarrollo del niño."

¿Qué herramientas o tratamientos eran limitados o inexistentes al inicio de su carrera?

"Cuando comencé mi especialidad, los recursos eran escasos. Apenas se usaba aspirina, y se estaban haciendo los primeros estudios del uso de ibuprofeno en niños y el metotrexato en la artritis idiopática juvenil. En ese contexto, la rehabilitación física jugaba un papel central, dada la escasez de opciones terapéuticas. He tenido la oportunidad de ser testigo del avance histórico de la reumatología pediátrica, no solo en términos de medicamentos más efectivos, sino también en el progreso de un conocimiento integral que ha permitido a los pacientes llevar una vida más plena, con una discapacidad mínima."

La Dra. Arroyo recibiendo su grado en reumatología pediátrica junto a su mentor, el Dr. Earl Brewer, y su colega, la Dra. Carmen De Cunto, primera reumatóloga pediátrica de Argentina.

¿Cómo han cambiado los tratamientos disponibles desde el inicio de su carrera hasta ahora?

"Recuerdo que, en mi segundo año de "fellowship", estuve en la convención de reumatología, sentada junto a mi colega, la Dra. Carmen De Cunto, la primera reumatóloga pediátrica de Argentina. Fue allí donde se presentó un diagrama de la probable patofisiología de la inflamación en la artritis reumatoide, destacando el rol de las citoquinas, anticuerpos, macrófagos, linfocitos T y B, y los posibles puntos de ataque para bloquear la inflamación. Le dije a mi compañera: ¿Veremos nosotros el desarrollo de esos medicamentos? Y, efectivamente, lo vimos años después, con la llegada de los agentes biológicos en el 1999. He tenido la suerte de presenciar cómo ese modelo teórico se convirtió en una realidad que ha transformado la calidad de vida de los pacientes."

¿Qué rol ha jugado la tecnología en la evolución de la reumatología pediátrica?

"La tecnología ha sido clave. Por ejemplo, los ultrasonidos han permitido evaluar de forma no invasiva y rápida el estado de las articulaciones, mejorando el diagnóstico."

¿Cuál cree que ha sido su mayor contribución a la reumatología pediátrica en Puerto Rico?

"Abrí camino al crear conciencia sobre la importancia de esta subespecialidad en pediatría. Antes, los pacientes se arrinconaban con algo raro y que fuera la voluntad de Dios y terminaban incapacitados. Esto resultaba en altas tasas de incapacidad e incluso muertes prematuras. Al abrir este camino, demostré que, aunque estas enfermedades son crónicas y poco comunes, necesitan atención especializada para garantizar calidad de vida. Además, mi trabajo ha fomentado el desarrollo de nuevos especialistas en reumatología pediátrica. Siento orgullo de haber motivado a una nueva generación de reumatólogos pediátricos, algunos entrenados también en Baylor como yo, quienes han continuado esta labor. Mi contribución, en esencia, ha sido iluminar un camino que estaba oculto y demostrar que esta subespecialidad no sólo era necesaria, sino imprescindible para mejorar la vida de los pacientes y sus familias."

¿Qué legado quisiera transmitir a las nuevas generaciones de reumatólogos?

"Les insto a equilibrar el uso de la ciencia y tecnología con el arte clínico: dialogar con los pacientes, examinarlos y observar sistemáticamente. El enfoque integral siempre será crucial para un buen manejo."

¿Qué mensaje quisiera compartirles con las familias de pacientes pediátricos que enfrentan estas enfermedades?

"Que no pierdan la esperanza y que agoten los recursos disponibles porque con los nuevos tratamientos y las nuevas intervenciones tempranas, pues, el desenlace de estos pacientes es mejor y la mayoría de ellos puede vivir una vida normal."

La Dra. Arroyo recibiendo un reconocimiento por su labor de 35 años como médico especialista en reumatología pediátrica trabajando en el Departamento de Salud del Municipio de San Juan otorgado por el alcalde de San Juan Miguel Romero. Acompañada de su sobrina, la Dra. Lilliana Serrano.

¿Qué le ha enseñado la reumatología sobre la vida y la medicina?

"La reumatología me enseñó a ser paciente, ya que los tratamientos no ofrecen resultados inmediatos, pero su efecto a largo plazo cambia vidas. También aprendí la importancia del movimiento como base de la calidad de vida."

¿Quién o qué ha sido su mayor inspiración en su carrera?

"Mi madre, quien fue enfermera, sembró en mí el amor por la medicina, y mi padre me inculcó el valor de contribuir a la humanidad. Además, mi mentor en Baylor, el Dr. Earl Brewer, fue crucial para mi desarrollo como especialista."

¿Cómo ve el futuro de la reumatología pediátrica en Puerto Rico?

"Aunque a nivel mundial la reumatología pediátrica está en constante progreso, en Puerto Rico aún hay mucho por hacer. Necesitamos más investigación, estadísticas locales y una mayor integración de los especialistas en centros académicos para maximizar el impacto en los pacientes."

Reflexión sobre su carrera

"Mirando atrás, me emociona ver cuánto ha avanzado el campo en tan poco tiempo. La reumatología pediátrica combina lo mejor de la medicina, permitiendo tratar condiciones multisistémicas en un enfoque holístico. Estoy orgullosa de haber formado parte de este crecimiento y espero que las futuras generaciones que sigan contribuyendo para lograr más y mejores tratamientos."

Grupo de Reumatología: Fomentando el Aprendizaje y la Colaboración Multidisciplinaria

Andrea Cerezo Martínez

Como presidenta y fundadora del Grupo de Reumatología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, me complace compartirles la experiencia que hemos vivido al crear este espacio de aprendizaje y colaboración. En el mundo de la medicina, las enfermedades reumatológicas representan un desafío debido a su naturaleza multifactorial y los diversos sistemas que éstas pueden afectar. Con esta idea en mente, decidimos (junto con el apoyo del Dr. Luis Vilá) fundar este grupo, con el propósito de generar un entorno donde futuros médicos pudieran conocer a fondo esta especialidad y comprender la importancia de un enfoque integral en el manejo de las patologías.

RIG
RHEUMATOLOGY INTEREST GROUP

En la fila superior: Gerardo Caussade, Dr. Luis Vilá, Andrea Cerezo, Sebastián M. Martínez, Emil González, Fernando Arrocho, Annelisse Torres, Sergio Vidal y Edgardo González. En la fila inferior: César Rosado, Yariel Gómez, Héctor Reyes, William Betancourt y Camila Colón.

El grupo se formó con tres objetivos principales:

1. Fomentar el aprendizaje y el interés por la reumatología: Brindar a los estudiantes de medicina una visión amplia sobre la especialidad, fomentando no solo el conocimiento teórico, sino también la interacción entre diferentes disciplinas médicas. Las enfermedades reumatológicas, como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la esclerodermia, son ejemplos claros de condiciones que requieren un enfoque multidisciplinario, involucrando especialistas en reumatología, neumología, cardiología, dermatología y nefrología, entre otros.
2. Desarrollar la colaboración interdisciplinaria: Promover el trabajo en equipo entre estudiantes y profesionales de distintas áreas de la salud para el manejo integral de las enfermedades reumatológicas.
3. Crear un espacio de divulgación y discusión académica: Organizar actividades que permitan el intercambio de conocimientos entre estudiantes y expertos, contribuyendo a la formación de futuros médicos más integrales.

Dr. Luis Vilá, Marisol (paciente invitada), Lorraine Biaggi, César Rosado, Andrea Cerezo, Claudia Dubocq, Annelisse Torres, Yariel Gómez, Edgardo González y Sergio Vidal.

Durante el año pasado, organizamos tres actividades principales que marcaron el inicio de este proyecto. Cada una de ellas contó con la participación de expertos reconocidos en sus áreas, quienes generosamente compartieron su conocimiento y experiencia con nosotros.

Charla del Dr. Luis Vilá

El Dr. Vilá, especialista en reumatología y mentor del grupo, inauguró nuestras actividades con una charla fascinante sobre la reumatología como especialidad. En su intervención, nos compartió una visión única y profunda, destacando que la reumatología, al no estar centrada en un órgano específico, es, en esencia, la especialidad de todo lo que fluye en el cuerpo humano.

Conferencia de la Dra. Ivonne Arroyo

La segunda actividad estuvo a cargo de la Dra. Arroyo, experta en reumatología pediátrica. Su exposición se enfocó en las diferencias clave entre las patologías reumatológicas en adultos y en niños, destacando la importancia de un diagnóstico temprano y un manejo adecuado en esta población vulnerable.

Conferencia de la Sra. Lorraine Biaggi

Como cierre de las actividades del año, contamos con la presencia de la Sra. Lorraine Biaggi, directora ejecutiva del Puerto Rico and Florida Scleroderma Chapter. Su conferencia fue una oportunidad única para conocer de primera mano el impacto de las asociaciones y el trabajo comunitario en el manejo de enfermedades reumatológicas crónicas.

Fue nuestra primera vez organizando un grupo como éste, y estoy sumamente orgullosa del trabajo que realizamos y del entusiasmo que mostraron los participantes. Este sentimiento de orgullo refleja el compromiso que todos tenemos por seguir creciendo y aprendiendo juntos.

Nuestro objetivo es seguir fomentando un entorno de aprendizaje activo y colaborativo, donde podamos no solo adquirir conocimientos, sino también desarrollar habilidades y actitudes que nos permitan ser profesionales de la salud comprometidos y empáticos.
Estoy convencida de que este es solo el comienzo de un largo camino por recorrer.

¡El futuro promete grandes cosas para nuestro grupo, y estoy emocionada por todo lo que está por venir!

Para más información sobre el Grupo de Reumatología y nuestras próximas actividades, pueden contactarnos a través de instagram @reumaigpr

Directiva del Grupo de Reumatología

- Dr. Luis Vilá
  Mentor
- Andrea Cerezo Martínez
  Presidenta
- Edgardo González García
  Vicepresidente
- Annelisse Torres Urquía
  Secretaria
- Yariel Gómez Hernández
  Tesorero
- César Rosado Bloise
  Vicepresidente de Redes Sociales
- Sebastián M. Martínez
  Representante de la Clase 2025
- Camila Colón
  Representante de la Clase 2026
- Fernando J. Arocho
  Representante de la Clase 2027
- Sergio Vidal Rosa
  Representante de la Clase 2028

Noelia Rodríguez, MD

Periodismo en Medicina: Narrativas que Enriquecen la Práctica Clínica

Fuente: El Peruano

Recientemente asistí a una conferencia del *American College of Rheumatology* en Washington DC, enfocada en el periodismo en la medicina. Este concepto captó mi atención de inmediato, no solo porque tengo una hija interesada en esta área, sino porque descubrí que existen campos innovadores en nuestra profesión que muchas veces desconocemos.

Para mi sorpresa, la sesión era interactiva. Superado el impacto inicial y el nerviosismo ante la posibilidad de hablar en público, reconocí que esta disciplina puede ser una herramienta poderosa para comunicar las experiencias que compartimos con nuestros pacientes. Además, abre espacios para el aprendizaje mutuo y fomenta una práctica médica más humana y consciente.

Durante la conferencia, recordé una conversación reciente con una paciente que lleva años bajo mi cuidado. Su historia despertó en mí una serie de emociones que considero valiosas para compartir.

La historia de Lola: más allá del diagnóstico

Para preservar su identidad, la llamaré Lola. Ella me expresó su deseo de participar en iniciativas para crear conciencia sobre el lupus, una enfermedad con la que ha vivido toda su vida. Me relató con honestidad lo que fue su proceso de diagnóstico. Fue una experiencia profundamente dolorosa marcada por el desconocimiento y los prejuicios.

"Doctora," comenzó, "cuando me diagnosticaron lupus, mi mamá me rompió la boca." Al escuchar estas palabras, quedé en shock. Con calma, le pedí que me explicara. Lola, entonces de 17 años, había comenzado a experimentar síntomas como cansancio extremo, dolores y fatiga, que su médico primario inicialmente atribuyó a enfermedades infecciosas. Las pruebas realizadas arrojaron un resultado positivo para VDRL.

Al recibir estos resultados, la madre de Lola reaccionó de manera impulsiva, asumiendo que su hija ocultaba información sobre su vida sexual. Este episodio, cargado de malentendidos, marcó el inicio de un doloroso trayecto médico y emocional para Lola.

Posteriormente, fue referida a las clínicas de CLETS, especializadas en enfermedades infecciosas y de transmisión sexual. Lola recuerda claramente la sala

de espera: rodeada de pacientes con manifestaciones visibles de sus condiciones, presos escoltados por policías y residentes de un Hogar Crea cercano. Ella era la paciente más joven.

Durante meses, se le realizaron múltiples pruebas, hasta que un médico concluyó que no tenía una enfermedad de transmisión sexual, ya que no estaba sexualmente activa. Finalmente, fue referida a un reumatólogo, quien confirmó el diagnóstico de lupus. Lola relató que, aunque su madre eventualmente comprendió la situación y la apoyó, el daño emocional ya estaba hecho.

Lecciones desde la experiencia de Lola

Esta historia me llevó a reflexionar profundamente. Lola no solo enfrentó los síntomas de una enfermedad crónica, sino que también soportó el estigma y la discriminación asociados a un diagnóstico erróneo. Su proceso estuvo marcado por prejuicios, falta de sensibilidad y un desconocimiento que amplificó su sufrimiento.

Me pregunto cuántos de nuestros pacientes han vivido historias similares, cargadas de estigmas, diagnósticos tardíos o experiencias traumáticas durante su atención médica. A menudo, no somos plenamente conscientes de las cicatrices emocionales que los acompañan, desde los primeros síntomas hasta los cambios físicos visibles, como erupciones cutáneas o efectos secundarios del tratamiento, que pueden convertirse en fuentes de discriminación.

Construyendo una práctica médica empática y consciente

Como médicos, es nuestra responsabilidad abordar estas realidades con empatía, cuestionando nuestras suposiciones y esforzándonos por ofrecer un cuidado más humano. No podemos comprender completamente lo que vive un paciente, pero sí podemos crear un espacio seguro donde se sienta escuchado y apoyado.

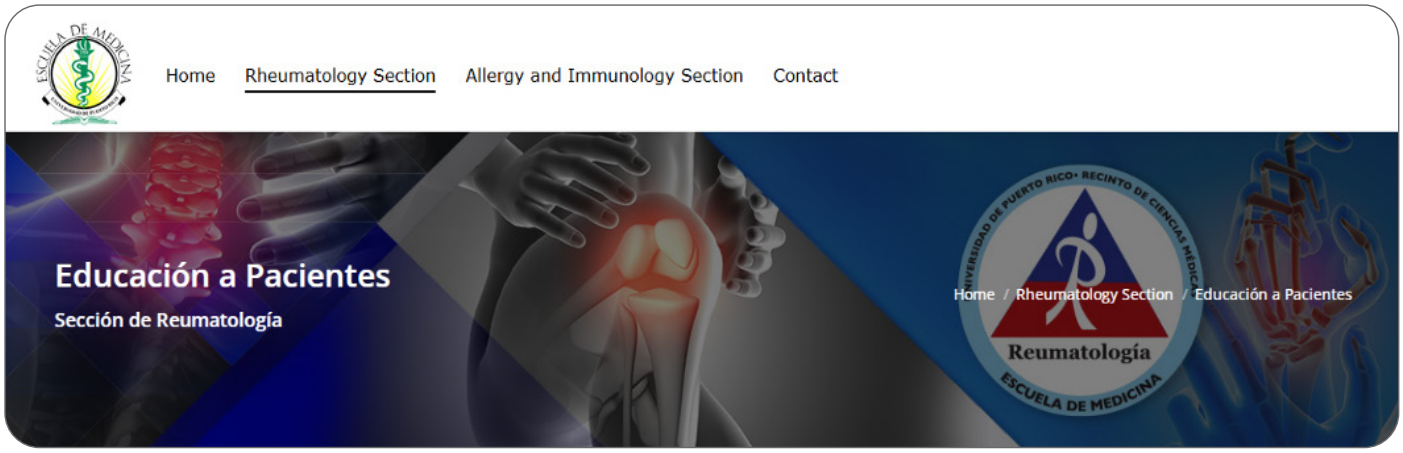
La historia de Lola enfatiza la importancia de integrar el aprendizaje científico con una comprensión más humana de las experiencias que rodean a las enfermedades crónicas.

Fuente: Universidad José Matías Delgado

Luis M. Vilá, MD

Educación a Pacientes en Nuestra Página Web

En el 2024, junto a la Dra. Ileana Rivera (egresada de ese año), desarrollamos una nueva sección en nuestra página web dedicada a la educación de nuestros pacientes sobre diversas condiciones reumatológicas. Esta sección se compone de tres partes:



Hablemos de Salud - El Nuevo Día

Los miembros de la Facultad y los Residentes de la Sección de Reumatología colaboran con el periódico El Nuevo Día en su sección "Hablemos de Salud", aportando artículos informativos sobre diferentes enfermedades reumáticas. Estos artículos están disponibles para consulta en esta nueva sección.

HABLEMOS DE SALUD
Con la Escuela de Medicina de la UPR
Las raíces de la salud: más allá de dieta y ejercicio

HABLEMOS DE SALUD
Con la Escuela de Medicina de la UPR
Riesgos de la obesidad

HABLEMOS DE SALUD
Con la Escuela de Medicina de la UPR
La artritis reumatoide

HABLEMOS DE SALUD
Con la Escuela de Medicina de la UPR
Inhibidores contra cáncer

Para más información, visita nuestra página cibernética: **https://md.rcm.upr.edu/rai/rheumatology-section**

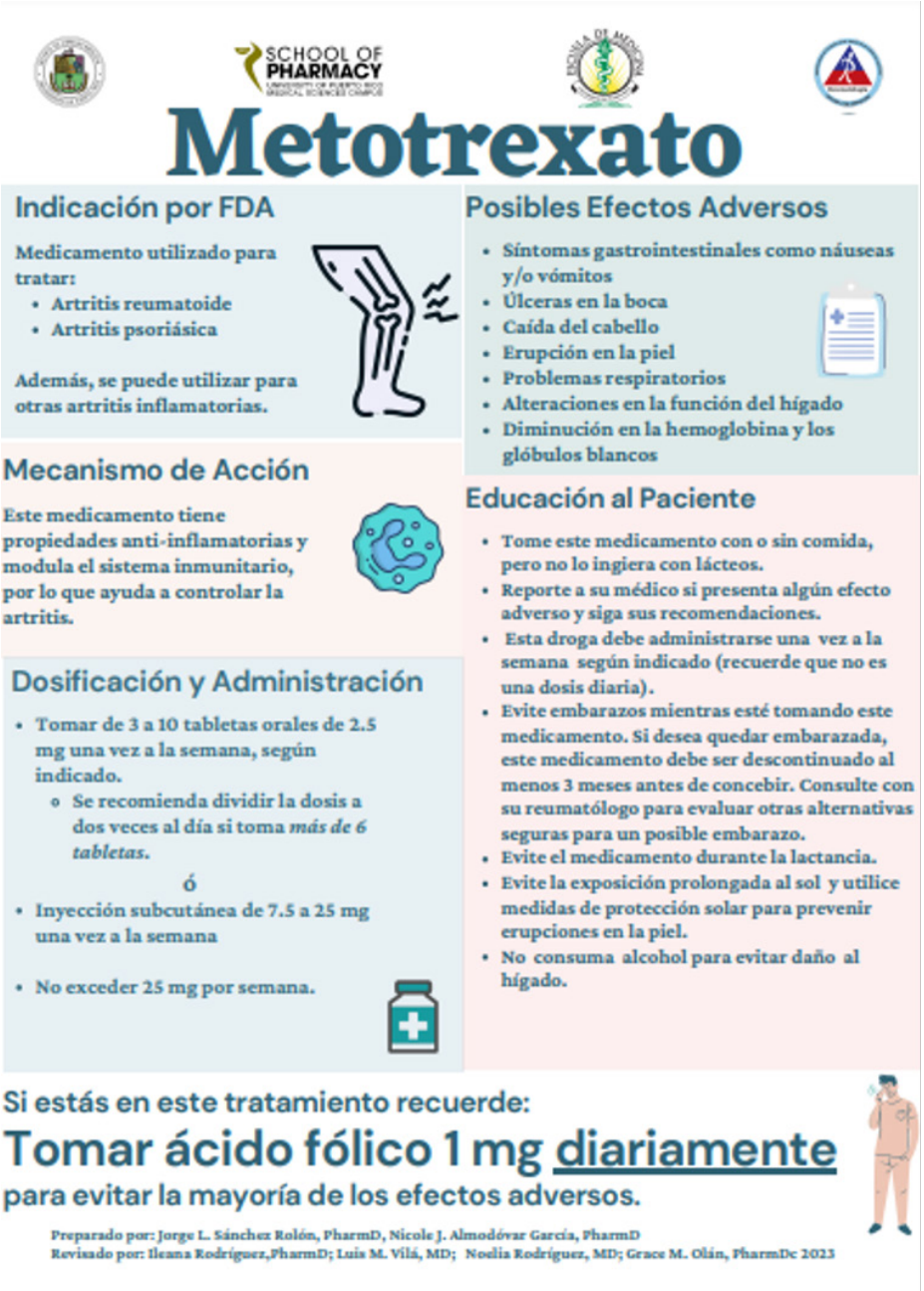
Medicamentos Antirreumáticos

En esta sección se ofrece información detallada sobre las indicaciones, mecanismos de acción, dosificación, formas de administración y efectos adversos de los medicamentos antirreumáticos más comúnmente utilizados. Esta compilación es fruto de la colaboración entre la Escuela de Farmacia y la Sección de Reumatología del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

Otras Fuentes de Materiales Educativos

En esta sección encontrará enlaces a otras fuentes confiables que ofrecen materiales, recursos y videos educativos en español.

A futuro, esperamos continuar ampliando estas secciones y desarrollar nuevas iniciativas para el beneficio de nuestros pacientes. Puede acceder a esta información a través del siguiente enlace:h*ttps://md.rcm.upr.edu/rai/rheumatology-section/educacion-a-pacientes/*



Laisha Báez, MD

Clínica de Obesidad para Pacientes con Enfermedades Reumáticas

En 1994, el Dr. Jeffrey Friedman transformó la percepción de la obesidad cuando descubrió la primera adipocitoquina. Este hallazgo evidenció que el tejido adiposo es mucho más que una reserva energética; es un órgano endocrino que secreta múltiples sustancias que regulan el metabolismo y la respuesta inmunitaria. Entre los factores que pueden modificar la función del tejido graso se encuentra la obesidad. Esta produce un desbalance fisiológico creando un ambiente proinflamatorio por la secreción del factor de necrosis tumoral alfa, interleucina 6, e interleucina 8, entre otras. Se ha reportado que la obesidad no solo es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades reumáticas, sino que también podría afectar la actividad de la enfermedad y la respuesta a algunos tratamientos. La relación entre las enfermedades reumáticas y la obesidad ha dado paso al desarrollo de una clínica enfocada en esta población.

Nuestra clínica está dirigida a pacientes mayores de 21 años con un diagnóstico previo de una enfermedad reumática hecho por un reumatólogo y que tengan un índice de masa corporal de 25 mg/kg o más. La clínica es una multidisciplinaria donde los pacientes serán evaluados por una reumatóloga especialista en obesidad y una doctora en farmacia. Durante las visitas se identificarán patrones alimentarios, metabólicos y/o farmacológicos que no les permitan llegar a un peso saludable. El objetivo de la clínica es ofrecer un servicio individualizado y confiable a los pacientes que padecen de esta condición, mientras continúan el tratamiento de su enfermedad reumática con su respectivo reumatólogo.

Las evaluaciones se están llevando a cabo en las clínicas de Reparto Metropolitano los viernes. El costo de la visita inicial es de $95 y el de las visitas subsiguientes es de $65. Si tiene algún paciente que se pueda beneficiar de estos servicios, se puede comunicar al 787-758-7908 o puede escribir un correo electrónico a obesidadrcm@gmail.com para solicitar una cita. Los invitamos a ser parte de esta iniciativa.

Clínicas Ambulatorias de la Sección de Reumatología de la UPR

DÍA	CLÍNICA	FACULTAD
Lunes	**Reumatología General**	Dra. Grissel Ríos
	Reumatología General	Dra. Noelia Rodríguez (Hospital de la UPR en Carolina)
Martes	**Lupus y Síndrome de Sjögren**	Dr. Luis M. Vilá
	Reumatología General (martes alternos)	Dr. Salvador Vilá
	Reumatología General	Dra. Ruth M. Fred
	Reumatología General	Dra. Grissel Ríos
Miércoles	**Reumatología General**	Dr. Salvador Vilá
	Lupus (miércoles alternos)	Dra. Vanessa Rodríguez
Jueves	**Reumatología General**	Dra. Ruth M. Fred
Viernes	**Enfermedades Inflamatorias/ Autoinmunes (una vez al mes)**	Dra. Noelia Rodríguez (Hospital de la UPR en Carolina)
	Reumatología-Oncología	Dr. Salvador Vilá (Centro Comprensivo de Cáncer UPR)
	Clínica de Obesidad para Pacientes con Enfermedades Reumátivas	Dra. Laisha Báez
Lunes a Jueves	**Clínica de Urgencias de Reumatología**	Facultad de Reumatología

PARA CITAS:

- Clínica de la Escuela de Medicina de la UPR: (787) 758-7908
- Hospital de la UPR en Carolina: (787) 476-4135
- Hospital del Centro Comprensivo de Cáncer de la UPR: (787) 936-1477 o escriba a **citas@cccupr.org**

Publicaciones y Presentaciones Científicas del 2024

Luis M. Vilá, MD

Durante el año 2024, la actividad académica se centró en la elaboración de reportes de casos sobre manifestaciones y complicaciones raras en enfermedades autoinmunes. Además, se presentaron trabajos científicos relacionados con una intervención estandarizada implementada por farmacéuticos clínicos para optimizar la farmacoterapia en pacientes con enfermedades reumáticas, así como con las manifestaciones reumatológicas en pacientes con enfermedad de Hansen. Queremos reconocer la valiosa contribución de nuestros colaboradores en estos proyectos: la Dra. Ileana Rodríguez, catedrática asociada de la Escuela de Farmacia del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (RCM-UPR), y la Dra. Aida Quintero, catedrática asociada del Departamento de Dermatología del RCM-UPR.

A continuación, se presentan las referencias bibliográficas y los resúmenes de los trabajos publicados y presentados.

PUBLICACIONES EN REVISTAS ARBITRADAS POR PARES

1. **Ríos G, González-Ramos K, Figueroa-Díaz A, González-Meléndez A. Pemphigus Vulgaris Unmasked in a Patient With Behçet's Disease: A Complex Diagnostic Dilemma. Cureus. 2024 Sep 26;16(9):e70253.**

   Behçet's disease (BD) is a systemic vasculitis characterized by recurrent painful oral and genital ulcers, uveitis, and skin lesions. Pemphigus vulgaris (PV), on the other hand, is an autoimmune blistering disorder affecting the mucous membranes and skin, characterized by the presence of intraepidermal vesicles. Herein, we present a female in her 40s with a history of BD who presented to the emergency department with worsening oral and vaginal ulcers and extensive bullae of four months onset. A skin biopsy revealed an intraepidermal vesicle with preservation of the basal layer consistent with PV. A complete workup including vasculitides, connective tissue diseases, and human leukocyte antigen (HLA)-B*51 was performed, which revealed a positive HLA-B*51. She was treated with oral corticosteroids, rituximab, dapsone, and azathioprine. After nine months, she has remained stable. Our case suggests there may be a shared pathway in the pathophysiology of BD and PV, providing valuable insights for treatment decisions.

2. **Álvarez Pérez LF, González-Meléndez A, Vilá LM. Severe gingival inflammation and bleeding as the sole manifestation of granulomatosis with polyangiitis. BMJ Case Rep. 2024 Aug 22;17(8):e261013.**

   No abstract available

3. **Rodríguez-Perez N. Systemic Lupus Erythematosus in a Nonagenarian Woman: A Case Report. Cureus. 2024 Sep 20;16(9):e69812.**

   In this case report, we present an elderly Hispanic woman with systemic lupus erythematosus (SLE) exhibiting a unique presentation characterized by a substantial unilateral pleural effusion, cardiac effusion, nephrotic-range proteinuria, and arthritis. The patient demonstrated improvement after receiving intravenous corticosteroids, followed by oral corticosteroids and a low dose of azathioprine. This case underscores the atypical presentation of SLE in the elderly, involving major organ systems, and highlights the patient's stability after three years of low immunosuppressive treatment.

4. **Rivera-Burgos I, Vilá LM. Severe Antiphospholipid Syndrome and Diffuse Glomerulonephritis After Adalimumab Treatment in a Patient With Ulcerative Colitis. Case Rep Rheumatol. 2024 Nov 4;2024:8024757.**

Tumor necrosis factor alpha inhibitors (TNFi) are biological drugs used worldwide to treat various autoimmune disorders. Paradoxically, TNF-α antagonists can also induce autoimmune diseases being systemic vasculitis, systemic lupus erythematosus, and psoriasis, the most common. We present a 22-year-old woman with ulcerative colitis (UC) who was started on adalimumab 40 mg subcutaneously every 2 weeks. After two doses of adalimumab, she developed gangrene of all toes and acute kidney injury requiring hemodialysis. Skin biopsy showed thrombi in the small vessels of the dermis. Renal biopsy disclosed diffuse proliferative glomerulonephritis (GN) and acute tubulointerstitial nephritis. Serologic work-up showed positive IgG anticardiolipin (ACL) antibodies and low C3 levels. Antinuclear, anti-dsDNA, anti-Smith, anti-SSA, anti-SSB, anti-RNP, antineutrophil cytoplasmic antibodies, ACL (IgA and IgM), and anti-β2-glycoprotein I (IgG, IgM, and IgA) antibodies were not elevated. Lupus anticoagulant test and cryoglobulins were negative. Adalimumab was discontinued, and she was treated with enoxaparin, intravenous (IV) methylprednisolone pulse, IV cyclophosphamide, and plasmapheresis followed by maintenance therapy with warfarin, prednisone, azathioprine, and hydroxychloroquine. She did not have further thrombotic events, and the acute kidney injury completely resolved. ACL IgG antibodies decreased to normal levels, and repeated tests were negative. After 7 years, anticoagulation and immunosuppressive drugs were discontinued. During a follow-up of 24 months, she remained in complete clinical remission. This report highlights the occurrence of autoimmune disorders induced by TNFi. Thus, careful monitoring of adverse immune reactions to TNFi is highly recommended.

PRESENTACIONES CIENTÍFICAS

1. **Rivera-Burgos I, Vilá S, Vilá LM. Yao Syndrome: Unraveling the Enigma of Complex Autoinflammatory Disease with Autoimmune Inflammatory Disease Mimicry. PR Health Sci J 2024; 43:84 (Annual Forum Abstract Supplement). Presented at the 44th Annual Research and Education Forum, University of Puerto Rico Medical Sciences Campus. March 13-15, 2024, San Juan Puerto Rico.**

Purpose: This case presentation aims to highlight Yao syndrome, a rare autoinflammatory disease characterized by a diverse range of clinical manifestations, including periodic fever, gastrointestinal symptoms, dermatitis, polyarthritis, and sicca symptoms. Of particular significance is its association with a NOD2 gene variants. Understanding Yao syndrome is crucial due to potential overlaps in clinical features with other autoinflammatory syndromes such as familial mediterranean fever and Blau syndrome as well as inflammatory bowel disease and autoimmune rheumatic diseases.

Case Description: A 22-yearold female transitioned from pediatric to adult rheumatology care with a provisional diagnosis of autoinflammatory syndrome. From infancy, the patient exhibited a spectrum of symptoms, including eczema, lactose intolerance, arthritis, gastroparesis, sicca symptoms, and recurrent urinary tract infections. Throughout adolescence and adulthood, she endured with persistent polyarthralgia, severe dermatitis, gastroparesis requiring gastrostomy for feeding, cyclic fever episodes, severe xerophthalmia, and recurrent viral infections. Despite numerous hospitalizations and immunosuppressive treatments, her disease remained uncontrolled. Genetic testing performed at 21 years of age revealed a NOD2 variant (c.2104 p.Arg702tpr, variant R675W) associated with Yao syndrome, Blau syndrome, and Crohn's disease. Notably, the presence of sicca symptoms and gastrointestinal involvement prompted the diagnosis of Yao syndrome.

Conclusion: This case underscores the importance of recognizing autoinflammatory diseases and the clinical

value of genetic testing, particularly in treatment-resistant patients. Moreover, it enhances awareness among healthcare professionals, enabling early and accurate diagnosis and ultimately improving the management of individuals affected by this disorder.

2. **Álvarez Pérez L, González-Meléndez A, Vilá LM. Granulomatosis with Polyangiitis Presenting as Severe Gingival Bleeding and Inflammation. PR Health Sci J 2024; 43:85 (Annual Forum Abstract Supplement). Presented at the 44th Annual Research and Education Forum, University of Puerto Rico Medical Sciences Campus, San Juan Puerto Rico March 13-15, 2024.**

Purpose: Granulomatosis with polyangiitis (GPA) is a systemic vasculitis primarily affecting small to medium-sized blood vessels. This condition commonly involves the upper and lower respiratory tracts, kidneys, skin, joints, and eyes. Notably, oral involvement is infrequent. Moreover, isolated GPA within a specific tissue, organ, or system is exceptionally rare. Here, we present a case wherein severe gingival inflammation is the sole manifestation of GPA.

Case Description: A 30-year-old woman presented with a two-year history of persistent and severe gingival bleeding, leading to hospitalization more than ten times due to symptomatic anemia requiring multiple blood transfusions. Upon evaluation, she exhibited left hyperplastic gingiva with red to purple petechiae. Aside from this finding, the physical examination was unremarkable. Extensive laboratory and serologic workup revealed anemia (8.8 g/dl), and positive anti-neutrophil cytoplasmic antibodies (ANCA, cytoplasmic pattern) and antiproteinase-3 antibodies. A biopsy of the left maxillary gingiva confirmed acute vasculitis. The combination of serologic tests and gingival biopsy supported the diagnosis of GPA. Computed tomography scans of the neck and chest showed no abnormalities. Besides from gingival inflammation, there was no involvement of other organs or systems associated with GPA. Initial treatment comprised prednisone 20 mg orally daily and azathioprine 50 mg orally daily, resulting in a remarkable clinical response. Gingival inflammation and bleeding completely subsided, and prednisone dose was gradually tapered and eventually discontinued six months later. After one year of follow-up, the patient has remained in complete clinical remission.

Conclusion: GPA presenting with isolated oral manifestations is extremely rare. Early diagnosis and treatment are crucial for achieving and maintaining disease remission. Dentists and otolaryngologists can play a pivotal role in the early detection of systemic diseases such as GPA, emphasizing the importance of interdisciplinary collaboration in healthcare.

3. **López L, Ríos G, Vilá LM. Concurrent Dermatomyositis and Systemic Lupus Erythematosus: A Rare Association of Autoimmune Rheumatic Disorders. PR Health Sci J 2024; 43:84-85 (Annual Forum Abstract Supplement). Presented at the 44th Annual Research and Education Forum, University of Puerto Rico Medical Sciences Campus, San Juan Puerto Rico March 13-15, 2024.**

Purpose: Dermatomyositis and systemic lupus erythematosus (SLE) are chronic rheumatic diseases that can affect multiple organs and present with overlapping clinical manifestations. The coexistence of dermatomyositis and SLE is encountered rarely in clinical practice. The case presented herein underscores the complexity of autoimmune diseases, as the patient initially presented with dermatomyositis but later developed features of SLE.

Case Description: A 40-year-old female with medical history of hypertension, asthma, and morbid obesity developed dermatomyositis characterized by proximal muscle weakness of upper and lower extremities, dysphagia, heliotrope rash, periungual erythema, erythematous skin lesions on the neck and arms, elevated serum aldolase and creatine phosphokinase levels, and positive antimelanoma differentiation-associated gene 5 (MDA5) antibodies. A skin biopsy confirmed the diagnosis of dermatomyositis. She was treated with high-dose corticosteroids and mycophenolic acid. Initially, she improved, but three months later, she presented with worsening dysphagia and muscle weakness as well as pancytopenia, arthritis, positive antinuclear antibodies (ANA), and C3 and C4 hypocomplementemia consistent

with SLE. Rituximab was initiated due to progressive symptoms and overlapping features of dermatomyositis and SLE. She had a remarkable clinical response to this biologic agent with the resolution of most manifestations.

Conclusion: Although the coexistence of dermatomyositis and SLE is not common, healthcare providers should maintain a high index of suspicion in patients presenting with atypical symptoms or overlapping features. This case emphasizes the challenge of managing multiple autoimmune conditions concurrently. The patient's response to a combination of corticosteroids, immunosuppressants, and targeted biologic therapy suggests the importance of a multidisciplinary approach in addressing the diverse clinical manifestations associated with autoimmune diseases.

4. **Rodríguez Nazario I, Vilá LM, Melin K. Assessment of the perception and satisfaction level in a pharmacist led comprehensive medication management service in patients with rheumatic disorders in Puerto Rico: Telemedicine versus face-to-face encounters. Presented at the Pan-American League of Rheumatology (PANLAR) Congress, Barranquilla, Colombia. April 10-13, 2024.**

Background/Objective: Comprehensive medication management (CMM) services are provided by pharmacists to help patients to promote medication adherence, reduce polypharmacy, contribute to disease control, and prevent adverse drug events. Providing CMM services through telemedicine (TM) can help to identify medication-related problems in a more convenient manner. However, patients' perception and satisfaction of CMM services through TM versus face-face (FTF) encounters are lacking. Hence, we aimed to compare these services in a group of patients with rheumatic diseases from Puerto Rico.

Methods: Adult patients (≥ 21 years) with rheumatic diseases evaluated at a university-based practice in Puerto Rico were enrolled. Participants received CMM services through both TM and FTF encounters. After each encounter, participants completed a structured questionnaire regarding the perception and satisfaction of services provided. CMM services through both modalities were compared using bivariate analysis.

Results: In total, 296 participants were included. The mean (standard deviation, SD) age was 50.4 (12.5) years and 91% were female. The three most common rheumatic conditions were fibromyalgia (35.5%), systemic lupus erythematosus (33.1%), and rheumatoid arthritis (31.8%). The mean (SD) number of medications per patient was 10.2 (4.7). In general, the perception and satisfaction of CMM services was very high for each component. No differences were found between TM and FTF encounters (Table 1).

Conclusion: In this group of Hispanic patients with rheumatic diseases, the overall perception and satisfaction of CMM services was very high. No differences were found between TM and FTF modalities. This study suggests that TM is a reasonable alternative for patients who are not available or willing to receive these services in person.

Table 1: Perception and satisfaction of CMM services in patients with rheumatic diseases through TM and FTF encounters*.

Component	Question	TM Mean (SD)	FTF Mean (SD)	p-value
Perception	Pharmacist's care is unique	1.4 (0.9)	1.4 (0.9)	0.410
	Better knowledge of medications	1.3 (0.9)	1.3 (0.8)	0.250
	Trust relationship with the pharmacist	1.5 (1.0)	1.4 (1.0)	0.490
Satisfaction	Medication management care	1.2 (0.7)	1.2 (0.7)	0.727
	Patient can ask questions	1.2 (0.7)	1.1 (0.6)	0.144
	Recommend the service to others	1.2 (0.7)	1.1 (0.6)	0.403

*Structured questionnaire using a Likert scale from strongly agree (value of 1) to strongly disagree (value of 5).
CMM: Comprehensive medication management; TM: Telemedicine; FTF: Face-to-face

5. **González-Ramos KN, González-Meléndez A, Vilá LM. Thymoma-Associated Systemic Lupus Erythematosus and Myasthenia Gravis. Presented at the Florida Society of Rheumatology July 12-14, 2024.**

Background: The thymus plays a crucial role in nurturing cell-mediated immunity and ensuring self-tolerance. Thymoma, a rare tumor originating from thymic epithelial cells, has the potential to disrupt this process by promoting the emergence of autoreactive lymphocytes, thereby increasing the risk of autoimmune disorders. The association between thymoma and autoimmune diseases, such as myasthenia gravis is well-established. Conversely, the link between thymoma and systemic lupus erythematosus (SLE) is less frequently observed. In

this report, we present the case of a young adult woman diagnosed with both SLE and myasthenia gravis, who was also found to have a thymoma.

Case Presentation: A 32-year-old woman with SLE was admitted to the hospital presenting with a headache, blurred vision in her right eye, generalized weakness, and dysphagia. The headache had begun three days prior to admission, localized to the right retro-orbital area and accompanied by blurred vision. She had been experiencing dysphagia and weakness for the past year, with symptoms intensifying in the three weeks leading up to admission. Her SLE had been diagnosed a year earlier, initially presenting with polyarthritis, positive antinuclear antibody (ANA; 1:640 homogenous pattern), low levels of C3 and C4, and elevated anti-dsDNA and anti-Ro antibodies. Treatment included prednisone 10 mg daily, hydroxychloroquine 200 mg daily, and mycophenolate mofetil 500 mg twice daily. On physical examination, right palpebral ptosis and proximal muscle weakness in the upper extremities were noted. No rash, alopecia, mucosal ulcers, or joint tenderness or swelling were observed. Laboratory tests revealed a positive ANA (1:160, homogeneous pattern), elevated dsDNA antibodies, low C3 and C4 levels, and positive anti-Mi-2 and anti-acetylcholine receptor (AChR) antibodies. All three types of AChR antibodies (blocking, modulating, and binding) were detected. Serum levels of creatine phosphokinase and aldolase were within normal limits. A chest computed tomography (CT) scan revealed an anterior mediastinal mass with left pleural and left brachial and cephalic veins invasion (Figure 1). A CT-guided biopsy of the mass showed a thymoma most consistent with World Health Organization type AB. Immunohistochemistry was positive for BCL2, CD3, CD5, CK19, CK-Pankeratin, Ki-67, p40, p63, and PAX-8. She was diagnosed with myasthenia gravis and started on intravenous immunoglobulin for five days, pyridostigmine 30 mg three times a day, and prednisone 40 mg daily. After improvement of symptoms, she was discharged with neurology, hematology-oncology, and cardiothoracic surgery follow-up.

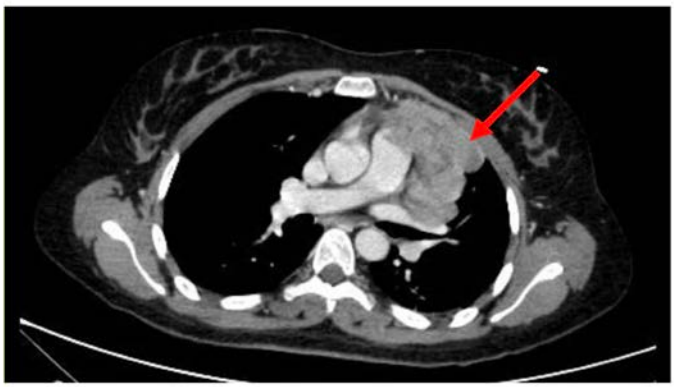


Figure 1. Chest CT scan without contrast, axial view, shows an anterior mediastinal mass (arrow).

Discussion: Thymomas have the potential to disturb the regular process of T-cell maturation, potentially enabling autoreactive lymphocytes to evade elimination, thereby contributing to the development of autoimmune disorders. Consequently, this disturbance can lead to the onset of various autoimmune disorders, such as myasthenia gravis, autoimmune cytopenias, inflammatory myositis, Hashimoto's thyroiditis, SLE, rheumatoid arthritis, systemic sclerosis, Sjogren's syndrome, and sarcoidosis. Among these autoimmune conditions, myasthenia gravis exhibits the highest frequency of association, reported in up to 30-50% of patients. In contrast, SLE shows a less common association, linked to approximately 1.5-2% of patients. While our patient did not present clinical symptoms consistent with dermatomyositis, anti-Mi2 antibodies were detected. To the best of our knowledge, although inflammatory myositis has been described alongside myasthenia gravis, the co-occurrence of thymoma and anti-Mi2 antibodies has not been previously reported.

Conclusions: We present a case of thymoma-associated paraneoplastic syndrome manifesting as both SLE and myasthenia gravis. Clinicians should be vigilant, recognizing that patients displaying atypical clinical presentations or overlapping features of autoimmune disorders may warrant consideration of an underlying condition, potentially including malignancy.

6. Gil De Rubio Cruz P, Lastra-Annexy A, Pelet Del Toro N, Vilá L, Quintero-Noriega A. Rheumatic Manifestations in Patients with Hansen's Disease Treated with Multidrug Antibiotic Therapy [abstract]. Arthritis Rheumatol. 2024; 76 (suppl 9). Presented at the American College of Rheumatology Convergence Meeting 2024, November 14-19, 2024, Washington, DC.

Background/Purpose: Hansen's Disease (HD), also known as leprosy, is a chronic granulomatous infection caused by Mycobacterium leprae. A wide range of rheumatic manifestations has been reported in HD, which may occur during the course of the disease or as its initial and sole feature. HD patients are treated with multidrug therapy (MDT) consisting of dapsone, rifampin, and clofazimine for 1-2 years, depending on the leprosy bacillary burden and clinical expression. However, it is unknown whether MDT is effective in controlling rheumatic manifestations. Therefore, we sought to determine the presence of rheumatic manifestations in a group of patients with HD receiving or completed MDT.

Methods: A cross-sectional study was performed with 23 HD patients and 23 non-HD subjects matched for age and sex. HD patients had received < 1year (8.7%), at least one year (8.7%) or had completed (82.6%) MDT. A complete medical history and a musculoskeletal examination were systematically performed for each participant. Demographic characteristics, clinical manifestations, comorbidities, and pharmacologic treatment were ascertained. Data were analyzed using Fischer's exact test, Chi-square test, or Student's t test, as appropriate.

Results: The mean age of HD patients was 51.3 years (SD 15.7), and 60.8% were female. Eighty-three percent of HD patients had at least one rheumatic manifestation. A significantly higher proportion of patients with HD had arthritis (particularly of small joints), tendinopathy, dactylitis, and swollen hands and feet syndrome compared to controls (Table 1). The most affected joints in HD patients were the proximal interphalangeal joints (60.9%), metacarpophalangeal joints (52.2%), metatarsophalangeal joints (39.1%), and distal interphalangeal joints (34.8%). The most common tendinopathy was rotator cuff tendinitis (26.1%).

Conclusion: This study suggests that a high proportion of HD patients continue to experience rheumatic manifestations despite receiving MDT. Recognizing that rheumatic manifestations may pose a significant burden on the functionality of these patients is crucial. Increased awareness of this issue can help in offering better treatment options or exploring alternative therapies.

Table 1. Demographic features, rheumatic manifestations, comorbidities, and pharmacologic treatment in patients with Hansen's disease and controls.

Features	Cases n=23	Controls n=23	p-value
Age, years (SD)	51.4 (15.7)	51.2 (14.8)	0.969
Sex, % female	60.9	60.9	>0.999
Rheumatic manifestations, %			
Arthralgias	82.6	56.5	0.055
Arthritis	65.2	30.4	0.018
Joint tenderness	60.9	30.4	0.038
Joint swelling	38.8	13.0	0.084
Joint distribution			
Small joints	60.9	13.0	< 0.001
Large joints	43.5	26.1	0.216
Tendinopathy	34.8	8.7	0.032
Dactylitis	21.7	0.0	0.049
Swollen hands and feet syndrome	21.7	0.0	0.049
Hand contractures	17.4	0.0	0.109
Rheumatic diseases, %			
Low back pain	34.8	47.8	0.369
Osteoarthritis	21.7	30.4	0.502
Gout	4.4	4.4	>0.999
Rheumatoid arthritis	4.4	4.4	>0.999
Comorbidities, %			
Overweight	43.5	34.8	0.546
Obesity	39.1	30.4	0.536
Arterial hypertension	34.8	34.8	>0.999
Diabetes mellitus	21.7	8.70	0.414
Dyslipidemia	26.1	21.7	0.730
Hypercholesterolemia	21.7	17.4	>0.999
Hypertriglyceridemia	4.4	4.4	>0.999
Hypothyroidism	4.4	13.0	0.608
Chronic kidney disease	0.0	0.0	---
Medications, %			
Acetaminophen	4.4	4.4	>0.999
NSAIDs	34.8	13.0	0.084

SD: Standard deviation; NSAIDs: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs

7. **Rodríguez Nazario I, Melin K, Vilá L. Implementation of Pharmacist-Led Comprehensive Medication Management for Puerto Ricans with Rheumatic Diseases [abstract]. Arthritis Rheumatol. 2024; 76 (suppl 9). Presented at the American College of Rheumatology Convergence Meeting 2024, November 14-19, 2024, Washington, DC.**

Background/Purpose: Comprehensive Medication Management (CMM) is a standardized intervention provided by clinical pharmacists that uses subjective and objective patient information to create a plan to optimize an individual's pharmacotherapy. After collecting patient-specific data, the pharmacist identifies drug-related problems (DRPs). Few CMM studies have been conducted on patients with rheumatic disorders. Therefore, we aimed to determine DRPs in a group of Puerto Ricans with rheumatic diseases.

Methods: A cross-sectional study was conducted on adult Puerto Ricans (aged 21 and older) with rheumatic diseases at a university-based practice in Puerto Rico. Participants received CMM services, and DRPs were identified during the study visit. DRPs were categorized into seven groups: unnecessary drug therapy, need for additional therapy, drug inefficacy, low drug dosage, adverse drug reactions, high drug dosage, and nonadherence. Two-tailed Mann-Whitney two-sample rank-sum test, Pearson correlation, and ANOVA were used to examine the relationship between DRPs and gender, age, and rheumatic conditions, respectively.

Results: A total of 296 participants were included in the study. The mean age was 50.4 years (standard deviation, SD = 12.5), and 91% of the participants were female. The three most common rheumatic disorders were fibromyalgia (35.5%), systemic lupus erythematosus (33.1%), and rheumatoid arthritis (31.8%); patients could have more than one co-occurring rheumatic disorder. The mean number of medications (including supplements) was 10.2 (SD = 4.7) per patient, and the mean number of drug-related problems (DRPs) per patient was 2.9 (SD = 2.7). The most common DRPs were incomplete vaccination (99.3%), drug interactions that may lead to inappropriate high dosages (41.9%), and the need for additional drug therapy for untreated conditions (13.2%) (Table 1). No statistically significant differences were observed between age groups (21-39, 40-59, and ≥60 years) for all DRP categories. Women with rheumatic diseases had a higher mean number of DRPs in the categories of unnecessary drug therapy and drug inefficacy compared to men (Table 2). Additionally, women were exposed to a greater mean number of medications. The presence of fibromyalgia was associated with a higher mean number of DRPs (2.26 vs. 4.18, $p < 0.001$) when compared to those without fibromyalgia.

Table 1. Drug-related problems in Puerto Ricans with rheumatic diseases.

Drug therapy problem	Frequency Cases	Percent of cases %
Unnecessary drug therapy		
Duplicate therapy	7	2.4
Need for additional therapy		
Synergistic or potentiating	5	1.7
Untreated condition	39	13.2
Vaccines	294	99.3
Drug inefficacy		
More effective drug available	7	2.4
Low drug dosage		
Frequency inappropriate	1	0.3
Duration inappropriate	7	2.4
Ineffective dose	17	5.7
Drug interaction	17	5.7
Adverse drug reaction		
Drug interaction	1	0.3
Contraindications present	1	0.3
Unsafe drug for patient	5	1.7
Undesirable effect	19	6.4
High drug dosage		
Frequency too short	1	0.3
Incorrect administration	1	0.3
Wrong dose	4	1.4
Drug interaction	124	41.9
Nonadherence		
Patient forgets to take	1	0.3
Drug product not available	1	0.3
Patient prefers not to take	3	1.0
Cannot afford drug product	4	1.4
Directions not understood	15	5.1

Estudios de Investigación de la Sección de Reumatología de la UPR

Título del Proyecto	Auspiciador	Año de Comienzo	Investigador Principal*
Lupus in minority populations: Nature versus nurture (LUMINA)	NIH/NIAMS	2001	Dra. Graciela Alarcón (UAB)
Demographic and clinical manifestations in Puerto Ricans with rheumatoid arthritis	Intramural	2007	Dr. Luis M. Vilá
A genetic risk profile in longitudinal SLE cohorts	NIH/NIAMS	2008	Dra. Elizabeth Brown (UAB)
Cross cultural Spanish validation of LupusPRO: A patient reported outcome measure for lupus	Lupus Foundation	2010	Dra. Meenakshi Jolly Rush University
Role of TREM-like TLT-1 levels in systemic lupus erythematosus	Intramural	2012	Dr. Luis M. Vilá
Association of genetic and autoantibody signatures with SLE clinical course	NIH/NIAMS	2014	Dra. Elizabeth Brown (UAB)
Primary Sjögren's syndrome in Puerto Ricans	Intramural	2014	Dr. Luis M. Vilá
Clinical profile and outcome of hospitalized patients with rheumatic diseases at the University Hospital and Cardiovascular Center of Puerto Rico and the Caribbean	Intramural	2015	Dr. Luis M. Vilá
Clinical outcomes in Puerto Ricans with lupus nephritis	Intramural	2018	Dr. Luis M. Vilá
Characterization of the lupus nephritis miRNAnome	NIH/NIAMS	2018	Dra. Elizabeth Brown (UAB)
Clinical impact of decreasing hydroxychloroquine dose according to the American Academy of Ophthalmology guidelines in patients with systemic lupus erythematosus	Intramural	2019	Dr. Luis M. Vilá
Clinical implications of variant rs6918289 in TREM2 within the Puerto Rican Population	Intramural	2019	Dr. Jorge Duconge Escuela de Farmacia UPR-RCM
Immune-related adverse events in Puerto Ricans treated with checkpoint inhibitors	Intramural	2020	Dr. Salvador Vilá
Clinical outcomes after COVID-19 infection and vaccination in patients with systemic lupus erythematosus	Intramural	2021	Dr. Luis M. Vilá
Feasibility and acceptability of incorporating telemedicine to pharmacy services in the rheumatology clinics of the University of Puerto Rico	American Society of Health-System Pharmacists	2021	Dra. Ileana Rodríguez Escuela de Farmacia UPR-RCM
Outcome in connective tissue diseases related pulmonary hypertension (CTD-PAH): The experience in Puerto Rico	Intramural	2022	Dra. Grissel Ríos
Clinical utility of a pharmacogenomic test in a comprehensive medication management service in the University of Puerto Rico-affiliated rheumatology clinics	Intramural	2023	Dra. Ileana Rodríguez Escuela de Farmacia UPR-RCM
Femoroacetabular impingement in patients with hip osteoarthritis in Puerto Rico	Intramural	2023	Dr. Luis M. Vilá

*En los estudios auspiciados por el NIH/NIAMS y asociaciones o fundaciones, el Dr. Luis M. Vilá es el Co-Investigador Principal. NIH/NIAMS: National Institute of Health/National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases; UAB: University of Alabama at Birmingham; UPR-RCM: Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas

Para más información, visita nuestra página cibernética: **https://md.rcm.upr.edu/rai/rheumatology-section**

Perlas de las Conferencias de Morbilidad y Mortalidad

Keysha González, MD; Lorena López, MD; Lilliana Serrano, MD, MPH; Edwin Plaza, MD

Como parte de nuestras actividades académicas mensuales, realizamos la Conferencia de Morbilidad y Mortalidad, en la cual los Residentes de Reumatología exponen casos clínicos desafiantes o complejos, ya sea en el diagnóstico o en el manejo. A continuación, compartimos las perlas clínicas destacadas de algunos de los casos presentados.

Trombocitopenia Inmune en Lupus Eritematoso Sistémico

- La trombocitopenia inmune (ITP, por sus siglas en inglés) afecta entre el 7 % y el 40 % de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y puede representar la primera manifestación de la enfermedad en el 3-16% de los casos.
- La trombocitopenia severa se observa en aproximadamente el 3-20% de los pacientes con LES. Esta condición suele estar asociada a un curso crónico de la enfermedad y se vincula con una mayor mortalidad, que puede alcanzar hasta el 24%.
- Según la definición original del Grupo de Trabajo Internacional de ITP, la ITP refractaria se caracteriza por la falta de respuesta tras la esplenectomía. Sin embargo, la definición más actualizada incluye la falta de respuesta a dos o más líneas de tratamiento, junto con un recuento de plaquetas ≤20-30 × 10^9/L y síntomas hemorrágicos. Esta actualización responde a la disponibilidad de nuevas opciones terapéuticas y al hecho de que la esplenectomía ya no se recomienda antes de los 12 meses desde el diagnóstico.
- El tratamiento inicial de la ITP en pacientes con LES se basa en el uso de corticosteroides. Entre las terapias de segunda línea se encuentran el rituximab y otros inmunosupresores. De manera interesante, un estudio piloto realizado por Du et al. sugiere que el sirolimus podría ser una opción terapéutica prometedora para pacientes con ITP refractaria asociada a LES.

Síndrome de Pseudo-Pseudo Meigs en Lupus Eritematoso Sistémico

- El síndrome pseudo-pseudo Meigs, también conocido como síndrome de Tjalma, es una condición poco común asociada al lupus eritematoso sistémico (LES). Se caracteriza por la tríada de elevación del antígeno CA-125, efusión pleural y ascitis, en ausencia de un tumor ovárico subyacente. Usualmente, la afectación renal acompaña este cuadro clínico.
- El CA-125 es una glucoproteína identificada por primera vez en 1981 en una paciente con carcinoma seroso de ovario. Aunque se asocia frecuentemente con neoplasias ováricas, sus niveles también pueden estar elevados en condiciones benignas como el ciclo menstrual, cirrosis hepática, endometriosis, embarazo y enfermedades autoinmunes, incluyendo LES, artritis reumatoide y esclerosis sistémica. En el LES, se cree que los niveles elevados de CA-125 resultan de la activación de células mesoteliales en la cavidad abdominal.
- La identificación de ascitis masiva en pacientes

con LES representa un desafío diagnóstico. El gradiente de albúmina suero-ascitis es un parámetro importante para determinar la etiología de la ascitis.

- Actualmente, no existe un tratamiento específico para el síndrome pseudo-pseudo Meigs. El enfoque terapéutico se centra en el manejo del LES subyacente utilizando diferentes regímenes inmunosupresores. Los corticosteroides, hidroxicloroquina, ciclofosfamida, micofenolato de mofetilo y rituximab son las opciones más comúnmente empleadas. Con el tratamiento inmunosupresor adecuado, se espera la resolución de los derrames pleurales y peritoneales, así como la normalización de los niveles de CA-125.
- El pronóstico del síndrome pseudo-pseudo Meigs es favorable, con buena respuesta a la inmunosupresión dirigida al LES.

Síndrome seudo-pseudo Meigs: Tomografía computarizada de tórax y abdomen que muestra derrames pleurales bilaterales y ascitis. Fuente: www.semanticscholar.org

Lupus Eritematoso Sistémico y Miastenia Gravis Asociado a Timoma

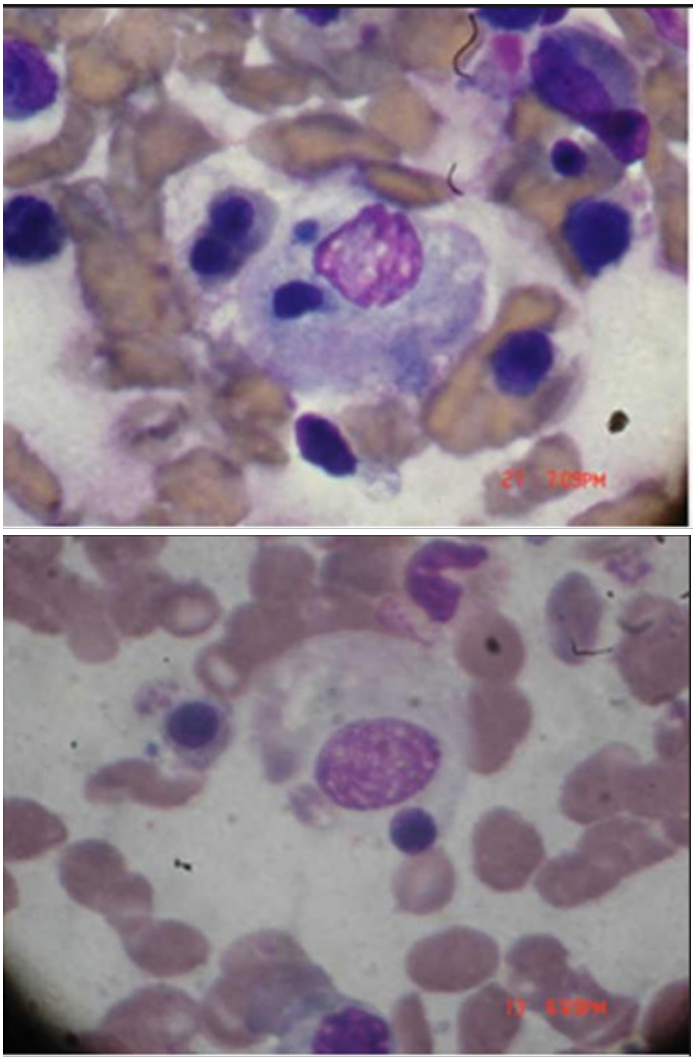
- El timo desempeña un papel esencial en la inmunidad celular y en la regulación de la autotolerancia. El timoma, un tumor poco común que se origina en las células epiteliales tímicas, puede alterar estos procesos al favorecer la aparición de linfocitos autorreactivos, lo que incrementa el riesgo de desarrollar trastornos autoinmunes.
- La relación entre el timoma y las enfermedades autoinmunes, como la miastenia gravis y las citopenias autoinmunes, ha sido ampliamente reconocida por décadas. Entre estas, la miastenia gravis es la manifestación más frecuente en pacientes con timoma, con una prevalencia reportada que oscila entre el 30% y el 50%.
- En contraste, la asociación entre el timoma y el lupus eritematoso sistémico (LES) es mucho menos común, observándose solo en el 1.5-2 % de los pacientes. Este vínculo generalmente se presenta como un síndrome paraneoplásico relacionado con el timoma.
- En los casos donde el LES y la miastenia gravis coexisten, la elección de la terapia farmacológica requiere consideraciones especiales. Por ejemplo, la hidroxicloroquina debe suspenderse, ya que su precursor, la cloroquina, puede aumentar los anticuerpos contra el receptor de acetilcolina, exacerbando la miastenia gravis. En cambio, el micofenolato mofetil, que ha demostrado eficacia en el tratamiento tanto de la miastenia gravis como

del LES, representa una opción terapéutica favorable.

- Es fundamental que los médicos estén atentos a estas asociaciones clínicas y reconozcan que presentaciones atípicas pueden indicar una condición subyacente, incluyendo posibles malignidades.

Síndrome de Activación Macrofágica en Lupus Eritematoso Sistémico

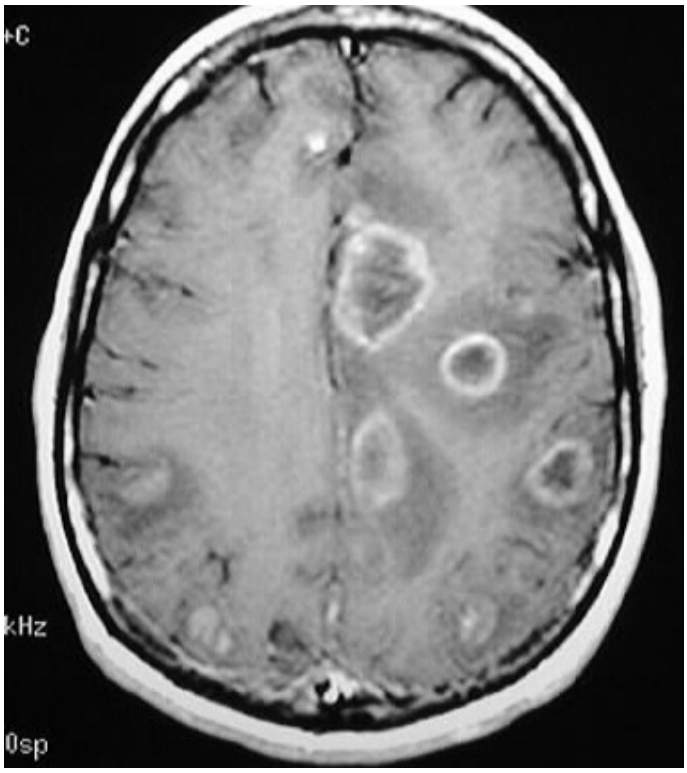
- La prevalencia del síndrome de activación macrofágica (MAS, por sus siglas en inglés) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) varía entre el 0.9% y el 4.6%, con un riesgo siete veces mayor en comparación con individuos sin LES. Entre los mecanismos inmunes compartidos entre ambas condiciones se destacan los niveles elevados de IL-6, IL-8 e IL-18.
- Las manifestaciones clínicas del MAS, como fiebre, hepatomegalia, esplenomegalia, hiperferritinemia y citopenias, pueden ocurrir también en las exacerbaciones del LES, lo que frecuentemente retrasa el diagnóstico. Los criterios clasificatorios de MAS desarrollados por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) del 2022 son herramientas clave para su identificación temprana.
- El MAS asociado al LES se asocia con un mayor riesgo de ingresos a la unidad de cuidados intensivos y un incremento significativo en la mortalidad.
- Los corticosteroides representan la terapia de primera línea, logrando remisión en poco más del 50% de los casos. Los casos refractarios pueden beneficiarse de terapias combinadas, que incluyen ciclosporina, inmunoglobulina intravenosa y ciclofosfamida. Entre las terapias emergentes, el emapalumab ha mostrado un potencial prometedor.
- El reconocimiento temprano del MAS en pacientes con LES es fundamental para mejorar la supervivencia y reducir el riesgo de complicaciones tanto a corto como a largo plazo.



Síndrome de activación macrofágica: Aspirado de médula ósea muestran elementos sanguíneos siendo hemofagocitados. Fuente: *Revista Colombiana de Reumatología*

Lupus Eritematoso Sistémico y Toxoplasmosis Cerebral

- Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen un mayor riesgo de infección por Toxoplasma gondii. La seropositividad para IgG de Toxoplasma es significativamente elevada en pacientes con LES, lo que amerita una vigilancia más estricta, especialmente en regiones endémicas.
- Una de las complicaciones más graves de la toxoplasmosis es la afectación del sistema nervioso central. Los síntomas de toxoplasmosis cerebral incluyen cefaleas, convulsiones, alteración del estado mental y déficits neurológicos focales, mientras que las imágenes suelen mostrar lesiones cerebrales con realce en anillo. La seropositividad para IgG o IgM y la PCR positiva pueden sugerir el diagnóstico, aunque la biopsia cerebral es necesaria para confirmar y descartar malignidad u otras causas. La toxoplasmosis cerebral presenta una alta mortalidad (40-60%) en pacientes inmunocomprometidos.
- El tratamiento estándar con pirimetamina, sulfadiazina y leucovorina es eficaz. Para la profilaxis, el trimetoprim-sulfametoxazol es la opción preferida, mientras que la atovaquona es una alternativa adecuada para pacientes alérgicos a sulfas, especialmente en aquellos con seropositividad para IgG.
- En pacientes con LES, el uso de corticosteroides y micofenolato de mofetilo aumenta significativamente el riesgo de infección. Minimizar las dosis de inmunosupresores y optar por agentes menos inmunosupresores, como la hidroxiclo-roquina, puede ayudar a reducir las complicaciones relacionadas con la toxoplasmosis.



Toxoplasmosis cerebral: Múltiples lesiones con realce en anillo están presentes en ambos hemisferios cerebrales, acompañadas de edema marcado. Fuente: *neuroradiologyteachingfiles.com*

Lupus Eritematoso Sistémico y Enfermedad de Graves

- Las enfermedades tiroideas, particularmente las de origen autoinmune, son significativamente más comunes en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), con una prevalencia del 18.5%, en comparación con el 2-5% observado en la población general.
- La enfermedad de Graves no solo incrementa el riesgo de desarrollar LES, sino que el LES también aumenta la susceptibilidad a la enfermedad de Graves. Ambas condiciones

comparten mecanismos inmunológicos, como el rol del interferón tipo I y el eje CXCL10/CXCR3, así como predisposición genética, incluyendo asociaciones con HLA-DR3 y PTPN22.

- Cabe destacar que medicamentos utilizados para el tratamiento del hipertiroidismo, como el metimazol y el propiltiuracilo, pueden inducir lupus medicamentoso. Este tipo de lupus suele manifestarse con un síndrome leve que no compromete órganos vitales y tiende a resolverse tras la suspensión de dichos medicamentos.
- Un enfoque multidisciplinario es crucial para el manejo de estas condiciones comórbidas, ya que permite tratar las alteraciones tiroideas y controlar eficazmente el LES, reduciendo el riesgo de complicaciones y mejorando los resultados clínicos a largo plazo.

Endocarditis de Libman-Sacks

- La endocarditis de Libman-Sacks, también conocida como endocarditis trombótica no bacteriana, puede ser fácilmente confundida con endocarditis infecciosa. Generalmente es asintomática y suele identificarse de manera incidental durante una evaluación cardiovascular realizada por otra causa.
- Se observa principalmente en pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (33%), seguido por lupus eritematoso sistémico (6-11%) y, en menor proporción, malignidades (1.2%, principalmente tumores sólidos).
- Las manifestaciones clínicas más frecuentes son complicaciones embólicas, como accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio e isquemia mesentérica.
- Ante la sospecha de endocarditis de Libman-Sacks, se recomienda realizar una ecocardiografía transtorácica bidimensional para evaluar la presencia de vegetaciones valvulares. La ecocardiografía transesofágica es preferida debido a su mayor sensibilidad y especificidad.
- El tratamiento médico de la endocarditis de Libman-Sacks no está completamente definido y generalmente se centra en el manejo de la enfermedad subyacente, como el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos o el lupus eritematoso sistémico.
- En pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, o como prevención secundaria tras un evento tromboembólico, se recomienda la anticoagulación con warfarina, manteniendo un objetivo de INR entre 2 y 3.
- En casos seleccionados, puede ser necesaria la cirugía para la escisión de vegetaciones o el reemplazo valvular, especialmente cuando estas representan un alto riesgo de complicaciones.

Endocarditis de Libman-Sacks: Pequeñas o medianas vegetaciones en uno o ambos lados de la válvula. Fuente: *www.histopathology.guru*

Manifestaciones Reumatológicas de Linfomas

- Las enfermedades autoinmunes crónicas y el uso de fármacos inmunosupresores son factores de riesgo conocidos para el desarrollo de trastornos linfoproliferativos. Sin embargo, existe información limitada sobre cómo los linfomas pueden imitar enfermedades reumatológicas.
- Los linfomas pueden manifestarse con síntomas reumatológicos diversos, como alteraciones musculoesqueléticas, manifestaciones sistémicas reumáticas y la presencia de autoanticuerpos. Esto representa un desafío diagnóstico para los reumatólogos, quienes deben diferenciar entre una nueva enfermedad reumatológica, una exacerbación de una condición preexistente y la posibilidad de un linfoma subyacente.
- Entre las manifestaciones musculoesqueléticas reportadas se incluyen artralgias, artritis (monoarticular, oligoarticular y poliarticular), mialgias, miositis, enfermedad de Paget, sinovitis simétrica remitente seronegativa con edema con fóvea, y osteoartropatía hipertrófica.
- Las manifestaciones sistémicas pueden abarcar granulomatosis necrótica identificada en la histología, lo que obliga a diferenciarla de enfermedades como sarcoidosis, granulomatosis con poliangiitis, granulomatosis eosinofílica con poliangiitis y nódulos reumatoides. Asimismo, los linfomas pueden imitar condiciones como la enfermedad relacionada con IgG4.
- En cuanto a autoanticuerpos, los linfomas pueden asociarse con elevación de factor reumatoide, ANA, anticuerpos antifosfolípidos, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), anti-dsDNA, anti-SSA/Ro, anti-SSB/La, anti-Jo-1, anti-RNP y anti-histona. Además, se han documentado hipocomplementemia y crioglobulinemia.
- Los reumatólogos deben considerar la posibilidad de un linfoma subyacente cuando los tratamientos reumatológicos convencionales no producen el efecto esperado. Un diagnóstico preciso, basado en estudios de imagen, biopsias y evaluaciones hematológicas, es esencial antes de iniciar o modificar tratamientos. Esto permite evitar el uso de inmunosupresores que puedan agravar un linfoma no diagnosticado y comprometer la salud del paciente.

Poliangeítis Microscópica y Enfermedad Pulmonar

- La poliangeítis microscópica (MPA, por sus siglas en inglés) es una vasculitis necrotizante de vasos pequeños que suele estar asociada con complicaciones renales, pulmonares y neurológicas. Entre las manifestaciones pulmonares más relevantes se encuentran la enfermedad pulmonar intersticial (ILD, por sus siglas en inglés) y la hemorragia alveolar difusa, las cuales pueden preceder a la aparición de síntomas sistémicos.
- La ILD se presenta en hasta el 47% de los pacientes con MPA. En la tomografía computarizada de alta resolución, se observan patrones característicos, como opacidades en vidrio esmerilado, panal de abejas y engrosamiento septal interlobular. Por su parte, la hemorragia alveolar difusa suele manifestarse con opacidades bilaterales en vidrio esmerilado y engrosamiento septal.

- La ILD es más frecuente en hombres y en pacientes con antecedentes de tabaquismo, y constituye el fenotipo de MPA con peor pronóstico en comparación con los casos de MPA sin ILD.
- El tratamiento de inducción generalmente incluye corticosteroides combinados con agentes inmunosupresores como rituximab o ciclofosfamida. Para el tratamiento de mantenimiento, se emplean fármacos como micofenolato de mofetilo y rituximab.

Enfermedad pulmonar intersticial: tomografía computarizada de alta resolución muestra opacidades en vidrio esmerilado. Fuente: *www.ajronline.org*

Artritis Psoriásica y el Virus de Inmunodeficiencia Humana

- La prevalencia de artritis psoriásica en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) varía ampliamente entre estudios, con estimaciones de entre el 5% y el 50%, lo que sugiere una mayor prevalencia en comparación con la población general.
- La artritis psoriásica puede desarrollarse o agravarse tras la infección por VIH debido a la desregulación inmunitaria o al síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria asociado al inicio de la terapia antirretroviral. La enfermedad en estos pacientes tiende a ser más agresiva, con rápida progresión hacia la destrucción articular y resistencia a los tratamientos convencionales.
- Todos los subtipos clínicos de psoriasis pueden presentarse en pacientes con VIH; sin embargo, la psoriasis guttata, inversa y eritrodérmica son más frecuentes.
- El diagnóstico de artritis psoriásica en pacientes con VIH se basa en una cuidadosa evaluación clínica, complementada con estudios de imagen y, en algunos casos, biopsias cutáneas para confirmar la psoriasis. Es crucial diferenciar esta condición de otras artropatías seronegativas, como la artritis reactiva, que también pueden manifestarse en el contexto del VIH.
- El tratamiento debe ser individualizado, considerando el grado de inmunosupresión del paciente. Los antiinflamatorios no esteroideos y corticosteroides pueden utilizarse con precaución. Los inmunosupresores como el metotrexato requieren monitoreo riguroso debido al riesgo de infecciones. En casos graves, los agentes biológicos, como los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa, pueden ser efectivos, aunque su uso debe ser cuidadosamente gestionado para minimizar el riesgo de infecciones oportunistas. La optimización de la terapia antirretroviral es fundamental para mejorar la respuesta inflamatoria.

Logros de Nuestros Egresados

Nombramiento de la Dra. Noelia Rodríguez como Directora Asociada del Programa de Reumatología

En agosto de 2024, la Dra. Noelia Rodríguez, fue designada como Directora Asociada del Programa de Reumatología para Adultos de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas (UPR-RCM). Este nombramiento permitirá una transición ordenada y gradual del liderazgo del programa de Reumatología en los próximos años. La Dra. Rodríguez ha sido Catedrática Auxiliar de Medicina en la Sección de Reumatología desde 2011. Completó su título de Doctora en Medicina, su residencia en Medicina Interna y su subespecialidad en Reumatología en la UPR-RCM. Actualmente, la Dra. Rodríguez se desempeña como Directora de Reumatología en el Hospital de la Universidad de Puerto Rico en Carolina.

La Dra. Noelia Rodríguez es un recurso invaluable para nuestra Sección. Más allá de su compromiso con nuestra institución, la Dra. Rodríguez ha demostrado una dedicación extraordinaria hacia la comunidad. Actualmente lidera la organización AMEC MD, que ofrece servicios médicos a poblaciones pobres y desatendidas en Puerto Rico y en el extranjero. Además, es presidenta de la Fundación Forjadores de Esperanza, que se enfoca en la educación médica para comunidades desfavorecidas.

La Dra. Rodríguez es un modelo ejemplar para estudiantes de medicina, residentes y fellows. Estamos confiados que la Dra. Rodríguez continuará una ejecutoria sobresaliente en su nueva función y seguirá contribuyendo en todas las facetas académicas en nuestra institución.

Egresados Aprueban el Board de Reumatología

Dr. Luis M. Vilá (Director de Programa), Dr. Luis Álvarez y Dra. Ileana Rivera

Felicitamos a la Dra. Ileana Rivera y al Dr. Luis Álvarez, egresados en 2024, por haber aprobado con éxito el examen de Reumatología del *American Board of Internal Medicine*. Durante su formación, ambos se destacaron en áreas clave como el servicio, la docencia y la investigación. Queremos expresar un agradecimiento especial a la Dra. Ileana Rivera por su excepcional labor como Jefa de Residentes. La Dra. Rivera se ha incorporado a la Facultad de la Sección de Reumatología del Departamento de Medicina Interna en el Hospital de Damas en Ponce. Por su parte, el Dr. Luis Álvarez se ha trasladado al sur de Texas para unirse a la práctica *Integrative Rheumatology of South Texas*, dirigida por su hermana, la Dra. Naiara Álvarez, donde se dedicará a brindar servicios principalmente a la comunidad latina. Confiamos en que ambos alcanzarán grandes logros en su carrera profesional.

Galería de Eventos

Colaboración de la Dra. Irene Toruno con el Programa de Reumatología

La Dra. Irene Toruno, Executive Medical Science Liaison de UCB, junto a la Dra. Keysha González. La Dra. Toruno ha desempeñado un papel fundamental en la educación de nuestros fellows de reumatología. Mensualmente, se reúne con ellos por videoconferencia para abordar temas específicos relacionados con enfermedades reumáticas, incluyendo las más recientes actualizaciones presentadas en los congresos del Colegio Americano de Reumatología (ACR) y de la Liga Europea contra las Enfermedades Reumáticas (EULAR).

Participación en Feria de Salud "Destino Salud"

La Dra. Ileana Rivera, Jefa de Fellows 2023-2024, participó en la Feria de Salud organizada por el Departamento de Salud en Coamo, el 17 de febrero de 2024. En la fotografía aparecen la Dra. Ileana Rivera, la Dra. Sylvette Nazario (Jefa y Directora del Programa de Alergia e Inmunología), la Dra. Ana Judith Román (profesora distinguida, Q.E.P.D.), y la Dra. Carmen López (Directora del Programa de Medicina Física y Rehabilitación).

Donación de Esqueleto por los Fellows de Reumatología

Los fellows de Reumatología realizaron una significativa donación a la Sección de Reumatología: un modelo de esqueleto al que se designó con el nombre de "Lucy", en honor al homínido más antiguo descubierto hasta la fecha. Este fósil fue hallado en la región de Afar, Etiopía, en 1974, y recibió su nombre inspirado en la canción "Lucy in the Sky with Diamonds" de los Beatles. En la fotografía aparecen la Dra. María Bidot, el Dr. Luis Vilá, la Dra. Lorena López, la Dra. Keysha González, el Dr. Luis Álvarez y la Dra. Ileana Rivera. Reconocemos y agradecemos este valioso gesto de nuestros fellows hacia la institución.

Feria de Residencias de la Escuela de Medicina

El Programa de Reumatología participó en la Feria de Residencias organizada por la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico el 17 de abril de 2024. En representación de nuestro programa estuvieron la Dra. María Bidot y el Dr. Luis Álvarez. Durante el evento, numerosos estudiantes manifestaron interés en nuestra subespecialidad y en el programa que ofrecemos.

Reumatólogas Puertorriqueñas en Florida

Durante la presentación del póster de la Dra. Keysha González en el congreso de la Sociedad de Reumatología de Florida, celebrado en julio de 2024, se contó con la presencia de varias reumatólogas puertorriqueñas que ejercen en el estado de Florida. En la fotografía aparecen: Dra. Linnette López, Dra. Esther Jiménez, Dra. Mariangelí Arroyo, Dra. Patricia Jordán, Dra. Yesenia Santiago, Dra. Amarie Negrón, Dra. Keysha González y la Dra. Gabriela Montes. Cabe destacar que la Dra. Montes es la creadora del boletín La Coyuntura, iniciativa que desarrolló mientras ocupaba el cargo de Jefa de Fellows de nuestro programa.

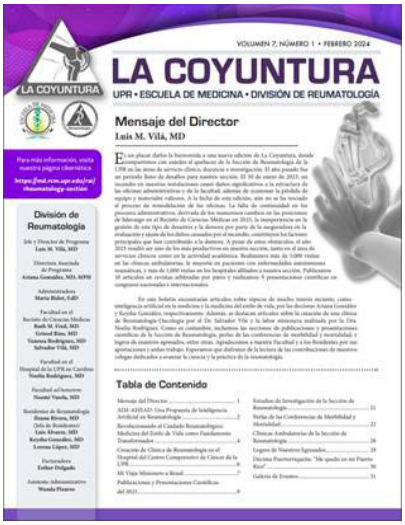
Participación de los Fellows de Reumatología en el Southeastern Rheumatology Fellows Symposium

Por segundo año consecutivo nuestros fellows participaron en el Southeastern Rheumatology Fellows Symposium (SERF). El SERF fue establecido en 2022 con el objetivo de enriquecer la experiencia educativa de los programas de reumatología en el sureste de los Estados Unidos. En la foto aparece la Dra. Lorena López junto a los organizadores del simposio los reumatólogos puertorriqueños Dr. Ernesto Rodríguez y Dr. Julio González.

Almuerzo de Navidad

Los fellows de Reumatología, Dra. Keysha González, Dra. Lorena López, Dra. Lilliana Serrano y Dr. Edwin Plaza, compartieron junto al Dr. Luis Vilá en el almuerzo de Navidad, celebrado en el restaurante Zafra del Caribe en Gurabo.

Accede en línea: Revista La Coyuntura



LA COYUNTURA

UPR • ESCUELA DE MEDICINA • DIVISIÓN DE REUMATOLOGÍA

https://md.rcm.upr.edu/rai/rheumatology-section